



Toimintakyvyn arvioinnista vanhustyön arjessa – kuvaus Eheä Elämän Ehtoö -hankkeesta

Sari Arolaakso ja Tiina Tervaskanto-Mäentausta

Selviytyminen kotona mahdollisimman pitkään on monen ikäihmisen tavoite. Tämä on ollut jo pitkään myös Suomen vanhustenhuollon painopisteenä. Kesällä 2013 voimaan tulleen vanhuspalvelulain tavoitteena on tukea ikääntyneen väestön toimintakykyä (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista). Vuoteen 2012 mennessä valtakunnallisena tavoitteena oli, että 91–92 % 75 vuotta täyttäneistä asuu tarkoituksenmukaisten palvelujen turvin kotona, 13–14 % saa säännöllistä kotihoitoa, 5–6 % asuu tehostetun palveluasumisen piirissä ja 3 % on hoidossa vanhainkodissa tai pitkäaikaaisessa hoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla. (STM 2008.) Tavoitteesta huolimatta tehostetun palveluasumisen piirissä asuvien ja pitkäaikaista laitoshoidtoa tarvitsevien yhteenlaskettu suhteellinen osuus ei ole juurikaan pienentynyt 2000-luvulla (STM 2013).

Ikäihmisen toimintakykyä edistetään puuttamalla riittävän ajoissa arjen toimintojen, suoritusten ja osallistumisen edellytyksiä heikentäviin riskitekijöihin (STM 2013). Moniammatillista ja monipuolista arviointia suositellaan, kun huoli herää ikäihmisen itsenäisestä selviytymisestä arjen toiminnoista, suorituksista ja osallistumisesta. Arvioinnin on oltava mahdollisimman kattava, ja ikäihmisellä itsellään on oltava mahdollisuus osallistua arviointiin. Arvioinnissa huomio tulee kiinnittää niin nykyisiin kuin ennakoitaviin tekijöihin.

Lisäksi on varmistettava, että arviointia tekevällä ammattihenkilöstöllä on arvioinnin edellyttämä riittävä osaaminen. (Vanhuspalvelulaki 2012.)

Toimintakyvyn laaja-alaisessa ja moniammatillisessa arvioinnissa huomioidaan toimintakyvyn eri ulottuvuudet: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen (Talo, Hämäläinen & Rytökoski 1997). Henkilön toimintakyvystä on saatava riittävän laaja kuva palvelutarpeen selvittämisen perustaksi (Vanhuspalvelulaki 2012; STM 2013; Heimonen & Pohjolainen 2009). Ikäihmisen oma kokemus toimintakyvystään, toimijuudestaan ja ympäristötekijöiden vaikutuksesta ovat läpileikkaavia ulottuvuuksia Ikäinstituutin mallissa (Heimonen & Pohjolainen 2009). Maailman terveysjärjestön (WHO) ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health, STAKES 2004) tarjoaa nykyisin käytetyn perustan toimintakyvyn käsitteen ymmärtämiseen, jäsentämiseen ja luokitteluun.

Toimintakykyä ja vanhuksen itsenäistä selviytymistä heikentävät riskitekijät on tiedetty jo pitkään. Liikkumis- ja tasapaino-ongelmat sekä lihasvoiman heikkeneminen ovat riskitekijöitä, joiden vaikutuksista toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen on olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä (Sakari-Rantala 2003). Valitettavasti riskitekijät ovat edelleen huonosti tunnistettuja (Lihavainen 2012). Liikkumisongelmien on todettu olevan yhteydessä myös heikentyneeseen kognitiiviseen

kyvykkyyteen. Liikkumisongelmien riittävän aikainen tunnistaminen voi olla keino ennustaa myös alkavaa muistisairautta (Buchman, Boyle, Wilson, Tang & Bennett 2007; Wang, Larson, Bowen & van Belle 2006; Abbot ym. 2004). Kävelynopeuden hidastumisella ja kognitiivisten toimintojen heikkenemisen välillä on voitu osoittaa olevan yhteys (Welmer, Rizzuto, Qiu, Caracciolo & Laukka 2014; Watson ym. 2010). Varhaisen puuttumisen vaikuttavuudesta on tutkimusnäyttöä sekä liikkumisongelmien ehkäisemisessä että itsenäisen selviytymisen edistämässä (Lihavainen 2012). Varhaisen puuttumisen keinoina voi olla yksilöllinen ohjaus ja liikuntaneuvonta (Mänty 2010).

Ennakoiva suunnittelu tulee entistä tärkeämmäksi, kun eläkkeellä olon ja vanhuuden elämänvaihe pitenee (Kohti parempaa vanhuutta: konsensuslausuma 8.2.2012). Vanhuspalveluissa painopisteen tulee siirtyä yhä enemmän ennaltaehkäisevään työhön. Ikäihmisiä tulee ohjata omaehtoisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. (Vanhuspalvelulaki 2012; STM 2013.) Ennaltaehkäisevän toiminnan vähyyks ja resurssien puute johtavat kuitenkin usein siihen, että toimintakykyä tukevan toiminnan käynnistää vasta jokin akuutti sairaus tai muu toimintakykyä heikentävä tekijä (Beaton & Grimmer 2013).

Eheä Elämän Ehtoo (EEE) -hankkeessa (2011–2013) selvitettiin kotihoidon sekä ikäihmisten palveluasumisyksikön työntekijöiden käsityksiä siitä, mitä ikäihmisen toimintakyky heidän työssään tarkoittaa ja miten vanhustyössä toimivat työntekijät määrittävät ja arvioivat toimintakykyä. Tavoitteena oli myös lisätä ammattihenkilöiden yhteistä ymmärrystä toimintakyvyn käsitteestä ja moniammatillisen yhteistyön merkityksestä. Ikäihmisten liikkumistoimintojen ja suoritusten tunnistaminen toimi tämän tutkimuksen työprosessin punaisena lankana. Eheä Elämän Ehtoo (EEE) -hanke oli Euroopan sosiaalirahaston ja Suomen Työ- ja elinkeinoministeriön rahoittama ja Oulun ammattikorkeakoulun koordinoima yhteistyöhanke. Projektiikumppaneita

olivat vanhuspalveluita ja -asumisyksiköitä tuottava ja välittävä säätiö, pienehkön kunnan vanhuspalvelut sekä senioriasuntoja ja vanhuspalveluita tuottava yritys sekä Oulun yliopisto. Projektin tavoitteena oli tuottaa vanhustyöhön innovatiivisia toimintamalleja ja arvioida palvelujen laatua ja ammattitaitoa arjen vanhuspalvelutyössä.

Toimintakyky ja toimintakyvyn arviointi vanhuspalveluissa

Toimintakyvystä on tullut entistä tärkeämpi tekijä iäkkään väestön terveydentilan kuvaamisessa (Grill, Hermes, Swoboda, Uzarewicz, Kostanjsek & Stucki 2005; Wang 2004; Helin 2001), käytännön vanhustyössä sekä gerontologiassa tutkimuksessa (Pohjolainen & Salonen 2012; Knight 2000). Vanhuspalveluissa työskentelevän henkilöstön määrää suunniteltaessa tulee lähtökohtana huomioida asiakkaiden toimintakyky, avun tarve sekä asiakkaiden oikea-aikaisten palveluiden turvaaminen. Tehokkaan ennaltaehkäisyyn, varhaisen tuen sekä riskitekijöihin ja ongelmiin puuttumisen avulla voidaan parhaiten toteuttaa oikea-aikaiset palvelut. Asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeiden arviointi kuuluu (kotihoidon) henkilöstön välittömiin tehtäviin. (STM 2013.) Osaaminen, palveluiden oikea-aikaisuus ja taroituksenmukaisuus sekä palveluiden yhteensovittaminen on suosituksina kytketty myös SOTE-uudistukseen.

Toimintakyvyn käsitteen määrittäminen sekä ikäihmisen toimintakyvyn arviointi ovat moniselitteisiä ja -tasoisia prosesseja. Tämän vuoksi vanhuspalveluissa tarvitaan yhtenäisiä käsitteitä ja arviointikäytäntöjä. Niin tutkimus- kuin käytännön työssä on vaikeaa arvioida ja parantaa toimintakykyä, ellei käsitteitä ole yhteisesti määritelty (Wang 2004). Toimintakyky nähdään eri tieteenalojen lähtökohdista hyvin eri lailla ja yhtenäisen käsitteen puuttuminen aiheuttaa ongelmia tieteiden väliseen keskusteluun ja tekee moniammatillisesta yhteistyöstä joskus lähes mahdotonta (Wang

2004; Knight 2000). Moniammatillinen yhteistyö on usein monitieteistä, jolloin eri alojen asiantuntijat tuovat yhteiseen keskusteluun omat näkemyksensä. Tämä tekee haasteelliseksi päättää, millainen toimintamalli sopii mihinkin tilanteeseen. Moniammatillisuuden tulee olla asiakkaan tarpeista lähtevää, jolloin eri asiantuntijat yhdessä potilaan kanssa toinen toisiaan arvostaen yhdistävät kaikkien asiantuntijuuden potilaan parhaaksi (Tervaskanto-Mäentausta 2017; Veijola 2004). WHO:n (2010, 13) määritelmän mukaan moniammatillinen yhteistyö on juuri sitä, että eri alojen asiantuntijat oppivat toisiltaan (*with, from and about each other*) ja voivat näin kehittää toimintaansa asiakkaan parhaaksi. Ikäihmisen tilanteen pohtiminen yhdessä moniammatillisessa tiimissä auttaa henkilökuntaa toteuttamaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä ikäihmisen parhaaksi (Arolaakso-Ahola & Rutanen 2007). Toimintakyky tuleekin tästä syystä avata kussakin kontekstissa erikseen, jotta asianomaisilla on yhteinen käsitys ja ymmärrys siitä, mitä toimintakyvyllä kulloinkin tarkoitetaan (Talo 2010).

Toimintakyky-käsitteen yhtenäistämiseksi WHO julkaisi kansainvälisen toimintakyvyn ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health). Luokituksen suomenkielinen painos ilmestyi vuonna 2004 (STAKES 2004). Luokituksessa korostetaan yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta, ja ihminen nähdään yksilöllisenä ja tavoitteellisenä toimijana. Luokituksessa toimintakyvyn nähdään määräytyvän yksilön terveydentilan sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. ICF-luokituksen osa-alueiden välillä on dynaaminen vuorovaikutus. Muutokset yhdessä osa-alueessa saattavat vaikuttaa yhteen tai useampaan osa-alueeseen. ICF-luokituksessa suoritukset ja osallistuminen integroituvat kehon toimintoihin ja rakenteisiin ja niissä ilmeneviin rajoitteisiin ja vajavuuksiin sekä aina myös ympäristö- ja yksilötekijöihin. (STAKES 2004.)

ICF sisältää monikerroksisen luokitusjärjestelmän, jossa ikäihmisen tilannetta voidaan kuvata tarvittaessa moniammatillisesta näkökulmasta. Luokituksen suurin hyöty on toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kontekstuaalisessa tarkastelussa yhdessä perinteisen lääketieteellisen tarkastelun kanssa (Topo 2006). ICF-luokitus painottaa toimintakyky-käsitteen positiivista ulottuvuutta, eli kysymys on ihmisen kyvystä, ei kyvyttömyydestä. Toimintakyvystä puhuttaessa tuleekin puhua toimintaedellytyksistä tai -mahdollisuuksista ja toimintakyvyn ongelmista toimintarajoitteina. (STAKES 2004.)

Nykyisin hyväksytään yleisesti toimintakyvyn rakentuvan kolmesta osa-alueesta: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen. Kokonaisvaltaista näkökulmaa ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin ymmärtämiseksi esitti jo psykiatri George L. Engel (1997) kehittämällä biopsykososiaalisen mallin. Toimintakykykäsitteeseen katsotaan sisältyvän fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen lisäksi muitakin osa-alueita kuten henkinen, hengellinen ja kokemuksellinen (Pohjolainen 2007; Wang 2004). Osa-alueet ovat jatkuvasa vuorovaikutuksessa keskenään ja todellisuudessa kiinteästi sidoksissa toisiinsa muodostaen kokonaisuuden. Osa-alueita on kuitenkin tutkimuksellisesti tarkasteltava myös erikseen, koska esimerkiksi vanhusväestössä vanhene-mismuutokset ilmenevät eri tavoin toimintakyvyn eri osa-alueilla (Pohjolainen 2007).

WHO on kannustanut ja suositellut ICF-luokituksen jatkokehittämistä. Suosituksen innoittamana suomalainen työryhmä kehitti ns. BPS-ICF-mallin, joka sisältää bio-psykososiaalisen rakenteen ja käyttää WHO:n toimintakykyluokitusta (Talo ym. 1997). Nyky-muodossaan BPS-ICF-malli tarjoaa viitekehyksen laaja-alaiseen, moniammatilliseen toimintakyvyn arviointiin ja edistämiseen sekä palveluiden tarkoituksenmukaiseen kohdentamiseen (Talo & Rytökoski 2016). Juuri ikääntyneen ihmisen itsenäistä selviytymistä arvioitaessa tulisi toimintakykyä tarkastella

laaja-alaisesti. Ei riitä vain jonkun osa-alueen huomioiminen, vaan toimintakyvyn kaikki osa-alueet (fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset) ja niiden ulottuvuudet on otettava tarkastelun kohteeksi.

Toimintakyky on selviytymistä itseä tyydyttävällä ja turvallisella tavalla ihmiselle merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista hänen omassa elinympäristössään. Toiminnan vajuus syntyy, mikäli ihmisen toimintakyky ei enää riitä vastaamaan ympäristön ja ihmisen itsensä asettamiin vaatimuksiin. Parhaimmillaan toimintakyky onkin tasapainotila omien kykyjen ja tavoitteiden sekä toimintaympäristön kanssa. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 56; Kohti parempaa vanhuutta... 2012; Pikkarainen 2005.)

Liikkumisongelmien tunnistaminen vanhustyön arjessa

Liikkumisongelmat ovat yleisimpiä toimintakyvyn edellytysten vajavuuksista ja itsenäisen selviytymisen riskitekijöistä (Aromaa, Gould, Hytti & Koskinen 2005). Itsenäinen selviytyminen, mieltymysten ja suunnitelmien toteuttaminen edellyttävät kykyä liikkua. Liikkumisongelmat voivat ilmaantua nopeasti jonkin sairauden tai tapaturman myötä. Ne voivat kehittyä myös hitaasti, lähes huomaamatta. Puhutaan prekliinisistä liikkumisongelmista, joita voivat olla liikkumiseen ja liikkeisiin käytetyn ajan lisääntyminen, liikkumisen ja liikkeiden epävarmuus ja hitaus sekä väsyminen. Näiden prekliinisten liikkumisongelmien on todettu ennustavan todellisia liikkumisongelmia sekä avun tarpeen lisääntymistä. (Mänty 2010.)

Liikkumisongelmien arviointiin on olemassa erilaisia malleja, sopimuksia ja tarkistuslistoja. Useimmiten arviointi on pelkistynyt päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointiin, jolloin yleisimpiä arvioinnin kohteita ovat peseytyminen, pukeutuminen, wc-toiminnat, siirtyminen, syöminen, kaupassa käynti, ruoan valmistaminen ja kodin-

hoito (Heikkinen 2013; Beaton & Grimmer 2013; Wang 2004; Katz & Stround 1989; Katz 1983). Toimintakyvyn arvioinnissa tulisi kuitenkin laajemmin ottaa huomioon, mistä päivittäisistä toiminnoista ikäihminen selviytyy itsenäisesti asuin- ja toimintaympäristössään ja missä hän tarvitsee apua ja tukea (Heikkinen 2013). Arviointi tulee kohdistua monipuolisesti toimintakyvyn eri osa-alueisiin. Arvioinnissa on huomioitava myös ympäristön esteettömyys, asumisen turvallisuus sekä lähipalveluiden saatavuus (Vanhuspalvelulaki 2012).

Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan väestön liikkumiskyky ja iäkkäiden suoriutumisen arkitoinnista ovat viime vuosina parantuneet (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012). Perinteiset päivittäisiä toimintoja mittaavat arviointimenetelmät eivät enää riitä. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista arvioivat testit ovat osoittautuneet käyttökelpoisiksi hoidon ja avun tarpeen arvioinnissa, mutta ne eivät sen sijaan kerro toimintakyvyn heikkenemiseen johtaneita syitä (Heikkinen 2013). Tarvitaan uusia ja monipuolisempia arviointimenetelmiä toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöiden tunnistamiseksi riittävän aikaisessa vaiheessa (Heikkinen 2013; Fieo, Austin, Starr, & Deary 2011). Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen on riippuvainen lihas-ten suorituskyvystä (Suominen & Era 2013; Pohjolainen & Salonen 2012), ja tästä syystä arvioinnissa tulee kiinnittää huomio liikkumis- ja tasapaino-ongelmiin sekä lihasvoiman heikkenemiseen (Lihavainen 2012).

Aineisto ja menetelmät

Aineisto kerättiin henkilöstön kehittämistyöpajoissa ryhmäkeskusteluin, niitä täydentävin kirjallisin tuotoksin ja parikeskusteluin. Aineistot analysoitiin sisällönanalysimenetelmällä (Krippendorff 2013; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–92). Päätaavoite oli selvittää kotihoiton sekä ikäihmisten palveluasumisyksikön työntekijöiden käsityksiä siitä, mitä ikäihmisen toimintakyky heidän työssään tarkoittaa ja

miten vanhustyössä toimivat työntekijät määrittävät ja arvioivat toimintakykyä. Ikäihmisten liikkumisen tunnistaminen toimi tutkimusprosessin punaisena lankana. Tavoitteena oli myös työpajatyöskentelyn avulla lisätä ammattihenkilöiden yhteistä ymmärrystä toimintakyky-käsitteestä ja moniammatillisen yhteistyön merkityksestä.

Henkilöstön kehittämistyöpajat toteutettiin kahdessa eri vanhushalvueluuta tuottavassa organisaatiossa. Kehittämistyöpajoihin osallistui 21 työntekijää. He kuuluivat kotihoidon sekä palveluasumisen kahden eri vanhushalvueluuta tuottavan organisaation hoitohenkilökuntaan. Osallistujat olivat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen koulutuksen saaneita perustason työntekijöitä, lähihoitajia, kodinhoitajia ja yksi kuntohoitaja. Heidän työkokemuksensa vaihteli muutamasta vuodesta kymmeneen vuosiin. Osallistujista 14 oli alle 50-vuotiaita ja 7 yli 50-vuotiaista. Osallistujista miehiä oli kaksi.

Kehittämisprosessi rakentui kolmesta osallistavasta työpajasta. Ensimmäisen työpajan aiheena oli toimintakyky-käsitteen määrittely. Toinen työpaja keskittyi toimintakyvyn, erityisesti itsenäisen liikkumisen arviointiin ja itsenäisen liikkumisen riskitekijöiden tunnistamiseen. Kolmannessa työpajassa luotiin yhteistä ymmärrystä itsenäistä liikkumista heikentävien riskitekijöiden tunnistamiseen. Toisessa organisaatiossa järjestettiin vielä neljäs työpaja noin kuuden kuukauden kuluttua seurantaan ja arviointia varten.

Vanhustyössä toimivien työntekijöiden käsitys toimintakyvystä

Työntekijöiden mukaan toimintakyky on ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia, joka muodostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta osa-alueesta. Yhdeksi toimintakyvyn kuvauskohteeksi työntekijät nostivat henkisen ulottuvuuden. Työntekijät toivat esille eri osa-alueiden kiinteän vuorovaikutussuhteen toisiinsa

sekä eri osa-alueiden vaikutuksen ikäihmisen päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen.

"tässä on tämmönen puu, me laitettiin oleviina puu, me pantiin tähän ensin se varsinainen mistä lähetään, fyysinen, psyykinen, sosiaalinen kaikki vaikuttaa kaikkeen,"

"nämä kaikki on jollaki tavalla sidoksissa toisiinsa omaa minuutta ja sitä miten näkee elämää ja miten muut näkkee sen ihmisen"

Toimintakyvyn fyysiseen osa-alueeseen työntekijät liittivät päivittäiset toiminnot ja sen hetkisen fyysisen kunnon, liikuntarajoitteet, apuvälineiden käytön, avun tarpeen sekä kyvyn osallistua arkeen. Toimintakyvyn psyykinen osa-alue muodostui työntekijöiden mukaan elämän mielekkyydestä, terveestä omakuvasta, oma-aloitteisuudesta, motivaatiosta, omasta halusta ja tahdosta osallistua arjen toimintoihin sekä mielialasta. Oma tahto ja oma halu sekä itsemääräämisoikeus toistuivat osallistujien puheissa. Tähän osa-alueeseen liitettiin myös stressi.

"psyykkiseen toimintakykyyn sitte tuota juuri tämän oma-aloitteisuus ja oma halu, tai sitten passiivoituminen, jos on passiivoitunut tulee helpolla se toisilla teettämisen"

"oma halu liikkuu, se on minusta aika vaikuttava tekijä"

Toimintakyvyn sosiaaliseen osa-alueeseen työntekijät sisällyttivät kommunikoinnin, sosiaaliset suhteet, ystävät, tukiverkoston, harrastukset, opiskelun, osallistumisen, kaverit ja ystävät, toimimisen hoitohenkilökunnan kanssa sekä virkistyspalveluiden käytön. Myös toimiminen työntekijöiden kanssa sekä omatoiminen hakeutuminen kodin ulkopuoliseen toimintaan katsottiin kuuluvan toimintakyvyn sosiaaliseen osa-alueeseen.

"sitten tuli tää sosiaalinen, siinä pitäis olla se vähän tukiverkkoa kannustaa"

Vanhustyössä toimivien työntekijöiden käsitys liikkumisongelmien tunnistamisesta

Liikkumisen arviointi tapahtui työntekijöiden mukaan havainnoinnin ja haastattelun avulla, joka toteutui ikäihmisen omassa toimintaympäristössä. Työntekijät luottivat arvioinnissa omaan havainnointikykyynsä. Esille nousi kokemuksen tuoma varmuus havainnoinnin tekemiseen. Erilaisten mittareiden ja arviointimenetelmien käyttö oli erittäin vähäistä. Vain yksi kehittämistyöpajoihin osallistuneesta 21:stä työntekijästä kertoi käyttävänsä joitakin mittareita tai arviointimenetelmiä havainnoinnin tukena. Työntekijät kyllä nimesivät toimintakyvyn edellytysten arvioinnissa käytettäviä mittareita, mutta eivät käyttäneet niitä arjessa toimintakyvyn arvioinnissa, seurannassa ja edistämisessä.

Havainnoinnin kohteena oli yleisimmin ikäihmisen yleisvointi. Tällöin havainnoitiin vireystilaa, päivänaikaista aktiivisuutta ja passiivisuutta sekä mielialaa, ilmeitä ja eleitä. Muita havainnoinnin kohteita oli päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, liikkuminen päivittäisten toimintojen yhteydessä, tasapaino, halu liikkua, kipu, apuvälineiden tarve, esteettömyys, terveyteen liittyvät mittaukset sekä liikkumiseen vaikuttavat sairaudet.

Päivittäisten toimintojen yhteydessä havainnoitiin, miten henkilö pystyi itsenäisesti tai apuvälineen avulla liikkumaan, nousemaan sängystä ja tuolista ylös, hengästyikö hän toiminnan aikana helpommin kuin aiemmin, miten jaksoi liikkua pitempiä matkoja, miten kävely sujui ja vaikuttivatko kivut liikkumiseen. Liikkumisen yhteydessä havainnoitiin tasapainoa, liikkumisen varmuutta ja pystyasennossa tapahtuvaa huojuntaa. Sängystä ja tuolista ylösnousun yhteydessä arvioitiin lihasvoimaa. Havaintoja verrattiin aiempaan tilanteeseen ja vointia seurattiin useammalla käynnillä.

Havainnointia tehtiin myös fyysiseen kuntoon sekä fyysisiin rajoitteisiin liittyen. Kipu nähtiin yhdeksi fyysiseksi rajoitteeksi. Kipua

työntekijät arvioivat havainnoimalla ilmeitä ja eleitä ja miten kivut vaikuttavat liikkumiseen.

”kyllä se kokonaiskuva, fyysiset rajoitteet”
”näkkee kyllä siitä psyykkisestä käyttäytymisestä onko masentunut”
”varsinki jos on ollu pari päivää pois huomaa jos toimintakyvyssä on tullu takapakkia”
”päivittäin uudelle vuorolle käydään läpi varsinki jos on jotaki poikkeavaa”
”onhan tähän liikkumispuoleen aika selkeitä nouseeko sängystä ylös”
”omat silmät”
”havainnointikyky”

Erityisesti kiinnitettiin huomiota toiminnassa ja käyttäytymisessä tapahtuneisiin muutoksiin vertaamalla tilannetta edelliseen tapaamiskertaan. Havainnointien tekemiseen liittyy olennaisena osana seuranta. Muutoksista keskusteltiin työkavereiden kanssa, ja muutokset kirjattiin. Kirjaaminen koettiin haasteelliseksi, koska arjen työssä ei käytetty mittareita, eikä yhteisesti ollut sovittu mallia siitä, mitä ja miten kirjataan. Työntekijöiden puheessa nousi vahvasti esille ammatillisen tiedon jakamisen tärkeys, ja sen jakamiseen kaivattiin enemmän yhteistä aikaa.

Haastattelu ja kommunikointi ikäihmisen kanssa määriteltiin yhdeksi arviointivälineeksi. Kommunikoinnissa työntekijät kiinnittivät huomiota ikäihmisen ilmeisiin, eleisiin ja äänen painoon. Asiakkaalta kysyttiin vointia ja pyydettiin häntä itseään kertomaan, mitä on tapahtunut ja onko hän itse huomannut omassa voinnissaan ja liikkumisessaan muutoksia. Haastattelun avulla selvitettiin myös sosiaaliin suhteisiin ja tukiverkoston liittyviä asioita.

”kommunikoinnista ja liikkumisesta, niistä pääsee sitte etteenpäin missä asioissa se tarvii sitä apua”
”haluan haastatella ja luoda oman kuvan hänestä en lähe heti lukemaan papereista”
”osaa vanhus itekki kertoa mitä on tapahtunu”

Arvioinnissa tulisi huomioida myös omaisten näkökulma, mutta tämä ei työntekijöiden mukaan aina toteudu. Työntekijät kokivat, että työparin kanssa tehtynä arviointi olisi luotettavampi ja näin arvioinnissa tulisi huomioitua eri näkökulmia. Esimerkiksi apuvälinetarpeen arvioinnissa työntekijät kokivat useamman näkökulman olevan tarpeen. Työntekijät nostivat esille moniammatillisen yhteistyön tärkeyden toimintakyvyn edellytysten arvioinnissa sekä apuvälinetarpeen arvioinnissa. Joissakin yksiköissä oli mahdollisuus hyödyntää monialaista ja moniammatillista osaamista. Näissä yksiköissä kävi säännöllisesti fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä puheterapeutti.

Työntekijät kokivat, että toimintakyvyn psyykkisiin edellytyksiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Mielenterveys- ja päihdeongelmien koettiin lisääntyneen ikäihmisten keskuudessa viime vuosien aikana, ja tällaisten ongelmien kohtaaminen koettiin haasteelliseksi. Työntekijät kaipasivat lisää koulutusta ja osaamista psyykkisten edellytysten arviointiin ja tukemiseen. Yhteistyö omaisten kanssa koettiin tärkeäksi. Ulkoilu ja erilaisten aktiviteettien tärkeys ymmärrettiin ja niitä haluttaisiin toteuttaa enemmän. Aktivoinnille ei kuitenkaan jää työntekijöiden mukaan riittävästi aikaa.

Lopuksi

Tähän tutkimukseen osallistuvat vanhuspalveluissa toimivat työntekijät osasivat luontevasti jakaa toimintakyvyn edellytysten arvioinnin fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen. Lisäksi he nostivat henkisen osa-alueen merkittäväksi toimintakyvyn kuvauskohteeksi. Tulos on tärkeä, sillä toimintakykyä on aina syytä tarkastella laaja-alaisesti (Talo & Rytökoski 2016; Pohjolainen 2007; Wang 2004). Sen sijaan toimintakyvyn käsittejä ei ymmärretty, ja siksi toimintakyky ns. kattokäsitteenä määritettiin suppeasti vain toiminnoiksi, jotka edustavat ikäihmisen toteuttamia perustoimintoja omassa elinympäristössään. Tämä on ymmärrettävää, koska

usein toimintakyky nähdään pelkästään päivittäisistä perustoiminnoista selviytymisenä (Heikkinen 2013; Wang 2004; Laukkanen 2003; Knight 2000). Mahdollisuutta työskennellä kuntoutustyöntekijöiden kanssa ja hyödyntää heidän osaamistaan ei ollut kaikissa yksiköissä. Kuntoutustyöntekijän toivottiin kuuluvan vakinaiseen henkilökuntaan.

Kehittämisprosessiin osallistuneet kokivat asioiden pohtimisen yhdessä erittäin tärkeäksi. He kokivat saaneensa toisiltaan uusia näkökulmia omiin toimintatapoihinsa. Kehittämisprosessin aikana osa työntekijöistä havahtui siihen, miten sairauskeskeistä oma työskentely oli ollut. Työntekijät oivalsivat, miten pienillä asioilla ja teoilla he voivat helpottaa sekä omaa työtään että aktivoida ikäihmistä itse suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista. Yhteisessä keskustelussa havahduttiin myös siihen, että aina ei tarvitse olla ohjattua viriketoimintaa, vaan pienet asiat päivittäisten toimintojen yhteydessä ovat merkityksellisiä. Työntekijät toivatkin esille aiheeseen liittyvät lisäkoulutustarpeet. Omien piintyneiden toimintatapojen ja asenteiden muuttaminen nähtiin tärkeänä. Yhteisen ymmärryksen kehittymiseen tarvitaan aikaa. Ennen kaikkea tarvitaan yhteinen näkemys toimintakyväkäsitteestä ja selkeä käytäntö toimintakyvyn arvioinnin ja edistämisen toteuttamiseen (Talo & Rytökoski 2016). Arjen työvälineiden tulisi olla helppoja, nopeita ja sellaisia, joita voi käyttää havainnoinnin tukena (THL 2011). Tässä hankkeessa ikäihmisen voinnista tehtyjä havaintoja verrattiin edelliseen tapaamiskertaan, mutta havaintojen kirjaaminen ei toteutunut systemaattisesti eikä aikaisemmin kirjattua tietoa hyödynnetty riittävästi. Kirjatun tiedon hyödyntäminen koettiin haasteelliseksi mm. henkilökunnan ja asiakkaiden vaihtuvuuden vuoksi. Kirjaamiseen toivottiin myös yhtenäisiä käytäntöjä ja systemaattisuutta: mitä kirjataan ja miten kirjataan.

Moniammatillista yhteistyötä kuntoutustyöntekijöiden kanssa tulee edelleen kehittää. Yhteinen keskustelu avasi silmiä sille, mitä

kaikkea toimintakyky on ja mitä kaikkea siihen liittyy. Kehittämisen prosessi lisäsi toimintakyky-käsitteeseen liittyvää yhteistä ymmärrystä ja loi pohjaa sekä omien että koko työyhteisön toimintamallien kehittämiseksi (WHO 2010).

Reilun puolen vuoden jälkeen toteutetussa neljännessä työpajassa osallistujat arvioivat kehittämissuunnitelman vaikutuksia omiin toimintatapoihinsa. Työntekijät kokivat, että heidän toteuttamansa ikäihmisen toimintakyvyn havainnointi oli kohentunut. Lisäksi ikäihmisen aktivoiminen omatoimisuuteen ja omien olemassa olevien voimavarojen käyttöön oli lisääntynyt. Työntekijöiden puheesta ilmeni, että aikaisemmissa tapaamisissa yhdessä käsiteltyä ICF-luokituksen mukaista teoriatietoa, mm. kehon rakenteista ja toiminnasta, hyödynnettiin arjen työssä. Tämä tieto oli myös auttanut työntekijöitä ymmärtämään kuntouttavan työnteon merkitystä ja sisältöä.

Toimintakyvyn arviointi on tärkeä osa ikääntyneiden palveluiden suunnittelua. Arvioinnin ei tule olla itseisarvo, vaan sen tulee johtaa toimintakykyä ylläpitäviin ja edistäviin toimenpiteisiin. Hoitohenkilökunta tulee aktivoida sekä kouluttaa oivaltamaan toiminta-

kyvyn käsite ja kannustaa arviointimenetelmien säännölliseen käyttöön. Taito sekä sopimus siitä, mitä toimintakyvyn arviointimenetelmää käytetään, auttaa oikeiden palveluiden ja kuntouttavien toimenpiteiden valinnassa. Vanhustyössä tulee vahvistaa gerontologista ja geriatrasta osaamista. Ennaltaehkäisevän toiminnan tulee kohdistua erityisesti itsenäisen liikkumisen edellytysten ja riskitekijöiden tunnistamiseen. Työyhteisöissä tapahtuvassa koulutuksessa ja kehittämisessä tulee hyödyntää osallistavia menetelmiä, joiden avulla voidaan päästä aitoon yhteisen ymmärryksen lisääntymiseen sekä yhteisten menetelmien ja työkielen käyttöön.

Kiitos Ulla Rytökoski, LT, fysiatriri, tekstin tarkastuksesta ja kommentoinnista.

Yhteydenotto:

Sari Arolaakso, TtM, lehtori
Lapin ammattikorkeakoulu
Sähköposti: sari.arolaakso@lapinamk.fi



Kirjallisuus

- Abbott, R.D., White, L.R., Webster, R.G., Masaki K.H., Curb J.D. & Petrovitch H. (2004). Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men. *JAMA*, 292(12), 1447–1453.
- Arolaakso-Ahola, S. & Rutanen, M. (2007). *Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen palvelutalossa, Pilottitutkimus*. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Aromaa, A., Gould, R., Hytti, H. & Koskinen, S. (2005). Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Teoksessa Aromaa, A., Hutunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.), *Suomalalaisten terveys* (s. 134–148). Helsinki: Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES.
- Beaton, K. & Grimmer, K. (2013). Tools that assess functional decline: systematic literature review update. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 485–494.
- Buchman, S.A., Boyle, A.P., Wilson, S.R., Tang, Y. & Bennett, D.A. (2007). Frailty is Associated With Incident Alzheimer's Disease and Cognitive Decline in the Elderly. *Psychosomatic Medicine*, 69, 483–489.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (8), 129–136.
- Fieo, A.R., Austin, J.E., Starr, M.J. & Deary I.J. (2011). Calibrating ADL-IADL scales to improve measurement accuracy and to extend the disability construct into the preclinical range: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 11, 42.
- Grill, E., Hermes, R., Swoboda, W., Uzarewicz, C., Kostanjsek, N. & Stucki, G. (2005). ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27 (7/8), 411–417.

- Heikkinen, E. (2013). Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi. *Gerontologia*, 27(4).
- Heimonen, S. & Pohjolainen, P. (2009). *Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen*. Ikäinstituutti. Oraita 1/2009.
- Helin, S. (2001). *Ikäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi*. Jyväskylän yliopisto. Studies in Sport, Physical Education and Health 71.
- Katz, S. & Stroud, W. (1989). Functional Assessment in Geriatrics, A Review of Progress and Directions. *JAGS*, 37, 267–271.
- Katz, S. (1983). Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *Journal of The American Geriatrics Society*, 31(12).
- Knight, M.M. (2000). Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1459–1468.
- Kohti parempaa vanhuutta: konsensuslausuma 8.2.2012. *Gerontologia*, 26(1), 44–62.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (2012) (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68/2012. Tampere: THL.
- Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis An Introduction to Its Methodology*. USA: SAGE.
- Lihavainen, K. (2012). *Mobility Limitation, Balance Impairment and Musculoskeletal Pain Among People Aged ≥ 75 years, A Study with a Comprehensive Geriatric Intervention*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Mänty, M. (2010). *Early Signs of Mobility Decline and Physical Activity Counseling as a Preventive Intervention in Older People*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Pikkarainen, A. (2005). *Monialainen ja innovatiivinen gerontologinen kuntoutus osana uudistuvia vanhushpalveluja*. Kuntoutus 1/2005.
- Pohjolainen, P. & Salonen E. (2013). Toimintakyky vanhuudessa – mitkä tekijät sitä määrittävät? *Gerontologia* 26 (4).
- Pohjolainen, P. (2007) *Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen vanhuudessa*. Pohjolainen, P., Sarvimäki, A. & Syren, I. (toim.), Toimintakykyä ja sosiaalista tukea ikäkkäiden, omaisten ja työnteekijöiden arjessa. Esityksiä VI Gerontologian päivillä 4.–5.5.2007 (s.7). Ikäinstituutti ORAITA 3/2007.
- Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A.P., Martelin, T. & Aromaa A. (2013). Ikäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.), *Gerontologia* (s. 56). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sakari-Rantala, R. (2003). Lihasvoimaa ja tasapainonhallintaa: ikäkkäiden kuntosaliharjoittelu tehoa. *Liikunta ja Tiede*, 40(3), 51–53.
- STAKES (2004). *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus*. Ohjeita ja luokituksia. Helsinki: STAKES 2004:4.
- STM (2008). *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.
- STM (2013). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.
- Suominen, H. & Era, P. (2013). Fyysinen toimintakyky ja kehon rakenteen mittaaminen toimintakykytutkimuksissa. *Gerontologia*, 27(4).
- Talo, S. (2010). *Toimintakyvyn biopsykososiaalinen arvioiminen BPS-ICF-mallin viitekehyksessä -koulutus*. Kemi.
- Talo, S., Hämäläinen, A. & Rytökoski, U. (1997). Terveystoimen palveluiden moniammatilliset työvälineet. *Kuntoutus*, 1.
- Talo S., Rytökoski U. (2016). BPS-ICF model, a tool to measure biopsychosocial functioning and disability within ICF concepts: theory and practice updated. *International Journal of Rehabilitation Research*, 39(1).
- Tervaskanto-Mäentausta, T., Taanila, A., Ukkola, O., Mikkilä, L., Jokinen, J. & Varkki, E. (2017). Collaborative diabetes training in outpatient primary care. *Journal of European CME*, 6(1), 1288490.
- THL (2011). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus>. Hakupäivä 15.11.2014.
- Topo, P. (2006). Toimintakyky on biopsykososiaalinen kysymys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 1, 1–2.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Vanhushpalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012 / 980.
- Veijola, A. (2004). *Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla*. Oulu: Oulun yliopisto.
- Wang, T.J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 457–462.

- Wang, L., Larson, E.B., Bowen, J.D. & van Belle, G. (2006). Performance based physical function and future dementia in older people. *Arch Intern Med*, 166, 1115–1120.
- Watson, N.L., Rosano, C., Boudreau, R.M., Simonick, E.M., Ferrucci, L., Sutton-Tyrrell, K., Hardy, S.E., Atkinson, H.H., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T.B., Newman, A.B.; for the Health ABC Study. (2010). Executive Function, Memory, and Gait Speed Decline in Well-Functioning Older Adults. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*.
- Welmer, A.K., Rizzuto, D., Qiu, C., Caracciolo, B. & Laukka, E.J. (2014). Walking Speed, Processing Speed, and Dementia: A Population-Based Longitudinal Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 69(12), 1503–1510.
- WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ haku 7.12.2014