

Pia Vähäkangas  
Katriina Niemelä  
Anja Noro

# Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen

Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon  
laatu ja kehittäminen

RAPORTTI

**RAPORTTI 48/2012**

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Anja Noro

# **Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen**

**Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon  
laatu ja kehittäminen**



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

© Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Anja Noro ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-245-687-8 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-688-5 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

URN:ISBN:978-952-245-688-5

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-688-5>

Juvenes print – Tampereen yliopistopaino Oy  
Tampere 2012



## Esipuhe

Hyvä johtaminen perustuu arvostukseen. Johtajan asenne niin ikääntyneisiin kuin henkilökuntaan välittyy kaikessa arjen toiminnassa. Henkilökunnan arvostava ja ystävällinen käytös ja kohtelu luovat hyvän henkisen ympäristön ikääntyneelle ja parantavat elämänlaatua.

Lähijohtaja toteuttaa koko organisaation strategiaa. Perustehtävä ja strategia kohtaavat arjessa. Johtajan on tunnettava oman yksikkönsä asiakastarpeet ja oman henkilökunnan osaaminen suhteessa tarpeiden tyydyttämiseen. Rutiineilta on raivattava aikaa kehittämistyölle. Hyvä lähijohtaja kykenee samanaikaisesti hahmottamaan tulevaisuuden kehittämisen suunnan, luomaan polun miten tavoitteeseen päästään ja innostamaan henkilökunnan tälle yhteiselle tielle. On siis oltava taito elää yhtä aikaa sekä tulevaisuudessa että arjen pyöryksessä. Lähijohtajan vastuulla on työn tarkoituksenmukainen organisointi, työkäytäntöjen ja toiminnan kehittäminen sekä henkilöstöjohtamiseen liittyvät asiat, kuten osaamisen johtaminen. Lähijohtajalta vaaditaan osaamista johtamiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön ja toimialaansa liittyviin erityiskysymyksiin.

Ikääntyneiden palvelujen järjestämisvastuu kuuluu kunnalle. Vanhustenhuollon palvelujärjestelmän tulee perustua ikääntyneiden tarpeisiin ja kyetä tarvittaessa muuttamaan niiden myötä. Ikääntyneiden laatusuosituksessa asetetut valtakunnalliset tavoitteet ohjaavat kotona asumisen tukemiseen. Tavoitteena on, että 75- vuotta täyttäneistä ikäihmisistä 91-92 % asuu kotona itsenäisesti tai tarkoituksenmukaisten palvelujen turvin, ja vastaavasti laitoshoidon osuus vähenee noin 3 prosenttiin. Päästäkseen laatusuosituksen mukaisiin tavoitteisiin tulee kunnan onnistua strategioiden luomisessa ja niiden saattamisessa käytännön toimenpiteiksi. Onnistumisessa on lähijohtamisella erittäin suuri merkitys.

Suomen hyvinvointipalveluiden strategisena tavoitteena on sosiaalisesti kestävä yhteiskunta. Se kohtelee kuntalaisia reilusti, vahvistaa osallisuutta ja yhteisöllisyyttä, tukee terveyttä ja toimintakykyä sekä antaa tarvittavan turvan ja palvelut. Palveluilla lisätään kuntalaisten hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä, kavennetaan hyvinvointi- ja terveyseroja sekä huolehditaan, että heikoimmassa asemassa olevien tilanne parantuu. Ikääntyneiden palveluissa tämä tarkoittaa mm. asiakaslähtöisyyden, monikanavaisten palveluiden ja asiakkaiden valinnanvapauden lisäämistä. Jotta onnistumme tekemään järkeviä ja kuntalaisten kannalta hyviä päätöksiä sekä puuttumaan oikea-aikaisesti ongelmakohtiin, tarvitsemme päätöksenteon ja johtamisen tueksi ajan tasalla olevaa tietoa. Tätä tietoa asiakkaiden tarpeista sekä palvelun laadusta ja vaikuttavuudesta tarvitaan läpi koko palvelujärjestelmän ja johtamisen kaikilla tasoilla.

Tämä käsikirja on tuotettu lähijohtamisen työvälineeksi vanhustenhuollon esimiehille heidän johtaessaan oman vastuualueensa toimintaa asiakaslähtöisesti ja vaikuttavasti uusien toimintamallien ja toimintaa kuvaavien tunnuslukujen avulla. Hankkeessa kehitettyjen toimintamallien avulla on tuotettu työvälineitä kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisen tueksi haasteellisessa ja muuttuvassa toimintaympäristössä.

Ikääntyneiden elämänlaadun turvaa asiakkaiden arvostus, todellisiin tarpeisiin vastaava perustyö ja sen hyvä johtaminen.

Sinikka Salo

Apulaiskaupunginjohtaja  
Oulun kaupunki



## Kiitokset

Tämä kirja havainnollistaa miten systemaattisella kehittämistyöllä, erilaisten vanhustenhuollon palveluja tuottavien yksiköiden yhteistyöllä, vertailukehittämisen menetelmillä, positiivisella asenteella ja innostuneella toiminnalla voidaan muuttaa käytäntöjä asiakaslähtöisemmiksi ja tuoda esille näyttöön perustuvaa tietoa organisaatioiden ja kuntien käyttöön. Tulokset ovat syntyneet osana Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun kehittäminen- hanketta, joka oli Kokkolan yliopistokeskus Chydeniuksen sekä Kokkolan ja Oulun kaupunkien yhteistyöhanke, ja jonka tavoitteena oli tuottaa uusia toimintamalleja ja tunnuslukuja vanhustenhuollossa työskenteleville johtajille. Hankkeen rahoituksesta ovat vastaanneet Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan liitot. Asiantuntijapalveluja on tuottanut Ikäihmisten palvelut yksikkö Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL).

Tämän kirjan sisältöön ja sen muokkaamiseen on osallistunut suuri joukko hankkeessa mukana olevia eri ammattiryhmien edustajia ja johtajia, josta suuri kiitos heille kaikille. Hankkeen interventio- ja projekti-ryhmän jäsenet ovat toimineet käytännön työn asiantuntijoina ja kehittäneet innostuneesti uusia toimintamalleja käytännön hoitotoimintaan. Ohjausryhmä on toiminut hankkeen koordinaattorina ja tukenut omalla toiminnallaan kehittämistyötä. Toisaalta ohjausryhmä on omalla johtamiskokemuksellaan ja osaamisellaan ohjannut projektityöntekijöitä hankkeen tavoitteiden saavuttamisessa.

Käsikirjan lopulliseen muotoon saattamisessa ovat kirjoittajien lisäksi vaikuttaneet useat henkilöt. Haluamme kiittää Raija Asikaista, Rita Oinasta, Maria Vahtolaa ja Pirjo Kalliokoskea, jotka ovat lukeneet käsikirjan eri versioita ja antaneet kirjoittajille rakentavaa ja kriittistä palautetta siten parantaen käsikirjaa. Lisäksi haluamme erityisesti kiittää palveluesimies Teija Eskolaa, jolla on ollut keskeinen rooli *Muistisairaanan asiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon* kehittämistyössä ja intervention toteutumisessa.

Oulun kaupungin apulaiskaupunginjohtajaa Sinikka Saloa kiitämme paitsi esipuheesta, myös saadusta arvokkaasta palautteesta, jonka pohjalta asiakasnäkökulmaa on käsikirjassa vahvistettu. Kiitokset hankkeessa kerättyjen aineistojen analysoitiin osallistuneille Oulun yliopiston terveyshallintotieteen hallinnon harjoittelun suorittaneille opiskelijoille Katariina Puraselle, Piia Ahosolalle ja Terhi Mannille. Olette kaikki tehneet hyvää työtä hankkeen tulosten esille saattamiseksi. Kiitokset myös THL:n Ikäihmisten palvelut yksikön asiantuntijoille kommentoinnista.

Toivomme, että saadut kokemukset ja opetukset hyödyttävät lähiesimiehiä johdettaessa ikäihmisten kuntoutumista edistävää toimintaa.

Oulussa 07.05.2012

Pia Vähäkangas  
Katriina Niemelä  
Anja Noro



## Kirjoittajat

Pia Vähäkangas	TtT, projektipäällikkö, Terveystieteiden yksikkö, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius; sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, Pietarsaari; erityisasiantuntija, Ikäihmisten palvelut yksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Katriina Niemelä	esh, palveluesimies, projektityöntekijä, Ikäihmisten hyvinvointi, Oulun kaupunki; erityisasiantuntija, Ikäihmisten palvelut yksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Anja Noro	THT, gerontologian dosentti, tutkimuspäällikkö, Ikäihmisten palvelut yksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos



## Tiivistelmä

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Anja Noro. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 48/2012. 94 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-687-8 (painettu); ISBN 978-952-245-688-5 (pdf)

*Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen*- hanke käynnistyi vuonna 2009 Oulun ja Kokkolan kaupunkien sekä Kokkolan yliopistokeskus Chydeniuksen yhteistyönä. Kyseessä oli ylimatekunnallinen EU- rahoitteinen hanke, jonka vastuuorganisaationa toimi Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. THL tuotti hankkeessa tarvittavat RAI-tutkimustietokantaan perustuvat tiedot ja analyysit.

Hankkeen keskeiset tavoitteet olivat: 1) kehittää keskeisiä johtamisen tunnuslukuja ja toimintamalleja ikääntyneiden hoitoketjussa, 2) kehittää johtamisen työvälineitä, joiden avulla parannetaan hoidon laatua ja ohjataan henkilöstöresursseja ja 3) kehittää johtamisen malleja, joiden avulla tunnistetaan ikääntyneiden kuntoutumismahdollisuudet ja edistetään kuntoutumista.

Hankkeessa toteutettiin 3 erillistä interventiota hoito- ja palveluketjun eri tasoilla: (1) *muistisairaana ikäihmisen kuntoutumista edistävät toimintamallit kotihoidossa*, (2) *sairaalaan vanhainkodin kuntoutusosastolle siirtyvän ikäihmisen jatkokuntoutusmalli* ja (3) *ympärivuorokautisen hoidon kuntoutumista edistävää toimintamalli*. Toimintamallien kehittämiseen liittyvät interventiot toteutettiin Oulussa ja Kokkolassa. Lisäksi hankkeessa kehitettiin erilliset teoreettiset kuntoutumis- ja voimavarakartoitukset koti- ja ympärivuorokautiseen hoitoon hyödyntämällä THL:n RAI-tutkimustietokantaa. Kartoitusten tarkoituksena on auttaa hoitajia ikäihmisten kuntoutumismahdollisuuksien ja voimavarojen tunnistamisessa sekä toimia työvälineenä hoidon suunnittelussa. Lähijohtamisessa kuntoutumis- ja voimavarakartoitusten tarkoituksena on toimia lähijohtajan työvälineenä hoidonsuunnitteluprosessin kehittämistyössä sekä resurssien kohdentamisessa.

Tuloksia arvioitiin hyödyntämällä RAI-aineistoja (THL), keräämällä interventioihin liittyviä erilaisia tutkimusaineistoja teemakyselyin, analysoimalla asiakkaiden hoitosuunnitelmia ja niissä tapahtuneita muutoksia koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa.

Hankkeessa kehitettiin kuntoutumista edistävää toimintamalli ikääntyneiden hoitoon. Ympärivuorokautisessa hoidossa parhaat hoidon tulokset asiakastasolla tuotti moniammatillinen tiimityöskentely, jossa fyysioterapeutti toimi osana tiimiä tukien ja ohjaten hoitajia asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa, kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisessa, kuntoutumista edistävien harjoitteluohjelmien laatimisessa ja niiden toteuttamisessa. Kotihoidossa muistisairaana asiakkaan hoidossa keskeiseksi nousi kognition heikentymisen syyn selvittäminen, sen kirjaaminen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan ja huomioiminen kuntoutumista edistävän harjoitteluohjelman laadinnassa. Lisäksi hoitajien, terapeuttien ja lääkäreiden välisen yhteistyön saumattomuus ja sujuvuus nousi merkittävään rooliin asiakkaan optimaalisen kuntoutumisen mahdollistamisen näkökulmasta koko hoito- ja palveluketjussa.

Hankkeessa kehitetyt teoreettiset kuntoutumis- ja voimavaruuskartoitukset auttavat hoitajia kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa tunnistamaan ikäihmisten kuntoutumismahdollisuudet ja ne toimivat myös hoidon suunnittelun apuvälineenä. Kaikissa malleissa lähijohtamisen näkökulmasta keskeisimmiksi osaluokiksi muodostuivat RAI-arviointien luotettavuuden turvaaminen, hoitajien osaaminen ja lähijohtajan tiivis läsnäolo johtamansa yksikön arjessa.

Hankkeessa kehitetyt mallit ja tunnusluvut tarjoavat uudenlaisen, systemaattisen lähestymistavan ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämiseen hoito- ja palveluketjun eri tasoilla koko Suomessa. Parhaan hyödyn malleista saa, mikäli RAI-järjestelmä on käytössä.

Avainsanat: lähijohtaminen, tunnusluku, ikäihminen, kuntoutumista edistävä toiminta, hoidon laatu, kotihoito, ympärivuorokautinen hoito

## Sammandrag

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Anja Noro. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. [Närledarskap som befrämjar de äldres rehabilitering. Vårdkvalitet och utveckling av hemvård och dygnet runt vård]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 48/2012. 94 sidor. Helsingfors, Finland 2012. ISBN 978-952-245-687-8 (tryckt); ISBN 978-952-245-688-5 (pdf)

Projektet *Ledarskap av resurser och vårdkvalitet inom äldreomsorgen* påbörjades år 2009. Det var ett samarbetsprojekt mellan städerna Karleby och Ulåborg samt Karleby universitetscenter Chydenius. Det var fråga om ett över landskapsgränserna finansierat EU projekt som Karleby universitetscenter Chydenius hade ansvar för. THL producerade de uppgifter och analyser som behövdes för projektet och som fås från RAI-forskningsdatabasen.

De centrala målsättningarna för projektet var: 1) att utveckla centrala nyckelvärden och modeller för ledarskap inom vårdkedjan för de äldre, 2) utveckla arbetsredskap för ledarskap med hjälp av vilka vårdkvalitet förbättras och personalresurser styrs, 3) utveckla modeller för ledarskap med hjälp av vilka det är möjligt att känna till de äldres rehabiliteringsmöjligheter och stöda rehabiliteringen.

Tre olika interventioner förverkligades i projektet inom vårdkedjan: (1) *en modell för rehabiliterande vård för de äldre inom hemvården*, (2) *modell för fortsatt rehabilitering för de äldre som utskrivs från sjukhus*, (3) *rehabiliterande vårdmodell för dygnet runt vården*. Interventionerna förverkligades i Karleby och Uleåborg. Därtill utvecklades teoretiska modeller för kartläggning av klienters rehabiliteringsmöjligheter och resurser i hemvården och i dygnet runt vård med hjälp av THL RAI databas. Ändamålet med kartläggningen är att hjälpa vårdarna att känna igen de äldres rehabiliteringsmöjligheter och resurser samt att fungera som arbetsredskap vid uppbyggandet av vårdplaner. Ändamålet med kartläggningen för närledarskapet är att fungera som arbetsredskap åt förmannen för att utveckla vårdplaneringsprocessen samt för att styra personalresurser.

Resultaten utvärderades med hjälp av utplock ur RAI databasen (THL), med hjälp av att samla in data från temaintervjuer som berör interventionerna och med hjälp av analyser av klienters vårdplaner samt med hjälp av utvärdering av förändringar i dessa vårdplaner inom hemvården och dygnet runt vården.

En rehabiliterande vårdmodell för äldreomsorgen utvecklades i projektet. Denna modell som baserade sig på ett mångprofessionellt teamarbete ledde till bästa vårdresultat. I modellen fungerade fysioterapeuten som en del av arbetsteamet och gav stöd och handledning åt vårdarna i att utvärdera klienters funktionsförmåga, känna igen rehabiliteringsmöjligheter, bygga upp träningsprogram och i att förverkliga dessa. För klienter med minnesproblem inom hemvården poängterades igenkännandet av bakgrunderna till minnesproblemen, dokumenteringen av dessa i vård- och rehabiliteringsplanen och uppmärksammandet av dessa vid planeringen av träningsprogram. Därtill hade det gränsöverskridande samarbetet mellan vårdare, terapeuter och läkare en viktig roll då man strävar till att nå en optimal rehabiliteringsnivå för klienten inom hela vårdkedjan.

De teoretiska klientbaserade modellerna, som utvecklades i projektet för kartläggning av rehabiliteringsmöjligheter och resurser, hjälper vårdare inom hemvården och inom dygnet runt vården att känna igen de äldres resurser och fungerar som hjälpmedel vid vårdplanering. Som bas för alla modellerna var det viktigt från ledarskapets synvinkel att man kunde trygga pålitligheten av RAI bedömningarna. Vårdarnas kunnande samt det att närledaren fanns nära till hand i vardagen var viktigt.

De modeller och nyckelvärden som utvecklats i projektet ger möjlighet till ett nytt tänkesätt och systematik för utvecklandet av den rehabiliterande vården i vårdkedja för de äldre i hela Finland. Den största nyttan i användning av modellerna fås då man använder RAI systemet

Nyckelord: närledarskap, de äldre, indikator, rehabiliterande vård, vårdkvalitet, hemvård, dygnet runt vård

## Abstract

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Anja Noro. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. [First-line management in rehabilitation nursing for older persons. Quality of care and development in home and long-term care]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 48/2012. 94 pages. Helsinki, Finland 2012. ISBN 978-952-245-687-8 (printed); ISBN 978-952-245-688-5 (pdf)

The project named *Leadership of staffing and quality of care for older persons* started 2009 as a collaboration project between Oulu, Kokkola and Kokkola University Consortium Chydenius. The provincial project was financed by EU and coordinated by Kokkola University Consortium Chydenius. THL provided the information and analyses based on RAI data needed for the project.

The main goals of the project were to: 1) develop key indicators and models within the care pathway for older persons, 2) develop leadership tools for care quality improvement and staffing and 3) develop leadership-models for recognising rehabilitation potential and supporting rehabilitation.

In the project three rehabilitation interventions were implemented within the care pathway for older persons: (1) *rehabilitation models for aged persons with memory problems in home care*, (2) *rehabilitation models for persons discharged from hospital to rehabilitation unit in nursing home*, (3) *rehabilitation models for long-term care*. The interventions, that the models were based on, were conducted in Oulu and in Kokkola. However, two theoretical assessment tools for assessment of residents' rehabilitation potential and resources in home and long-term care were also developed in the project by using RAI data from THL. The theoretical assessment tools were intended to help the nurses to recognise rehabilitation potential and resources of the older persons and to serve as a tool for care planning. From the point of view of the first-line management the intention was to be a tool for development of care planning processes and staffing.

The outcome evaluation was conducted by using RAI data, collecting data from interviews associated to the interventions, analysing care plans and changes of them in home and long-term care.

A rehabilitation model for older persons was derived in the project. In long-term care best results were received by using multiprofessional models, where the physiotherapist was a part of the team supporting and guiding the nurses in assessing the person's functional performance, rehabilitation potential and building training programs and carrying out these programs. In home care the main focus was on recognising the cause for memory problems, documentation of these problems in care plans and paying attention to these in carrying out training programs for older persons.

The theoretical models developed in the project help nurses in home care and long-term care to recognise the rehabilitation potentials of older persons and serve as tools for care planning. From the point of view of first-line management the fundamental issues were reliability and validity of RAI assessments, competence of nurses and the presence of the first-line manager in the units.

The models and key indicators derived in the project serve a new, systematic framework for development of rehabilitation nursing in the care pathways of older persons in Finland. The best results are achieved using systematic RAI instrument.

Keywords: first-line management, indicator, older person, rehabilitation nursing, quality of care, home care, long-term care.

## Sisällys

Esipuhe.....	3
Kiitokset.....	5
Kirjoittajat.....	7
Tiivistelmä.....	8
Sammandrag.....	9
Abstract.....	10
1. Johdanto.....	12
1.1 Palvelujärjestelmän haasteet.....	12
1.2 Lähijohtamisen haasteet.....	12
1.3 Ikäihmisen kuntoutumista tukeva lähijohtaminen.....	13
2. Lähijohtaja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäjänä.....	15
2.1 Muutoksen johtaminen.....	15
2.2 Kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäminen.....	16
2.3 Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma osana kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyötä.....	18
2.4. Kuntoutumista edistävän toiminnan tunnistaminen.....	19
3. Ikäihmistä kuvaavat tunnusluvut ja niiden hyödyntäminen.....	23
3.1 RAI-järjestelmään sisältyvät mittarit ja tunnusluvut.....	23
3.2 Teoreettinen luokitus asiakkaan kuntoutumismahdollisuuden ja voimavarojen arvioimiseksi ympärivuorokautisessa hoidossa.....	25
3.3 Kotihoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen kehittäminen – teoreettinen malli testausta varten.....	29
3.4 Palvelutarpeen arviointi kuntoutusosastolla.....	34
3.5 RAI-arvioinnin luotettavuus ja sen turvaaminen.....	35
4 Lähijohtamisen tietopohja.....	39
4.1 Hankkeessa toteutetut interventiot.....	39
4.2 Interventioiden arvioinnin aineistot ja menetelmät.....	41
5. Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä kotihoito (Interventio1).....	43
5.1 Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisällöllinen kehittäminen (Interventio 1A).....	43
5.2. Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon hoidonsuunnitteluprosessin ja toimintamallin kehittäminen (Interventio 1B).....	46
5.3. Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä kotihoito - toimintamallin lähijohtaminen (Interventio 1B).....	48
5.4 Yhteenveto.....	51
5.5 Suositukset.....	53
6. Vanhainkodin kuntoutusosaston toimintamalli ja tunnusluvut (Interventio 2).....	55
6.1 Hoitajavetoisen (Intermediate care) toimintamallin kehittäminen vanhainkodin kuntoutusosastolla.....	55
6.2 Hoitajavetoisen toimintamallin johtaminen kuntoutusosastolla.....	58
6.3 Kehittämistyön kokemukset ja tulokset.....	59
6.4 Yhteenveto.....	61
6.5 Suositukset.....	62
7. Ikäihmisen kuntoutumista edistävän toimintamallin ja kirjaamisen kehittäminen ympärivuorokautisessa hoidossa (Interventio 3).....	63
7.1. Asiakasrakennetarkastelu, kuntoutumismahdollisuuden tunnistaminen, kirjaamisen kehittäminen ja kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen käyttö hoidonsuunnitteluprosessissa (Interventio 3A).....	64
7.2 Kuntoutumista edistävän toimintamallin kehittäminen (Interventio 3B).....	67
7.3 Keskeiset tulokset.....	68
7.4 Yhteenveto.....	69
7.5 Suositukset.....	71
8. Yhteenvetoa ja pohdintaa ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisesta.....	73
9. Synteesi ikäihmisen kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisesta.....	77
Lähteet.....	80
Liitteet.....	83

# 1 Johdanto

## 1.1 Palvelujärjestelmän haasteet

Ikäihmisten määrä kasvaa Suomessa nopeasti lähivuosisikymmeninä. Etenkin vanhimpien ikäluokkien, yli 75-vuotiaiden määrän voimakas kasvu, asettaa haasteita palveluiden järjestämiselle ja kehittämiselle. Toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvan kotihoidon, palveluasumisen tai ympärivuorokautisen hoidon tarpeen ei kuitenkaan arvioida kasvavan aivan samaan tahtiin, sillä ikäihmiset ovat yhä parempikuntoisia. Suurimmat tarpeet ja kustannukset syntyvät yleensä kahden viimeisen elinvuoden aikana (Häkkinen ym. 2008; Forma 2011). Ikääntymisestä aiheutuva sosiaali- ja terveystalouden henkilöstömäärän tarve on ennustettu kasvavan jopa 100000 työntekijällä ja lisäksi eläköityvien tilalle tarvitaan uusia. Tämä tuo haasteita johtamiselle paitsi talouden ja tehokkuuden myös erityisesti henkilöstön osaamisen sekä hoidon laadun näkökulmasta. Kyky ylläpitää ikäihmisten toimintakykyä on ammatillisen hoidon laadun ja erityisesti kustannusvaikuttavuuden tärkeimpiä tuntomerkkejä ikäihmisten palveluissa (Sinervo ja Taimio 2011).

Kansallisten linjausten mukaan vanhustenhuollon palvelujen tulisi muodostua kokonaisuudesta, jonka keskiössä ovat kotihoito, kuntoutumista edistävä toiminta ja henkilön aktiivinen osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Tarkoituksenmukaisten ja ennakoivien palvelukokonaisuuksien ja palvelujen ohjausjärjestelmien avulla on mahdollista ennaltaehkäistä toimintakyvyn heikentymistä ja parantaa elämän laatua. Painopisteen siirtyessä sairauden hoidosta hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen, on tärkeä kiinnittää huomiota asiakaskeskeisen hoidon kehittämiseen ja toteuttamiseen. Toisaalta palvelujen ja toiminnan sisällöllisten kehittämishaasteiden lisäksi tarvitaan myös toiminnan vaikuttavuuden arvioinnin tehostamista, kustannusten hillitsemistä ja vanhustenhuollon vetovoimaisuuteen panostamista (STM 2009), jossa myös lähijohtajan rooli on keskeinen.

Palvelujärjestelmää koskevat haasteet aiheuttavat vaatimuksia johtamiselle, johtamisosaamiselle, toimivien prosessien luomiselle ja kustannusten hallinnalle. Kun painopistettä siirretään enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan ja kotihoitoon, palvelujärjestelmän on pystyttävä tukemaan tehokkaasti ikäihmisten selviytymistä ja sopeutumista kuntoutumista edistävin moniammatillisin toimenpitein. Näiden lisäksi haasteena on ikäihmisen toimintakyvyn arviointiin käytettävien luotettavien mittareiden ja tunnuslukujen käytön lisääminen ja tehostaminen, jotta hoidon vaikutuksia ja toiminnan taloudellisuutta voidaan arvioida. Palveluiden käyttäjien aktiivinen osallistuminen hoitoonsa edellyttää ajantasaista ja puolueetonta tietoa palvelujen tarjoajista, hoidon laadusta ja vaikuttavuudesta riippumatta siitä, onko kyseessä kunnallinen tai yksityinen palveluntuottaja. Edellä mainittuihin haasteisiin on kunnissa pyritty vastaamaan mm. sopimusohjauksen ja tilaaja-tuottajamallien avulla. Näiden mallien avulla on pyritty saamaan palveluprosessit ja palvelujen sisällöt näkyviksi. Saadun tiedon pohjalta on mahdollista käydä myös yleisen tason keskustelua tilattujen ja tuotettujen palvelujen laadusta ja kustannuksista suhteessa kuntalaisten tarpeisiin ja käytettyihin resursseihin.

## 1.2 Lähijohtamisen haasteet

Johtamis- ja toiminnanohjausjärjestelmät ovat yleistyneet 1990-luvulla niin yksityisellä kuin myös julkisella sektorilla. Organisaatioiden strategisessa suunnittelussa ja johtamisessa on toimintaa tarkasteltu esimerkiksi neljästä eri näkökulmasta: taloudellinen näkökulma, asiakas- ja prosessinäkökulma sekä oppimisen ja kasvun näkökulma (Kaplan ja Norton, 2002). Kunnan virkamiesjohdon ja poliittisten päätöksentekijöiden tehtävänä on yhteistyössä luoda palvelutuotannolle keskeiset strategiat ja tavoitteet, sekä määrittellä palveluiden tuottamiseen käytettävissä olevat resurssit. Johtamisjärjestelmässä lähimpänä toimintakäytäntöä on lähiesimies, jolla on keskeinen rooli strategioiden jalkauttamisessa. Hänen tehtävänä on käytännön toiminnan organisointi, toimintakäytäntöjen kehittäminen, henkilöstöjohtaminen sekä toiminnan tulosten seuranta ja arviointi organisaation strategisten linjausten mukaisesti. Hoidon laatu ja vaikuttavuus ovat yhteydessä henkilöstön toimintaan ja osaamiseen. Lähijohtamisen avulla voidaan vaikuttaa henkilöstön osaami-

seen, työtyytyväisyyteen ja jaksamiseen sekä tuotettuun hoidon laatuun. Tavoite-, muutos-, osaamis- ja tietojohdamisen elementit ovat johtamisen keskeisiä työvälineitä. Oikeudenmukaisen johtamisen, yksikön erikoistumisen ja henkilöstön vaikutusmahdollisuuksien on todettu olevan yhteydessä henkilöstön työtyytyväisyyteen. Toisaalta henkilöstöressurssien vähäisyyden on todettu olevan yhteydessä kiireen ja stressin tuntemukseen vaikuttaen negatiivisesti henkilöstön jaksamiseen ja välillisesti myös huonoon hoidon laatuun. (Pekkarinen 2007).

### 1.3 Ikäihmisen kuntoutumista tukeva lähijohtaminen

Ikäihmisen kuntoutuminen on asiakasnäkökulmasta eräs keskeinen hoidon tulosta kuvaava ilmiö. Se on moniulotteinen ja pitkäkestoinen prosessi, joka edellyttää moniammatilliselta työryhmältä ja sen johtajalta asiantuntijuutta. Se perustuu tavoitteelliseen, henkilön kokonaisuhoitoa tukevaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan, jonka toteutumista seurataan systemaattisesti ja säännöllisesti. Kuntoutumista edistävä toiminta vaatii moniammatilliselta tiimiltä verkostoituvaa toimintatapaa sekä ikääntyneen selviytymistä ja toimintakykyä kuvaavaa yhteistä kieltä. Näiden saavuttamiseksi tarvitaan johtamista, jossa erityisesti korostuu tavoite-, muutos- ja osaamisen johtaminen sekä näyttöön perustuva johtamisosaaminen. Aikaisempien tutkimusten mukaan osastoilla, joilla toteutettiin kuntoutumista edistävää toimintamallia, oli vähäisempi henkilöstön vaihtuvuus ja parempi hoidon laatu (Vähäkangas ja Noro 2009). Lisäksi kuntoutumista edistävä toiminta koettiin hoitotyön vetovoimaisuutta lisääväksi tekijäksi.

Tämän kirjan tarkoituksena on käsitellä ikäihmisen kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtamisen haasteita, siihen liittyviä ilmiöitä, toimintamalleja ja tunnuslukuja. Lähijohtamista tarkastellaan kotihoidon, palveluasumisen, ympärivuorokautisen hoidon ja hoitoketjujen näkökulmasta. Kirjassa (1) kuvataan ja arvioidaan toimintamalleja ja interventioita, joita *Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen*-hankkeessa<sup>1</sup> kehitettiin. Lisäksi esitetään (2) näyttöön perustuvia työvälineitä, joiden avulla lähijohtajat pystyvät kehittämään kuntoutumista edistävää asiakaskeskeistä toimintaa, seuraamaan ja arvioimaan oman yksikkönsä asiakasrakennetta, hoidon laatua ja toiminnan vaikuttavuutta asiakas- ja toimintayksikkötasolla ja arvioidaan (3) edellä mainittujen työvälineiden käytettävyyttä kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisessa. Lopuksi esitetään (4) suosituksia kuntoutumista edistävien toimintamallien soveltamisesta lähijohtamiseen.

Kirjan kappaleissa 1-3 kuvataan hankkeen ja kehittämistyön taustaa ja lähijohtamista kuntoutumista edistävän toiminnan näkökulmasta. Tunnuslukuina on hyödynnetty RAI-tietojärjestelmän tuottamaa tietoa hankkeen jokaisen toimintamallin kehittämistyössä, joten RAI järjestelmän käyttöä kuvataan erillisessä kappaleessa 3. Samassa kappaleessa kuvataan lisäksi hankkeessa luotuja uusia kuntoutumista kuvaavia tunnuslukuja: ympärivuorokautisen hoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoitusta ja kotihoidon asiakasrakteeseen liittyvää kuntoutumis- ja voimavarakartoitusta. Kappaleessa 4 kuvataan hankkeen interventiot, niissä käytetyt aineistot ja menetelmät. Kappaleet 5-7 muodostuvat hankkeessa toteutettujen interventioiden kuvauksista. Jokaisesta interventiosta esitetään kehittämisen kohde, intervention tarkoitus, sisältö ja arvioinnissa käytetyt aineistot. Lisäksi kuvataan interventioista saatuja tuloksia ja lopuksi yhteenvedonomaaisesti interventioista saadut kokemukset ja ne keskeiset tunnusluvut, joita suositellaan lähiesimille yksikkönsä toiminnan vaikuttavuuden seurantaan ja arviointiin. Jokainen kappale muodostaa oman kokonaisuutensa. Kappale 8 sisältää pohdintaa ja jatkokehittämishaasteita. Kappale 9 sisältää synteesin, jossa kehittämistyötä tarkastellaan lähijohtamisen näkökulmasta. Synteesi muodostuu kehitystä malleista ja saaduista keskeisistä tuloksista. Synteesissä tarkastellaan myös kehitettyjen mallien yhteyttä henkilöstömitoitukseen ja hoidon kustannuksiin yleisellä tasolla.

---

<sup>1</sup> Hanke oli Kokkolan yliopistokeskus Chydeniuksen sekä Kokkolan ja Oulun kaupunkien yhteistyöhanke. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (THL) toimi hankkeessa asiantuntijana. EAKR-rahoituksesta vastasivat Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan liitot.

Kirja on rakennettu loogisesti siten, että se on luettavissa joko kokonaisuutena tai osina. Jos kiinnostuksen kohteena on jokin tietty toimintamalli ja siihen liittyvät teemat, on mahdollista lukea vain kyseinen kappale. Mikäli lukija haluaa käyttää kirjaa ”lähijohtamisen käsikirjana”, kannattaa perehtyä kirjan kuvioihin ja taulukoihin, jotka on pyritty rakentamaan siten, että ne muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden lähijohtamisen työvälineistä.

Kirjassa paljon käytetyt käsitteet ovat ikäihminen, koti- ja ympärivuorokautinen hoito, hoito- ja palveluketju, hoitaja/omahoitaja ja lähijohtaja/lähiesimies. Ikäihmisellä tarkoitetaan 75 vuotta täyttäneitä tai vanhempaa tai muuten palvelun tarpeessa olevaa henkilöä. Hoitaja/omahoitaja-käsitteellä tarkoitetaan tässä yleisesti sekä lähi/perushoitajia että sairaanhoitajia. Mikäli jonkun ammattiryhmän roolia tai vastuuta on haluttu erityisesti nostaa esille, on se mainittu erikseen kyseisenä ammattinimikkeenä. Lähijohtajalla tarkoitetaan johtajaa, joka työskentelee lähellä käytännön toimintaa edustaen ensimmäisen portaan johtamisen tasoa.

## 2 Lähijohtaja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäjänä

### 2.1 Muutoksen johtaminen

Asiakaskeskeisen hoidon ja palvelun tuottaminen on eräs tärkeä tavoite kansallisissa ikäihmisten hoitoon liittyvissä linjauksissa. Se edellyttää palvelua tuottavilta tahoilta panostamista hoidonsuunnitteluprosessien ja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämiseen sekä ikäihmisten osallistumisen tukemiseen. Koska lähiesimies toimii johtamisjärjestelmässä lähimpänä käytäntöä, hänellä on keskeinen rooli strategioiden jalkauttamisen lisäksi myös kyseisten prosessien ja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyössä. Kehittämistyön konkreettiset johtamisen menetelmät löytyvät muutos-, osaamis- ja tietojohdamisen teoreettisista malleista.

Yleensä interventiot lähtevät siitä, että muutosjohtamisen avulla pyritään muuttamaan nykyisiä toimintamalleja kohti asiakaskeskeistä kuntoutumista edistävää moniammatillista toimintaa, jossa hoidon tuloksia ja vaikuttavuutta arvioidaan säännöllisesti ja systemaattisesti asiakas-, yksikkö- ja organisaatiotasolla. Toiminnan toteuttamista seurataan ja arvioidaan mm. jäsenettyjen prosessien kautta. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma toimii työvälineenä, jonka avulla ikäihmisen hoitoa toteutetaan. Käytössä on tunnuslukuja ja seurantaindikaattoreita toiminnan tavoitteiden asettamisessa, niiden toteutumisen seurannassa ja arvioinnissa sekä tulosten tarkastelussa. Tulevaisuuden haasteena on sellaisten tunnuslukujen kehittäminen, joiden avulla voidaan arvioida toiminnan vaikuttavuutta suhteuttamalla esimerkiksi henkilöstöresurssien käyttö saatuihin hoidon tuloksiin.

Muutoksen suunnittelu ja toteuttaminen on tärkeä aloittaa prosessien kyseenalaistamisella, jossa keskeistä on tarkastella yksikön nykyistä käytäntöä. Lisäksi on syytä tarkastella nykykäytännöllä saavutettuja hoidon laadun tuloksia. Avoin vuorovaikutus ja yhteiset keskustelut toiminnan ja kehittämisen tavoitteista tukevat hoitajien sitoutumista ja voimaantumista sekä auttavat käsittelemään muutosvastarintaa. Lähijohtajan tuki, arvostus ja rohkaisu auttavat hoitajia toimimaan tavoitteiden suuntaisesti (Vähäkangas ja Noro 2009). Lähijohtajan kannustus uuden oppimiseen edesauttaa hoitajia hoitotyön asiantuntijuuteen kasvamisessa. Toisaalta myös lähijohtajan oma toimintamalli, oman osaamisen kehittäminen ja innovatiivisuus kannustaa hoitajia uusien toimintamallien käyttöönottoon. Kehittämistyön tulosten ja toimintamallien kriittinen arviointi, luotettavien mittareiden käyttö ja niiden oikea kohdentaminen ovat johtamisen tärkeitä elementtejä. Lähiesimiehen on pystyttävä huomioimaan niitä erilaisia näkökulmia ja ajatuksia, joita työyhteisössä nousee muutosprosessin aikana. Tiedottamiseen tulee panostaa koko prosessin ajan. Kehitetyn toimintamallin juurruttaminen vaatii lähijohtajalta jatkuvaa hoitajien tukemista, ohjaamista, muistuttamista ja palautteen antamista myös silloin, kun hoitajan toiminta on sovittujen tavoitteiden mukaista. (Nikkilä ja Paasivaara 2008, Vuorinen 2008, Vähäkangas 2010).

Muutoksen johtamisessa keskeistä on myös tunnistaa yksikön toiminnan taustalla oleva organisaatiokulttuuri ja vaikuttaa siihen. Laaksonen ym. (2005) mukaan lähijohtajan haasteena on se, että hän pysyy yksikön toimintakäytäntöjen osalta objektiivisena. Samaistuminen yksikön toimintakulttuuriin vaikeuttaa organisaatiokulttuurin tunnistamista ja sen vaikutuksen ymmärtämistä, jolloin muutoksen läpivieminen vaikeutuu. Organisaatiota voidaan verrata jäävuoreen, jossa näkyvä osa on pieni ja näkymätön osa suuri. Näkyvään osaan kuten esim. toimintakäytäntöön vaikuttaminen muuttaa yksikön pintarakenteita. Organisaatiokulttuurin näkymättömään osaan vaikuttaminen, kuten henkilöstön arvoihin, normeihin, asenteisiin ja käsityksiin muuttaa organisaation syvärakenteita. Keskeistä on tunnistaa organisaation todellinen tila, jotta todellisiin muutostarpeisiin voidaan vaikuttaa. (Nikkilä ja Paasivaara 2008).

Koska organisaatiokulttuuri ei muutu nopeasti, on muutoksen läpivieminen pitkä prosessi. Strategisen muutoksen läpivieminen vie 1-5 vuotta. Taktisten organisaatiomallien, esimerkiksi moniammatillisen tiimi-



työn tai hoidon suunnitteluprosessin kehittäminen kestää 1-18 kuukautta (Laaksonen ym. 2005), mutta niiden juurruttaminen vie kauemmin.

## 2.2 Kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäminen

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta organisaatioiden tulee pystyä vastaamaan ikäihmisten palvelun tarpeisiin niukkenevista resursseista huolimatta. Haasteita ovat mm. hyvän hoidon laadun tason määrittäminen ja turvaaminen sekä hoitotyön vetovoimaisuuden lisääminen. Vaikka edellä mainitut kehittämisen haasteet eivät liity suoraan lähiesimiehen johtamistehtävään, ne vaikuttavat välillisesti lähijohtamiseen ja yksikön käytännön toiminnan kehittämiseen organisaation strategisten linjausten kautta.

Muutosjohtamisen elementit ovat kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyössä keskeisiä (kuvio 1). Muutosprosessissa on tärkeä ottaa huomioon organisaation yleisen tason haasteet ja strategiset linjaukset sekä jo olemassa olevat yksikön toimintaa kuvaavat tunnusluvut ja arviointikäytännöt. Hoidonsuunnitteluprosessi on tärkeä kuvata ja avata. Sen avulla voidaan jäsentää kuntoutumista edistäviä toimintamalleja ja niiden sisältöjä sekä määrittää moniammatillisen tiimin jäsenten rooleja ja vastuita. Prosessin kuvaaminen mahdollistaa lisäksi yksikön nykytilan tarkastelun ja sen tavoitetilan määrittämisen, johon muutoksen avulla pyritään. Tässä vaiheessa lähijohtajan tulee tunnistaa ja käsitellä muutosta edistäviä ja estäviä tekijöitä yksikössään. Näitä ovat esimerkiksi hoitajien asenteisiin, motivaatioon ja osaamiseen liittyvät tekijät. Henkilöstö käsittelee asioita virallisten osasto/yksikköpalavereiden lisäksi myös tiimeissä ja työn lomassa pidettävillä tauoilla. Kun lähijohtaja on näissä tilanteissa mukana ja näkyvillä, hän voi ottaa kantaa ja ohjata hoitajia toimimaan sovittujen linjausten mukaisesti.



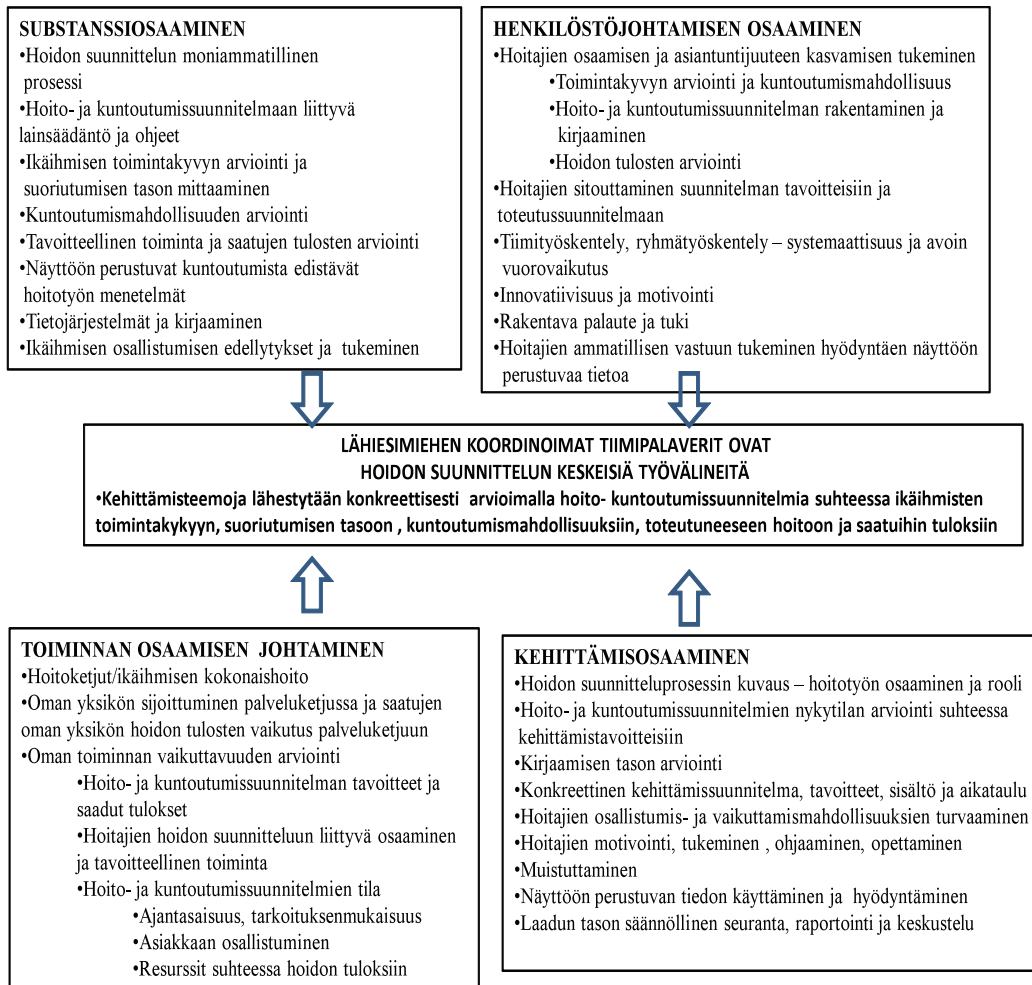
Kuvio 1. Kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäminen ja johtaminen.

Kuntoutumista edistävän toimintamallin lähtökohtana on ikäihmisen oma osallistuminen sekä terveyslähtöinen, tavoitteellinen ja moniammatillinen toiminta hoidonsuunnitteluprosessin kaikissa vaiheissa. Lähiesimiehen vastuulla on se, että hoitoa toteutetaan sovittujen käytäntöjen ja hoidonsuunnitteluprosesseissa määriteltyjen tunnuslukujen mukaisesti. Jotta kyseiset tavoitteet saavutetaan, on tärkeää, että prosessit on kuvattu siten, että myös ikäihmisen oma osallistuminen ja vastuu on määritelty. Kuvauksista tulee näkyä ajankohta, jolloin ikäihmisen toimintakykyä arvioidaan ja milloin hoito- ja kuntoutumissuunnitelma tavoitteineen on tehty sekä miten ja milloin hoidon tuloksia arvioidaan.

Kun lähijohtaja seuraa ja arvioi toimintaa prosessikuvausten mukaisesti, hänen tulee muistaa, että henkilöstön toimintaan vaikuttaa se toimintaympäristö ja -kulttuuri (Resnick ym. 2009), jossa toimintaa toteutetaan. Lähiesimiehellä on monenlaisia työvälineitä, joiden avulla hän voi vaikuttaa hoitajien kuntoutumista edistävään toimintaan joko edistävasti tai estävästi. Edistäviä keinoja ovat kuuntelu ja erilaisissa hoitotilanteissa mukana oleminen sekä keskustelu konkreettista asiakastapauksista ja hoidon tavoitteista. Tärkeä on antaa hoitajille positiivista palautetta, kun he toimivat yhteisesti sovittujen linjausten mukaisesti. Lähiesimiehen omalla toiminnalla ja esimerkillä on merkitystä hoitajien asenteisiin, käsityksiin ja toimintaan. Innostuneella, luovalla, hoitajan osaamista arvostavalla ja henkilöstön jaksamista tukevalla vuorovaikutustaitoisella ja kuntoutumista edistävän toiminnan periaatteet hallitsevalla lähijohtajalla on hyvät mahdollisuudet tukea hoitajia kuntoutumista edistävässä toiminnassa ja siihen liittyvän asiantuntijuuden kehittymisessä.

Lähijohtajan tehtävänä on vastata siitä, että moniammatillinen kuntoutumista edistävä toiminta toteutuu lakien, säädösten, hyvän hoidon periaatteiden ja yksikössä/organisaatiossa sovittujen toimintamallien mukaisesti asiakaslähtöisesti. Koska lähiesimiehen tehtävänä on tunnistaa hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja kirjaamiseen liittyviä käytäntöjä ja puuttua niissä ilmeneviin epäkohtiin, hänen on tärkeä tunnistaa jokaisen hoitajan osaamisen taso ja tukea sen kehittymistä. Näin hän edistää hoitajien asiantuntijuuteen kasvamista ja voimaantumista. Lähiesimies arvioi hoitajien osaamista arjen hoitotilanteiden lisäksi mm. kehityskeskustelujen avulla. Asiakkaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelman läpikäyminen omahoitajan kanssa on myös keino, jonka avulla lähijohtajan on mahdollista arvioida yksittäisen hoitajan osaamista ja asenteita sekä tukea oppimista ja asiantuntijuutta. Asiakkaiden hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien tarkastelu antaa lähijohtajalle hyvän kuvan ikäihmisten hoidon suunnittelusta, kirjaamisen tasosta ja kehittämistarpeista omassa yksikössään. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien sisällöllisen laadun ja kirjaamisen tason seuranta ja arviointi edellyttää, että lähijohtajalla on käytettävissä määritelty hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien sisältöä koskeva kirjaamisen vähimmäistaso/minimitaso, johon hän voi verrata oman yksikkönsä tasoa.

Hoidon tulosten ja vaikuttavuuden arviointi edellyttää johtamisosaamisen lisäksi lähijohtajalta kliinistä osaamista, kuntoutumista edistävän toiminnan ja näyttöön perustuvan tiedon käyttämisen osaamista. Kantanen ym. (2011) jakavat johtamisosaamisen substanssi-, henkilöstö- ja toiminnan johtamis- sekä kehittämisoosaamiseen. He eivät kuitenkaan ota kantaa siihen, miten eri osaamisalueet jakautuvat suhteessa toisiinsa ja miten ne näkyvät johtajan päivittäisessä toiminnassa. Jos lähiesimiehen työssä henkilöstöjohtaminen ja päivittäisen toiminnan johtaminen painottuu tai keskittyy liikaa sijaisten hankintaan ja päivän muiden toimintojen organisointiin, lähijohtamisen uhkakuvana voi olla käytännön toiminnasta etäännyminen. Käytännön ydintoiminnasta etäännyminen voi puolestaan johtaa siihen, että kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvät kehittämisvaateet jäävät lähijohtajalta huomioimatta, jolloin hoidon laadun taso kärsii ja hoidon vaikuttavuus heikkenee. Tällöin myös henkilöstön sitoutuminen toiminnan jatkuvaan kehittämiseen hiippuu tai jopa loppuu kokonaan. Kuviossa 2 kuvataan lähijohtajan johtamisosaamisen haasteita hoidonsuunnitteluprosessin kehittämisen näkökulmasta Kantasen ym. (2011) lähestymistapaa soveltaen.



Kuvio 2. Lähijohtajan osaamisen ulottuvuudet hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisällöllisessä kehittämistyössä Kantanen ym. (2011) soveltaen.

Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisällön kehittämisen keskiössä on hoitotyön tiimi ja tiimipalaveri/yksikköpalaveri, joka toimii kehittämistyössä lähijohtajan työrukkasena ja muutosta eteenpäin vievänä voimana. Tiimipalaverit voivat olla osastokokoustyyppisiä, mutta keskeistä on se, että palavereissa käsitellään hoidettaviin asiakkaisiin ja hoitosuunnitelmiin liittyviä konkreettisia teemoja. Lähiesimiehen on itse hyvä olla mukana tiimipalavereissa. Kehittämisen teemat avataan tapauskertomuksin, joissa arvioidaan hoitosuunnitelman sisältöä, sen toteuttamista ja toteutumista sekä saatuja hoidon tuloksia suhteessa asetettuihin tavoitteisiin systemaattisella tavalla tietyn etukäteen sovitun mallin mukaisesti. Hoidonsuunnittelu-prosessin nykytilan arviointiin on esitetty alla muutamia teemoja ja kysymyksiä, joihin lähiesimies voi hakea vastausta yhdessä hoitotiimin kanssa:

- Onko hoidonsuunnitteluprosessi kuvattu – onko moniammatillisen tiimin jäsenten vastuut prosessin eri vaiheissa määritelty?
- Millainen on hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien sisältö – miten ikäihmisen tarpeet, hoidon tavoitteet, hoitotyön menetelmät, hoidon tulosten arviointi on kirjattu?
- Ovatko hoidolle asetetut tavoitteet konkreettisia ja mitattavia?
- Onko hoito- ja kuntoutumissuunnitelmiin kirjattu asiakkaan suoriutumista vai hoitajan toimintaa?
- Onko kirjaamisen vähimmäistaso määritelty?
- Kuvataanko päivittäisen kirjaamisen avulla henkilön toimintaa ja tavoitteiden saavuttamista?
- Kuinka usein päivittäistä kirjaamista toteutetaan: joka työvuorossa, kerran päivässä?
- Kirjataanko ikäihmisen oma osallistuminen ja vastuu hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen?
- Kirjataanko läheisen osallistuminen asiakkaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen?

- Onko omaisen jaksaminen huomioitu?
- Näkykö hoidon tavoitteellisuus ja vaikuttavuus hoito- ja kuntoutumissuunnitelmissa?

Lähijohtaja kantaa vastuun siitä, että palaverit ovat tavoitteellisia, kehittämistyö etenee systemaattisesti ja siten, että edellä oleviin kysymyksiin haetaan vastausta. Kehittämistyön tavoitteet määritellään tiimin lähtötaso ja tiimin jäsenten osaamisen taso huomioiden. Saatuja kehittämistuloksia seurataan ja arvioidaan systemaattisesti. Palavereiden tarkoituksena on tukea sekä tiimin että yksittäisen hoitajan asiantuntijuuden kehittämistä ja kehittymistä. Kehittämistyön toteutumisen seuranta ja arviointi kuuluu lähijohtajan päivittäisiin johtamistehtäviin. Osallistuessaan kehittämistyöhön lähiesimies saa kuvan oman yksikkönsä toimintamalleista ja voi siten ohjata tiimejä kohti sovittua päämäärää.

Koska lähijohtaja työskentelee lähellä käytännön toimintaa, hänen roolinsa on keskeinen kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyössä. Lähijohtaja toimii myös käytännön ja keskijohdon välillä, jolloin hänellä on keskeinen rooli organisaation strategisten linjausten, vision, tavoitteiden, sopimusten ja yhteisten toimintamallien juurruttamisessa käytännön toimintaan yhteistyössä keskijohdon kanssa. Tässä tehtävässä korostuu avoin kommunikointi, yksikön toiminnan tavoitteiden määrittäminen ja henkilöstön osallistumisen tukeminen tavoitteiden asettelussa. Säännölliset osasto- tai yksikköpalaverit, joissa avoimuus on avainasana, muodostavat hyvän perustan keskusteluille yhteisistä sopimuksista ja tavoitteista. Keskustelua on hyvä käydä myös siitä, miten tavoitteiden saavuttamista ja sopimuksissa pysymistä seurataan ja arvioidaan. Lähiesimiehen tulee muistaa, että johtamistehtävään sisältyy toimeenpanovalta sekä seuranta- ja arviointivastuu. Lähiesimies vastaa myös, että organisaation strategioista ja tavoitteista käytyjen keskustelujen avulla yleisen tason strategiat ja tavoitteet muutetaan konkreettisiksi hoitotyön toimintaan vaikuttaviksi tekijöiksi, jolloin niillä on vaikutusta käytännön hoitotoimintaan ja asiakaskeskeisen hoidon kehittämistyöhön.

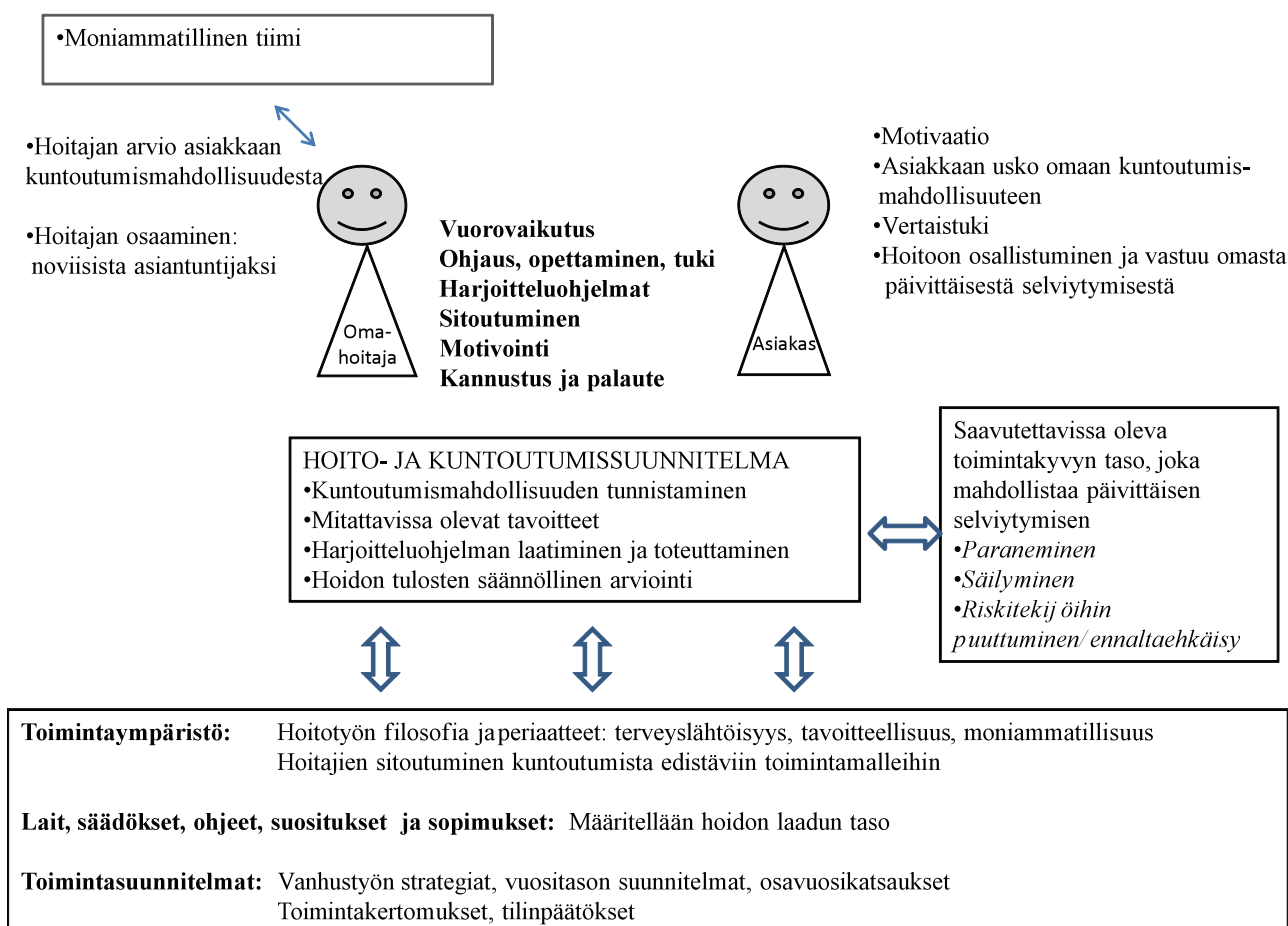
Kuntoutumista edistävän toiminnan tulosten seuranta edellyttää tunnuslukuja, joiden avulla ikäihmisten toimintakyvyn muutosta on mahdollista seurata asiakas- ja yksikkötasolla. Hankkeessa kehitettyjä kuntoutumista edistävän toiminnan vaikuttavuuden tarkasteluun käytettäviä lähijohtamisen tunnuslukuja kuvataan tarkemmin kirjan osioissa 3, 5-7. Lähijohtamiseen sopivia tunnuslukuja valittaessa on tärkeää käyttää luotettavia mittareita, joiden avulla voidaan seurata ja arvioida hoidon laadun tuloksia yhdistämällä laatua kuvaava tieto asiakasrakenteeseen ja käytettävissä oleviin henkilöstöresursseihin. THL on kehittänyt RAI-tietojärjestelmän pohjalta vaikuttavuuslukuja, joissa on yhdistetty tuottavuus ja hoidon laadun epäkohtia kuvaavia RAI-laatuindikaattoreita (Finne-Soveri ym. 2012). RAI-tietojärjestelmää käyttävien kuntien lähiesimiehillä on mahdollisuus hyödyntää osastoilla käytössä olevien paikallisten RAI-ohjelmistojen tuottamia raportteja asiakasrakenteen ja hoitajien kuntoutumista edistävän toiminnan tarkasteluun ja mittaamiseen. Toisaalta RAI-ohjelmisto osana potilastietojärjestelmää antaa myös mahdollisuuden tarkastella kuntoutumista edistävän toiminnan vaikuttavuutta yksittäisen asiakkaan hoidossa, sillä hoitotiimi voi verrata asiakkaan toimintakyvyn muutosta ajassa ja arvioida saatuja tuloksia suhteessa asettettuihin hoidon tavoitteisiin.

### 2.3 Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma osana kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyötä

Ikäihmisen kuntoutumisen perustana on hoito- ja kuntoutumissuunnitelma, joka sisältää hoidon tarpeiden määrittämisen, tavoitteiden asettamisen, hoitotyön menetelmien valinnan, hoidon tulosten arvioinnin ja seurannan. Se on moniammatillisen tiimin keskeinen työväline, jossa kuvataan hoidettavan henkilön suoriutumisen taso hyödyntäen luotettavia mittareita. Lähtökohtana on, että ihminen nähdään toiveineen ja tarpeineen osana toimintaympäristöä, jossa hän elää. Paras mahdollinen toimintakyvyn taso saavutetaan tunnustamalla henkilön kuntoutumisen mahdollisuus, laatimalla tavoitteellinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma harjoitteluohjelmineen sekä arvioimalla saatuja hoidon tuloksia. Hoidon ja kuntoutumisen onnistuminen edellyttää hoitotiimin ja ikäihmisen sitoutumista hoidon tavoitteisiin ja laaditun kuntoutumissuunnitelman toteuttamiseen. Hoitajan sitoutuminen näkyy erityisesti siinä, miten hän motivoi, kannustaa ja tukee henkilön harjoittelua ja hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tavoitteiden saavuttamisessa sekä siinä, miten hän tunnistaa ikääntyneen henkilön kuntoutumismahdollisuuden ja tukee omaisten osallistumista (kuviokuva 3).

Kuntoutumista edistävän hoitajan toiminta konkretisoituu hoitajan ja ikääntyneen henkilön välisessä kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa (Routasalo ym. 2004, Resnick ym. 2009, Vähäkangas 2010). Jotta kuntoutumista edistävä toiminta on vaikuttavaa, sen tulee olla näyttöön perustuvaa, säännöllistä ja jatkuvaa.

Hoitajalla on keskeinen rooli moniammatillisessa tiimissä, sillä hän toimii hoidon suunnittelun koordinaattorina ja hoidon toteuttajana. Terapeuttien, sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden tehtävänä on toimia kukin oman alansa asiantuntijana. He toimivat myös omahoitajan tukena kuntoutumista edistävän hoidon toteuttamisessa. Ikäihminen on kykyjensä mukaan aktiivinen osallistuja. Myös omaisella on tärkeä rooli mm. ikäihmisen motivaation ylläpitäjänä ja tukihenkilönä.



Kuvio 3. Kuntoutumista edistävä ydintoiminta kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoitoyksikössä.

## 2.4. Kuntoutumista edistävän toiminnan tunnistet

Edellisissä kappaleissa on käsitelty kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistä ja sen johtamista. Muutosjohtamisen teemat ovat kehittämisprosessissa keskeisiä, kun päämääränä on saavuttaa hyvät kuntoutumista edistävät toimintamallit. Kun hyvät käytännöt on kehittämistyöllä saavutettu, on tärkeää varmistaa saavutetun toimintatason säilyttäminen ja sen edelleen kehittäminen. Tämä on haaste lähijohtajien lisäksi myös keskijohtoon kuuluville esimiehille. Niille yksiköille, joissa jo toimitaan hyvien kuntoutumista edistävien toimintamallien mukaisesti, tulee antaa mahdollisuus kehittämiseen antamalla palautetta ja kannustusta toiminnasta. Lähijohtajan tehtävänä on turvata henkilöstön asiantuntijuus ja osaaminen, jotta hyvän laadun taso säilyy. Hyvän laadun tason säilyttämisessä keskeistä on henkilöstön osaamisen johtamisen lisäksi visioiden ja päämäärien viitoittaminen ja mahdollisuuksien näkeminen sekä hyvien käytäntöjen markkinoiminen muille organisaatioille. Näin vertailukehittäminen ja hyvistä käytännöistä oppiminen on mahdollista (Noro ym. 2005).

Mitä hyvällä kuntoutumista edistävällä toiminnalla tarkoitetaan ja mitä se sisältää? Hyvä kuntoutumista edistävä toiminta perustuu lakeihin, säädöksiin ja ohjeisiin, jotka koskevat kaikkia hoitotoimintaa tuottavia organisaatioita, yksiköitä ja henkilöstöä. Kuntoutumista edistävässä toiminnassa painottuu erityisesti *ikäihmisen kuntoutumismahdollisuuden tunnistaminen ja kuntoutumisen tukeminen harjoitteluohjelman hänen omia voimavarojaan hyödyntäen*. Tässä korostuu ikäihmisen arvostaminen, aktiivisen osallistumisen tukeminen, fyysisen toimintakyvyn paranemisen tai säilymisen tukeminen ja arkielämään sopeutuminen siinä toimintaympäristössä, missä henkilö elää. *Hoidon vaikuttavuuden arviointi* on keskeistä asiakas- ja yksikkötasolla. Moniammatillisen tiimin, ikäihmisen ja omaisten *sitoutuminen kuntoutumista edistävään toimintaan ja hoito- ja kuntoutumissuunnitelmassa sovittuihin tavoitteisiin* edesauttaa ikäihmisen kuntoutumista. Kuntoutumista edistävän toiminnan elementtejä ovat:

- Moniammatillinen hoidonsuunnitteluprosessi on kuvattu.
- Hoidonsuunnitteluprosessin mukaista toiminnan toteutumista arvioidaan säännöllisesti ja systemaattisesti.
- Koko hoitohenkilöstö on sitoutunut moniammatilliseen, tavoitteelliseen ja terveyslähtöiseen toimintamalliin, jossa lähtökohtana on ikäihmisen kuntoutuminen ja paras mahdollinen osallistuminen omaan hoitoonsa.
- Ikäihmisten kuntoutumismahdollisuus tunnustetaan parhaiten, kun toimintakykyä ja suoriutumista arvioidaan systemaattisesti.
- Ajan tasalla olevat hoito- ja kuntoutumissuunnitelmat perustuvat ikäihmisen toimintakyvyn ja suoriutumisen moniammatilliseen arviointiin.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tavoitteet kuvaavat ikäihmisen mahdollisimman optimaalista suoriutumisen tasoa.
- Ikäihmisillä, joilla on kuntoutumisen mahdollisuus, on myös harjoitteluohjelma, jota toteutetaan säännöllisesti ja johdonmukaisesti.
- Moniammatillinen tiimi arvioi asiakastason hoidon tuloksia säännöllisesti ja systemaattisesti.
- Asiakas osallistuu hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimiseen ja toteutuneen hoidon tulosten arviointiin.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisen tasoa seurataan ja arvioidaan säännöllisesti ja systemaattisesti.
- Hoidon tuloksia (asiakkaan toimintakyvyn muutos, hoidon laatu) arvioidaan yksikkötasolla säännöllisesti ja systemaattisesti.
- Hoidon tuloksia yksikkötasolla tarkastellaan henkilöstöresurssit ja asiakasrakenne huomioiden.
- Yksikön hoidon tuloksia arvioidaan suhteessa kansallisiin hoidon laadun tunnus- ja vaikuttavuuslukuihin.
- Hoidon laadun kehittäminen on systemaattista.

Kuntoutumista edistävän toiminnan elementtejä ovat edellä mainittujen lisäksi toimiva työyhteisö ja toimintaympäristö (Vähäkangas ja Noro 2009). Henkilöstön asenteet, motivaatio ja innostus vaikuttavat toimivaan työyhteisöön. Toimivaa työyhteisöä kuvaa se, että toiminnalla on yhteinen päämäärä ja tavoitteet, jotka ovat koko henkilöstön tiedossa ja perustehtävää ohjaamassa. Toisen henkilön arvostaminen ja kuunteleminen on tärkeää. Parhaimmillaan se näkyy oman asiantuntijuuden tunnistamisena, toisten osaamisen arvostamisena ja konsultointina. Toimintaympäristössä korostuvat tarkoituksenmukaisten työvälineiden saatavuus ja käyttäminen. Ergonominen työskentely on tärkeää sekä asiakkaan että hoitajan näkökulmasta. Fyysisen ympäristön tulee mahdollistaa liikkuminen ja ulkona käyminen. Kuntoutumista edistävä toimintamalli perustuu omahoitajuuteen ja toiminnan koordinointiin sekä tiimityöhön. Lähijohtamisen haasteita ovat yhteisten päämäärien ja tavoitteiden esille tuominen, mahdollisuuksien näkeminen, uusien toimintamallien juurruttaminen, avoin kommunikointi, henkilöstön oppimisen tukeminen, henkilöstön arvostaminen, toiminnan suunnittelu ja organisointi sekä hoidon tuloksiin liittyvä seuranta ja arviointi (Vähäkangas 2010). Toisaalta lähiesimiehen tulee tuntea itsensä, tunnistaa oma osaamisen tasonsa, heikkoudet ja vahvuudet. Kuntoutumista edistävän toiminnan keskeiset lähijohtamisen haasteet on koottu yhteenvedona taulukon 1.

Taulukko 1. Lähijohtamisen haasteet kuntoutumista edistävässä toiminnassa.

Lähijohtaminen kuntoutumista edistävässä toiminnassa			
Näkökulma	Muutosjohtaminen	Osaamisen johtaminen	Tietojohtaminen
Asiakas	Toimintamallien muuttaminen kohti asiakas-keskeistä hoitoa - ikäihmisen arvostaminen - osallistumisen mahdollistaminen - tiedon saanti - asiakkaan omaisen huomioiminen - ikäihmisen kuntoutumista edistävä toiminta osana hoito- ja palveluketjua	Ikäihmisen kuntoutumisen mahdollisuus arvioidaan hoito- ja palveluketjun eri tasoilla - ikäihmiselle turvataan riittävät tiedot, taidot ja motivaatio edistää omaa kuntoutumistaan - ikäihmiselle annetaan lisävastuuta omasta kuntoutumisestaan	Muutos- ja osaamisenjohtamisen tuloksia seurataan jatkuvaan näyttöön perustuen - hoidon tarpeet – asiakasrakennetarkastelu; vähintään kahdesti vuodessa - ikäihmisen toimintakyvyn muutosta kuvaavat tunnusluvut; vähintään kahdesti vuodessa - ikäihmisen oma osallistuminen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman rakentamiseen - hoito- ja kuntoutumissuunnitelmasta satunnaisotanta kerran vuodessa - ikäihmisen kokemus hoidosta – kysely organisaation käytännön mukaisesti
Prosessi	Kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvien prosessien näkyväksi tekeminen - hoidonsuunnitteluprosessin kuvaaminen - moniammatillisen tiimin jäsenten roolien määrittely - kuntoutumista edistävien toimintamallien määrittely - hoito- ja kuntoutumissuunnitelman kirjaamisen tason määrittely	Kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvien toimintamallien, hyvien käytäntöjen ja hoitosuosittelujen hyödyntäminen -prosessien sisältöihin ja kuvauksiin liittyvä osaaminen ja hoidon toteutukseen liittyvä seuranta ja arviointi	Käyttöön otettujen prosessien ja toimintamallien näyttöön ja vertailutietoon perustuva seuranta, arviointi ja tarvittavat toimenpiteet
Henkilöstö	Sitouttaminen kuntoutumista edistäviin toimintamalleihin	Noviisista asiantuntijaksi Moniammatillisuus ja konsultointi osaksi toimintakäytäntöä	Asiantuntijana kehittymiseen liittyvä seuranta, tunnusluvut ja arviointi
Talous	Talousseurannan rinnalle nostetaan vaikuttavuuden indikaattoreita	Talous- ja vaikuttavuusindikaattoreiden hyödyntäminen -indikaattoreiden sisällön ja luotettavuuden hahmottaminen	Vertailukelpoisten tunnuslukujen tulkinta osaksi normaalia hallintokäytäntöä -henkilöstöresurssien kohdentaminen suhteessa asiakasrakenteeseen, hoidon laatuun ja hoidon tuloksiin

## 3 Ikäihmistä kuvaavat tunnusluvut ja niiden hyödyntäminen

Tässä kappaleessa kuvataan hankkeessa käytettyä tunnuslukuja tuottavaa RAI-järjestelmää, RAI-arviointiin liittyvää tiedonkeruuta ja tutkimusaineistojen muodostumista em. tiedoista. Lisäksi kuvataan niitä keskeisiä RAI-tunnuslukuja, joita hankkeen interventioissa on hyödynnetty. Osioissa 3.2 ja 3.3 esitetään hankkeessa kehitettyjä uusia kuntoutumis- ja voimavarakartoituksia sekä ympärivuorokautiseen että kotihoitoon. Osiossa 3.3 kuvataan Oulu Screener 1.1 mittauksen testausta hankkeessa. Kappaleen viimeisessä osiossa keskitytään RAI-arvioinnin luotettavuuteen liittyviin tekijöihin ja esitetään hankkeessa kehitettyjä luotettavuuden parantamiseksi tarkoitettuja toimintamalleja ja lomakkeita.

### 3.1 RAI-järjestelmään sisältyvät mittarit ja tunnusluvut

RAI-järjestelmä on yksilön hoidon ja palveluiden laadun sekä kustannustehokkuuden parantamiseksi kehitetty standardoitu ja kansainvälisesti päteväksi osoitettu asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen arviointijärjestelmä (Morris ym. 1990, Morris ym. 2000, Hawes ym. 1997, Noro ym. 2005, Finne-Soveri ym. 2006). Se on ensisijaisesti kehitetty yksilöllisen hoitosuunnitelman apuvälineeksi. Tavoitteena on löytää sellaiset toimintakykyä ja hyvinvointia uhkaavat tekijät, jotka hyvällä hoidolla voidaan korjata, sekä auttaa yksilöä hyödyntämään omia voimavarojaan omatoimisuuden turvaamiseksi (hoidon suunnittelun apuvälineet: CAPs / RAPs). Hoidon ja palveluiden laadun on osoitettu paranevan RAI:n käyttöönoton jälkeen (Morris ym. 1997, Phillips ym. 1996, Hansebo 2000). Suomessa RAI-järjestelmä on otettu käyttöön laitos- ja koti-hoidossa 2000 luvun alkupuolella osana vertailukehittämistä ikäihmisten palveluissa (Noro ym. 2005, Finne-Soveri ym. 2006). Lähijohtamista kehittävässä hankkeessamme mukana olevat kunnat (Kokkola ja Oulu) ovat käyttäneet RAI:ta noin kymmenen vuotta. Ikäihmisen RAI-arviointi perustuu hoitajan tekemään toimintakyvyn arviointiin, joka tehdään henkilön tullessa hoitoon, voinnin muuttuessa oleellisesti tai vähintään puolivuositain. Saadut arviointitiedot syötetään potilastietojärjestelmässä olevaan RAI-ohjelmaan, joka tuottaa tietoa henkilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn suoriutumisen tasoista ja riskitekijöistä, esimerkiksi kaatumiseen, aliravitsemukseen ja käyttöoireisiin liittyen. Hoitotiimi hyödyntää näitä tietoja henkilön hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimisessa sekä hoidon tulosten arvioinnissa.

Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman kirjaaminen kokoaa asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen kannalta keskeiset yhteiset sopimukset kaikille hoidon osapuolille tiedoksi. Päivittäisen kirjaamisen avulla arvioidaan tavoitteiden saavuttamista ja kuntoutumisen etenemistä. Viime vuosina on Suomessa kehitetty hoitotietojen systemaattista kirjaamista yhä enemmän strukturoitua suuntaan soveltamalla rakenteisen kirjaamisen periaatteita (Liljamo ym. 2008). Hoitotyön ydintiedot muodostuvat osa-alueista, jotka ovat hoidon tarve, hoidon tavoitteet, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo. Hoidon tarve on hoitohenkilöstön kuvaus henkilön toimintakyvystä, terveydentilasta, riskitekijöistä ja tarpeista. Hoitotyön tavoitteet ja toiminnot kuvaavat henkilön hoidon suunnittelua ja toteutusta. Hoidon tulokset kuvaavat henkilön tilassa tapahtuneita muutoksia ja hoitotyön yhteenvedo koostaa hoitojakson kannalta keskeisiä ydintietoja. Hoitotyön kirjaamisessa voidaan käyttää hoitoprosessin eri vaiheissa FinCC-luokitusta, joka muodostuu suomalaisesta hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksesta. FinCC-luokitus sisältää ylä- ja alatasen komponentteja, jotka kuvaavat asiakkaan tilaa ja toimintaa ongelmalähtöisesti.

Tässä kirjassa kuvataan RAI-mittareiden ja tunnuslukujen käyttöä hoitosuunnitelmassa yhdistämällä niitä pääpiirteissään rakenteisen kirjaamisen periaatteisiin. Esimerkkinä (taulukko 2) käytetään Oulussa vuonna 2008 kehitettyä elektronisen kirjaamisen mallia, jossa RAI-tunnuslukuja on yhdistetty rakenteisen kirjaamisen ydintietoihin ja komponentteihin. Hoidon tarve on avattu kuvaamalla ikäihmisen suoriutumisen tasoa hyödyntämällä RAI-mittareita. Riskitekijöitä on tunnistettu käyttämällä RAI-järjestelmän RAPs/CAPs listaa. Hoidon tavoitteita on asetettu saatujen RAI-mittariarvojen perusteella samalla, kun henkilön kuntoutumismahdollisuus on arvioitu. Kuntoutumista edistävä harjoitteluohjelma on kuvattu hoi-



totyön toiminnot osa-alueessa. Moniammatillisen hoidonsuunnitteluprosessin lopputuloksena on yhteinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma.

Taulukko 2. Esimerkki Oulun hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sovelluksesta, jossa on yhdistetty rakenteisen kirjaamisen ydintietoja ja RAI-tunnuslukuja.

Tulosy	Hoitoprosessi			Hoitotyön toiminto	Hoidon tulos Arviointi	Hoitoisuus	Hoitotyön yhteenveto
	Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Suunnitellut toiminnot				
	RAI-mittarit	Mittari-arvo	Kuntoutumista edistävä harjoitteluohjelma	Päivittäinen kirjaaminen FinCC-luokituksen mukaan	Muutos suoriutumisen tasossa	RUG <sup>22</sup> : kliiniset ryhmät ja kustannuspainot	Yhteenveto suoriutumisesta
	RAPs/CAPs	Riskin/ongelman poistuminen			Riskien poistuminen		
					Sopeutuminen ja selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa		

Asiakastason tiedon lisäksi RAI-ohjelma tuottaa monipuolista, reaaliaikaista tietoa koko yksikön asiakarakenteesta. Kopio RAI-asiakasarvioinneista lähetetään kahdesti vuodessa THL:lle analysoitavaksi ja vertailutiedon tuottamista varten. THL tuottaa RAI-järjestelmää käyttäville kunnille vertailutietoa asiakarakenteesta, hoidon laadusta, tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta. Tässä nykyisessä hankkeessa käytettiin tärkeimpiä RAI-järjestelmään kuuluvia mitareita, jotka kuvaavat ikäihmisen toimintakykyä, hoidon ja palvelun tarvetta ja suoriutumista sekä niitä mittareita ja tunnuslukuja, joita voidaan hyödyntää palvelutarpeen arvioinnissa palveluketjun eri tasoilla. Hoidon laadun epäkohtien arviointiin käytettiin RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa. Kirjan liitteessä 1 on kuvattu käytetyt RAI-mittarit ja tunnusluvut sekä niiden sisällöt yksityiskohtaisesti.

Lähijohtajan keskeisenä tehtävänä on johtaa RAI:n käyttöönottoa ja juurruttaa RAI osaksi hoidonsuunnitteluprosessia yksikössään. Hänen tehtävänä on myös RAI-tiedon hyödyntäminen johtamisessa organisaation strategian mukaisesti. Jotta esimies onnistuu tässä tehtävässään, hänen täytyy hallita *RAI-toimintamalli* ja sen perusideologia kokonaisuudessaan. Hänen täytyy pystyä jalostamaan ideologia käytännön toimenpiteiksi omassa yksikössään. RAI-toimintamalli tarkoittaa systemaattista, luotettavaa ja strukturoitua tapaa kerätä ikäihmisen hoidon ja palvelun järjestämisen kannalta keskeinen tieto ja sisällyttää se osaksi arjen toimintaa. Siihen sisältyy keskeisenä kuntoutumista edistävä hoitotyön filosofia. Toimintamallin toteutuminen edellyttää vahvaa asiantuntijuutta sekä esimieheltä että hoitajilta.

RAI-toimintamallin keskeisiä elementtejä ovat asiakaslähtöisyys, hoidon perustuminen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, hoidon suunnittelun tavoitteellisuus, kuntoutumista edistävä toiminta sekä hoidon tulosten systemaattinen arviointi. RAI-toimintamallin perustana on se, että ihminen nähdään aktiivisena,

<sup>2</sup> RUG = Resource Utilization Groups = Asiakasrakenneluokitus

omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun aktiivisesti osallistuvana henkilönä, jolla on itsemääräämisoikeus ja jota arvostetaan tasavertaisena ihmisenä.

### 3.2 Teoreettinen luokitus asiakkaan kuntoutumismahdollisuuden ja voimavarojen arvioimiseksi ympärivuorokautisessa hoidossa

RAI-tunnuluvut kuvaavat ikäihmisen toimintakykyä mm. kognition ja fyysisen suoriutumisen osalta. Ikäihmisen arjesta suoriutuminen edellyttää fyysisen toimintakyvyn voimavarojen lisäksi myös kognitiivisia voimavaroja. Koska hankkeessa kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyössä tarvittiin apuväline hoitajille ikäihmisen kuntoutumismahdollisuuden ja jäljellä olevien voimavarojen arviointiin sekä hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien laatimiseen, hyödynnettiin *kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen muodostamisessa* kognitiivista ja fyysistä suoriutumista kuvaavia RAI-mittareita. Fyysistä suoriutumista kuvaa hierarkkinen ADL-mittari (ADLH, (0-6); Morris ym. 1999) ja kognitiota Cognitive Performance Scale eli CPS-mittari ((0-6); Morris ym. 1994). Näiden molempien mittareiden reliabiliteetti ja valideiteetti on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu.

*Ympärivuorokautisen hoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoitus* muodostettiin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa tehtyjen asiakasarviointien perusteella. Teoreettinen luokitus muodostettiin siten, että ensin tarkasteltiin muistioireita (CPS) ja suhteutettiin niihin fyysisen toimintakyvyn ongelmat ja avun tarve niissä (ADLH). Muodostettu kuntoutumis- ja voimavarakartoitus perustuu siis CPS:n ja ADLH:n ristiintaulukoinnin pohjalta muodostettuun kehikkoon (kuvio 4), jossa on kolme pääluokkaa ja yhdeksän alaluokkaa. Pääluokkaan yksi sijoittuivat ne henkilöt, joilla oli kognitiivista kapasiteettia jäljellä, mutta fyysinen suoriutuminen oli alentunut. Pääluokkaan kaksi sijoittuivat ne henkilöt, joiden kognitiivinen kyky oli keskivaikeasti/vaikeasti heikentynyt ja fyysinen suoriutuminen heikentynyt ja pääluokkaan kolme ne henkilöt, joiden kognitio ja fyysinen suoriutuminen olivat erittäin vaikeasti heikentyneet.

Pääluokat nimettiin seuraavasti:

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

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

Kuvio 4. Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen alaluokkien muodostaminen kognition (CPS) ja hierarkkisen ADL:n (ADLH) mukaan (CPS = 0-6, jossa 0 = ei kognitiivista häiriötä, 6 = kognition erittäin vaikea heikkeneminen; ADLH = 0-6, jossa 0 = itsenäinen suoriutuminen, 6 = täysin autettava).

Ympäri vuorokautisen hoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen testaamista varten poimittiin THL:n RAI-tietokannasta analyysiin syksyn 2009 arviointiaineisto (n=8065), jossa vanhainkotien arvioin- teja oli 71.6 % ja palveluasumisen arvioin teja oli 28.4 %. Tässä aineistossa naisia oli 73 % ja asiakkaiden keski-ikä oli 82.7 vuotta. Kertynyttä hoitoaikaa oli keskimäärin 3 vuotta ja uusia asiakkaita (hoitoaika alle puoli vuotta) oli 14.3 %. Asiakkaiden kognitio oli keskivaikeasti heikentynyt (CPS=3.5), samoin fyysinen toimintakyky (ADLH=3.5). Alle 1 % oli arvioitu terminaalivaiheen asiakkaiksi, diagnosoitu muistisaira- us oli 65.2 %:lla ja aivohalvaus 9.3 %:lla. Yksi tai useampi deliriumoire oli 10 %:lla. Puolen vuoden aikana 1.2 % oli saanut lonkkamurtuman ja 1.2 % muun murtuman.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien asiakkaiden terveydentila ei välttämättä pysy tasaisesti vakaan, siksi kuntoutumis- ja voimavarakartoitusta kehitettäessä pyrittiin huomioimaan myös terveydentilan vakaus. Sitä varten käytettiin aiemmin kehitettyä terveydentilan vakautta kuvaavaa mittaria CHES (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs; Hirdes ym. 2003), jossa tarkastellaan sekä asiakkaan toimintakyvyn muutosta, terminaaliprognosia että akuutteja oireita. CHES-mittari on 6 luokkainen (0-5), jossa luokka nolla on oireeton. Luokissa 1 ja 2 asiakkaalla on akuutteja oireita, kun taas luokat 3-5 pitävät sisällään myös pidempiaikaista muutosta kuvaavia asioita asiakkaan toimintakyvyssä. Kaiken kaikkiaan CHES-mittari ennustaa hyvin kuoleman läheisyyttä ja siihen liittyvää terveydentilan epävakautta.

Taulukossa 3 on esitetty muodostetun kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen jakaumat suhteessa terveydentilan epävakauteen. Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen ensimmäiseen pääluokkaan sijoittui yli puolet ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista, luokkaan kaksi sijoittui viidennes ja luokkaan kolme neljäs asiakkaista. Tältä pohjalta voidaan arvioida, että kuntoutumis- ja voimavarapotentiaalia on vielä olemassa ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla asiakkailla. Kaikkiaan kolmannes ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista sijoittui täysin vakaaseen terveydentilaan. Pääluokan yksi ensimmäiseen luokkaan (1.1) sijoittui runsas puolet arvioiduista, luokkaan 1.4 enää neljäs arvioiduista. Pääluokassa kaksi ja sen alaluokissa vakaassa terveydentilassa oli noin neljäs ja pääluokan kolme alaluokissa (3.1) viidennes ja (3.2) kolmannes. Erittäin epävakaassa terveydentilassa olevia oli erittäin vähän. Melko vakaassa terveydentilassa eli CHES 0,1,2 oli noin 82 % ja epävakaassa (CHES (3,4,5) noin 18 % asiakkaista.

Taulukko 3. Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus ja terveydentilan vakaus (CHES) ristiintaulukoituna (0=vakaa, 5=erittäin epävakaa) ympärivuorokautisen hoidon asiakkailla, %. Lähde: RAI-Tietokanta, Ikäihmisten palvelut yksikkö, THL.

Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus	Terveydentilan vakaus (CHES)						Yhteensä	
	0	1	2	3	4	5	%	n
1. Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja, %								
1.1	53.5	29.7	13.8	2.8	0.2	0.0	5.3	428
1.2	47.8	30.7	15.2	4.7	1.7	0.0	15.8	1269
1.3	33.3	27.7	23.8	10.9	4.4	0.0	22.9	1840
1.4	26.5	28.3	24.4	13.6	7.2	0.0	9.3	750
2. Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja, %								
2.1	27.5	21.3	25.3	15.1	10.5	0.3	4.6	371
2.2	26.5	22.6	29.4	14.1	7.4	0.0	14.7	1177
2.3	25.6	20.9	16.7	16.3	18.6	1.9	2.7	215
3. Niukasti tai erittäin niukasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja, %								
3.1	22.7	23.8	27.4	15.5	10.3	0.3	9.5	766
3.2	31.0	21.3	22.5	12.1	11.5	1.7	15.4	1237
Yhteensä, %	33.2	25.7	22.8	11.2	6.8	0.4	100	
Yhteensä, n	2673	2072	1837	899	544	28		8053

Jotta terveydentilan epävakaus pystyttiin huomioimaan, luokiteltiin asiakkaat kahteen luokkaan CHES-Sin perusteella: luokkaan vakaa luokiteltiin 0-2 luokkaan kuuluvat (ei oireita tai vain akuutteja oireita) ja luokkaan epävakaa yhdistettiin CHES luokat 3-5 (sekä oireita että pidemmän aikavälin muutoksia toimintakyvyssä). Seuraavaksi tarkasteltiin muodostetun kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokkien ja terveydentilan vakauden suhteen asiakasrakennetta ja hoidon laadun indikaattoreita (taulukko 4). Asiakasrakenne pääluokittain eroaa tilastollisesti, ja jokaisessa pääluokassa vakaan ja epävakaan terveyden luokkiin sijoittuvat eroavat tilastollisesti toisistaan.

Taulukko 4. Asiakasrakenteen ja hoidon laadun tarkastelua kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokkien ja terveydentilan vakauden mukaan syksyn 2009 RAI-aineistossa, n=8053 vanhainkodissa ja palveluasumisessa % ja keskiarvoina (95%:n luottamusväli). Lähde: RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut yksikkö, THL.

Asiakasrakenne	Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja				Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja				Niukasti tai erittäin niukasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja			
	Vakaa terveydentila		Epävakaa terveydentila		Vakaa terveydentila		Epävakaa terveydentila		Vakaa terveydentila		Epävakaa terveydentila	
n	3763		418		1335		428		1496		513	
Ikä, vuosina	82.3	82.0-82.6	84.9	84.3-85.6	81.7	81.2-82.2	84.7	83.9-85.5	82.5	82.0-82.9	84.7	84.0-85.4
Naisia, %	70.0	69.1-72.0	80.0	84.2-85.6	72.4	70.0-74.8	79.7	75.8-83.5	76.3	74.2-78.5	79.9	76.4-83.4
Hoitoaika, vuosina	2.7	2.6-2.8	3.1	2.8-3.3	2.9	2.8-3.1	3.1	2.8-3.3	4.0	3.8-4.2	3.3	3.1-3.6
Hoitoaika alle puoli vuotta, %	19.1	17.9-20.4	10.2	7.6-12.8	14.2	12.4-16.1	8.2	5.6-10.8	8.0	6.6-9.4	6.6	4.5-8.8
Sosiaalinen osallistuminen (SES, 0-6)	3.0	2.9-3.0	2.0	1.9-2.1	1.4	1.4-1.5	1.1	0.9-1.2	0.5	0.4-0.5	0.5	0.4-0.5
Kipu (Mdspain, 0-3)	0.7	0.7-0.8	1.1	1.1-1.2	0.6	0.6-0.7	1.1	1.0-1.2	0.7	0.7-0.8	1.2	1.1-1.3
Masennuspisteet (DRS, 0-14)	2.1	2.0-2.1	3.6	3.3-3.9	2.3	2.2-2.5	4.0	3.7-4.4	1.8	1.7-1.9	3.3	3.1-3.6
Painoindeksi (BMI)	26.1	25.9-26.3	25.8	25.3-26.3	24.7	24.5-25.0	23.8	23.3-24.3	22.5	22.3-22.8	22.5	22.0-22.9
Kustannuspaino (cmi fin34)	0.84	0.83-0.85	0.97	0.96-0.99	0.95	0.94-0.96	1.03	1.02-1.04	1.12	1.12-1.13	1.16	1.15-1.17
Hoitajan ja/tai asiakkaan usko asiakkaan kuntoutumiseen, %	29.1	27.7-30.6	25.3	21.6-29.0	11.4	9.7-13.1	9.4	6.6-12.1	4.3	3.3-5.3	4.7	2.8-6.5
Muistisairausdiagnoosi, %	50.5	48.8-52.2	55.7	51.0-60.3	79.8	77.4-82.2	82.0	77.9-86.1	83.0	80.8-85.2	78.0	74.1-81.9
Psykiatrisen sairauden diagnoosi, %	28.3	26.7-29.9	27.2	22.9-31.4	21.7	19.2-24.3	23.6	19.0-28.2	15.2	13.2-17.2	21.3	17.4-25.1
Aivohalvaus diagnoosi, %	10.1	9.1-11.1	10.6	7.9-13.2	7.4	6.0_8.8	5.1	3.0-7.2	10.1	8.6-11.6	8.8	6.3-11.2
Yksi tai useampi delirium oire, %	4.3	3.5-5.2	17.7	12.3-23.1	9.6	7.0-12.1	30.8	22.5-39.2	6.8	4.9-8.7	36.3	27.8-44.7
Lonkkamurtuma viimeisen 180 vrk:n aikana, %	1.3	0.9-1.6	1.9	0.7-3.1	1.1	0.6-1.7	1.4	0.3-2.5	0.9	0.5-1.4	1.4	0.4-2.4

Muu murtuma viimeisen 180 vrk:n aikana	1.3	1.0-1.7	2.6	1.3-4.0	0.6	0.2-1.0	1.4	0.3-2.5	0.5	0.2-0.9	2.0	0.8-3.2
Terminaali prognoosi, %	0.0	-	0.0	-	0.0	-	2.3	-	0.2	-	7.2	5.0-9.5
Akuutti sairaus tai toistuvan sairauden akuuttivaihe, %	1.5	1.1-1.9	6.2	4.2-8.3	1.4	0.8-2.1	8.9	6.2-11.6	2.2	1.5-3.0	8.4	6.0-10.8
Kognitio parantunut viimeisen 90 vrk:n aikana, %	4.6	3.9-5.3	0.9	0.1-1.8	2.4	1.6-3.2	0.5	-0.2-1.1	1.1	0.6-1.7	0.0	-
Kognitio pysynyt ennallaan 90 vrk:n aikana, %	71.4	69.9-72.8	7.9	5.6-10.2	61.4	58.7-63.9	5.6	3.4-7.8	66.9	64.5-69.3	6.2	4.1-8.3
Fyysinen toimintakyky parantunut viimeisen 90 vrk:n aikana, %	9.6	8.7-10.6	1.7	0.6-2.8	4.5	3.4-5.6	0.7	-0.1-1.5	2.8	2.0-3.7	0.0	-
Fyysinen toimintakyky pysynyt ennallaan viimeisen 90 vrk:n aikana, %	80.3	79.1-81.6	19.8	16.4-23.2	69.1	66.6-71.6	13.1	9.9-16.3	75.4	73.2-77.6	11.7	8.9-14.5
Sairaalassa yön yli ja/tai sairaalan poliklinikalla käynti viimeisen 90 vrk:n aikana, %	17.7	16.4-18.9	28.7	24.8-32.5	12.7	10.9-14.5	24.5	20.4-28.6	9.2	7.7-10.6	20.1	16.6-23.6
Laatuindikaattorit												
Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö, %	43.2	41.4-44.9	42.9	38.1-47.7	38.9	35.9-41.8	35.2	29.8-40.7	24.8	22.4-27.2	31.4	26.7-36.1
Vähintään 9 lääkettä, %	55.9	54.3-57.5	66.4	62.4-70.5	37.2	34.6-39.8	48.0	43.3-52.8	25.6	23.3-27.8	39.0	34.8-43.2
Vuoteeseen hoidettavat, %	3.7	3.1-4.3	9.4	6.9-11.9	6.7	5.4-8.1	12.9	9.7-16.0	40.1	37.6-42.6	43.9	39.6-48.2
Ei aktiviteetteja, %	34.6	33.1-36.1	51.9	47.6-56.2	53.1	50.4-55.8	64.5	59.9-69.0	76.2	74.1-78.4	82.1	78.7-85.4
Liikkumista estävien rajoitteiden päivittäinen käyttö, %	7.5	6.7-8.3	6.6	4.5-8.7	14.5	12.6-16.4	10.8	7.8-13.7	32.6	30.2-35.0	28.3	24.2-32.2
1.-4. asteen painehaavat, %	4.7	4.1-5.4	12.1	9.3-14.9	4.1	3.1-5.2	9.6	6.8-12.4	8.3	6.9-9.7	17.0	13.7-20.2
Toimintakyvyn lasku koskien pitkään säilyviä toimintoja, % <sup>1</sup>	11.1	9.9-12.3	36.8	32.2-41.5	26.8	24.0-29.7	53.8	48.4-59.2	22.8	19.0-26.5	51.4	45.3-57.7
<sup>1</sup> insidenssi indikaattori,												

Pääluokkissa ne henkilöt, joilla oli vakaa tervedentila, olivat iältään nuorempia kuin epävakaa terveydentilassa olevat, heillä oli enemmän sosiaalista osallistumista (SES; Schroll ym. 1997), vähemmän kipua (Fries ym. 2001) ja masennusoireita (DRS; Burrows ym. 2000) sekä korkeampi painoindeksi (BMI). Asiakkaan ja/tai hoitajan usko asiakkaan kuntoutumismahdollisuuksiin oli joka kolmannella pääluokassa 1 ja vain muutamalla prosentilla pääluokassa kolme.

Muistisairauden diagnoosi oli useammin niillä henkilöillä, jotka sijoittuivat pääluokkan kolme eli neljällä viidestä. Murtumia oli kaikissa luokissa vähän ja myös terminaaliprognosi oli harvinainen. Kognition paranemista oli tapahtunut pääluokkan yksi kuuluvilla, joilla oli vakaa terveydentila. Fyysinen toimintakyky oli kohentunut viimeisen kolmen kuukauden aikana niillä, joilla oli arviointihetkellä vakaa terveydentila, ja useimmin niillä, jotka kuuluivat pääluokkaan 1.

Kunto- ja voimavaraluokittain tarkasteltiin myös hoidon laadun epäkohtien ilmenemistä käyttämällä RAI:n laatuindikaattoreita: rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä, yhdeksän tai enemmän lääkettä, vuoteeseen hoidettavat, vähän/ei lainkaan aktiviteetteja, painehaavat, päivittäisten liikkumista rajoittavien välineiden käyttö ja pitkään säilyvien ADL-taitojen heikentyminen.

Eri pääluokissa niillä, joilla oli vakaa terveydentila, oli parempi hoidon laatu. Pääluokittain tarkastellen oli myös eroa hoidon laadun tasossa.

#### *Keskeiset tulokset*

- Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus muodostettiin lähtökohtaisesti kognition mukaan, mutta kognition ja fyysisen toimintakyvyn ryhmittely ei kuitenkaan ollut täysin lineaarinen.
- Asiakasrakennetta kuvaavat mittarit noudattelivat luotua kuntoutumis- ja voimavarakartoitusta ja terveydentilan vakaaluokittelua.
- Asiakkaiden hoidon laadun kliiniset ongelmat noudattelivat luotua kuntoutumis- ja voimavarakartoitusta.
- Ryhmissä, joissa oli fyysisesti autettavia tai täysin autettavia, oli kognitiosta riippumatta tiettyjä laadun ongelmia: vuoteeseen hoidettavien osuus oli suurempi, päivittäisen liikkumista rajoittavien välineiden käyttö sekä painehaavojen esiintyvyys ja ilmaantuvuus oli suurempi ja nämä olivat suurempia ryhmissä, joilla terveydentila oli epävakaa.
- Lääkitysindikaattorit olivat korkeammat luokassa 1 (Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja).
- Aktiviteettien vähäisyys tai puute lisääntyi kunto- ja voimavaraluokan (1-3) ja liikkumisrajoitusten mukaan.

Ikäihmisen kuntoutumismahdollisuutta arvioitaessa on siis tärkeää huomioida kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen osoittaman kuntoutumismahdollisuuden lisäksi myös arvioitavan henkilön terveydentila, sen mahdollinen epävakaus ja epävakauden vaikutus kuntoutumiseen. Pyrkimyksenä on tällöin ensin hoitaa terveydentilan epävakaus pois, jolloin asiakkaalla on myös paremmat edellytykset kuntoutua.

Kun kuntoutumis- ja voimavarakartoitusta jatkossa testataan ja hyödynnetään, on hyvä pitää mielessä sekä hoito- että kuntoutumistoimenpiteitä valittaessa epävakaa terveydentilassa olevien erityisongelmat. Ne on pyrittävä hoitamaan mahdollisimman hyvin ennen kuntoutumiseen tähtäävän harjoittelun aloittamista. Teoreettisen ja tilastollisen tarkastelun tulosten mukaan kuntoutumis- ja voimavarakartoitus näytti tarkoituksenmukaiselta. Jotta sen perustella voisi kohdentaa kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä, päädyttiin kokeilemaan sen käytännön soveltuvuutta tarkemmin. Kokeilu tapahtui vuosina 2010-2011 kuudella ympärivuorokautista hoitoa toteuttavalla osastolla Kokkolassa ja Oulussa. Tästä interventiosta on kerrottu tarkemmin kirjan kappaleessa 7.

### **3.3 Kotihoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen kehittäminen – teoreettinen malli testausta varten**

Kotihoidon asiakkaiden kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen tarve nousi esille muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon kehittämistyössä (interventio 1). Hoitajille tarvittiin työväline kuntoutumismahdollisuuden arviointiin ja hoidon auttamismenetelmien valitsemiseen. Lähijohtajalle tarvittiin työväline asiakasrakenteen tarkasteluun ja resurssien kohdentamiseen. Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen tarkoituksena oli auttaa ja ohjata lähijohtajia ja hoitotiimejä tunnistamaan kotihoidon *erilaisten* asiakkaiden hoidon tarve ja kuntoutumismahdollisuus, määrittelemään kullekin asiakkaalle tarkoituksenmu-

kaiset kuntoutumista edistävät auttamismenetelmät sekä arvioimaan saatuja hoidon tuloksia suhteessa asiakasrakenteeseen ja käytettyihin resursseihin. Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus voisi näin toimia sekä hoidon sisällöllisen suunnittelun että resurssien kohdentamisen apuvälineenä kotihoidossa.

Kotihoidon palvelun tarpeeseen vaikuttavat ikäihmisen kotitilanteen ja –ympäristön sekä sosiaalisen verkoston lisäksi henkilön oma kyky selviytyä kotiaskereista, hoitaa hygieniansa ja käydä wc:ssä sekä syödä ja liikkua. Näistä suoriutuminen edellyttää lisäksi oppimiskykyä, kykyä muistaa ja tehdä päivittäisiä päätöksiä. Kotihoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen ryhmittelyssä hyödynnettiin edellä mainittuja osa-alueita kuvaavia RAI-mittareita; kognitiota mittaavaa CPS-mittaria, liikkumista, wc käyntejä ja hygienian hoitoa sekä syömistä mittaavaa ADLH-mittaria. Lisäksi valittiin välinetoiminnoista suoriutumista kuvaava IADL-mittari (Morris ym. 2000) mittaamaan ikäihmisen suoriutumista ruuan laitosta, kotitaloustöistä, lääkkeiden otosta, raha-asioiden hoidosta, ostoksista ja kulkuvälineiden käytöstä.

Vastaavalla tavalla kuin ympärivuorokautisessa hoidossa, haluttiin myös kotihoidossa tarkastella, voidaanko RAI-arvioinneista saatavien mittarien avulla tunnistaa kotihoidon asiakkaiden kuntoutumis- ja voimavarapotentiaalia huomioiden terveydentilan vakaus. Kartoitukseen otettiin mukaan muistioireilu (CPS, 0-6; Morris 1994), fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6; Morris 1997) ja selviytyminen välineellisistä toiminnoista (IADL, 0-21). Kartoituksen määrittely on seuraava:

### **Kotihoidon kunto- ja voimavaratarvekartoitus**

#### **1. Erittäin runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja**

- 1.1 CPS=0 ja  $0 \leq \text{IADL} \leq 9$  ja ADLH=0
- 1.2 CPS=0 ja  $\text{IADL} > 9$  ja ADLH=0
- 1.3 CPS=0 ja  $\text{IADL} > 0$  ja ADLH>0
- 1.4  $0 \leq \text{CPS} \leq 3$  ja  $\text{IADL} = 0$  ja ADLH=0

#### **2. Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja**

- 2.1 CPS=1 ja  $\text{IADL} > 0$  ja ADLH=0
- 2.2 CPS=1 ja  $\text{IADL} > 0$  ja ADLH>0
- 2.3 CPS=2 ja  $\text{IADL} > 0$  ja ADLH=0
- 2.4 CPS=2 ja  $\text{IADL} > 0$  ja ADLH>0

#### **3. Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja**

- 3.1 CPS=3 ja  $\text{IADL} > 0$  ja ( $\text{ADLH} > 0$  tai ADLH=0)
- 3.2 CPS>3 ja  $\text{IADL} > 0$  ja ADLH=0
- 3.3 CPS>3 ja  $\text{IADL} > 0$  ja ADLH>0

Tutkimusaineistona käytettiin kevään 2011 kotihoidon RAI-aineistoa, jossa oli 13003 asiakasarviointia. Kotihoidon asiakkaiden keski-ikä oli 80.3 vuotta ja naisten osuus oli 71.6 %. Kertynyttä hoitoaika oli keskimäärin 3.2 vuotta. Kotihoidon asiakkaiden kognitio oli melko hyvä (CPS = 1.4), samoin fyysinen suoriutuminen (ADL H = 0.6), mutta välineellisissä toiminnoissa sen sijaan oli odotetusti ongelmia (IADL = 11.3; asteikolla 0-21). Muistiairauden diagnoosi oli 31.5 %:lla, psykiatrinen diagnoosi 23.6 %:lla, ja aivohalvaus 9 %:lla. Joka neljännen asiakkaan kuntoutumiseen uskoi joko hoitaja tai kotihoidon asiakas itse. Yleensä asiakkaan toipumiseen tai yleistilan kohentamiseen uskoi vain 3.7 %. Viimeisen kolmen kuukauden aikana asiakkaan toimintakyky oli huonontunut 29 %:lla.

Muodostetun teoreettisen kartoituksen ja terveydentilan vakauden (CHESS) suhdetta tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla (taulukko 5). Kaikista asiakkaista täysin vakaaksi terveydentilaltaan arvioitiin 44 %. Akuutin vaiheen oireilua CHESS (1,2 luokat) oli noin 40 % ja akuuttia oireilua sekä toimintakyvyn heikentymistä oli runsaalla 10 %:lla. Pääluokkaan yksi, runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen voimavaroja, sijoittui noin kolmannes kotihoidon asiakkaista. Pääluokkaan rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen voimavaroja sijoittui noin puolet kotihoidon asiakkaista.

Taulukko 5. Kotihoidon kuntoutumis- ja voimavartarvekartoitus ristiintaulkoituna terveydentilan vakauden (CHESS, 0=vakaa, 5=erittäin epävakaa) mittarin kanssa, kevään 2011 RAI-aineisto kotihoidossa, n=13003.

Kotihoidon kunto- ja voimavarakartoitus	Terveydentilan vakaus (CHESS)						Yhteensä	
	0	1	2	3	4	5	%	n
1. Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja								
1.1	59.8	28.1	9.5	2.2	0.4	0.0	18.9	2365
1.2	48.7	28.4	14.8	7.3	0.8	0.0	9.7	1266
1.3	44.5	30.3	12.5	10.8	1.5	0.4	3.5	456
1.4	71.8	21.8	5.1	0.5	0.9	0.0	1.7	216
2. Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja								
2.1	54.1	23.5	14.3	6.1	2.0	0.1	15.2	15.15
2.2	38.6	26.6	20.0	10.8	2.9	1.2	4.5	4.51
2.3	41.4	25.7	18.7	5.6	6.3	2.3	23.4	23.35
2.4	29.1	21.3	25.0	12.6	9.8	2.3	9.5	9.54
3. Niukasti tai erittäin niukasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja								
3.1	26.5	20.9	27.5	11.7	9.3	4.2	8.1	1056
3.2	27.5	30.4	27.5	8.8	3.9	2.0	0.8	102
3.3	24.5	18.6	29.9	13.4	9.5	4.1	5.5	709
Yhteensä, %	44.5	25.0	17.6	7.1	4.4	1.4	100.0	
Yhteensä, n	5782	3256	2287	929	565	184		13003

Seuraavaksi tarkasteltiin kotihoidon asiakasrakennetta ja muodostetun kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokkia terveydentilan vakauden mukaan (CHESS 0-2 ja 3-5) (taulukko 6). Vertailu osoittaa, että myös kotihoidossa asiakkailla, joilla oli epävakaa terveydentila, oli enemmän kipua, masennusoireita, useammin akuuttisairaus ja useammin sairaalahoitajakso tai poliklinikalla käynti ja useammin toimintakyvyn heikentyminen viimeisen kolmen kuukauden aikana kuin niillä asiakkailla, joilla oli vakaa terveydentila. Vähiten toimintakyky oli heikentynyt pääluokkaan yksi kuuluvilla asiakkailla. Tämä osoittaa, että kotihoidossa on erittäin tärkeää tarkastella asiakkaan terveydentilan vakautta ja puuttua viipymättä epävakautta aiheuttaviin oireisiin. Usein pienestä, helpostikin hoidettavissa olevasta vaivasta alkava epävakauden kierre saattaa jatkossa johtaa suuriin kotona selviytymisen ongelmiin.

Taulukossa 7 on tarkasteltu muodostettuja kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokkia suhteessa palvelutarpeen arviointin mittariin (MAPLe = Method Assigning Priority Levels; Hirdes ym. 2008). taulukosta ilmenee, että MAPLe 15 alaluokkiin sijoittuu melko samantyyppisesti muodostetun kuntoutumis- ja voimavartarvekartoituksen asiakkaat.



Taulukko 6. Asiakasrakenteen ja hoidon laadun tarkastelua kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen ja terveydentilan vakauden mukaan kevään 2011 RAI-aineistossa, n=13003 kotihoidossa (Lähde: RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut yksikkö, THL)

	1. Erittäin runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja				2. Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja				3. Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja			
	Vakaa terveydentila		Epävakaa terveydentila		Vakaa terveydentila		Epävakaa terveydentila		Vakaa terveydentila		Epävakaa terveydentila	
n	4078		225		5851		982		1396		471	
Naisia, %	74.8	73.5-76.1	76.0	70.4-81.6	70.5	69.3-71.7	74.1	71.4-76.9	64.8	62.3-67.3	71.1	67.0-75.2
Ikä, vuosina	79.8	79.5-80.1	79.3	77.8-80.8	80.3	80.1-80.6	81.8	81.2-82.3	79.9	79.4-80.4	81.9	81.1-82.7
Hoitoaika, vuosina	3.2	3.1-3.3	3.2	2.8-3.7	3.1	3.0-3.2	3.2	3.0-3.4	3.4	3.3-3.6	3.4	3.1-3.7
Hoitoaika alle puoli vuotta, %	16.1	15.0-27.2	18.7	13.5-23.8	14.7	13.8-15.6	15.4	13.1-17.6	13.0	11.2-14.7	13.6	10.5-16.7
Kipu (Mdspain, 0-3)	1.1	1.1-1.2	1.7	1.5-1.8	1.0	0.93-0.98	1.3	1.2-1.4	0.8	0.7-0.8	1.1	1.1-1.2
Masennuspisteet (DRS, 0-14)	0.6	0.6-0.7	1.3	1.1-1.6	1.0	0.99-1.09	2.0	1.9-2.2	1.5	1.4-1.7	2.8	2.5-3.1
Painoindeksi (BMI)	27.0	26.7-27.4	27.5	26.5-28.6	26.0	25.8-26.1	26.4	25.8-27.0	26.6	25.4-27.7	25.6	25.1-26.1
Hoitajan/asiakkaan usko asiakkaan kuntoutumiseen, %	29.4	28.0-30.8	33.3	27.1-39.5	26.1	25.0-27.2	29.8	26.9-32.7	14.0	12.2-15.9	14.9	11.6-18.1
Muistisairausdiagnoosi, %	4.0	3.6-4.8	4.9	2.1-7.7	37.9	39.2-39.2	40.7	37.7-43.8	68.1	54.6-70.5	73.7	69.7-77.7
Psykiatrisen sairauden diagnoosi, %	24.8	23.5-26.1	24.9	19.2-30.6	23.2	24.3-25.0	28.5	25.7-31.3	17.5	15.5-19.5	24.4	20.5-28.3
Aivohalvaus diagnoosi, %	7.0	6.2-7.8	6.7	3.4-9.9	10.1	9.3-10.9	7.7	6.1-9.4	12.4	10.7-14.1	11.9	8.9-14.8
Terminaali prognoosi, %	0.0	-	1.8	-	0.0	-	1.0	0.3-1.6	0.0	-	0.4	-
Akuutti sairaus tai toistuvan sairauden akuuttivaihe, %	4.6	3.9-5.2	9.8	5.9-13.7	3.7	3.2-4.2	7.3	5.7-9.0	3.3	2.4-4.2	8.7	6.2-11.3
Hyvät toipumusmahdollisuudet nykyisestä sairaudesta tai terveydentilasta, terveydentilan kohentumismahdollisuudet, %	5.9	5.2-6.6	9.8	5.9-13.7	3.0	2.6-3.4	3.0	1.9-4.0	1.1	0.5-1.6	1.1	0.1-1.2
Päivittäisten toimintojen suorituskyyky heikentynyt viimeisen 90 vrk:n aikana, %	14.7	13.6-15.8	61.8	55.4-68.2	24.0	22.9-25.1	67.9	65.0-70.9	39.9	27.3-42.5	85.6	82.4-88.8
Sairaalassa yön yli ja/tai sairaalan poliklinikalla käynti viimeisen 90 vrk:n aikana, %	31.3	29.8-32.7	53.3	46.8-59.9	30.4	29.2-31.6	47.0	43.8-50.1	29.3	26.9-31.7	42.7	38.2-47.2

Kotihoidon asiakkaiden kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen tarve nousi esille muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon kehittämistyössä (interventio 1). Hoitajille tarvittiin työväline kuntoutumismahdollisuuden arviointiin ja hoidon auttamismenetelmien valitsemiseen. Lähijohtajalle tarvittiin työväline asiakasrakenteen tarkasteluun ja resurssien kohdentamiseen. Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen tarkoituksena oli auttaa ja ohjata lähijohtajia ja hoitotiimejä tunnistamaan kotihoidon *erilaisten* asiakkaiden hoidon tarve ja kuntoutumismahdollisuus, määrittelemään kullekin asiakkaalle tarkoituksenmukaiset kuntoutumista edistävät auttamismenetelmät sekä arvioimaan saatuja hoidon tuloksia suhteessa asiakasrakenteeseen ja käytettyihin resursseihin. Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus voi näin toimia sekä hoidon sisällöllisen suunnittelun että resurssien kohdentamisen apuvälineenä kotihoidossa.

Taulukko 7. Kotihoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoitus suhteutettuna palveluntarvemittarin (MAPLe), kotihoidon kevään 2011 RAI-aineisto, n=13003, alkuosa taulukosta 7.

Palveluntarpeen mittari (MAPLe,)					
	Vähäinen	Jonkin verran	Kohtalainen		
Kotihoidon kunto- ja voimavarakartoitus	1	2	31	32	33
1. Erittäin runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja	1633	807	286	930	330
2. Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja	294	565	187	552	640
3. Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja	0	0	0	0	0
Yhteensä	1927	1372	473	1482	970

Taulukko 7. Kotihoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoitus suhteutettuna palveluntarvemittarin (MAPLe), kotihoidon kevään 2011 RAI-aineisto, n=13003, loppuosa taulukosta 7.

Palveluntarpeen mittari (MAPLe)										
Suuri						Erittäin suuri				
41	42	43	44	45	46	51	52	53	54	Yhteensä
49	25	17	98	0	99	1	0	0	28	4303
190	9	2204	278	482	173	339	493	95	332	6833
0	0	215	0	794	0	94	130	160	474	1867
239	34	2436	376	1276	272	434	623	255	834	13003

Ryhmään yksi kuuluvat ne asiakkaat, joilla on hyvä kognitio ja joiden palvelun tarve on pääsääntöisesti vähäinen/lievä/kohtalainen. Poikkeuksen muodostavat ne henkilöt, jotka kuuluvat alaluokkaan 46, sillä heillä esiintyy palvelun tarvetta lisääviä käytöshäiriöitä. Ne asiakkaat, joilla oli kognition ongelma ja lievää alentumista fyysisen toimintakyvyn osa-alueella sijoittuvat ryhmään kaksi. Nämä henkilöt tarvitsevat erityisesti ohjausta, seuranta ja muistuttamista, jotta he selviytyvät päivittäisistä askareista kotona. Eniten resursseja vaativat ne henkilöt, jotka sijoittuvat ryhmään kolme. Heillä on keskivaikea kognition ja fyysisen suoriutumisen aleneminen sekä lisäksi esim. käytösoireita tai kaatumisia. Tähän ryhmään kuuluvilla voi olla omaishoitajia, joiden jaksamiseen ja ohjaamiseen on myös tärkeä suunnata kotihoidon resursseja. Kartoituksen tarkoituksena on antaa lähijohtajalle tarkempaa tietoa asiakasrakenteesta, jotta hän pystyy arvioimaan erilaisten hoito- ja kuntoutusinterventioiden tarpeet. Kotihoidon muistisairaiden asiakkaiden tunnistaminen on edellytys sille, että hoidonsuunnitteluprosessissa on mahdollista huomioida ja varmistaa ko.

ryhmälle oikeat auttamismenetelmät ja riittävä kuntoutumista edistävä harjoittelu. Samoin omaisten tukeminen ja esimerkiksi muistisairauksiin liittyvistä asioista informointi sekä niihin liittyvä ohjaus voidaan kohdentaa erityisesti tähän asiakasryhmään kuuluville omaisille. Näiden lisäksi lähiesimiehelle kartoitus toimii resurssien kohdentamisen ja suunnittelun apuvälineenä.

### 3.4 Palvelutarpeen arviointi kuntoutusosastolla

Palvelutarpeen arviointia varten on Suomen kotihoidon RAI-järjestelmästä muokattu supistettu versio (Oulu-Screener 1.1) siten, että mukaan on poimittu niitä kysymyksiä, jotka kuvaavat tulotilannetta ja joista muodostuvat RAI-järjestelmän perusmittarit. Tätä versiota ja siihen soveltuva RAI-ohjelmistoa on keuhkokuumeisesti testattu Oulussa ikäihmisten palvelun ohjauksessa, omaishoidon tukipäätöksissä ja sairaalassa jatkohoitopaikan tarvetta arvioitaessa. Tässä hankkeessa ohjelmaa testattiin lisäksi vanhainkodissa toimivalla kuntoutusosastolla, jossa Oulu-Screener 1.1-arviointi toteutettiin tulo- ja lähtötilanteessa interventiossa 3.

Kuntoutusosastolla hoitajan tekemä kolmen vuorokauden seurantajaksoon perustuva Oulu-Screener 1.1-arviointi muodostuu kognition, kommunikaation, mielialan ja käyttäytymisen, sosiaalisen toiminnan, omaisverkoston, fyysisen toimintakyvyn, pidätyskyvyn, diagnoosien, terveydentilan, ravitsemuksen, ihon kunnon ja lääkityksen arvioinnista. Näiden lisäksi arviointi sisältää hoitajan kuntoutumista edistävän toiminnan sisällön ja määrän arviointia.

Kuntoutusosastolla jokaiselle kuntoutujalle laadittiin arvioinnin pohjalta yksilöllinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma, joka sisälsi harjoitteluohjelman. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma kirjattiin Oulu-Screener 1.1-ohjelmiston sisältämään hoitosuunnitelmamoduuliin. Palvelutarpeen arviointi tuloksineen antaa hoitajille viitekehyksen hoidon ja kuntoutusta edistävän toiminnan suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille sekä toimii työvälineenä kuntoutumis- ja kotiutuspalaverissa.

Johtamisen näkökulmasta vanhainkodin kuntoutusosastolla Oulu-Screener 1.1-arvioinnin avulla voitiin tarkastella kuntoutujien taustatietoja ja osaston asiakasrakennetta sekä kuntoutujien terveydentilaan liittyviä kuvaajia (mm. kipu, masennusoireet, diagnosoidut sairaudet, lääkitykseen ja käyttäytymiseen liittyvät asiat). Saatua hoidon tuloksia ja hoidon vaikuttavuutta tarkasteltiin kuntoutujien toimintakyvyssä ja palvelun tarpeessa tapahtuneiden muutosten kautta vertaamalla tulo- ja lähtötilannearviointien välissä tapahtunutta muutosta valittujen tunnuslukujen osalta.

Kuntoutusosastolla tehdyistä asiakaskohtaisista arvioinneista lähetettiin kopio THL:lle analysoitaviksi. Tavoitteena oli tehdä vaikuttavuusanalyysi kuntoutusosastolla olleista ja tarkastella hoidon tuloksia kuntoutujien toimintakyvyn muutoksena kolmiportaisesti: *heikentyi, pysyi ennallaan tai parantui*. Kuntoutujalle kuntoutusjakson aikana kohdistunutta kuntoutuksen määrää kuvattiin hyödyntämällä hoitajan antamaa aktiivista kuntoutus (HAAKu)-mittaria (Vähäkangas 2010), jossa aktiivisen kuntoutuksen määrä kuvataan *kuntoutusindeksinä* (0-35). Mittari mittaa niiden päivien määrää, jolloin henkilö on viikon aikana saanut hoitajan antamaa ohjausta ja tukea vuoteessa liikkumisessa, siirtymisessä, kävelemisessä pukeutumisessa ja syömisessä vähintään 15 minuuttia.

Oulu-Screener 1.1-versiossa nämä samat asiat arvioidaan vastaavasti, mutta yhden vuorokauden ajalta kahdella tavalla. Ensin kysytään onko henkilö saanut 15 minuuttia tai kauemmin / toiminto ja toisessa kysymyksessä kysytään onko henkilö saanut 60 minuuttia tai kauemmin / toiminto. Näiden kysymysten perusteella muodostettiin uusi hoitajan antamaan aikaan perustuva kuntoutusindeksi. Jos henkilö ei saanut kuntoutusta ollenkaan, indeksin arvo on 0. Arvo on 1, jos henkilö sai kuntoutusta 15-59 min/vrk ja arvo oli 2, jos kuntoutusta oli yli 60 min/vrk.

### 3.5 RAI-arvioinnin luotettavuus ja sen turvaaminen

Interventioissa haluttiin varmistaa, että käytetyt ja muodostetut tunnusluvut todella kuvaavat sitä, mitä niiden oletettiin kuvaavan. RAI-arviointitietojen ajantasaisuus ja luotettavuus ovat tärkeässä asemassa, kun RAI-järjestelmien käyttö laajenee ja kunnissa tapahtuvan RAI-järjestelmien tuottaman tiedon laajalaisempi hyödyntäminen johtamisen eri tasoilla on yhä ajankohtaisempaa. Kun arviointitietojen tuottamia tunnuslukuja aletaan laajemmin käyttää paitsi asiakkaiden hoidonsuunnitteluprosessissa, myös kunnissa johtamisen eri tasoilla tapahtuvaan toiminnan analysoinnissa ja kehittämisessä, on tärkeä kiinnittää erityistä huomiota arviointitietojen luotettavuuteen. Jos arviointitietoja käytetään kriteerien määrittämiseen palvelunohjauksessa palveluketjun eri tasoilla sekä laitoshoidon maksujärjestelmien pohjana, tämä edelleen korostaa tiedon luotettavuuden tärkeyttä. Erityisen merkittävään asemaan RAI-arviointien luotettavuus ja ajantasaisuus ovat nousseet niissä organisaatioissa, joissa tuotetun hoitopäivän hinta perustuu RAI-arviointitiedon pohjalta rakentuvaan RUG-luokitukseen, joka puolestaan toimii hoitopäivähinnon ja maksujärjestelmän pohjana (Björkgren 2002). Vaikka RAI-käyttöönottoprosessiin kuuluu henkilökunnan ja esimiesten koulutus ennen arviointien aloittamista (Noro ym. 2005, Finne-Soveri ym. 2006), on huolehdittava siitä, että puutteet arviointien tekemisen osaamisessa ja RAI-tietojen maksimaalisessa käytössä tunnistetaan ja niihin puututaan systemaattisesti. On erityisen tärkeää, että RAI-arviointitietoihin voidaan luottaa, jolloin niiden hyödyntäminen sekä asiakas- että yksikkö- ja organisaatiotasolla on mahdollista.

RAI-arviointitietojen luotettavuus ja luotettavuuden arviointi nousi esille heti tämän hankkeen alkuvaiheessa, kun interventioyryhmissä alettiin suorittaa interventioiden pohjaksi tarvittavaa asiakasrakennetarkastelua yksikkötasolla. Tällöin havaittiin puutteita arviointitietojen luotettavuudessa ja hankkeen etenemisen kannalta oli päästävä tilanteeseen, että arviointitietoihin pystyttiin luottamaan mahdollisimman hyvin. Näin päädyttiin kehittämään RAI-arvioinnin luotettavuuslomakkeet.

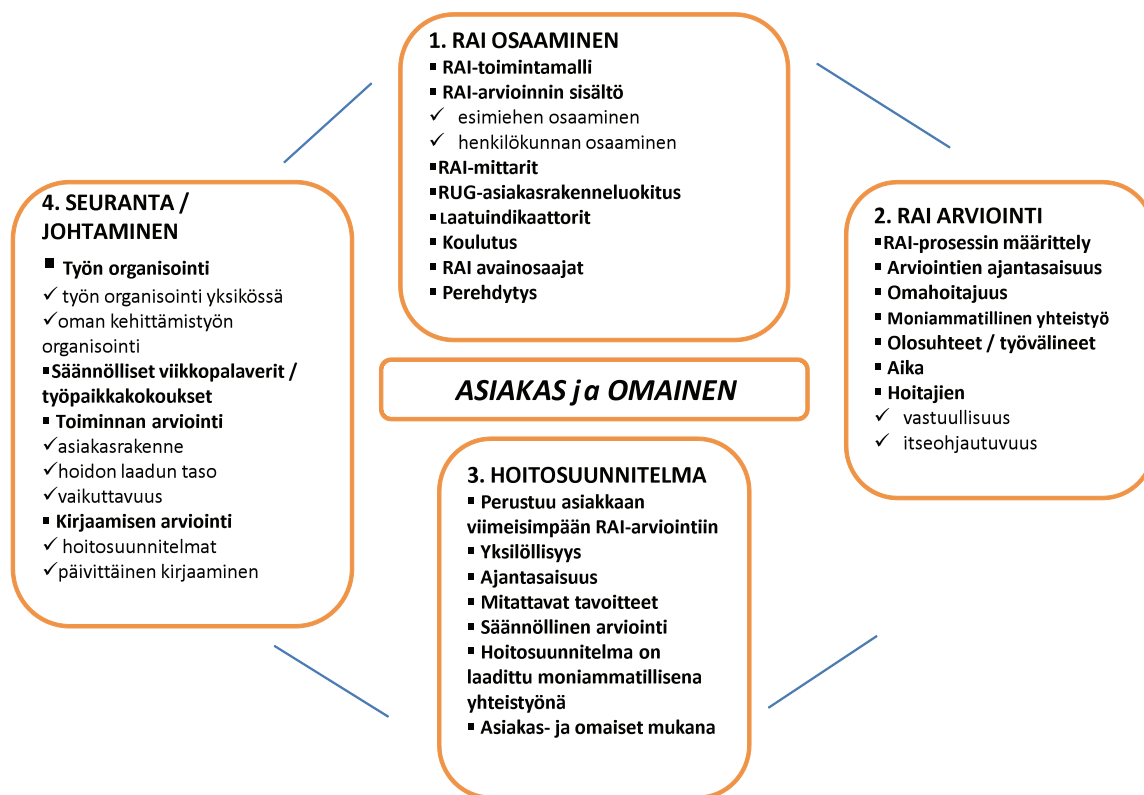
Esimiesten tulee olla perehtyneitä RAI-järjestelmään ja sen tuottamaan tietoon ja tunnuslukuihin riittävän hyvin. Tiedon hyödyntäminen edellyttää sitä, että esimiehillä on käytössään systemaattinen tapa ja työvälineet RAI-arviointitietojen luotettavuuden ja henkilöstön RAI-osaamiseen seurantaan ja arviointiin.

Hankkeessa kehitettiin RAI-arvioinnin luotettavuuslomakkeet sekä hoitajille että esimiehille. Luotettavuustarkastelussa kiinnitettiin erityisesti huomiota seuraaviin haasteisiin:

- RAI-toimintamallin käyttöönotto ja käyttäminen
- RAI-arvioinnin tekeminen
- RAI-tunnuksien hyödyntäminen asiakastasolla hoidon suunnittelussa ja yksikkötasolla asiakasrakenteen, hoidon laadun ja kustannusten seurannassa ja arvioinnissa
- Lähijohtajan RAI-osaaminen

Kyseisten teemojen ympärille rakennettiin lomakkeisto, joka sisälsi kolme osaa. Hoitajille tarkoitettu lomake (liite 3a) mittasi hoitajan osaamista RAI-arvioinnissa ja tunnuslukujen käytössä hoidon suunnittelussa. Lähiesimiehille laadittiin kaksi lomaketta, joista toinen mittasi yksikkötasolla RAI-osaamista (liite 3b) ja toinen lähijohtajan omaa RAI-osaamista (liite 3c).

## RAI-arvioinnin luotettavuus ja sen turvaaminen



Kuvio 5. RAI-arvioinnin luotettavuuden turvaaminen.

Lomakkeiden sisällön kehittämistyöstä vastasivat hankkeen projektityöntekijät, jotka loivat lomakepohjat. Hankkeen lähiesimiehistä muodostettu interventoryhmä toimi lomakkeiden pilottitestaajina. Ensimmäisen vaiheen testauksesta saatujen palautteiden pohjalta lomakkeita muutettiin muutaman väittämän osalta ymmärrettävämmäksi. Toisen vaiheen testauksessa interventoryhmän esimiehet ottivat lomakkeet käyttöön omissa yksiköissään, joissa he testasivat hoitajien lomakkeiden toimivuutta käymissään kehityskeskusteluissa sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa. Viimeisen vaiheen testaus tehtiin esimiesten osaamista mittaavan lomakkeen osalta. Testaus tapahtui erään kotihoidon alueen palvelupäällikön ja palveluesimiesten välisissä kehityskeskusteluissa. Ideana sekä henkilöstön ja lähiesimiehen välisissä että lähiesimiehen ja keskijohdon välisissä kehityskeskusteluissa oli, että kehityskeskusteluun valmistautuva henkilö arvioi oman RAI-osaamisensa lomakkeen avulla ennen kehityskeskustelua. Kehityskeskustelussa tuo arvio sitten käytiin esimiehen kanssa läpi ja muodostettiin yhteinen käsitys henkilön RAI-osaamisesta sekä koulutus- ja kehittymistarpeista.

Esimiehet antoivat testauksesta palautteita interventoryhmän kokouksissa. Saatujen palautteiden perusteella voitiin todeta, että erityisesti ikäihmisten kognitiivisen toimintakyvyn ja suoriutumisen arviointi oli sekä hoitajille että esimiehille haasteellista. Arviointien luotettavuudessa tapahtui paljon kehittymistä jo lomakkeiden testausvaiheessa, mutta myös koko hankkeen aikana. Kehittyminen näkyi käytännössä yksiköiden CPS keskiarvoissa pienentymisenä ja siinä, että CPS 5 (kognition vaikea heikkeneminen) tuloksen kognitiivisen suoriutumisen arvioinnissa saaneiden asiakkaiden osuus väheni neljässä kuudesta interventio-osastosta. Tuloksena oli siis kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnin tarkentuminen.

Keskeinen palaute käyttäjiltä:

- Hoitajan lomake (liite 3a)
  - Lomake soveltui hyvin hoitajan osaamisen arviointiin
  - Hoitajat näyttivät arvioivan omaa RAI-osaamista paremmalle tasolle kuin mitä esimies arvioi
- Yksikkötason luotettavuusarviointi (liite 3b)
  - Lomake tuotti tietoa siitä, millä RAI-osaamisen alueella oli heikkouksia ja luotettavuusongelmia
  - Lomake auttoi esimiestä jäsentämään oman yksikkönsä RAI-järjestelmän käyttöön liittyvät osa-alueet ja kehittämistarpeet
- Esimiehen RAI osaaminen (liite 3c)
  - Lomake tuotti tietoa siitä, millä osaamisen alueilla esimiehillä oli heikkouksia. Erityisesti huomiota tulisi jatkossa kiinnittää siihen, että lähiesimiehet hallitsevat RAI-tietojärjestelmän käytön asiakastasolta organisaatiotasolle.
  - Lomake tuotti tietoa, että lähiesimiesten vertailutiedon hyödyntämisen osaamisessa oli vielä paljon kehitettävää.

Jatkokehittämishaasteena on lomakkeiden saaminen elektroniseen muotoon, sillä tässä hankkeessa testattavana olivat vain paperiversiot. Lisäksi tarvitaan luotettavuuslomakkeista koottuja, yksikkötason yhteenvetoraportteja henkilöstön ja esimiesten osaamisesta sekä yksiköiden kokonaistilanteesta.

Esimiehiltä edellytetään laaja-alaista RAI-osaamista. Heidän tulee hallita RAI-arvioinnin sisältö ja osata ohjata hoitajia arvioinnin tekemiseen liittyvissä sisällöllisissä kysymyksissä. RAI-arvioinnin pohjalta saadaan asiakkaan toimintakykyä ja riskitekijöitä kuvaava mittariyhteenveto, (RAI-mittarit ja CAPs-/RAPs-lista) ja asiakasrakennetta kuvaava RUG-luokitus, johon sisältyy hoidon resurssivaativuutta kuvaava kustannuspaino. Yksikkötasolla saadaan vertailutietona hoidon laadusta kertovat laatuindikaattorit. Näiden tietojen avulla lähiesimies pystyy kuvaamaan oman yksikkönsä asiakasrakennetta, määrittelemään tarvittavaa henkilöstörakennetta (henkilöstön osaaminen ja määrä), seuraamaan yksikkönsä hoidon laadun tuloksia ja vaikuttavuutta sekä johtamaan taloutta (esim. RUG-pohjainen maksujärjestelmä ympärivuorokautisessa hoidossa).

RAI-järjestelmän käyttöönottoprosessiin sisältyy aloitusvaiheessa esimiesten ja henkilökunnan laaja-alainen, monivaiheinen koulutus, jonka tuottamisesta vastaavat omalta osaltaan RAISoft- yritys (RAI-järjestelmän sisältö ja järjestelmän hyödyntäminen asiakastyössä/johtamisessa) sekä Terveystieteiden tutkimuskeskus, THL (vertailutieto- ja kehittäminen, yksikkö-, osasto-, laitos- ja kuntatason tieto ja kustannustieto). Koulutus on keskeisessä asemassa RAI-arviointitietojen luotettavuuden turvaamisessa. Sen avulla varmistetaan, että kaikki RAI-järjestelmää käyttävät hoitajat ja esimiehet hallitsevat järjestelmän perusteet ja voivat luotettavasti tehdä arviointeja asiakkaille. Tämän lisäksi kaikissa yksiköissä tarvitaan jatkuvaa arviointia esimiesten ja henkilökunnan osaamisen tasosta arviointien tekemiseen ja luotettavuuteen liittyen. Moniin yksiköihin nimetyt RAI-avainosaajat ovat hyvä työpari esimiehille. RAI-avainosaajan tehtävänä on tukea yksikössä tapahtuvaa RAI:n käyttöä, perehdyttää ja edesauttaa arviointien luotettavuutta. Uusien työntekijöiden perehdytys RAI-järjestelmän käyttöön on esimiehen vastuulla. Usein perehdytysvastuu on jaettu RAI-avainosaajan ja esimiehen kesken. Tärkeintä on, että perehdytykseen sisältyy myös erillinen RAI-osio, joka osaltaan varmistaa paitsi arviointitietojen luotettavuutta myös sitouttaa uudet työntekijät käyttämään RAI-järjestelmää hoitotyön apuvälineenä.

RAI-erityisasiantuntijuuteen tähtäävä valmennusohjelma käynnistyy THL:n koordinoimana syksyllä 2012. RAI-erityisasiantuntija toimii laitos- tai organisaatiotasolla, jossa hän tukee ja motivoi hoitajia sekä esimiehiä ja johtajia kehittämään/ hyödyntämään RAI-järjestelmästä saatavaa tietoa laajemmalla tasolla kuin RAI-avainosaaja. Erityisasiantuntija toimii myös yhteistyössä THL:n kanssa kehittäen RAI-

arviointikaavakkeita ja RAI-käsikirjoja sekä verkostoituu muiden RAI-erityisasiantuntijoiden kanssa vertaistuen saamiseksi ja hyvien käytäntöjen jakamiseksi. Lisätietoja: [www.thl.fi/finrai](http://www.thl.fi/finrai)

## 4 Lähijohtamisen tietopohja

Hankkeessa on kehitetty toimintaa ja muutettu käytäntöjä käytännön toimijoiden ja erityisesti lähiesimiesten kanssa. Kehittämistyössä on käytetty deduktiivisinduktiivista lähestymistapaa, mikä tarkoittaa, että aineistoa on käsitelty sekä empiirisen todellisuuden pohjalta että teoreettisista lähtökohdista käsin tutkimustietoa hyödyntäen. Hankkeen alussa valittiin kehittämisteemat deduktiivisesti. Osa valituista kehittämisteemoista täsmentyi hankkeen aikana. Toisaalta hankkeen aikana nousi esille myös uusia kehittämisteemoja käytännön hoitotyön tarpeista lähtien.

Hanke sisältää toimintatutkimuksen elementtejä. Projektityöntekijät ovat työskennelleet lähellä käytäntöä, vaikuttaneet muutosprosessiin, ohjanneet lähiesimiehiä ja vastuuhenkilöitä. Hankkeessa mukana olevat esimiehet, hoitajat ja projektityöntekijät ovat kaikki olleet mukana muutos- ja oppimisprosessissa. Tutkimusaineiston analyysissä on käytetty triangulaatiota, mikä tarkoittaa yksinkertaistaen erilaisten menetelmien, tutkijoiden käsitysten, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. Laadullisia aineistoja on kerätty haastatteleamalla asiakkaita, omaisia ja hoitajia. Määrällisinä aineistoina on käytetty asiakkaiden hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjauksia sekä THL:n RAI-tutkimusaineistoja (THL, RAI-tietokanta).

### 4.1 Hankkeessa toteutetut interventiot

Hankkeessa toteutetut interventiot muodostuivat kolmesta eri teemasta: (1) *muistisairaana ikäihmisen kuntoutumista edistävät toimintamallit kotihoidossa*, (2) *sairaalaan vanhainkodin kuntoutusosastolle siirtyvän ikäihmisen jatkokuntoutusmalli* ja (3) *ympäri vuorokautisen hoidon kuntoutumista edistävä toimintamalli*. Toimintamallien kehittämiseen liittyvät interventiot toteutettiin Oulussa ja Kokkolassa, joissa molemmissa on käytössä RAI-tietojärjestelmä ja sen mittarit sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa. Kunnat ovat mukana THL:n Ikäihmisten palvelut yksikön RAI-vertailukehittämishankkeessa (Noro ym. 2005, Finne-Soveri ym. 2006, [www.thl.fi/finrai](http://www.thl.fi/finrai)).

#### Interventio 1: *Kotihoito*

Kotihoidossa muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän toimintamallin interventio toteutettiin vuosina 2010-2011 Kokkolassa ja Oulussa. *Intervention tarkoituksena oli parantaa kotihoidossa olevan muistisairaana asiakkaan hoidon suunnittelua, edistää kuntoutumista ja kotona selviytymistä*. Kokkolassa interventiot kohdentuivat muistisairaana ikäihmisen hoidon suunnittelun sisällölliseen kehittämiseen, jossa pääpaino oli henkilön toimintakyvyn arvioinnissa, hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimisessa sekä kuntoutumista edistävän harjoitteluohjelman toteuttamisessa muistitiimin tekemänä.

Kuukauden kestävä harjoitteluohjelma sisälsi mm. lihasvoima- ja kävelyharjoituksia, keskustelua ja muistitoimintoja ylläpitäviä harjoituksia. Tiimin sairaanhoitajan vastuulla oli toimintakyvyn arviointi sekä hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatiminen. Harjoitteluohjelmien toteuttamisen edellyttämästä tuesta, ohjauksesta ja seurannasta vastasi muistitiimin kaksi lähihoitajaa. Kohderyhmänä olivat ne kotihoidon asiakkaat, joilla oli kognition alenema. Hoitaja teki jokaiselle interventioyhtymässä mukana olleelle henkilölle (n=30) kotikäynnin kahdesti viikossa kuukauden ajan keväällä 2011. Kotikäynnin kesto oli keskimäärin 1,5 tuntia. Kotikäynneillä hoitaja motivoi ja tuki sekä muistisairasta asiakasta että hänen omaistaan päämääränä mahdollisimman omatoiminen kotona selviytyminen. Projektityöntekijät tukivat ja ohjasivat muistitiimiä kehittämistyön eteenpäin viemisessä. Ohjaustilanteita oli noin kerran kuukaudessa vuoden 2011 aikana.

Oulussa kotihoidon interventio toteutettiin yhdellä kotihoidon alueella, jossa toimi kolme kotihoidon tiimiä. Intervention kohteena olivat tiimien hoitajat (n=22) ja lähiesimies. Heille järjestettiin pienryhmäohjausta kahtena iltapäivänä keväällä ja syksyllä 2011. Ohjaustilanteissa perehdyttiin projektityöntekijöiden ja muistineuvojan opastuksella muistisairaana henkilön toimintakyvyn arviointiin ja hoidon suunnitteluun liittyviin keskeisiin sisältöihin ja osa-alueisiin. Ohjaukseen osallistuvilla hoitajilla oli mukanaan tapauskerto-



mus, jonka kautta hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekeminen konkreettisesti käytiin läpi. Hoitajat tekivät myös välitehtäviä.

Kotihoidon alueen lähiesimies osallistui tilaisuuksiin, jonka jälkeen hän antoi jokaiselle hoitajalle yksilöllistä ja konkreettista ohjausta toimintakyvyn arviointiin, hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimiseen ja harjoitteluohjelman toteuttamiseen liittyen. Interventio sisälsi myös projektityöntekijöiden ohjausta kyseiselle esimiehelle. Hankkeen interventioryhmä projektityöntekijöineen toimi lähiesimiehen tukena prosessissa vuoden 2011 ja kevään 2012 aikana. Interventioryhmä kokoontui noin joka toinen kuukausi vuoden 2011 aikana.

#### Interventio 2: *Kuntoutusosasto/jatkokuntoutusmalli*

Sairaalasta vanhainkodin kuntoutusosastolle siirtyvän ikäihmisen jatkokuntoutusmalliin liittyvä interventio toteutettiin Oulussa Hirosenkodissa, jonne perustettiin 10 paikkainen kuntoutusosasto vuoden 2010 helmikuussa. *Intervention tarkoituksena oli edistää sairaalasta kotiutumista, tukea ikäihmisen kuntoutumista ja edistää iäkkään henkilön kotona asumista.* Interventio, joka muodostui hoitajavetoisen (intermediate care) mallin käyttöönotosta, toteutettiin 1.2.-31.12.2010. Interventioon osallistuivat kaikki osastolla kyseisenä ajankohtana hoidossa olleet henkilöt, osastolla työskennellyt henkilöstö (n=10) ja lähiesimies. Osaston henkilöstömitoitus oli 0,75 hoitajaa/kuntoutuja.

#### Interventio 3: *Ympäri vuorokautinen hoito*

Ympäri vuorokautisen hoidon kuntoutumista edistävän toimintamallin ja kirjaamisen kehittämiseen liittyvään interventioon osallistui yhteensä kuusi ympärivuorokautista hoitoa tuottavaa osastoa Oulusta ja Kokkolasta. Osastot olivat erikokoisia ja myös asiakasrakenteeltaan hieman erilaisia. Paikkaluku vaihteli 10-40 välillä. Osastojen henkilöstömitoitus oli keskimäärin 0,5-0,6 hoitajaa/asukas. *Intervention tarkoituksena oli edistää ikäihmisten kuntoutumismahdollisuuden tunnistamista ja kuntoutumista ympärivuorokautisessa hoidossa.* Interventio sisälsi hoidonsuunnitteluprosessiin, hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisältöön, kirjaamiseen ja hoidon toteuttamiseen liittyvää kehittämistyötä. Pääpaino oli ikäihmisen kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisessa, hoidon tavoitteiden asettamisessa ja kuntoutumista edistävien harjoitteluohjelmien laatimisessa sekä toteuttamisessa. Harjoitteluohjelmia laadittiin kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen mukaisesti erityisesti niille henkilöille, joilla oli joko runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja tai rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja. Osastojen lähiesimiehet vastasivat yhteistyössä hoitajien kanssa kehittämistyön koordinoinnista ja toteuttamisesta omassa yksikössään. He saivat ohjausta ja tukea hankkeen projektityöntekijöiltä sekä interventiotyöryhmältä, joka kokoontui intervention aikana joka toinen kuukausi. Intervention kohteena olivat yksiköissä työskentelevät hoitajat ja esimiehet. Intervention toteuttamista varten kehitettiin kuntoutumis- ja voimavarakartoitus, jonka sisältöä ja kehittämistyötä kuvataan RAI-järjestelmää kuvaavassa luvussa 3.

Projektityöntekijät toimivat kaikkien interventioiden osalta lähiesimiesten mentoreina ja osallistuivat tarvittaessa myös tiimipalaveriinkin ja muihin vastaaviin tilaisuuksiin. Interventio- ja projektiryhmät seurasivat ja arvioivat hankkeessa kehitettyjä toimintamalleja ja niistä saatuja kokemuksia. Ryhmät osallistuvat myös uusien tunnuslukujen kehittämistyöhön ja niiden käyttökelpoisuuden arviointiin. Interventioryhmä, jolla oli toimeenpaneva rooli, kokoontui useammin kuin projektiryhmä, jonka rooli oli puolestaan enemmän arvioiva. Hankkeen kokonaiskoordinoinnista huolehti ohjausryhmä, jonka puheenjohtajana toimi Oulun kaupungin edustaja.

Taulukko 8. Hankkeen interventiot, tarkoitus, sisältö ja kohderyhmä.

Interventiot	Tarkoitus	Sisältö	Kohderyhmä	Ajankohta
1. Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä kotihoito		1.1 Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisällöllinen kehittäminen	Kotihoidon asiakkaat, joilla oli kognition ongelma. Otos (joka kolmas), n=30	kevät 2011
		1.2 Toimintamallin kehittäminen	Yhden kotihoidon alueen hoitajat (n=22) ja lähiesimies	kevät 2011 syksy 2011
		1.3 Lähijohtamismallin kehittäminen	Lähiesimies	kevät 2011 syksy 2011
2. Vanhainkodin kuntoutusosaston jatkokuntoutusmalli	Tehostaa sairaalasta kotiutumista ja edistää sairaalasta kotiutuvan ikäihmisen kuntoutumista ja kotona selviytymistä	2.1 Hoitajalähtöisen toimintamallin kehittäminen	Osaston henkilöstö ja lähiesimies (n=11)	2010
		2.2 Tunnuslukujen kehittäminen ikäihmisen kuntoutumisen seurantaan ja arviointiin	Kuntoutujat (n=42)	
3. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden kuntoutumismahdollisuuden tunnistaminen ja kuntoutumisen edistäminen	Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen kehittäminen	3.1 Tunnuslukujen kehittäminen ikäihmisen kuntoutumismahdollisuuden arviointiin ja seurantaan	Yksiköiden esimiehet ja vastuuhenkilöt (n=12)	2009-2010
		3.2 Hoidon suunnitteluprosessin/kirjaamisen kehittäminen	Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmat (n=135)	2010-2011
	3.3 Toimintamallien kehittäminen	Lähiesimiesten teemahaastattelut (n=8)		
	3.4 Kuntoutumista edistävien harjoitteluohjelmien toteutus			
	3.5 Lähijohtamisen mallin kehittäminen			

## 4.2 Interventioiden arvioinnin aineistot ja menetelmät

Kehitettyjä toimintamalleja ja interventioiden tuloksia arvioitiin hyödyntämällä hankkeessa erikseen kerättyjä määrällisiä ja laadullisia aineistoja.

### *Interventio 1 (Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä kotihoito)*

Muistitiimin toteuttaman intervention sisältöä ja soveltuvuutta arvioitiin tekemällä teemahaastattelut intervention kohteena olleille asiakkaille (n=30) ja heidän omaisilleen (n=20) keväällä 2011 Kokkolassa. Tämän lisäksi muistihoidajat tekivät jokaisen henkilön osalta kirjallisen arvioinnin intervention tuloksista. Oulussa pienryhmäohjauksen vaikutusta hoitajien osaamiseen arvioitiin tarkastelemalla hoito- ja kuntoutumissuun-

nitelmien kirjaamisessa tapahtunutta muutosta. Retrospektiivinen lähtö- ja lopputilannekartoitus (n=35) tehtiin helmikuussa 2012. Aineistot analysoitiin sisällön analyysilla. Analysoinnin suoritti terveyshallinto-tieteen opiskelija opiskeluunsa liittyvänä harjoitteluna.

*Interventio 2 (Vanhainkodin kuntoutusosaston jatkokuntoutus-malli)*

Kuntoutusosastolla Oulu Screener 1.1-arvioinnit tehtiin vuoden 2010 aikana kaikille hoidossa olleille henkilöille tulo- ja lähtötilanteessa. Oulu Screener 1.1-aineistot lähetettiin THL:n rekisteriin. Kuntoutusosastoa koskevaan aineistoon poimittiin ne henkilöt, joilla oli sekä tulo- että lähtötilanteen arviointi (n=42) vuonna 2010. Vaikuttavuutta arvioitiin tarkastelemalla kognitiota, fyysistä suoriutumista, masennusepäilyä, kipua ja palvelun tarvetta kuvaavaa tietoa ennen- ja jälkeen tilanteessa. Näiden lisäksi tarkasteltiin lääkkeiden lukumäärää, diagnooseja, ikää, sukupuolta ja yksin asumista koskevia tietoja. Tuloksia esitetään frevenssein, prosentein ja ristiintaulukoin.

*Interventio 3 (Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden kuntoutumisen edistäminen)*

Hoidon suunnitteluprosessin ja kirjaamisen kehittämistyötä varten tehtiin ympärivuorokautista hoitoa tuotavilla interventio-osastoilla hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisen lähtötilanteen (n=135) arviointi marraskuussa 2010 ja lopputilanteen (n=166) arviointi kesäkuussa 2011. Aineiston analyysin toteutti hallinnon harjoittelua suorittanut terveystieteiden opiskelija.

Interventiota varten kehitettyjen kuntoutumis- ja voimavarakartoitusten tilastollisissa tarkasteluissa hyödynnettiin THL:n RAI-arviointi aineistoja (RAI-tutkimustietokanta, THL). RAI-aineisto muodostuu hoitajien tekemistä asiakaskohtaisista arvioinneista niissä kunnissa, joissa RAI-tietojärjestelmä on käytössä. Arviointitieto lähetetään THL:lle kahdesti vuodessa. Aineistot on kuvattu niissä kohdissa, joissa tuloksia esitellään.

Taulukko 9. Hankkeessa kerätyt ja käytetyt aineistot interventioittain.

Interventiot	Teema-haastattelu/-kysely	Kirjattu hoito- ja kuntoutumissuunnitelma	RAI- tietokanta (laitos- ja kotihoito)	Oulu Screener 1.1 aineisto
Interventio 1	Asiakkaat (n=30) Omaiset (n=20)	Alku- ja loppumittaus (n=35)	Kotihoidon aineisto vuodelta 2011, n=13064	Oulun RAI aineisto 2008-2010
Interventio 2	Hoitajat, n=8			Alku- ja loppumittaus, n=42
Interventio 3		Alku- (n=166) ja loppumittaus (n=135)	Laitoshoidon aineisto vuodelta 2009 (n=8053)	

# 5 Muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävä kotihoito (Interventio1)

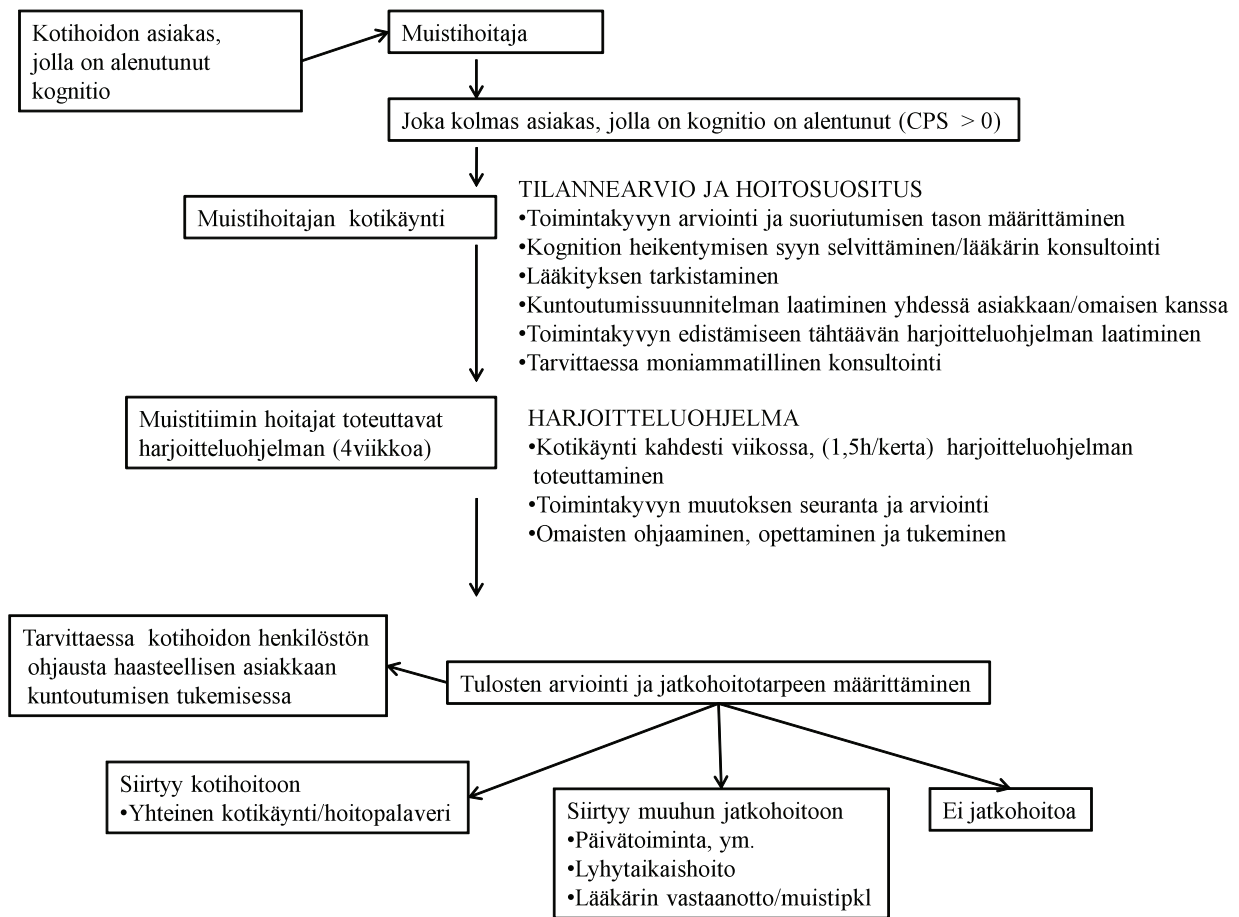
Muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon kehittämistyöhön liittyvien interventioiden tarkoituksena oli edistää kotihoidossa olevan muistisairaahan asiakkaan kuntoutumismahdollisuuden tunnistamista ja kuntoutumista, tukea omaisen jaksamista, edesauttaa kotona asuvan muistisairaahan henkilön kotona selviytymistä sekä pidentää kotona asumista. Intervention keskeisiä periaatteita olivat ihmislähtöisyys, ikäihmisen vastuu omasta elämästä ja selviytymisestä voimavarojensa mukaan. Tärkeää oli myös hoitajan kuntoutumista edistävä toiminta ja moniammatillinen työskentely. Intervention kohteena olivat hoitajat, asiakkaat ja lähiesimies.

Interventio 1A oli Kokkolan kotihoidon muistitiimin testaama ja toteuttama interventio, joka muodostui asiakkaan toimintakyvyn arvioinnista, hoidon tarpeen määrittämisestä, tavoitteiden asettamisesta ja kuntoutumista edistävän harjoitteluohjelman toteuttamisesta. Intervention tarkoituksena oli edistää muistisairaahan asiakkaan osallistumista oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tarkoituksena oli myös tukea omaisen jaksamista ja lisätä hänen tietoaan muistisairaahan asiakkaan hoidosta ja kuntoutumista edistävästä toiminnasta.

Interventio 1B oli kotihoidon hoidonsuunnitteluprosessiin liittyvä kehittämistyö Oulussa. Interventio kohdentui kotihoidon tiimien hoitajien ja esimiehen osaamisen vahvistamiseen asiakkaan toimintakyvyn – ja kuntoutumismahdollisuuden arvioinnin sekä hoidonsuunnitteluprosessin osa-alueilla. Hoitajien osaamiseen pyrittiin vaikuttamaan pienryhmäohjauksen ja lähijohtamisen kautta.

## 5.1 Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisällöllinen kehittäminen (Interventio 1A)

Interventiossa 1A kuvataan Kokkolan muistitiimin kehittämää hoito- ja kuntoutumissuunnitelman ja kuntoutumista edistävän harjoitteluohjelman sisältöä. Muistitiimi aloitti uutena toimintansa vuoden 2011 alusta. Tiimiin kuului kahden lähihoitajan lisäksi sairaanhoitaja, jonka päävastuulla oli toiminnan koordinointi, tiimiin ohjautuvien asiakkaiden toimintakyvyn arviointi ja hoitosuosituksen tekeminen sekä yhteistyö lääkärin kanssa. Lähihoitajien vastuulla oli hoidon suunnitteluun osallistuminen ja harjoitteluohjelmien toteuttaminen hoitosuositusten mukaisesti yhteistyössä ikäihmisten ja omaisten kanssa (kuvio 6).



Kuvio 6. Kotihoidon muistisairaana asiakkaan kuntoutumisinterventio toteuttaminen muistitiimissä (Interventio 1A)

Tiimiin ohjautuminen ja interventioon osallistuminen edellytti, että henkilöllä oli kognitioon liittyvä ongelma, joka vaikeutti kotona selviytymistä. Kuntoutumista edistävän interventio kohteeksi valittiin ne kotihoidon asiakkaat, joilla CPS oli suurempi kuin 0. Koska niiden kotihoidon asiakkaiden määrä, joilla oli heikentynyt kognitio, oli suuri, tehtiin satunnaisotus valitsemalla interventioon mukaan joka kolmas asiakas. Muistitiimin toteuttama kuntoutusinterventio oli kuukauden kestävä ja siihen osallistui kolme kotihoidon asiakasryhmää kevään 2011 aikana (n=30). Kunkin ryhmän hoidon tuloksia arvioitiin kuukauden jälkeen tekemällä teemahaastattelut asiakkaille (n=30) ja heidän omaisilleen (n=20). Muistitiimin lähihoitajat tekivät teemahaastattelut. Samalla he myös arvioivat kunkin asiakkaan tilannetta ja kuvasivat myös omia kokemuksiaan interventiosta.

Jokaiselle asiakkaalle laadittiin jatkohoitosuunnitelma, jonka toteuttamisvastuu siirtyi joko kotihoidolle, ikäihmiselle itselleen, omaiselle tai hoidon tarve loppui. Haastattelujen keskeiset tulokset kuvataan taulukossa 10. Harjoitteluohjelmien sisältö muodostui fyysisistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä edistävästä tekijöistä sekä kotona selviytymisen tukemisesta. Muistitiimin hoitajat tukivat hoitavan omaisen selviytymistä ja jaksamista esimerkiksi keskustelemalla heidän kanssaan hoitoon liittyvistä kokemuksista. He ohjasivat myös omaista ymmärtämään hoidettavan muistisairaana henkilön muistitoimintoihin liittyviä ongelmia ja käyttäytymistä. Muistitiimin hoitaja teki kotikäynnin kahdesti viikossa. Yhden käynnin kesto oli keskimäärin 1,5 tuntia.

*Esimerkkejä harjoitteluohjelmien sisällöistä:*

- Kävelyharjoittelua apuvälineen kanssa tai ilman
- Lihaskuntoutusta/jumppaa

- Ulkona liikkumisen harjoittelua/opettelua säännölliseen ulkoilemiseen
- Muistiharjoittelua, muistelua
- Ikäihmisen motivointia ja tukemista itsenäiseen toimintaan
- Ikäihmisen oman vastuun korostamista päivittäisten askareiden osalta
- Apuvälineiden käytön opettamista ja harjoittelua
- Keskustelua ja orientoitumista yhteiskunnallisiin asioihin
- IADL- ja ADL-toimintojen harjoittelua

#### *Intervention keskeiset tulokset*

Ikäihmiset kokivat kuntoutumista edistävän intervention vaikuttaneen heihin positiivisesti. Muistihoitajien käynnit koettiin piristävinä. Muistihoitajan toiminnassa korostui etenkin se, että hoitajalla oli aikaa keskustella, motivoida ja tukea omatoimiseen selviytymiseen. Myös omaiset kokivat saaneensa vahvistusta ja tukea omaishoitajuuteen. Muistitiimin asiakashaastattelut suoritettiin intervention toteuttajien toimesta, mikä on voinut vaikuttaa positiivisesti asiakkaiden ja omaisten kokemuksiin toiminnan onnistumisesta.

**Taulukko 10. Kokemuksia kotihoidon kuntoutumista edistävästä harjoitteluohjelmasta**

	Myönteiset kokemukset	Kielteiset kokemukset/haasteet
Ikäihmisten kokemukset	Mieliala koheni, mieli piristyi Kivut vähenivät Hoitajalla oli aikaa keskusteluun Pääsi ulos ja liikkeelle Kestävyys parani	Intervention kesto oli liian lyhyt Jos harjoitteluohjelman toteuttaminen intervention jälkeen jäi asiakkaan vastuulle, harjoittelun toteuttaminen oli vähäistä
Omaishoitajan kokemukset	Sai vahvistusta omaan hoitamiseen Sai ohjausta, miten tukea läheisen harjoittelua ja suoriutumista apuvälinein	Harjoittelun toteuttaminen intervention jälkeen oli haasteellista Kotihoidon toimintamalli oli erilainen kuin muistitiimin
Muistitiimin hoitajan kokemukset	Asiakkaan luottamuksen saaminen on tärkeää Työmotivaatio lisääntyi, kun näki työn vaikutuksia asiakkaan toimintakyvyn muutoksena Asiakkaan motivointi omatoimiseen suoriutumiseen on tärkeää Oma osaaminen ja asiantuntijuus on kehittynyt intervention myötä	Muistitiimin kuntoutumista edistävän toimintamallin juurruttaminen kotihoitoon oli haasteellista

Hankkeen projektityöntekijät tukivat ja ohjasivat muistitiimin hoitajia säännöllisesti. Ohjaus tapahtui tilannekohtaisesti tarvittaessa sekä kuukausittain tapahtuvina ohjaustilanteina, joissa käsiteltiin asiakastapahtumia, hoidon suunnittelun kehittämiseen ja kuntoutumista edistävään toimintaan liittyviä asioita. Näiden lisäksi pohdittiin myös muistisairaana asiakkaan kokonaisuhoitoon liittyviä tekijöitä ja kehittämisen kohteita. Ohjaustilanteiden avulla muistitiimin työntekijöillä oli myös mahdollisuus vaihtaa kokemuksia. Ohjaustilanteita oli vuonna 2011 keskimäärin kerran kuukaudessa noin kaksi tuntia kerrallaan.

Hankkeen edetessä muistitiimin toiminta muuttui kotihoitopainotteisesta toiminnasta enemmän koko ikäihmisen hoitoketjua tukevaksi toiminnaksi. Muutos näkyi etenkin siinä, että tiimiin ohjautui asiakkaita myös SAS-ryhmästä, sairaalasta ja muistipoliklinikalta. Tällöin muistitiimin toiminta profiloitui yhä enemmän haastavan, systemaattisen ja kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arviointiin ja hoitosuosituksen laatimiseen sekä harjoitteluohjelmien toteuttamiseen. Toiminnassa keskeistä oli avoin vuorovaikutus asiakkaan, muistitiimin hoitajien ja geriatrin välillä. Näin resursseilla voitiin turvata myös tarvittava lääketieteellinen arviointi, hoito ja kuntoutus.

## 5.2 Muistisairaasiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon hoidonsuunnitteluprosessin ja toimintamallin kehittäminen (Interventio 1B)

Interventio 1B kuvaa muistisairaasiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon kehittämistyötä eräällä kotihoidon alueella Oulussa. Kohderyhmänä olivat erityisesti ne kognition heikentymisestä kärsivät asiakkaat, joilla ei ollut vielä muistisairaouden diagnoosia. Joukossa oli kuitenkin myös asiakkaita, joilla oli jo diagnosoitu muistisairaus. Kehittämistyö kohdennettiin koko kyseisen kotihoidon alueen henkilökunnalle pienryhmäohjauksina (4-6 osallistujaa/ryhmä). Lähiesimies osallistui yhtä lukuun ottamatta kaikkiin pienryhmäohjauksiin. Kotihoidosta vastaava palvelupäällikkö osallistui yhteen tilaisuuteen keväällä ja yhteen syksyllä. Pienryhmäohjaus toteutettiin hankkeen projektityöntekijöiden, Oulun kaupungin muistineuvojan sekä fysio- ja toimintaterapeuttien toimesta kahtena erillisenä iltapäivänä (2½ tuntia/kerta), ensimmäinen keväällä 2011 ja toinen syksyllä 2011. Pienryhmäohjauksen vaikutusta hoitajien osaamiseen arvioitiin analysoimalla asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöä sekä niissä tapahtunutta muutosta ennen interventiota (maaliskuu 2011) ja intervention jälkeen (tammikuu 2012).

### *Ensimmäinen pienryhmäohjaus*

Aluksi osallistujien mielenkiinto kehittämistyöhön pyrittiin herättämään tarkastelemalla tiimien asiakkaiden asiakasrakennetta, muistihäiriöisten määrää sekä muita RAI-tunnuslukuja asiayhteyteen liittyen (esim. kaatumisen, ulkona liikkumisen rajoittaminen, rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö, kipu, omaisten osallistuminen hoitoon). Tunnuslukuja tarkasteltiin RAI-ohjelmistoon sisältyvän laatumoduulin tuottaman tiedon avulla. Näin henkilöstölle saatiin konkretisoitua tuttujen asiakkaiden kautta kehittämisen tarve ja kehittämiskohde. Ensimmäisen pienryhmäohjauksen tavoitteena oli, että

- Osallistujat oppivat tulkitsemaan oman asiakkaansa RAI-arvioinnin tuloksen ja varmistamaan tekemänsä RAI-arvioinnin luotettavuuden.
- Osallistujat oppivat hahmottamaan RAI-arvioinnin tuloksen pohjalta kognition heikentymisestä kärsivän asiakkaan hoidon – ja palvelun tarpeen sekä tunnistamaan kuntoutumispotentiaalin.

Erityisenä painopistealueena pienryhmien ensimmäisessä ohjauksessa *oli RAI- arvioinnissa asiakkaan kognitiivisen kyvyn/suoriutumisen arviointi ja siihen keskeisesti liittyvä päätöksentekokyvyn arviointi*. Lisäksi käytiin läpi MMSE-testin suorittaminen kognitiivisen kyvyn arvioinnin tukena, ADL- ja IADL-suoriutumisen arviointi sekä asiakkaan kuntoutumismahdollisuuden arviointi. Kaikkien osa-alueiden kohdalla korostettiin toimintakyvyn sanallisen kuvaamisen merkitystä arviointia tehtäessä. Kaikki edellä mainitut RAI-arvioinnin osa-alueet konkretisoitiin käsittelemällä asiaa hoitajien tuntemaan asiakasesimerkin kautta. Ensimmäisen ohjauksen jälkeen kaikki osallistujat saivat välitehtävän, joka piti tehdä ennen syksyn toista pienryhmäohjausta. Välitehtävässä jokainen hoitaja ohjeistettiin valitsemaan yksi oma asiakas, päivittämään ohjauksen jälkeen tarvittaessa asiakkaansa RAI-arviointi ajan tasalle, kuvaamaan hoidon tarve, arvioimaan kuntoutumismahdollisuus, laatimaan hoidolle tavoitteita ja määrittelemään auttamismenetelmiä huomioiden kuntoutumismahdollisuus. Asiakkaan ja omaisen osallistumisen tärkeyttä arviointiin ja hoidon suunnitteluun korostettiin.

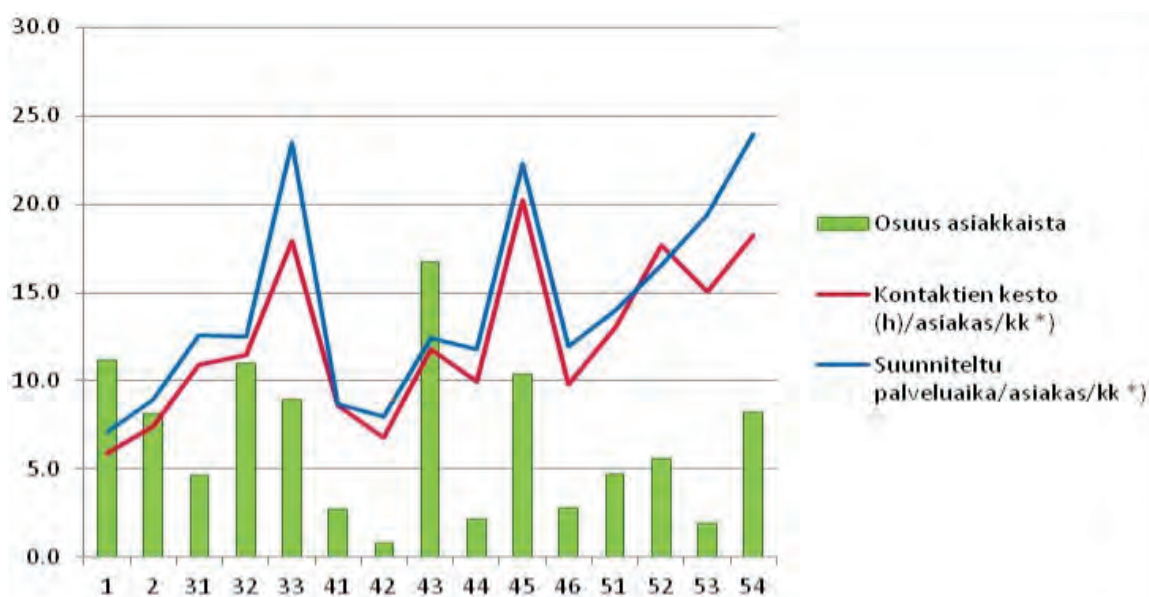
### *Toinen pienryhmäohjaus*

Toisen pienryhmäohjauksen tavoitteena oli, että

- Osallistujat oppivat laatimaan muistisairaasiakkaan (kognition heikentymisestä kärsivän) asiakkaan kuntoutumista edistävän hoito- ja kuntoutumissuunnitelman, joka sisältää harjoitteluohjelman.
- Osallistujat oppivat ymmärtämään moniammatillisen tiimin ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön merkityksen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman ja harjoitteluohjelman laatimisessa.
- Osallistujat osaavat tarvittaessa hyödyntää kolmannen sektorin ja muiden yhteistyötahojen tarjoamia palveluita laatiessaan asiakkaalleen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaa.

Toisen pienryhmäohjauksen pääpaino oli *moniammatillisessa yhteistyössä*: moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa- käsitteen määrittelyssä ja moniammatillisen, kognitiota, sosiaalista aktiivisuutta ja toimintakykyä tukevan hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimisessa.

Ohjauksen aluksi keskusteltiin myös kotihoidon asiakkaille kohdentuvien käyntien kestosta suhteessa asiakkaiden toimintakykyyn ja sen heikentymisestä aiheutuvaan palvelun tarpeeseen. Keskustelulla pyrittiin havainnollistamaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisällön merkitystä asiakkaiden kokonaishoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Kuviosta 7 ilmenee, että asiakaskohtaisessa palveluajan suunnittelussa/kohdentumisessa on eroja MAPLe 15-luokittain katsottuna: pisimmät kotihoidon käynnit suunnitellaan ja kohdennetaan luokkiin 33, 45 ja 54. Kaikissa näissä luokissa yhteisinä palvelun tarvetta lisäävinä tekijöinä ovat asiakkaan heikentynyt kognitio ja fyysinen suoriutuminen sekä luokassa 54 lisäksi käytöshäiriöt. Kokonaisuudessaan käyntien suunniteltu ja toteutunut kesto jää kuitenkin kuntoutumista edistävän toiminnan näkökulmasta varsin lyhyeksi suhteessa asiakkaan todelliseen tarpeeseen, vaikka kuukausittainen palveluaika nouseekin tiettyjen asiakasryhmien kohdalla. Huomioitavaa on myös, että lähes kaikissa MAPLe-luokissa toteutunut palveluaika näyttää jäävän suunniteltua lyhemmäksi kuukausitasolla katsottuna. Tämä kuvanee lähinnä kotihoidon arkitilanteiden moninaisuutta ja sitä, että usein joudutaan työskentelemään suunniteltua pienemmillä resursseilla esimerkiksi sairastapausten vuoksi. Ohjausryhmissä käytiin keskustelua, ohjaavatko olemassa olevat resurssit enemmän kotihoidon kohdentumista ja sisällöllistä suunnittelua kuin asiakkaan todellinen palvelun tarve? Lisäksi käytiin keskustelua, miten kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta saataisiin paremmin sisällytettyä kotihoidon käynteihin, jos niiden kesto pidentyisi?



Kuvio 7. Oulun kotihoidon asiakkaiden jakautuminen MAPLe 15- luokkiin, asiakkaille suunniteltu palveluaika h/asiakas/kk ja toteutuneiden kontaktien kesto h/asiakas/kk. Lähde: Oulu DeeWee, 2012.

Toisessa ohjaustilanteessa kiinnitettiin erityistä huomiota:

- Fyysisen toimintakyvyn parantamiseen/tukemiseen ja harjoitteluohjelman laatimiseen (IADL, ADL) moniammatillisena yhteistyönä.
- Omaishoitajan/omaisen tukemiseen ja osallistumiseen.
- Dementiatutkimuksiin ja diagnosointiin (muistineuvojan osuus).
- Muun virikkeellisen ja sosiaalisen toiminnan löytämiseen muistiasiakkaiden tueksi mm. kartoittamalla mahdollisuudet Oulun kaupungissa (muistineuvojan osuus).



## *Interventio 1B:n keskeiset tulokset*

### *Hoitajien kokemukset*

Interventiossa toteutettuihin pienryhmäohjauksiin osallistui yhteensä 21 hoitajaa. Kaikkia osallistujia pyydettiin vastaamaan teemakyselyyn, jonka avulla haluttiin saada tietoa pienryhmäohjaukselle asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. 17 hoitajaa vastasi heille kohdennettuun palautekyselyyn.

Hoitajat kokivat saaneensa oppia ja vahvistusta mm. ohjeiden tarkentumiseen RAI-arvioinnin ja MMSE-testin tekemisessä, arvioinnin merkityksen ja arviointitiedon hyödyntämiseen käytännön hoitotyössä, kuntoutumista edistävän näkökulman ja kuntoutumismahdollisuuden sekä kirjaamisen merkityksen ymmärtämiseen. Toisaalta toisen pienryhmäohjaukserran alussa vain muutama hoitaja oli soveltanut saamiinsa oppeja oman asiakkaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimiseen annetun välitehtävän mukaisesti. Toisen pienryhmäohjauksen jälkeen hoitajat kokivat saaneensa vahvistusta ja oppia muistisairaana asiakkaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekemiseen ja osa koki myös innostuneensa asiasta enemmän.

### *Muutokset hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisessa. Retrospektiivinen kirjaamisen lähtö- ja lopputilannekartoitus (n=35), helmikuu 2012*

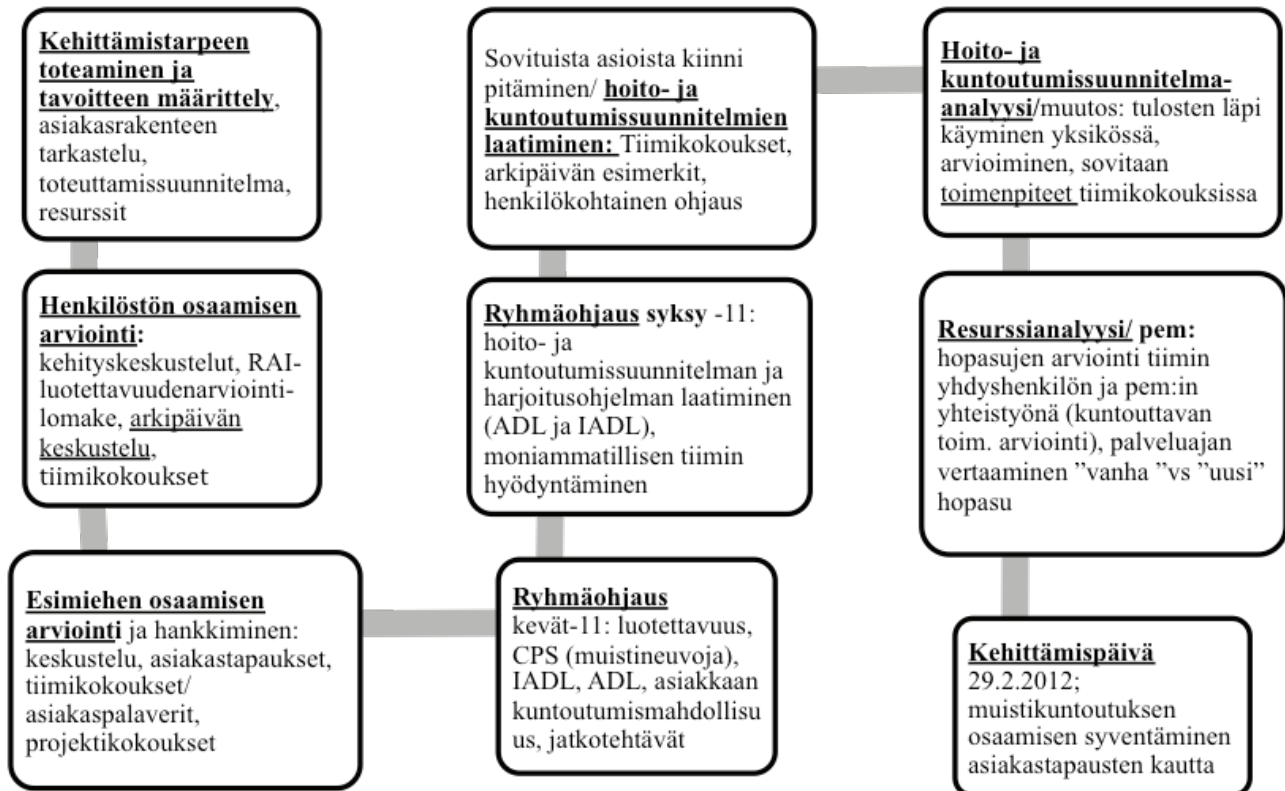
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien ajantasaisuus parani, ne oli tehty yksilöllisesti ja asiakaslähteisesti asiakkaan hoidon tarpeiden ja voimavarojen mukaan.
- Jokaiseen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan oli merkitty päätavoite.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien sisäinen loogisuus parani.
  - Tavoitteet johdettiin hoidon tarpeesta.
  - Suunnitellut toimenpiteet olivat tavoitteiden suuntaisia.
- RAI-mittareiden hyödyntäminen hoidon tarpeen määrittelyssä parani huomattavasti.
- Asiakkaan/omaisen osallistuminen ja sitoutuminen hoidonsuunnitteluprosessiin ei muuttunut.

Vaikka hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisen taso parani huomattavasti intervention myötä, jatkokehittämishaasteina nousivat esille seuraavat asiat:

- Toimintakyvyn kuvaaminen suoriutumisen tasona.
- Hoidon tarpeen kuvausten monipuolistaminen.
- Hoidon tavoitteiden asettaminen mittattavampaan muotoon.
- Kuntoutumismahdollisuuden arvioinnin näkyminen jokaisen asiakkaan kohdalla.
- Painoindeksin systemaattinen käyttäminen osana ravitsemuksen kokonaisuunnitelmaa.
- Asiakkaan ateriapäivän kuvaaminen osana ravitsemuksen kokonaisarviointia.
- Kognitiiviseen suoriutumiseen vaikuttavien hoitotyön menetelmien käyttö.

## **5.3 Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä kotihoito - toimintamallin lähijohtaminen (Interventio 1B)**

Lähijohtamisen näkökulmasta voidaan hahmottaa kaksi erillistä prosessia muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon kehittämistyöhön liittyen. Ensimmäinen on *hoidonsuunnitteluprosessin johtaminen* (kotihoidon prosessi on kuvattu erillisessä liitteessä 2) ja toinen on *esimiehen omaan johtamistyöhön ja johtamisosaamiseen liittyvä prosessi* (kuvio 8). Johtamisen prosessi on monivaiheinen ja siihen liittyy keskeisesti lähiesimiehen johtamisosaamisen lisäksi myös hänen oma RAI-osaamisensa. Näistä esimerkkeinä voidaan mainita kyky motivoida ja tukea hoitajia pitämään kiinni sovituista asioista ja kyky valvoa, että toimitaan yhteisten sopimusten ja linjausten mukaisesti.



Kuvio 8. Esimiehen johtamisprosessi muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämisessä kotihoidossa.

Lähijohtajan osaamisen ulottuvuuksia muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon kehittämistyössä voidaan tarkastella substanssiosaamisen, henkilöstö- ja toiminnan johtamisen sekä kehittämisosaamisen näkökulmista, kuten kirjassa sivulla 15 olevassa Kantanen ym. (2011) mallia soveltavassa kuviossa on esitetty. Kyetäkseen kehittämään omaa osaamistaan johtajana, on lähiesimiehen ensiksi pystyttävä arvioimaan kriittisesti omaa osaamisen tasoaan ja siinä mahdollisesti ilmeneviä vajeita, erityisesti substanssi- ja henkilöstöjohtamisen osa-alueilla. Esimiehen tulee perehtyä esimerkiksi RAI-arvioinnin sisältöön ja sen tuottamiin mittareihin ja muihin tunnuslukuihin yhtä hyvin tai jopa paremmin kuin työntekijät, jotta ryhmäohjaustilanteet onnistuvat ja työntekijät kokevat saavansa riittävästi tietoa pystyäkseen muuttamaan ja kehittämään toimintamalleja asetettujen tavoitteiden suuntaisesti.

*Lähiesimies ja substanssiosaaminen:*

- Prosessi on kuvattu ja kaikki työntekijät ovat siihen perehtyneet.
- Lainsäädäntö ja organisaatiossa sovitut toimintamallit ovat kaikkien työntekijöiden tiedossa.
- RAI-arvioinnit on tehty kaikista asiakkaista, ne ovat ajan tasalla ja luotettavia.
- Kaikkien asiakkaiden kuntoutumismahdollisuus on arvioitu ja kuvattu.
- Kaikille asiakkaille on asetettu hoidon- ja kuntoutumisen tavoitteet ja niiden toteutumista arvioidaan vähintään puolen vuoden välein tai mikäli asiakkaan vointi oleellisesti muuttuu.
- Auttamismenetelmiksi valitaan tutkittuun tietoon perustuvia, vaikuttavia menetelmiä.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma kirjataan tietojärjestelmiin erikseen sovittujen mallien mukaisesti.
- Asiakas ja omainen osallistuvat aina hoidonsuunnitteluprosessiin ja ovat mukana auttamismenetelmiä määriteltäessä.

#### *Lähiesimies ja henkilöstön osaaminen:*

- Toimintakyvyn arviointi ja kuntoutumismahdollisuus, hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatiminen ja kirjaaminen, hoidon tulosten arviointi – lähiesimiehen johdolla käytävät pienryhmäohjaukset, joissa asiakasesimerkkien avulla opetellaan yhteinen toimintamalli.
- Hoidon suunnitteluprosessi – hoitotyön osaaminen ja rooli – lähiesimiehen johdolla käytävät pienryhmäohjaukset, joissa asiakasesimerkkien avulla havainnollistetaan hoidonsuunnitteluprosessi omassa yksikössä.
- Hoitajien sitoutuminen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tavoitteisiin ja toteutussuunnitelmaan - henkilökohtaiset tavoite- ja sitouttamiskeskustelut omahoitajuuden kautta.
- Asiakas- ja tiimipalaverit, joissa esimies on mukana.
- Arjen keskustelut, asioiden ja tunteiden avoin käsittely sallivassa ilmapiirissä.
- Lupa kyseenalaistaa/ei lupaa toimia sovitusta poiketen.
- Työntekijöiden motivointi tapahtuu arjen tilanteissa, keskusteluissa, kehittämiskeskusteluissa, hyvien tulosten käsittelyssä, edellyttää esimiehen läsnäoloa johtamansa yksikön arjessa.
- Asetettujen tavoitteiden toteutumisen säännöllinen seuranta.
- Asioiden kriittinen tarkastelu, korjausliikkeet/peruuttaminen perustellusti.
- Asiakkailta ja omaisilta saadun palautteen säännöllinen käsittely ja arviointi.
- Hoitajilla on ammatillinen vastuu työstään.
- Eri ammattiryhmien roolit on määritelty moniammatillisen työn näkökulmasta.

#### *Lähiesimies ja toiminnan johtaminen:*

- Kaikki työntekijät ovat tietoisia oman toiminnan merkityksestä koko hoito- ja palveluketjun näkökulmasta.
- Kaikki työntekijät ovat tietoisia saavutetuista tuloksista ja niihin vaikuttaneista tekijöistä.

#### *Lähiesimies ja kehittämisosaaminen:*

- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien nykytilan kartoittaminen lähiesimiehen johdolla
- Kirjaamisen tason arviointi lähiesimiehen johdolla.
- Kehittämissuunnitelman laatiminen yhteistyössä henkilöstön kanssa.
- Kaikkien osallistuminen ja sitoutuminen varmistetaan asiakas- ja tiimipalavereissa.
- Pienryhmäohjaukset, henkilökohtaiset ohjaustilanteet, arjen tilanteet, positiivinen palaute reaaliaikaisena.
- Muistuttamista tapahtuu joka päivä arjen tilanteissa, suunnitellusti yhteisissä palavereissa, sovituita käytännöistä pidetään kiinni.
- Tehdyt päätökset perustellaan tutkitulla tiedolla ja sitä hyödynnetään päätöksenteossa.
- Laadunseuranta toteutetaan säännöllisesti ja tuloksia arvioidaan suhteessa asetettuihin laatutavoitteisiin – koko henkilökunta osallistuu arviointiin.
- Saatuihin tuloksiin perustuva jatkokehittämissuunnitelma laaditaan yhteistyössä henkilöstön kanssa.
- Kaikki ovat tietoisia kehittämissuunnitelman sisällöstä.

#### *Lähiesimies ja resurssien ohjaus*

Osaamisen ulottuvuuksien lisäksi esimiestyön haasteena on arvioida ja kohdentaa käytettävissä olevia resursseja asiakaslähtöisesti asiakkaiden palvelutarpeeseen pohjautuen. Tämä onnistuu luotettavasti vain, mikäli jokaisen asiakkaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelma on asiakaslähtöisesti laadittu ja siinä on huomioitu kuntoutumista edistävän työn näkökulma auttamismenetelmiä määriteltäessä. Lisäksi hoito- ja kuntoutumissuunnitelmassa tulee olla arvioituna ajallisesti ohjauksen ja harjoittelun kesto kotihoidon työn näkökulmasta.

#### *Arvioinnin tulokset:*

- Nykyinen palveluaika oli riittävä 33 asiakkaalle (72 %)
- Palveluaikaa oli tarvetta nostaa 13 asiakkaalle (28 %)
- Palveluajan arvioitu lisäystarve vaihteli 2 tunnista aina 12 tuntiin kuukaudessa
- Välittömän asiakastyön lisäys tarkastelussa olleiden asiakkaiden (46) kohdalla oli 70h/kk, mikä on lähes yhden henkilön (87,5 %) työpanoksen verran
- Palveluajan lisäämistarve muodostui mm. alla olevien toimintojen sisällyttämisestä asiakkaiden hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan:
  - Ohjaus itsenäiseen tekemiseen kokonaan tai osittain, esimerkiksi aamupalan valmistaminen, päivävaatteiden pukeminen
  - Roskapussin vieminen yhdessä hoitajan kanssa
  - Asiakkaan ohjaaminen siivoamaan (esim. pöytäpintojen siistiminen, tiskaus) itsenäisesti
  - Postin hakeminen yhdessä hoitajan kanssa
  - Harjoitusohjelma 3 x vko (fysioterapeutin konsultointi); lihasvoiman lisääminen
  - Ulkoilu
  - Muistipelin pelaaminen, sanaristikkojen täyttäminen yhdessä, lehden lukeminen

#### *Kotihoidon interventioiden arviointi ja niihin käytetyt resurssit*

Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän kotihoidon interventioiden toteuttamista ja tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että ne muuttivat asiakkaiden hoito- ja kuntoutumissuunnitelmia asiakasläh- töisiksi ja kokonaisvaltaisiksi. Interventioiden avulla lisättiin hoitajien osaamista ja edesautettiin omaisten jaksamista. Lisäksi interventioiden jälkeen lähiesimies pystyi hahmottamaan kuntoutumiseen tarvittavia resursseja paremmin ja laskemaan mahdollista lisäresurssin tarvetta. Intervention vaikuttavuuden arvioin- nissa on tärkeä tarkastella myös interventioon käytettyjä resursseja suhteessa niiden tuomaan hyötyyn ja vaikuttavuuteen sekä asiakkaille että kunnalle. Tarkastelua on tässä tehty erillisessä taulukossa (Taulukko 11), johon on koottu interventioihin käytetyt henkilöstöresurssit ja hahmotettu käytettyjä resursseja työ- panoksina. Tarkastelussa muistitiimin käyttämät resurssit on kohdennettu asiakaskohtaisesti. Lähiesimiehen antama ohjaus on kuvattu hoitajakohtaisesti. Hankkeen tuottamat resurssit on ilmaistu projektityöntekijöi- den työpanoksena.

## **5.4 Yhteenveto**

#### *Asiakkaan näkökulma*

Asiakasläh- töisen, moniammatillisen, kokonaisvaltaisen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatiminen aut- taa muistisairaana henkilön hoidon tarpeen tunnistamista ja tarkoituksenmukaisten ohjaus- ja auttamismene- telmien kohdentamista. Mikäli asiakkaan hoidon tarvetta arvioitaessa havaitaan kognition heikentymistä, on tärkeä selvittää heikentymisen syy ja kirjata se hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan. Asiakkaan oma osallistuminen toimintakyvyn arviointiin ja hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekemiseen on keskeistä itsemääräämisoikeuden toteutumisen ja asiakkaan sitoutumisen kannalta. Myös omaisen huomioiminen hoidonsuunnitteluprosessin eri vaiheissa on tärkeää. Toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen täh- täävään erillisen harjoitteluohjelman avulla voidaan parantaa asiakkaan kotona selviytymistä ja fyysistä suoriutumista sekä vähentää kipua. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan on tärkeää sisällyttää myös kogni- tiivisen toimintakyvyn ja muistitoimintoihin liittyvää harjoittelua. Harjoitteluohjelmia toteutettaessa asiak- kaan päivään tulee samalla lisää mielekkyyttä, vaihtelua, mahdollisuutta keskusteluun ja aktiiviseen toimin- taan.

#### *Hoitajan näkökulma*

Hoitajien osaamisen lisääminen ja vahvistaminen muistisairauksien hoidon, kuntoutumista edistävän työta- van, RAI-osaamisen sekä koko hoidonsuunnitteluprosessin hallitsemisessa on keskeistä kehitettäessä

Taulukko 11. Kotihoidon interventioissa käytetyt resurssit

Teemat	Henkilöstö	Työpanos
Muistisairaahan asiakkaan hoidon tarpeen määrittäminen /toimintakyvyn arviointi	<u>Interventio A</u> Muistitiimin/sairaanhoitajan tekemä toimintakyvyn arviointi ja mahdollinen moniammatillinen konsultointi	2 tuntia/asiakas
Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekeminen ja kirjaaminen	<u>Interventio A</u> Muistitiimin/sairaanhoitajan tekemä suunnitelma yhteistyössä asiakkaan ja hoitoon osallistuvien kanssa <u>Interventio B</u> Omahoitajan tekemä hoito- ja kuntoutumissuunnitelma Ft tekemä arviointi ja hoitajien ohjaus	2 tuntia/asiakas  2-4 tuntia/asiakas  2 tuntia/asiakas
Kuntoutumista edistävän harjoitteluhjelman toteuttaminen	<u>Interventio A</u> Muistitiimin/lähihoitajan toteuttama harjoitteluhjelma yhdessä asiakkaan kanssa <u>Interventio B</u> Harjoitteluhjelman toteuttaminen edellyttää yleensä lisäpanosta tavalliseen kotikäyntiin verrattuna	1,5 tuntia kahdesti viikossa/asiakas  Lisäpanostus on 15-60 minuuttia/käynti/asiakas
Hoitajan osaamisen kehittäminen	<u>Interventio A</u> Projektityöntekijöiden ohjaus muistitiimille <u>Interventio B</u> Projektityöntekijöiden pienryhmäohjaus hoitajille	2 tuntia/kerta kahdesti kuukaudessa  2,5 tuntia/kerta/hoitaja kahdesti
Lähijohtaminen	Lähiesimiehen antama hoidon suunnitelun ohjaus hoitajille Projektityöntekijöiden antama ohjaus lähiesimiehelle	1 tunti/hoitaja kahdesti kuukaudessa 1 tunti/kerta kerran kuussa

muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävää toimintamallia kotihoitoon. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma on hoitajan ”ohjenuora”, kun hän toteuttaa kuntoutumista edistävää toimintaa asiakkaan kanssa tämän kotona. Hoitajien on tärkeä panostaa hoidon suunnittelussa moniammatillisena yhteistyönä tapahtuvaan fyysisen toimintakyvyn parantamiseen/tukemiseen ja fyysistä toimintakykyä kehittävään harjoitteluhjelman laatimiseen, muun virikkeellisen ja sosiaalisen toiminnan löytämiseen muistisairaiden asiakkaiden tueksi sekä asiakkaan, omaishoitajan/omaisen tukemiseen ja osallistumiseen. Harjoitteluhjelmien toteuttaminen asiakkaiden kotona edellyttää hoitajilta kuntoutumista edistävää toimintatapaa ja sitoutumista harjoitteluhjelmien läpiviemiseen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman mukaisesti. Asiakkaan ja omaisten/läheisten ottaminen mukaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekemiseen kuuluu hoitajan perustehtävään. Huomioimisen vastuu kuuluu ensisijaisesti omahoitajalle.

#### *Lähiesimiehen näkökulma*

Kotihoidon toimintamallin muuttaminen kuntoutumista edistäväksi on systemaattista ja tavoitteellista työtä, joka edellyttää lähiesimieheltä kliinistä osaamista, RAI-osaamista, asiakkaiden ja henkilöstön tuntemista sekä henkilöstön ja oman osaamisen tason tiedostamista. Esimiehen on tärkeä olla lähellä käytäntöä ja läsnä arjessa. Hänen on kyettävä ohjaamaan hoitajia, seuraamaan/arvioimaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien tilaa sekä huolehdittava, että sovitusta asioista pidetään kiinni. Työtapojen kriittisellä tarkastelulla, työn uudelleen organisoinnilla ja riittävällä resursoinnilla esimies varmistaa yksikössään hoitajille mahdolli-

suuden toteuttaa harjoitteluohjelmia. Kehittämistyö vaatii esimieheltä myös innostusta ja panostusta työn organisointiin, jotta koko henkilöstön on mahdollista osallistua kehittämistyöhön kiireisestä arkityöstä huolimatta. Lisäksi esimiehen tulee käyttää työaikaa asiakkaiden hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien arvioimiseen ja hoitajien henkilökohtaiseen ohjaamiseen koko hoidonsuunnitteluprosessin ajan.

Osaamisen johtamisessa painottuu sisällöllisesti erityisesti hoitajien harjaantumisen tukeminen muistisairaana asiakkaan hoidonsuunnitteluprosessin eri vaiheissa sekä kliiniseen asiantuntijuuteen kasvamisen ohjaaminen. Kokkolan muistitiimin kaltaisessa toiminnassa hyvien käytäntöjen siirtäminen kotihoidon tiimeihin oli haasteellista kuntoutumisjakson loppuvaiheessa. Koska muistitiimillä oli enemmän aikaa suorittamallaan asiakaskäynnillä kuin kotihoidon tiimien hoitajilla, esimiehen tulisi huomioida ajan käyttö resursoinnin näkökulmasta asiakkaiden siirtyessä kotihoidon tiimien asiakkaiksi. Lähiesimies tarvitsee mentorin/tuen oman osaamisensa kehittämistyössä ja RAI- osaamisensa syventämisessä. Tässä keskijohdolla on keskeinen rooli lähijohtajan tukijana ja ohjaajana.

### *Taloudellinen näkökulma*

Muistisairaiden asiakkaiden kotona selviytyminen kuntoutumista edistävän kotihoidon turvin parantaa asiakkaiden elämänlaatua ja on taloudellisesti kannattavaa kunnalle. Pienryhmäohjauksena tapahtuva koko kotihoidon tiimin valmennus/ohjaus on edullinen ja tehokas tapa kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyölle kotihoidossa. Vaikka kotihoidon käyntien kustannukset kipuavat ympärivuorokautisen hoidon tasolle, jos asiakkaalla on neljä päivittäistä käyntiä, kustannuksia voidaan tarkastella säästyneinä erikoissairaanhoidon siirtoviivepäivinä ja tehostuneena akuuttisairaanhoidona esim. kaupunginsairaalassa (Finne-Soveri 2012). Johtamisen haasteena on oppia arvioimaan kuntoutumista edistävään toimintaan tarvittavat resurssit asiakas- ja yksikkötasolla sekä mahdollistaa käytännössä ko. toimintaan tarvittavat riittävät resurssit.

Oulussa MAPLe 15- luokituksen pohjalta tehdyn laskelman mukaan kotihoidossa käytetyt resurssit näyttivät alkutilannetarkastelussa kohdentuvan asiakkaille lähes samanpituisina (keskimäärin n. 25 minuuttia) riippumatta luokituksen kuvaamasta palveluntarpeesta, mutta käyntien määrä kuukaudessa oli suurempi eri tarvepohjaisissa luokissa. Tämä osoitti selkeän kehittämistarpeen asiakkaan hoidon tarpeen pohjalta tapahtuvaan resurssien kohdentamiseen tunnuslukujen avulla. Kotihoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoitusryhmittely ja MAPLe 15-luokitus antavat tietoa kotihoidon asiakasrakenteesta ja auttavat asiakkaiden hoidon- ja palveluntarpeen määrittelyssä sekä palveluiden sisällön suunnittelussa. Hankkeessa kehitetty kotihoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoitusryhmittely ja MAPLe 15-luokitus ristiintaulukoimalla saadaan tunnuslukuista koostuva työväline, jota voidaan hyödyntää asiakkaiden palvelun tarvetta määriteltäessä, palvelujen sisältöjä suunniteltaessa ja niihin resursseja kohdennettaessa. Tunnuslukuihin perustuvan tiedon avulla on mahdollista saada myös tarkemmin esille kotihoidon asiakkaiden erilaisuus ja siitä johtuva erilainen palvelun tarve, mitä ei ole aikaisemmin tällä tasolla pystytty tarkastelemaan.

## 5.5 Suositukset

1. Asiakkaalla tulee olla hoito- ja kuntoutumissuunnitelma, joka on tehty moniammatillisesti yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa.
2. Asiakkaan oma osallistuminen toimintakyvyn arviointiin sekä hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekemiseen tulee turvata.
3. Mikäli asiakkaan kognitio on heikentynyt, heikentymisen syy tulee aina selvittää ja sen pitää näkyä hoito- ja kuntoutumissuunnitelmassa.
4. Hoitajien, terapeuttien ja lääkäreiden välisen yhteistyön tulee olla saumatonta.

5. Asiakkaalle tulee antaa mahdollisuus ottaa vastuu omasta hoidostaan niin pitkälle, kuin se turvallisesti on mahdollista.
6. Omaisen jaksamista tulee tukea riittävästi ja suunnitellusti. Hänellä tulee olla tietoa muistisairaudesta sekä kuntoutumista edistävästä toimintamalleista läheisensä hoitamiseen liittyen.
7. Hoitajan asiantuntijuus sisältää hyvän RAI-osaamisen, kuntoutumista edistävään toimintaan ja muistisairauksiin liittyvän osaamisen.
8. Lähiesimiehellä tulee olla hyvä RAI-osaaminen.
9. Lähiesimiehen tulee olla läsnä johtamansa yksikön arjessa.
10. Lähijohtamisessa keskeistä on säännöllisesti lähiesimiehen johdolla käytävät:
  - o tiimipalaverit, hoidon suunnittelun seuranta- ja arviointitilanteet
  - o hoidon tulosten arviointi- ja seurantatilanteet
  - o kuntoutumista edistävässä toiminnassa tarvittavien resurssien arviointi ja kohdentaminen.
11. Lähiesimiehen kannattaa hyödyntää asiakasrakennetarkastelussa ja resurssien kohdentamisessa kotihoidon uutta kuntotumis- ja voimavarakartoituksen ja MAPLe 15-luokituksen rishtiintaulukointia.

## 6 Vanhainkodin kuntoutusosaston toimintamalli ja tunnusluvut (Interventio 2)

Kuntoutusosaston toimintamallin kehittämisen tarkoituksena oli edistää sairaalasta kotiutumista ja kotona selviytymistä. Lisäksi tarkoituksena oli tarkastella hoitajavetoisen toimintamallin vaikutusta ikäihmisten kuntoutumiseen vanhainkotiympäristössä. Moniammatillisen, tavoitteellisen ja terveyslähtöisen toiminnan avulla voidaan tukea ikääntyneen henkilön selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa, ohjata häntä sopeutumaan omaan toimintaympäristönsä toiminnanvajeista riippumatta ja turvata hänelle parhaan mahdollisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tason saavuttaminen (Routasalo 2004, Vähäkangas 2010).

Tässä kappaleessa kuvataan Oulun Hirosenkodin vanhainkodin kuntoutusosastoa, jonka toiminnan perustana oli hoitajan koordinoima moniammatillinen, ikääntyneen kuntoutumista edistävä toimintamalli (*Intermediate care*-malli). Toimintamallin avulla pyrittiin tukemaan ikäihmisten sairaalasta tai laitoksesta kotiutumista, vähentämään sairaalakäyntejä ja ennaltaehkäisemään ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Hoitajavetoisen mallin perustana oli saumaton hoitoketju ja moniammatillinen yhteistyö, jonka avulla pyrittiin vastaamaan yksilöllisesti kuntoutujan hoidon tarpeeseen. Toiminta perustui kuntoutujan toimintakyvyn kokonaisvaltaiseen arviointiin ja yksilölliseen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan, jossa toimintakyvyn paranemisen mahdollisuutta korostettiin. Hoidon tavoitteeksi asetettiin kunkin kuntoutujan paras mahdollinen saavutettavissa oleva omatoiminen suoriutuminen ja itsenäisyyden aste, jotta kotona asuminen onnistuisi ja toteutuisi mahdollisimman pitkään.

### 6.1 Hoitajavetoisen (*Intermediate care*) toimintamallin kehittäminen vanhainkodin kuntoutusosastolla

#### *Toimintamallin kuvaus*

Vanhainkodin kuntoutusosaston hoitajavetoisessa toimintamallissa toiminta oli suunnattu niille ikäihmisille, jotka odottivat sairaalasta kotiutumista ja joilla oli riski sijoittua pysyvästi pitkäaikaiseen laitoshoitoon, mutta jotka eivät tarvinneet akuuttia lääketieteellistä hoitoa tai kuntoutusta sairaalassa. Tavoitteena oli tukea ikäihmisen kuntoutumista, jotta hän kykenisi palaamaan takaisin kotiin tai mikäli se ei ollut enää mahdollista, esimerkiksi ympärivuorokautisen palveluasumisen piiriin pitkäaikaisen vanhainkotihoiton sijaan. Kuntoutusjakson kesto oli rajattu, enimmillään kolmen kuukauden mittainen.

Keskeisinä toimintaperiaatteina korostuivat kodinomaisuuden ja yhteisöllisyyden lisäksi ikääntyneen yksilöllisyyttä sekä osallisuutta tukeva, aktiivinen ja moniammatillinen toiminta, jonka tarkoituksena oli valmentaa ikäihminen kotiin paluuta varten. Moniammatilliseen *ydintyöryhmään* kuuluivat fysioterapeutti, sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Tarvittaessa työryhmä konsultoi toimintaterapeuttia, lääkäriä tai sosiaalityöntekijää. Moniammatillisessa hoidon suunnittelussa korostuivat tavoitteellisuus ja terveyslähtöisyys. Pienet, toimivat tiimit (sairaanhoitaja ja lähi/perushoitaja), joiden toimintaa koordinoi ja ohjaa sairaanhoitaja, toimivat asiakaslähtöisen kuntoutustoiminnan perustana. Jokaiselle kuntoutujalle nimettiin omahoitaja, mutta koko tiimi toimi vastuullisesti turvaten hoidon ja kuntoutuksen sujumisen ja jatkuvuuden omahoitajan poissa ollessa. Tämä toi hoitajavetoiseen toimintamalliin tehokkuutta ja lisäsi hoitajien vastuullisuutta kuntoutujien kokonaisuhoitossa. Hoito- ja kuntoutuspalavereita koordinoi sairaanhoitaja, joka toimi myös niiden puheenjohtajana.

Hoitajavetoinen toimintamalli vaatii hoitajilta erityisosaamista ja –vahvuutta mm. asiakaslähtöisen kuntouttavan toiminnan, sosiaalisten taitojen, innovatiivisuuden, vanhenemisilmion tuntemisen, sairaanhoidollisten taitojen ja päätöksentekokyvyn osa-alueilla. Kuntoutusosastolla työskentelevien hoitajien on tärkeä ymmärtää ja sisäistää, että asiakaslähtöinen kuntoutumista edistävä toiminta ei ole irrallinen käsite tai toi-



minto, vaan se on kaikkiin kuntoutujan arkitoimintoihin ja niistä selviytymisen tukemiseen liittyvä toimintamalli.

#### *Kuntoutusosaston ja intervention kuvaus*

Oulun kaupungin omistama Hirosenkoti on sosiaalihuoltolain alainen vanhainkoti, jossa oli kuntoutusintervention alkuvaiheessa yhteensä 6 osastoa ja 215 asukaspaikkaa. Toimintaympäristönä vanhainkoti oli kuntoutumista tukeva. Tilat mahdollistivat päivittäisten toimintojen arvioinnin ja harjoittamisen kodinomaisessa ympäristössä. Kuntoutusosaston toiminta aloitettiin yhdellä Hirosenkodin osastolla 10 kuntoutuspaikalla helmikuussa 2010. Interventio toteutettiin 1.2.2010-30.12.2010 välisenä aikana.

Kuntoutusosastolle rekrytoitiin toiminnan alkaessa kuntouttavasta työstä kiinnostuneita hoitajia ja yksi fysioterapeutti. Osaston laskennallinen henkilöstöresurssi oli intervention ajan keskimäärin 0,75 hoitajaa/kuntoutuja. Fysioterapeutti kuului hoitotiimiin toiminnan alusta alkaen. Lisäksi osastolla työskentelivät palveluesimies ja osa-aikainen aulaemäntä, jonka tehtävänä oli etupäässä kuntoutujien ohjaaminen ja avustaminen ruokailutilanteissa, ulkoilu sekä erilaisten virikeryhmien järjestäminen.

Toimintaterapeuttia ja sosiaalityöntekijää voitiin konsultoida tarvittaessa, samoin lääkärin rooli oli enemmän konsultoiva. Toiminnan alkuvaiheessa järjestettiin yhteisiä kehittämis-, suunnittelu- ja ohjauspäiviä, jolloin esimiehen johdolla henkilökunnan ja projektityöntekijöiden kanssa yhdessä työstettiin osaston prosessikuvausta, kuntoutumista edistävän toiminnan sisältöä, määriteltiin eri ammattiryhmien roolit ja vastuut sekä hoitajavetoisen toimintamallin sisältö. Lisäksi henkilökunta sai ohjausta Oulu Screener 1.1 arvioinnin tekemiseen ja arvioinnin tulosten hyödyntämiseen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekemisessä. Yhteinen suunnittelu ja yhdessä työstetyt toimintamallin sisällöt loivat hyvän pohjan hoitajavetoisen toimintamallin käynnistymiselle. Projektityöntekijöiden työpanos interventiossa 2 on kuvattu erillisessä taulukossa (taulukko 12).

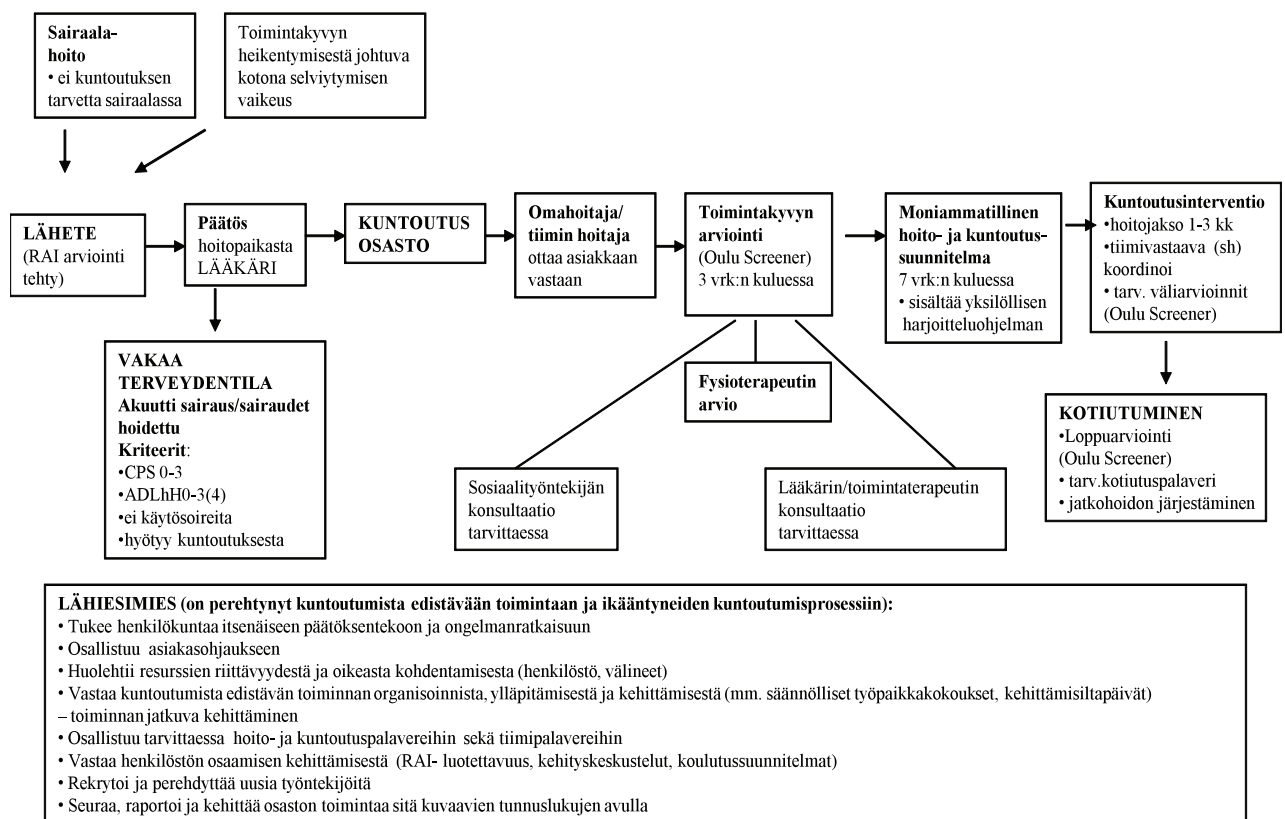
Taulukko 12. Interventiossa 2 käytetyt resurssit

<b>Teemat</b>	<b>Henkilöstö</b>	<b>Tilaisuuden kesto</b>
Kuntoutusosaston asiakasohjauksiteerit	Palvelupäällikkö, palveluesimies, geriatriit (2) ja projektityöntekijä	4 tuntia
Kuntoutusosaston toimintamallin rakentaminen	Kuntoutusosaston henkilökunta, palveluesimies ja palvelupäällikkö	7 tuntia
Prosessikuvaus	Projektipäällikkö ja projektityöntekijä	
Kuntoutusosaston arvot ja toimintaperiaatteet	Kuntoutusosaston henkilökunta ja palveluesimies	7 tuntia
Moniammatillisen tiimin roolit	Projektipäällikkö ja projektityöntekijät (2)	
Kuntoutumispotentiaalinen arviointi		
Oulu Screener 1.1- arviointi	Kuntoutusosaston henkilökunta ja palveluesimies	4 tuntia/kerta kahdesti
Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekeminen ja kirjaaminen	Projektityöntekijä	
Teemakysely hoitajille	Palveluesimies, projektipäällikkö ja projektityöntekijä	2 tuntia/kerta kahdesti
Lähijohtaminen	Projektityöntekijän antama ohjaus lähiesimiehelle	2 tuntia/kerta joka toinen kuukausi
- hoidon tulokset		
- toiminnan vaikuttavuus		

## Kuntoutusosaston asiakasohjaus

Vanhainkodissa toimivan kuntoutusosaston toiminnan tuloksellisuuden ja sujuvuuden kannalta asiakasohjaus on tärkeässä roolissa. Keskeistä on, että ennalta sovittuja valintakriteereitä noudatetaan kaikissa tilanteissa. Kuntoutusosaston asiakasohjaus tapahtui SAS-keskuksessa (SAS= Selvitä, Arvioi, Sijoita), jossa geriatri valitsi kuntoutujat osastolle lähetteen perusteella. Kuntoutujat tulivat osastolle jatkokuntoutukseen Oulun kaupunginsairaalaan, joka on ikäihmisten akuutti- ja lyhytaikaishoitoon erikoistunut sairaala. Lähetteen lisäksi edellytettiin, että ikäihmiselle oli tehty RAI-arviointi. Päävalintakriteereinä olivat asiakkaan kognitio (CPS) ja fyysinen suoriutuminen päivittäisissä toiminnoissa (ADLH). Kriteerien mukaisesti kuntoutujalla tuli olla enintään kognition keskivaikea heikentyminen (CPS 0-3), eikä hänellä saanut olla vaikeita käytöshäiriöitä. Kuntoutujan tuli selvittää pääsääntöisesti yhden hoitajan ohjauksen ja avun turvin päivittäisistä toiminnoista (ADLH 1-3).

Geriatri pyrki valitsemaan kuntoutusosastolle ne ikääntyneet, joiden terveydentila oli vakaa, ja jotka hänen arvionsa mukaan myös hyötyivät tehostetusta kuntoutusjaksosta vanhainkodin kuntoutusosastolla. Lähiesimies teki tiivistä yhteistyötä SAS-työryhmän ja hoitotiimien kanssa varmistaen omalta osaltaan sujuvan ja kriteerien mukaisen asiakasohjauksen toteutumisen.



Kuvio 9. Kuntoutusosaston prosessikuvaus

Kuntoutujan tullessa kuntoutusosastolle aloitettiin viipymättä perehtyminen kokonaistilanteeseen (kuvio 9). Hoitohenkilökunta ja fysioterapeutti arvioivat kuntoutujan toimintakykyä Oulu Screener 1.1 mittaria hyödyntäen, haastatellen ja havainnoiden. Tehdyn arvioinnin, suoritettujen haastattelujen ja fysioterapeutin tekemien testausten pohjalta kuntoutujalle laadittiin yksilöllinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma sekä

harjoitteluohjelma moniammatillisena yhteistyönä. Tarvittaessa konsultoitiin toimintaterapeuttia, lääkäriä tai sosiaalityöntekijää. Kuntoutusosastolla kuntoutuksen ydin oli päivittäisten toimintojen harjoittaminen arjessa säännöllisesti ja suunnitelman mukaisesti. Jokaiselle kuntoutujalle tehtiin huoneen seinälle näkyviin ns. tavoitetaulu, josta ilmeni kunkin kuntoutujan henkilökohtaiset kuntoutumisen tavoitteet ja hoitajien käyttämät auttamismenetelmät tavoitteisiin pääsemiseksi. Näin varmistettiin, että kaikki hoitoon osallistuvat olivat varmasti tietoisia jokaisen kuntoutujan yksilöllisistä tavoitteista ja osasivat toimia oikein hänen kanssaan.

Kuntoutuspalavereja järjestettiin tarvittaessa. Niihin kutsuttiin mukaan kuntoutujan omainen ja kotihoiton henkilökuntaa. Esimies osallistui palavereihin tarvittaessa. Palaverissa käytiin läpi kuntoutujan kokonaistilanne, hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisältö ja sen toteutuminen sekä määriteltiin yhteisiä tavoitteita kuntoutusjaksolle. Kuntoutuspalavereissa pyrittiin hahmottamaan kuntoutusjakson pituutta ja suunnittelemaan kotiutusta yhteistyössä kuntoutujan, omaisen ja kotihoiton henkilökunnan kanssa. Hoito- ja kuntoutumisprosessin aikana kuntoutuksen etenemistä arvioitiin myös hoitohenkilökunnan viikkopalavereissa. Kuntoutusosastolta käytiin tarvittaessa myös kotikäynnillä yhdessä kuntoutujan kanssa. Kun kuntoutuksen tavoitteet oli saavutettu, pidettiin kotiutuspalaveri kuntoutujan, omaisen ja kotihoiton henkilökunnan kanssa. Kotiutuspalaverissa sovittiin mm. kotiutukseen liittyvistä yksityiskohdista ja tukitoimista. Mikäli kuntoutuja ei ollut kuntoutunut tavoitteiden mukaisesti eikä pystynyt kotiutumaan, käynnistettiin normaali hakuprosessi ympärivuorokautiseen hoitoon tai pitkäaikaiseen laitoshoittoon.

#### *Moniammatillisen tiimin jäsenten roolit*

Hoitajavetoisessa toimintamallissa jokaisen moniammatilliseen ryhmään kuuluvan ammattihenkilön rooli oli määritelty yhdessä henkilökunnan kanssa ja jokaisella oli asiantuntijuuteensa perustuen oma tärkeä tehtävänsä tiimissä. *Sairaanhoitaja* vastasi osaston hoitotyöstä ja asiakasohjauksesta yhteistyössä esimiehen kanssa. Hän toimi tiiminvetäjänä, koordinoi kuntoutujien hoitoprosessia aikatauluineen, arvioi kuntoutujan kokonaistilannetta, osallistui hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun sekä toteutukseen kantaen päävastuun kokonaishoidosta. Lisäksi sairaanhoitaja vastasi kuntoutujien lääkehoidon toteutumisesta omassa tiimissään ja toimi kuntoutus- ja kotiutuspalaverien puheenjohtajana. *Lähi/perushoitajan* rooli oli keskeinen hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivittäisessä toteuttamisessa. *Fysioterapeutti* oli päävastuussa kuntoutussuunnitelman laatimisesta, tarkempien toimintakykyä mittaavien testien suorittamisesta ja niiden pohjalta toimintakyvyn arvioinnista, apuvälineiden hankkimisesta, kuntoutujan ja henkilökunnan ohjaamisesta apuvälineiden käyttämiseen, yksilö- ja ryhmäkuntoutuksesta sekä hoitohenkilökunnan ohjaamisesta kuntoutusmenetelmien valintaan ja käyttämiseen. Lisäksi fysioterapeutti vastasi kotikäyntien järjestämisestä ja osallistui osastolla järjestettäviin kuntoutujan palavereihin. *Omahoitaja* oli kuntoutujan tukihenkilö ja hänen asioihinsa parhaiten perehtynyt henkilö kuntoutusjakson aikana. Omahoitaja toimi tiedottajana kaikissa kuntoutujan hoitoon liittyvissä asioissa ja osallistui yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutumispalavereihin. Omahoitaja oli ensisijainen yhteyshenkilö kuntoutujan, hänen omaistensa ja kotihoiton välillä ja hän vastasi kuntoutujan hoito- ja kuntoutumissuunnitelmasta muun tiimin toimiessa korvaavana hoitajana.

Lähettävän yksikön *lääkäri* kirjoitti kuntoutujalle reseptit ja lausunnot mukaan kuntoutusosastolle. Kuntoutusjakson aikana lääkäriä konsultoitiin, mikäli kuntoutujan terveydentilassa tapahtui akuutteja muutoksia tai tarvittiin esimerkiksi lääkitykseen liittyvää uudelleen arviointia tai lääkemuutoksia. Lisäksi lääkärin työpanosta tarvittiin tilanteissa, joissa päädyttiin ympärivuorokautisen hoitopaikan tai laitoshoitopaikan hakuprosessin käynnistämiseen.

## **6.2 Hoitajavetoisen toimintamallin johtaminen kuntoutusosastolla**

Hoitajavetoinen toimintamalli asettaa lähiesimiestyölle monia haasteita. Yhtenä haasteena on kuntoutujien vaihtumiseen ja osaston nopeasti muuttuviin tilanteisiin liittyvä johtamistyö. Lisäksi kuntoutujien erilaiset terveydentilan muutoksiin liittyvät ym. tarpeet kuntoutusjakson aikana, kotiutuksen suunnittelussa ja kuntoutujan kotiutuessa vaativat esimieheltä osaamista myös mm. sosiaalietuuksista ja niihin liittyvistä lakiasioista. Onnistuakseen tehtävässään lähiesimiehen on luotava laaja asiantuntijoiden verkosto toimintansa tueksi. Hoitohenkilökunnan tukeminen ja ohjaaminen ongelmatilanteiden ratkaisuun ja itsenäiseen päätök-

sentekoon on esimiehen tehtävä. Haasteellisissa ja vaikeissa erityistilanteissa esimies osallistuu hoitoneuvotteluihin ja päätöksentekoon. Hoitajat tarvitsevat esimiehen motivointia, tukea ja ohjausta päätöksentekokykynsä vahvistamisessa ja harjaannuttamisessa. Sairaanhoitajan rooli on kuntoutusosastolla vahvasti hoitotyötä koordinoiva, jolloin esimiehen haasteena on onnistua tukemaan sairaanhoitajia heidän ammatillisessa kehityksessään kohti hoitotyön asiantuntijuutta ja itsenäistä päätöksentekoa. Tässä tehtävässä onnistuessaan esimies samalla nostaa hoitotyön professiota ja sen arvostusta.

#### *Asiakkuuksien hallinta ja resurssointi*

Esimiehen tulee olla tietoinen kuntoutusosaston asiakkaista ja heidän kokonaistilanteestaan, koska akuutti-tilanteiden sattuessa esimies voi joutua ottamaan kantaa hoitolinjoihin ja esimerkiksi kuntoutujan sairaalaan siirtämiseen sekä käymään keskusteluja omaisten kanssa. Esimies vastaa resurssien riittävydestä ja oikeasta kohdentamisesta osastollaan. Resurssien näkökulmasta on tärkeää huomioida paitsi henkilöstöresurssit myös kuntoutustoiminnassa tarvittavat välineet ja tilat. Esimiehellä on hyvä osallistua tarvittaessa tiimi-, kuntoutus- ja kotiutuspalaveriin. Kuntoutusosaston asiakkaiden kotiutuminen on usein monimutkaisia järjestelyjä ja neuvotteluja vaativa tapahtuma, jossa on löydettävä kaikkia osapuolia tyydyttävä, ensisijaisesti kuntoutujan, mutta myös omaisten tarpeet ja toiveet huomioivat ratkaisut.

#### *Työn organisointi ja kehittäminen*

Kuntoutumista edistävän toiminnan johtaminen kuntoutusosastolla vaatii esimieheltä jatkuvaa panostusta työn organisointiin ja kehittämiseen. Säännölliset työpaikkakokoukset ja kehittämispäivät kirjattuine muistioineen luovat hyvän pohjan, mutta arjessa esimiehen läsnäolo, sovittujen asioiden jatkuva esillä pitäminen ja muistuttelu sekä palautteen antaminen reaaliaikaisena ovat esimiehen keinoja johtaa toimintaa haluamaansa suuntaan. Esimies toimii tien näyttäjänä ja sitouttaa henkilökuntansa toimimaan yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Henkilöstön osaaminen, osaamisen vahvistaminen ja varmistaminen sekä uusien työntekijöiden rekrytointi ja perehdyttäminen ovat kaikki esimiehen perustehtävään kuuluvia toimintoja. Rekrytointiin ja perehdyttämiseen on kuntoutusosastolla syytä kiinnittää erityistä huomiota, jotta saadaan valittua ikäihmisten kuntoutumisesta kiinnostuneita ja itsenäiseen, vastuulliseen hoitotyöhön innovatiivisia ja pystyviä ammattilaisia.

### **6.3 Kehittämistyön kokemukset ja tulokset**

Vanhainkodissa toimivan hoitajavetoisen toimintamallin ajateltiin lähtökohtaisesti asettavan uudenlaisia haasteita hoitohenkilökunnalle erityisesti päätöksenteon, laaja-alaisen geriatrisen asiantuntijuuden ja toiminnan koordinoinnin osalta. Hoitajien näkemystä työn haasteellisuudesta kartoitettiin tekemällä henkilökunnalle teemakysely marraskuussa 2010. Kysely analysoitiin sisällön analyysillä. Hoitajilta kysyttiin heidän mielipiteitään kuntoutusosaston toimintamallista seuraavin teemoin:

- Mitkä ovat mielestäsi hoitajavetoisen toimintamallin edut ja haitat?
- Mitä osaamista tarvitset työskennellessäsi kuntoutusosastolla?
- Kuvaa lyhyesti kuntoutumista edistävän hoitotyön sisältöä osastollasi

Kahdeksan hoitajaa vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli 80.

#### *Hoitajien kokemukset toimintamallista*

Hoitajat kokivat työnsä pääsääntöisesti monipuolisena, vaihtelevana ja haastavana. Onnistuneiden kuntoutusjaksojen jälkeen tyytyväisenä kotiutuneet kuntoutujat antoivat heille positiivista, näkyvää palautetta ja kannustivat jatkamaan työtä muiden kuntoutujien kanssa. Koko hoitoon osallistuvan tiimin koettiin sitoutuneen ja motivoituneen kuntoutumista edistävään toimintaan. Tämä näkyi hoitajien mielestä mm. kuntoutujakeskeisenä, yksilöllisenä hoitona, joka osaltaan mahdollisti kuntoutujan toimintakyvyn paranemisen ja omatoimisuuden lisääntymisen ja auttoi häntä kotiin pääsemisen tavoitteen saavuttamisessa. Positiivisena asiana nousi esille myös työn tulosten mitattavuus ja sitä kautta näkyvät, konkreettiset tulokset, joiden kautta osaston toimintaa ja omaa työtä oli helppo arvioida.

Hoitajavetoisen toimintamallin haasteina koettiin kuntoutujien ajoittain epävakaa terveydentila ja akuutit sairaudet, jolloin lääkäripalvelujen saatavuus olisi pitänyt hoitajien mielestä olla paremmin järjestetty. Näin heidän mukaansa olisi voitu välttää turhia siirtoja akuuttisairaalaan. Moniammatillisen yhteistyömallin omaksuminen, toisten ammattiryhmien asiantuntijuuden arvostaminen, oman osaamisen tuominen moniammatillisen tiimin ja kuntoutujan hyödyksi koettiin ajoittain haastavana ja ongelmallisenakin. Osastolla kaivattiin toimintaterapeutin työpanosta monen kuntoutujan kohdalla, mikä pystyttiin toiminnan jatkuessa järjestämään. Monella kuntoutujalla oli sosiaalisen tuen ja selvittelyn tarvetta sekä asunto-ongelmia, joiden takia kotiutuminen oli hankalaa. Näissä tapauksissa kaivattiin sosiaalityöntekijän työpanosta moniammatilliseen tiimiin.

Osaamisen näkökulmasta hoitajat nostivat esille henkilökohtaisten ominaisuuksien merkityksen. Pystyäkseen työskentelemään kuntoutusosastolla moniammatillisen tiimin jäsenenä hoitajan henkilökohtaisista ominaisuuksista korostuvat hyvät sosiaaliset taidot, ongelmanratkaisutaidot, kyky toimia tavoitteellisesti ja tehdä päätöksiä kuntoutujan hoitoon liittyvissä asioissa. Vastaajat kokivat, että tarvitaan kykyä ohjata ja opastaa, sekä omaisia, kuntoutujaa että työkavereita. Ammatillisesti hoitajat kokivat, että heiltä edellytetään laaja-alaisia moniosaamisen taitoja: täytyy hallita ikääntymiseen ja kuntoutumiseen liittyvät erityiskysymykset, kuntoutumista edistävä toiminta, RAI järjestelmän käyttö, ikäihmisen lääkehoito, apuvälineasiat ja tarvittaessa on osattava toimia myös akuuttitilanteissa. Lisäksi on tunnettava palvelujärjestelmä ja osattava ohjata sekä kuntoutujaa että omaisia esimerkiksi jatkohoitopaikan hakemiseen liittyvissä asioissa.

#### *Kuntoutusosaston toiminnan tulokset ja taloudellisen vaikuttavuuden arviointia*

Kuntoutusmallin tuloksia ja vaikuttavuutta arvioitiin kuntouttavan toiminnan määränä (kuntoutumisindeksi), kuntoutujien toimintakyvyssä ja palveluntarpeessa tapahtuneina muutoksina sekä sillä, mihin asumismuotoihin hoitajakset päättyivät.

- Asiakkaille kohdentuneessa kuntouttavan toiminnan määrässä ei tapahtunut hoitajakson aikana suuria muutoksia. Sekä tulo- että lähtötilanteessa noin puolet kuntoutujista sai hoitajan antamaa kuntoutusta yli 60 minuuttia päivässä.
- Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen ADLH- mittarilla katsottuna parani hoitajakson aikana yli kolmasosalla kuntoutujista (36 %), välinetoiminnoista suoriutuminen (IADL) parani 17 %:lla ja kognitiivinen toimintakyky noin 14%:lla.
- MAPLe- mittarilla (MAPLe1-5, MAPLe 15) katsottuna palvelun tarve väheni noin joka kolmannella kuntoutujalla (29-26 %).
- Hoitajaksoista puolet (48 %) päättyi kuntoutujan kotiutumiseen ja viidesosa (19 %) siirtymiseen tehostettuun palveluasumiseen. Laitoshoidon päätyi vain joka kymmenes kuntoutuja. Joka neljäs hoitajakso (24 %) päättyi kuntoutujan joutuessa akuuttisairaalaan kesken kuntoutusjakson.

Palvelujärjestelmän ja kunnan talouden kannalta jokainen kotiin kuntoutunut ikääntynyt, joka laitoshoidon sijasta pystyy kuntoutusjakson jälkeen asumaan omassa kodissaan, on merkittävä säästö. Ikääntyneelle itselleen se puolestaan on merkittävä elämänlaatuun positiivisesti vaikuttava tekijä. Vuonna 2006 tehdyn laskelman mukaan laitoshoidon hoitopäivän yksikkökustannus vanhainkodeissa oli keskimäärin 120€ / hoitopäivä (Hujanen ym. 2008). Tämän pohjalta voidaan karkeasti arvioida, että jokainen kotiin selviytynyt kuntoutuja tuottaa kunnalle voittoa vuositasolla laskettuna 43800€. Kuntoutusosaston toiminnan taloudellista vaikuttavuutta voidaan arvioida esimerkiksi olettamalla, että kotiutunut kuntoutuja pystyy asumaan omassa kodissaan esimerkiksi kuukauden, niin osaston 20 kotiutunutta kuntoutujaa toisivat kuukaudessa kunnalle säästöä toteutumattomina laitoshoidon kustannuksina yhteensä 72 000€. Vuositasolla tämä tekee 864 000€.

Kuntoutusosaston suunniteltu henkilöstömitoitus oli keskimäärin 0,75 hoitajaa/kuntoutujaa. Käytännön arjessa oli kuitenkin usein tilanteita, jolloin jouduttiin toimimaan suunniteltua pienemmällä mitoituksella. Tästä huolimatta hoidon tulokset olivat hyvät ja asiakkaiden hoito ja kuntoutus tapahtui tehtyjen suunnitelmien mukaisesti. Tämä osoittaa, että hyvällä johtamisella ja yhteistyöllä pystytään kohtuullisen niukoilla resursseillakin saamaan aikaan hyviä tuloksia. Toimivan moniammatillisen yhteistyön lisäksi erityistilan-

teissa tarvitaan selkeitä toimintamalleja ja jokaisen hoitajan tulee tietää oma vastuunsa ja roolinsa sekä vastata omalta osaltaan hoidolle asetettujen tavoitteiden toteutumisesta.

## 6.4 Yhteenveto

Vanhainkodin kuntoutusosaston toimintamallia arvioitaessa voidaan todeta, että hoitajavetoisella kuntoutustoiminnalla on hoitoketjun näkökulmasta selkeä tilaus. Toimintamallin avulla pystytään lisäämään ikäihmisten hyvinvointia ja mahdollistamaan kotiutuminen niille, jotka muuten olisivat olleet riskissä joutua ympärivuorokautiseen hoitoon. Malli vastaa näin osaltaan STM:n Kaste-ohjelmassa (Kaste 2008-2011) kunnille esitettyyn haasteeseen monimuotoisten kuntoutumista edistävien toimintamallien kehittämisestä. Lisäksi tämän kaltaisen toimintamallin avulla akuuttisairaanhoidosta vapautuu resursseja, mikä lisää sekä hoitoketjun toimivuutta että säästää pitkäaikaisen laitoshoidon paikkoja niitä todella tarvitseville. Ensimmäisen toimintavuoden aikana noin puolet (48%) kuntoutusosastolla osastolla kuntoutumassa olleista ikäihmisistä pystyi vielä kotiutumaan, joten voidaan arvioida tämänkaltaisen toiminnan olevan vaikuttavaa sekä asiakas- että organisaatiotasolla.

### *Asiakasnäkökulma*

Kuntoutujakeskeinen, yksilöllinen hoito, joka sisältää moniammatillisena yhteistyönä laaditun hoito- ja kuntoutumissuunnitelman, sen toteuttamisen ja arvioinnin, valmentaa kuntoutujaa tavoitteellisesti ja systemaattisesti kohti omaa kotia. Päivittäisten toimien harjoittaminen yhteisöllisessä arjessa toistuvasti, säännöllisesti ja suunnitelman mukaisesti on kuntoutusosaston toiminnan ydin. Kuntoutujat motivoituvat, sitoutuvat ja tottuvat fyysiseen harjoitteluun ja mahdollisimman itsenäiseen suoriutumiseen, mikä edesauttaa heidän kotona selviytymistään.

### *Hoitajan näkökulma*

Hoitajan näkökulmasta toiminnan onnistumisen kannalta keskeistä on, miten hyvin he hallitsevat hoitajavetoisessa toimintamallissa korostuvan toiminnan koordinoimisen ja ovat sisäistäneet esimerkiksi päätöksenteon osaksi omaa ammatillista toimintaansa. Sekä hoitajien itsensä että esimiehen arvioiden mukaan hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet nousevat keskiöön. Henkilökohtaisista ominaisuuksista korostuvat hyvät sosiaaliset taidot, kyky ratkaista ongelmia ja toimia tavoitteellisesti sekä kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä. Näiden ominaisuuksien lisäksi edellytetään hyvää kliinistä- ja RAI-osaamista. Hoitajien täytyy myös pystyä toimimaan avoimesti yhtenä moniammatillisen tiimin jäsenenä sekä arvostaa eri ammattiryhmien osaamista ja mielipiteitä. Tyytyväisenä omaan kotiinsa kuntoutunut ikäihminen on kuntoutusosaston hoitajavetoisen toimintamallin paras tulos ja palaute hoitajille hyvin tehdystä työstä.

### *Lähiesimiehen näkökulma*

Lähijohtamisessa hoitajavetoisella kuntoutusosastolla korostuvat moniammatillisten tiimien johtaminen, lähiesimiehen kyky tukea ja kannustaa hoitajia itsenäiseen päätöksentekoon ja ongelmanratkaisuun sekä laajan asiantuntijaverkoston hankkimiseen. Asiantuntijaverkoston avulla lähiesimies ja hoitajat pystyvät yhdessä vastaamaan nopeasti muuttuviin tilanteisiin, kuntoutujien erilaisiin terveydentilan muutosten aiheuttamiin sekä kotiutukseen liittyviin kysymyksiin. Erityisesti lähiesimiehen kannattaa panostaa sairaanhoitajien tukemiseen heidän ammatillisessa kehittämisessään, koska sairaanhoitajan rooli toimintamallissa on keskeinen ja vahvasti koordinoiva. Lähiesimiehen täytyy pystyä osoittamaan myös osastonsa tarpeellisuus ja vaikuttavuus talouden näkökulmasta. Toiminnan vaikuttavuutta lähiesimies voi tarkastella paitsi asiakas- ja kuntoutujien toimintakyvyn muutoksina myös talouden ja hoitoketjun näkökulmasta laajemmin kotiutuneiden kuntoutujien tuomina säästöinä ja vapautuneina akuuttihoitoon resursseina.

## 6.5 Suositukset

1. Kuntoutumista edistävän toiminnan toteutumisen arvioinnissa käytetään seuraavia RAI-pohjaisia tunnuslukuja:
  - ADLH (0-6) = hierarkkinen ADL
  - IADL suoriutuminen (0-21) = välinetoinnot
  - CPS (0-6) = kognitio
  - MAPLe 1-5 ja MAPLe 1-15 = palveluntarve ja asiakastyypittely
  - DRS (0-14) = masennus
  - CHESS (1-5) = terveydentilan vakaus
  - Pain (0-3) = kipu
  - Laitoshiitoon joutumisen riski (CAP 4)
  - Kuntoutujan kuntoutusindeksi (0-35), hoitajan antama aktiivinen kuntoutus, jossa kuvataan aktiivisen kuntoutuksen määrää kuntoutusindeksinä sekä tarkastellaan, mihin asumismuotoon kuntoutusjaksot päättyvät
2. Kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksia kannattaa arvioida asiakastasolla vertaamalla tulo- ja lähtötilannearviointeja. Arviointeja verrataan asteikolla: heikentyi/ennallaan/parani.
3. Henkilöstöresurssien tulee mahdollistaa riittävä lääketieteellinen arviointi, hoito ja kuntoutus moniammatillisena (sairaan- ja lähihoitaja, fysio- ja toimintaterapeutti, lääkäri, sosiaalityöntekijä) yhteistyönä.
4. Hoidon tavoitteeksi tulee asettaa kunkin kuntoutujan paras mahdollinen saavutettavissa oleva suoriutumisen ja itsenäisyyden aste, joka mahdollistaa kotona asumisen.
5. Hoitajavetoisessa toimintamallissa toiminnallinen prosessi, eri ammattiryhmien roolit ja vastuut tulee määritellä selkeästi.
6. Hoitajavetoisessa toimintamallissa sairaanhoitaja toimii tiimin vetäjänä ja koordinoi hoitotyötä.
7. Hoitajan asiantuntijuus sisältää hyvät sosiaaliset – ja kliiniset taidot, hyvän RAI-osaamisen, kyvyn organisoida ja tehdä itsenäisiä päätöksiä sekä kuntoutumista edistävään toimintamalliin sitoutumisen.
8. Omaiset tulee huomioida voimavarana sekä kuntoutusjakson aikana että kuntoutujan kotiutuessa. Omaisten ohjaamiseen ja tukemiseen tulee kiinnittää huomiota.
9. Lähijohtajan tulee kiinnittää erityistä huomiota hoitajien osaamiseen, itsenäisen päätöksentekokyvyn vahvistamiseen ja siihen motivointiin. Lähijohtajan tulee huolehtia siitä, että kaikki sitoutuvat kuntoutumista edistävän toimintamallin toteuttamiseen.
10. Lähijohtamisessa korostuu työn organisoimisen ja toiminnan jatkuva kehittäminen. Keskeistä on:
  - säännölliset työpaikkakokoukset, kehittämispäivät, tiimipalaverit
  - valmius osallistua asiakaspalaveriin tarvittaessa
  - resurssien oikea kohdentaminen ja riittävyys
  - läsnäolo arjessa, tien näyttäjänä toimiminen
  - saavutettujen tulosten säännöllinen, systemaattinen arviointi
11. Kuntoutusosastolle on hyvä laatia rekrytointi- ja perehdyttämissuunnitelma.
12. Kuntoutusosastolla tarvitaan sosiaalialan osaamista.

## 7 Ikäihmisen kuntoutumista edistävän toimintamallin ja kirjaamisen kehittäminen ympärivuorokautisessa hoidossa (Interventio 3)

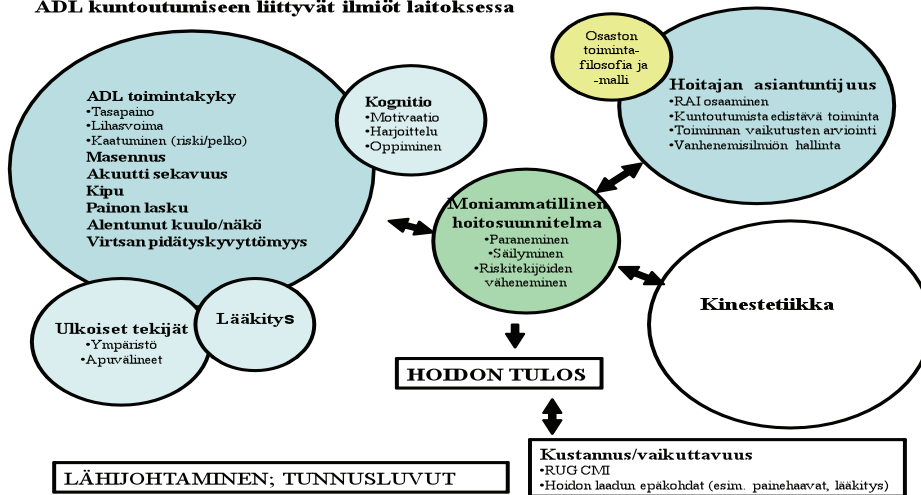
Ympärivuorokautisessa hoidossa toteutettujen interventioiden tarkoituksena oli edistää ikäihmisten kuntoutumismahdollisuuden tunnistamista ja kuntoutumista sekä kehittää kirjaamista kuudella interventio-osastolla Oulussa ja Kokkolassa. Interventiot sisälsivät hoidonsuunnitteluprosessiin, hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisältöön, kirjaamiseen ja hoidon toteuttamiseen liittyvää kehittämistyötä. Pääpaino oli ikäihmisen kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisessa ja arvioinnissa, jossa hyödynnettiin hankkeessa kehitettyä kuntoutumis- ja voimavarakartoitusta. Lisäksi kartoitusta hyödynnettiin hoidon tavoitteiden asettamisessa, kuntoutumista edistävien harjoitteluohjelmien laatimisessa ja toteuttamisessa sekä saavutettujen tulosten arvioinnissa. Harjoitteluohjelmat laadittiin erityisesti niille henkilöille, joilla oli kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen mukaisesti runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 1) tai rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 2). Interventiot 3 A ja B toteutettiin samanaikaisesti. Interventioissa toteutettu kehittämistyö voidaan jakaa sisällöllisesti kahteen eri osa-alueeseen:

- a. Asiakasrakennetarkastelu, ikäihmisen kuntoutumismahdollisuuden tunnistaminen ja kirjaamisen kehittäminen
- b. Kuntoutumista edistävän toimintamallin kehittäminen

Lähtötilanteen hahmottamiseksi käytiin hankkeessa mukana olevien interventioyksiköiden lähiesimiesten kanssa keskustelua kuntoutumista edistävän toiminnan tilasta yksiköissä (lähtötilannekartoitus) ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Keskustelut käytiin hankkeen interventioyryhmän palaverissa. Kuntoutumista edistävistä toiminnasta oli interventioyryhmässä erilaisia näkemyksiä. Tämä kuvaa sitä haastetta, mikä liittyy kuntoutumista edistävän toimintamallin määrittelyyn ja yhteisen näkemyksen muodostamiseen. Palaverissa pyrittiin löytämään interventioyryhmän osalta yhteinen käsitys kuntoutumista edistävän toiminnan sisällöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kuntoutumista edistävän toiminnan määrittelyssä hyödynnettiin erilaisia teoreettiseen tietoon perustuvia malleja, joiden avulla asioita kuvattiin ja yhdistettiin. Kuvio 10 kuvaa esimerkinomaisesti kuntoutumisen mahdollisuuden tarkastelua arvioitaessa fyysiseen toimintakykyyn liittyviä asioita. Mallit perustuivat projektityöntekijöiden tekemiin katsauksiin, joissa hyödynnettiin mm. RAI-järjestelmän tuottamaa tietoa. Kinestetiikka otettiin malliin mukaan, koska se on jo käytössä oleva menetelmä interventioyksiköissä. Kinestetiikan menetelmin mm. tuetaan ja edistetään ikäihmisten omaa osallistumista liikkumisessa, joten sen koettiin liittyvän läheisesti kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyöhön.



### ADL kuntoutumiseen liittyvät ilmiöt laitoksessa



Kuvio 10. Esimerkki fyysiseen toimintakykyyn liittyvistä tekijöistä kuntoutumista edistävän toiminnan näkökulmasta.

## 7.1. Asiakasrakennetarkastelu, kuntoutumismahdollisuuden tunnistaminen, kirjaamisen kehittäminen ja kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen käyttö hoidonsuunnitteluprosessissa (Interventio 3A)

Interventio3A sisälsi asiakasrakennetarkastelua, ikäihmisen kuntoutumismahdollisuuden tunnistamiseen ja kirjaamiseen liittyvää kehittämistyötä. Vaiheiden 1-4 toteuttaminen kesti noin kaksi vuotta. Kehittämistyön sisältöä ja vaiheita on kuvattu seuraavasti:

### Vaihe 1

- *Asiakasrakennetarkastelu* – ikäihmiset sijoitettiin kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen mukaisesti ryhmiin, arvioitiin kunkin henkilön RAI-arvioinnin luotettavuus, ajantasaisuus ja kuntoutumisen mahdollisuus. Lähijohtaja toimi tarkastelussa yksikkönsä vastuuhenkilönä.
- *Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisen lähtötilanne* arvioitiin osastokohtaisesti ja kirjaamiselle esitettiin kehittämissuunnitelmat. Osastotason tulosten esittelyssä hyödynnettiin hankkeessa laadittua yhteenvetoa, jonka perusteella kukin lähiesimies käsitteli kirjaamisen lähtötilannetta ja kehittämisen tarpeita yhdessä henkilöstönsä kanssa.
- *Lähiesimies kartoitti* kehityskeskusteluissa *hoitajan RAI-osaamisen, motivoi ja kannusti* häntä RAI-arviointien tekemiseen ja luotettavuuden arviointiin.

### Vaihe 2

- *RAI-arviointien luotettavuuden käsittely* yksiköissä jatkui: RAI-arvioinnit tarkistettiin ja päivitettiin tarvittaessa.
- Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 1) tai rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 2) kuuluvien ikäihmisten *hoito- ja kuntoutumissuunnitelmat päivitettiin* ja heille laadittiin kuntoutumista edistävät harjoitteluohjelmat.

### Vaihe 3

- *Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisen tason loppuarviointi* toteutettiin ja tulokset käsiteltiin osastoittain.

#### Vaihe 4

- *Hyvän kirjaamismallin sisältöalueista* käytiin keskustelua ja ne määriteltiin interventio-osastoille minimikirjaamisen tasoina.
- *Toiminnan juurruttaminen* käynnistyi.

Kun lähijohtajat arvioivat interventio-osastojen asiakasrakennetta lähtötilanteessa kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen mukaisesti todettiin, että RAI-arvioinnit eivät kaikissa tapauksissa olleet ajan tasalla. Erityisesti kognition osalta ne eivät aina vastanneet ikäihmisen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan kirjattua fyysisen suoriutumisen ja kognition tason kuvausta. Silloin todettiin, että RAI-järjestelmän käytön luotettavuutta on mahdollista lisätä. Tämä edellyttää, että lähiesimies hallitsee RAI-järjestelmän kaikki osat alueet RAI-arvioinnin tekemisestä tulosten tulkintaan sekä asiakas- että organisaatiotasolla.

Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnin hallinta ja kognitiivisen tason suhteuttaminen ikäihmisen arkielämänsä toteutumiseen, hoidon tavoitteiden määrittämiseen, kuntoutumista edistävien harjoitusohjelmien toteuttamiseen ja hoidon tulosten arviointiin on keskeinen hoitajan osaamiseen liittyvä vaade ja haaste. Hoitajan tekemä arviointi asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuudesta edellyttää lisäksi hyvää asiantuntijuutta ja positiivista asennetta ikäihmisen kuntoutumiseen yleisellä tasolla.

Hankkeen kuudella interventio-osastolla arvioitiin kirjaamisen lähtötilannetta tekemällä *kirjaamisen tilan alkumittaus* (n=166). Tulokset analysoitiin sisällön analyysillä osastotasolla käyttämällä viitekehyksenä kuntoutumis- ja voimavarakartoitusta ja RAI-tunnuslukuja. Näiden lisäksi analysoitiin laadullisesti kirjaamisen sisältöä, niissä käytettyä kieltä ja hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien loogisuutta sekä omaisten osallistumista hoidonsuunnitteluprosessiin. Tulokset kehittämissuunnitelmiin esitettiin diaesitys-koosteina, jolloin esimiesten oli helppo hyödyntää niitä omassa kehittämistyössään. Lähiesimiehet saivat koosteet käyttöönsä ja pystyivät näin käsittelemään tuloksia yhdessä hoitotiimien kanssa omilla osastoillaan. Lisäksi lähiesimiehiä evästettiin ja tuettiin kirjaamisen kehittämistyön eteenpäin viemisessä interventio-ryhmän tapaamisissa ja interventio-työryhmä toimi osaltaan myös vertailukehittämisen foorumina hankkeen aikana.

#### *Kirjaamisen lähtötilannearviointi, keskeiset tulokset (n=166), joulukuu 2010*

- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisen taso vaihteli yksiköittäin, suunnitelmat eivät olleet ”tasalaatuisia”.
- Kaikissa yksiköissä hoito- ja kuntoutumissuunnitelmat eivät olleet ajan tasalla tai niitä puuttui jopa kokonaan.
- Hoidon päätavoite puuttui lähes kaikista hoito- ja kuntoutumissuunnitelmista.
- Asiakkaan kognitiota koskevaa kirjaamista oli vähän, alentuneen kognition vaikutusta ikäihmisen päivittäiseen selviytymiseen oli kirjattu puutteellisesti tai siitä ei ollut kirjausta lainkaan.
- Asiakkaan kuntoutumismahdollisuus oli tunnistettu vain harvoin.
- Fyysisen toimintakyvyn parantamiseen tähtäävistä harjoitteluohjelmista ei ollut kuvauksia.
- Hoitajan antama aktiivinen kuntoutus oli kuvattu sanallisesti vain harvoissa hoitosuunnitelmissa.
- Ikäihmisen oma näkemys ja kokemus puuttuivat lähes kaikista hoito- ja kuntoutumissuunnitelmista.
- RAI-tietojärjestelmän mittaritietoja oli ikäihmisen suoriutumisen tason kuvauksessa käytetty vain osassa hoitosuunnitelmia.
- Hoidolle asetetut tavoitteet eivät olleet mitattavassa muodossa.
- Valitut hoitotyön menetelmät eivät vastanneet tavoitteisiin.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmissa näkyi hoitajalähtöinen kirjaaminen, kirjaaminen kuvasi usein hoitajan tekemistä eikä asiakkaan suoriutumista.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmissa käytetty kieli ei kaikilta osin ollut hyvää yleiskieltä.
- Omaisten osallistuminen ja osuus näkyi vain muutamissa hoito- ja kuntoutumissuunnitelmissa.
- Parhaat hoito- ja kuntoutumissuunnitelmat ja kirjaukset olivat kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen luokkaan 3 kuuluvilla asiakkailla.

RAI-arviointien osastotason luotettavuustarkastelun, hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien päivittämisen ja harjoitusohjelmien laatimisen jälkeen suoritettiin puolen vuoden kuluttua kirjaamisen lopputilanne mitaus, jonka tuloksia verrattiin lähtötilannemittaukseen.

*Muutokset hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisessa, lopputilannekartoitus (n=129), toukokuu 2011*

- Kaikilla asiakkailla oli ajantasainen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisen tasossa oli edelleen osastokohtaisia eroja, mutta 70 %:ssa hoito- ja kuntoutumissuunnitelmista oli vähintään kuvattuna asiakkaan kognitio (CPS) ja fyysinen suoriutuminen (ADLH).
- Hoidon päätavoite oli kirjattu niille asiakkaille, jotka sijoittuivat kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen ryhmiin 1 ja 2.
- CPS ja ADLH mittareiden sanallinen aukikirjoittaminen parani ja selkiytyi hoidon tarvetta kuvattaessa.
- Myös muiden RAI-mittareiden (Pain (kipu), DRS (masennus), SES (sosiaalinen osallistuminen), BMI (painoindeksi)) käyttö hoito- ja kuntoutumissuunnitelmissa oli lisääntynyt.
- Hoitajan usko asiakkaan kuntoutumismahdollisuuteen ja siihen liittyvä kirjaaminen oli merkittävästi lisääntynyt (alkutilanne 22 % - lopputilanne 52 %).
- Hoitajan antaman aktiivisen kuntoutuksen osuus näkyi paremmin tavoitteiden ja auttamismenetelmien kirjaamisessa.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmissa kuvaus fyysisen toimintakyvyn parantamiseen tähtäävistä harjoitteluohjelmista kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen ryhmiin 1 ja 2 kuuluvien asiakkaiden osalta oli lisääntynyt.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kieli oli parantunut pääosin hyväksi yleiskieleksi.
- Hoidolle asetetut tavoitteet olivat mitattavassa muodossa ja niissä näkyi selkeästi paranemisen tai säilymisen suunta toimintakyvyn osa-alueella.
- Valitut hoitotyön menetelmät vastasivat loogisesti asetettuihin tavoitteisiin.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaaminen oli muuttunut yksilölliseksi ja asiakaslähtöiseksi. Siitä muodostui kokonaisvaltainen näkemys asiakkaan voimavaroista.
- Kirjaamisessa huomioitiin myös asiakkaan ja hoitajan sitoutumista asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa.

*Kirjaamisen jatkokehittämishaasteet*

Vaikka hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien kirjaamisen taso parani huomattavasti interventioiden myötä kaikilla osastoilla, edelleen jäi myös mm. seuraavia jatkokehittämishaasteita kirjaamiseen liittyen:

- Ikäihmisen oman osallistumisen ja näkemyksen varmistaminen ja kirjaaminen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan.
- Omaisten osallistumisen ja näkemyksen selvittäminen ja kirjaaminen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan.
- Sisällön kuvaus hoitajan antamasta aktiivisesta kuntoutuksesta ja sen määrästä.
- Asiakkaan riskitekijöiden (RAPs) ja mahdollisten terveydentilaan liittyvien ongelmien tunnistaminen ja niiden kirjaaminen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan.
- Kaikkien asiakkaiden kuntoutumismahdollisuuden arvioiminen ja kuvaaminen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien tasalaatuisuuden turvaaminen minimikirjaamisen tason määrittelyn avulla.

*Kirjaamisen minimivaatimukset kuntoutumista edistävässä toimintamallissa*

Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien lähtötilanneanalyysiä tarkasteltaessa interventioryhmissä käytiin keskustelua kirjaamisen minimivaatimuksista kuntoutumista edistävässä toimintamallissa, koska kirjaamisen taso vaihteli sekä osastojen välillä että niiden sisällä ja haastetta kehittämistyölle oli paljon. Päädyttiin siihen, että hoito- ja kuntoutumissuunnitelmassa tulee olla hoidon tarve kuvattuna konkreettisesti asiakkaan suoriutumisen tasona RAI-mittareita hyödyntäen (taulukko 13). Siinä tulee ottaa kantaa asiakkaan toimintakyvyn paranemisen mahdollisuuteen. Hoidolle asetettujen tavoitteiden tulee olla mitattavassa muodossa ja hoitotyön auttamismenetelmien tulee olla linjassa asetettujen tavoitteiden kanssa. Minimikirjaamisen

periaatteet toimivat näin kirjaamisen kehittämistyön viitekehyksenä ja tavoitetasona. Minimikirjaamisen tason saavuttamisen lisäksi asetettiin hoidon suunnittelun tavoitteeksi, että jokaisella ikäheimillä, joka si-joittuu kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen luokkaan yksi tai kaksi, tulee olla erillinen fyysistä toimintakykyä edistävä *harjoitteluohjelma*. Siinä tulee määritellä ne hoitotyön menetelmät ja määrät, joiden avulla asiakkaan toimintakykyä on tarkoitus edistää.

Taulukko 13. Ympäri vuorokautisen hoidon hoito- ja kuntoutumissuunnitelman minimikirjaamisen taso.

Ympäri vuorokautisen hoidon hoito- ja kuntoutumissuunnitelma RAI-tunnuslukuja hyödyntäen			
Hoidon tarpeet	Hoidon tavoitteet	Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulosten arviointi
1. Ikäihmisen suoriutumisen taso tulee olla kuvattu RAI-mittareilla: CPS, ADL, SES, DRS, Kipu, CHESS ja BMI  2. Ikäihmisen kuntoutumismahdollisuus tulee olla arvioitu ja kuvattu sanallisesti.	1. Tavoitteet on asettu mitattavaan muotoon.  2. Tavoitteita asetettaessa on otettu kantaa siihen, onko kyseessä toimintakyvyn paranemisen tai säilymisen mahdollisuus.	1. Hoitotyön menetelmät on valittu siten, että ne ovat linjassa asetetun tavoitteen kanssa, ovat tutkittuun tietoon perustuvia ja mahdollistavat tavoitteen saavuttamisen.  Ikäihmisen oma osallistuminen on varmistettu ja huomioitu.	1. Arviointiajankohta on määritelty.
3. Mahdolliset riskitekijät tulee olla tunnistettuina hyödyntämällä RAPs listaa.		2. On laadittu harjoitteluohjelma, jonka tavoitteena on edistää fyysistä suoriutumista, niiden henkilöiden osalta, joilla on kuntoutumisen mahdollisuus.	

#### *Hyvän kirjaamisen tason säilyttämisen haasteet johtamisen näkökulmasta*

Kun osastolla on päästy kirjaamisessa hyvälle tasolle, on saavutetun tason ylläpitäminen tärkeää. Lähiesimiehen on tärkeä arvioida kirjaamisen tasoa ja toimintamallia säännöllisesti ja systemaattisesti. Seuraavista kysymyksistä on apua arvioinnissa:

- Miten meillä on sitouduttu kirjaamiseen, mikä on henkilöstön osaaminen ja motivaatio siihen?
- Toimiiko meillä omahoitaja-malli, kenellä on vastuu hoitotyön kirjaamisesta asiakastasolla?
- Luottavatko hoitajat omaan ammattitaitoonsa kirjaamisessa?
- Arvioidaanko meillä kirjaamisen tasoa säännöllisesti, esimerkiksi ottamalla satunnaisotanta hoito- ja kuntoutumissuunnitelmista ja arvioimalla niitä yhdessä osastokokouksissa?
- Mahdollistavatko resurssit hyvän kirjaamisen?
- Onko minulla esimiehenä riittävä tietotaito ja tuenکو hoitajia riittävästi kirjaamiseen liittyvissä asioissa?
- Miten toimitaan, kun on kiire? Miten työt organisoidaan ja priorisoidaan normaalissa arjessa, että poikkeustilanteissa?
- Toimivatko kaikki hoitajat vastuullisesti?

## 7.2 Kuntoutumista edistävän toimintamallin kehittäminen (Interventio 3B)

Interventio 3B kohdentui kuntoutumista edistävän toimintamallin kehittämistyöhön. Jokainen interventio-osasto määritteli hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien käytännön toteuttamiseen ja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämiseen liittyvät omat kehittämistavoitteet. Sen jälkeen osasto valitsi kehittämistyön läpiviemiseksi kolmesta erityyppisestä toimintamallista sen, mitä kullakin osastolla oli resurssien ja toiminnan näkökulmasta mahdollista toteuttaa (taulukko 14). Mallin valitsemiseen vaikuttivat osaltaan terapiaresurssit; esimerkiksi kaikilla osastoilla ei ollut mahdollisuutta käyttää fysioterapeutin työpanosta osana hoitotii-

miä. Toinen merkittävä mallin valitsemiseen liittyvä tekijä oli se kuntoutumista edistävän toiminnan taso, mistä kukin osasto lähti toimintaansa kehittämään.

#### Vaihe 1

- Osastoille laadittiin *toiminnan kehittämissuunnitelma* ja *tavoitteet* yhteistyössä projektityöntekijöiden ja lähiesimiesten kanssa.
- *Yksiköt valitsivat/lähiesimies* valitsi *toimintamallin* (hoitajan toteuttama malli, moniammatillinen malli 1 tai 2), jonka mukaisesti kehittämistyö aloitettiin yksiköissä.

#### Vaihe 2

- Käytännön *toimintaa* lähdettiin *kehittämään suunnitelman ja tavoitteiden mukaisesti*.
- Erityisesti toiminnan kehittämisessä kiinnitettiin huomiota *harjoitteluohjelmien systemaattiseen toteuttamiseen ja moniammatillisen työskentelytavan oppimiseen*.
- *Harjoitteluohjelmien toteuttamiseen kulunutta aikaa* pyrittiin kartoittamaan mm. työajanseurannan avulla. Ajan seuraaminen oli kuitenkin hoitajille haasteellista, koska harjoitteluohjelmien toteuttamiseen kulunutta aikaa oli vaikea erottaa muusta kuntoutumista edistävästä päivittäisestä toiminnasta. Jatkossa olisi tärkeä kartoittaa harjoitteluohjelmien toteuttamiseen kuluva aika, koska sen avulla pystytään arvioimaan ko. toiminnassa tarvittavia resursseja paremmin.

#### Vaihe 3

- *Toimintamalleista saatuja kokemuksia, jatkokehittämistarpeita ja kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen soveltuvuutta käsiteltiin yhteisissä seminaareissa sekä hankkeen interventioyhtymässä.*

#### Vaihe 4

- *Toiminnan juurruttaminen* käynnistyi.

Taulukko 14. Kuntoutumista edistävät toimintamallit ympärivuorokautisen hoidon interventioyksiköissä.

<b>Kuntoutumista edistävät toimintamallit interventioyksiköissä</b>	
<b>Hoitajan toteuttama malli</b>	Omahoitaja/sairaanhoitaja arvioi ikäihmisen hoidon tarpeen, määritteli tavoitteet ja menetelmät, toteutti suunnitelmaa sekä suoritti hoidon tulosten arvioinnin. Konsultoi tarvittaessa terapiahenkilöstöä.
<b>Moniammatillinen malli 1</b>	Hoitotiimi/fysioterapeutti/omahoitaja arvioivat yhteistyössä ikäihmisen hoidon tarpeen, määrittelivät tavoitteet ja menetelmät, sekä suorittivat yhteistyössä hoidon tulosten arviointia. Hoitajat toteuttivat suunnitelmaa. Fysioterapeutti syvensi omahoitajien/hoitajien osaamista ikäihmisen fyysisen suoriutumisen tason arvioinnissa, tavoitteiden/harjoitteluohjelmien laatimisessa ja toteuttamisessa.
<b>Moniammatillinen malli 2</b>	Hoitotiimi/omahoitaja arvioivat ikäihmisen hoidon tarpeen, määrittelivät tavoitteet ja menetelmät sekä suorittivat yhteistyössä hoidon tulosten arviointia. Hoitajat toteuttivat suunnitelmaa. Fysioterapeutti ohjasi omahoitajaa/hoitajia ikäihmisen fyysisen suoriutumisen tason arvioinnissa, harjoitteluohjelman laatimisessa ja toteuttamisessa.

### 7.3 Keskeiset tulokset

Moniammatillisen mallin 1 valitsi yksi osasto, hoitajan toteuttaman mallin ja moniammatillisen mallin 2 valitsivat muutamat osastot. Fysioterapeutin kuuluminen hoitotiimiin (moniammatillinen malli 1) varmisti parhaiten asiakkaiden optimaalisen suoriutumisen arvioinnin ja harjoitteluohjelmien laatimisen, lisäsi eniten hoitajien asiantuntijuutta sekä toimintakyvyn arvioinnin että harjoitteluohjelmien laatimisen ja toteut-

tamisen osa-alueilla. Erityisesti fysioterapeutin osuus moniammatillisen tiimin jäsenenä korostui, kun mietittiin tavoitteiden asettamista: hän ohjasi hoitajia asettamaan rohkeasti myös toimintakyvyn paranemiseen tähtääviä tavoitteita ja valitsemaan parhaiten tavoitteisiin vastaavia harjoitteita sekä ohjaus- ja auttamismenetelmiä.

Terapiahenkilöstön työpanoksen tarkoituksenmukaista kohdentamista on käytännössä testattu erityisesti kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen luokissa yksi ja kaksi. Interventioyksiköissä saadut tulokset vahvistavat näkemystä siitä, että panostamalla terapiahenkilöstön aikaa ja työtä näiden asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin, samalla osaston henkilöstö oppii tunnistamaan myös paremmin asiakkaiden kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja. Silloin oikeiden harjoittelu- ja kuntoutumismenetelmien valinta on tarkoituksenmukaisempaa ja vaikuttavampaa toimintakyvyn paranemisen näkökulmasta. Kuntoutumis- ja voimavarakartoitustarkastelu näyttää antavan myös lähiesimiehelle mahdollisuuden arvioida hoitajien asenteita ja käsityksiä ikäihmisen kuntoutumismahdollisuudesta suhteessa hoitosuunnitelman tavoitteisiin ja harjoitteluohjelmiin paitsi kuntoutumista edistävän toiminnan myös asiakkaiden osallistumisen näkökulmasta.

#### *Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen merkitys hoitajan toimintaan*

Hankkeessa saatujen kokemusten perusteella voidaan todeta, että kuntoutumis- ja voimavarakartoitus toimii hoitajien apuvälineenä asiakkaan kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisessa ja soveltuvien kuntoutumista edistävien harjoittelu- ja auttamismenetelmien valitsemisessa sekä toteuttamisessa. Oleellista on muistaa, että hankkeessa kehitetty kunto- ja voimavarakartoitus lähti siitä, että ikäihmisen kuntoutumismahdollisuus arvioidaan siinä vaiheessa, kun terveydentila on vakaa. Lähtökohtana oli myös se, että kaikissa luokissa voi löytyä henkilöitä, joilla toimintakyvyn paraneminen on mahdollista. Todennäköisintä on kuitenkin, että paranemista tapahtuu eniten luokassa 1. Interventio-osastoilla tapahtui paljon kehittymistä asiakkaiden kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisessa ja kuvaamisessa, joka näkyi asiakkaiden kuntoutumismahdollisuuden merkittävänä lisääntymisenä. Pystyäkseen tunnistamaan asiakkaan kuntoutumismahdollisuuden hoitajan täytyy keskustella hänen kanssaan ja kyetä tekemään johtopäätöksiä asiakkaalle tehdyn toimintakyvyn arvioinnin pohjalta. Tämän onnistuminen edellyttää kuntoutumista edistävien toimintaperiaatteiden hallitsemista ja omaksumista sekä positiivista asennoitumista kuntoutumista edistävään toimintaan. Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus toimii lisäksi hyvänä kirjaamisen apuvälineenä ja jäsentää hoidolle asetettavien tavoitteiden sisältöä.

## **7.4 Yhteenveto**

### *Asiakkaan näkökulma*

Asiakaslähtöisen, moniammatillisen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatiminen kuntoutumis- ja voimavarakartoitusta hyödyntäen auttaa ikäihmisen hoidon tarpeen tunnistamista, tarkoituksenmukaisten ohjaus- ja auttamismenetelmien valitsemista sekä toimii apuvälineenä harjoitteluohjelmien laatimisessa. Mikäli ikäihmisellä on kognition heikentymistä, on tärkeä huomioida kognition taso auttamismenetelmien ja harjoitteluohjelmien valitsemisessa, niiden toteutumisen varmistamisessa ja kirjata nämä myös selkeästi hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan. Ikäihmisen oma osallistuminen toimintakyvyn arviointiin ja hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemiseen on keskeistä turvata itsemääräämisoikeuden toteutumisen ja asiakkaan sitoutumisen kannalta. Myös omaisen huomioiminen hoidonsuunnitteluprosessin eri vaiheissa on tärkeää huomioida. Toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävän erillisen harjoitteluohjelman avulla voidaan parantaa ikäihmisen fyysistä suoriutumista ja usein myös vähentää kipua. Harjoitteluohjelmia toteutettaessa asiakkaan päivään tulee samalla lisää mielekkyyttä, vaihtelua, mahdollisuutta keskusteluun ja aktiiviseen toimintaan, jolloin elämänlaatu paranee ja aktiivisuus lisääntyy.

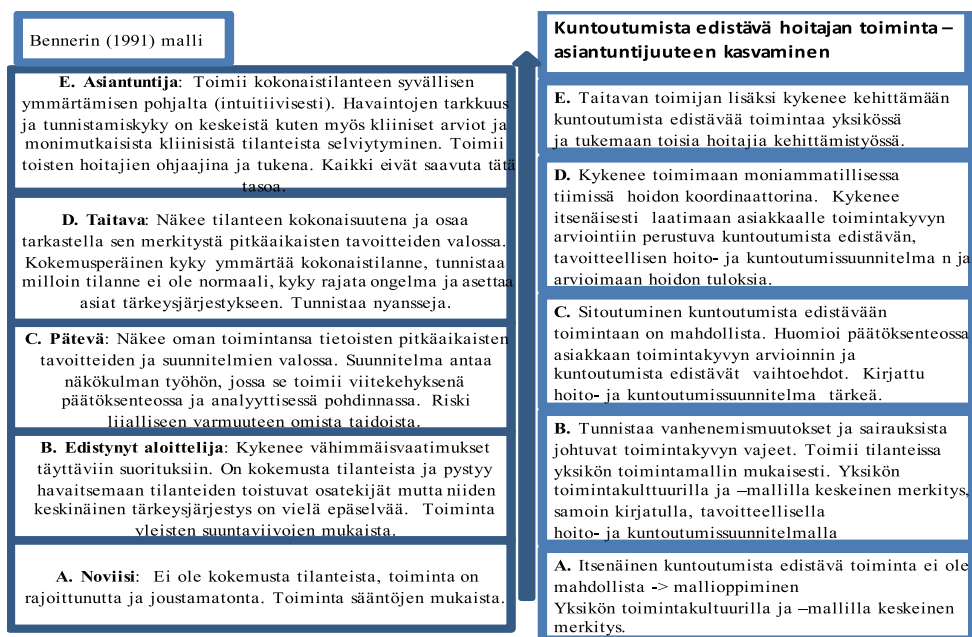
### *Hoitajan näkökulma*

Hoitajien osaamisen lisääminen ja vahvistaminen kuntoutumista edistävän työtavan, RAI-osaamisen sekä koko hoidonsuunnitteluprosessin hallitsemisessa on keskeistä kehitettäessä kuntoutumista edistävää toimintamallia ympärivuorokautisessa hoidossa. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma on hoitajan ”ohjenuora”, kun

hän toteuttaa työssään kuntoutumista edistävää toimintaa ikäihmistä ohjaten ja kannustaen. Hoitajien on tärkeä panostaa hoidon suunnittelussa moniammatillisena yhteistyönä tapahtuvaan fyysisen toimintakyvyn parantamiseen/tukemiseen ja fyysistä toimintakykyä kehittävään harjoitteluohjelman laatimiseen. Lisäksi muun virikkeellisen ja sosiaalisen toiminnan mahdollistaminen on tärkeä huomioida hoitolaitoksen arjessa. Harjoitteluohjelmien toteuttaminen edellyttää hoitajilta kuntoutumista edistävää toimintatapaa ja sitoutumista harjoitteluohjelmien läpiviemiseen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman mukaisesti. Ikäihmisen ja omaisten/läheisten ottaminen mukaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekemiseen kuuluu hoitajan perustehtävään. Kuntoutumista edistävässä toimintamallissa hoitajilta edellytetään kykyä toimia tavoitteellisesti, hyvää kliinistä- ja RAI-osaamista. Hoitajien täytyy myös pystyä toimimaan avoimesti yhtenä moniammatillisen tiimin jäsenenä sekä osata arvostaa eri ammattiryhmien osaamista ja mielipiteitä.

### Hoitajien osaaminen ja asiantuntijuus

Kuntoutumista edistävän toiminnan sisäistäminen ja hallitseminen on hoitajalle oppimisprosessi, missä hän kehittyy vaiheittain kohti asiantuntijuutta. Oppimisprosessia edistää mm. asiakastapausten käsittely yksikö-/tiimipalaverissa. Asiantuntijuuteen kasvamisesta ja sen tukemisesta käytiin keskustelua lähiesimiesten kanssa interventoryhmissä. Asian havainnollistamiseksi projektityöntekijät laativat kuntoutumista edistävään toimintaan kasvamista kuvaavan kuvion (kuvio 11) Patricia Bennerin mallia soveltaen.



Kuvio 11. Aloittelijasta asiantuntijaksi (sovellettu Benner 1991).

### Lähiesimiehen näkökulma

Ympäri vuorokautisessa hoidossa toimintamallin muuttaminen kuntoutumista edistäväksi on systemaattista ja tavoitteellista työtä, joka edellyttää lähiesimieheltä kliinistä osaamista, RAI-osaamista, hoidossa olevien ikäihmisten ja henkilöstön tuntemista sekä henkilöstön ja oman osaamisen tason tiedostamista. Esimiehen on tärkeä olla lähellä käytäntöä ja läsnä arjessa. Hänen on kyettävä ohjaamaan hoitajia, seuraamaan/arvioimaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien tilaa sekä huolehdittava, että sovitusta asioista pidetään kiinni. Työtapojen kriittisellä tarkastelulla, työn uudelleen organisoinnilla ja riittävällä resurssoinnilla esimies varmistaa yksikössään hoitajille mahdollisuuden toteuttaa kuntoutumista edistäviä harjoitteluohjelmia. Kehittämistyö vaatii esimieheltä myös innostusta ja panostusta työn organisointiin. Lisäksi esimiehen tulee käyttää työaika hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien arvioimiseen ja hoitajien henkilökohtaiseen ohjaamiseen koko hoidonsuunnitteluprosessin ajan.

Osaamisen johtamisessa painottuu sisällöllisesti erityisesti hoitajien harjaantumisen tukeminen kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisessa ja harjoitteluohjelmien laatimisessa sekä heidän sitouttamiseensa kuntoutumista edistävän toimintamallin toteuttamiseen. Lisäksi RAI-arviointien luotettavuuteen liittyvien epäkohtien tunnistaminen ja niihin puuttuminen on johtamisessa tärkeää.

Asiakasrakenteen/kuntoutumismahdollisuuden yhdistäminen hoidon tuloksiin ja toimintakyvyn muutokseen (vaikuttavuus) on esimiestyön haaste erityisesti johtamisen ja siinä kehittymisen näkökulmasta.

#### *Talouden näkökulma*

Ikäihmisten toimintakyvyn parantuminen kuntoutumista edistävän toimintamallin avulla parantaa elämänlaatua laitoksessa mm. lisäämällä itsenäisyyden astetta ja on pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna myös taloudellisesti kannattavaa kunnalle. Kustannuksia voidaan tarkastella esimerkiksi ikäihmisten kuntoutumisen mukanaan tuomana henkilöstön resurssitarpeen pienenemisenä. Tällöin on kuitenkin muistettava, että tehokas, tavoitteellinen kuntoutumista edistävä toiminta vaatii lähtökohtaisesti hiukan enemmän resursseja toteutuakseen. Johtamisen haasteena onkin oppia arvioimaan kuntoutumista edistävään toimintaan tarvittavat resurssit asiakas- ja yksikkötasolla sekä mahdollistaa käytännössä ko. toimintaan tarvittavat riittävät resurssit.

## 7.5 Suositukset

1. Moniammatillinen malli, jossa fysioterapeutti on osana hoitotiimiä, mahdollistaa parhaiten asiakkaiden kuntoutumismahdollisuuden arvioinnin, harjoitteluohjelmien laatimisen ja niiden tavoitteellisuuden.
2. Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus toimii hoitajan ohjeellisena työvälineenä asiakkaan kuntoutumismahdollisuuden arvioimisessa ja hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimisessa. Arviointia tehtäessä tulee huomioida lisäksi mm. terveydentilan vakaus ja siihen liittyvät tekijät.
3. HAAKu- mittaria on tärkeä käyttää kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan kohdentamisen apuvälineenä sekä sen sisällön ja määrän mittaamisessa.
4. Hoitajan antaman kuntouttavan hoitotyön ohjeellinen kohdentaminen kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokittain päivittäin:

#### 4a. Luokka 1:

- o Käveleminen, pukeutuminen/henkilökohtainen hygienia, syöminen. Näiden lisäksi keskeistä on aktiivinen liikehoito.
- o Yksilöllisen toimintakyvyn mukaan tarvittaessa siirtyminen, vuoteessa liikkuminen.

#### 4b Luokka 2:

- o Siirtyminen, vuoteessa liikkuminen, syöminen. Näiden lisäksi keskeistä on aktiivinen ja/tai passiivinen liikehoito.
- o Yksilöllisen toimintakyvyn mukaan tarvittaessa käveleminen ja pukeutuminen/henkilökohtainen hygienia.

#### 4c Luokka 3:

- o Vuoteessa liikkuminen, syöminen. Näiden lisäksi keskeistä on passiivinen liikehoito.
- o Yksilöllisen toimintakyvyn mukaan lisäksi käveleminen, siirtyminen, pukeutuminen / henkilökohtainen hygienia.

5. Säännöllinen, systemaattinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien sisällöllinen arviointi antaa lähesimiehelle kuvan oman yksikön kuntoutumista edistävän toiminnan ja kirjaamisen tasoista.



6. Hankkeessa toteutettu vaiheittainen kehittämistyö (vaiheet 1-4) toimii kuntoutumista edistävän toiminnan viitekehyksenä muutosjohtamisessa.
7. Lähiesimies voi arvioida ja tukea hoitajan asiantuntijuuteen kasvamista hankkeessa kehitettyä ”Noviisista asiantuntijaksi”- mallia hyödyntäen.
8. Lähiesimiehen on tärkeä tiedostaa, että hoitaja/hoitotiimi tarvitsee täydennyskoulutuksen lisäksi lähiesimiehen antamaa johdonmukaista ohjausta kliinisessä ja kuntoutumista edistävässä työssä, erityisesti asiakastapausten käsittelyissä, jotta noviisista asiantuntijaksi kehittyminen on mahdollista.
9. Kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäminen ja johtaminen edellyttää hoidon tulosten systemaattista seuranta ja arviointia vertailukehittämisen tietoja hyödyntäen.

## 8 Yhteenvetoa ja pohdintaa ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisesta

Tässä kirjassa on kuvattu *Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen* – hankkeessa toteutettua kehittämistyötä, jonka tarkoituksena oli tuottaa lähijohtamisen työvälineitä ja toimintamalleja kuntoutumista edistävään toimintaan. Hankkeessa kehitettiin kuntoutumista edistävät toimintamallit kotihoidossa olevan muistisairaana ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevan asiakkaan hoitoon sekä vanhainkodin kuntoutusosastolle. Näiden kehitettyjen mallien tueksi valittiin RAI-järjestelmää hyödyntäen lähijohtajalle tunnuslukuja, joiden avulla hän voi kehittää, toteuttaa, seurata ja arvioida yhdessä hoitotiimin kanssa moniammatillista kuntoutumista edistävää toimintaa omassa yksikössään.

Hanke oli Kokkolan yliopistokeskuksen, Kokkolan ja Oulun kaupunkien yhteinen EU-rahoitteinen hanke, jossa painopisteinä olivat kuntoutumista edistävän toiminnan ja lähijohtamisen kehittäminen. Kehittämistyön tuloksia arvioitaessa käytettiin tutkimuksellista lähestymistapaa hyödyntämällä sekä RAI-aineistoja (THL) että keräämällä erilaisia tutkimusaineistoja teemakyselyin ja analysoimalla asiakkaiden hoito- ja kuntoutumissuunnitelmia sekä niissä tapahtuneita muutoksia.

Tässä kappaleessa pohditaan hankkeen toteuttamista, hanketyöskentelyä, hankkeessa saatuja tuloksia ja jatkokehittämishaasteita. Kehittämisteemoja tarkastellaan arvioimalla hanketoimintaa, interventiodien sisältöjä, käytännön kehittämistyötä, lähijohtamista sekä tunnuslukujen kehittämistä ja niihin liittyvien aineistojen käyttöä. Vastauksia haetaan seuraavien kysymysten avulla: mitä tehtiin, mitä saatiin ja mitä olisi vielä pitänyt tehdä?

### *Hanketyöskentely ja toiminnan muutos*

Hanketyöskentelyssä projektityöntekijöillä ja interventiotyöryhmillä oli keskeinen kehittämistyötä eteenpäin vievä tehtävä. Projektityöntekijöillä oli vahvaa RAI-osaamista, jonka perusteella he suunnittelivat ja kehittivät alustavat kuntoutumista edistävät toimintamallit. Interventiotyöryhmiin kuuluvat lähiesimiehet kommentoivat ja testasivat kehitettyjä malleja omassa yksikössään käytännön toiminnassa. Kokemukset ja tulokset koottiin yhteen. Niitä käsiteltiin interventioyryhmissä. Toimintamalleja muokattiin saatujen kokemusten pohjalta. Interventiotyöryhmät kokoontuivat projektityöntekijöiden koordinoimina noin kerran kuukaudessa kahden vuoden ajan. Ryhmätyöskentely mahdollisti myös vertailukehittämisen, toisilta oppimisen ja hyvien käytäntöjen levittämisen.

Hanketyöskentelyssä käytetty toimintamalli osoittautui tehokkaaksi ja toimivaksi. Sen avulla käytännön toiminnan muutos oli systemaattista, tavoitteellista, seurattua ja näyttöön perustuvaa. Koska RAI-järjestelmän tuottamaa tietoa oli mahdollista hyödyntää sekä lähtötilanteen arvioinnissa että väli- ja loppuarvioinnissa, oli interventiotyöryhmien esimiehillä mahdollista seurata ja arvioida omassa yksikössään sekä kuntoutumista edistävässä toiminnassa tapahtuneita muutoksia säännöllisesti. Seurannan avulla lähiesimiehillä oli mahdollisuus tehdä tarvittaessa myös korjausliikkeitä kehittämistavoitteiden saavuttamiseksi. Projektityöntekijät antoivat ohjausta interventioyryhmään kuuluville lähiesimiehille RAI-tunnuslukujen käyttöön, toimintamallien käyttöönottoon ja muutoksen johtamiseen. Tämä oli mahdollista, koska projektityöntekijät olivat perehtyneet jo aikaisemmin interventioyksiköiden toimintamalleihin ja tunsivat osittain yksiköiden henkilökuntaa.

Projektityöntekijät kävivät myös vuoropuhelua ja verkostoituivat eri johtamisen tasolla olevien esimiesten ja asiantuntijoiden kanssa, jolloin heillä oli mahdollisuus tukea kuntoutumista edistävien toimintamallien ja tunnuslukujen kehittämistyötä siten, että ne olivat linjassa kuntien strategisten tavoitteiden kanssa ja palvelivat kaikkia johtamisen tasoja. Interventioyksiköissä lähijohtajat valitsivat itse toimintamallit, joiden

avulla kuntoutumista edistävää toimintaa heidän johtamissaan yksiköissä kehitettiin. Näin yksiköiden erilaiset lähtötasot voitiin huomioida parhaiten. Keskeisimmät positiiviset muutokset tapahtuivat hoitajien hoidon suunnittelun ja kirjaamisen osaamisessa sekä lähijohtajien RAI-osaamisessa.

#### *Kuntoutumista edistävät toimintamallit*

Hankkeessa kehitettiin kuntoutumista edistäviä toimintamalleja kotihitoon, ympärivuorokautiseen hoitoon ja vanhainkodin kuntoutusosastolle. Koska toimintaympäristöt olivat erilaiset, käytettiin erilaisia lähestymistapoja mallien kehittämistyössä ja niiden juurruttamisessa. Lopputuloksena malleista löytyi kuitenkin yhteisiä piirteitä, joiden perusteella oli mahdollista rakentaa *yhteinen kuntoutumista edistävän toimintamallin viitekehys* ikääntyneiden hoitoon.

Keskeisiä tähän viitekehykseen liittyviä tekijöitä ovat:

- o Ikäihmisen toimintakyvyn luotettava arviointi ja kuntoutumismahdollisuuden tunnistaminen.
- o Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatiminen moniammatillisena yhteistyönä.
- o Sairaanhoidajan/terveydenhoitajan koordinoiva rooli.
- o Hoitajan asiantuntijuus ja moniammatillinen konsultointi.
- o Arjessa läsnä oleva lähijohtaja.
- o Tunnusluvut, joiden avulla kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksia on mahdollista arvioida.
- o Henkilöstöressurssien tarpeen arviointi ja sitominen kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksiin.

Parhaat hoidon tulokset asiakastasolla tuotti moniammatillinen tiimityöskentely, jossa fysioterapeutti toimi osana tiimiä tukien ja ohjaten hoitajia asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa, kuntoutumista edistävien harjoitteluohjelmien laatimisessa ja niiden toteuttamisessa.

Hankkeessa nousi esille henkilöstöressurssien määrä ja niiden merkitys kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksiin. Kotihoidossa muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä toiminta edellytti osittain lisäresurssointia hoitajien ja lähiesimiehen arvioimana. Osalla kotihoidon asiakkailla kuntoutumista edistävä toiminta mahdollistui kuitenkin työtä uudelleen organisoimalla tai työskentelytapoja muuttamalla. Kuntoutusosastolla asiakkaiden kuntoutuminen ja kotiutuminen noin puolella kaikista kuntoutujista (48%) oli mahdollista sillä moniammatillisella työpanoksella, jossa hoitohenkilöstömitoitus oli 0,75 hoitajaa /kuntoutuja. Ympärivuorokautisessa hoidossa, jossa interventioyksiköiden henkilöstömitoitus oli keskimäärin 0,5-0,6 hoitajaa /asiakas, keskeisin muutos ilman resurssilisäystä nähtiin asiakkaiden kuntoutumismahdollisuuksien tunnistamisen tehostumisena ja hoidon suunnittelun/kirjaamisen osaamisen parantumisena. Saadun kokemuksen perusteella ympärivuorokautisessa hoidossa systemaattinen harjoitteluohjelmien toteuttaminen olisi kuitenkin vaatinut lisäresurssointia toteutuakseen suunnitellusti. Nyt harjoitteluohjelmien toteuttamisen mahdollistamiseksi jouduttiin tekemään priorisointia muiden töiden osalta ja osalla asiakkaista suunniteltua harjoittelua jäi myös kokonaan toteutumatta.

Keskeiseksi tekijäksi resurssien määrän lisäksi muodostui hoitajien osaaminen ja asiantuntijuuteen kasvaminen. Hankkeessa saatujen tulosten mukaan kuntoutumista edistävä toiminta edellyttää hoitajilta vahvaa kuntoutumista edistävän toimintamallin hallintaa ja siihen sitoutumista. Lisäksi hoitajalta vaaditaan toiminnan koodointiin liittyvää osaamista. Kuntoutumista edistävä toiminta edellyttää hoitajalta henkilökohtaisia ominaisuuksia, kuten kykyä itsenäiseen työskentelyyn, luovuuteen, rohkeutta tehdä päätöksiä ja kykyä toimia vahvana oman profession edustajana moniammatillisissa tiimissä. Edellä mainitut ominaisuudet tulisi huomioida hoitajien peruskoulutuksessa, erityisesti siinä vaiheessa, kun haetaan opiskelijoita vanhusuuden suuntautumisvaihtoehtoihin. Sairaanhoidajien/terveydenhoitajien koulutuksessa tulisi kiinnittää hu-

miota vahvaan profession, jossa toiminnan koordinoitiosaamisella ja muiden ammattiryhmien osaamisen arvostamisella on tärkeä merkitys.

### *Lähijohtaminen*

Lähijohtaja toimii käytännön toiminnan organisoijana ja kehittäjänä. Hänellä on keskeinen rooli toiminnan tehokkuuden ja kustannusvaikuttavuuden turvaamisessa. Hankkeessa eräänä lähijohtamisen haasteena nousi esille *johtamisen näkyminen arjessa*. Jotta lähiesimies voi hyödyntää muutoksen-, osaamisen- ja näyttöön perustuvan johtamisen menetelmiä, hänen täytyy olla tietoinen siitä, mitä käytännön toiminnassa tapahtuu - miten hoitajat kohtaavat asiakkaita, millaisia toimintamalleja omassa yksikössä käytännössä on ja millaisia asiakkaita hoidetaan. Lähijohtajalla täytyy myös olla hyvä kliininen osaaminen, jotta hän pystyy tukemaan hoitajia näyttöön perustuvassa toiminnassa.

Hankkeen interventiotyöryhmyöskentelyn avulla lähijohtajat saivat tukea omaan johtamistyöhönsä. He saivat ohjausta RAI-tunnuslukujen käyttöön ja hyödyntämiseen. Interventioyksiköiden lähiesimiehet olivat mukana myös projektityöntekijöiden toteuttamissa hoitajille tarkoitetuissa ohjaustilanteissa.

Lähiesimiesten olisi puolestaan hyvä saada keskijohdolta tukea oman johtamistehtävänsä toteuttamisessa. Lisäksi hankkeessa nousi esille, että lähijohtajat tarvitsisivat mentorin, joka tukisi heitä toiminnan kehittämistyössä organisaation strategioiden mukaisesti vertailukehittämisen periaatteita soveltaen. Mentori tukisi myös lähiesimiehen asiantuntijuuteen kasvamista. Jotta RAI-järjestelmän tuottamaa tietoa voidaan maksimaalisesti hyödyntää, on tärkeä kehittää RAI-asiantuntijaverkosto, joka toimii lähijohtamisen tukena RAI-tunnuslukujen hyödyntämisessä ja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyössä.

### *Kuntoutumista edistävät tunnusluvut*

Hankkeessa hyödynnettiin validoituja RAI-tunnuslukuja: kognitiota, fyysistä ja sosiaalista suoriutumista ja palvelun tarvetta sekä hoidon laadun epäkohtia kuvaavia tunnuslukuja. Tunnuslukuja käytettiin interventioiden vaikutusten mittaamiseen asiakas- ja yksikkötasolla. Asiakastasolla mittareita käytettiin asiakkaan kuntoutumismahdollisuuden arvioinnissa ja hoidon tulosten tarkastelussa. Yksikkötasolla tunnuslukuja hyödynnettiin asiakasrakenteen arvioinnissa ja seurannassa sekä hoidon laadun epäkohtien tunnistamisessa interventioyksikössä. Saatuja tuloksia verrattiin oman organisaation ja Suomen keskiarvoihin.

Hankkeessa kehitettiin kotihotoon ja ympärivuorokautiseen hoitoon uudet kuntoutumis- ja voimavarakartoitukset alaluokkineen ikäihmisten kuntoutumismahdollisuuden tunnistamiseen, hoidon suunnittelun ja johtamisen apuvälineeksi yhdistelemällä valmiita RAI-mittareita (CPS, IADL ja ADLH). Ympärivuorokautisessa hoidossa kartoituksen soveltuvuutta käytännön hoidon suunnittelussa testattiin interventioyksiköissä. Luokituksen avulla lähiesimiehillä oli mahdollisuus edistää asiakkaiden kuntoutumismahdollisuuden tunnistamista ja hoidon suunnitteluprosessia yksiköissään. Lähtökohtana oli, että kartoitusta käytetään ohjeellisena ja testataan sellaisilla pitkäaikaisilla asiakkailla, joiden terveydentila on vakaa. Toisaalta huomioitiin myös, että ympärivuorokautisessa hoidossa löytyy henkilöitä, joiden kuntoutumismahdollisuutta ei ole tunnistettu ja joiden toimintakykyä voidaan parantaa. Tätä oletusta tuki hoitosuunnitelmien lähtötilanteessa tehdyt sisällölliset analyysit, joiden tulosten mukaan niiden asiakkaiden, joilla oli vaikeasti heikentynyt kognitio ja fyysinen suoriutuminen, hoidon tarpeeseen vastattiin parhaiten. Siksi kuntoutumisinterventioon valittiin mukaan ne asiakkaat, joilla oli kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen mukaan suurin todennäköisyys kuntoutua.

Tässä hankkeessa luotiin ensimmäinen versio kuntoutumis- ja voimavarakartoituksesta, jonka sisällöllisen luotettavuuden testaukseen tulee jatkossa kiinnittää huomiota. Täytyy myös muistaa, että luokituksen käyttökelpoisuus perustuu siihen olettamukseen, että RAI-arvioinnit on tehty luotettavasti. Hankkeessa voitiin todeta, että hoitajilla oli ajoittain vaikeuksia arvioida erityisesti ikäihmisen kognitiivista suoriutumista. Tämä vaikutti siihen, että osa henkilöistä sijoittui alaluokkaan ”niukasti tai erittäin niukasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja” vaikka heidän olisi pitänyt sijoittua joko luokkaan ”rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja” tai luokkaan ”runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja”. Siksi lähiesimiehen on tärkeä kantaa vastuuta asiakkaille suoritettavien RAI arviointien luotettavuudesta ja sen turvaamisesta. Tavoitetilan saavuttamisessa voidaan määritellä

kolme keskeistä teemaa: RAI-arvioinnin konkreettinen suorittaminen, arviointien ajantasaisuus ja vastuu arviointien tekemisestä.

#### *RAI-arvioinnin konkreettinen suorittaminen*

Kaikissa RAI- järjestelmää käyttävissä organisaatioissa tulisi olla oman organisaation RAI-prosessi määriteltynä ja kuvattuna. Prosessin kuvauksesta olisi hyvä ilmetä vähintään, kenelle asiakkaille RAI-arviointi tehdään, millä aikataululla se tehdään, miten moniammatillisuus huomioidaan arviointeja tehtäessä ja mitä muuta organisaatiossa on sovittu RAI-arviointien tekemiseen ja RAI-tietojen hyödyntämiseen liittyen. RAI-arvioinnin tekeminen on keskittymistä vaativaa työtä, joka edellyttää työympäristöltä rauhallisen tilan ja asianmukaiset työvälineet. Esimiehen tulee myös mahdollistaa hoitajille riittävästi aikaa arviointien tekemiseen ja ennen kaikkea niiden tekeminen tulee arvottaa muun hoitotyön kanssa yhtä tärkeäksi.

#### *Arviointien ajantasaisuus*

RAI-arviointien ajantasaisuus perustuu olettamukseen, että koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaiden RAI-arvioinnit ovat aina ajan tasalla. RAI-käsikirjan (Morris ym. 1995) ohjeistuksena on, että arvioinnit tehdään uusille asiakkaille 14 vrk:n kuluessa ja vanhoille asiakkaille puolivuositain tai voimnin oleellisesti muuttuessa. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että kaikista asiakkaista on olemassa arviointitieto, mikä on maksimissaan puoli vuotta vanha.

#### *Vastuuhenkilö(t)*

Yksiköissä vastuu RAI-arviointien tekemisestä, ajantasaisuudesta ja luotettavuudesta on usein delegoitu omahoitajalle/hoitotiimille tai nimetyille RAI-vastuuhenkilöille. Esimiehen tehtävänä on huolehtia, että arvioinnit toteutuvat luotettavasti ja sovitusti määräajassa. RAI-arviointiprosessi on moniammatillinen prosessi, jossa korostuu eri ammattiryhmien välinen yhteistyö ja asiantuntijuus. Parhaimmillaan yhteistyö tuottaa asiakkaille huomattavia terveyshyötyjä, jotka näkyvät esimerkiksi kuntoutumisena, parantuneena toimintakykenä ja elämänlaatuna. Tämän lisäksi RAI-arvioinnin tekeminen edellyttää hoitajilta vastuullisuutta ja itseohjautuvuutta. Se, miten esimies on onnistunut motivoimaan hoitajiaan vastuullisuuteen ja itseohjautuvuuteen, näkyy parhaimmillaan luotettavina RAI-arviointitietoina ja toimivina prosesseina yksiköissä.

Lähiesimiehen tulee seurata ja johtaa yksikkönsä RAI- prosessia. Tänä päivänä lähiesimiesten työajasta kuluu paljon henkilöstön rekrytointiin, työvuorolistojen suunnitteluun ja työsopimusten ym. kirjallisten toimistotöiden tekemiseen, ns. henkilöstöhallinnollisiin tehtäviin. On kuitenkin muistettava, että myös seuranta- ja kehittämistyölle on tärkeää varata ja priorisoida aikaa. Johtamiseen kuuluvassa arkipäivän työn organisoinnissa korostuvat hoitajille RAI-arviointien tekemiseen suunniteltu aika sekä säännöllisten viikkopalaverien ja työpaikkakokousten aikataulutus niin, että esimies itse on myös niissä läsnä. RAI-arvioinnin tuottaman tiedon hyödyntäminen hoidon suunnittelu- ja toteutusprosessissa on erittäin hyvä tapa varmistaa arviointitietojen luotettavuus ja se myös motivoi työntekijöitä arviointien huolelliseen tekemiseen.

# 9 Synteesi ikäihmisen kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisesta

Hankkeessa saatujen tulosten mukaan voidaan todeta, että kuntoutumista edistävässä toiminnassa, sen kehittämisessä ja johtamisessa on tärkeä kiinnittää huomiota seuraaviin osa-alueisiin:

## Lähijohtaminen

- Lähijohtamisen kehittämisen haasteet liittyvät siihen, että lähijohtaminen tulee saattaa lähemmäksi käytäntöä ja enemmän näkyväksi hoitajien arjessa.
- Lähijohtajan osallistumista RAI-järjestelmää koskeviin koulutuksiin ja kehittämistyöhön tulee tukea, sillä hänen on hallittava RAI-järjestelmän käyttö paremmin ja syvällisemmin kuin hoitajat.
- Keskejohdon vastuulla on kehittää toimintamalleja, joiden avulla lähiesimiehet saavat tukea ja ohjausta strategioiden jalkauttamisessa sekä oman yksikön toiminnan kehittämisessä.
- Lähijohtajan johtamistehtävään kuuluu hoitajan asiantuntijuuteen kasvamisen tukeminen ja ohjaaminen.

## Hoitajan asiantuntijuus

- Kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttaminen edellyttää hoitajalta asiantuntijuuteen kasvamista ja koko työyhteisöltä sitoutumista yhteisiin kuntoutumista edistäviin toimintamalleihin.
- Hoitajan osaamisen taso – noviisista asiantuntijaksi – edellyttää tunnuslukuja, mittaamista ja tulkintaa, jotta voidaan arvioida, millaista tukea ja osaamista hoitaja tarvitsee kehittyäkseen asiantuntijaksi.

## Hoitotyö

- Kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvien käsitteiden ja sisältöjen määrittäminen on perusta yhteisille toimintamalleille ja niihin sitoutumiselle.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman vähimmäiskirjaamisen tason määrittäminen ohjaa hoitajien kirjaamista ja toimii lähijohtajan työvälineenä kirjaamisen kehittämistyössä.
- Näyttöön perustuvien hoitotyön menetelmien käyttö mahdollistaa asiakastasolla parhaat mahdolliset hoidon tulokset.
- Hoitotyön työpanosten ja hoidon tulosten mittaaminen auttaa hoitotyön näkyväksi saattamista ja ohjaa kohti riittävää resurssointia.

## Moniammatillisuus

- Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja toimii moniammatillisen tiimin koordinaattorina.
- Hoidonsuunnitteluprosessissa kuvataan moniammatillisen tiimin jäsenten roolit ja vastuut.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma, jonka laatimiseen ikäihminen itse osallistuu kykyjensä mukaan, muodostaa perustan moniammatillisille kuntoutumista edistäville interventioille.
- Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tavoitteiden saavuttamista tulee arvioida säännöllisesti.

## Kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksia kuvaavat tunnusluvut

- Ympäri vuorokautisessa hoidossa kuntoutumis- ja voimavarakartoitus osoittautui toimivaksi ohjeelliseksi työvälineeksi hoitajan arvioidessa ikäihmisen kuntoutumismahdollisuutta ja laatiessa hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaa. Kuntoutumismahdollisuutta arvioitaessa tulee aina huomioida myös terveydentilan mahdollinen epävakaus ja sen vaikutus kuntoutumismahdollisuuteen.

- Kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksia tarkastellaan asiakastasolla fyysisen suoriutumisen (ADL) ja kognition (CPS) osalta asteikolla parantunut/ennallaan/heikentynyt.
- Keskeisiä asiakastason RAI-tunnuslukuja ovat CPS, ADLH, kipu, masennus, BMI, CHES ja MAPLe
- Keskeisiä yksikkötason RAI-tunnuslukuja ovat kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen perusteella saatava tieto asiakasrakenteesta, RAI-mittareista saatavat tiedot, hoitajan antaman aktiivisen kuntoutuksen (HAAKu) määrä ja kohdentuminen sekä hoidon laadun epäkohtia kuvaavat laatuindikaattorit.

### Resurssit

- Vanhainkodin kuntoutusosastolla, 0,75hoitajaa/kuntoutuja, hoitohenkilöstömitoituksella saatiin hyviä tuloksia asiakkaiden kuntoutumisessa ja kotiutumisessa. Kotihoidossa tarvittiin pääsääntöisesti lisäresursseja kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamiseen, mutta myös toiminnan uudelleenorganisoinnilla ja työtapoja muuttamalla saatiin mahdollistettua asiakkaiden harjoittelua. Ympäri vuorokautisessa hoidossa asiakkaiden toimintakyvyn arviointi ja hoidon suunnitteluprosessin kehittämistyö toteutettiin olemassa olevin henkilöstöresurssein (keskimäärin 0,50-0,60 hoitajaa/asiakas), mutta kuntoutumista edistävien harjoitteluohjelmien systemaattinen toteuttaminen olisi vaatinut lisäresurssointia. Resurssoinnin näkökulmasta on tärkeää huomioida, että ikäihmisten hoitotyössä tarvitaan hyvien tulosten saavuttamiseksi moniammatillista tiimityötä ja riittävästi terapiaresursseja.
- HAAKu-mittari osoittautui käyttökelpoiseksi mittaamaan, ohjaamaan ja kuvaamaan kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan määrää ja sisältöä asiakas- ja yksikkötasolla.
- Lähijohtajan tulee resurssoida aikaansa toiminnan kehittämistyöhön. Tästä kantaa vastuun paitsi lähijohtaja itse, myös keskijohto.





## Lähteet

- Björkgren M. 2002. Case-Mix Classification and Efficiency Measurement in Long-term Care of the Elderly. Stakes 124. Gummerus. Saarijärvi.
- Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. 2000. Development of a Minimum Data Set based depressing rating scale for use in nursing homes. *Age and Ageing*, 29, 165-172.
- Finne-Soveri, UH. 2001. Daily Pain in Institutional Long-term Care. A Study of Observational Pain Using Minimum Data Set 1.0. STAKES. Research Report 120.
- Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A. Kotihoidon asiakasrakenteen ja hoidon laatu - Rai järjestelmä. Stakes, M223, 2006.
- Finne-Soveri H (2012). Vanhenemiseen varautuva kaupunki – esimerkkinä Helsinki. THL - raportti 31/2012. Juvenes print, Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
- Forma L. Health and Social Service use Among Older People. The last two years of life. Acta Universitatis Tamperensis 1673. Tampere 2011.
- Hansebo G. (2000) Assessment of patients' needs and resources as a basis in supervision for individualised nursing care in nursing home wards. The Department of Clinical Neuroscience, Occupational Therapy and Elderly Care Research, Division of Geriatric Medicine, Karolinska Institutet. Stockholm.
- Hawes C, Morris J, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V. Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing* 1997; 26(2): 19-25.
- Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N: The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Med* 2008 Mar 26;6:9.doi:10.1186/1741-7015-6-9.
- Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF. The MDS-CHESS Scale: A New Measure to Predict Mortality in Institutionalized Older People. *J Am Geriatr Soc* 51:96–100, 2003.
- Hujanen T, Kapiainen S, Tuominen U, Pekurinen M. 2008. Terveystenhoitajien yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006.
- Häkkinen U, Martikainen P, Noro A, Nihtilä E, Peltola M. Aging, health expenditure, proximity to death and income in Finland. *Health Economics, Policy and Law* 2008; 3: 165-195.
- Kantanen K, Suominen T, Salin S, Åsted-Kurki P (2011). Kirjallisuuskatsaus hoitotyön johtajien johtamisosaamisessa. *Hoitotiede* 3/2011, 185-196.
- Laaksonen H, Niskanen J, Ollila S, Risku A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Liljamo P, Kaakinen P, Ensio A (2008). Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Luettu 7.5.2012: [www.thl.fi/thl-dient/pdfs/53f7c79c-p7dp-4a27-914c-ae3899abb78](http://www.thl.fi/thl-dient/pdfs/53f7c79c-p7dp-4a27-914c-ae3899abb78)
- Morris JN, Fries BE, Carpenter GI, Bernabei R. The RAI-HC assessment tool: an international reliability trial. *The Gerontologist* 1996;36 (S1):291.
- Morris J, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *The Gerontologist* 1990; 30(3): 293-307.
- Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, Lipsitz LA. 1994. MDS Cognirive Performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 49(4), M174-182
- Morris, J. N., B. E. Fries, et al. (1999). "Scaling ADLs within the MDS." *Journal of the Gerontology: Medical Sciences* 54A(11): M546-M553. Nursing Homes. *The Gerontologist* 30, 293–307.
- Morris JN, Fries BE, Bernabei R et al. RAI-Home Care [RAI-HC] Assessment Manual for Version 2.0. Marblehead, MA: Opus Communications, 2000.
- Nikkilä J ja Paasivaara L (2008). Arjen johtajuus. Sairaanhoidtajaliitto, Helsinki.
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. 2005 Ikäntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Paasivaara L, Suhonen M, Virtanen P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Tietosanoma, Helsinki.
- Pekkarinen L. The Relationship Between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents. Research Report 171. Stakes 2007.
- Phillips CD, Hawes C, Mor V, Fries BE, Morris JN (1996). Evaluation of the Nursing Home Resident Assessment Instrument. Executive Summary. Health Care Financing Administration.
- Routasalo P, Arve S, Lauri S. 2004. Geriatric Rehabilitation nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 10(5), 207-215.
- Resnick B, Galick E, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S. 2009. Implementing a restorative care philosophy of care in assisted living: Pilot testing of Res-Care-AL. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2, 175-184.
- Schroll M, Jonsson PV, Mor V, Berg K, Sherwood S (1997). An international study of social engagement among nursing home residents. *Age and Ageing*, 26-S2, 55-59.
- Sinervo ja Taimio (2011). Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta. Raportti 9/2011. THL, 2011.
- STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön – Toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 18/2009.
- Suomen Kinestetiikkayhdistys Ry
- Vuorinen R (2008). Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Acta Universitatis Tamperensis 1358. Tampereen yliopisto, Tampereen yliopistopaino Oy, Juvenesprint, Tampere.
- Vähäkangas P. 2010 Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Universitatis Ouluensis D Medica* 1060. Juvenes Print. Tampere.
- Vähäkangas P, Noro A. 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistäväillä osastoilla. *Hoitotiede*, 21(2), 97-108.

Zimmerman, D. R., S. Karon, L., et al. (1995). "Development and testing of nursing home quality indicators." Health Care Financing review **16**(4):107-127.

## IKÄIHMISTEN KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN TOIMINNAN JOHTAMINEN - KIRJAN TAULUKOT JA KUVIOT

### KUVIOT

- Kuvio 1.** Kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäminen ja johtaminen
- Kuvio 2.** Lähijohtajan osaamisen ulottuvuudet hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisällöllisessä kehittämisessä Kantanen ym. (2011) soveltaen
- Kuvio 3.** Kuntoutumista edistävä ydintoiminta kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoitoyksikössä
- Kuvio 4.** Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen alaluokkien muodostaminen kognition (CPS) ja hierarkkisen ADL:n (ADLH) mukaan.
- Kuvio 5.** RAI-arvioinnin luotettavuuden turvaaminen
- Kuvio 6.** Kotihoidon muistisairaana asiakkaan kuntoutumisintervention toteuttaminen muistitiimissä (Interventio 1A)
- Kuvio 7.** Oulun kotihoidon asiakkaiden jakautuminen MAPLe 15-luokkiin, asiakkaille suunniteltu palveluaika h/asiakas/kk ja toteutuneiden kontaktien kesto h/asiakas/kk
- Kuvio 8.** Esimiehen johtamisprosessi muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämisessä kotihoidossa
- Kuvio 9.** Kuntoutusosaston prosessikuvaus
- Kuvio 10.** Esimerkki fyysiseen toimintakykyyn liittyvistä tekijöistä kuntoutumista edistävän toiminnan näkökulmasta
- Kuvio 11.** Aloittelijasta asiantuntijaksi (sovellettu Patricia Benner 1991)

### TAULUKOT

- Taulukko 1.** Lähijohtamisen haasteet kuntoutumista edistävässä toiminnassa
- Taulukko 2.** Esimerkki Oulun hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sovelluksesta, jossa on yhdistetty rakenteisen kirjaamisen ydintietoja ja RAI-tunnuslukuja
- Taulukko 3.** Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus ja terveydentilan vakaus (CHESS) ristiintaulukoituna ympärivuorokautisen hidon asiakkailla, %
- Taulukko 4.** Asiakasrakenteen ja hoidon laadun tarkastelua kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokkien ja terveydentilan vakauden mukaan syksyn 2009 RAI-aineistossa vanhainkodeissa ja palveluasumisessa keskiarvoina
- Taulukko 5.** Kotihoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoitus ristiintaulukoituna terveydentilan vakauden (CHESS-mittarin) kanssa, kevään 2011 RAI-aineisto kotihoidossa
- Taulukko 6.** Asiakasrakenteen ja hoidon laadun tarkastelua kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen ja terveydentilan vakauden mukaan kevään 2011 RAI-aineistossa
- Taulukko 7.** Kotihoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoitus suhteutettuna palveluntarvemittariin (MAPLe), kotihoidon kevään 2011 RAI-aineisto
- Taulukko 8.** Hankkeen interventiot, tarkoitus, sisältö ja kohderyhmät
- Taulukko 9.** Hankkeessa kerätyt ja käytetyt aineistot
- Taulukko 10.** Kokemuksia kotihoidon kuntoutumista edistävästä harjoitteluohjelmasta
- Taulukko 11.** Kotihoidon interventioissa käytetyt resurssit
- Taulukko 12.** Interventiossa 2 käytetyt resurssit
- Taulukko 13.** Ympärivuorokautisen hoidon hoito- ja kuntoutumissuunnitelman minimikirjaamisen taso
- Taulukko 14.** Kuntoutumista edistävät toimintamallit ympärivuorokautisen hoidon interventioyksiköissä

**Liite 1. Hankkeessa käytetyt RAI-mittarit, tunnusluvut ja laatuindikaattorit**

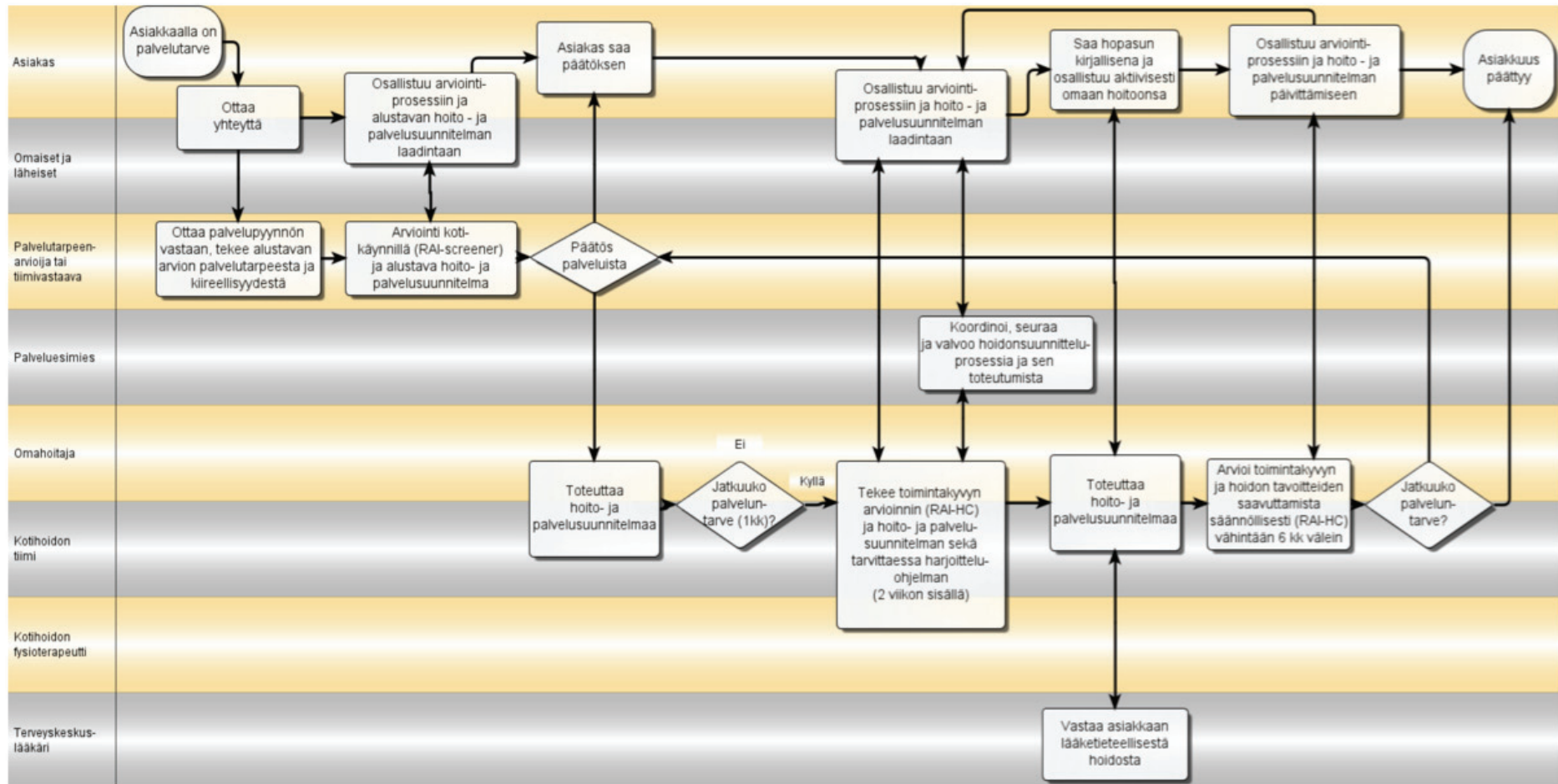
<b>NIMI</b>	<b>SELITE</b>	<b>ASTEIKKO</b>	<b>SISÄLLÖN KUVAUS</b>
<b>RAI-mittarit ja tunnusluvut</b>			<u>Arvioitavat osa-alueet:</u>
<b>ADLH</b> (Activities of Daily Living)	Fyysinen toimintakyky, päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen	0-6, missä 0 merkitsee omatoimista henkilöä ja 6 täysin autettavaa henkilöä	kotona/yksikössä liikkuminen, henkilökohtainen hygienia, WC:n käyttö ja ruokailu
<b>IADL</b> (Instrumental Activities of Daily Living)	Välinetoiminnot, asioiden hoitoon liittyvistä toiminnoista suoriutuminen	0-21, missä 0 merkitsee omatoimista henkilöä ja 21 täysin autettavaa henkilöä	aterioiden valmistaminen, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä suoriutuminen, puhelimen käyttö, ostoksilla käynti ja kulkuvälineiden käyttö
<b>CPS</b> (Cognitive Performance Scale)	Kognitio Älyllinen toimintakyky	0-6, missä 0 merkitsee ei kognitiivista häiriötä ja 6 erittäin vaikea kognitiivinen häiriö	lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky ja kyky syödä itse
<b>MAPLe 1-5</b> (Method for Assigning Priority Levels)	Palvelun tarve	1-5, missä 1 merkitsee vähäistä palvelun tarvetta ja 5 erittäin suurta palvelun tarvetta	kognitiivinen toimintakyky, ADL- ja IADL-toiminnoista suoriutuminen, käytösoireet, päätöksentekokyky, kotiympäristö, lääkitys, kaatumiset, haavat, laitoshoidon uhka, riittämättömät ateriat
<b>MAPLe 1-15</b> (Method for Assigning Priority Levels)	Palvelun tarve alaluokittain	1-15, missä 1 on vähäinen palvelun tarve; 2 on jonkin verran palvelun tarvetta; 31-33 on kohtalainen palvelun tarve; 41-46 on melko suuri palvelun tarve; 51-54 on erittäin suuri palvelun tarve	kognitiivinen toimintakyky, ADL- ja IADL-toiminnoista suoriutuminen, käytösoireet, päätöksentekokyky, kotiympäristö, lääkitys, kaatumiset, haavat, laitoshoidon uhka, riittämättömät ateriat
<b>CHESS</b> (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs)	Terveydentilan vakaus	0-5, missä 0 tarkoittaa vakaata terveydentilaa ja 5 erittäin epävakaata terveydentilaa	Vakautta arvioidaan: oireiden esiintymisen (oksentelu, hengenahdistus, turvotus, tahaton painonlasku, riittämätön juominen, normaalia vähäisempi nautitun ruuan tai juoman määrä), päätöksentekokyvyn huononemisen, päivittäisten toimintojen suorituskyvyn huononemisen, 6 kk tai vähemmän olevan elinennusteen perusteella

<b>DRS</b> (Depression Rating Scale)	Mieliala Masennusoireet	0-14, missä: 0-2 ei masennusta 3-14 masennusepäily	kielteisiä ilmaisuja, jatkuva omaan itseän tai muihin kohdistuva kiukku, epärealistisilta vaikuttavan pelon ilmaisuja, terveyteen liittyvät toistuvat valitukset, toistuvat ahdistuneet valitukset/huoli (ei-terveydellinen), surullinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme ja itku, kyynelehtiminen
<b>Kipu</b> (Pain)	Kipumittari	0-3, missä 0 merkitsee ei kipuja ja 3 kipuja päivittäin (kerran tai useita kertoja) ja kivut kovia tai ajoittain sietämättömiä	kivun tiheys ja voimakkuus
<b>BMI</b> (Body Mass Index)	Painoindeksi		painoindeksi lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä, sillä arvioidaan asiakkaan ravitsemustilaa
<b>Käyttöoireet</b>		Kertoo, monellako prosentilla asiakkaista esiintyy käyttöoireita	vaeltelu, karkea ja uhkaava kielenkäyttö, fyysinen pahoinpitely, sosiaalisesti sopimaton tai häiritsevää käyttäytymistä, kielteinen suhtautuminen hoitoon tai yksikin näistä käyttöoireista
<b>RUG-III LTC/34</b> (Resource Utilization Groups)	Asiakasrakenneluokitus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monialainen kuntoutus</li> <li>2. Erittäin vaativa hoito</li> <li>3. Erityishoito</li> <li>4. Kliinisesti monimuotoinen</li> <li>5. Kognitiivisten toimintojen heikentyminen</li> <li>6. Käytöshäiriöt</li> <li>7. Heikentynyt fyysinen toimintakyky</li> </ol>	Asiakkaat luokitellaan seitsemään pääluokkaan saamansa hoidon ja kuntoutuksen sekä avun mukaan
<b>CMI</b>	Kustannuspaino	CMI_N 0,433 - 1,635 (laitoshoito)	Kustannuspaino kuvaa sitä, kuinka paljon henkilökunnan aikaa ja apua osaston asiakkaat saavat verrattuna keskivertoasiakkaiden käyttämään ajan ja avun määrään, jota kuvataan kustannuspainolla 1,00.

<b>SES</b> (Social Engagement Scale)	Sosiaalinen osallistuminen	0-6 0 Ei aloitekykyä/sosiaalista osallistumista 1-3 Kohtuullisesti aloitekykyä/sosiaalista osallistumista 4-6 Paljon aloitekykyä/sosiaalista osallistumista	paljonko asiakkaalla on aloitekykyä tai osallistumishalukkuutta erilaisiin yhteisiin tapahtumiin laitoksessa
<b>REHABPOT</b>	Hoitajan usko asiakkaan kuntoutumismahdollisuuteen	0-1 0 ei uskoa 1 on usko	Hoitaja arvioi, onko asiakkaalla kuntoutumismahdollisuus
<b>RAPs</b> (Resident Assessment Protocols)	Hoidon suunnittelun apuväline		Lista hoidon suunnittelussa huomioitavista voimavaroista ja ongelma-alueista
<b>CAP 4</b>	Laitoshoitoon joutumisen uhka	0-1 0 ei uhkaa 1 on uhka	Mikäli <b>neljä tai useampi</b> näistä ilmenee, on vanhuksella suhteellisen korkea riski joutua laitoshoidon seuraavan kolmen kuukauden aikana: aikaisempi pitkäaikaishoito, ulkoilee yhtenä päivänä viikossa tai harvemmin, virtsanpidätyskyvytön vähintään toisinaan, neurologinen diagnoosi, toimintakyky huonontunut viimeisen 90 vrk:n aikana, yksi tai useampi ensimmäiseksi huonontuvista ADL-vajeista (pukeutuminen, henkilökohtainen hygienia, kylpeminen), äkillinen tai uusi tilanne/muutos henkisissä toiminnossa, ruoan valmistamista ja kaupassa käyntiä ei tapahtunut viimeisen 7 päivän jakson aikana
<b>HAAKu</b> (Hoitajan antama aktiivinen kuntoutus)	Kuntoutusindeksi	0-35, missä 0 merkitsee ei kuntoutusta ja 35 kuntoutusta kaikissa viidessä toiminnossa joka päivä	Mittari mittaa niiden päivien määrää, jolloin henkilö on viikon aikana saanut hoitajan antamaa ohjausta ja tukea vuoteessa liikkumisessa, siirtymisessä, kävelemisessä, pukeutumisessa ja syömisessä vähintään 15 minuuttia.

<b><u>RAI laatuindikaattorit</u></b>	<b>Hoidon laatu</b>	Yleisperiaate laatuindikaattoreiden tulkinnassa on; <b>mitä korkeampi indikaattorin arvo on, sitä enemmän asiassa on kehitettävää.</b>	Laatuindikaattorin arvo kertoo niiden asiakkaiden, joilla kyseinen kielteiseksi katsottu tila esiintyy, <b>suhteellisen osuuden prosentteina</b> kaikista osaston asiakkaista tai erikseen määritellyistä asiakkaista.
Rauhoittoittavien ja unilääkkeiden käyttö, %			Anksiolyyttejä tai unilääkkeitä käyttävien asiakkaiden osuus (%) osaston ei-psykoottisista asiakkaista. Poissulkukriteerit ovat: skitsofrenia, aistiharhaisuus, harhaluuloisuus
Vähintään 9 lääkettä, %			Samanaikaisesti yhdeksää tai useampaa erilaista lääkettä käyttävien asiakkaiden osuus (%) osaston kaikista asiakkaista
Vuoteeseen hoidettavat, %			Pääasiallisesti vuodepotilaina (vuorokaudessa 22 tuntia tai enemmän) olevien asiakkaiden osuus (%) osaston kaikista asiakkaista.
Ei aktiviteetteja, %			Vähän tai ei lainkaan aktiviteettejä omaavien asiakkaiden osuus (%) osaston kaikista asiakkaista. Tajuttomat asiakkaat rajataan pois.

Liite 2. Esimerkki kotihoidon prosessikuvauksesta





**Liite 3a. RAI- arvioinnin luotettavuus - hoitajan lomake**

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä

**RAI- arvioinnin luotettavuus - hoitajan lomake**

Kysymykset	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
	1	2	3	4	5
<b>YLEISTÄ</b>					
1. RAI- arviointia tehdessäni ymmärrän toimintakyvyn mittaamisen merkityksen					
2. Osaan mitata asiakkaan suoriutumista RAI käsikirjan ohjeiden mukaan					
3. Toteutan aina RAI-arvioinnin mittaamalla, havainnoimalla ja haastatteleamalla asiakasta ja/tai omaisia					
<b>KOGNITIO (CPS)</b>					
4. Muistitoimintojen arvioinnissa osaan erottaa eri muistamisen lajit (lähi- ja pitkäaikainen muisti sekä prosessimuisti)					
5. Päivittäiseen päätöksentekoon liittyvän kysymyksen arvioinnissa ymmärrän, että arvioin normaaleihin arjen toimintoihin liittyvää päätöksentekokykyä ja					
6. Annan aina asiakkaalle mahdollisuuden tehdä valintoja, jotta löydän oikean vaihtoehdon päätöksentekokyky- kysymykseen RAI-arvioinnissa					
7. Ymmärtämisen/ymmärretyksi tuleminen arvioinnissa annan aina asiakkaalle aikaa ja mahdollisuutta vuorovaikutukseen					
8. Ymmärrän, mitä arvioinnista saatava CPS-mittariarvo tarkoittaa					
<b>MIELIALA JA KÄYTTÄYTYMINEN (DRS)</b>					
	1	2	3	4	5

9. Mielialaa arvioin kuuntelemalla asiakasta ja havainnoimalla asiakkaan toimintaa, tarvittaessa kysyn myös omaisilta/läheisiltä

10. Ymmärrän, mitä arvioinnista saatava DRS-mittariarvo tarkoittaa

**FYYSINEN TOIMINTAKYKY (ADL)**

11. Ymmärrän ADL-toimintojen muodostuvan pienemmistä osa-toiminnoista (syöminen, pukeminen, jne) ja arvioin aina yhden kokonaisuuden kerrallaan

12. Ymmärrän ADL-toimintoja kuvaavien vastausvaihtoehtojen eron

13. Arvioidessani toimintakyvyn muutosta otan huomioon edellisen RAI-arvioinnin tuloksen tai selvitän mahdollista muutosta muulla tavalla

14. Ymmärrän, mitä arvioinnista saatava ADL-mittariarvo tarkoittaa

**Kysymykset**

**KIPU (Pain)**

15. Ymmärrän, että kipu arvioidaan sellaisena kuin se ilmenee asiakkaan kertomana tai hoitajan arvioimana riippumatta kipulääkkeen käytöstä

16. Ymmärrän, mitä arvioinnista saatava Pain- mittariarvo tarkoittaa

**PITUUS JA PAINO / PAINOINDEKSI (BMI)**

17. Varmistan, että RAI-arviointiin kirjaamani pituus ja paino ovat ajan tasalla ja oikein mitattu

18. Ymmärrän, mitä BMI- arvo tarkoittaa

**KUNTOUTUMISMAHDOLLISUUDEN ARVIOINTI (REHABPOT)**

19. Ymmärrän, että kuntoutumismahdollisuuden arvioinnissa huomioidaan vähäisetkin toimintakyvyn paranemisen mahdollisuudet joillakin fyysisen toimintakyvyn osa-alueilla

20. Keskustelen aina asiakkaan kanssa hänen näkemyksistään oman toimintakyvyn paranemisen mahdollisuuksista mikäli asiakkaan toimintakyky sen mahdollistaa

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Täysin samaa mieltä</b>	<b>Samaa mieltä</b>	<b>Ei samaa eikä eri mieltä</b>	<b>Eri mieltä</b>	<b>Täysin eri mieltä</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
20. Ymmärrän kuntoutumista edistävän toiminnan mittaamisen merkityksen					
21. Osaan kirjata kuntoutumista edistävän toiminnan määrän (P3 laitoshoidon käsikirjan ohjeiden mukaan)					
<b>RAI- ARVIOINNIN HYÖDYNTÄMINEN HOIDON SUUNNITTELUSSA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
22. Asiakas osallistuu aina RAI-arviointiin ja hoidon suunnitteluun					
23. Pidän erittäin tärkeänä, että RAI-arviointi on pohjana hoitosuunnitelmalle					
24. Kaikki hoitajat pitävät erittäin tärkeänä, että RAI-arviointi on pohjana hoitosuunnitelmalle					

**Arviointi tehty:**

**Päivämäärä** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Allekirjoitus** \_\_\_\_\_

**Liite 3b. RAI- arvioinnin luotettavuus - yksikön tilanne (lähiesimies arvioi)**

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä

**RAI- arvioinnin luotettavuus - yksikön tilanne (lähiesimies arvioi)**

Teemat	Ei samaa				
	Täysin sama mieltä	Samaa mieltä	eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
<b><i>RAI OSAAMINEN YKIKÖSSÄ</i></b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Kaikki hoitajat yksikössäni hallitsevat RAI-arvioinnin tekemisen					
2. Kaikki uudet hoitajat saavat perehdytyksen RAI:n käyttöön yksikössäni					
3. Yksikössäni on nimetty RAI-vastuuhenkilö/avainhenkilö ja hoitajat tietävät, kuka hän on					
4. Yksikössäni on RAI kansio, johon on kerätty RAI-perehtymisen kannalta keskeiset asiat					
5. Hoitajat ovat motivoituneita tekemään RAI-arviointeja					
6. Hoitajat tietävät miten RAI:ta voidaan hyödyntää asiakkaan hoidon suunnittelussa					
7. Yksikössä osataan tulkita RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa					
<b><i>RAI ARVIOINNIN TEKEMISEEN LIITTYVÄ TOIMINTA YKSIKÖSSÄ</i></b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8. RAI-arvioinnit ovat aina ajan tasalla (vointi muuttunut oleellisesti, puolivuositain, uloskirjaus)					
9. RAI-arvioinnin tekemiseen on rauhallinen tila					
10. RAI-arvioinnin tekemiseen on rittävästi tietokoneita					
11. Hoitajat täydentävät RAI-arviointia ohjelmistossa olevaa kysymyskohtaista "lisää merkintä" kenttää hyödyntäen					

12. Kun hoitajat ovat erimielisiä RAI-arvioinnin kysymysten vastauksista, asiasta keskustellaan moniammatillisessa tiimissä, hyödynnetään RAI- käsikirjaa ja muita RAI-ohjeita					
<b>HOITO- JA KUNTOUTUMISSUUNNITELMAN TEKEMI- SEEN LIITTYVÄ OSAAMINEN YKSIKÖSSÄ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
13. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma päivitetään aina RAI-arvioinnin jälkeen					
14. Kaikki hoitajat osaavat tulkita RAI-mittareiden tuottamia tuloksia					
15. Kaikki hoitajat osaavat "aukikirjoittaa" RAI-mittarit hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan					
16. Hoidon tavoitteet ovat hoitosuunnitelmassa mitattavassa muodossa kuvattu					
17. RAI-mittareita hyödynnetään hoidon tavoitteiden asettamisessa					
18. Kahden RAI-arvioinnin vertailua hyödynnetään hoito- ja kuntoutumissuunnitelman arvioinnissa					
<b>JOHTAMINEN JA RAI-SEURANTA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
19. Yksikkökokouksissa/tiimipalavereissa käsitellään säännöllisesti RAI-tuloksia					
20. Yksikössä hyödynnetään RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa toiminnan kehittämisessä					
21. Kehityskeskusteluissa käydään läpi hoitajan RAI-osaaminen					
22. Lähiesimies seuraa säännöllisesti RAI-asiakastason hoidon tuloksia (mittariraportti) suhteutettuna hoidon kirjaamiseen					
23. RAI-arvioinnin toteuttaminen ja hyödyntäminen on prosessina aukikirjoitettu yksikössä					
24. Rekrytoinnissa huomioidaan RAI-osaaminen					

**Arviointi tehty:**

**Päivämäärä** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Allekirjoitus** \_\_\_\_\_

### Liite 3c. RAI-arvioinnin hyödyntäminen - lähiesimiehen lomake

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä

#### RAI-arvioinnin hyödyntäminen - lähiesimiehen lomake

	Täysin sama mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
<i>RAI-ARVIOINTI JA SEN HYÖDYNTÄMINEN</i>	1	2	3	4	5
1. Tiedän RAI-arvioinnin kysymykset					
2. Ymmärrän RAI-arvioinnin kysymysten sisällön					
3. Osaan tuottaa RAI-ohjelmistosta asiakasrakennetta kuvaavia ja muita tarvittavia raportteja					
4. Osaan kuvata oman yksikköni asiakasrakennetta RAI-mittareita ja raportteja hyödyntäen					
5. Osaan arvioida yksikköni RAI-arviointien luotettavuutta tarkastelemalla RAI-mittaritietoja ja niiden keskinäistä loogisuutta					
6. Osaan käynnistää RAI-arviointien luotettavuuden parantamiseen tähtäävän kehittämistyön (RAI-prosessi)					
7. Osaan ohjata hoitajia RAI-arviointiin liittyvissä sisällöllisissä kysymyksissä					
8. Osaan hyödyntää RAI-arvioinnista saatavaa RUG-luokitusta ja kustannuspainoa asiakasrakennetarkastelussa					
9. Osaan hyödyntää RAI-arvioinnista saatavaa RUG-luokitusta ja kustannuspainoa resurssien kohdentamisessa					
10. Osaan arvioida, millä tasolla (vrt. esim. minimikirjaamisen taso) RAI-arvioinnin tuottamaa tietoa hyödynnetään yksikössäni hoidon suunnittelussa					

11. Osaan hyödyntää asiakastason RAI-arviointitietoa hoidonsuunnitteluprosessin kehittämistyössä ja ohjata hoitajia siinä (esim. asiakas-case/tiimipalaverit)					
	<b>Täysin samaa mieltä</b>	<b>Samaa mieltä</b>	<b>Ei samaa eikä eri mieltä</b>	<b>Eri mieltä</b>	<b>Täysin eri mieltä</b>
<b>RAI-ARVIOINTI JA SEN HYÖDYNTÄMINEN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
12. Osaan käyttää RAI-ohjelmistoon sisältyvää laatumoduulia asiakasrakennetarkastelussa sen tarkentamiseksi ja konkretisoimiseksi (esim. riskiryhmät, kuntoutumismahdollisuus jne.)					
13. Ymmärrän laatuindikaattorien sisällön					
14. Osaan tulkita laatuindikaattorien tuottamaa tietoa					
15. Osaan hyödyntää laatuindikaattorien tuottamaa tietoa laadun kehittämistyössä omassa yksikössäni					
16. Osaan arvioida oman yksikköni laadun tasoa suhteessa organisaation asettamiin laatuavoitteisiin ja kansallisiin RAI-vertailutietoihin					
<b>RAI-TOIMINTAMALLIN JUURUTTAMINEN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
17. Motivoin henkilökuntaa käyttämään ja hyödyntämään RAI-järjestelmää hoitotyössä					
18. Pystyn perustelemaan RAI-järjestelmän merkityksen henkilökunnalle					
19. Hyödynnän yksikköni RAI-avainosaajan asiantuntijuutta omassa johtamistyössäni					
20. Mahdollistan RAI-avainosaajan työn organisoimalla, tukemalla ja antamalla aikaa hänelle					
21. Johdan yksikköäni sovitun RAI-toimintamallin mukaisesti					

**Arviointi tehty:**

**Päivämäärä** /

**Allekirjoitus**

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Anja Noro

## Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen

Raportissa kootaan moniammatillisen ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen ja kehittämistyö yksiin kansiin. Raportti toimii lähijohtajan käsikirjana tunnuslukuihin perustuvassa, laadukkaiden ja vaikuttavien ikäihmisten kuntoutumista edistävien palveluiden suunnittelussa, kehittämisessä, toteutuksessa sekä seurannassa. Lisäksi sitä voidaan hyödyntää osana ammattihenkilöiden koulutusta.

Hoidon laatu ja vaikuttavuus ovat tiiviissä yhteydessä henkilöstön toimintaan ja osaamiseen. Lähijohtamisen avulla voidaan vaikuttaa merkittävästi henkilöstön osaamiseen, työtyytyväisyyteen ja jaksamiseen sekä tuotettuun hoidon laatuun. Ikäihmisen kuntoutuminen on asiakasnäkökulmasta eräs keskeinen hoidon tulosta kuvaava ilmiö, johon kaikissa vanhustenhuollon palveluissa tuottavissa yksiköissä pitäisi pyrkiä.

Raportti koostuu kolmesta erillisestä interventiosta ja niiden kuvauksesta sekä ikäihmisen kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtamisen sisällön määrittelystä. Kirjoittajien tavoitteena on ollut saada raportin sisällöstä interventioiden tarkoin ja käytännönläheisin kuvauksin helposti omaksuttava ja kannustava käytännön kehittämistyön apuväline lähijohtajille.

Vipuvoimaa  
EU:lta



European unionin rakennerahastot



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
PL 30 (Mannerheimintie 166)  
00271 Helsinki  
Puhelin: 029 524 6000  
[www.thl.fi](http://www.thl.fi)



ISBN 978-952-245-687-8