

Katja Latvala

**Vanhusten vuorohoitoon hakeutumisen perusteet
RAI-arviointijärjestelmää hyödyntäen**

Opinnäytetyö

Syksy 2010

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Seinäjoki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidaja AMK

Tekijä: Katja Latvala

Työn nimi: Vanhusten vuorohoitoon hakeutumisen perusteet – RAI-arviointi järjestelmää hyödyntäen

Ohjaaja: Helinä Mesiäislehto-Soukka

Vuosi: 2010

Sivumäärä:32

Liitteiden lukumäärä: 1

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vanhusten vuorohoitoon hakeutumisen perusteita RAI-arviointijärjestelmää hyödyntäen. Tarkoituksena oli selvittää minkälainen kunto oli Palvelukeskus Kotoplassille vuorohoitoon tulevilla vanhuksilla. Tutkimuksen tavoitteena oli saadun tiedon avulla kehittää järjestelmän käyttöä oman organisaation vanhustyössä.

Tutkimukseen käytettiin yhdeksän säännöllisessä vuorohoidossa käyvän vanhuksen RAI-arvoja, jotka oli tehty kevään ja alkukesän 2010 aikana. Vanhukset olivat iältään 60 - 97-vuotiaita, keski-ikä oli 82 vuotta. Opinnäytetyön tutkimuksellinen lähestymistapa oli kvalitatiivinen ja sen analysoinnissa käytettiin sisällön analyysia.

Tämän opinnäytetyön tuloksena voidaan todeta, että vanhuksen tulivat vuorohoitoon seuraavin perustein; osa vanhuksista oli fyysisesti suhteellisen hyvä kuntoisia, mutta suurella osalla tutkituista etenevä dementoiva sairaus heikensi fyysistä kuntoa. Dementoiva sairaus oli merkittävässä osassa tuloksissa. Dementoiva sairaus ei välttämättä vielä heikennä kotona selviytymistä oleellisesti, mutta tulevaisuudessa vuorohoidon lisääminen ja mahdollisesti myös pysyvän laitoshoidon tarve kasvaa, koska dementoiva sairaus etenee ja omaishoitajat ikääntyvät ja väsyvät.

Avainsanat: Vanhukset, RAI-arviointijärjestelmä, vanhusten vuorohoito

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work
Degree programme: Health Care
Specialisation: Registered Nurse

Author/s: Katja Latvala

Title of thesis: Older people's admittance to short term care by using RAI-assessment tool

Supervisor(s): Helinä Mesiäislehto-Soukka and Kristiina Vaahtera

Year: 2010

Number of pages:32

Number of appendices:2

The purpose of this research was to examine the reasons for older people's admittance to short-term care, using the RAI-assessment tool. In addition, to explicate what kind of condition older people had when they came to service centre Kotoplassi. The aim of this study is to develop the systems at Kotoplassi by using the results of this study.

This is a qualitative research, carried out with content analysis. Nine RAI-assessment results were used as a material in this study. The assessments were carried out in the spring and summer of 2010, and included nine elderly persons aged from sixty to ninety-five years of age. The average age was eighty-two years. They all attended short-term care on a regular basis.

The results of this study show that the older people who came to short term-care were in quite good physical condition, but in were suffering from dementia, which deteriorated their physical abilities.

Older people can live in their own homes, even they have dementia. In a future these people may need more short term-care and constant institutional care. Older people diseases worsen with age and their carers become tired.

KEYWORDS: ELDERLY, RAI-ASSESSMENT TOOL, OLD-PEOPLE SHORT TERM-CARE

SISÄLTÖ

OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ	2
THESIS ABSTRACT	3
SISÄLTÖ	4
1. JOHDANTO.....	5
2. VANHUSTEN VUOROHOITON HAKEUTUMINEN	7
2.1 Palveluohjaus vanhusten vuorohoitoon hakeutumisessa.....	7
2.2 Vuorohoito ja sitä tukevat hoitomuodot	10
2.3 RAI -arviointijärjestelmä vanhusten hoidossa	12
3. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	17
3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	17
3.2 Opinnäytetyön lähestymistapa	17
3.3 Opinnäytetyön aineisto ja sen kerääminen	18
3.4 Opinnäytetyön aineiston analyysi.....	18
3.5 Tutkimuseettiset kysymykset	19
3.6 Tutkimuksen luotettavuus	19
4. TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVIEN KUVAUS	20
5. TUTKIMUSTULOKSET	22
6. POHDINTA.....	26
LÄHTEET	28
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni aiheeksi valittiin Vanhusten vuorohoitoon hakeutumisen perusteet RAI-arviointijärjestelmää hyödyntäen. Aihe on ajankohtainen, koska ikääntyneiden määrä kasvaa nopeasti (Tilastokeskus, 2007, [viitattu 31.3.2010]). Samanaikaisesti erilaisten vanhuksille suunnattujen palvelujen tarve kasvaa (Paasivaara, Nikkilä & Voutiainen 2002, 49).

Vanhuspolitiikka on noussut keskeiseksi keskustelun aiheeksi päättäjien keskuudessa. Keskusteluissa on tullut esille myös ajatus, pitääkö vanhusten hoidon laatusuositukset muuttaa laiksi, että vanhukset saavat tasapuolisesti laadukasta hoitoa ja että hoitohenkilökuntaa on riittävästi. Ikäihmisten laatusuositus antaa suuntaviivat siihen, että vanhukset huomioidaan tasapuolisesti (STM 2008). Tässä laatusuosituksessa suositetaan ajatustapaa laitospainotteisuudesta avohoidon suuntaan.

Jokainen kunta tai yhteistoiminta-alue laatii omat vanhusten hoidon strategiat. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus on luotu, että kunnat ja yhteistoiminta-alueet pystyisivät tarjoamaan ikääntyvälle väestölle laadukkaita palveluita, sekä arvioimaan niitä ja niiden kohdentumista. Tätä laatusuositusta ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. (STM 2008, 3.) Lisäksi sosiaali- ja terveystalouden strategiassa vuodelle 2015 mainitaan, että laadukkaita vanhuspalveluja tulisi olla saatavilla vanhusten määrän kasvaessa. Toimintakykyisyyttään menettäneet vanhukset tarvitsevat kuntoutusta, huolenpitoa ja laadukkaita ja kattavia sairaanhoitopalveluita. (STM 2006, 19, 25., [viitattu 31.3.2010.]) Nykyinen suuntaus on, että ikääntyneen kotihoitoa tuetaan mahdollisimman pitkään ja kotiin annettavia palveluja lisätään mahdollisuuksien mukaan (Laatikainen 2009, 3; Ala-Nikkola 2003, 16 - 17). Kotona selviytymistä ja omaishoitajan jaksamista tuetaan rahallisen tuen lisäksi intervalli- eli vuorohoidolla. Tällä hoitomuodolla tarkoitetaan suunniteltua hoitojaksoa esimerkiksi pienkodissa tai vanhainkodissa. (Paasivaara ym. 2002, 50-51.)

Taloudellisuus on yksi merkittävimmistä asioista, kun puhutaan ikääntyneiden hoidosta. Kustannustietoisuus on tärkeää, kun mietitään ikääntyneiden palveluketjua. Suunnittelijoiden täytyy olla tietoisia, onko ikääntyneelle annettava palvelu kohdennettu oikein, eli kohtaavatko tarve ja annettu apu. Toisaalta täytyy miettiä, annetaanko palvelua oikeaan aikaan ja riittävästi. (Paasivaara ym. 2002, 53.) Laskelmien mukaan kotihoito on edullisempaa, kuin laitoshoido, joten tämän takia kotiin annettavia hoitoja suositaan ja kotona selviytymistä tuetaan erilaisin keinoin (Voutilainen 2006, 8; Perälä, Voutilainen, Noro, Finne-Soveri & Sinervo 2006, 53).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää RAI-arviointijärjestelmää käyttäen vanhusten vuorohoitoon hakeutumisten perusteita. Tarkoituksena on tehdä selkoa siitä, millainen kunto on Palvelukeskus Kotoplassille vuorohoitoon tulevilla vanhuksilla. Tavoitteena on, että saadun tiedon avulla pystytään kehittämään RAI-järjestelmän käyttöä oman organisaation vanhustyössä. Kurikan kaupunki otti RAI -arviointijärjestelmän käyttöön vuonna 2001 laitoshoidossa. Kotihoidon RAI on otettu mukaan asiakkaiden arviointiin vuonna 2006. Aktiivisimmin RAI:ta käytetään Palvelukeskus Kotoplassin vanhainkodissa. Siellä RAI on käytössä hoitosuunnitelmien teossa ja osittain myös laadunarvioinnissa. Koska JIK-liikelaitoskuntayhtymältä (Jalasjärvi, Ilmajoki ja Kurikka) puuttuu yhtenäinen, kattava arviointimenetelmä, toivon, että tämä työ avaisi lukijan ymmärtämään RAI:n käyttöä ja monipuolisuutta. Opinnäytetyön tuloksia voivat hyödyntää jatkossa muutkin laitokset JIK-liikelaitoskuntayhtymän alueella.

2 VANHUSTEN VUOROHOITON HAKEUTUMINEN

Vanhusten määrän lisääntyessä erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarvitaan paljon. Ikääntymispolitiikan keskeisin tavoite on kotona asumisen tukeminen ja ikääntyvän väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Monipuolinen tukeminen edellyttää kattavaa tarve- ja voimavara-arviota. (Finne-Soveri, Noro, Heimonen & Voutilainen 2008.) Avohoidossa painopiste on kotihoidossa ja yhä enemmän myös omaishoitajat ovat tärkeässä roolissa. Se, kuinka omaishoitajat ja julkinen palvelujärjestelmä nivoutuvat yhteen on hyvin tilanne- ja paikkakuntakohtainen. Yhteistyö on jatkossa tärkeää, koska omaishoitajien määrä lisääntyy ja lakisääteiset omaishoitajien vapaat lisäävät kotihoidon ja tilapäisen laitoshoidon yhteensovittamista. (Aaltonen 2005, 438.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on asetettu tavoitteeksi, että 91 - 92 % 75 -vuotta täyttäneistä asuu edelleen omassa kodissaan. Tämä tarkoittaa sitä, että kotona asumista ja selviytymistä tuetaan erilaisin keinoin. (STM 2008.) Myös KASTE- ja Terveys 2015 -ohjelma ovat ottaneet tämän asian huomioon, kun niissä on mainittu kotona asumisen tukeminen, avopalvelut ja toimintakykyä edistävä kuntoutus. Se, että vanhus selviytyy kotona mahdollisimman pitkään, merkitsee myös usein vuorohoidon tarvetta. Seuraavaksi paneudutaan tarkemmin vuorohoittoon, sitä tukeviin hoitomuotoihin ja RAI-arviointi järjestelmään.

2.1 Palveluohjaus vanhusten vuorohoittoon hakeutumisessa

Ikäihmisten palvelujen laatusuositusten tavoitteena mainitaan palvelujen laadun parantaminen ja vaikuttavuus. Palveluja ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. (STM 2008, 3.) Kokonaisvaltainen ja toimiva vanhuksen palvelujärjestelmä perustuu saumattomuuteen, jonka peruseriaatteena on asiakaslähtöisyys (STM 2007, 18).

Palvelutarpeen arviointi ja hoitoon pääsyn kriteerit vaihtelevat eri kunnissa. Useasta kunnasta puuttuu kriteeristö, jolla pystytään tasapuolisesti arvioimaan eri henkilöiden avun ja palvelun tarve. RAI-arviointijärjestelmä on hyvä, monipuolinen ja

luotettava apuväline tässä. (Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas & Noro 2006, 5.) Lisäksi pitää ottaa huomioon asiat, jotka eivät näy RAI-arvioinnissa. Tällä tarkoitetaan omaishoitajan väsymistä ja avuntarvetta sekä omaishoitajien lakisääteisiä vapaapäiviä (Vaaramaa & Voutilainen 2002, 81).

Erilaisia palveluja on tarjolla paljon. Arviointia ja päätöksiä siitä, kuka tarvitsee ja minkälaista palvelua, tehdään päivittäin eri yksiköissä niin avo- kuin laitoshoidosakin. Työntekijät ovat keskeisessä asemassa tässä arvioinnissa ja päätöksenteossa. Lyhyt- ja pitkäaikaishoidon lisäksi tehdään päätöksiä kotihoidosta sekä esimerkiksi omaishoidon tuesta. (Ala-Nikkola 2003, 2.)

Tarjottujen ja tarjolla olevien palveluiden pitäisi vastata asiakkaiden tarpeita mahdollisimman hyvin. Tämä tavoite saavutetaan parhaiten laajan yhteistyön avulla. Solmukohtiakin väistämättä esiintyy, yleisin tällainen on vanhuksen siirtyminen palvelusta toiseen. (Leino, Pekola & Wiirilinna 2005.) Erilaisista tuista ja palveluista muodostetaan nykyään toimivia kokonaisuuksia (STM 2007, 20).

Jotta erilaisista palveluista saadaan hyvä kokonaisuus, on palveluita täytynyt integroida. Integroinnilla tarkoitetaan menetelmiä, joilla ohjataan eri hoidon tarjoajien tarjoamia hoitoja ja palveluita. Suomessa yksi integroinnin lähikäsitteistä on palveluohjaus (care/case management). Palveluohjaus on toimintatapa, joka selvittää asiakkaan nykytilannetta ja jonka avulla luodaan palvelukokonaisuus, joka on lähtöisin asiakkaan tarpeista. Tavoitteena on parantaa palveluja, taata hoidon jatkuvuus, vastata vanhuksen muuttuviin tilanteisiin ja poistaa palvelujen päällekkäisyyksiä. Koska monessa tapauksessa laitoshoidon hoitoajat ovat lyhentyneet ja sairaalaan uudelleen hakeutuminen on vähentynyt, voidaan palveluohjaus todeta myös kustannustehokkaaksi menettelytavaksi. Toisaalta, kun hoitoajat ovat lyhentyneet, tarvitaan kotiin annettavia palveluita enemmän. (Perälä, Rissanen, Grönroos, Hammar, Pöyry, Noro, Saalasti-Koskinen & Teperi 2004, 10 - 11.)

Palveluohjauksessa tulee esiin jo aikaisemmin mainittuja solmukohtia. Näitä voidaan nimetä myös eräänlaisiksi rajapinnoiksi siirryttäessä palvelusta toiseen. Se, että palveluohjauksesta tulisi tuloksellista ja saataisiin luotua saumaton palveluket-

ju, pitää näiden rajapintojen ylittäminen olla mahdollista ja vaivatonta. Tähän tarvitaan palveluohjausta. (Valppu-Vanhainen 2002, 19.) Koska yhteiskuntamme on koko ajan muutoksen ja laman kourissa, kuten 90-luvulla, taloudellisuus ja kannattavuus ovat nykyään haaste. Sosiaali- ja terveystalouden määrärahoja leikataan ja on entistä tärkeämpää karsia päällekkäisiä palveluita yksilötasolla. Tämän takia palveluohjauksella pyritään ennaltaehkäisemään kunnan ja valtion varojen päällekkäistä käyttöä. Näin siis palveluohjaus on perusteltua. (Valppu-Vanhainen 2002, 32 - 34.)

Se, että näitä solmukohtia ei tulisi tai että ne olisivat mahdollisimman matalia, vaatii palveluohjaukseen kriteerit. Kriteerien perustana on tarpeen arviointi ja palveluiden kohdentaminen. Ohjausprosessi tarvitsee aikaa, vaikka joskus palvelu tai palvelut täytyy löytyä hyvinkin nopeasti. Ohjausprosessilla pyritään löytämään asiakkaalle sopiva kokonaisuus. Asiakkaan ja läheisten tilanne tulee arvioida mahdollisimman tarkasti. Tämän arvioinnin aikana voi tulla ilmi uuden palvelun tarve tai palvelu, jota asiakas ei enää tarvitse. Arviointi tehdään ensisijaisesti haastattelulla ja testaamalla asiakas. Tämä sisältää myös toimintakykyarvion. Toimintakyvyn arvion tekemiseen on kehitetty erilaisia mittareita ja kyselyitä. Niitä on hyvä tässä yhteydessä käyttää ja samalla kartoittaa vanhuksen selviytymistä kotona ja esimerkiksi muistia. Vanhusten kohdalla on huomattu, että uudeksi isoksi palveluohjausta tarvitsevaisiksi ryhmäksi ovat nousemassa omaishoitajat. (Valppu – Vanhainen 2002, 16, 19 - 23.)

Tässä työssä palveluohjauksella tarkoitetaan sitä työtä, jota sairaanhoitaja tekee vuoro-ohjaukseen tulevan asiakkaan ja omaisen kanssa. Sairanhoitaja neuvoo heitä kotona selviytymisessä, vuorohoidon tarpeellisuudesta ja kotihoidon mahdollisuuksista. Toisaalta yhdessä voidaan miettiä kotiin annettavien palvelujen tarjontaa, onko niille tarvetta tai ovatko ne tällä hetkellä oikeanlaisia. Samalla omaisen voi hoitajan kanssa keskustella jaksamisesta ja miettiä, mitkä asiat auttavat omaista jaksamaan.

2.2 Vuorohoito ja sitä tukevat hoitomuodot

Vanhusväestön keskuudessa erilaiset hoitomuodot tukevat toisiaan ja muodostavat tarkoituksenmukaiset järjestelyt sekä omaishoitajien, että asiakkaiden näkökulmasta. Yksi merkittävin tukipalvelumuoto on lyhytaikainen laitoshoido. Tämä on avo- ja laitoshoidon välille kehittynyt hoitomuoto, josta käytetään myös nimikkettä intervalli-, jakso- tai vuorohoito. Tällä hoitomuodolla tarkoitetaan tilapäistä tai määräajoin toistuvaa kuntouttavaa laitoshoidojaksoa, joka on ympärivuorokautista. Tarkoituksena on tukea vanhuksen kotona selviytymistä, sillä on tärkeä merkitys vanhuksen elämässä. Ulkomaisissa julkaisuissa lyhytaikaisesta laitoshoidosta käytetään käsitteitä respite care ja short term -care. Ensimmäinen termi käsitellään hoitona, jonka ajatellaan auttavan ensisijaisesti omaishoitajaa. Toinen termi mahdollistaa tauon niin hoidettavalle, kuin hoitajallekin. (Salin & Åstedt-Kurki 2005, 130.)

Vuorohoito tarkoittaa hoitoa, jota annetaan tilapäisesti vanhainkodissa, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai pienkodissa. Vuorohoitoa voidaan käyttää esimerkiksi vanhuksen kuntoutumiseen, omaisen tukemiseen tai omaishoitajan vapaa-päivien käyttöön. Vuorohoidolla on mahdollisuus vapauttaa omaishoitaja hetkeksi omaisensa hoidosta. (Lukkaroinen 2002, 36-37; Paasivaara ym. 2002, 50.) Vuorohoito on koettu tarpeelliseksi palvelumuodoksi omaishoitajien keskuudessa, koska se auttaa omaishoitajaa jaksamaan arjessa (Ylirinne 2010, 50 - 51). Myös ikäihmisten palvelua koskevassa laatusuosituksessa on mainittu suositus tarjota lyhytaikaishoitoa (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 34). Lyhytaikaishoitoa toivovat erityisesti ikäihmisten omaishoitajat (Leino ym. 2005, 32). Tavallisimmin vuorohoito järjestetään kunnallisena palveluna (Heinola, Kattainen, Mikkola, Perälä, Topo & Voutilainen 2006, 43).

Kun vuorohoitoa käytetään kuntoutumiseen, esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutettaessa, tavoitteena on, että vanhus kykenee vielä selviytymään kotona. Vuorohoito auttaa vanhusta saattaen kotiutumaan, jolloin vanhus käy vuorohoidossa kuntoutumassa ja hakemassa tukea selviytymiseen. Kotiutumisen jäl-

keenkin vuorohoito on mahdollista järjestää, joko säännöllisesti tai tilapäisesti. Tavoitteena vanhuksen toimintakyvyn tukeminen ja seuraaminen. (Holma 2003, 10.) Hoitojakson tulee olla kuntoutumista ja selviytymistä edistävä (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 12). Toisaalta kuntoutumisella voidaan käsittää henkistä kuntoutumista ja myös silloin vuorohoito on tarpeen. Vuorohoitoa tarjoamalla voidaan saada aikaiseksi palvelurakenne, jossa eri toiminnot täydentävät toisiaan (Holma 2003, 10 - 11.)

Kotihoito tarkoittaa kotiin annettavaa apua. Yleensä se sisältää julkisia kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluja (Ala-Nikkola, 2003, 17). Kotihoidon asiakkaat ovat pääasiassa vanhuksia, jotka tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa tai kotitöissä ja asioiden hoidossa. Kotihoitoa saavista vanhuksista suuri osa on yksin asuvia. Toisaalta kotihoitoa tarvitaan myös psykososiaalisen tuen antamisessa, kuten turvattomuuden ja pelkojen lievittämisessä. (Perälä, Kattainen & Hammar 2006, 24 - 25.) Tilastokeskuksen mukaan kotihoitoa saaneiden vanhusten määrä on kääntynyt laskuun vuosien 2002 - 2004 aikana. Toisaalta samaan aikaan on omaishoidon tuen saajien määrä kasvanut. Huomattava on kuitenkin, että samanaikaisesti käyntikerrat asiakkaiden luona ovat lisääntyneet ja kotihoitoa saavien vanhusten keski-ikä on noussut. Tämä kertoo siitä, että kotona hoidetaan iäkäämpiä ja huonokuntoisempia asiakkaita. (Kauppinen 2006, 36 - 37.)

Omaishoidon tuen tarve on kasvanut tasaisesti viime vuosina. Omaishoidon tukijärjestelmä otettiin käyttöön vuonna 1993. Laki omaishoidon tuesta tuli voimaan vuonna 2006. Vuonna 2005 kunnallista omaishoidon tukea sai 29000 omaishoitajaa. (Voutilainen, Kattainen & Heinola 2007). Euroopassa omaishoito käsitetään perheen ja suvun piirissä annetuksi hoivaksi. Lähtökohtana hoidettavan ja hoitajan välillä on moraalinen velvollisuus. Tästä työstä ei makseta palkkaa. (Saarenheimo 2005, 7.) Suomalaisessa yhteiskunnassa omaishoito käsitetään puolison tai muun perheen jäsenen antamaksi avuksi, johon on mahdollisuus anoa oman kunnan sosiaalihuollosta omaishoidon tukea. Tällä tuella tarkoitetaan hoitopalkkiota, joka maksetaan hoitajalle rahana tai palveluina.

Omaishoidon tukea saa tällä hetkellä 36000 henkilöä, joista 65 vuotta täyttäneitä on 66 % (Kuntatieto 2010). Omaishoidontuesta säädetty tarkennettu laki tuli voimaan 1.1.2007. Laissa on määritelty se, että omaishoitajalla on oikeus lakisääteisiin vapaapäiviin, kuukausittain kolmena päivänä. (Lukkaroinen 2002, 35.) Omaishoidon kehittämistä jatketaan koko ajan osana palvelurakennetta. Usein, kun kunnissa valmistellaan vanhusstrategioita, omaishoito saattaa jäädä muiden palvelumuotojen kehittämisen varjoon. (Aaltonen 2005, 436.)

2.3 RAI -arviointijärjestelmä vanhusten hoidossa

RAI-arviointijärjestelmä on saanut alkunsa Yhdysvalloissa 80-luvun puolessa välissä ensin laitoshoidon tarpeisiin. RAI (Resident Assessment Instrument) on kansainvälinen arviointijärjestelmä, joka on käännetty 17 eri kielelle. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren, Häkkinen, Laine, Vähäkangas, Kerppilä & Storbacka 2001, 6.) Järjestelmällä on pyritty seuraamaan hoidon laatua ja kustannuksia, sekä kehittämään maksujärjestelmää. Järjestelmä perustuu yksilölliseen voimavarojen ja tarpeiden kartoittamiseen, minkä pohjalta tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. RAI -lyhennys tulee sanoista Resident Assessment Instrument, asukkaan arviointiväline. Aluksi RAI:ta käytettiin laitoshoidon laadun apuvälineenä. Myöhemmin siitä on kehitetty omat sovellukset kotihoitoon, psykiatriseen hoitoon ja myöhemmin myös palveluasumiseen, kuntoutusosastoille, akuuttihoitoon ja saattokoteihin. Kehittelyssä on myös kehitysvammahoidon RAI. RAI järjestelmä on käytössä ympäri maailman, yli 30 maassa. (Finne-Soveri, Björkgren, Noro & Vähäkangas 2005, 22.)

Suomeen RAI lanseerattiin 1990-luvun puolessa välissä STAKES:in, eli sosiaali ja terveysalan kehittämiskeskuksen, (nykyisen Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitoksen) toimesta, kun se ensin oli testattu useassa maassa, myös Suomessa (Noro ym. 2001, 3). Laitoshoidon RAI sisältää noin neljä sataa kysymystä, joista on koottu kysymyssarja, joka on nimeltään MDS. MDS tulee sanoista Minimum Data Set, eli pienin tarvittava tietomäärä. Tämä tietopohja kattaa hoidon tärkeimmät osa-alueet taustatiedoista diagnoosien ja lääkityksen määrittämisestä aina toimintakykyyn. Arvioinnin suorittaa hoitotyön tiimi. Arviointi tapahtuu normaalin hoitotyön yhteydessä

seuraamalla asiakkaan toimintaa ja keskustelemalla hänen kanssaan. Tämän vuoksi on vaikea sanoa täsmällisesti arviointiin kuluvaan aikaan. (Noro ym. 2001, 6.)

Tässä työssä käytän numeerisista arvoista lukuja lukuina, en kirjoitettuna, koska se selventää näitä saatuja arvoja ja auttaa hahmottamaan tuloksia. Henkilöistä puhuttaessa numerot kirjoitetaan.

MDS -kysymykset keräävät tietoa oleellisilta alueilta, jonka jälkeen tietokantaan syötetyistä tiedoista muodostuu erilaisia asiakkaan toimintakykyä, voimavaroja ja ongelmia mittaavia mittareita. Näitä mittareita ovat laitoshoidon RAI:ssa päivittäistä toimintakykyä mittaava fyysisen toimintakyvyn mittari ADL ja kognitiota eli demensiaa mittaava CPS. Terveystilaa mittaavat kipu- ja ravitsemusmittarit eli PAIN ja BMI. Psykkistä hyvinvointia mittaa DRS eli masennusmittaristo ja sosiaalista aktiivisuutta SES. Lisäksi hoidon laatua mitataan laadun indikaattorein ja asiakasrakennetta Rug-III -mittarilla. Resident Assessment Protocols eli RAPs mittaa asukkaan voimavaroja ja tunnistaa ongelmia. Juuri tämä mittari on keskeinen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. (Finne-Soveri ym. 2005, 22; Fin-RAI, [viitattu 31.3.2010.])

ADL-mittaristo koostuu neljästä eri osa-alueesta, joiden numeeriset arvot vaihtelevat 4 - 18 välillä. Osa-alueet ovat liikkuminen sängyssä, siirtyminen, ruokailu ja wc:n käyttö. Mitä alhaisemman arvon asiakas saa, sitä omatoimisempi hän on. (Noro ym. 2001, 13.) Kun asiakas kykenee vaihtamaan asentoa itse, liikkumaan ja syömään on fyysinen toimintakyky hyvä. Nämä toiminnot edellyttävät kuitenkin hyvää lihasvoimaa, liikkumiskykyä, tasapainoa ja nivelten liikelaajuutta. Näiden lisäksi päivittäinen päätöksentekokyky ja ymmärtäminen ovat edellytyksiä selviytyä omatoimisesti. Toisaalta myös huono tasapaino, näköön liittyvät vaikeudet, mieliala ja painon lasku vaikuttavat kohonneeseen avuntarpeeseen. Pidempään näistä ADL -osa-alueista säilyvät sängyssä kääntymisen taito ja omatoiminen ruokailu. (Vähäkangas, Lindman & Uusitalo 2005, 148-149.)

CPS (Cognitive Performance Scale) -mittarilla mitataan aivojen mahdollista vajaatoimintaa, eli kognitiota. Tällä mittarilla mitataan lähimuistia, ymmärretyksi tule-

mista, itsenäistä päätöksentekoa, tajunnan tasoa ja kykyä syödä itse. Nämä viisi muuttujaa yhdistetään ja saadaan asteikko 0 - 6. Tämä on verrannollinen Minimal mental muistitestin, eli MMSE: n (Mini-Mental State Examination) kanssa. Taulukossa 1 on esitetty vastaavuudet MMSE:n ja CPS mittariston välillä. Jos esimerkiksi asiakas saa CPS-arvon 0, vastaa se MMSE:stä saatua tulosta 24,9 - 30. Näin ollen asiakkaalla ei ole kognitiivista häiriötä. Jos asiakas taas saa CPS-arvon 5 - 6, on kognitiivinen häiriö vaikea tai erittäin vaikea. Nämä vastaavat MMSE: ssä arvoja 0,4 - 6.9. (Noro ym. 2001, 21.) CPS:n on sanottu olevan parempi mittaristo, koska se ei edellytä tutkittavalta testitilanteesta suoriutumista tai osallistumista, vaan henkilöstöltä kykyä havainnoida tutkittavaa (Finne-Soveri, Noro, Heimonen & Voutilainen 2008).

Taulukko 1. CPS mittariston ja MMSE:n vastaavuudet

CPS	KOGNITION TASO	MMSE KESKIVARVO
0	Normaali	24,9
1	Normaali-lievä alenema	21,9
2	Lievä alenema	19,2
3	Keskivaikea alenema	15,4
4	Keskivaikea-vaikea alenema	6,9
5	Vaikea alenema	5,1
6	Erittäin vaikea alenema	0,4

Lähde: Finne-Soveri, ym. 2008. Gerontologia 2008, 4:229.

Masennusmuuttuja saadaan tarkastelemalla asiakkaan mielialaa ja käyttäytymistä, kuten itkuisuutta, kielteisiä ilmaisuja, pelon ilmaisuja, itseensä tai muihin kohdistuvaa kiukkua, jatkuvaa terveyteen liittyvää valitusta, ahdistuneisuutta ja surullis-

suutta. Näistä saadaan asteikko 0 - 14. Jos asiakas saa yli 3 pistettä, voidaan epäillä masennusta ja siihen on syytä puuttua. (Noro ym. 2001, 21.)

Asiakkaan aloitekykyä ja sosiaalista aktiivisuutta mitataan **SES mittaristolla**, joka kuvastaa osallistumishalukkuutta hoitolaitoksen tapahtumiin. Tässä osiossa asteikko on 0 – 7, tässä 0 tarkoittaa ettei asiakas osallistu yhteisiin tapahtumiin, tai ettei hänellä ole aloitekykyä. (Noro ym. 2001, 22.)

Kipumittaristo on hyvin keskeinen ja helppotajuinen RAI:ssa. Se koostuu kivun tiheydestä ja voimakkuudesta. Kivun arviointi muodostuu asteikoksi siten, että on 0 - 3, numero 0 tarkoittaa ettei asiakkaalla ole kipua. Numero 3 tarkoittaa kipua päivittäin ja se on ajoittain vaikeaa tai sietämätöntä. Asia on ilmennetty taulukossa 2. Jos asukkaalla on vaikea kognition heikkeneminen, eli CPS on 4, on kipua vaikea itse ilmaista tai arvioida. Tällöin hoitajan tehtävänä on tulkita asiakkaan ilmeitä, eleitä ja käytöstä. Tiedot merkitään muistiin. Kivun huomioiminen on erittäin tärkeää, koska kipu on yksi pahimmin elämänlaatua haittaava tekijä, joka voidaan kuitenkin tehokkaasti hoitaa. (Noro ym. 2001, 23.)

Taulukko 2. Kipumittaristo

KIPU	0	Ei kipua
	1	Kipuja harvemmin kuin päivittäin
	2	Kipuja päivittäin/kohtalainen kipu
	3	Kipuja päivittäin, ajoittain vaikea/sietämätön kipu

Asiakasrakennemittarin avulla pystytään resursoimaan ja kohdentamaan hoitohenkilökunta oikein. Sillä pystytään näyttämään toteen kuinka asiakasrakenne on muuttunut esimerkiksi viiden vuoden aikana. Näin ollen RAI on erinomainen johtamisen apuväline. (Noro ym. 2001, 16.) Rug-III-luokitus on todettu erittäin luotettavaksi koska se on testattu laajasti sekä Yhdysvalloissa että Euroopassa ja myös

Japanissa. Luotettavaksi mittariston tekee lisäksi se että asiakkaan luokitus on sama, vaikka arvion tekevä hoitohenkilökunta muuttuu. (Noro ym. 2001, 13.)

RAI:n käyttö on lisääntynyt Suomessa ja sitä on ehdotettu kattavuutensa ja monipuolisuutensa vuoksi yhdeksi keskeiseksi arviointijärjestelmäksi. Juuri arviointimenetelmien monipuolisuus on otettu esille sosiaali- ja terveysministeriön vanhus-ten hoidon ja palvelujen linjauksien suunnitelmassa. (Tie hyvään vanhuuteen 2007, 17.) Esimerkiksi dementiaoireisen ihmisen tilanteen arvioinnissa käytettävistä mittareista RAI on ainut mittaristo, jolla kyetään mittaamaan kaikki ulottuvuudet. Osa mittareista on kehitetty mittaamaan vain tiettyä asiaa, kuten muistia tai fyysistä toimintakykyä, mutta RAI- mittaristossa mitataan toimintakyvystä fyysinen, psyykinen, kognitiivinen sekä sosiaalinen. Lisäksi RAI:ssa mitataan ravitsemus tilanne ja apuvälineiden tarve. (Topo, Voutilainen & Käyhty 2008, 38 - 39.) RAI:n avulla asukkaan toimintakyky pystytään arvioimaan tulotilanteessa ja jatkamaan arviointia säännöllisesti. Uusi arviointi tehdään, jos asukkaan vointi heikkenee tai kohenee oleellisesti, mutta viimeistään puolen vuoden kuluttua viimeisimmästä arvioinnista. Kun asukas on arvioitu ensimmäisen kerran ja tiedot siirretty tietokantaan, seuraavilla kerroilla arvioinnin tekeminen on nopeampaa, koska pohjalla on jo ensimmäinen arviointi, jonka perusteella sitten arvioidaan nykyistä vointia ja toimintakykyä. (Noro ym. 2001, 6.)

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää RAI-arviointijärjestelmää käyttäen vanhusten vuorohoitoon hakeutumisen perusteet. Tarkoituksena on tehdä selkoa siitä, millainen kunto oli Palvelukeskus Kotoplassille vuorohoitoon tulevilla vanhuksilla. Tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää RAI-järjestelmän käyttöä oman organisaation vanhustyössä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisin perustein vanhuksset tulivat vuorohoitoon tehtyjen RAI- arviointien mukaan?
2. Millainen fyysinen kunto vuorohoitoon hakeutuvilla vanhuksilla oli ?
3. Mitä dementoiva sairaus merkitsi vuorohoitoon hakeutumisessa?

3.2 Opinnäytetyön lähestymistapa

Tämän opinnäytetyön tutkimuksellinen lähestymistapa on kvalitatiivinen ja vertaileva. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiedekäsitys on tulkitseva ja ymmärtävä. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihmisten kokemuksia ja todellisuutta halutaan ymmärtää. Asiat tulevat tarkisteluun kohteeksi luonnollisessa yhteydessä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa otos otetaan valikoinnin perusteella. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 20.) Aineistot ovat otokseltaan pienempiä kuin kyselyjen, laatu on tärkeämpi kuin määrä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83).

3.3 Opinnäytetyön aineisto ja sen kerääminen

Opinnäytetyön aineisto koostuu yhdeksän säännöllisessä vuorohoidossa käyvän vanhuksen RAI-arvioinneista. Arvioinnit on tehty kevään ja alkukesän 2010 aikana. Arvioinnit mittaavat päivittäistä toimintakykyä ja kognitiota (dementiaa), kipua, ravitsemusta ja masennusta. Asukkaan voimavarat tulevat myös näistä arvioinneista esiin. Arvioinnit kuvaavat myös vuorohoidossa olevien asiakasrakennetta. Arviointitieto on esitetty kunkin asiakkaan asiakirjoissa numeerisin kuvauksin. Näiden kuvauksen perusteella opinnäytetyöntekijä tekee päätelmiä siitä, miksi kukin asiakas on tullut vuorohoitoon. Jokaisella vanhuksella on numeerisia kuvauksia kolmesta viiteen sivua.

3.4 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysinä käytetään sisällönanalyysia. Tämä on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jota käytetään useissa tutkimusmenetelmissä. Sisällönanalyysissa on mahdollisuus analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Sisällönanalyysissa tiivistetään aineistoa ja samalla esitetään suhteet, jotka vallitsevat ilmiöiden välillä. Joustavuus ja säännöttömyys ovat tälle analyysimenetelmälle haasteellisia. Tutkijan onkin oman ajatteluprosessinsa avulla selvitettävä tutkimustulokset. Asiantuntijuudesta, jonka kautta myös tutkijan esiymmärrys muodostuu, on tässä hyötyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131-137.) Sisällön analyysissä on luotettavuuden kannalta pidetty ongelmallisena sitä, että tutkijan objektiivisuus on kyseenalaista, koska tutkimustulos perustuu subjektiiviseen näkemykseen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 12).

Tässä opinnäytetyössä käytetty RAI-aineisto analysoidaan siten, että ensin käydään asiakas asiakkaalta läpi ja tutustutaan kuhunkin henkilöön kokonaisuutena asiakirjojen avulla. Tämän jälkeen RAI-aineiston erillisiä osa-alueita analysoidaan vertaillen annettuja arvoja RAI-järjestelmään kehitettyihin viitearvoihin ja toisten henkilöiden arvoihin.

3.5 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuseetikassa on kysymys siitä, että tutkimuksen eri vaiheissa tulee eteen useita päätöksentekotilanteita, joissa tutkijan pitää kunnioittaa tutkittavan oikeuksia. Lainsäädäntö ohjaa näitä oikeuksia. Perustuslaissa on säädetty koskemattomuudesta ja yksityisyydestä. Henkilötietolaki suojaa yksilöä siltä, ettei henkilöä voida tutkimuksesta tunnistaa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan itsemääräämisoikeuden ja potilasasiakirjoihin liittyvän salassapitovelvollisuuden. (Kylmä & Juvakka 2007 139 – 143.) Eettisyyden kannalta on tärkeää, että aineisto pysyy omassa hallussani ja että työssäni säilyy anonyymisyys tulostavaiheessa.

3.6 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuslupaa opinnäytetyöhön pyysin JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän johtokunnalta. (Liite 2). Luvan myönti Kuntayhtymän johtaja Anna-Kaisa Pusa edellytyksin, että kopio valmiista työstä toimitetaan JIK Ky:lle. Luotettavuutta vahvistan kertomalla tutkimuksessa oman lähtökohtani tutkimukseen (reflektiivisyys). Lisäksi luotettavuutta luo RAI:n arvot, joihin vertaan ja tulkiten vuorohoitolaisista saatuja arvoja. Luotettavuutta lisää se seikka, että tulosten raportointi vaiheessa opinnäytetyöntekijä on toisessa työyksikössä töissä.

Uskottavuus tulee ilmi, kun käytän jo tehtyjä RAI-arvioita ja analysoin niitä. Vahvistettavuuden kannalta on tärkeää, että lukija voi seurata tarkasti tutkimusprosessia alusta loppuun asti. Tutkimuksen edetessä siirrettävyys tulee esille, mutta uskon että saatujen tulosten pohjalta nämä tulokset ovat siirrettävissä samanlaisiin yksiköihin ja vuorohoitoasukkaisiin.

4 TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVIEN KUVAUS

Tutkimuksessa käytetään siis yhdeksän säännöllisessä vuorohoidossa käyvän asiakkaan RAI-arviointeja, jotka on tehty kevään ja kesän 2010 aikana. Asiakkaat ovat valikoituneet sen perusteella, että he ovat käyneet Palvelukeskus Kotoplassilla säännöllisessä vuorohoidossa jo pidempään. Yksi asiakas on käynyt vuorohoidossa kevästä 2008, yksi asukas on tullut vuorohoitoon talvella 2009, neljä asukasta keväällä 2009, kaksi syksyllä 2009 ja yksi keväällä 2010. Viidellä asiakkaalla on ollut viikon vuorohoitojakso ja neljällä kahden viikon vuorohoitojakso. Vuorohoitolaisista kolme asuu yksin, neljä asuu puolisonsa kanssa ja kaksi asuu jonkun muun omaisensa kanssa samassa taloudessa.

Vuorohoidossa olevien henkilöiden ikäjakauma on laaja. Nuorin heistä on 60-vuotias ja vanhin 97-vuotias. Keski-ikä on 82 vuotta. Sukupuolijakauma heillä on kolme miestä ja kuusi naista. Viidellä asiakkaalla on omaishoitaja kotona. Tämä omaishoitaja on joko puoliso tai muu läheinen perheeseen kuuluva omainen, esimerkiksi poika. Huomattava on, että jokaisella tutkittavalla miehellä on omaishoitaja.

Neljä vuorohoidossa kävijöistä pärjää kotona pelkästään kotiapujen turvin, heillä ei siis ole omaishoitajaa. Kaksi asiakasta pärjää kotona ilman kotiapuja. Kahdella käy pelkästään kotisairaanhoitaja kerran viikossa, neljällä käy sekä kotipalvelun henkilöstö, että kotisairaanhoitaja. Kotipalvelun henkilöstö käy asiakkaiden luona yhdestä kolmeen kertaan päivässä ja kotisairaanhoitaja kerran viikossa. Yhdellä asiakkaalla käy päivittäin tehostettu kotihoito (Tehko) kolmesta viiteen kertaa päivässä. Tehostettu kotihoito on tiimi, joka hoitaa runsaasti sairaanhoidollista apua tarvitsevia asiakkaita kotona. Asiakkaat ovat usein kotiutuneet terveyskeskuksesta tai keskussairaalasta ja he tarvitsevat runsaasti ja useasti apua päivittäisissä toiminnoissa. Myös asiakkaat, jotka ovat jo pitkään olleet kotihoidon asiakkaita, mutta joiden avuntarve on lisääntynyt, kuuluvat tehostetun kotihoidon piiriin. Asiakkaita, joilla on sekä omaishoitaja että kotihoidon palveluja, on kaksi. Näissä tapauk-

sissa toisessa omaishoitaja on päivisin töissä ja toisessa omaishoitaja tarvitsee omaisensa hygieniasta huolehtimiseen apua. Liite 1.

5. TUTKIMUSTULOKSET

ADL toiminnoissa eli päivittäisissä toiminnoissa arviointiskaala on välillä 0 - 6. Viisi vuorohoitolaista sai arvon 1, joka merkitsee sitä, että asiakas on melko hyvin fyysisissä toiminnoissa selviävä. Tuloksissa he saivat 3 - 8 pistettä 13:sta aktiivisuudesta tunnistimesta. Näissä kohdissa hoitajasta oltiin riippuvaisia kaikkien viiden kohdalla kylpemisessä. Liikkumisessa yksikön ulkopuolella apua tarvitsi neljä viidestä henkilöstä. Lisäksi oli merkintöjä avun tarpeesta wc:n käytössä, henkilökohtaisen hygienian hoidossa, ja siirtymisessä. Tällöin henkilö tarvitsee ohjausta tai rajoitetusti apua.

Huomattavaa kuitenkin on, että neljässä tapauksessa viidestä hoitajat uskovat asiakkaan voivan parantaa fyysistä toimintakykyä omatoimisempaan suuntaan jollakin osa-alueella. Myös kahdessa tapauksessa viidestä asiakas uskoo voivansa parantaa fyysistä toimintakykyään itsenäisemmäksi. Lisäksi kaksi henkilöä asetti omia tavoitteita parantaakseen toimintakykyään.

Näiden lisäksi neljällä henkilöllä viidestä on merkitty kognitiivisen kyvyn vaje, joka tarkoittaa muistiongelmiä joko lähi- tai pitkäaikaismuistissa tai rajoittunutta päätöksentekokykyä. Kolmella viidestä oli kaatumisen uhka, joka johtui huimauksesta tai pyörrytyksestä. Psykykenlääkitys häiritsi kahden asiakkaan päivittäisiä toimintoja.

Kaksi henkilöä sai ADL-toiminnoissa arvon 3. Heillä aktivoituna oli 6 - 8 pistettä 13:sta, mutta avun tarve oli suurempi kuin viidellä aikaisemmin mainitulla henkilöllä. Nämä henkilöt tarvitsivat osittain runsaasti apua tai olivat täysin autettavia, jolloin eivät siis kyenneet toimimaan ilman apua. Toisaalta osassa oli merkitty, että henkilöllä on vain ohjauksen tarvetta. Muuten tulokset olivat muilta osilta hyvin samantapaiset kuin toisella ryhmällä.

Kaksi henkilöä, jotka saivat ADL-osiosta 6 pistettä olivat fyysisiltä toiminnoiltaan täysin autettavia. He tarvitsivat joka kohdassa yhden tai kahden hoitajan avun. Lisäksi näillä molemmilla oli merkittävästi heikentynyt päätöksentekokyky ja sekä

lähi- että pitkäaikaismuistiongelma. Heillä oli ongelmia ymmärtää toisia ihmisiä sekä saada itseään ymmärrettäväksi. Molemmat henkilöt kärsivät akuutista sekavuudesta, kognitiivinen tila oli muuttunut huonommaksi viimeisen viikon aikana ennen arviota. Kaatumisen uhkaa ei ollut, koska molemmat henkilöt ovat lähes vuodepotilaita. Psykososiaalinen kanssakäynti oli vähentynyt, koska henkilöt eivät saaneet itseään ymmärretyksi, eivätkä he itse ymmärtäneet kommunikaatiota.

Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että noin puolet vuorohoitolaisista oli fyysisesti hyväkuntoisia. Tarvittava apu oli lähinnä toimintojen ohjausta ja osittaista apua. Apua tarvittiin kylpemisessä ja liikkumisessa yksikön ulkopuolella. Kahdella henkilöllä avuntarve oli suurempi, he tarvitsivat apua runsaasti tai olivat jopa fyysisesti täysin autettavia. Usein näillä henkilöillä oli ongelmia päätöksenteossa ja muistiongelmat olivat tähän syynä. Kaksi henkilöä oli täysin vuodepotilaita, jotka nostettiin päivittäin pyörätuoliin tai geriatriseen tuoliin istumaan. Nämä henkilöt tarvitsivat lähes aina kahden hoitajan avun.

Masennusta mittaavassa mittarissa raja-arvot ovat 0-14. Jos henkilö saa yli 3 pistettä, on syytä epäillä masennusta ja asiaan on syytä puuttua. Tämän tutkimuksen mukaan kahdeksan henkilöä sai nolla pistettä ja yksi henkilö yhden pisteen. Masennusta ei siis ollut havaittavissa vuorohoitolaisissa.

SES-mittaristo mittaa kuinka paljon asiakkaalla on sosiaalista toimintakykyä. Asiakkaan aloitekyky ja osallistumishalukkuus hoitolaitoksen yhteisiin tapahtumiin mitataan tällä mittarilla. Ystävystyminen, ystävyysuhteiden ylläpito ja ryhmätointa kuuluvat tähän osioon. Tutkittavista henkilöistä neljä osallistuvat harrasteisiin suurimman osan ajasta. Aamuisin virkeimmillään on kahdeksan henkilöä, yksi henkilö toivoo muutosta päivittäisiin rutiineihin ja kaksi henkilöä eivät osallistu ollenkaan laitoksen tapahtumiin, tai osallistuivat vähän. Tästä voidaan päätellä, että vuorohoitolaiset hyötyivät laitoksen sosiaalisesta elämästä ja nauttivat tapahtumista, joita järjestetään vuorohoidon aikana.

CPS-arvot mittaavat aivojen vajaatoiminta-arvoja, eli kognition heikentymistä. Asiakkaat jaetaan seitsemään luokkaan (0 - 6) sen mukaan, minkälainen heidän

kognition tila on. Jos asiakas saa 0, hänen kognitio on normaali, kun taas pistearvon 6 saava henkilö kärsii erittäin vaikeasta kognition häiriöstä. Tässä työssä CPS-arvot jakaantuivat tutkittavilla seuraavasti: Nolla pistettä sai kaksi henkilöä, he selviytyvät siis kaikista CPS arvoihin liittyvistä asioista hyvin. Näin ollen tämä voidaan lukea asiakkaan voimavaraksi, koska hänellä toimii lähimuisti, hän tulee ymmärretyksi, suoriutuu päivittäisestä päätöksen teosta, kykenee itse syömään ja tajunnan taso on normaali.

Kaksi henkilöä sai yhden pisteen. Toisella näistä oli rajoittunut päätöksentekokyky, mutta hän kykeni kuitenkin useimmiten itsenäiseen päätöksentekoon. Toisella henkilöllä oli pitkäaikaismuistiongelma ja päätöksentekokyky oli heikentynyt kohtalaisesti. Hänellä oli myös ajoittain ongelmia ymmärtää toisia ihmisiä.

Kaksi henkilöä sai kaksi pistettä. Näillä henkilöillä molemmilla oli lähimuistiongelma ja toisella myös pitkäaikaismuistiongelma. Molemmilla oli rajoittunut päätöksentekokyky, mutta he tekivät kuitenkin useimmiten itsenäisiä päätöksiä.

Yksi henkilö sai kolme pistettä. Hänellä oli sekä pitkäaikais- että lähimuisti ongelmia, rajoittunut päätöksentekokyky ja ongelmia toisten ihmisten ymmärtämisessä.

Kaksi henkilöä sai täydet kuusi pistettä, eli heidän kognitio oli jo voimakkaasti heikentynyt ja heillä oli vaikea dementia. He kärsivät sekä lähi- että pitkäaikaismuistiongelmistä, eivätkä kyenneet itsenäiseen päätöksentekoon. Heillä oli vaikeuksia ymmärtää toisia ihmisiä.

Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että kahden kotihoidossa olevan vuorohoitolaisen kognitio on niin alentunut, että heidän kanssaan kommunikointi on vaikeaa. Viidellä vuorohoitolaisella kognition on eri asteisesti alentunut, joten heidän dementia tulee tulevaisuudessa vaikeutumaan ja kotihoidossa ongelmia on jo nähtävissä omaishoitajien väsymisessä. Kahdella tutkittavalla kognitiossa ei ole ongelmia ja näiden vanhusten ongelmat ovatkin lähinnä sosiaalisia ja fyysisten toimintojen heikkenemistä. Näiden vuorohoitolaisten kanssa toimiminen sujuu

kognition tasolla hyvin, koska he kykenevät itsenäiseen päätöksentekoon ja vuorovaikutus on helppoa.

Kivun arviointi muodostuu asteikoksi siten, että mitataan, kuinka usein ja kuinka voimakasta kipua asiakas tuntee. Asteikko on 0 - 3. Yhdeksästä asiakkaasta seitsemällä ei ollut kipuja. Yhdellä oli kipuja harvemmin kuin päivittäin ja yhdellä päivittäistä kipua ja kipu oli kohtalaista. Tutkittavat ovat suhteellisen kivuttomia ja ne joilla kipuja esiintyy, niitä voidaan olemassa olevin keinoin lievittää.

Asiakasrakennemittaristoa voidaan ensisijaisesti käyttää henkilöstön kohdentamisessa oikein, eli se on johtamisen väline, mutta se kertoo myös asiakkaiden tarvitsemasta avusta. Keskiarvoksi voidaan määrittää 1 ja jos asiakkaan luku on alle 1 hän tarvitsee prosentuaalisesti keskimääräisesti vähemmän apua. Jos taas luku on esim 1,30, hän tarvitsee 30 % enemmän apua.

Tutkittavien vuorohoitolaisten asiakasrakenne vaihtelee 0.42–1,29 välillä. Keskiarvoksi saadaan näin 0,75. Viisi vuorohoitolaista saavat tulokseksi alle 0,50, yksi 0,77 ja loput kolme saivat arvoksi 1,26–1,29. Näistä arvoista saadaan kliiniset pääryhmät, joissa alentunut fyysinen toimintakyky on kuudella henkilöllä, yhdellä on käytöshäiriöitä, yhdellä kognitiivisten toimintojen heikkeneminen ja yksi on kliinisesti monimuotoinen.

Tulokset osoittavat, että kuuden tutkittavan kanssa pärjää pääsääntöisesti yksi hoitaja, mutta kolmen kanssa hoitaminen yksin on työlästä ja joissakin tilanteissa lähes mahdotonta. Voidaankin miettiä kuinka omaishoitajat selviytyvät päivittäisistä hoitotoimenpiteistä näiden vanhusten kanssa kotona yksin tai tilapäisen avun turvin. Kun vuorohoitolainen on fyysisesti ja kognition perusteella sellaisessa kunnossa, että hoitaminen yksin alkaa olemaan vaikeaa, jatkuvan laitoshoidon tarve alkaa olla akuutti.

6. POHDINTA

Nyt kun opinnäytetyö on valmistumassa, on aika pohtia työn tekemisen prosessia. Koska edellisestä opiskeluaikastani oli kulunut jo 15 vuotta aikaa, ensimmäinen syksy meni siihen, että yritin päästä kiinni tämänpäivän opiskelutyulistä. Oman haasteensa asetti opiskelu työn ja perheen ohella. Olenkin kehittynyt huomattavasti ajan organisoinnissa ja asioiden aikatauluttamisessa.

Puolentoista vuoden opiskeluaika meni yllättävän nopeasti. Tässä vaiheessa ymmärrän hyvin, miksi heti koulutuksen alussa opettajat kehottivat miettimään opinnäytetyön aihetta ja aloittamaan työn tekemisen mahdollisimman pian. Opinnäytetyö on laaja ja perusteellinen näyttö siitä, kuinka tutkimustyötä tehdään, kuinka siinä näkyy tutkimuksen teoria ja miten se yhdistetään käytäntöön. Lopputuloksena saadaan tietoa tutkitusta asiasta ja sitä hyödynnetään käytännössä. Tutkimuksen edetessä hahmottuu myös mahdollisen jatkotutkimuksen aihe. Itselleni opinnäytetyön aihepiirin valintaa helpotti oma työ ja keskustelu hoiva- ja hoitotyön johtaja Tarja Palomäen kanssa. Yhteistyön tuloksena päädyin selvittämään vanhusten vuorohoitoon hakeutumisen perusteita RAI-arviointijärjestelmää hyödyntäen.

RAI-arviointijärjestelmä auttaa hoitajia hoidon suunnittelussa, ottaen huomioon vanhuksen voimavarat ja ongelmat. RAI-arviointijärjestelmä on hyvä työkalu asukkaan voinnin seurantaan ja toimii näin myös laatutyökaluna. Kun RAI-järjestelmää on käytetty pidempään, voidaan sitä hyödyntää henkilökunnan kohdentamisessa oikein ja mahdollisesti myös keinona osoittaa päättäjille lisä henkilökunnan tarve.

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena löytää vastauksia siihen, minkälaisin perustein vanhukset hakeutuvat vuorohoitoon. Tässä hyödynnettiin RAI-arviointijärjestelmästä saatuja tuloksia. Yhteenvetona voidaan todeta, että vanhukset olivat fyysisesti suhteellisen hyväkuntoisia, mutta heillä oli muistihäiriöitä ja he tarvitsivat osittain apua myös päivittäisissä toiminnoissa. Kaksi vuorohoitolaista olivat lähes vuodepotilaita, jotka tarvitsivat kahden hoitajan avun ja tulevaisuudessa he ovat pian pitkäaikaisen laitospaikan tarvitsijoita. Tässä voidaan pohtia, kuinka omaishoitajat jaksavat ja pystyvät hoitamaan heitä kotona.

Dementoiva sairaus oli tutkittavilla merkittävä syy vuorohoitoon hakeutumiseen. Dementian eteneminen oli keskeinen tekijä viidellä tutkittavalla. Pitkäaikais- ja lähimuisti ongelmat vaikeuttivat kotona selviytymistä ja omaishoitajan jaksamista. Niillä, joilla kognitio oli voimakkaasti heikentynyt, päätöksenteko oli vaikeaa tai he eivät kyenneet itsenäiseen päätöksentekoon.

Näistä tuloksista voidaan todeta, että keskeiset syyt vuorohoitoon hakeutumiseen olivat fyysinen avuntarve päivittäisissä toiminnoissa, dementia, omaishoitajan väsyminen ja sosiaaliset syyt. Yllättävä huomio oli muutaman tutkittavan kohdalla se, että hoitajat uskovat vanhuksen selviytyvän päivittäisistä toiminnoista paremmin, kuin mitä RAI-arviointi osoittaa. Tästä voidaan päätellä, että kotona omaishoitajat avustavat joissakin tapauksissa ehkä liikaakin hoidettavia. Fyysisen kunnon ja dementian etenemisen kannalta tämä ei ole hyvä, vaan vanhusta pitäisi kannustaa omatoimiseen toimintaan ja avustaa vain sellaisissa toiminnoissa, jossa hän todella tarvitsee apua. Näin toimiessa toimintakyky säilyy pidempään.

RAI-arviointijärjestelmä antaa paljon mahdollisuuksia jatkotutkimus aiheeksi. Jos mietitään tätä tutkimusta, voitaisiin jatkotutkimus rakentaa esimerkiksi puolen vuoden päästä tehtäviin RAI-arviointeihin. Niistä voitaisiin katsoa, kuinka näiden tässä tutkimuksessa mukana olevien vanhusten vointi on muuttunut ja mitä se tarkoittaa vuorohoidon kannalta. Toisaalta vuorohoidossa käyvien asiakkaiden RAI-arviointien vertaaminen esimerkiksi jo laitoshoidossa olevien asukkaiden arviointeihin, ja mahdollisesti myös kotihoidon asiakkaisiin antaisi tuloksia siitä, minkä kuntoisia vanhuksia on palvelujen piirissä.

Tulevaisuudessa RAI-arviointijärjestelmä on laajenemassa Palvelukeskus Koto-plassilla pienkoteihin. Tämä antaa jälleen uusia mahdollisuuksia pohtia ovatko hoitoa tarvitsevat vanhukset oikean hoidon piirissä. Toisaalta tämä arviointijärjestelmä on hyvä laadun mittari. Koska kyseessä on hyvä mittausväline, pitäisi siitä ottaa mahdollisimman paljon hyötyä irti. Vastuu henkilöille tulee antaa riittävästi työaikaa selvittää RAI:sta nousevia haasteita. Henkilökuntaa tulee kouluttaa riittävästi ja tukea alkuvaiheessa, että arviointijärjestelmästä tulee jokapäiväinen työkalu vanhusten laadukkaaseen hoitoon.

LÄHTEET

- Aaltonen, E. 2005. Omaishoidon kehittäminen osana kotihoitoa. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (4), 438.
- Ala-Nikkola, M. 2003. *Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa?* Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) *Laadukkaat dementia palvelut: Opas kunnille*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A. & Vähäkangas, P. 2005. RAI – järjestelmän esittely. Teoksessa: Noro, A., Finne - Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. *Ikäntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. 2006. *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Heimonen, S-L. & Voutilainen, P. 2008. *Toimintakyvyn kognitiivisen ulottuvuuden arviointi osana tuen ja palvelujen tarpeen arviointia*. *Gerontologia* 4, 228-237.
- Fin-RAI. *Laatua vanhusten hoitoon*. [Viitattu 31.3.2010].
Saatavana: www.finrai.fi/esittely/mittarit.
- Heinola, R., Kattainen, E., Mikkola, H., Perälä, M-L., Topo, P. & Voutilainen, P. 2006. *Omaishoito*. Teoksessa: Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. Helsinki: Valopaino Oy.
- Holma, T. 2003. *Laatua vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Edita Oy.

- Kauppinen, S. 2006. Kotipalvelujen kehitys. Teoksessa: Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. Helsinki: Valopaino Oy.
- Kuntatieto. 2010. [Viitattu 1.6.10]. Saatavana: www.kuntatieto.fi
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki.
- Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Teoksessa: Hoitotiede 11 (1): 3 - 12.
- Laatikainen, M. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009. Kelan tutkimusosasto. Sastamala: Vammalan kirjapaino.
- Leino, I., Pekola, E. & Wiirilinna, U. 2005. Vanhusten palveluketjun arviointi ja kehittäminen – hankkeen loppuraportti. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 41. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.
- Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Oulu: Oulu university press.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. 2001. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Stakes aiheita 17/2001. Helsinki: Stakes monistamo.
- Paasivaara, L., Nikkilä, J. & Voutiainen P. 2002. Saumattomuus -palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Stakes oppaita 49. Helsinki.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Perälä, M-L., Kattainen, E. & Hammar, E. 2006. Ikääntyminen ja palvelujen kysyntä. Teoksessa: Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. Stakesin työpapereita 23/2006. Helsinki: Valopaino Oy.

Perälä, M-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, E., Pöyry, P., Noro, A., Saalasti-Koskinen, U. & Teperi, J. 2004. Asiakkaan ohjausmallin arviointi. Stakes aiheita 17/2004. Helsinki: Stakes monistamo.

Perälä, M-L., Voutilainen, P., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Sinervo, T. 2006. Stakesin kokonaisarvio siitä mihin suuntaan vanhustenhuollon palvelurakennetta tulisi kehittää. Teoksessa: Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. Stakesin työpapereita 23/2006. Helsinki. Valopaino Oy.

Saarenheimo, M. 2005. Gerontologia 19: 143-147.

Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vanhusten lyhytaikaisesta laitoshoidosta. Gerontologia 3: 130-141.

STM, 2006. Sosiaali- ja terveystalvvelujen strategiat 2015. [Viitattu 31.3.10] Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=28707&name=DLFE-3798.pdf

STM, 2007. Tie hyvään vanhuuteen. 2007. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystalvveluministeriön selvityksiä 2007:8. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

STM, 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveystalvveluministeriön julkaisuja 2008:3. [Verkkosivusto]. [Viitattu 31..2010]. Saatavana: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus.

Tilastokeskus. 2007. [Verkkosivusto]. [Viitattu 31.3.2010]. Saatavana: www.tilastokeskus.fi.

Topo, P., Voutilainen, P. & Käyhty, M. 2008. Asiakkaan tilanteen tunnistaminen palvelujen perustana. Teoksessa: Laadukkaat dementiapalvelut – opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vaaramaa, M. & Voutilainen, P. 2002. Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

- Valppu-Vanhanen, A. 2002. Paremmiin palveluohjauksella. Yksilökohtaisilla palveluohjauksella joustavuutta hyvinvointipalveluihin. Jyväskylä: Yliopistopaino
- Voutilainen, P. 2006. Vanhuspolitiikan tavoitteet. Teoksessa: Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. Stakes työpapereita 23/2006. Helsinki: Valopaino Oy.
- Voutilainen, P., Kattainen, E. & Heinola, R. 2007. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna – selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994–2006 Stakes Hki 2007. [Viitattu 1.6.2010]. Saatavana: http://www.omaishoitajat.com/files/ajankohtaista_07omaishoitoselvitys
- Vähäkangas, P., Lindman, K. & Uusitalo, K. 2005. Teoksessa: Ikäntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.
- Ylirinne, A. 2010. Omaishoitajien kokemuksia puolison vuorohoidosta laitoksessa. Progradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

LIITTEET

Liite 1. Tutkittavien taustatiedot

9 tutkittavaa, 3 miestä, 6 naista

Ikärakenne			Asumismuoto:
< 60v	1 hlö		3 yksin asuvaa
61-70v	0 hlöä		4 puolison kanssa asuvaa
71-80v	1 hlö		2 muun omaisen kanssa asuvaa
81-90v	6 hlöä		
91-100v	1 hlöä		
Omaishoitajat:		Kotihoito	
Puoliso	3:lla	Kotipalvelu	0
Joku muu lähi-omainen	2:lla	Kotisai- raanhoito	2
Ei omaishoitajaa	4:llä	Kotipalv. + ksh	4
		Tehko	1
		Ei mitään	2

