

# **IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN PALVELUTALOSSA**

## **Pilottitutkimus**

Sari Arolaakso-Ahola

Maaret Rutanen

Fysioterapian ja toimintaterapian

Pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Kevät 2007

## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	1
<b>2 IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYKY JA SEN TUKEMINEN</b> .....	3
2.1 Toimintakyky .....	3
2.2 Toimintakyvyn tukeminen .....	6
2.2.1 <i>Liikkumiskyky</i> .....	8
2.2.2 <i>Päivittäiset toiminnot</i> .....	11
2.2.3 <i>Elämänlaatu</i> .....	13
<b>3 PALVELUTALO ASUINYMPÄRISTÖNÄ</b> .....	15
<b>4 YHTEENVETO</b> .....	17
<b>5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS</b> .....	18
<b>6 MENETELMÄT</b> .....	19
6.1 Tutkimusasetelma .....	19
6.2 Tutkimuksen kohdejoukko .....	21
6.3 Taustamuuttajat.....	21
6.4 Tutkimusmuuttajat .....	22
6.4.1 <i>Liikkumiskyky</i> .....	22
6.4.2 <i>Motoriset ja prosessitaidot päivittäisissä toiminnoissa</i> ..	23
6.4.3 <i>Elämänlaatu</i> .....	23
6.5. Interventio.....	24
6.6 Tilastolliset analyysimenetelmät .....	25
<b>7 TULOKSET</b> .....	26
7.1 Taustamuuttajat.....	27
7.2 Toimintakyky .....	27
7.3 Elämänlaatu .....	29
<b>8 POHDINTA</b> .....	32
<b>9 JOHTOPÄÄTÖS</b> .....	37
<b>LÄHTEET</b> .....	38
<b>LIITTEET</b>	
<b>Liite 1: Tiedote ja kirjaamisohje hoitohenkilökunnalle</b>	
<b>Liite 2: Tiedote ja kirjaamisohje päiväkeskuksen henkilökunnalle</b>	
<b>Liite 3: Tutkimusryhmään kuuluvien tutkimuslupalomake</b>	
<b>Liite 4: Kontrolliryhmään kuuluvien tutkimuslupalomake</b>	

**Liite 5: Tiedote tutkimusryhmäläisille**

**Liite 6: Tiedote kontrolliryhmäläisille**

**Liite 7: Kuntouttava hoitosuunnitelma -lomake**

**Liite 8: Kirjaamisohje tutkimusasukkaiden päiväkirjan täyttämiseksi**

## **Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen palvelutalossa**

- pilottitutkimus

Arolaakso-Ahola Sari, Rutanen Maaret

Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, Terveystieteiden laitos Kevät 2007

Fysioterapian ja toimintaterapian Pro gradu tutkielma, 44 sivua, 8 liitettä

---

### **TIIVISTELMÄ**

Jyväskyläläisessä vanhusten asumis- ja hoivapalveluja tuottavassa yhdistyksessä toteutettiin hoitoa ja kuntoutusta yhdistävä pilottihanke asukkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemiseksi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asiakaslähtöisen, yksilöllisen ja moniammatillisen lähestymistavan vaikutusta ikääntyneiden palvelutalon asukkaiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun.

Tutkimukseen osallistuneet vapaaehtoiset (n=30) koottiin kahdesta palvelutalosta keväällä 2005. Koe- ja kontrolliryhmä muodostettiin eri palvelutaloihin. Koeryhmän palvelutalon asukkaille (N=40) tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Koeryhmä muodostui 15 keskimäärin 78-vuotiaasta (SD=7) henkilöstä. Kontrolliryhmään valikoitiin 15 samankäistä, keskimäärin 76- (SD=6) vuotiasta ja toimintakykyluokituksestaan samankaltaista henkilöä. Koeryhmän palvelutalon henkilökuntaa koulutettiin kuukauden ajan lähestymistavan käyttöön. Tutkittavien toimintakykyä ja elämänlaatua arvioitiin ennen 9 viikon interventiota ja sen jälkeen. Intervention aluksi selvitettiin asiakkaan tavoitteet. Jokaiselle laadittiin kuntoutussuunnitelma moniammatillisessa työryhmässä. Suunnitelman toteutusta seurattiin 1-2 viikon välein. Interventiot sisälsivät yksilöllistä ohjausta, ryhmätoimintaa ja kuntouttavaa hoitoa. Palvelutaloon perustettiin viikoittain kokoontuvat kuntosali-, tasapaino-, jumppa-, peli- ja kädentaitojen ryhmät. Toimintakykyä arvioitiin kävelyä ja dynaamista tasapainoa mittaavalla TUG-testillä, tasapainoa mittaavalla Bergin tasapainotestillä sekä toimintojen suorittamiseen tarvittavia motorisia ja prosessitaitoja mittaavalla AMPS-testillä. Elämänlaatua arvioitiin 15D-mittarilla.

Koeryhmästä jäi pois kahdeksan asiakasta. Yksi kuoli ja muiden terveydentila huononi merkittävästi. Kontrolliryhmästä poisjääneitä oli viisi. Kaikkien tutkimusmuuttujien tulokset pysyivät lähes samoina tai muutokset olivat pieniä. Ryhmien väliset tulokset eivät eronneet toisistaan merkitsevästi minkään tutkitun muuttujan osalta.

Lähestymistavan käyttöön ottaminen ei tulosten mukaan lisännyt ikääntyneiden palvelutalon asukkaiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Interventioon käytetty aika oli lyhyt ja ryhmien koko pieni. Olisikin suositeltavaa tarkastella vaikutuksia kohdennetuilla ryhmillä pidemmällä aikavälillä, suuremmilla tutkimusjoukoilla ja asiakaslähtöisillä arviointimenetelmillä.

Asiasanat: ikääntyneiden toimintakyky, elämänlaatu, palvelutalo

## **Promoting the Functional Ability of the Elderly Living in Sheltered Homes**

- pilot study

Arolaakso-Ahola Sari, Rutanen Maaret

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences

Department of Health Sciences, Spring 2007

Master's thesis in physiotherapy and occupational therapy, 44 pages, 8 appendixes

---

### **ABSTRACT**

At old peoples housing- and care facility producing association, a pilot project was carried out concerning the integration of care and rehabilitation to promote the resident's functional ability and quality of life in Jyväskylä. The purpose of this study was to investigate the effects of a client-centered and multi-professional rehabilitative approach to the functional ability and quality of life of elderly people living in sheltered home.

Elderly volunteers (N=30) who took part in the study were gathered from two sheltered homes in spring 2005. The test group and control group were established at different sheltered homes. The opportunity to take part in the study was offered to all residents (N=40) in test group's sheltered home. The test group consisted of 15 people average the age of 78-years (SD=7). The control group screened 15 elderly people of the same age group, on average 76-(SD=6) year old people who had the same kind of classification of functional ability. The staff at the test group's sheltered home were trained for one month to use the approach. The resident's functional ability and quality of life was measured prior to and after the nine weeks of intervention. At the beginning of the intervention, the resident's goals were clarified in the test group. A rehabilitative plan was composed for them in a multi-professional team. The realization of the plan was followed up at intervals of one to two weeks. Interventions included rehabilitative care, groups and individual guidance. Weekly meeting groups of gym exercise, balance, physical exercise, game and handicraft were organized at the sheltered home. The functional ability was assessed with a TUG-test which measures walking and dynamic balance, along with the Berg Balance Test which measures balance and also AMPS which is assessment of motor and process skills during the daily functioning. The quality of life was measured using 15 D.

Eight members from the test group dropped out of the study. One died and there was a significant deterioration in the health and functional ability of the others. Five members from the control group dropped out. All results for every variable were similar or the changes were very slight. There were no significant differences between the groups in any investigated variable.

According to the results, undertaking the approach did not promote the functional ability and quality of life for the elderly living in a sheltered home. Intervention was short and the groups were small. Additional research is needed to establish the effectiveness of directed groups in the long run, with larger groups and client-centred measurements.

Key words: elderly functional ability, quality of life, sheltered home

## 1 JOHDANTO

Suomessa vanhusten osuus väestössä kasvaa lähivuosisikymmeninä nopeasti. Seuraavan kolmenkymmenen vuoden aikana yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä tulee lähes kaksinkertaistumaan (Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001). Yli 85-vuotiaiden suhteellinen osuus kasvaa niin, että sen arvellaan kolminkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä (Koskinen ym. 2003). Aromaa ym. (2005a) esittävät, että väestön vanhetessa nopeasti ja ikääntymiselle ominaisten sairauksien yleistyessä iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja omatoimisuuden varmistamiseksi on lisättävä etenkin kuntoutusta.

Yhtenä toimintakyvyn ylläpysymisen keinona esitetään uusien kuntoutuksen toimintamallien kehittämistä (Kuntoutusselonteko 2002). Ikääntyneiden kuntoutusta ja sen vaikuttavuutta on tarkasteltu pääasiassa sairaalaolosuhteissa. Tutkimusten rakenteissa kuten interventiossa, toteutuksessa ja tulostittareissa on ollut suuria eroja ja niiden vertaaminen ei ole yksinkertaista. On kuitenkin todettu, että geriatriset yksiköt ovat vähentäneet laitoshoidon tarvetta ja potilaiden kuolevuutta sekä parantaneet potilaiden toimintakykyä ja lisänneet heidän tyytyväisyyttään (Lindberg ym. 1998.) Positiiviset vaikutukset kannustavat tarkastelemaan geriatrisen arvioinnin ja kuntoutuksen periaatteiden toteuttamista myös sairaalaympäristön ulkopuolella. Yhtenä tarkastelunäkökulmana pitäisikin olla palveluasuminen, josta laitoshoidon supistamisen ja vanhainkotipaikkojen vähentämisen myötä on 1990-luvun aikana kehittynyt merkittävä asuin- ja elinympäristö ikääntyville ihmisille: Vuoden 2002 lopussa ikääntyneiden käytössä oli noin 19 000 palveluasuntoa, mikä on 187 % enemmän kuin 14 vuotta aiemmin. (Vaarama & Noro 2005.) Tehostetun palveluasumisen piirissä olevia, runsaasti apua ja tukea saavia ikääntyneitä oli vuoden 2002 lopussa runsaat 10 000 (Aromaa ym. 2005b). Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin katsotaan rakentuvan kolmesta osasta: tiedon keruusta, tavoitteiden asettamisesta ja järjestelmällisestä yhteistyöstä tavoitteiden saavuttamiseksi (Saarela & Valvanne 1998). Moniammatillisuus on Youngin (1996) mukaan yksi tehokkaan kuntoutuksen avainkäsitteistä.

Ikääntyneiden ihmisten hyvä hoito ja kuntoutus on yksilöllisten voimavarojen ylläpitämistä ja tukemista. Kuntoutusselonteossa (2002) on esitetty, että kaiken ikäänty-

neiden hoitoon liittyvän toiminnan tulisi perustua kuntouttavaan työotteeseen ja yhteistyöhön. Ikääntyvien kuntoutuksen yleiset tavoitteet liittyvät paitsi toiminnallisten tarpeiden mahdollistamiseen myös optimaalisen terveyden ja hyvinvoinnin kokemiseen. Hyvinvoinnin on usein liitetty olevan seurausta tekemisestä. (Stanley & Cheek 2003.) Heikentyneestä toimintakyvystä huolimatta yksilö voi kokea terveyden ja hyvinvoinnin tunnetta hänelle mielekkäiden toimintojen avulla, jolloin voidaan tukea terveyden edistämistä sekä sairauksien ehkäisemistä (Wilcock 1998). Asiakslähtöisesti toimimalla mahdollistetaan kuntoutumisen kohdistaminen asiakkaalle merkityksellisiin toimintoihin ja voidaan löytää ikääntyneelle mielekkäitä toimintoja kuntoutuksen välineiksi: Asiakslähtöisyydellä viitataan Van der Bijin ym. (2002) mukaan asiakkaan uskomusten, huolien, näkemysten ja toiveiden aitoon kuulemiseen ja huomiointiin ottamiseen, ja se nähdään ehdottomana edellytyksenä muutoksille.

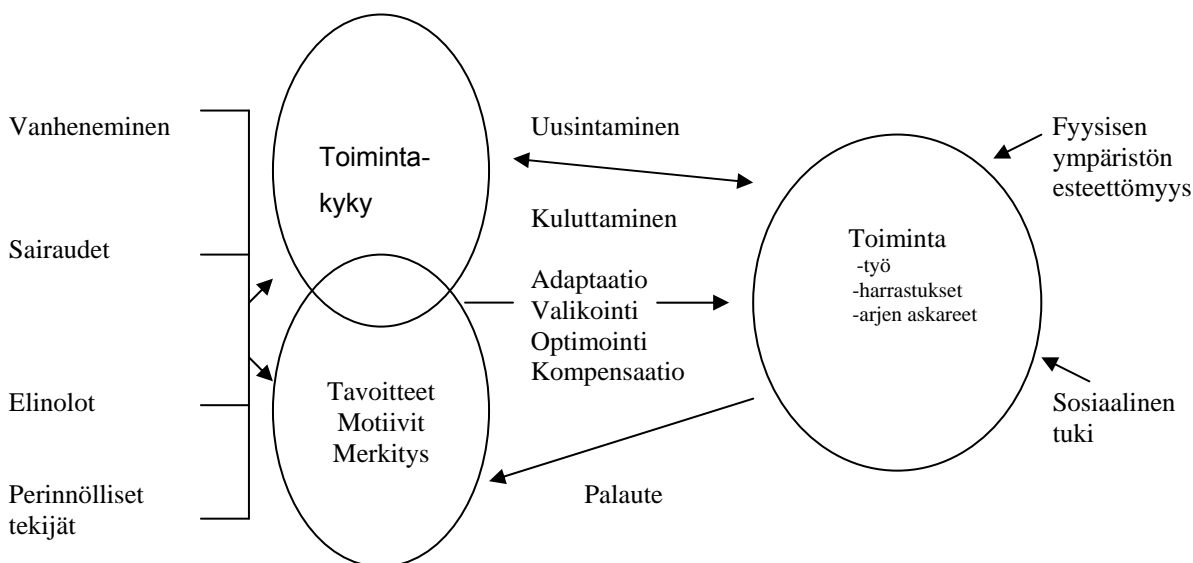
Ikääntyneiden kuntoutuksen hyödyllisyyttä on perusteltu useilla tutkimuksilla aiemmin. Esimerkiksi on voitu osoittaa, että jo vähäinen aktiivisuustason nostaminen on parantanut ikääntyneiden lihasvoimaa ja toimintakykyä (Rydwik ym. 2004, Rantanen ym. 1994). Suomessa on toteutettu aktivointiohjelmaa laitoshoidossa oleville ikääntyneille (Rantanen ym. 1994, Karvinen 2000). Aktivointiohjelmat on toteutettu ryhmäkuntoutuksena ja ne ovat kohdistuneet toimintakyvyn yksittäisiin osa-alueisiin, esimerkiksi tasapainoon. Kuntouttavaan hoitoon liittyvä tutkimus on ollut vähäistä.

Tätä tutkimusta hyödynnetään kehitettäessä ikääntyneiden kuntouttavaa palveluasumista palvelutaloympäristöissä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asiakslähtöisesti ja yksilöllisesti toteutetun moniammatillisen kuntouttavan lähestymistavan vaikutuksia ikääntyneiden palvelutalon asukkaiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun.

## 2 IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYKY JA SEN TUKEMINEN

### 2.1 Toimintakyky

Heikkinen (2002, 2003) on kuvannut teoreettista mallia ikääntymisen, toimintakyvyn ja toiminnan välisistä suhteista ja niihin vaikuttavista tekijöistä (kuvio 1).



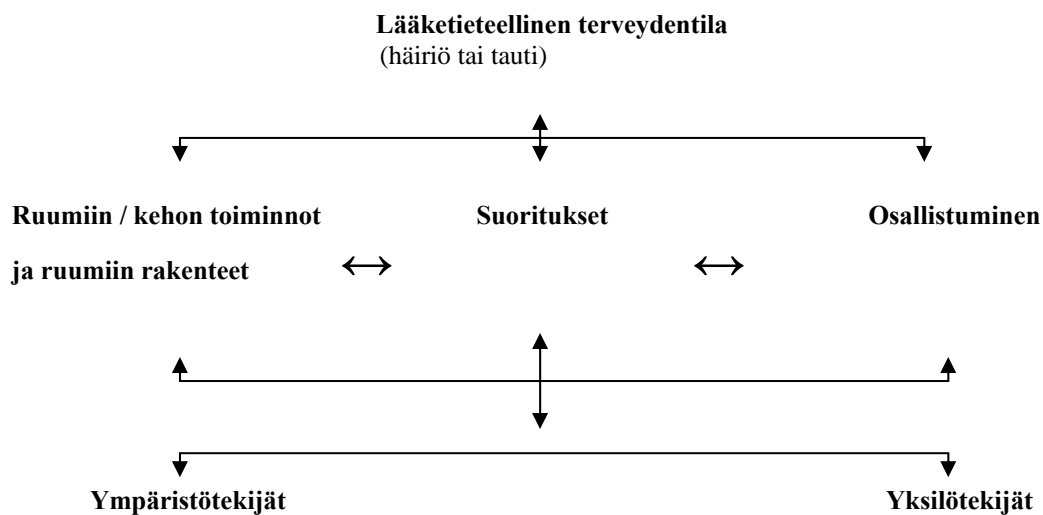
**Kuvio 1.** Ikääntymisen, toimintakyvyn ja toiminnan välisiä suhteita ja niihin vaikuttavia tekijöitä kuvaava teoreettinen malli Heikkisen (2002) mukaan.

Mallin keskiössä kuvataan toimintakyvyn ja toiminnan keskinäissuhdetta. Toimintakyky ilmenee ihmisen toiminnassa eli työssä, arjen askareissa ja vapaa-ajan askareissa, ja toiminta ja toimintakyky ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Toiminta voi sekä vahvistaa että myös esimerkiksi ollessaan yksipuolista heikentää toimintakykyä. Toimintakyvyn vaihtelun taustalla vaikuttavat vanhenemisprosessit, sairaudet, elinolojen vaihtelu ja perinnölliset tekijät. Toimintakyvyn ohella toiminnan toteuttamiseen vaikuttavat motiivit, tavoitteet, eri toimintojen merkitys, toiminnasta saatava fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen palaute, omat valinnat ja optimointi sekä käytetyt kompensaationkeinot. Myös sosiaaliset ja fyysiset ympäristötekijät voivat vaikuttaa merkittävästi toiminnan onnistumiseen. Adaptaation, valikoinnin, optimoinnin ja kompensoinnin avulla ja niitä tukemalla voidaan ylläpitää ja parantaa toimintakykyä,



mutta näitä prosesseja ja keinoja ei vielä Heikkisen (2002) mukaan osata riittävästi käyttää hyväksi. Heikkinen (2005) jatkaa esittäen, että iäkkään väestön terveystalvelujen lähtökohtana on oltava kokonaisvaltainen terveystäsitys, joka tarkoittaa tasapainoa ihmisen toimintakyvyn, hänen tavoitteidensa ja sosiaalisen ja fyysisen ympäristön välillä.

Konkreettisemmin toimintakykyä voidaan kuvata WHO:n kehittämän ICF-luokituksen avulla. Siinä korostuu yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus ja ihminen nähdään yksilöllisenä ja tavoitteellisenä toimijana. Kuviossa 2 kuvataan, kuinka toimintakyvyn nähdään määräytyvän yksilön lääketieteellisen terveydentilan sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Nämä elementit ovat kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa keskenään. (ICF 2004.)



**Kuvio 2.** ICF-luokituksen osa-alueet (ICF 2004).

lääkkäiden toimintakykyä arvioitaessa eri osa-alueiden arviointi on välttämätöntä, sillä toimintakyvyllä on olennaisia vaikutuksia ihmisen selviytymiseen elin- ja asuinympäristössään. Toimintakyky on aina suhteutettava arvioitavan ympäristöön ja arviointia tarvitaan. Arvioinnissa voidaan hyödyntää kaikkien iäkkään ihmisen hoitoon osallistuneiden havaintoja ja asiantuntemusta. Toiminnan laajentuessa terveydenhuollon ulkopuolelle monipuolisempi ja tarkempi iäkkään ihmisen selviytymisen arviointi mahdollistuu iäkkäiden omassa elin- ja asuinympäristössä. (Ruoppila & Heikkinen 1992.) Toimintakyvyn arvioinnin avulla voidaan tavoittaa iäkkäiden ihmisten hetero-

geenisuutta eli esimerkiksi sitä, miten he samankaltaisista sairauksistaan huolimatta selviytyvät arkielämänsä toiminnoista toisistaan poikkeavalla tavalla (Helin 2001).

ICF-luokituksessa toimintakykyyn sisältyvät kehon toiminnot, suoritukset sekä osallistuminen. Toimintarajoite kattaa kehon vajavuudet sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteet. Kehon toiminnoilla tarkoitetaan elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja. Ruumiinrakenteilla tarkoitetaan anatomisia osia kuten elimet, raajat ja näiden rakennesosat. Vajavuus määritellään kehon toimintojen ja ruumiinrakenteiden ongelmina kuten huomattavana poikkeamana tai puutoksena. Suoritus on tehtävä tai toimi, jonka yksilö toteuttaa. Osallistumisella tarkoitetaan osallisuutta elämän tilanteisiin. Suoritusrajoite on tehtävän tai toimen toteuttamiseen liittyvä vaikeus, joka yksilöllä on. Osallistumisrajoite on yksilön kokema ongelma osallistumisesta elämän tilanteisiin. (ICF 2004.)

Ikääntyneiden toimintakykyä on tarkasteltu paljon tutkimuksissa. Toimintakyvystä on tullut entistä tärkeämpi tekijä iäkkään väestön terveydentilan kuvaamisessa, sillä yksin sairauksien lukumäärä ei riitä kuvaamaan sitä, miten sairastavuuden lisääntyminen ja vanhenemisprosessi vaikeuttavat iäkkäiden ihmisten itsenäistä selviytymistä ja mitä avun tarpeen haasteita tästä aiheutuu yhteiskunnalle ja mahdollisesti iäkkäiden läheisille. (Helin 2001.) Toimintakyvyn heikkeneminen on tärkeimpiä elämänlaatua heikentäviä tekijöitä vanhuudessa (Heikkinen 2002). Toimintakykyä tarkastellaan usein fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakykynä (Laukkanen 1998, Rissanen 1999). Siitä voidaan erottaa myös kognitiivinen (Karjalainen 1999) ja henkinen osa-alue (Law ym. 1997). Usein iäkkäiden toimintakykyyn liittyvissä tutkimuksissa toimintakyky on liitetty päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Tällöin korostuvat ikääntymisen myötä kasvavat toiminnanvajavuudet. (Laukkanen 1998.)

Toiminnanvajavuuksien ja haittojen ilmeneminen liittyy henkilön toimintakyvyn ja hänen omien odotustensa ja tehtäviensä tai ympäristön ja yhteisön odotusten ja vaatimusten väliseen ristiriitaan. Toimintakyky on eri olosuhteissa erilainen ja sen heikkenemistä voidaan korjata ja korvata erilaisin keinoin. Ääritilanteessa puuttuvaa toimintakykyä korvataan toisen henkilön avulla. Toiminnanvajavuuksina pidetään vaikeuksia suoriutua avutta tai ongelmitta tavallisista toimista ja tehtävistä ja yleisimpiä syitä niille ovat sairaudet ja vammat. (Aromaa ym. 2005b.) Geriatrician jättiläisiksi ni-

metyt vähäinen liikkuminen, huonontunut tasapaino ja kaatuilu, muistihäiriö, delirium ja virtsainkontinenssi ovat yleisiä ja vakavia oireita, jotka vaativat laaja-alaisia moniammatillisia toimenpiteitä (Räihä ym. 2006).

Yleinen aktiivisuustaso on tärkein tekijä päivittäisistä toiminnoista selviytymiselle ja omatoimisuudelle (Rydwick ym. 2004). Ikääntyneillä toimintakyvyn heikentyminen näkyy usein fyysisen suorituskyvyn alenemisena lihaskunnon ja tasapainon hallinnan heikentyessä ja tämän on todettu olevan yhteydessä ikääntyneiden heikentyneeseen selviytymiseen päivittäisissä toiminnoissa (Beissner ym. 2000, Warburton ym. 2001, Rantanen ym. 2002). Tutkimukset osoittavat, että lihasvoiman parantumisella muutamassa lihasryhmässä ei ole merkitystä ellei sitä voida siirtää liikkumiseen, kävelyyn ja päivittäisiin toimintoihin (Rydwick ym. 2004). Terveys 2000 –tutkimuksessa 65 ikävuoden jälkeen lähes 30 % miehistä ja naisista 40 % tarvitsi apua toimintakyvyn heikkenemisen takia. Toimintakyvyn vajavuudet rajoittavat itsenäistä selviytymistä ja aiheuttavat tarvetta saada apua. Yleisimpiä toimintakyvyn vajavuuksista olivat liikkumisrajoitukset. Toiminnanrajoitukset ja niistä aiheutuva avun tarve yleistyvät jyrkästi iän myötä. Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan runsas neljä viidesosaa 85 vuotta täyttäneistä sai apua toimintakyvyn heikkenemisen takia. (Aromaa ym. 2005b.) Toimintakykyä tarkasteltaessa on huomioitava, että ikääntyneet ihmiset ovat pitkän elinikänsä vuoksi yksilöllisiä elämäkokemuksensa, terveydentilansa ja selviytymisensä, sosiaalisten voimavarojensa sekä tulevaisuuden suunnitelmien suhteen. (Helin 2003.) Iäkkäiden ihmisten heterogeenisuutta voidaan tavoittaa arvioimalla toimintakykyä, sillä siten saadaan tietoa, miten iäkkäät selviytyvät arkielämänsä toiminnoista toisistaan poikkeavalla tavalla sairauksistaan huolimatta (Helin 2001).

## **2.2 Toimintakyvyn tukeminen**

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa toimintakykyä tukeva kuntouttava työote määritellään kaikkien ikääntyneiden parissa työtään tekevien yhteiseksi haasteeksi ja tavaksi tehdä arjen työtä (Holma ym. 2002). Toimintakyvyn heikentymistä voidaan ehkäistä erilaisin keinoin ja jo heikentyneen toimintakyvyn palauttaminen on mahdollista kuntoutuksen avulla (Heikkinen 2003). Viime vuosina on tehty monia eri alojen tutkimuksia, joissa on tarkasteltu pitkäaikaisessa hoidossa olevien ihmisten toimintakykyä. Przybylskin ym. (1996) tekemä tutkimus osoitti, että

lisäämällä fysio- ja toimintaterapian osuutta vanhainkodin asukkaiden hoitoon saatiin positiivisia tuloksia asukkaiden toiminnallisuudessa ja säästöä hoidon kustannuksissa kahden vuoden seurannan aikana. Lazowskin ym. (1999) tutkimus osoitti, että heikkokuntoistenkin, laitoksissa asuvien toimintakyvyssä voidaan saada aikaan merkittäviä paranemista jo neljän kuukauden seurannassa esimerkiksi liikkumisen ja tasapainon osalta fyysisen harjoitteluohjelman ollessa riittävän haastava. Morrisin ym. (1999) tutkimus osoitti, että kuntouttavalla hoidolla voi olla merkittävä rooli vanhainkodin asukkaiden toimintakyvyn alenemisen hidastamisessa ja se auttaa asukkaita ylläpitämään päivittäisissä toiminnoissa ilmenevää toimintakykyä. Ylipäätään ikääntyneiden kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu verrattain vähän, mutta yksittäiset tutkimukset antavat tukea erilaisille ikääntyneiden kuntoutusmalleille vaikkakaan tieteellinen näyttö niiden osalta ei ole kiistaton (Tilvis 2002).

Ikääntyneiden kuntouttavan toiminnan tulee kohdistua fyysisten tekijöiden ohella myös henkisiin ja sosiaalisen osallistumisen ja yhteisyyden kokemisen alueisiin. On kuitenkin huomioitava, että fyysisen toimintakyvyn ongelmat ovat keskeinen syy avun saamiseen. Fyysiseen kuntoon ja liikuntakykyyn kannattaa kiinnittää huomiota, sillä ne ovat voimavaroja, jotka mahdollistavat osallistumisen ja sosiaalisten kontaktien ylläpidon kodin ulkopuolisiin henkilöihin ja aktiviteetteihin. (Helin 2003.) Käytännössä toimintakyvyn tukeminen ilmenee harvoin vain yhteen alueeseen tähtäävänä toimintana. Viramon (1998) mukaan olisi tuloksellista kehittää, kokeilla ja toteuttaa toimintoja, jotka vaikuttavat ikääntyvän yksilön toimintakyvyn eri puoliin.

Laaja-alaista, moniammatillista ikääntyneiden kuntoutusta ei ole luotettavasti tutkittu paljoakaan sairaalaympäristön ulkopuolella. Parkerin ym. (2000) tekemän systemaattisen katsauksen mukaan näyttö rajoittuu aivohalvaus- ja geriatriin kuntoutusyksiköihin ja ohjatun kotiutuksen ohjelmiin. Geriatriset arviointi-interventiotutkimukset avohoidon osalta ovat vaikuttaneet Stuckin ym. (1993) tekemän meta-analyysin mukaan tehottomilta. Tehokasta ohjelmaa näyttää luonnehtivan tarkka kohdentaminen ja intensiivinen hoito ja interventio. Tuloksellisuuden paranemiseen ovat yhteydessä jatkuva tulosten seuranta, ajanmukainen välineistö sekä ryhmätyö. Kokonaisvaltainen vastuu hoidosta ja kuntoutuksesta sekä vastuu seurannasta näyttävät myös tuovan mukanaan parempia tuloksia kuin pelkkä konsultoiva toiminta. (Stuck ym. 1993.) Myös Lokk (1999) esittää katsauksessaan, että aivohalvausyksii-

köiden toiminnassa käytetyn moniammatillisen tiimityön mallin mukainen työskentely voisi olla tuloksellista laajemminkin käytettynä. Kokonaisvaltaiset ohjelmat näyttävät johtavan toimintakyvyn parantamiseen ja säilyttämiseen ja sairaalapäivien vähentymiseen. Toimintakyvyn parantamiseen tähtäävät kuntoutusinterventiot ovat sisältäneet arviointia, tavoitteen asettamista ja hoidon ohjausta. Kontrolloituja tutkimuksia tarvitaan kuitenkin lisää selvittämään minkälaiset ohjelmat ovat parhaimpia millekin ryhmille. (Lokk 1999.)

Myös epäonnistumisia on raportoitu ikääntyneiden toimintakykyyn kohdistuneissa interventiossa. Syinä on pidetty esimerkiksi sitä, että ohjelmat ovat olleet liian yleisiä ja hyödyn saavuttamiseksi suunnittelun tulisi olla tarkkaa ja siinä tulisi huomioida yksilölliset tarpeet. (McMurdo 2000, Novalk 2001.)

Edellä esitettyjen seikkojen perusteella voidaan todeta, että ikääntymisen myötä toimintakyky heikentyy usein selvästi fyysisen toimintakyvyn osalta ja se vaikuttaa osaltaan myös päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen ja elämänlaatuun. Nämä tekijät ovat keskeisiä avun tarvetta muodostavia tekijöitä ja näin keskeisessä asemassa ikääntyvien hoitoa ja sen tuloksellisuutta ajatellen. Tarkastelemme seuraavaksi tarkemmin minkälaisia vaikutuksia kuntoutuksella on osoitettu olevan ikääntyvien liikkumiseen, päivittäisiin toimintoihin ja elämänlaatuun liittyen.

### **2.2.1 Liikkumiskyky**

Itsenäinen liikkuminen mahdollistaa siirtymisen paikasta toiseen. Liikkumiskyvyn heikkeneminen johtaa sosiaalisten toimintojen vaikeutumiseen ja lopulta voivat vaikeutua myös perustoiminnot kuten pukeutuminen ja peseytyminen tai sisällä liikkuminen voi muuttua ongelmalliseksi (Rantanen & Sakari-Rantala 2003). Liikkuminen edellyttää tasapainoa. Kehon painopiste on pystyttävä palauttamaan tukipinnan sisäpuolelle, jotta asento säilyy. Vanhuksilla tasapainon hallintaan osallistuvien järjestelmien kuten näön, keskushermoston ja hermolihaskäytännön toiminnassa tapahtuu heikkenemistä. Tästä johtuen vanhusten tasapainon säilyttäminen muuttuvissa oloissa on vaikeaa. (Sakari-Rantala 2003.) Ikääntyminen heikentää ketteryyttä, liikenopeutta, koordinaatiota sekä tasapainoa ja itsenäinen selviytyminen päivittäisistä toiminnoista vaikeutuu (Heikkinen & Ilmarinen 2001). Motoriikan heikkeneminen lisää

liikkumisen epävarmuutta ja kaatumispelkoa, ja itsenäinen liikkuminen vähenee entisestään. Tämä johtaa usein noidankehään, joka edelleen johtaa itsenäisen selviytymisen heikkenemiseen ja ulkopuolisen avuna tarpeen lisääntymiseen.

Monet harjoitteluinterventiot, joilla on pystytty parantamaan vanhusten lihasvoimaa, kestävyyttä ja tasapainoa ovat vaikuttaneet parantavasti myös vanhusten kävelykykyyn sekä itsenäiseen liikkumiseen päivittäisten toimintojen yhteydessä (Rantanen ym. 1994, Rubenstein ym. 2000). Tutkimukset osoittavat, että lihasvoiman parantamisella muutamassa lihasryhmässä ei ole merkitystä ellei sitä voida siirtää liikkumiseen, kävelyn ja päivittäisiin toimintoihin (Rydwik ym. 2004).

Tutkimusten mukaan fyysisen harjoittelun vaikuttavuudesta lihasvoimaan ja liikkumiskykyyn on vahva näyttö (Rydwik ym. 2004, Schlicht ym. 2001). Rydwikin ym. (2004) systemaattinen katsaus koostui 16 RCT-tutkimuksesta, joissa tutkittiin fyysisen harjoittelun vaikutusta vanhusten (70+) toimintakykyyn. Tutkimuksissa koehenkilöiden määrä vaihteli suuresti, interventiot sisälsivät hyvin erilaisia harjoituksia ja arviointimenetelmät olivat erilaisia. Vaikuttavia olivat interventiot, joissa arviointimenetelmät olivat samankaltaisia harjoittelun kanssa. Lihasvoimaharjoittelulla näyttää olevan vaikutusta ikääntyneiden kävelynopeuteen ja itsenäiseen liikkumiseen. (Rydwik ym. 2004. ) Schlicht ym. (2001) tutkivat intensiivisen voimaharjoittelun vaikutusta seiso- matasapainoon, kävelynopeuteen ja istumasta ylösnousuun. Kahdeksan viikkoa kolme kertaa viikossa tapahtuva harjoittelu paransi koeryhmän lihasvoimaa merkittävästi ( $p < 0,017$ ) verrattuna alkutilanteeseen. Kävelynopeus parani koeryhmällä merkittävästi ( $p < 0,05$ ) verrattuna kontrolliryhmään. Näyttäisi myös siltä, ettei lihasvoimaharjoittelu yksinään riitä parantamaan ikääntyneiden tasapainoa. (Schlicht ym. 2001.)

Interventiot, joissa spesifit tasapainoharjoitukset on yhdistetty lihasvoimaharjoittelun ovat osoittautuneet vaikuttaviksi (Rydwik ym. 2004). Rydwikin ym (2004) systemaattisen katsauksen mukaan tasapainoharjoittelun vaikuttavuuden näyttö on vielä heikkoa tai ristiriitaista. Katsauksessa mukana olleista RCT-tutkimuksista vain yhdessä oli vahva näyttö tasapainoharjoittelun vaikuttavuudesta. Tutkimuksissa, joissa tulos jäi heikoksi harjoittelun intensiteetti ja teho oli liian pieni. (Rydwik ym. 2004.) Ikääntynei-

den kykyä suoriutua harjoittelusta aliarvioidaan usein ja sen vuoksi harjoittelu suunnitellaan liian kevyeksi (Gardner ym. 2000).

Yksilöllinen suunnittelu näyttäisi olevan merkittävä tekijä tasapainoharjoittelun vaikuttavuutta ajatellen (Campbell ym. 1999, Wolf ym 2001, Sihvonen 2004). Lyhytkin yksilöllinen tasapainoharjoittelu (4-6 viikkoa) voi parantaa tasapainoa yli 75-vuotiailla, mutta vaikutus voi jäädä lyhytaikaiseksi intervention jälkeen (Wolf ym 2001). Sihvonen (2004) tutki palvelutalossa asuvien naisten tasapainoa ja yksilöllisesti suunnitellun näköpalautteeseen perustuvan tasapainoharjoittelun vaikutusta naisten tasapainoon. Harjoittelu tapahtui voimalevypohjaisen tietokoneistetun laitteen avulla kolme kertaa viikossa neljän viikon ajan. Tutkittaville tehtiin harjoittelua ennen ja sen jälkeen kehon huojuntamittaukset (Good Balance-järjestelmä), dynaamiset painonsiirtotestit, Bergin tasapainotesti ja lisäksi seurattiin kaatumisien ilmaantumista vuoden ajan päiväkirjojen avulla. Näköpalautteeseen perustuvalla tasapainoharjoittelulla todettiin olevan myönteisiä vaikutuksia palvelukodissa asuvien naisten tasapainon hallintaan ja sen todettiin lisäksi pienentävän kaatumisriskiä. (Sihvonen 2004.)

Campbell ym. (1999) tutkivat yksilöllisesti suunnitellun kotona tapahtuvan tasapainoharjoittelun vaikutusta yli 80-vuotiaiden kaatumistapaturmien ehkäisyyn. Fysioterapeutti ohjasi neljällä kotikäynnillä kahden ensimmäisen kuukauden aikaan itsenäisesti suoritettavat harjoitukset. Koehenkilö toteutti ohjelmaa kolme kertaa viikossa. Fysioterapeutti oli puhelimitse yhteydessä koehenkiöihin ja motivoi heitä harjoittelemaan vuoden ajan. Kotona tapahtuva voima- ja tasapainoharjoittelu vähensi merkittävästi kaatumisia kahden vuoden seurannassa. Tutkimuksesta saadut tulokset liittyivät vartalon hallinnan, lihasvoiman ja tasapainon kehittymiseen. (Campbell ym. 1999.)

Näyttäisi siltä, että ikääntyneiden itsenäisen liikkumisen tukemiseksi harjoittelun tulisi olla riittävän tehokasta (Gardner ym. 2000), yksilöllisesti suunniteltua (Campbell ym. 1999, Wolf ym 2001, Sihvonen 2004) sekä säännöllistä ja jatkuvaa (Wolf ym. 2001, Toraman & Ayceman 2005). Toraman & Ayceman (2005) tutkivat iän vaikutusta toimintakykyyn kuuden viikon harjoittelelemattomuuden jälkeen. Interventio sisälsi yhdeksän viikon yhdistelmäharjoittelun, minkä jälkeen tukittavat testattiin kahden viikon välein kuuden viikon ajan. Toisen ryhmän muodostivat kaksitoista 60–73-vuotiaista

ja toisen ryhmän muodostivat yhdeksän 74–86-vuotiasta henkilöä. Toimintakyky parani harjoittelujakson aikana molemmissa ryhmissä. Iäkkäämmässä ryhmässä kahden viikon harjoittelemattomuus huononsi merkitsevästi ( $p < 0,01$ ) toimintakykyä, kun nuoremmassa ryhmässä ei tapahtunut merkitsevää muutosta. Neljän viikon seurannassa molemmissa ryhmissä toimintakyvyn heikkeneminen oli merkitsevä ( $p < 0,01$ ). (Toraman & Ayceman 2005.)

### **2.2.2 Päivittäiset toiminnot**

Päivittäisten toimintojen käsite on yleisesti käytössä, mutta sen sisältö ei aina ole yhteneväinen. Yksi yleiseltä vaikuttava tapa on määrittää päivittäiset toiminnot ADL (activities of daily living) -toimintoina, jolla tarkoitetaan selviytymistä yksinkertaisista päivittäisistä perustoiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta kuten pukeutuminen, peseytyminen, syöminen ja WC:ssä käynti. (Laukkanen 2003.) Joskus perustoimintojen kuvausta määritetään tarkemmin käyttämällä BADL (basic activities of daily living) – käsitettä (Valvanne 2001). Päivittäisiin toimintoihin sisällytetään usein myös IADL (instrumental activities of daily living) -toimintoja, joihin kuuluvat esimerkiksi ruuanvalmistus, kaupassa käynti ja puhelimen käyttö (Laukkanen 2003). Vaativampia päivittäisiä toimintoja määritellään AADL (advanced activities of daily living) – käsitteen avulla, johon sisällytetään esimerkiksi yhteiskunnallinen harrastustoiminta, juhlien järjestäminen ja aktiivinen liikuntaharrastus (Valvanne 2001). Toinen tapa on tarkastella päivittäisten toimintojen osa-alueita esimerkiksi itsestä huolehtimisen, asioiden ja kotielämänhoitoon liittyvien toimintojen käsitteiden avulla (Toimintaterapianimikkeistö 2003). ICF-luokituksen avulla tarkasteltuna päivittäiset toiminnot sijoittuvat osallistumisen alueelle (ICF 2004).

Vanhenemiseen liittyvä toimintakyvyn heikentyminen ilmenee ensin vaativien päivittäisten toimintojen karsiutumisenä. Tämän jälkeen ilmenee ongelmia IADL-toimintojen tasolla. Lopulta heikentyminen haittaa jo päivittäisiä perustoimintoja, joiden on havaittu vaikeutuvan seuraavassa järjestyksessä: kävely, peseytyminen, sängystä ja tuolilta siirtyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen ja syöminen. (Valvanne 2001.) Palvelutaloon muuttamisen yleisimmiksi syiksi on mainittu oma sairaus tai huono terveys, turvallisuuden tarve, omaisten huoli sekä yksinäisyys ja turvattomuus (Karjalainen 1999). Näistä lähtökohdista käsin on ymmärrettävää, että palvelutalon asukkailla



on ongelmia jo peruspäivittäisissäkin toiminnoissa ja erityisesti vaativammat toiminnot ovat vaikeutuneet tai karsiutuneet pois. Karjalaisen & Kivelän (1995) tutkimuksessa raportoitiin, että syömisestä selviytyi itsenäisesti 97 %, WC:ssä käynnistä yhdeksän kymmenestä ja peseytymisestä noin joka toinen palvelutalon asukkaista. Keveyistä kotitöistä selviytyi itsenäisesti noin puolet samoin kuin raha-asiansa pystyi hoitamaan itsenäisesti noin puolet asukkaista. Palvelutaloissa järjestetyistä palveluista käytettiin eniten ateria-, siivous-, vaatehuolto-, sauna- ja kylvytys- sekä turvapalveluita, joita kutakin käytti noin kolme neljästä asukkaasta. (Karjalainen & Kivelä 1995.) Palvelutaloon muuttamisen myötä ikääntyneen toimintojen kokonaisuus voi vähentyä kovastikin palveluiden tarjoamisen myötä.

Ikääntyneille suunnatun kuntoutuksen odotetaan vaikuttavan positiivisesti selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista. Graffin ym. (2006) RCT-tutkimuksessa tarkasteltiin toimintaterapian vaikuttavuutta lievää tai keskivaikeaa dementiaa sairastavien yli 65-vuotiaiden henkilöiden päivittäiseen toimimiseen. Interventio sisälsi 10 toimintaterapiakertaa viiden viikon aikana. Terapian tavoitteena oli ohjata potilaita kompensoimaan kognitiivisia vajavuuksiaan. Koeryhmän (n=68) päivittäinen toimiminen parani merkittävästi ( $p < 0.05$ ) kontrolliryhmään (n=67) verrattuna ja vaikutukset säilyivät merkittävinä vielä 12 viikon seurannassa. (Graff ym. 2006.)

Aivohalvauskuntoutuksen suomalaisessa käypä hoito-suosituksessa tuodaan esille, että aivohalvauksen jälkitilaoireiden kuntoutuksessa toimintaterapiasta on hyötyä erityisesti perus- ja sekundaaristen ADL-toimintojen kuntoutumisessa. (Turkka 2006). Carlsonin ym. (1996) tekemän meta-analyysin ja Wilkinsin (2003) kriittisen katsauksen mukaan muutamat tutkimukset ovat selvästi osoittaneet ikääntyneiden selviytymisen parantuneen päivittäisissä toiminnoissa toimintaterapian avulla. Suurin osa tutkimuksista on keskittynyt aivoverenkiertohäiriöiden jälkeiseen kuntoutumiseen. Muutamissa kaatumisten ehkäisyyn tähtäävissä tutkimuksissa, mukaan lukien yksi harjoitteluinterventio, on raportoitu hoidon tarpeen vähentyminen intervention tuloksena (Gardner ym. 2000).

Näyttö ja tutkimustulokset päivittäisiin toimintoihin vaikuttamisen osalta eivät kuitenkaan ole yksiselitteisen positiivisia. Rydwickin ym. (2004) tekemä katsaus osoitti, että fyysisellä harjoittelulla saatiin aikaan positiivisia muutoksia päivittäisissä toiminnoissa

muutamissa RCT-tutkimuksissa (Lazowski ym. 1999, Morris ym. 1999), mutta yhtä monissa näyttöä ei ollut.

### **2.2.3 Elämänlaatu**

Elämänlaadulle ei löydy yksiselitteistä määritelmää ja se merkitsee eri ihmisille erilaisia asioita. Yksittäiselle ihmiselle elämänlaatu voi tarkoittaa subjektiivista arviota omasta elämäntilanteesta. Lääketieteeseen liittyen elämänlaatu liitetään terveyteen liittyväksi. Terveyteen liittyvien elämänlaadun mittareiden lähtökohtana on ollut hoitojen vaikuttavuuden arviointi. (Frytak 2000.) Townsend (1997) yhdistää elämänlaadun sellaisiin toimintoihin, jotka edistävät toivon tunnetta, luovat motivaatiota, tukevat elämän tarkoitusta ja antavat tyydytystä, edistävät terveyttä ja mahdollistavat voimaantumista. Onnistuneessa vuorovaikutustilanteessa ihminen tunnistaa omia tarpeitaan ja olemassa olevia voimavaroja ja sitä kautta saa tunteen elämänhallinnasta (Vilen ym. 2002).

Siinä kun elämänlaadulle ei ole yhteisesti hyväksyttyä määritelmää, sille ei ole löydy myöskään yhteistä mittaria. Aluksi elämänlaatua tarkasteltiin vain objektiivisesti. Nykyään on jo kuitenkin selvää ainakin useimpien tutkijoiden mukaan, että siihen liittyy myös yksilön subjektiivinen kokemus. Erilaisten väestöjen määriteltessä itselleen tärkeitä elämänlaadun osa-alueita useissa tutkimuksissa ovat vahvasti nousseet esille terveys, läheissuhteet, materiaallinen ja tuottava hyvinvointi. (Cummins 1997.)

Elämään tyytyväisyys tai tyytymättömyys syntyy subjektiivisen ristiriidan kokemuksesta, joka ihmiselle muodostuu ulkoisen todellisuuden mahdollisuuksista ja omasta olemassa olevasta tilanteesta. Erityisesti ikääntyneiden elämänlaatua tarkasteltaessa voidaan tulla ristiriitatilanteeseen: Ulkopuolisen arvioimana elämänlaatu voi olla heikkoa tai ainakin rajoittunutta, kun taas ikääntynyt voi itse kokea elämänlaatunsa hyväksi. (Cummins 1997.)

Vaikka ikääntyneiden kuntoutuksen perimmäisinä tavoitteina mainitaan yleensä elämänlaadun parantaminen (Saarela & Valvanne 1998, Heikkinen 2002), kuntoutuksen vaikuttavuudesta elämänlaadun kohottamiseen ei löydy merkittävästi tavoitteen saavuttamista tukevia luotettavia tutkimuksia. Yhtenä positiivisena esimerkkinä voidaan

kuitenkin mainita Clarkin ym. (1997) RCT-tutkimus, jossa 9 kuukauden ajan kestänyt ennaltaehkäisevänä toimintaterapiana toteutettu interventio paransi tutkittavien (n=122) elämänlaatua merkittävästi ( $p < 0,05$ ) RAND 36-mittarilla tarkasteltuna seitsemällä osa-alueella kahdeksasta verrattuna kahteen kontrolliryhmään. Kontrolliryhmät koostuivat sosiaalisen vuorovaikutuksen edistämisen ryhmästä (n=120) ja ryhmästä, joka ei osallistunut mihinkään toimintaan (n=119). Intervention pääpaino oli ryhmämuotoisessa toimintaterapiassa (kaksi tuntia viikossa) ja sen lisäksi interventiioon kuului 9 tuntia yksilöllistä toimintaterapiaa. Terapian tavoitteena oli auttaa osallistujia ymmärtämään merkityksellisten toimintojen tärkeys omassa elämässään ja tukea heitä terveellisen ja tyydyttävän elämän toteuttamisessa. (Clark ym. 1997.) Myös Carlson ym. (1996) ovat todenneet meta-analyysissään, että ikääntyvän väestön elämänlaatuun voidaan vaikuttaa positiivisesti toimintaterapian keinoin.

Elämänlaadun paranemisessa on Roilaksen (2004) mukaan havaittu joissain tutkimuksissa vähäisiä, tilastollisesti merkitsemättömiä muutoksia, mutta varsinaista luotettavaa näyttöä ikääntyneille suunnatun kuntoutuksen hyödyistä elämänlaatua ajatellen ei ole. Savikko ym. (2006) ovat nostaneet esille, että ongelmana on usein jonnekin, ettei elämänlaadusta ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää ja että monet käytetyt mittarit ottavat heikosti huomioon ikääntyneille tärkeitä osa-alueita tai jättävät ne kokonaan ulkopuolelle.

### 3 PALVELUTALO ASUINYMPÄRISTÖNÄ

Palvelutalossa asuminen kuuluu palveluasumisen kokonaisuuteen, jonka Sosiaalhallitus (1989) on määritellyt lakisääteiseksi sosiaalipalveluksi. Siihen kuuluvat asunto sekä asuntoon kiinteästi liittyvät palvelut, jotka ovat välttämättömiä asiakkaan suoriutumiseksi jokapäiväisistä toiminnoista. Välttämättömiin peruspalveluihin katsotaan kuuluvan ateria- ja hygieniapalvelun, siivous- ja asiointiavun sekä turvapalvelun, jolla tarkoitetaan mahdollisuutta saada välitöntä apua kaikkina vuorokauden aikoina. Palveluasumista voidaan palvelutalon lisäksi järjestää palveluasuntoryhmässä tai hajautettuna muun asutuksen joukossa. (Sosiaalhallitus 1989.) Kivelän & Karjalaisen (1995) tekemän selvityksen mukaan pääosa palveluasumisesta toteutetaan itsenäisissä palvelutaloissa.

Vanhusten palveluasuminen on osa niin sanottuja välimuotoisia palveluja, jotka ovat syntyneet koti- ja laitoshoidon välimaastoon. Palveluasuminen jakautuu eriytymättömään (tavalliseen) ja tehostettuun eli ympärivuorokautiseen. Määritelmät eriyvät eri kunnissa, ja tarjolla on hyvin monimuotoista palvelua. Tavallisessa palveluasumisessa asukas saa itsenäisen asumisen mahdollistamiseksi tarvitsemaansa tukea, apua ja palveluja. Yksilöllinen avun tarve määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tehostetussa palveluasumisessa asukas saa tarvitsemaansa hoivaa, apua ja palveluja ympäri vuorokauden. Toiminta sisältää yövalvonnan tai ainakin tehokkaan varallaolojärjestelmän. Laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen raja on tällä hetkellä varsin hämärä. (Paasivaara ym. 2002.)

Vuosituhanen vaihteessa koko 75-vuotta täyttäneestä väestöstä valtaosa (88%) asui kotonaan tavallisessa asunnossa. Suurin osa heistä ei tarvinnut säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Viikoittain kotiin annettavia palveluja (kotipalvelu ja / tai kotisairaanhoido) tarvitsi noin 13 %. Palveluasunnoissa asui 4 %, vanhainkodeissa 5 % ja sairaalassa 3 %. (Tilvis 2001.)

Palveluasumista kehitettiin runsaasti 1990-luvulla. Kehityksen tarkastelu on osin hankalaa, sillä palveluasuntojen tilastointitapa on muuttunut vuonna 1995 ja uudelleen vuonna 2000. Aluksi ympärivuorokauden henkilöstöä omaavat palveluasunnot tilastoitiin ryhmään ”vanhainkoti tai vastaava”. Vuodesta 2000 nämä on tilastoitu erikseen

tehostettuna palveluasumisena. Palveluasunto- ja laitospaikkalaskennan mukaan ikääntyneiden käytössä oli vuoden 2002 lopussa lähes 19 000 palveluasuntoa, mikä on 187 % enemmän kuin 14 vuotta aiemmin. Suuren kasvun selittäjinä tilastointitapojen muutosten ohella on se, että lähtötaso vuonna 1988 oli alhainen. Samalla aikavälillä vanhainkodissa hoidettavien määrä väheni 38 %. Taulukkoa 1 tarkastelemalla selviää, että suhteessa 75 vuotta täyttäneiden määrään vain omaishoidon tuen ja palveluasuntojen määrät ovat lisääntyneet. (Vaarama & Noro 2005.)

**Taulukko 1.** Vanhuspalveluita saavien osuudet prosentteina koko ikäryhmästä vuosina 1988-2002 (SOTKA/Evergreen 2000 Plus –tietokanta Vaaraman & Noron 2005 mukaan).

	1988	1995	2000	2002	Muutos %	Muutos %
					1998- 2002	1995- 2002
<b>65+</b>						
Kodinhoitoapu	19,3	11,8	10,7	10,6	-45,1	-10,2
Tukipalvelut	15,1	13,4	13,5	13,8	-8,6	3,0
Omaishoidon tuki	1,8	1,5	1,8	2,1	16,7	40,0
Palveluasuminen *	0,9	1,9	2,7	2,9	222,2	52,6
Vanhainkotipaikat (kaikki)**	4,4	3,5	2,7	2,6	-40,9	-25,7
Terveyskeskuksen pitkäaikaispaikat	1,6	1,9	1,7	1,6	0,0	-15,8
Erikoissairaanhoidon pitkäaikaispaikat***	2,2	0,2	0,1	0,01	-99,5	-95,0
<b>75+***</b>						
Kodinhoitoapu	46,2	28,8	24,4	23,6	-48,9	-18,1
Tukipalvelut	36,1	32,6	30,8	30,8	-14,7	-5,5
Omaishoidon tuki	4,2	3,8	4,2	4,8	14,3	26,3
Palveluasuminen *	2,1	4,6	6,2	6,6	214,3	43,5
Vanhainkotipaikat (kaikki)**	10,5	7,0	6,1	5,9	-43,8	-15,7
Terveyskeskuksen pitkäaikaispaikat	4,1	4,0	3,9	3,6	-12,2	-10,0
Erikoissairaanhoidon pitkäaikaispaikat***	3,0	0,3	0,2	0,02	-99,3	-93,3
* Sisältää sekä tehostetun että eriytymättömän palveluasumisen						
***Sisältää vanhainkotihoitoa ilman tehostettua palveluasumista. Paikat ovat laskennallisia (hoitopäivien määrä / 365).						
***Arvio						

## 4 YHTEENVETO

Vaikuttavuustutkimukset ovat osoittaneet ikääntyneiden kuntoutuksen olevan kannattavaa erityisesti moniammatillisen geriatrisen kuntoutuksen osalta sairaalaolosuhteissa. Avohoidon osalta ja palveluasumisessa luotettaviksi katsottuja, laajalaisia kuntoutushankkeita ja niiden vaikuttavuuden arviointia ei ole tehty. Tutkimukset ovat osoittaneet, että fyysisen harjoittelun avulla voidaan parantaa ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä. Kuntoutuksen merkittävimmät tavoitteet liittyvät päivittäisissä toiminnoissa ilmenevän toimintakyvyn ja elämänlaadun edistämiseen, mutta niiden osalta luotettava näyttö on vähäisempää ja ristiriitaisempaa. Vaikuttaa siltä, että tuloksellisessa ikääntyneiden toimintakyvyn tukemisessa on olennaista, että kuntouttava toiminta on yksilöllisesti suunniteltua ja toiminnan on oltava jatkuvaa, säännöllistä ja riittävän tehokasta.

Aikaisemmat positiiviset tulokset ikääntyneiden kuntoutuksesta ja vanhusten määrän kasvun suuntaama tarve kehittää uudenlaisia toimintamalleja kannustavat sovelta- maan hyväksi havaittuja periaatteita palvelutaloissa asuvien ihmisten toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemiseen ja edistämiseen. Ikääntyneiden toimintakyvyn tukemi- nen tulisi olla osaksi jokapäiväistä palvelutalon toimintaa ja sisältyä henkilökunnan toi- mintakäytänteisiin.

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti suunnitellun yhdeksän viikkoa kestävästä moniammatillisesta kuntouttavasta lähestymistavan vaikutusta ikääntyneiden palvelutalon asukkaiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Kuntouttava lähestymistapa tarkoittaa tässä tutkimuksessa toimintakyvyn arviointiin perustuvaa hoitotyöntekijöiden toteuttamaa kuntouttavaa hoitoa sekä fysio- ja toimintaterapeutin toteuttamaa yksilöllistä ohjausta ja ryhmätoimintaa.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Vaikuttaako asiakaslähtöinen, yksilöllinen ja moniammatillinen kuntouttava lähestymistapa ikääntyneiden palvelutalon asukkaiden liikkumiskykyyn kävelyn ja tasapainon osalta?
2. Vaikuttaako asiakaslähtöinen, yksilöllinen ja moniammatillinen kuntouttava lähestymistapa ikääntyneiden palvelutalon asukkaiden päivittäisissä toiminnoissa tarvittaviin motorisiin ja prosessitaitoihin?
3. Vaikuttaako asiakaslähtöinen, yksilöllinen ja moniammatillinen kuntouttava lähestymistapa ikääntyneiden palvelutalossa asuvien elämänlaatuun?

## 6 MENETELMÄT

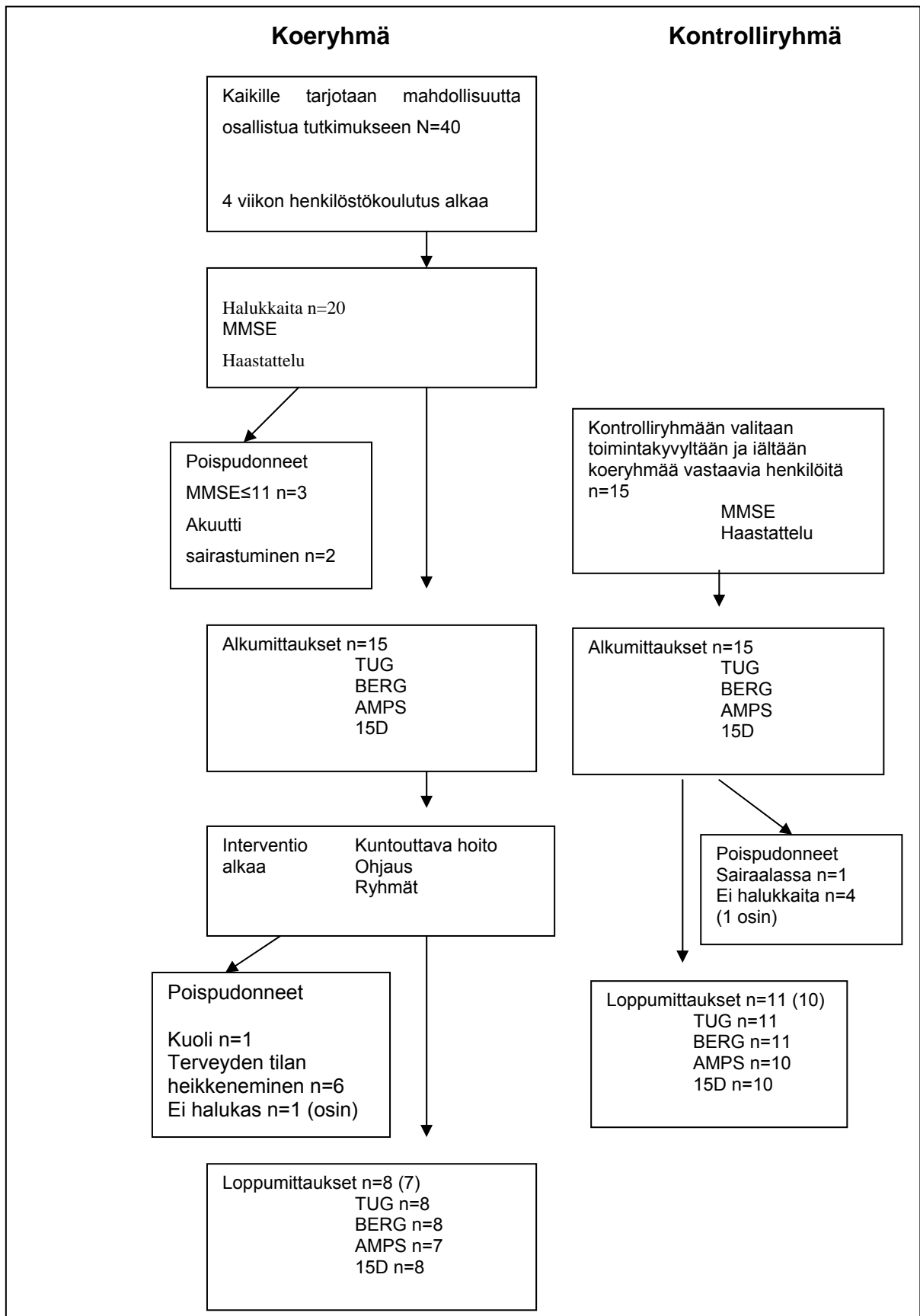
### 6.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus toteutettiin keväällä 2005 kahdessa Jyväskyläläisessä yksityisessä palvelutalossa. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat ikääntyneet palvelutalossa asuvat henkilöt. Koe- ja kontrolliryhmät muodostettiin eri palvelutaloihin. Tutkimuksen kulku on kuvattu kuviossa 3. Tutkimukseen osallistuvaa henkilökuntaa tiedotettiin kirjallisesti tutkimuksen kulusta ja heille annettiin ohjeet kirjaamista varten (liitteet 1 ja 2). Ennen alkumittauksia koeryhmän palvelutalon vakituista henkilökuntaa koulutettiin kuukauden ajan neljä kertaa kahden tunnin jaksoissa kuntouttavan lähestymistavan käyttöön. Kouluttajina toimivat yksikön ulkopuoliset fysio- ja toimintaterapeutit. Koulutukseen osallistui 15 lähihoitajaa, kaksi sairaanhoitajaa ja toimintaterapeutti. Koulutuksen suunnittelussa hyödynnettiin syksyllä 2005 henkilökunnalle tehdyn kyselyn tuloksia koulutustarpeisiin liittyen. Koulutuksessa käsiteltiin ikääntyneiden toimintakykyä ja sen tukemista. Koulutuksen jälkeen kunkin lähihoitajan tehtävänä oli raportoida säännöllisesti yhdestä tutkittavasta viikoittaisissa seurantapalaverissa. Lisäksi hankkeen lopussa kukin lähihoitaja teki loppuarvioinnin seuraamastaan tutkittavasta ja se käytiin yhdessä läpi loppupalaverissa.

Kaikki tutkimukseen halukkaat haastateltiin aluksi tyytyväisyyteen, toiveisiin ja odotuksiin liittyen ja heille tehtiin muistia ja kognitiivista kyvykkyyttä mittaava MMSE (Mini-Mental State Examination).

Koe- ja kontrolliryhmään kuuluvien henkilöiden toimintakykyä ja elämänlaatua arvioitiin tutkimuksen alussa ja lopussa. Koeryhmään kuuluneet henkilöt osallistuivat alku- ja loppumittauksen välissä yhdeksän viikkoa kestävään interventioon.





**Kuvio 3.** Tutkimuksen vaiheet.

## 6.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimukseen osallistuvat olivat vapaaehtoisia kahden palvelutalon asukkaita. Koe- ja kontrolliryhmä muodostettiin eri palvelutaloihin, joten ryhmät olivat riippumattomia toisistaan. Kaikille koeryhmän palvelutalon asukkaille (N=40) tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Heistä 20 oli halukkaita osallistumaan. Kontrolliryhmään valikoitiin toisesta palvelutalosta 15 samanikäistä, keskimäärin 76-vuotiasta (SD=6) ja toimintakyvyltään samankaltaista henkilöä. Toimintakyky arvioitiin aluksi RAVA-indeksillä.

Poissulkukriteereiksi asetettiin vaikea-asteinen muistihäiriö (MMSE  $\leq$  11 pistettä), terminaalivehainen perussairaus, akuutti sairastuminen sekä alle kolmen kuukauden asuminen palvelutalossa. Poissulkukriteerien perusteella koeryhmästä pudotettiin viisi halukasta pois (kolmella MMSE  $\leq$  11 ja kahdella akuutti sairastuminen). Koeryhmään jäi siten 15 keskimäärin 78-vuotiasta (SD=7) henkilöä

Kaikilta koe- ja kontrolliryhmiin osallistuneilta asukkailta pyydettiin kirjallinen tutkimuslupa (liitteet 3 ja 4). Tutkimuslupaa pyydettäessä tutkittavalle jätettiin tiedote tutkimuksesta (liitteet 5 ja 6) ja tutkimukseen liittyviä seikkoja käytiin läpi keskustellen.

## 6.3 Taustamuuttajat

Tutkittavien taustatiedoista ikä ja paino kerättiin asiakastiedoista. Päivittäistä aktiivisuutta ja omaehtoista liikkumista mitattiin askelmittarin (Omron Walking style II) avulla. Jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla asukkaalla kerättiin askelmäärät yhden vuorokauden ajalta.

### *RAVA-indeksi*

Tutkittavien RAVA-indeksit kerättiin asiakastiedoista. RAVA-indeksi on suomalainen, vanhusten hoidossa yleisesti käytössä oleva mittari (Voutilainen & Vaarama 2005), joka mittaa päivittäisen avun, erityisesti hoivan tarvetta ja asiakkaan toimintakykyä fyysisen toimintakyvyn, muistin ja psyykkisten häiriöiden osalta. Indeksien arvot vaih-

televat välillä 1,29 - 4.02. Mitä suurempi asiakkaan saama arvo on, sitä suurempi on hoidon tarve. (Lahtinen ym. 1999.)

### *MMSE*

Jokaiselle tutkittavalle tehtiin muistia ja kognitiivista kyvykkyyttä mittaava MMSE. Se on älyllisen toimintakyvyn arvioinnissa laajalti käytetty lyhyt ja helposti suoritettava ns. minitesti, joka on huolellisesti validoitu. MMSE:n kokonaispistemäärä on 30 ja tehdyt virheet vähentävät sitä. 24 pistettä ja sitä heikompi tulos on yleensä merkki poikkeavasta suorituksesta. (Folstein ym. 1975.)

## **6.4. Tutkimusmuuttujat**

### **6.4.1 Liikkumiskyky**

Kävelyä ja dynaamista tasapainoa arvioitiin ”Timed Up & Go” (TUG) - testillä (Rikli & Jones 2000). Testissä tutkittava nousi tuolilta ylös, käveli 3 metrin matkan niin nopeasti kuin mahdollista, kääntyi merkin ympäri, käveli 3 metrin matkan takaisin ja istuutui takaisin tuoliin. Kokonaisaika mitattiin suorituksen aloittamisesta lähtökäskystä siihen kun koehenkilö istuutui takaisin tuoliin. Koehenkilöllä oli kaksi suoritushetkeä ja paras aika kirjattiin kymmenesosa sekunnin tarkkuudella. Tutkittava sai käyttää suorituksen aikana liikkumisen apuvälinettä. TUG-testin on raportoitu voivan erottaa toisistaan toimintakyvyn eri tasot, olevan herkkä mittaamaan muutosta (Rikli & Jones 2000) ja se on todettu reliabeliksi (Podsiadlo & Richardson 1991, Morris ym. 2001).

Tasapainoa arvioitiin Bergin tasapainotestillä testistön ohjeistuksen mukaisesti. Testistö käsittää 14 toiminnallista osiota, jotka jokainen pisteytetään asteikolla 0-4. Maksimi pistemääräksi muodostuu 56. Mitä korkeamman pistemäärän koehenkilö saa, sen parempi on koehenkilön tasapaino ja selviytyminen tehtävistä. Koehenkilöt eivät saaneet käyttää testin aikana apuvälinettä tasapainon ylläpitämisessä pystyasennossa. Testi on toistettavissa sisäisen ja ulkoisen korkean validiteetin ansiosta. (Berg ym. 1989.)

#### **6.4.2. Motoriset ja prosessitaidot päivittäisissä toiminnoissa**

Kyvykkyyttä suorittaa päivittäisiä toimintoja arvioitiin Assessment of Motor and Process Skills -testillä (AMPS), jossa mitataan motorisia ja prosessitaitoja. AMPS on standardoitu havainnointimenetelmä. AMPS-testissä henkilö valitsee tehtäväkseen valmiiksi annetuista vaihtoehtoista kaksi tuttua päivittäistä tehtävää. Siinä arvioidaan 16 motorista ja 20 prosessitaitoa henkilön tehdessä itsestä huolehtimiseen tai kodinhoitoon liittyviä päivittäisiä tehtäviä. Motoriset taidot ovat havainnoitavia tekoja, joita henkilö tekee liikkuaan ympäristössään tai käsitelläkseen esineitä. Prosessitaidot ovat havainnoitavia tekoja, joita henkilö tekee laittaakseen toiminnot loogiseen järjestykseen, valitakseen ja käyttäkseen tarkoituksenmukaisia välineitä sekä mukauttaakseen toimintaansa kohdatessaan ongelmia. Havainnoija pisteyttää henkilön motoriset ja prosessitaidot neliportaisen Likert-asteikon avulla. (Fisher 2003.)

AMPS-testin tuottama tieto on välimatka-asteikollista. Data analysoidaan tietokoneohjelmalla, joka suhteuttaa datan välimatka-asteikolliseksi pistemääräksi. Menetelmää on tutkittu paljon kansainvälisesti. Useat tutkimukset ovat osoittaneet AMPS:n olevan reliabeeli (Doble ym. 1999, Ellison ym. 2001) ja validi (Hayase ym. 2004, Merritt & Fisher 2003) menetelmä. Sen on myös osoitettu olevan herkkä mittaamaan muutosta (Oakley ym. 2002). 0,5 pisteen muutos taidoissa merkitsee tilastollisesti merkittävää muutosta. 0,3-0,4 pisteen muutos on kliinisesti merkittävä. 0,1-0,2 pisteen muutoksella eri ole merkitystä. (Fisher 2003.)

#### **6.4.4. Elämänlaatu**

Elämänlaatua arvioitiin 15D-mittarin avulla. Se on Suomessa kehitetty, yleisesti käytetty terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. Sen 15 osa-aluetta ovat liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Kukin ulottuvuus on jaettu viiteen tasoon, joista asiakkaat valitsevat omaa tilaansa parhaiten vastaavan tason. Mittaria voidaan käyttää ensinnäkin profiilina. Profiileja vertailemalla on nähtävissä, millä terveyden eri ulottuvuuksilla muutoksia on tapahtunut. Toiseksi mittaria voidaan käyttää yhtenä indeksilukuna asteikolla 0-1. Indeksiluku osoittaa elämänlaadun hyvyyttä tai huono-

utta (1=ei mitään ongelmia, 0=kuollut). Asiakkaan tai ryhmän indeksilukuja vertaamalla eri aikoina nähdään, onko elämänlaadussa kaikkiaan tapahtunut muutosta johonkin suuntaan. 15D-mittari tuottaa luokitteluasteikollista tietoa, joka suhteutetaan mittariin kuuluvan tietokoneohjelman avulla välimatka-asteikollisiksi pistemääriksi. Puuttuvat tiedot korvataan ohjelmaan kuuluvan algoritmin avulla. (Sintonen 2004.)

15D-mittarin on todettu olevan herkkä hoidosta johtuville muutoksille elämänlaadussa (Penttinen ym. 2005). Tietoa mittarin käyttökelpoisuudesta ikääntyneillä on kuitenkin vähäisesti.

## **6.5. Interventio**

Palvelutalossa toimi lähtötilanteessa aamujumppa neljänä päivänä viikossa sekä kuntosaliohjaus kerran viikossa. Intervention perustana koeryhmäläisillä oli kuntouttava hoitosuunnitelma, joka laadittiin asiakaslähtöisesti ja moniammatillisesti asukkaan arviointiin perustuen kehittämishanketta varten laaditulle lomakkeelle (liite 7). Suunnitelman lähtökohtina olivat asukkaan itse esille nostamat toiveet ja tavoitteet. Moniammatillisessa työryhmässä laadittiin asukkaalle alustavat ehdotukset, joiden avulla laadittiin varsinainen suunnitelma yhdessä asukkaan kanssa määrittelemällä hänen vahvat alueensa, kehittämiskohteet ja tavoitteet sekä käytettävät menetelmät. Suunnitelman toteutusta seurattiin moniammatillisessa työryhmässä viikoittain.

Interventioon kuului hoitohenkilökunnan toteuttama kuntouttava hoito sekä kuntoutustyöntekijöiden toteuttama ryhmätoiminta ja tarpeenmukainen yksilöllinen ohjaus. Intervention toteuttaminen oli pääasiallisesti palvelutalon normaalin henkilökunnan (lähihoitajat, toimintaterapeutti) tehtävänä. Henkilökuntaa vahvistettiin tutkimusta tehneellä fysioterapeutilla siten, että hän vastasi liikuntaryhmistä sekä yksilöllisestä fysioterapeutin antamasta ohjauksesta. Hoitohenkilökunnan tehtävänä oli kirjata koeryhmäläisten seurantavihkoon kuntouttavan hoidon toteutuminen ja kirjaamiseen liittyen seurantavihkoon laadittiin ohje (liite 8). Koehenkilö osallistui hänelle laaditun ohjelman mukaisesti erilaisiin liikunta- ja toimintaryhmiin. Intervention ajaksi perustettiin toimintaterapeutin ohjaama kädentaitojen ryhmä sekä fysioterapeutin ohjaamia erilaisia liikuntaryhmiä (tasapaino-, jumppa-, ulkoilu- ja peliryhmä). Jokainen ryhmä kokoontui kerran viikossa. Kädentaitojen ryhmä kokoontui tunnin ajan, kunto-

sali- ja ulkoiluryhmä kokoontuivat 45 minuuttia ja tasapaino-, jumppa-, kuntosali ja peliryhmät kokoontuivat 30 minuuttia kerrallaan. Harjoitusten vaativuuden mukaan muodostettiin kaksi eritasoista jumppa- ja tasapainoryhmää. Helpompi tasoisessa jumpparyhmässä liikkeet suoritettiin istuen ja lihasvoimaharjoituksissa käytettiin ½ - 1 kilon painomansetteja. Vaativammassa ryhmässä harjoituksia tehtiin myös pystyasennossa.

Alkuarviointien perusteella koehenkilöt ohjattiin heille sopivan tasoisiin ryhmiin. Koehenkilö saattoi osallistua yksilöllisen suunnitelman mukaisesti useampaan ryhmään tai hänelle ei ollut suunniteltuja ryhmäosallistumisia lainkaan. Suunnitelmien perusteella kädentaitojen ryhmään ohjattiin neljän koehenkilöä, kuntosaliryhmään kuusi, tasapainoryhmiin seitsemän, jumpparyhmiin seitsemän, peliryhmään kolme ja ulkoiluryhmään neljä koehenkilöä. Yksilöllistä fysioterapeutin ohjausta suunniteltiin neljälle koehenkilölle ja toimintaterapeutin ohjausta kolmelle. Ulkoiluryhmä sekä peliryhmä olivat avoimia ryhmiä, joihin myös tutkimuksen ulkopuolelle jääneillä talon asukkailla oli mahdollisuus osallistua. Koehenkilöiden osallistuminen eri ryhmiin samoin kuin myös yksilölliset ohjauskäynnit kirjattiin ryhmäseurantakansioon.

Kontrolliryhmän toiminta jatkui entisenlaisena. Kontrolliryhmän asukkaiden palvelutalossa oli aiemmin toteutettu kuntouttavan hoidon kehittämishanke. Kontrolliryhmään kuuluneet osallistuivat tarjolla olevaan päiväkeskustoimintaan. Kontrolliryhmän palvelutalossa oli arkipäivisin tarjolla avointa toimintaa, joka sisälsi esimerkiksi jumpaa, kädentaitoja ja yhteisiä juhlia ja tapahtumia.

## **6.6. Tilastolliset analyysimenetelmät**

Tulosten analysoinnissa käytettiin SPSS 12.0 for Windows ohjelmaa. Pää- ja taustamuuttujille laskettiin keskiarvot, keskihajonnat ja 95% luottamusvälit. Koe- ja kontrolliryhmän välistä riippuvuutta taustamuuttujien suhteen testattiin Studentin t-testillä. Päämuuttujien jakaumien normaalius testattiin Shapiro-Wilk testillä. Intervention aikaan saaman muutoksen eroa toimintakyvyn koe- ja kontrolliryhmien välillä testattiin kovarianssianalyysillä. Kovarianttina oli alkumittaus. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin  $p < 0,05$ .

## 7 TULOKSET

Koeryhmästä jäi pois kahdeksan henkilöä yhden heistä osallistuessa osaan loppumittauksista. Yksi kuoli ja muiden terveydentila huononi merkittävästi intervention aikana. Kontrolliryhmästä jäi pois viisi henkilöä, joista yksi osallistui osaan loppuarvioinneista. Poisjääneistä yksi oli arviointihetkellä sairaalahoitossa ja muut eivät olleet halukkaita loppuarviointiin.

Koehenkilöiden keskimääräinen osallistumisprosentti suunniteltuihin ryhmiin yhdeksän viikon intervention aikana oli 45 %. Osallistumisprosentti vaihteli 14 % - 75 % välillä. Osallistumiset on kuvattu taulukossa 2. Yksikään koehenkilö ei osallistunut kaikkiin hänelle suunniteltuihin ryhmiin. Yhden koehenkilön kuntouttavaan hoitosuunnitelmaan ei suunniteltu ryhmätoimintaa sen sisältäessä hoitohenkilökunnan toteuttaman kuntouttavan hoidon ja tarvittaessa kuntoutustyöntekijöiden toteuttaman yksilöllisen ohjauksen. Suunniteltu keskusteluryhmä ei toteutunut.

**Taulukko 2.** Koehenkilöiden toteutuneet osallistumiset ryhmiin (suunnitellut osallistumiset) sekä osallistumisprosentit.

Koehenkilö	Tasapaino	Kuntosali	Jumppa	Käden- taidot	Peli	Ulkoilu	Yksilö- ohjaus	Osallistuminen kaikkiin suunniteltuihin ryhmiin
1	2 (7) 29%		0 (7) 0%					2 (14) 14%
2	0 (7) 0%	1(6) 17%	2(7) 29%		1(5) 20%	6 (6) 100%		10 (31) 32%
3	6 (7) 86%	1(6) 17%	3(7) 43%	6 (6) 100%	2(5) 40%	2 (6) 33%		20 (37) 54%
4		3(6) 50%			4(6) 67%	5 (6) 83%	10	12 (18) 67%
5							1	
6	6 (7) 86%	1(6) 17%	2(7) 29%	6 (6) 100%		3 (6) 50%		18 (32) 56%
7	5 (7) 71%	5(6) 83%	5(7) 71%					15 (20) 75%
8					2(5) 40%	0 (6) 0%	9	2 (11) 18%

## 7.1 Taustamuuttujat

Koe ja kontrolliryhmään kuuluneiden taustamuuttujat on kuvattu taulukossa 3. Ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan muistia ja kognitiivisia kykyjä kuvaavan MMSE:n osalta ( $p=,042$ ). Muiden taustamuuttujien suhteen ryhmät vastasivat toisiaan vaikkakin kontrolliryhmän fyysinen aktiivisuus askelmittauksella mitattuna oli lähes kaksinkertainen koeryhmään verrattuna.

**Taulukko 3.** Taustamuuttujien kuvaus, keskiarvot ja keskihajonnat (sd).

	Koeryhmä n=8	Kontrolliryhmä n=11	p-arvo*
Rava-indeksi	2,88 (1,24)	2,64 (,67)	,60
Ikä (v)	78 (7)	76 (6)	,24
Paino (kg)	77 (13)	74 (13) n=10	,64
Askeleet / vrk	864 (1156) n=7	1456 (1360) n=10	,36
MMSE	23 (2)	19 (5)	,04

\*Studentin t-testi

## 7.2 Toimintakyky

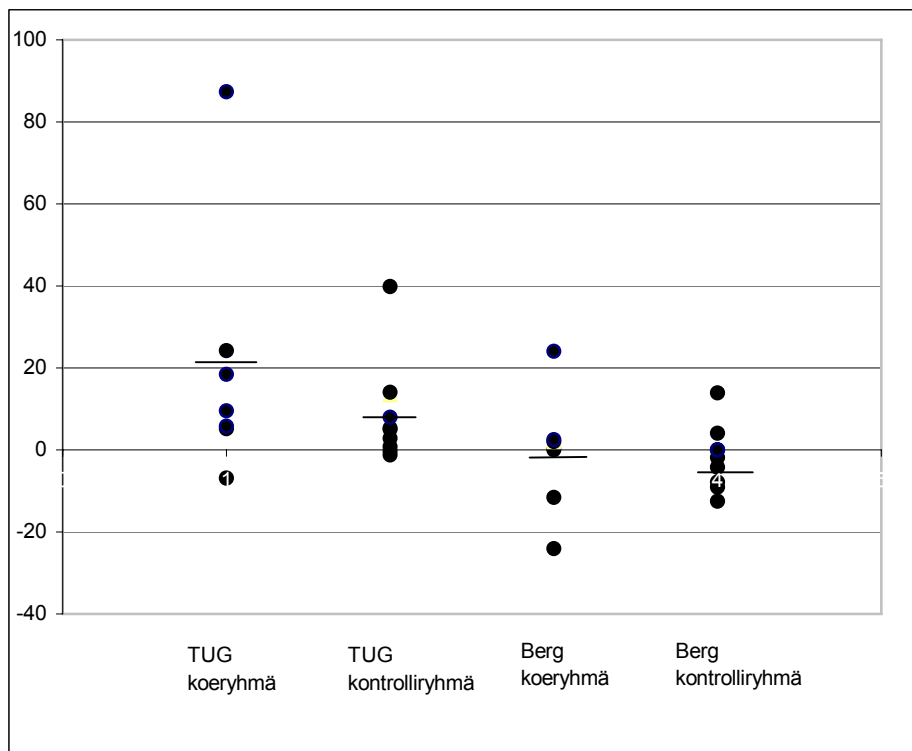
Ryhmien väliset tulokset eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan minkään tutkitun muuttujan osalta. (taulukko 4). Kävelyä kuvaavan TUG-testin arvot muuttuivat koeryhmällä -20 % ja kontrolliryhmällä -9%. Bergin tasapainotestin tulokset pysyivät lähes samoina sekä koe- (-1%) että kontrolliryhmällä (-2%). (kuvio 4). AMPS-testissä sekä motoristen että prosessitaitojen muutokset olivat niin pieniä, ettei niillä voi katsoa olevan merkitystä. Motoristen taitojen pisteet pysyivät koe- ja kontrolliryhmällä samoina. Prosessitaitojen pisteet alenivat koeryhmällä keskimäärin 0,05 pistettä ja kontrolliryhmällä 0,16 pistettä. (kuvio 5).



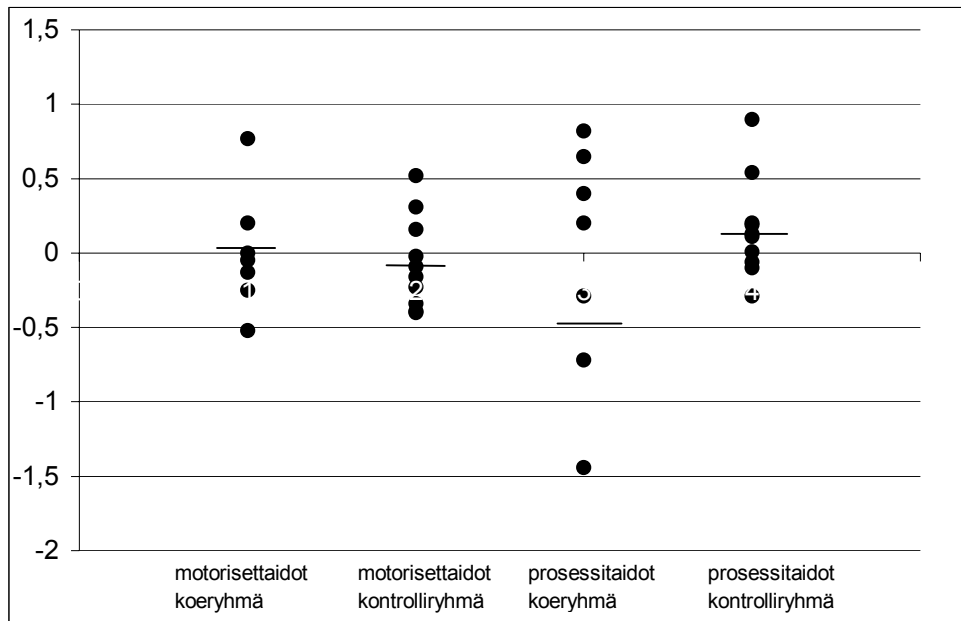
**Taulukko 4.** Toimintakykymuuttujien ja elämänlaatumuuttujan keskiarvot ja keskihajonnat (SD) sekä ryhmien välinen ero luottamusväleineen.

	Koeryhmä n=8 (*7)		Kontrolliryhmä n=11 (*10)		Δ (CI 95%)	p- arvo*
	alku	loppu	alku	loppu		
TUG	19,0 (6,4)	23,9 (12,9)	14,5 (9,1)	15,6 (9,3)	2,9 (-2,7 – 8,5)	,28
Berg	38 (11)	38 (12)	42 (11)	41 (10)	1 (-3 – 5)	,69
Motoriset taidot *	,95 (,64)	,95 (,52)	1,21 (1,07)	1,14 (,99)	0,02 (-,33 - ,37)	,89
Prosessi tai- dot *	,41 (,82)	,36 (,73)	,08 (,78)	,24 (,79)	-,12 (-,71 - ,47)	,67
15D	,613(,140)	,608(,132)	,795 (,133)	,797 (,130)	-,038 (-,121-,045)	,35

\*Unianova



**Kuvio 4.** Ryhmien prosentuaaliset suoritusajan muutokset TUG testissä ja Bergin toiminnallisessa tasapainotestissä 9 viikon intervention jälkeen (keskiarvo ja yksilöllisten arvojen jakautuminen).



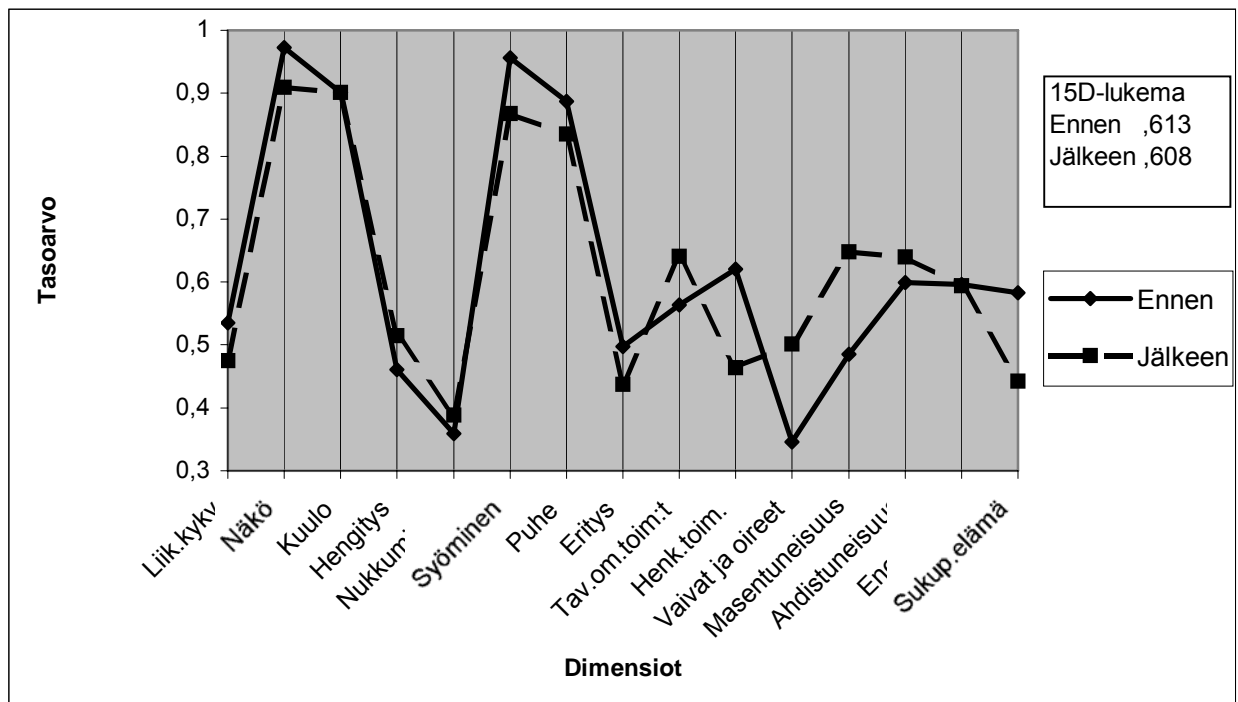
**Kuvio 5.** Ryhmien muutokset 9 viikon intervention jälkeen motorisissa ja prosessitaidoissa absoluuttisina arvoina (keskiarvo ja yksilöllisten arvojen jakautuminen).

### 7.3. Elämänlaatu

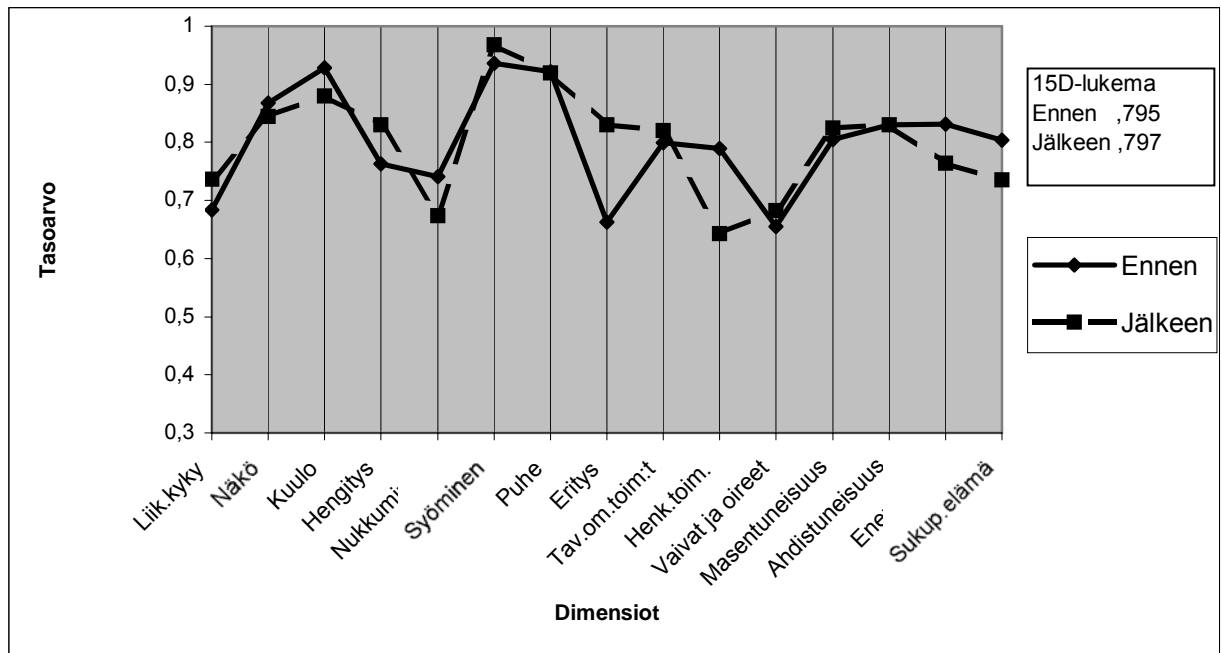
Kokonaisuudessaan elämänlaatu pysyi molemmilla ryhmillä samana yhdeksän viikon intervention aikana (Taulukko 4). Elämänlaadun eri osa-alueita alku- ja loppumittauksissa muutosprosentteineen on tarkasteltu ryhmittäin taulukossa 5. Osatekijöitä on kuvattu myös erikseen molempien ryhmien osalta elämänlaatuprofiilin avulla (kuvio 6 ja kuvio 7). Elämänlaadun osa-alueita tarkasteltaessa on havaittavissa, että suurimmat muutokset ovat koeryhmän masentuneisuuden (35%) sekä vaivojen ja oireiden kokemisen (47%) osa-alueilla lähtötilanteeseen verrattuna, mutta ryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa.

**Taulukko 5.** Elämänlaadun osa-alueiden arvot koe- ja kontrolliryhmillä alku- ja loppumittauksissa

	Koeryhmä			Kontrolliryhmä		
	Alku	Loppu	Δ%	Alku	Loppu	Δ%
Liikkumiskyky	0,54	0,48	-11	0,68	0,74	10
Näkö	0,97	0,91	-6	0,87	0,84	-3
Kuulo	0,90	0,90	0	0,93	0,88	-5
Hengitys	0,46	0,51	11	0,76	0,83	9
Nukkuminen	0,36	0,39	8	0,74	0,67	-9
Syöminen	0,95	0,87	-8	0,93	0,97	4
Puhe	0,89	0,83	-7	0,92	0,92	0
Eritys	0,50	0,44	-12	0,66	0,83	26
Tavanomaiset toiminnot	0,56	0,64	14	0,80	0,82	3
Henkinen toiminta	0,62	0,46	-26	0,79	0,64	-19
Vaivat ja oireet	0,34	0,50	47	0,65	0,68	5
Masentuneisuus	0,48	0,65	35	0,80	0,82	3
Ahdistuneisuus	0,60	0,64	7	0,83	0,83	0
Energisyys	0,50	0,59	18	0,83	0,76	-8
Sukupuolielämä	0,58	0,44	-24	0,80	0,73	-9



**Kuvio 6.** Elämänlaadun osatekijöistä koostuva profiili koeryhmällä ennen ja jälkeen intervention.



**Kuvio 7.** Elämänlaadun osatekijöistä koostuva profiili kontrolliryhmällä ennen ja jälkeen intervention.

## 8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vaikuttaako asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti suunniteltu moniammatillinen kuntouttava lähestymistapa ikääntyneiden palvelutalon asukkaiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun yhdeksän viikon seurannassa. Tällaisella lähestymistavalla ei tämän tutkimuksen mukaan näyttäisi olevan vaikutusta tarkastelun kohteena olleisiin kävelykykyyn, tasapainoon, päivittäisissä toiminnoissa esille tuleviin motorisiin ja prosessitaitoihin sekä elämänlaatuun. Elämänlaadun osatekijöitä erikseen tarkasteltuna oli havaittavissa, että suurimmat muutokset olivat tapahtuneet koeryhmään kuuluvien masentuneisuuden sekä vaivojen ja oireiden vähenemisessä, vaikkakaan ryhmien välillä ei ollut havaittavissa eroa. Näihin osa-alueisiin kannattaa kuitenkin jatkossa kiinnittää huomiota, sillä esimerkiksi Viramon (1998) tutkimuksessa monipuolista toimintaa sisältäneillä interventioilla voitiin vähentää kuntoutujien depressiivisiä oireita merkitsevästi interventioiden sisällöstä riippumatta.

Tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, että interventioon käytetty aika oli lyhyt ja ryhmien koko pieni. Suunniteltuihin ryhmiin osallistuminen jäi keskimäärin tarkastellen alle puoleen osallistumisen vaihdella 14 %:sta 75 %:iin. Yksilöllisiä muutoksia tarkasteltaessa oli havaittavissa, että suurimmalla osalla aktiivisesti ryhmiin osallistuneista koehenkilöistä tapahtui intervention aikana tulosten parantumista. Niillä, jotka eivät osallistuneet ryhmiin tai osallistuminen oli vähäistä oli taas havaittavissa toimintakyvyn huononemista tai samana pysymistä. Kato oli suuri, kun tutkittavien terveydessä ja toimintakyvyssä tapahtui suurta vaihtelua. Myös loppumittauksiin osallistuneista muutaman terveyden tilassa tapahtui merkittävää heikkenemistä. Toisaalta tämä kuvastaa kohderyhmälle ominaisia piirteitä. Intervention vaikutuksia saattoi lieventää myös alkutilanteessa esille tullut kontrolliryhmän suurempi fyysinen aktiivisuus. Vaikka koehenkilöiksi etsittiin samankaltaisia henkilöitä iän ja toimintakykyluokituksen perusteella, muodostui ryhmistä kuitenkin hieman erilaiset erityisesti tutkittavien kognitiivisten valmiuksien ja fyysisen aktiivisuuden osalta. Samoin vaikutusta saattoi olla sillä, että kontrolliryhmän palvelutalon henkilökunta oli työskennellyt jo vuosia yhdessä, ja heillä oli jo pitkältä ajalta kokemusta kuntouttavan hoidon toteuttamisesta, vaikkakaan tutkimusajankohtana kontrolliryhmän palvelutalossa ei tehty erityisiä kuntouttavia toimenpiteitä. Koeryhmän palvelutalon henkilökunta oli

työskennellyt vasta noin vuoden yhdessä ja tutkimukseen liittyvä kehittämishanke oli lähtölaukauksena yhteisen kuntouttavan lähestymistavan määrittämiselle.

Kuntouttavasta hoitotyöstä on puhuttu jo pitkään erityisesti vanhusten hoidossa ja sen merkitystä korostetaan jatkuvasti (Ikääntyneiden hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001, Kuntoutusselonteko 2002, Aromaa ym. 2005a). Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan toteuttaman kuntouttavan hoidon merkitys oli merkittävässä asemassa. Erityisen merkityksellistä se oli niiden koehenkilöiden kohdalla, joiden yksilöllinen suunnitelma ei sisältänyt ryhmätoimintaa. Monisairaana, raihnaistuneen vanhuksen onnistunut kuntoutuminen on aikaa vievää (Young 1996). Tässä tapauksessa tutkimus toteutettiin koulutuksesta loppuarviointeihin neljässä kuukaudessa varsinaisen intervention kestäessä yhdeksän viikkoa. Näin tiivis aikataulu ei todennäköisesti jättänyt henkilökunnalle aikaa prosessoida käsiteltyjä asioita siinä määrin, että ne olisivat yhdeksän viikon intervention aikana ehtineet siirtyä työkäytäntöihin. Lisäksi kuntouttavan hoidon toteutuksen arviointi ei onnistunut, sillä annetuista ohjeista huolimatta kuntouttavan hoidon kirjaaminen jäi vähäiseksi. Näillä seikoilla saattaa olla merkitystä siihen, ettei ryhmien välille syntynyt intervention aikana eroa.

Useissa aikaisemmissa vaikuttavuustutkimuksissa (Rantanen ym. 1994, Rubenstein ym. 2000, Wolf ym. 2001, Sihvonen 2004, Campbell ym. 1999) sekä arviointi että interventio ovat kohdistuneet yksittäiseen toimintakyvyn osa-alueeseen kuten tasapainoon. Tässä tutkimuksessa intervention sisältö oli laaja-alainen ja kohdistui eri koehenkilöillä toimintakyvyn eri puoliin sen mukaan, mikä oli kullekin tarpeellista alkuarviointeihin ja esille tuotuihin tarpeisiin perustuen. Vaikuttavuuden arviointiin olisi kannattanut lisätä asiakaslähtöinen yksilölliset tavoitteet huomioiva arviointimenetelmä. Tähän liittyen Stolee ym. (1999) ovat tuoneet esille, että ikääntyneiden ongelmien heterogeenisuuden vuoksi on vaikeaa käyttää yksittäisiä menetelmiä arvioimaan ikääntyneiden kuntoutuksen moninaisia tuloksia. He esittävät vaihtoehdoksi yksilöllisyyden huomioivan menetelmän, Goal Attainment Scalingin (GAS) käyttämistä, jonka avulla määritellään yksilölliset tavoitteet mitattavaan muotoon. Stoleen ym. (1999) tekemän tutkimuksen mukaan GAS on herkempi muutokselle standardeituihin menetelmiin verrattuna (Barhel index, MMSE, NHP) ja se on osoittautunut käyttökelpoiseksi, reliaabeliksi, validiksi ja herkäksi lähestymistavaksi ikääntyneiden

kuntoutuksen tuloksen mittaamiseen. Myös MacKnight & Powell (2001) ovat tuoneet esille, että pätevien, luotettavien ja muutosherkkien mittareiden löytäminen kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaamiseen on vaikeaa ja he näkevät ongelman korostuvan vanhusien kuntoutuksen vaikuttavuutta mitattaessa. Hinkka ym. (2006) nostavat esille tärkeän seikan pohtiessaan, että akuutin sairauden hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaamiseen löytynee herkempiä mittareita kuin raihnaistumisen hidastamisen tuloksellisuuden arviointiin. Koemme, että käyttämistämme menetelmistä TUG, Bergin tasapainotesti ja AMPS soveltuvat tämänkaltaisessa työskentelyssä alkuarvioinnin sijaan paremmin kohdennettuun jatkotyöskentelyyn sen jälkeen, kun tarve näiden osa-alueiden arviointiin on ilmennyt.

Tutkittavat motivoituvat selkeästi paremmin fyysisiin suoristustesteihin kuin päivittäisten askareiden tekemiseen AMPS-arviointia tehdessä. Sinällään TUG ja Bergin tasapainotesti ovat suhteellisen helppoja ja nopeita toteuttaa. AMPS-testin käyttämisen edellytyksenä on koulutus ja sen toteuttaminen vaatii aikaa ja järjestelyjä. Osalla oli vaikea motivoitua tekemään päivittäisiä askareita, mutta toisaalta monilta löytyi piileviä taitoja, jotka hämmästyttivät sekä arvioitavaa itseään että hoitohenkilökuntaa. 15D oli suhteellisen helppo toteuttaa. Suurimmalle osalle testi tehtiin haastatellen. Vaikeuksia oli lähinnä henkilökohtaisiksi koettujen asioiden osalta (eritys, sukupuolielämä). Osalla tutkittavista oli ymmärtämisvaikeuksia ja vaihtoehtojen erottelu oli vaikeaa. 15D on terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari, ja terveyden heikentyessä ikääntymisen myötä mittari väistämättä korostaa henkilön vajavuuksia. Onkin tärkeää tarkastella jatkossa sitä, mikä on olennaista ikääntyneiden ihmisten elämänlaadussa, ja mitkä tekijät ovat yhteydessä hyväksi koettuun elämänlaatuun.

Tämän tutkimuksen vahvuutena on sen laaja-alaisuus ja toteuttaminen todellisessa elinympäristössä ilman merkittäviä lisäresursseja. Vahvuutena nähdään myös asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen käytännössä. Nämä elementit on todettu tarpeellisiksi ja merkityksellisiksi ikääntyneiden hoidossa ja kuntoutuksessa (Young 1996). Moniammatillinen yhteistyö toteutui sekä tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa että arvioinnissa ja hoitohenkilökunnan aktiivisena mukana olemisena kuntouttavan toiminnan prosessissa. Näin pystyttiin tuomaan esille useita näkökulmia ja yhdistämään kuntoutuksen ja hoidon tavoitteita. Tutkimuksen aikana toteutetut kuntoutustyöntekijöiden ja hoitohenkilökunnan yhteiset seuranta-

palaverit olivat sekä tutkimuksen tekijöiden että henkilökunnan arvioimina erittäin antoisia. Niissä pohdittiin asukkaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyviä asioita ja tehtiin tarpeellisia muutoksia hoitokäytäntöihin. Henkilökunta kokonaisuudessaan koki kehittämishankkeen tarpeellisenä sekä koko palvelutalon, asukkaiden että oman työnsä kannalta. Eniten positiivista palautetta annettiin asukkaiden asioiden pohtimisesta yhdessä, asukkaiden aktivoitumisesta ja yksilöllisestä huomioinnista sekä uusien toimintatapojen ja näkökulmien löytymisestä työhön. Hanke auttoi henkilökuntaa löytämään konkreettisia kuntouttavan työn elementtejä työhönsä. Vahvuutena on myös asiakaslähtöisyys, jota ilmentää se, että interventiot perustivat tutkittavien itsensä esille nostamiin tarpeisiin ja heille yksilöllisesti laadittuihin ohjelmiin.

Tutkimuksen heikkoutena voidaan nähdä tutkittavien pieni määrä, joka on yhteydessä tutkimuksen luonteeseen pilottitutkimuksena samoin kuin lyhyt aika. Tutkimuksen heikkoutena näemme myös sen, että kuntouttavan hoidon kirjaaminen jäi vähäiseksi annetuista ohjeista huolimatta, ja tämän takia kuntouttavan hoidon toteutumisen tarkastelu on vaikeaa. Myös ryhmiin osallistumisen jääminen alle puoleen suunnitellusta on seikka, johon pitää kiinnittää huomiota. Heikkoutena nousee esille myös kontrolliryhmän erilaisuus koeryhmää fyysisesti aktiivisempänä sekä se, että koe- ja kontrolliryhmien palvelutaloissa toteutetun toiminnan välillä ei välttämättä ollut suurta eroa. Yksi tärkeä osa-alue, joka tässä hankkeessa jäi huomioimatta on asukkaan elämänselvityksen selvittäminen ja hyödyntäminen hoidossa erityisesti muistihäiriöisten osalta. Toinen tärkeä asia, johon jatkossa kannattaisi kiinnittää huomiota, on omaisten ja läheisten huomiointi ja mukaan saaminen aktiivisesti hoitoon.

Vaikka hoitohenkilökunnan tehtävänä on toteuttaa kuntouttavaa työtä, heitä ei mielestämme voi jättää tekemään sitä yksin. Tueksi ja yhteistyökumppaneiksi tarvitaan kuntoutustyöntekijöitä, jotka voivat oman ammattitaitonsa turvin arvioida, tukea ja edistää ikääntyneiden toimintakykyä ja elämänlaatua yhteistyössä hoitotyöntekijöiden kanssa. Arvioinneista saatavaa tietoa tarvitaan kuntouttavan työn lähtökohdiksi. Näin toimien kuntouttavaa työtä voidaan tehdä suunnitellusti ja tavoitteellisesti. Merkittävä osuus kuntouttavassa työssä on myös kirjaamisella ja seurannalla sekä tarpeenmukaisella uudelleen arvioinnilla (Holma ym. 2002). Tutkimuksen toteutuksen jälkeen jätimme pohtimaan, kannattaisiko kuntouttavaa työtä suunnata erityisesti kohdennettuihin ryhmiin: Palveluasumisessa herkkiä vaiheita toimintakyvyn kannalta ovat



ainakin palvelutaloon muuttovaihe, sairaalasta kotiutuminen ja toipuminen akuuttisairauksista. Mielestämme olisi tärkeää suunnata kuntoutuksen voimavaroja enenevästi tukemaan palvelutaloissa tehtävää työtä ja toimintaa. Kuntouttavan toiminnan vaikuttavuutta kannattaisi lähteä tarkastelemaan näiden kohdennettujen ryhmien kautta.

Tämän pilottitutkimuksen kokemuksia ja tuloksia hyödynnetään jatkohanketta suunniteltaessa. Ensinnäkin tarvitaan riittävästi aikaa hoitohenkilökunnan perehdyttämiseen ja kouluttamiseen. Myös omaisten rooli asukkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemisessa tulee huomioida. Toisekseen tämän jälkeen on varattava riittävästi aikaa intervention toteuttamiseen. Myös seuranta-arviointeihin kannattaa varautua, jotta voidaan seurata mahdollisten vaikutusten pysyvyyttä. Tutkittavien määrän on oltava riittävän suuri luotettavien tulosten mahdollistamiseksi, ja tutkimus voidaan kohdentaa tiettyihin ryhmiin, kuten palvelutaloon muuttaviin tai sairaalasta kotiutuviin asukkaisiin. Kontrolliryhmän sopivuuteen on kiinnitettävä huomiota, jotta se olisi riittävän samankaltainen koeryhmän kanssa, mutta kontrolliryhmän asuin ympäristön tarjoaman toiminnan tulisi riittävästi erota koeryhmälle toteutettavasta interventiosta. Vaikuttavuuden arviointiin kannattaa ottaa käyttöön asiakaslähtöisyyden huomioiva menetelmä, jossa huomio kohdistetaan yksilöllisiin tavoitteisiin ja niiden toteutumiseen. Intervention perustana kannattanee selvittää asukkaan elämänhistoriaa. Lisäksi on syytä selvittää asukkaiden masentuneisuutta ja elämänlaadun arviointiin on pyrittävä löytämään menetelmä, joka ei korosta vanhuuden rajoituksia vaan pikemminkin huomioi yksilön vahvuudet ja elämään tyytyväisyyden. Koeryhmäläisten motivointiin erityisesti ryhmätoimintoihin osallistumisen kannalta on kiinnitettävä huomiota ja vähintäänkin on huomioitava, että osallistujia muistutetaan riittävästi olemassa olevista ryhmistä ja heidät saatetaan niihin tarvittaessa. Kuntouttavan hoidon toteutuksen seurantaan on kehitettävä toimiva menetelmä yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa.

## 9 JOHTOPÄÄTÖS

Asiakaslähtöisen ja moniammatillisen kuntouttavan lähestymistavan käyttöön ottaminen ei tämän tutkimuksen mukaan lisännyt ikääntyneiden palvelutalon asukkaiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Interventioon käytetty aika oli lyhyt ja ryhmien koko pieni. Olisikin suositeltavaa jatkossa tarkastella vaikutuksia kohdennetuilla ryhmillä pidemmällä aikavälillä, suuremmilla tutkimusjoukoilla ja asiakaslähtöisillä arviointimenetelmillä.

## LÄHTEET

Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. Päätelmät ja suositukset. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, 2005a: 461-465.

Aromaa A, Gould R, Hytti H, Koskinen S. Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, 2005b: 134-148.

Beissner KL, Colling JE, Holmes H. Muscle force and range of motion as predictors of function in older adults. *Phys Ther* 2000; 80: 556-563.

Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiother Can* 1989; 41: 304-11.

Campbell A, Robertson M, Gardner M, Norton R, Buchner D. Falls prevention over 2 years: a randomized controlled trial in women 80 years and older. Department of Medicine. Injury Prevention Research Centre. *Age Ageing* 1999; 28: 513-518.

Carlson M, Fanchiang S, Zemke R, Clark F. A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *Am J Occup Ther* 1996; 50: 89-98.

Clark F, Azen S, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel C, Hay J, Josephson K, Cherry B, Hessel C, Palmer J, Lipson L. Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 1997; 278:1321-1326.

Cummins R. Assessing quality of life. Teoksessa Brown R (toim.) Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice. Padstow: Stanley Thornes Ltd, 1997:115-150.

Doble S, Fisk J, Lewis N, Rockwood K. Test-retest reliability of the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) in elderly adults. *Occup Ther J Res* 1999; 19:203-215.

Ellison S, Fisher A, Duran L. The alternate forms reliability of the new tasks added to the Assessment of Motors and Process Skills. *JAM* 2001; 2:121-134.

Fisher, A. AMPS. Assessment of Motor and Process Skills. Volume 1: Development, Standardization, and Administration Manual. (5.painos). Fort Collins, Colorado, USA: Three Star Press, 2003.

Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini Mental State". A practical method for grading the cognitive state on patients for the clinician. *J Psyc Res* 1975; 12: 189-198.

Frytak J. Assessment of quality of life in older adults. Teoksessa Kane R, Kane R. (toim.) Assessing older persons. Measures, meaning and practical applications. Oxford University Press. New York 2000: 200-236.

Gardner M, Robertson C, Cambell A. Exercise in preventing falls and fall related injuries in old people: a review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med* 2000; 34:7-17.

Graff M, Vernooji-Dassen M, Thijssen M, Dekker J, Joefnagels W, Rikkert M. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomized controlled trial. *BMJ* 2006; 333:1196-1199.

Hayase D, Mosenteen D, Thimmaiah D, Zemke S, Atler K, Fisher A. 2004. Age-related changes in activities of daily living ability. *Aust Occup Ther J* 2004; 51: 192-198.

Heikkinen E. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. (toim.) *Suomalaisten terveys*. Saarijärvi: Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, 2005: 327-335.

Heikkinen E. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen E, Marin M. (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2002: 13-33.

Heikkinen E. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Duodecim, 2003: 330-335.

Heikkinen E, Ilmarinen J. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. *Duodecim* 2001; 117: 653-660.

Helin S. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatio-prosessi. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health*, 2001; 71.

Helin, S. Palvelujärjestelmät toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Duodecim, 2003: 336-350.

Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K, Aaltonen T. Kuntoutus vanhuksen kokemuksen ja vaikuttavuusmittareiden valossa. *Kuntoutus* 2006; 1: 22-30.

Holma T, Heimonen S-L, Voutilainen P. Kuntouttava työote. Teoksessa *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. Oppaita 49. Helsinki: Stakes, 2002: 43-48.

ICF. Toimintakyvyn, toiminnan rajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. WHO, 2001. Käännös Stakes. Jyväskylä: Stakes, 2004.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4.

Karjalainen E. Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palveluasunnoissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto, 1999.

Karjalainen E, Kivelä S-L. Vanhusten palveluasumisen yleiskuvaus. Oulun yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Sarja: Yleislääketiede. Tutkimus 3/1995.

Karvinen E. "Tulee niin friski ja hyvä olo": toimintatutkimus aktiivisuuden edistämisestä Kontulan vanhainkodissa. Licensiaatintyö, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, 2000.

Koskinen S, Nieminen M, Martelin T, Sihvonen A-P. Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Tampere: Duodecim, 2003: 25-32.

Kuntoutusselonteko. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2002 : 6.

Lahtinen Y, Rajala T, Paunio P, Liukko M. Suurten kaupunkien RAVA-tutkimus: Vanhuksien toimintakyky ja avun tarve. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 1999.

Lazowski D, Ecclestone N, Myers A, Peterson D, Tudor-Locke C, Fitzgerald C, Jones G, Shima N, Cunningham D. A Randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1999; 54(12): M621-628.

Laukkanen P. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Jyväskylän yliopisto. Studies in Sport, Physical education and health 1998; 56.

Laukkanen P. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Tampere: Duodecim, 2003: 255-266.

Law M, Polatajko H, Baptiste S, Townsend E. Core Concepts of Occupational Therapy. Teoksessa Townsend E. (toim.) Enabling Occupation - An Occupational Therapy Perspective. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE, 1997: 29 - 56.

Lokk J. Geriatric rehabilitation revisited. Review. Aging Clin Exp Res 1999;11: 353-361.

MacKnight C, Powell C. Outcome measures in the rehabilitation of older adults. Rew Clin Gerontol 2001;11: 83-89.

McMurdo M, Milla A, Daly F. A randomised controlled trial of fall prevention strategies in old peoples' homes. Gerontology 2000; 46: 83-87.

Merrit B, Fisher A. Gender differences in the performance of activities of daily living. Arch Phys Med Rehabil 2003; 84: 1872-1877.

Morris J, Fiatarone M, Kiely D, Belleville-Taylor P, Murphy K, Littlehale S, Ooi W, O'Neill E, Doyle N. Nursing rehabilitation and exercise strategies in the nursing home. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1999; 54: M494-500.

Morris S, Morris ME, Iansek R. Reliability of measurements obtained with the timed "up and go" test in people with Parkinson disease. *Phys Ther* 2001; 81: 810-818.

Novalk M, Prendergas J, Bayles C, D'Amico F, Colvin G. A randomised trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities: The FallsFREE Program. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 859-865.

Oakley F, Khin N, Parks R, Bauer I, Sunderland T. Improvement in activities of daily living in elderly following treatment for post-bereavement depression. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 231-234.

Paasivaara L, Nikkilä J, Voutilainen P. Saumattomuus – palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. STAKES Op-paita 49. Helsinki 2002: 49-56.

Parker G, Bhakta P, Katbamna S. Best place of care for elderly people after acute and subacute illness; a systematic review. *J Health Serv Res* 2000; 5: 176-189.

Penttinen J, Nevala-Puranen N, Airaksinen O, Jaaskelainen M, Sintonen H, Takala J. Randomized controlled trial of back school with and without peer support. *J Occup Rehabil* 2002; 12: 21-29.

Podsiadlo D, Richardson S. The timed "up and go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:142-143.

Przybylski B, Dumont E, Watkins M, Warren S, Beaulne A, Lier D. Outcomes of enhanced physical and occupational therapy service in a nursing home setting. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 554-561.

Rantanen T, Hartikainen K, Parkatti T. Vanhusten voimaharjoittelu tuotti nopeasti tuloksia. *Liikunta ja Tiede* 1994; 31:25.

Rantanen R, Avlund K, Suominen H, Schroll M, Frändin K, Era P. Muscle strength as a predictor of onset of ADL dependence in people aged 75 years. *Aging Clin Exp Rev* 2002; 14: 10-15.

Rantanen T, Sakari-Rantala R. Itsenäinen liikkumiskyky ja sen ylläpito vanhuudessa. Teoksessa Hietanen A, Lyyra T-M. (toim.). *lääkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003: 2.

Rikli R, Jones J. Senior fitness testing manual. Champaign, IL, Human Kinetics 2000.

Rissanen, L. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. *Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimusraportti ja yleislääketieteen yksikkö*, 1999.

Roilas H. Geriatrisen päiväkotoutuksen vaikuttavuus. Kuopion yliopiston julkaisu D. *Lääketiede* 322. 2004.

Rubenstein L, Josephson K, Trueblood P, Loy S, Harker J, Pietruszka F, Robbins A. Effects of a Group Exercise Program on Strength, Mobility, and Falls Among Fall-Prone Elderly Men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55: M317-M321.

Ruoppila I, Heikkinen E. Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ja terveydentilan arviointi perusterveydenhuollossa. Teoksessa Heikkinen R-L, Suutama T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät projekti. Osa II. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisu:10, 1992: 1-13.

Rydwik E, Frändin K, Akner G. Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patient (70+) with multiple diagnosis. Systematic review. *Age Ageing* 2004; 33: 13-23.

Räihä I, Seppälä M, Viitanen M. Geriatrisen jättiläiset. *Duodecim* 2006; 122: 1483-1490.

Saarela M, Valvanne J. Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. *Duodecim* 1999; 115: 1611-1618.

Sakari-Rantala R. Lihasvoimaa ja tasapainonhallintaa: iäkkäiden kuntosaliharjoittelu tehoaa. *Liikunta ja Tiede* 2003; 40 (3): 51-53.

Savikko N, Huusko T, Pitkälä K. Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisen ongelmia. Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. 2006.

Sihvonen S. Postural balance and ageing: Cross-sectional comparative studies and a balance training intervention. Tasapainoharjoittelu ehkäisee kaatumisia iäkkäillä henkilöillä. Fysioterapian väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. 2004.

Sintonen H. The 15D measure of health-related quality of life. I. Reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system. Melbourne. National Center for Health Program Evaluation, Working Paper 41, 2004.

Sosiaalihalitus. Hyvään palveluasumiseen. Sosiaalihalituksen opas 1 / 1989. Helsinki. 1989.

Stanley M, Cheek J. Well-being and older people: A review of the literature. *Can J Occup Ther* 2003; 70(1): 51-59.

Stolee P, Stadnyk K, Myers AM, Rockwood K. An individualized approach to outcome measurement in geriatric rehabilitation. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999; 54: M641-647.

Stuck A, Siu A, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment. A meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036.

Tilvis R. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis R, Hervonen A, Jäntti P, Lehtonen A, Sulkava R. (toim.) Geriatria. Tampere: Duodecim, 2001: 23-31.

Tilvis R. Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakerin raportteja 2002: 267; 141-158.

Toimintaterapianimikkeistö. Holma, T. (toim.) Helsinki: Suomen kuntaliitto, 2003.

Toraman N, Ayceman N. Effects of six weeks of detraining on retention of functional fitness of old people after nine weeks of multicomponent training. Br J Sport Med 2005; 39: 565-568.

Townsend E. (toim.) Enabling occupation. An occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE, 1997.

Turkka J. Toimintaterapian merkitys aivohalvauskuntoutuksessa. Näytösastekatsaukset. 16.6.2006. [WWW-dokumentti]. Duodecim: Käypä hoito. [viitattu 4.3.2007] [http://www.kaypahoito.fi/kh/kh\\_kulkaisu.NaytaArtikkeli?p\\_artikkeli=nak05579](http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_kulkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=nak05579).

Vaarama M, Noro A. Vanhusten palvelut. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, 2005: 383-387.

Valvanne J. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis R, Hervonen A, Jäntti P, Lehtonen A, Sulkava R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 2001; 343-380.

Van der Bij A, Laurant M, Wensing M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. Am J Prev Med 2002; 22: 120-133.

Vilen M, Leppämäki P. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY. 2002.

Viramo P. Vanhakin vertyy. Päiväkuntoutuksen ja viriketoiminnan vaikutus ikääntyneen toimintakykyyn ja terveyteen. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto ja Oulun yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Vireyttä vuosiin 7, 1998.

Voutilainen P, Vaarama M. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Helsinki. STAKES. Raportteja 2005: 7.

Warburton DE, Gledhill N, Quinney A. Musculoskeletal fitness and health. Can J Appl Physiol 2001; 26: 217-237.

Wilcock A. 1998. Occupational perspectives of health. Thorofare. Slack.

Wilkins S, Jung B, Wishart L, Edwards M, Norton S. The effectiveness of community-based occupational therapy education and functional training programs for older adults: a critical literature review. Can J Occup Ther 2003; 70(4): 214-225.

Wolf B, Feys H, Weerdt W, Meer J, Noom M, Aufdemkampe G. Effect of physical therapeutic intervention for balance problems in the elderly: a single-blind, randomized, controlled multicentre trial. Clin Rehabil 2001; 15: 624-636.



Young J. Rehabilitation and older people. BMJ 1996; 313: 677-681.

**TIEDOTE**

**Jyväskylässä 4.3.2005**

Hyvä Lutakon lähipalvelutalon työntekijä!

Kevään 2005 aikana Lutakon lähipalvelutalossa toteutetaan hanke, jossa kehitetään kuntouttavaa työtapaa asukkaiden hoidossa. Hanketta toteuttavat Lutakon lähipalvelutalon vakituisen henkilökunnan tukena fysio- ja toimintaterapeutti. Hankkeeseen liittyen toteutetaan 2 tutkimusta, joissa tarkastellaan kuntouttavan lähestymistavan vaikutusta asukkaiden fyysiseen toimintakykyyn ja päivittäisiin toimintoihin sekä elämänlaatuun.

Tutkimuksessa mukana olevat asukkaat on merkitty asukaslistaan punaisella T-merkinnällä.

Hoitajien kansliassa 2. kerroksessa säilytetään kansiota, jossa on tutkimukseen osallistuvien asukkaiden kuntouttavat hoitosuunnitelmat sekä seurantalomakkeet. Seurantalomakkeelle merkitään asukkaan toimintakykyyn ja vointiin liittyviä asioita päivittäin. Vastuuhoitaja tekee yhteenvedon asukkaan kuulumisista viikoittain perjantaisin klo 13-14.30 pidettävään työpalaveriin.

Asukkaiden huoneistossa jokaisella tutkimukseen osallistuvalla asukkaalla on päiväkirja, johon hoitajat merkitsevät päivittäin mitä asukkaalle kuuluu. Lisäksi hoitaja merkitsee päiväkirjaan, mitä hän on tehnyt asukkaan kanssa kuntouttavasti ja miten se on sujunut.

Hankkeesta ja tutkimuksesta saa lisätietoja puhelimitse arkisin numerosta 0400 – 816 826.

Parhain terveisin

Sari Arolaakso-Ahola

Maaret Rutanen

**TIEDOTE**

**Jyväskylässä 4.3.2005**

Hyvä Lutakon päiväkeskuksen työntekijä!

Kevään 2005 aikana Lutakon lähipalvelutalossa toteutetaan hanke, jossa kehitetään kuntouttavaa työtapaa asukkaiden hoidossa. Hanketta toteuttavat Lutakon lähipalvelutalon vakituisen henkilökunnan tukena fysio- ja toimintaterapeutti. Hankkeeseen liittyen toteutetaan 2 tutkimusta, joissa tarkastellaan kuntouttavan lähestymistavan vaikutusta asukkaiden fyysiseen toimintakykyyn ja päivittäisiin toimintoihin sekä elämänlaatuun.

Tutkimuksessa mukana olevat asukkaat on merkitty asukaslistaan punaisella T-merkinnällä.

Päiväkeskuksen toimistossa säilytetään kansiota, jossa on päiväkeskustoiminnan ja ryhmätoiminnan seurantalomakkeet jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla asukkaalla. Toimintaa ohjanneen työntekijän tulee merkitä seurantalomakkeelle asukkaan osallistuminen ja erityishuomiot sekä mielellään myös lyhyt arvio osallistumisesta.

Hankkeesta ja tutkimuksesta saa lisätietoja puhelimitse arkisin numerosta 0400 – 816 826.

Parhain terveisin

Sari Arolaakso-Ahola

Maaret Rutanen

## TUTKIMUSLUPA

Allekirjoittanut on antanut luvan kerätä tietoja toimintakyvystään tutkimuskäyttöön keväällä 2005 Lutakon lähipalvelutalossa toteutetun kehittämishankkeen yhteydessä. Allekirjoittanutta on informoitu sanallisesti tutkimuksen kulusta ja hän on saanut tutkimuksesta kirjallisen tiedotteen.

Tietoja kerätään selvittämällä asukkaan elämään tyytyväisyyttä sekä arvioimalla asukkaan lihasvoimaa, kävelynopeutta, tasapainoa, liikkumista ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä.

Osallistujan henkilöllisyys ei tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksesta voi halutessaan jättäytyä pois missä tahansa vaiheessa ilman perusteita.

Jyväskylässä

2005

---

## TUTKIMUSLUPA

Allekirjoittanut on antanut luvan kerätä tietoja toimintakyvystään tutkimuskäyttöön keväällä 2005 Lutakon lähipalvelutalossa toteutetun kehittämishankkeen yhteydessä. Allekirjoittanutta on informoitu sanallisesti tutkimuksen kulusta ja hän on saanut tutkimuksesta kirjallisen tiedotteen.

Tietoja kerätään selvittämällä asukkaan elämään tyytyväisyyttä sekä arvioimalla asukkaan lihasvoimaa, kävelynopeutta, tasapainoa, liikkumista ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä.

Osallistujan henkilöllisyys ei tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksesta voi halutessaan jättäytyä pois missä tahansa vaiheessa ilman perusteita.

Jyväskylässä

2005

---

## TIEDOTE

Jyväskylässä 3.2.2005

### Hyvä Lutakon lähipalvelutalon asukas!

Kevään 2005 aikana Lutakon lähipalvelutalossa toteutetaan hanke, jossa kehitetään kuntouttavaa työtapaa asukkaiden hoidossa. Hanketta toteuttaa Lutakon lähipalvelutalon vakituisen henkilökunnan tukena fysio- ja toimintaterapeutti.

Hankkeen aikana kerätään tietoa hankkeeseen osallistuvien asukkaiden toimintakyvystä. Tietoja käytetään Jyväskylän yliopiston fysio- ja toimintaterapian pro gradu-tutkielmien aineistona. Sari Arolaakso-Ahola tutkii kuntouttavan työtöteen vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn ja Maaret Rutanen päivittäisiin toimintoihin.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistujien henkilöllisyys ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla asukkaalla pyydetään kirjallinen suostumus tietojen keräämiseen.

Hankkeesta ja tutkimuksesta saa lisätietoja Sari Arolaakso-Aholalta ja Maaret Rutaselta puhelimitse arkisin numerosta 0400 – 816 826.

Parhain terveisin

Sari Arolaakso-Ahola

Maaret Rutanen

**TIEDOTE**

Jyväskylässä 15.2.2005

**Hyvä Palvelutalo Kotikaaren asukas!**

Kevään 2005 aikana Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry toteuttaa hankkeen, jossa verrataan eri lähestymistapojen vaikutusta palvelutalon asukkaiden toimintakykyyn. Kotikaaren toiminnassa ei tapahdu muutoksia. Kotikaaren palvelutalon asukkaiden toimintakykyä ja sen muutoksia verrataan Lutakon lähipalvelutalon asukkaiden toimintakykyyn.

Hankkeen aikana kerätään tietoa hankkeeseen osallistuvien asukkaiden toimintakyvystä. Tietoja käytetään Jyväskylän yliopiston fysio- ja toimintaterapian pro gradu-tutkielmien aineistona. Sari Arolaakso-Ahola tutkii kuntouttavan työotteen vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn ja Maaret Rutanen päivittäisiin toimintoihin.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistujien henkilöllisyys ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla asukkaalla pyydetään kirjallinen suostumus tietojen keräämiseen.

Hankkeesta ja tutkimuksesta saa lisätietoja Sari Arolaakso-Aholalta ja Maaret Rutaselta puhelimitse arkisin numerosta 0400 – 816 826.

Parhain terveisin

Sari Arolaakso-Ahola

Maaret Rutanen

## KUNTOUTTAVA HOITOSUUNNITELMA

Asiakas	Pvm
Asiakkaan lähtökohdat	
Henkilökunnan näkemys	Asiakkaan yhteenveto
Vahvat alueet	Vahvat alueet
Ongelmat	Ongelmat
Tavoite	Tavoite
Keinot	Keinot



## **PÄIVÄKIRJA**

**Kevään 2005 aikana Lutakon lähipalvelutalossa toteutetaan kehittämishanke, jonka avulla kehitetään kuntouttavaa lähestymistapaa asukkaiden hoidossa.**

**Tämän päiväkirjan avulla seurataan asukkaan vointia, mielialaa ja toimintakykyä.**

**Hoitaja merkitsee päiväkirjaan päivittäin mitä asukkaalle kuuluu.**

**Hoitaja merkitsee päiväkirjaan, mitä hän on tehnyt asukkaan kanssa kuntouttavasti ja miten se on sujunut.**

**Asukkaan luona käyvät kuntoutustyöntekijät merkitsevät päiväkirjaan mitä he ovat tehneet asukkaan kanssa ja miten se on sujunut.**