



Ikääntyneen asiakkaan kuntoutumisen voimavarat jäävät usein hyödyntämättä

PÄÄLÖYDÖKSET

- Suurimmalla osalla RAI-LTC-välineellä (Resident Assessment Instrument Long Term Care) arvioituista tehostetun palveluasumisen asiakkaista olisi kuntoutumisen voimavaroja.
- Usko kuntoutumisen mahdollisuuksiin tai asiakkaalla olevat kuntoutumisen voimavarat eivät aina tule hyödynnettyä.
- Usko asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin vaihteli vertailujen julkisten ja yksityisten palveluntuottajien kesken vain vähän.
- Kuntouttavan hoitotyön määrä oli riittämätön suurimmalla osalla RAI-LTC-välineellä arvioituista tehostetun palveluasumisen asiakkaista.
- Kuntoutus- ja erityistyöntekijältä apua saaneiden asiakkaiden osuus oli suurempi yksityisillä tehostetun palveluasumisen palveluntuottajilla verrattuna julkisiin.
- Selvästi alle puolet RAI-LTC-välineellä arvioituista asiakkaista osallistui palveluntuottajan järjestämiin aktiviteetteihin.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2020) korostaa iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämisen ja parantamisen tärkeyttä. Kun tavoitteena on toimintakyvyn tukeminen, ovat keskeisessä asemassa myös iäkkään henkilön omien voimavarojen tunnistaminen sekä kuntoutumisen ja osallisuuden tukeminen ja mahdollistaminen.

Tutkimuksen tavoitteena oli vertailla, miten ikääntyneen asiakkaan kuntoutumisen voimavarat, asiakkaan tai hoito- ja kuntoutustyön ammattilaisten ilmaisema usko kuntoutumisen mahdollisuuksiin, sekä kuntoutumista ja osallisuutta tukeva toiminta toteutuivat eri puolilta Suomea valituilla julkisilla ja yksityisillä RAI-LTC-välinettä (Resident Assessment Instrument Long Term Care) käytävillä tehostetun palveluasumisen palveluntuottajilla.

RAI-väline iäkkäiden palveluissa

RAI-arviointivälineistö on ollut Suomessa käytössä vuodesta 2000. Syksyllä 2020 voimaan tullut vanhuspalvelulain uudistus (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 980/2012) velvoittaa palveluntuottajia käyttämään RAI-välineistöä iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa. RAI-arviointi antaa monipuolisen kuvauksen asiakkaasta, hänen voinnistaan ja elämäntilanteestaan. Sen avulla voidaan myös tunnistaa asiakkaan kuntoutumisen voimavarat sekä seurata kuntouttavan toiminnan, kuntoutumisen ja osallisuuden toteutumista.

Tutkimuksessa käytetty aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa keskityttiin tarkastelemaan Suomessa toimivia ympärivuorokautista hoivaa tarjoavia tehostetun palveluasumisen palveluntuottajia, jotka käyttivät RAI-LTC-välineitä. Palveluntuottajalla tarkoitetaan organisaatiota tai itsenäisiä ammatinharjoittajaa, joka tuottaa palveluita asiakkaille. Palveluntuottajien RAI-arviointitiedot siirtyvät sähköisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL), jossa yksilötason asiakastiedoista muodostetaan ryhmätason vertailutietoa.

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto poimittiin THL:n RAI-vertailutietokannasta 21.5.2021. Aineisto koostui RAI-LTC-palauteraporteista, joiden tiedot olivat peräisin tehostetun palveluasumisen asiakkailla 1.4.2020–30.9.2020 tehdyistä RAI-LTC-arvioinneista.

RAI-LTC-välineitä käyttäviä ympärivuorokautisen hoivan tehostetun palveluasumisen palveluntuottajia oli Suomessa tarkasteluajankohtana yhteensä 176. RAI-LTC-arviointeja oli yhteensä 22 903 ympärivuorokautisen hoivan tehostetun palveluasumisen asiakkaalta. Määrä on 60 % kaikista Suomen 38 383 ympärivuorokautisen hoivan tehostetun palveluasumisen asiakkaasta (Sotkanet Tietokanta 05/2021).

Tutkimus toteutettiin RAI-vertailukehittämisen periaatteella eli vertailtiin asiakasrakenteeltaan samankaltaisia palveluntuottajia keskenään. Vastaavien tarkastelujen tekeminen on mahdollista RAI-välineitä käyttäville palveluntuottajille THL:n RAI-vertailutietokantoja hyödyntäen. Vertailuun valittiin kaksi julkista tehostetun palveluasumisen palveluntuottajaa (jatkoissa J1 ja J2) sekä kaksi yksityistä palveluntuottajaa (jatkoissa Y1 ja Y2).

Keskenään vertailukelpoisten palveluntuottajien löytäminen oli haasteellista, sillä samankaltaisuutta edellytettiin kaikkien seuraavien RAI-vertailumittareiden tuloksissa: terveyden vakaus (CHES), arkiarvot (ADL), kognitio (CPS) ja masentuneisuus (DRS). Vertailuun valitut neljä palveluntuottajaa täyttivät tämän ehdon. Mittarit on kuvattu tarkemmin seuraavassa luvussa.

Johanna Edgren

Liisa Penttinen

Matti Mäkelä

Janne Asikainen

Aleksandr Gerasin

Satu Havulinna

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Näin tutkimus tehtiin:

Tutkimuksessa keskityttiin tarkastelemaan Suomessa toimivia ympärivuorokautista hoivaa tarjoavia tehostetun palveluasumisen palveluntuottajia, jotka käyttivät RAI-LTC-välinettä (Resident Assessment Instrument Long Term Care).

Tutkimusaineisto koostui RAI-LTC-palauteraportteista, joiden tiedot olivat peräisin 1.4.2020–30.9.2020 tehdyistä RAI-LTC-arvioinneista. Aineisto poimittiin THL:n RAI-vertailutietokannasta 21.5.2021.

Tutkimus toteutettiin RAI-vertailukehittämisen periaatteella eli vertailtiin asiakasrakenteeltaan samankaltaisia palveluntuottajia keskenään.

Vertailuun valittiin asiakasrakenteen samankaltaisuuden perusteella kaksi julkista tehostetun palveluasumisen palveluntuottajaa (J1 ja J2) sekä kaksi yksityistä palveluntuottajaa (Y1 ja Y2).

Tutkimuksessa käytettiin seuraavia RAI-mittareita:

- Kuntoutususkko
- Riittävästi kuntoutumista edistävää toimintaa (HAAKu)
- Kuntoutus- ja erityistyöntekijän apua saaneiden osuus
- Kuntoutumisen voimavaraluokitus
- Ei aktiviteetteja
- Terveysten vakaus (CHESS)
- Toimintakyky (ADL-LF)
- Kognitio (CPS)
- Masentuneisuus (DRS)

Taulukosta 1 ilmenee, että Y1 oli vertailun suurin palveluntuottaja (92 toimintayksikköä, 1633 asiakasta). Muiden palveluntuottajien yksiköiden lukumäärä vaihteli 16–30 ja asiakasmäärä 293–413 välillä.

Taulukko 1. Tutkimuksessa vertailtujen RAI-LTC-välinettä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien yksikkö- ja asiakasmäärät

	RAI-LTC-välinettä käyttävät palveluntuottajat Suomessa	J1	J2	Y1	Y2
Yksiköt, lkm (%)	1 394 (100)	30 (2,1)	30 (2,1)	92 (6,5)	16 (1,1)
Asiakkaat, lkm (%)	22 903 (100)	413 (1,8)	324 (1,4)	1 633 (7,1)	293 (1,3)

Lähde: THL 2021

Tutkimuksessa käytetyt muuttujat ja mittarit

RAI-palauteraporttien vertailumittarit kuvaavat palveluntuottajien koko asiakaskunnan keskimääristä tilannetta. Ne kertovat esimerkiksi asiakasrakenteesta tai jonkin seurattavan ilmiön, kuten kuntoutumisen voimavarojen, yleisyydestä. Vertailumittarit muodostetaan THL:lla laskemalla RAI-välineellä arvioitujen asiakkaiden yksilötiedoista keskiarvoja ja prosenttiosuuksia, joten vertailumittareista ei voida tunnistaa yksittäisen asiakkaan tietoja. Jokainen RAI-välinettä käyttävä organisaatio voi tarkastella oman palauteraporttinsa tuloksia THL:n RAI-vertailutietokannassa.

Kuntoutususkko-mittari ilmaisee asiakkaan ja/tai hoitohenkilökunnan uskoa asiakkaan toimintakyvyn parantamismahdollisuuksiin. Tarkemmin sanottuna se ilmaisee prosenttiosuuden niistä asiakkaista, jotka uskovat voivansa parantaa toimintakykyään itsenäisemmäksi tai joiden hoitajat uskovat voivan parantaa toimintakykyään itsenäisemmäksi.

Hoitajien aktiivista kuntoutumista edistävää toimintaa mitattiin **HAAKu-indeksillä** (hoitajien antama aktiivinen kuntoutus), joka on laskettu HAAKu-mittarin perusteella (Vähäkangas 2008). HAAKu-indeksi ilmoittaa prosenttiosuuden niistä asiakkaista, jotka ovat saaneet vain niukasti aktiivista kuntoutusta hoitohenkilökunnalta arviointia edeltäneen viikon aikana. HAAKu-mittari puolestaan kuvaa aktiivisen kuntoutuksen määrää eli tarkemmin sanottuna hoitajan antamaa ohjausta ja harjoittelun tukea vuoteessa liikkumisessa, siirtymisessä, kävelemisessä, pukeutumisessa/siistytymisessä ja syömisessä, jota on ollut vähintään 15 minuuttia päivässä viikon ajan (Vähäkangas 2010). HAAKu-mittarin asteikko on 0–35. Mitä suurempi arvo, sitä enemmän hoitajan antamaa kuntoutusta on ollut. Kun mittarin arvo on vähintään 17, kuntouttavan hoitotyön määrän katsotaan olevan riittävä (Vähäkangas 2008). Tässä tutkimuksessa HAAKu-indeksin tulos ilmaistaan muodossa: ”Riittävästi kuntouttavaa hoitotyötä”, mikä kertoo prosenttiosuuden niistä asiakkaista, joilla HAAKu-mittarin arvo oli vähintään 17.

Kuntoutuksen toteutumista kuvaavana mittarina hyödynnettiin RAI-LTC-arviointien tietoja **kuntoutus- ja erityistyöntekijän apua** saaneiden asiakkaiden osuudesta (%). Kuntoutus- ja erityistyöntekijöihin luetaan mukaan fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit ja sosiaalityöntekijät.

Kuntoutumisen voimavaroja arvioitiin RAI-LTC-välineeseen sisältyvällä **kuntoutumisen voimavaraluokituksella** (Vähäkangas 2012). Siinä luokka 1 ilmaisee prosenttiosuuden niistä asiakkaista, joilla on runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja. Luokkaan 1 sijoittuvat henkilöt, joilla on jäljellä kognitiivista kapasiteettia (CPS-mittarin arvo enintään 3), mutta arkuusoireutuminen (ADL) on alentunut (hierarkkisen ADL-H-mittarin arvo enintään 5). CPS-mittarin arvojen vaihteluväli on 0–6 ja arvo 6 tarkoittaa, että kognitiivissa on tapahtunut erittäin vaikea-asteista heikkenemistä. ADL-H-mittarin arvojen vaihteluväli on 0–6. Arvo 0 tarkoittaa itsenäistä suoriutumista ja arvo 6 kertoo, että asiakas on täysin autettava.

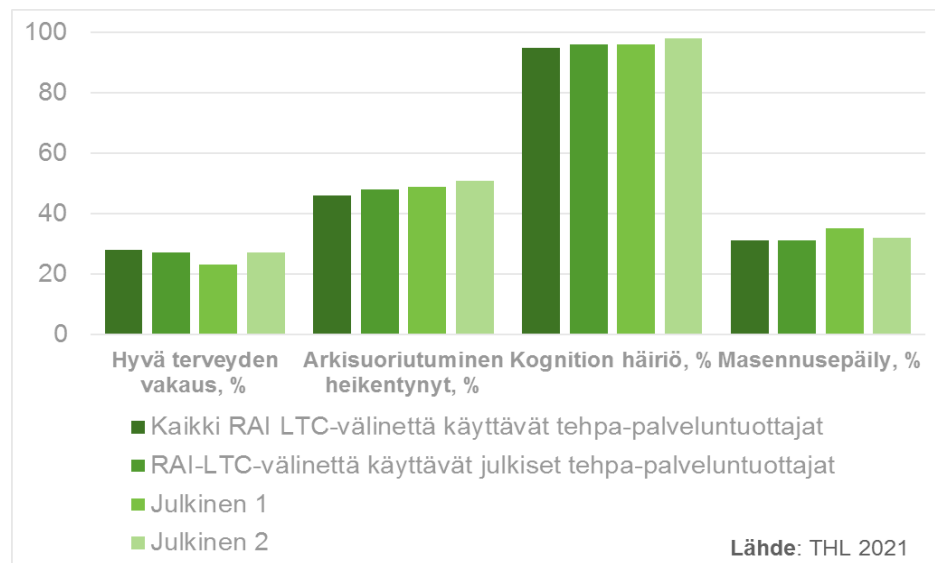
Asiakkaan **osallistumista** kuvaamaan käytettiin Ei aktiviteetteja -mittaria, joka ilmaisee prosenttiosuuden niistä asiakkaista, jotka eivät ole osallistuneet lainkaan yksikkönsä aktiviteetteihin. Tässä tutkimuksessa mittarin tulos ilmaistaan muodossa: ”Aktiviteetteja”, joka kuvaa aktiviteetteihin osallistuneiden asiakkaiden prosenttiosuutta.

Lisäksi asiakkaiden terveydentilaa ja toimintakykyä kuvaavina **taustatietoina** käytettiin seuraavia RAI-välineeseen sisältyviä mittareita sekä niistä laskettuja prosenttiosuuksia ja keskiarvoja:

- **CHESS** (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs): Mittaa **terveyden vakautta**. Mittarin arvojen vaihteluväli on 0–5 ja arvo 0 tarkoittaa, että terveyden vakaus on hyvä.
- **ADL-LF** (Activities of Daily Living long-form scale): Kuvaa **arkisuoriutumista** eli toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa. Mittarin arvo on sitä suurempi, mitä huonompi asiakkaan toimintakyky on.
- **CPS** (Cognitive Performance Scale): Arvioi **kognition tasoa**: Mittarin arvojen vaihteluväli on 0–6. Tässä tutkimuksessa tulkittiin, että asiakkaalla oli kognition häiriö, jos CPS-arvo oli jokin muu kuin 0.
- **DRS** (Depression Rating Scale): Kartoittaa **masentuneisuutta**. Mittarin arvojen vaihteluväli on 0–14. Arvot 3–14 viittaavat masennusepäilyyn.

Yksityisen ja julkisen sektorin asiakasrakenne oli samankaltainen

Kuviossa 1 on esitetty julkisen sektorin ja kuviossa 2 yksityisen sektorin tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien taustamuuttujien arvot suhteessa koko Suomen tehostetun palveluasumisen palveluntuottajiin. Kuvioista havainnollistuu, että asiakasrakenne oli yksityisellä ja julkisella sektorilla samankaltainen.



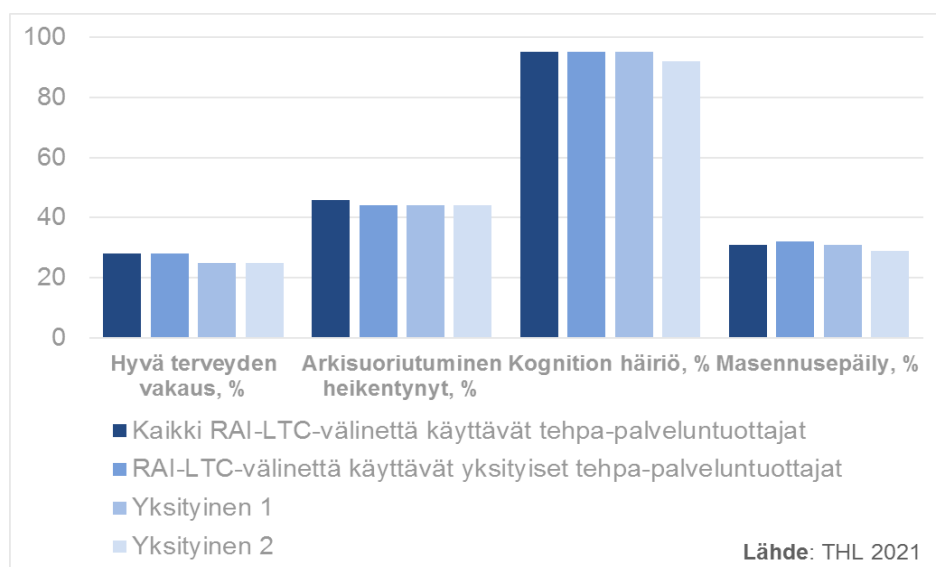
Kuvio 1. Julkisella sektorilla RAI-LTC-välinettä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien asiakkaiden terveyden vakaus, arkisuoriutuminen, kognition häiriöt ja masentuneisuus verrattuna kaikkien RAI-LTC-välinettä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien asiakasrakenteeseen; tehta = tehostettu palveluasuminen

Vain noin kolmanneksella (28 %) kaikista RAI-LTC-välineellä arvioiduista tehostetun palveluasumisen asiakkaista oli hyvä **terveyden vakaus**. J1:n asiakkaista 23 prosentilla ja J2:n asiakkaista 27 prosentilla oli hyvä terveyden vakaus. Y1:n ja Y2:n asiakkailla vastaava arvo oli 25 %.

Noin puolella (46 %) kaikista RAI-LTC-välineellä arvioituista tehostetun palveluasumisen asiakkaista **arkisuoriutuminen** oli heikentynyt verrattuna edelliseen RAI-arviointiin. J1:n asiakkaista 49 prosentilla ja J2:n asiakkaista 51 prosentilla arkisuoriutuminen oli heikentynyt, kun taas Y1:n ja Y2:n asiakkailla vastaava luku oli 44 %.

Suurimmalla osalla (95 %) kaikista RAI-LTC-välineellä arvioituista tehostetun palveluasumisen asiakkaista oli jonkinasteisia **kognitioon liittyviä häiriöitä**. J1:n asiakkaista 96 prosentilla ja J2:n asiakkaista 98 prosentilla oli kognition häiriö. Vastaavat arvot yksityisellä sektorilla olivat: Y1: 95 % ja Y2: 92 %

Lisäksi noin kolmanneksella (31 %) kaikista RAI-LTC-välineellä arvioituista tehostetun palveluasumisen asiakkaista epäiltiin jonkinasteista **masennusta**. J1:n asiakkaista 32 prosentilla ja J2:n asiakkaista 35 prosentilla oli masennusepäily. Vastaavat arvot yksityisellä sektorilla olivat Y1: 31 % ja Y2: 29 %.



Kuvio 2. Yksityisellä sektorilla RAI-LTC-välinettä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien asiakkaiden terveyden vakaumus, arkisuoriutuminen, kognition häiriöt ja masentuneisuus verrattuna kaikkien RAI-LTC-välinettä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien asiakasrakenteeseen; tehta = tehostettu palveluasuminen

Kuntoutumisen mahdollisuus ei aina johda kuntoutustoimiin

Kuviossa 3 havainnollistuu, että vertailtujen palveluntuottajien välillä oli vain pieniä eroja tarkasteltaessa asiakkaan kuntoutumisen voimavaroja sekä asiakkaan ja/tai hoitohenkilökunnan uskoa asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin. Sen sijaan palveluntuottajien välillä oli jopa 20 prosenttiyksikön eroja kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamisessa ja kuntoutusammattilaiselta saadun avun määrässä.

Usko asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin eli **kuntoutususk** vaihteli vertailtujen julkisten (J1 ja J2) ja yksityisten (Y1 ja Y2) palveluntuottajien kesken vain vähän (42–47 % asiakkaista). Tutkimuksessa vertailtujen neljän palveluntuottajan (J1, J2, Y1 ja Y2) tulokset alittivat kaikkien RAI-LTC-välinettä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien keskiarvon, joka oli 55 %.

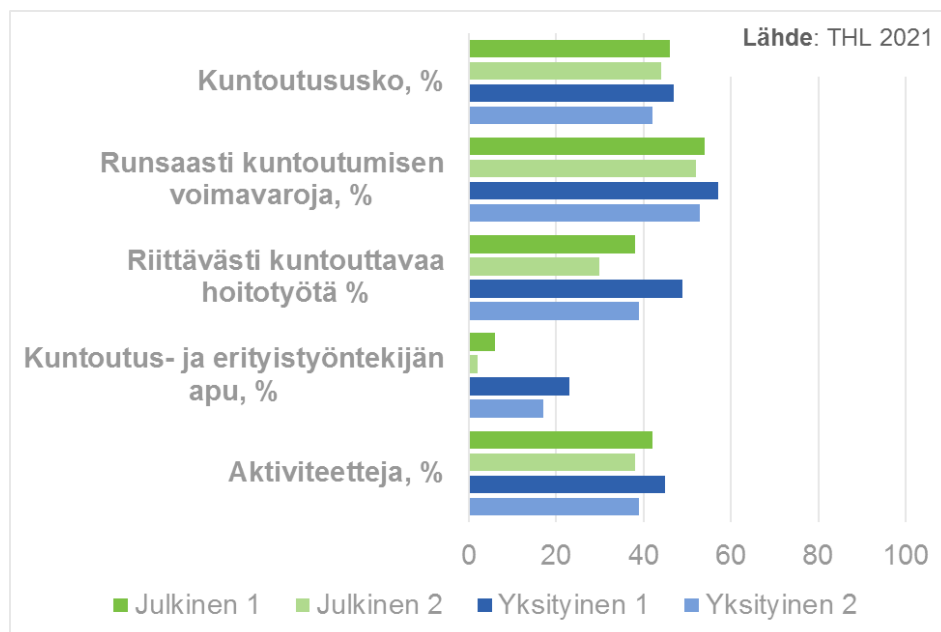
Kuntoutumisen voimavar oli jopa 55–57 prosentilla J1:n, J2:n, Y1:n ja Y2:n asiakkaista ja 61 prosentilla kaikista RAI-LTC-välineellä arvioituista tehostetun palveluasumisen asiakkaista. Kuntoutususkon määrässä tai kuntoutumisen voimavaroissa ei havaittu selkeää eroa yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä.

Usko kuntoutumisen mahdollisuuksiin tai runsaat kuntoutumisen voimavarat eivät tulosten valossa yleensä konkretisoituneet kuntoutumista edistävänä toimintana tai kuntoutus-

Saatesanat

- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetaista (980/2012) velvoittaa palveluntuottajia käyttämään RAI-välineistöä (Resident Assessment Instrument) iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa.
- RAI-välineistön avulla voidaan tunnistaa ikääntyneiden asiakkaiden yksilölliset voimavarat ja palvelutarpeet.
- Konkreettisia tavoitteita sisältävän kuntoutumissuunnitelman pitäisi kuulua osaksi asiakkaan hoitosuunnitelmaa.
- Kuntoutumis- ja hoitosuunnitelmaan kirjattujen tavoitteiden toteutumista on seurattava säännöllisesti.
- THL:n RAI-verkkokoulu sekä RAI-erityisasiantuntijavalmennus ovat hyviä keinoja kerryttää RAI-osaaamista.

ja erityistyöntekijän avun tarjoamisena. **Kuntouttavan hoitotyön määrä** oli riittämätön suurimmalla osalla RAI-LTC-välineellä arvioituista tehostetun palveluasumisen asiakkaista: Kaikista RAI-LTC-välineellä arvioituista tehostetun palveluasumisen asiakkaista 41 % sai riittävästi kuntouttavaa hoitotyötä. J1:ssä ja J2:ssa sekä Y2:ssa kuntouttavan hoitotyön määrä oli vielä alhaisempi kuin RAI-LTC-välineellä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien tulos keskimäärin: J1:ssä ja J2:ssa sekä Y2:ssa 30–38 % asiakkaista sai riittävästi kuntouttavaa hoitotyötä hoitohenkilökunnalta. Paras tilanne oli Y1:ssä, jossa keskimäärin melkein puolet asiakkaista (49 %) sai riittävästi kuntouttavaa hoitotyötä.



Kuvio 3. Kuntoutususkko, kuntoutumisen voimavarat, kuntouttava hoitotyö, kuntoutus- ja erityistyöntekijöiltä saatu apu sekä aktiviteettien määrä neljällä tutkimuksessa vertailulla palveluntuottajalla

Kuntoutus- ja erityistyöntekijältä apua saaneiden asiakkaiden osuus oli suurempi yksityisen sektorin tehostetun palveluasumisen palveluntuottajilla verrattuna julkisen sektorin palveluntuottajiin. Y1:n asiakkaista noin neljännes (23 %) sai kuntoutus- ja erityistyöntekijän apua ja Y2:n asiakkaista melkein viidennes (17 %). J1:ssä sekä J2:ssa kuntoutus- ja erityistyöntekijän apua saaneiden asiakkaiden määrä oli selvästi vähäisempi kuin RAI-LTC-välineellä käyttävillä tehostetun palveluasumisen palveluntuottajilla keskimäärin: J1:ssä vain 6 % ja J2:ssa vain 2 % sai kuntoutus- ja erityistyöntekijän apua. Kaikkien RAI-LTC-välineellä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien keskiarvo oli 16 %.

Asiakkaiden **aktiviteetteihin osallistuminen** oli valitettavan vähäistä. Selvästi alle puolet (38–45 %) vertailtujen julkisten ja yksityisten palveluntuottajien RAI-LTC-välineellä arvioituista asiakkaista osallistui järjestettyihin aktiviteetteihin. Neljän tässä vertailun RAI-LTC-välineellä käyttävän tehostetun palveluasumisen palveluntuottajan tilanne oli jonkin verran heikompi kuin RAI-LTC-välineellä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien tulos keskimäärin. Kaikista RAI-LTC-välineellä arvioituista tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien asiakkaista 50 % osallistui tarjottuihin aktiviteetteihin.

Mitä tuloksista voidaan päätellä?

Tämän katsauksen tavoitteena oli tarkastella ikääntyneillä asiakkailla olevia kuntoutumisen voimavaroja sekä niiden hyödyntämistä ympärivuorokautisessa tehostetussa palveluasumisessa. Katsaukseen valittiin RAI-vertailukehittämisen periaatteiden mukaisesti keskenään samankaltaisia vertailukohteita. Neljän valitun tehostetun palveluasumisen palveluntuottajan asiakasrakenne vastasi melko hyvin kaikkien RAI-LTC-välineellä käyttävien tehostetun palveluasumisen palveluntuottajien keskimääräistä tilannetta.

Vertailtujen palveluntuottajien välillä oli vain vähän eroja hoitajien ja asiakkaiden ilmaise-man kuntoutususkon sekä asiakkailla olevien kuntoutumisen voimavarojen määrässä. Tu-loksissa näkyi kuitenkin selvästi, että kuntoutumista tukevan toiminnan määrä sekä kun-toutus- ja erityistyöntekijältä saadun avun määrä olivat alhaisia suhteessa asiakkaan kun-toutumisen voimavaroihin. Tästä voidaan päätellä, että hoitajien ja asiakkaan ilmaisema usko kuntoutumisen mahdollisuuksiin tai asiakkaalla olevat kuntoutumisen voimavarat ei-vät tule hyödynnettyä parhaalla mahdollisella tavalla tehostetussa palveluasumisessa.

Tutkimuksessa kävi lisäksi ilmi, että vain alle puolet tehostetun palveluasumisen RAI-LTC-arvioiduista asiakkaista osallistui aktivoivaan toimintaan. Tämä on huolestuttavaa paitsi osallisuuden ja kuntoutumisen näkökulmasta, mutta myös kognition sekä mielialan kan-nalta. Ihanteellista olisi, että asiakkaat voisivat osallistua tarjolla olevaan toimintaan tai palveluihin omaehtoisesti, mutta tarvittaessa heille esittäisiin myös yksilöllisiä ja toimivia ratkaisuja ja tukea osallistumisen mahdollistumiseksi.

Koska vertailuun valitut palveluntuottajat vastasivat asiakasrakteeltaan toisiaan, voi-daan olettaa, että kuntoutumisen ja osallisuuden indikaattoreissa näkyvät erot ja ristiriidat selittyvät suurelta osin toimintayksiköiden hoiva- ja johtamiskulttuuriin sekä paikalliseen kehittämistyöhön liittyvillä eroilla. Erilaisuutta voi olla myös RAI-arvioinnin ohjeistuksen tulkinnassa ja arviointikäytännöissä.

Toimintakyvyn heikkenemistä voidaan hidastaa

On vahvaa tutkimusnäyttöä siitä, että ylläpitämällä fyysistä toimintakykyä voidaan hidas-taa fyysisten toimintojen rappeutumisen lisäksi kognitiivisten ongelmien ilmaantumista (Kivipelto 2018). Toisaalta tiedetään, että kuntoutumisen ennuste on huono, jos kognitio on kovin heikko. Siksi muistiongelmiin ja erilaisten kognitiohäiriöiden ennaltaehkäisy on tär-keä kansallinen ja kansainvälinen tutkimuksen kohde. Tähän tarpeeseen pyritään vastaa-maan muun muassa FINGER- (Kivipelto 2013, THL) ja LETHE-hankkeilla (THL).

Osallisuuden toteutuminen parantaa mielialaa sekä lisää motivaatiota ja mahdollisuuksia fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Osallisuus toteutuu, kun asiakkaat kokevat tulevansa kuulluksi omana itsenään ja voivansa vaikuttaa elämänsä kulkuun. Täl-löin he tuntevat myös olevansa merkityksellinen osa kokonaisuutta. Henkisesti hyvinvoiva ihminen jaksaa pitää huolta itsestään ja osallistua tarjolla olevaan toimintaan. Tästä syntyy myönteisten vaikutusten kehä, jossa edellä kuvatut terveyden ja toimintakyvyn osa-alueet vaikuttavat positiivisesti toisiinsa. (Leemann 2015.)

Ennestään tiedetään, että tehostetun palveluasumisen yksiköissä suurella osalla asiak-kaista toimintakyky, kognitio ja terveyden vakaus ovat heikentyneet ja niiden rinnalla on monesti masennusoireilua. Niin myös tässä tutkimuksessa. Koska vertailuun valittiin RAI-vertailukehittämisen periaatteiden mukaisesti neljä keskenään samankaltaista palvelun-tuottajaa, taustamuuttujien – eli terveyden vakauden, toimintakyvyn, kognition ja masen-tuneisuuden – väliset erot olivat pieniä.

Tutkimusasetelmaan liittyi heikkouksia ja vahvuuksia

Katsauksessa hyödynnettiin RAI-vertailukehittämisen menetelmää, sillä tutkimuksen yh-tenä tarkoituksena oli havainnollistaa, miten vertailutietoa voidaan hyödyntää oikeaoppi-sesti ja hedelmällisesti. Menetelmävalintaa voidaan pitää sekä vahvuutena että heikkou-tena. Tilastollisia menetelmiä hyödyntäen tarkastelua olisi voitu tehdä laajemmalla aineis-tolla kuin tässä vertailussa sekä huomioida mahdollisia selittäviä ja sekoittavia tekijöitä.

Asetelmaan ja menetelmiin liittyvien rajoitusten vuoksi tämän tutkimuskatsauksen perus-teella ei voida tehdä vahvoja johtopäätöksiä, mutta se antaa kuitenkin selviä viitteitä kun-toutumisen potentiaalin hyödyntämättä jäämisestä tehostetussa palveluasumisessa. Kat-sauksen jatkumona on tarkoitus toteuttaa tutkimus, jossa hyödynnetään yksilötason ai-neistoa sekä tilastollisia menetelmiä.

Taustahypoteesina oli, että toimintakulttuurilla ja kuntoutumiseen sekä kuntouttavaan hoitotyöhön liittyvillä arvoilla ja asenteilla on kuntoutumisen voimavarojen hyödyntämisen ja kuntouttavan toiminnan toteutumisen kannalta suurempi merkitys kuin palveluita

tuottavan organisaation alueellisella sijainnilla. Katsauksessa haluttiin päästä mahdollisimman lähelle ruohonjuuritasoa, jolla hoito- ja hoivatyötä tehdään, jotta tavoitettaisiin parhaalla mahdollisella tavalla hoivayhteisön arvot ja asenteet. Näistä syistä vertailut toteutettiin palveluntuottajatasolla eikä alueellisina vertailuina. Yksikkötason tarkastelulla olisi päästy vielä palveluntuottajatasoa paremmin käsiksi ruohonjuuritason ilmiöihin, mutta RAI-vertailukehittämisen menetelmää käyttäen yksikkötason vertailuasetelmasta olisi tullut pirstaleinen ja vaikeasti hallittava yksiköiden suuren lukumäärän ja asiakasrakenteen heterogeenisyyden vuoksi.

Miten asiakkaiden kuntoutumisen voimavarat saadaan paremmin käyttöön ja miksi se on tärkeää?

lökkään asiakkaan hoitoa ja palveluita suunniteltaessa yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen tunnistamisen sekä voimavarojen hyödyntämisen ja toimintakyvyn laskun ehkäisemisen tulisi olla keskeisiä elementtejä. Vain tällä tavoin voidaan saavuttaa STM:n laatusuosituksen (2020) tavoite saada lisää toimintakykyisiä vuosia iäkkäiden ihmisten elämään. Nykyisellään ikääntyneen asiakkaan voimavarojen hyödyntäminen jää valitettavan usein toteutumatta.

Jo pieni positiivinen muutos toimintakyvyssä voi olla merkityksellinen asiakkaan elämänlaadun ja toisaalta hoitohenkilökunnan sekä omaisten ja läheisten kuormittumisen kannalta. Esimerkiksi jos iäkäs asiakas pystyy pukemaan edes osan vaatteistaan itsenäisesti tai liikkumaan apuvälineen turvin itsenäisesti, hän on selvästi riippumattomampi hoitajien, omaisten ja muiden läheisten antamasta avusta kuin näissä toiminnoissa apua tarvitseva asiakas.

Kirjaamis- ja arviointikäytäntöihin on hyvä kiinnittää huomiota. On mahdollista, että osa asiakkaiden saamasta kuntouttavasta toiminnasta jää kirjaamatta esimerkiksi sen vuoksi, että asiakkaalle ei ole laadittu kuntoutumissuunnitelmaa tai kuntoutumiseen liittyviä tavoitteita ei ole kirjattu asiakkaalle laadittuun hoitosuunnitelmaan (Penttinen 2018). Kuntoutumis- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa sekä tavoitteita kirjattaessa on tärkeää huolehtia asiakkaiden ja omaisten osallistamisesta, koska tällöin tavoitteisiin motivoituminen ja niiden saavuttaminen on todennäköisempää.

Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimisen jälkeen on tärkeää, että vastuuhoitaja ja moniammatillinen tiimi yhdessä seuraavat ja arvioivat asetettujen tavoitteiden ja suunnitelman toteutumista sekä täsmentävät ja päivittävät niitä tarpeen mukaan. Prosessin onnistumisen edellytyksenä ovat organisaation ja lähijohdon antamat linjaukset ja tuki, sekä hoito- ja kuntoutusalan ammattilaisten riittävä ja monipuolinen osaaminen.

Lähteet

Kehusmaa S, Alastalo H (2021) [Laki muuttui – miten kävi henkilöstömitoituksen?](#) Tutkimuksesta tiiviisti 6/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S, Ngandu T, Lehtisalo J, Antikainen R, Backman L, Hänninen T, Jula A, Laatikainen T, Lindström J, Mangialasche F, Nissinen A, Paajanen T, Pajala S, Peltonen M, Rauramaa R, Stigsdotter-Neely A, Strandberg T, Tuomilehto J, Soininen H (2013) [The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability \(FINGER\): Study design and progress](#). *Alzheimers Dement*; 9:657-65.

Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T (2018) [Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease](#). *Nat Rev Neurol*;14:653-666.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Leemann, L., Kuusio, H. & Hämäläinen, R.-M. (2015) [Sosiaalinen osallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke \(Sokra\)](#). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Penttinen L, Kehusmaa S, Havulinna S, Alastalo H (2018) [Kotihoitoon tarvitaan lisää kuntoutusosaamista](#). Tutkimuksesta tiiviisti 34, joulukuu 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020) [Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 : Tavoitteena ikäystävällinen Suomi](#). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29, Helsinki.

Vähäkangas P, Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M (2008a) [Association Between Rehabilitation Care Practices and Care Quality in Long-Term Care Facilities](#). Journal of Nursing Care Quality 23(2): 155–161.

Vähäkangas Piia (2010) [Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa](#). (Väitöskirja, Oulun yliopisto).

Vähäkangas P, Niemelä K, Noro A. (2012) [Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen: Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen](#). (Raportti, THL). Haettu osoitteesta:

Lisätietoja aiheesta

Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. THL:n verkkosivu: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

Vanhuspalvelulain muutokset 1.10.2020. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) kuntainfo: <https://stm.fi/iakkaiden-palvelut/henkilostomitoitus>

RAI-järjestelmän mittareita. THL:n verkkosivu: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>

THL:n verkkokoulu: <https://verkkokoulut.thl.fi/login/index.php>

FINGER-hankkeen esittely. THL:n verkkosivu: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/FINGER>

LETHE-hankkeen esittely. THL:n verkkosivu: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/LETHE>

Tämän julkaisun viite:

Edgren J, Penttinen L, Mäkelä M, Asikainen J, Gerasin A, Havulinna S (2021) Ikääntyneen asiakkaan kuntoutumisen voimavarat jäävät usein hyödyntämättä. Tutkimuksesta tiiviisti 46/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-343-703-6 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-703-6>