

**FYSIOTERAPIA OSANA MONIAMMATILLISTA
YHTEISTYÖTÄ VANHUSTEN LAITOSHOIDOSSA**

**FYSIOTERAPIA- JA HOITOHENKILÖKUNNAN
TYÖAJANKÄYTTÖTUTKIMUS KELJON VANHAIN-
KODISSA**

Hannele Huusko ja Riitta Kiili

Fysioterapian pro-gradu
tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteen laitos
Kevät 1997

TUTKIMUKSEN TEKIJÄT: Hannele Huusko ja Riitta Kiili

TUTKIMUKSEN NIMI: Fysioterapia osana moniammatillista yhteistyötä vanhusten laitoshoidossa; Fysioterapia- ja hoitohenkilökunnan työajankäyttötutkimus Keljon vanhainkodissa.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS: Työajankäyttötutkimuksen tavoitteena on toimia pohjana yhteisön ja työn kehittämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Keljon vanhainkodissa työskentelevän fysioterapia- ja hoitohenkilökunnan välittömään potilastyöhön, muuhun työhön ja yhteistyöhön käytetty aika ja sen jakautuminen sisällöllisesti.

TUTKIMUKSEN MENETELMÄT: Henkilökunnan työajankäyttöä ja työn sisältöä tutkittiin suoralla ajanmittauksella, jossa tutkimukseen osallistuneet itse kirjasivat eri toimintoihin käytetyn ajan ja työnsisällön valmiiksi laaditulle lomakkeelle. Tutkimukseen osallistui 27 työntekijää, joista naisia oli 26 ja yksi mies. Tutkimuksessa kirjattiin 11.154 havaintoa, joista 72 hylättiin henkilötietojen puuttumisen vuoksi.

TUTKIMUKSEN PÄÄTULOKSET: Välittömän fysioterapian määrä osastonhoitajalla oli 19%, fysioterapeutilla 46% ja kuntahoitajalla 48%. Aiempiin tutkimuksiin verrattuna tämä oli noin 15% suurempi. Perushoitajat, kodinhoitajat ja osastoapulaiset käyttivät hoitohenkilökunnasta eniten aikaa välittömään potilastyöhön (21-33%) ja vähiten yhteistyöhön (5-10%) kokonaistyöajastaan. Fysioterapiahenkilökunnan käyttämä aika ohjaukseen oli vähäistä. Hoitohenkilökunta käytti asiakkaan avustamiseen 40-90% välittömästä hoitotyöajasta. Yhteistyö keskittyi pääasiassa esimiehille ja oli sisällöltään hallinnollista. Koko työaikaa ei pystytty koodaamaan.

TUTKIMUKSEN PÄÄTELMÄT: Fysioterapian resurssit välittömään potilastyöhön ovat huomattavasti pienemmät kuin hoitohenkilökunnalla. Tästä syystä hoitohenkilökunnalla on erittäin hyvät mahdollisuudet toimia kuntoutusta edistävästi. Tarvitaan enemmän moniammatillista yhteistyötä. Tavanomaisten yhteistyömuotojen rinnalle tarvitaan yksilöllisiä, työpaikan tarpeista lähteviä yhteistyömuotoja. Fysioterapiahenkilöstön toimimista henkilökunnan ohjaajana, kouluttajana ja tukijana sekä uusien toimintojen käynnistäjänä tulisi painottaa.

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	
2. VANHUSVÄESTÖN MÄÄRÄ SUOMESSA	6
3. KUNTOUTUS VANHUSTENHUOLLOSSA	7
4. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ VANHUSTEN KUNTOUTUMISESSA..	10
4.1 Yhteistyön lähtökohdat terveydenhuollossa	10
4.2 Yhteistyön käytännöt	10
4.3 Yhteistyön tasot	12
4.4 Moniammatillisen yhteistyön edut ja esteet	13
4.5 Asiantuntijuus työryhmässä.....	14
5. FYSIOTERAPIAN ASiantuntijuus VANHUSTENHUOLLOSSA.....	15
5.1 Ikääntyvien toimintakyvyn arvioiminen	15
5.2 Fyysisen toimintakyvyn häiriöiden ehkäisy ja korjaaminen	17
5.2.1 Fyysisen aktiivisuuden tukeminen	17
5.2.2 Fyysisen toimintakyvyn harjoittaminen	17
5.2.3 Fyysisen toimintakyvyn häiriöiden korjaaminen	21
5.2.4 Vuodelevon aiheuttamien haittojen ehkäisy	22
5.2.5 Ohjaus, koulutus ja neuvonta	23
5.3 Fyysisen toimintakyvyn häiriöiden kompensoiminen	24
5.4 Experttiys fysioterapian haasteena vanhusten- huollossa	25
6. AIEMMAT TUTKIMUKSET TYÖAJANKÄYTÖSTÄ	26
6.1 Fysioterapiahenkilökunta	26
6.2 Hoitohenkilökunta	29
7. TUTKIMUSONGELMAT	31

8. TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	32
8.1 Kuvaus tutkimuksen kohteesta	32
8.2 Tutkimuksen toteutus	32
8.2.1 Tutkimusmenetelmä	32
8.2.2 Aineiston keruu ja analysointi	33
9. TULOKSET	34
9.1 Kokonaistyöajan jakautuminen	34
9.1.1 Fysioterapiahenkilökunta	34
9.1.2 Hoitohenkilökunta	36
9.2 Välitön fysioterapia ja hoitotyö	38
9.2.1 Fysioterapian sisällön jakautuminen	38
9.2.2 Hoitotyön sisällön jakautuminen	38
9.2.3 Välitön potilastyö ammattiryhmittäin	40
9.2.4 Asiakaskontaktit	40
9.3 Muu työ fysioterapiassa ja hoitotyössä	41
9.3.1 Fysioterapiahenkilökunta	42
9.3.2 Hoitohenkilökunta	43
9.4 Yhteistyö fysioterapiassa ja hoitotyössä	45
9.4.1 Fysioterapiahenkilökunta	46
9.4.2 Hoitohenkilökunta	47
10. POHDINTA	50
11. JOHTOPÄÄTÖKSET	55
12. LÄHTEET	56
13. LIITTEET	61

1. JOHDANTO

Vanhuspolitiikan päätavoitteina ovat pitkä elämä ja korkea elämänlaatu. Keinoina näihin tavoitteisiin pääsemiseksi on mainittu vanhusten itsemääräämisen tukeminen ja aktivoiminen omien resurssien käyttöön (Christiansson 1994). Yhteiskunnan myönteinen asennoituminen vanhuuteen ja vanhusten erityistarpeiden huomioiminen yhteikuntapoliittisessa suunnittelussa mahdollistavat aktiivisen vanhuuden.

Elämänlaadun näkökulmasta vanhuspolitiikan keskeisenä tehtävänä on taata terveyspalvelujen riittävä saanti ja sitä kautta poistaa tai lievittää sairastamisen ja toimintakyvyn rajoituksista johtuvaa elämänlaadun heikkenemistä. Ajankohtaiseksi elämänlaadun huomioon ottamisen hoidon suunnittelussa ja sitä koskevien valintojen yhteydessä tekee terveydenhuollon keskustelu niukkojen voimavarojen oikeudenmukaisesta jakamisesta ja toimintojen panemisesta tärkeysjärjestykseen. Terveydenhuollon voimavarat, joista huomattava osa käytetään iäkkäiden potilaiden hoitoon, on tärkeää suunnata siten, että palvelujen käyttäjät saavat sekä terveyden että elämänlaadun kannalta olennaista hyötyä. (Christiansson 1994.)

Taloudellisen taantuman myötä valtion rahoitusmahdollisuudet ovat niukentuneet, mikä näkyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon investointi - ja henkilöstörresurssoinnissa. Lähivuosilta odotetaan rakenteellisilla ja toiminnallisilla muutoksilla saavutettavan kustannussäästöjä. (Vaarama ja Hurskainen 1993.)

Tulevaisuuden vanhuspolitiikan tulee perustua vahvaan faktatietoon, sisällön asiantuntijuuteen ja argumentointiin. Tähän tarvitaan tietotaidon kehittämistä, josta syntyvät osaava henkilöstö ja toimivat työyhteisöt; koulutukseen, työyhteisön kehittämiseen sekä työkyvyn ja työn ilon ylläpitämiseen panostavat työyhteisöt. Tulevaisuuden vanhustyöhön kuuluvat jatkuva suunnitelmallinen tuotekehittäminen, tutkimus- ja kehittämistoiminta, koulutus, aktiivinen kotimaisen ja ulkomaisen kehityksen seuraaminen. (Vaarama ja Hurskainen 1993.)

2. VANHUSVÄESTÖN MÄÄRÄ SUOMESSA

Vanhusväestön määrä tulee Suomessa lähes kaksinkertaistumaan ensi vuosituhanella. Suurimmillaan vanhusten määrän ennustetaan olevan vuonna 2030, jolloin n. neljännes väestöstä- yli 1,1 milj. henkilöä- olisi 65 vuotta täyttäneitä. Yli 75 -vuotiaiden määrä kasinkertaistuu nykyisestä vuoteen 2030 ja kolminkertaistuu vuoteen 2050 mennessä. Vuonna 2030 noin joka neljännes suomalaisista on yli 65-vuotias ja joka kymmenes yli 75-vuotias. (Vaarama ja Hurskainen 1993). Hoidon ja hoivan kysyntä tulee vanhusten osalta kasvamaan nykyisestään ja hyvinvointiyhteiskunnan on priorisoitava varojen käyttö mielekkäällä tavalla. (Anttinen 1993, Vaarama ja Hurskainen 1993)

Väestön vanheneminen vaikuttaa yhteiskunnan rakenteisiin asettaen pitkän aikavälin haasteita perhepolitiikalle, eläkepolitiikalle ja työvoimapolitiikalle. Vanhusväestön määrän kasvamista ei kuitenkaan tule nähdä ongelmana, vaan hyvinvoinnin tuloksena. Palvelutarpeisiin voidaan vastata ennakoimalla ja kohdentamalla resursseja paikallisia tarpeita vastaavasti. Vanhuspolitiikkaan vaikuttaa myös vallitseva vanhuskäsitys. Positiivinen näkemys vanhuudesta hyväksyy sen tosiasian, että väestö vanhenee. Vanheneva väestö nähdään monipuolisena resurssina ja tulevaisuus myös ikääntyvässä yhteiskunnassa myönteisenä. Negatiivinen käsitys korostaa avutomuuden ja riippuvuuden lisääntymistä, vanheneva väestö nähdään yksipuolisesti kustannusrasiteena ja ikääntyvän yhteiskunnan tulevaisuus synkkänä. (Vaarama ja Hurskainen 1993.)

3. KUNTOUTUS VANHUSTENHUOLLOSSA

Vanhusten kuntoutuksesta on puhuttu vähän. Vasta viime vuosina gerontologia on laajentunut tieteiden väliseksi laajaksi tutkimusasetelmaksi. Oletettavasti myös työiän ohittaneiden toimintakykyyn kiinnitetään tulevaisuudessa huomiota laajemmalti kuin vain biologisesta näkökulmasta. (Tossavainen 1995.)

Työllistyminen on ollut pitkään kuntoutuksen perustavoitteena. Se on kuitenkin saanut rinnalleen muita tavoitteita: sosiaalinen selviytyminen, sosiaalinen integraatio ja tasa-arvo, elämisen laatu, hyvinvointi ja elämän hallinta. Myös ympäristöön kohdistuvat muutokset on hyväksytty osaksi kuntoutuksen tavoitteita. Kuntoutusta on pitkään kohdennettu sairauden tai vamman perusteella. Huomio on kuitenkin siirtynyt sairauden aiheuttamien haittojen kompensoinnista terveyttä, hyvinvointia ja voimavaroja vahvistaviin tekijöihin. Samalla on painotettu aikaisempaa enemmän asiakkaan omaa panosta - subjektiutta ja itsemääräämistä- kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa. (Järvikoski, Härkäpää 1995.)

Työelämän jättäneen, ikääntyneen ihmisen kuntoutumisen tavoite on toimintakyvyn säilyttäminen tai parantaminen niin, että hän pystyy aktiiviseen, omatoimiseen elämään (Tossavainen 1995). Omatoimisuus voi olla tavoitteena myös tietyin rajoituksin, jolloin tavoitteet voivat olla näennäisesti vaatimattomat, mutta potilaalle erittäin merkitykselliset. Joissakin tapauksissa kuntoutuksen tavoitteena on potilaan tilanteen pysyttäminen ennallaan, huononemisen estäminen ja hidastaminen. (Tilvis, Sourander 1993.)

Väestön ikärakenteen muutos merkitsee kuntoutuksen kannalta erityisiä haasteita sen vuoksi, että Suomessa ikääntyneellä väestöllä on tutkimusten mukaan enemmän pitkäaikaissairauksia ja niihin liittyvää toiminnanvajavuutta kuin muissa Pohjoismaissa (Järvikoski ym. 1995).

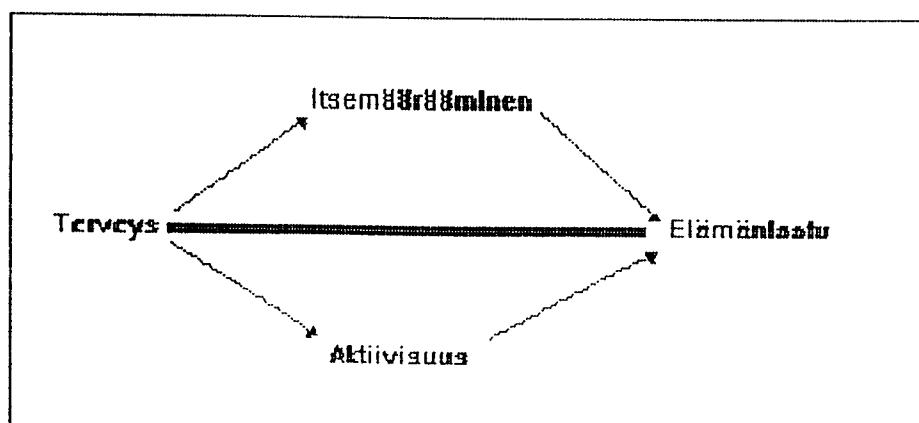
Tavallisimmat toimintarajoitusta aiheuttavat sairaudet alle 85-vuotiailla vanhuksilla ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydänsairaudet. Sitä iäkkäämillä korostuu dementian osuus (taulukko 1). (Valvanne ym. 1992.)

Taulukko 1. Tärkein toimintakykyä haittaava sairaus iän mukaan (%)
(Valvanne ym. 1992)

	75v	80v	85v
Tuki- ja liikuntaelinsairaus	23	25	22
Sydänsairaus	19	15	17
Dementia	2	6	19
Aivohalvauksen jälkitila	4	6	6
Krooninen keuhkosairaus	7	6	3
Näön heikentyminen	2	4	5

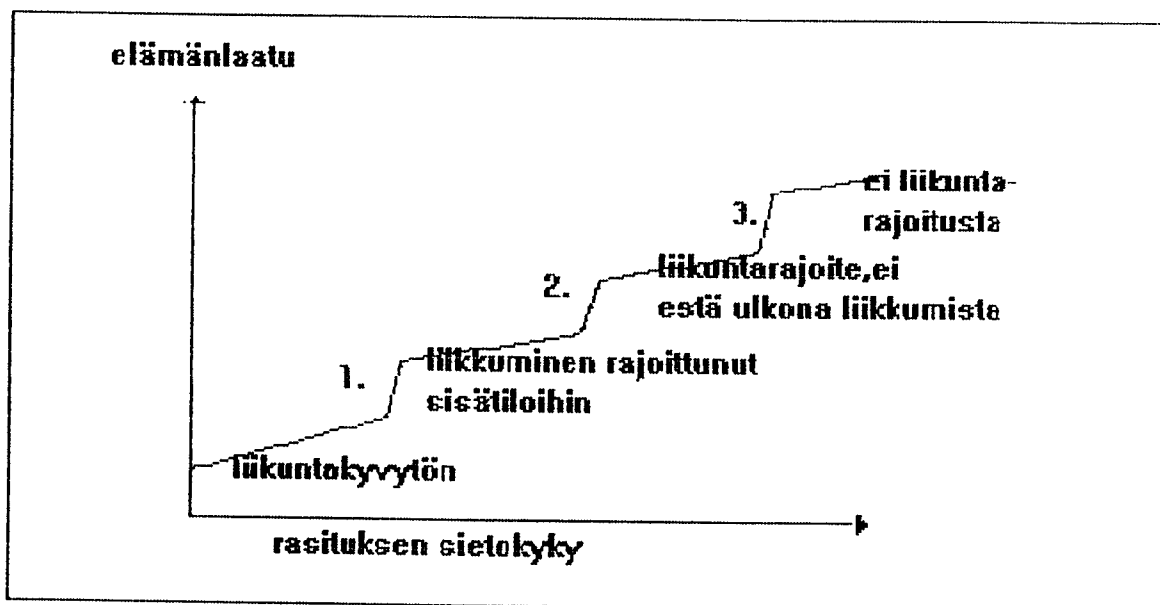
Terveydentila on elämänlaadun tärkein ulkoinen määrite. Eniten eläkeikäisten elämänlaatua heikentää rajoittunut liikkumiskyky. Tämän lisäksi elämänlaadun riskitekijöiksi on tutkimuksissa todettu liikuntaelinten sairaudet, heikko näkö, huono kuulo, sokeritauti sekä verenkiertoelinten sairaudet. Hyvää elämänlaatua parhaiten ennustavat tekijät ovat kohtalainen terveys, itsemäärääminen ja aktiivisuus. Kuviossa 1. nähdään, että terveydentilalla on sekä suora yhteys elämänlaatuun että välillinen vaikutus siihen itsemääräämisen ja aktiivisuuden kautta. (Christiansson 1994.)

Kuvio 1. Terveiden ja elämänlaadun yhteys



Toimintakyvyn häiriöiden hoito kohdistuu ensisijaisesti vaikeuksia tuottaviin sairauksiin. Kuntoutuksen mahdollisuuksia tulee hyödyntää harkiten. Koska toimintakyvyn ja elämänlaadun muutokset ovat usein portaattaisia, voi rasituksen sietokyvyn vähäinenkin lisäys johtaa huomattavaan toiminnalliseen paranemiseen ja elämänlaadun kohenemiseen (Kuvio 2).

Kuvio 2. Elämänlaatu ja rasituksensietokykyä koskevat kynnykset



Hoidon, kuntoutuksen ja ylläpidon tavoitteena on seuraavan tason saavuttaminen. Lisäämällä rasituksen sietokykyä "kynnyksen" yli toimintakyky ja elämänlaatu paranevat. (Young 1986.)

4. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ VANHUSTEN KUNTOUTUMISESSA

4.1 Yhteistyön lähtökohdat terveydenhuollossa

Yhteistyö on keskeinen asia perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisessa ja eri henkilöstöryhmien ammattitaidon hyödyntämisessä. WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelma sekä Suomen valtakunnalliset suunnitelmat usean vuoden ajan sisältävät perusterveydenhuoltoa koskevan tavoitteen team -workin käyttöönnotosta. (Heliö 1994.)

Sosiaali ja terveysministeriön (1987) mukaan väestörakenteen ja sairastavuuden kehityksen valossa kuntoutus tulee yhä tärkeämmäksi terveydenhuollon toimintamuodoksi tulevaisuudessa. Kuntoutus on perusteltua pitää painoalueena terveysdenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa vuosituhannen loppuun asti. Tämä edellyttää terveydenhuolto henkilöstön kuntoutukseen liittyvien tiedollisten ja asenteellisten valmiuksien lisäämistä.

Yhteistyön merkitystä kuntoutuksessa on pyritty korostamaan myös lainsäädännössä. Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä on säädetty parantamaan kuntoutukseen osallistuvien viranomaisten, yhteisöjen ja laitosten yhteistyötä ja näin edistämään yksittäisen ihmisen kuntoutumista. Asiakaspalveluyhteistyön keskeinen periaate on, että yhteistyö tapahtuu ensisijaisesti osana viranomaisten ja palvelujärjestelmien tavanomaista toimintaa. Erilaisten yhteistyöelinten tehtävänä on parantaa edellytyksiä jokapäiväisen yhteistyön sujumiselle. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 1992.)

4.2 Yhteistyön käytännöt

Terveydenhuollossa yhteistyötä tehdään moniammatillisina työryhminä, joissa voidaan soveltaa erilaisia ryhmätyönmalleja.

Raimo Nurmi (1990) esittelee neljä erilaista ryhmätyömallia. Ryhmätyön perustilanteeksi voidaan ajatella kolmen asiantuntijan joukko, joilla kullakin on oma asiantuntemuksensa.

Kuvitellussa ryhmätyötilanteessa jokainen jäsen tuo oman tietotaitonsa ryhmään (esim 20% + 30% +50%), jolloin ryhmän tulos on 100%. Tällöin, jos kuka tahansa ryhmän jäsenistä ratkaisee ongelmaa yksin, jää tulos heikommaksi kuin koko ryhmän yhteiseen asiantuntemukseen perustuva tulos. Ongelmanratkaisu hyötyy ryhmätyöstä, kunhan onnistutaan saamaan ryhmän asiantuntemus esille ja yhdistämään se kokonaisuudeksi.

Ryhmän työskentelytapana voi olla sanelu, jolloin ryhmän jäsenistä yksi muotoilee lopputuloksen ja muut ovat lopputulokseen vaikuttamatta. Tällaisessa autokraattisessa ryhmässä tulos voi olla jopa heikompi kuin asiantuntivimman yksilön tulos yksinään.

Kompromississa haetaan keskimääräisratkaisua. Esimerkkitalanteessa osallistujien keskiarvo on 33%. Se on heikompi kuin ryhmän paras yksilöllinen asiantuntemus. Ratkaisun kannalta on tapahtunut tinkimistä ja toteutunut vaihtoehto on eräänlainen second-best-vaihtoehto. Kompromissityöskentely ei ole ryhmätyön tulostehokkuuden kannalta edullinen. Kompromissia käytetään parempien vaihtoehtojen puuttuessa, tilanteissa joissa osallistujien asiantuntemukset eivät ole yhteensovitettavissa.

Integroivassa ryhmätyötavassa kootaan yhteen ryhmän resurssit kokonaisratkaisuksi. Tämä mahdollistaa 100 -prosenttisen ratkaisun. Ryhmätilanteisiin liittyvien rakenteellisten ja sosiaalisten kommunikaatioestiedien vuoksi toimintatapa on käytännössä vaikea. Se edellyttää kuuntelemisen taitoa, tuomitsematonta ymmärtämistä erimielisyyksien kohdalla, erimielisyyksien hyväksymistä ongelman ratkaisun edellytyksenä. Lisäksi vaaditaan kykyä esittää oma asiansa ja tarkistaa sitä palautteen perusteella sekä kykyä objektiivisesti tarkastella asioita huolimatta siitä, kuka ne esittää. Integroiva ryhmätyö on ryhmän tuloksen ja yksilöiden oppimisen kannalta tehokas. Erimielisyydet eivät ole ryhmän jäsenten välisiä ristiriitoja, vaan ryhmän jäsenille yhteinen ratkaistava ongelma. Ryhmän tulos ja prosessin päätteeksi myös sen jäsenten asiantuntemus on suurempi, kuin kenenkään yksilön ennen ryhmätyötä. Integroiva ryhmätyö on aikaa vievää, mutta siihen sitoutuneella ajalla on vastaavasti suurempi tuotto kuin sanelu- ja kompromissityöskentelyllä. Ryhmäoppimisella vähennetään myös ryhmätyön sitomaa aikaa heikentämättä sen tuloksellisuutta.

Synergisessä ryhmätyössä ryhmä luo jotain uutta ja enemmän kuin sen jäsenten asiantuntemusten summa. Tuloksena on jotain sellaista, jota ryhmällä eikä kenelläkään ryhmän jäsenellä ollut hallussaan ennen ryhmätyötä. Ryhmän tulos on yli 100%, joka syntyy siitä, että eri asiantuntijuudet yhdistetään ja ylitetään. Synerginen ryhmätyö on tuottavin ja kasvattavin, mutta myös vaikein. On todettu, että uutta luovat synergiset ryhmät syntyvät spontaanisti, toimivat korkealla motivaatiolla yhteiseen tavoitteeseen ja sitten hajoavat. Yhteistyömuotona tämä on harvinainen. (Nurmi 1990.)

4.3 Yhteistyön tasot

Yhteistyön käytännön toteutumisen tasoja terveydenhuollossa voidaan Liimataisen (1994) mukaan kuvata seuraavasti:

Yhteydenpitoa ovat tiedon hankinta ja siirtäminen, esimerkiksi lähetteet, papereiden siirtäminen ja puhelinneuvottelut. Erilaiset palaverit ja kokoukset ovat parhaimmillaan yhteistyötä riippuen siitä millaista ryhmätyötapaa käytetään. Erilaiset tiimit, projektit ja yhteistoiminnallinen työ ovat korkeamman tason yhteistyömuotoja. Niissä toteutuvat suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja sitoutuneisuus. (Liimatainen 1994.)

Terveydenhuollon moniammatillisessa ryhmätyössä korostuvat erityisesti tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja säännöllisyys (Miettinen 1992). Tasa-arvoisuus, eri osapuolten arvostus ja toisten työn tunteminen parantavat yhteistyön tuloksia (Liimatainen 1994).

Päätöksenteossa vastuu omista potilassuhteista on jaettu jokaiselle jäsenelle. Jokainen on myös velvollinen tuomaan asiantuntemuksensa ryhmän käyttöön päätettäessä potilaskohtaisista tai työyhteisön tavoitteista. (Miettinen 1992.)

Työntekijän on kyettävä hahmottamaan ryhmässä oma osuutensa josta hän on vastuussa asiantuntijuudellaan. Vastuullinen työote vaatii työn kohteen ja työntekijän välisen suhteen uudelleen järjestelyä tiedollisesti, taidollisesti ja asenteellisesti. Moniammatillisen työryhmän toiminnassa ei ole oleellista työryhmän ulkoinen muoto vaan tapa, jolla ryhmä rakentaa ja käsittää työnsä kohteen. Ulkoiset muodot ovat tärkeitä edellytyksiä, mutta eivät asian ydin. (Engeström 1993.)

Vanhustenhuollossa moniammatillista yhteistyötä ei voida rajata yhden tai kahden ammattiryhmän suorittamaksi työksi vaan vanhusten moninaisiin tarpeisiin joudutaan vastamaan hyvin eri tavoin koulutetun henkilökunnan toimesta. Moniammatillinen yhteistyö päivittäisessä vanhustyössä on välttämättömyys. Se on myös työnjaollinen kysymys, mutta mitä suuremmissa määrin siinä on kysymys erityisesti oppimisesta pois hierarkisista rakenteista ja niiden jäykistämistä toimintakäytännöistä. (Vaarama ja Hurskainen 1993.)

Moniammatillista yhteistyötä toteutetaan hallinto- ja suunnittelutasolla työryhmissä, joissa sovitaan laitoshoitoon sijoittamisen periaatteista, tavoitteista, joiden saavuttamiseksi työskennellään ja toisaalta ne rajaukset, jotka palveluihin joudutaan tekemään. Hallinnollisten ja periaatteellisten suuntaviivojen määrittelyyn tarvitaan koko asiantuntijatyöryhmä.

Asiakas-/potilaskohtaisessa yhteistyössä ei vaadita jatkuvasti kaikkien asiantuntijoiden osallistumista. Laajaa asiantuntemusta tarvitaan mm. ongelmien kartoittamisessa, palvelu- ja hoitosuunnitelmien laadinnassa ja hoidon/hoivan onnistumisen seurannassa. (Vaarama ja Hurskainen 1993.)

4.4 Moniammatillisen yhteistyön edut ja esteet

Moniammatillisen yhteistyön edut terveydenhuollossa on osoitettu monissa tutkimuksissa. Asiakkaan kannalta yhteistyö parantaa hoidon laatua ja jatkuvuutta (Merjola-Partanen 1993). Vanhustenhuollossa eri ammattiryhmien, potilaan ja omaisten yhteistyö mahdollistaa potilaan asumisen pitempään kotona, vähentää kuolleisuutta ja sairaalaan paluuta (Cunningham ym. 1996; Piirainen ja Soukkala 1996; Principi ym. 1996). Parhaimmillaan yhteistyö on tiedon ja taidon vaihtoa- samassa tehtäväkentässä työskentelevien työntekijöiden yhteistä oppimista (Karjalainen 1993; Davis A ym. 1992; Nurmi 1990). Yhteinen päätöksentekoprosessi on myös turvallinen ja laadukas (Isohanni 1996).

Terveydenhuollossa yhteistyön toteutumisen esteinä ovat tiukka reviiri-ajattelu ja yksipuoliset työorientaatiot, joissa korostetaan ammattialueen omista lähtökohdista lähtevää ongelmanmäärittelyä (Talvitie ym. 1993). Tutkimuksen mukaan tämä näkyy käytännössä kyvyttömyytenä arvioida asiakkaan ongelmia laaja-alaisesti. Geriatriisessa tutkimus- ja kuntoutusyksikössä tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että vakavia ongelmia jää havaitsematta (depressio 10%,

vakava sairaus 13%, pukeutumisvaikeudet 20%, heikentynyt tasapaino ja liikkumiskyky 4%, inkontinenssi 17%, makuuhaavat 25%) mikäli ko. alan asiantuntija ei osallistu asiakkaan arviointiin. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jokaisen asiakkaan ongelmat tulisi kartoittaa jokaisen erityistyöntekijän toimesta. (Cunningham ym 1996.) Yhteistyötä, kommunikaatiota ja koulutusta tehostamalla olisi mahdollisuus päästä tehokkaampaan ja taloudellisempaan toimintaan. Erityisesti tulisi kehittää yhteisiä arviointi- ja hoitokriteerejä. (Cunningham ym 1996, Piirainen ja Soukkala 1996, Principi ym. 1996, Talvitie ym 1993).

4.5 Asiantuntijuus työryhmässä

Työelämän ja yhteiskuntakehityksen nopeutuvista muutoksista johtuen pidetään tärkeänä yksittäisen työntekijän jatkuvaa valmiutta uuden oppimiseen ja siihen liittyvään persoonallisuuden kasvua. Saavutettu asiantuntijarooli vaatii jatkuvaa uudistumista. Aktiiviseen muutosten hallintaan ja joustavuuteen kykenevää työntekijää on työelämän aikuiskoulutusta koskevassa keskustelussa luonnehdittu reflektiiviseksi asiantuntijaksi. Tällainen asiantuntija ei ota tavoitteita annettuina ja tyydy vain keinojen etsimiseen. Reflektiivinen asiantuntija on valmis kriittisesti arvioimaan ja analysoimaan omaa työtänsä. Hän tarkastelee omaa toimintaansa uusien haasteiden valossa ja pyrkii uuden tietämyksen hyväksikäyttöön oman toimintansa suunnittelussa ja uudelleenjäsentämisessä. Tätä kautta reflektiivinen asiantuntija on sitoutunut jatkuvaan omakohtaiseen kasvuun ja oppimisprosessiin. Reflektiivinen asiantuntija pyrkii tekemään oman toimintansa tietoiseksi ja asettamaan omat taustaoletuksensa kritiikin kohteeksi.

Reflektiivisyys ei sisällä ajatusta yhdestä ainoasta oikeasta oppimis- tai toimintatavasta, sen sijaan se merkitsee ammatillisen itsetuntemuksen kasvua ja edistää yksilöllisten työskentely- ja oppimistyylien löytymistä. Reflektiivinen työskentelytapa antaa mahdollisuuden todelliseen muutokseen ja on tärkeää erityisesti niissä tilanteissa, joissa ollaan tekemisissä erilaisen koulutuksen saaneiden asiantuntijoiden kanssa. (Eteläpelto 1992.)

Moniammatillinen yhteistyö vaatii onnistuakseen sekä yksilö- että yhteisötason toimia. Reflektiivinen asiantuntijuus antaa hyvän pohjan toimia yhteistyössä yli ammattirajojen koko työyhteisön ja asiakkaan parhaaksi.

5. FYSIOTERAPIAN ASIANTUNTIJUUS VANHUSTENHUOLLOSSA

Fysioterapeutti toimii oman alansa asiantuntijana työyhteisössä, jonka toiminnan tehokkuuteen ja laatuun vaikuttavat työyhteisön työnjaolliset ja yhteistyöhön liittyvät tekijät. Fysioterapeutin ja potilaan välinen suhde nähdään tavoitteisena, tietoisesti tiettyyn päämäärään suuntautuvana toimintana. Toiminnan peruselementtejä ovat terapian edellyttämät ja fysioterapeutin valitsemat fysioterapian menetelmät. (Talvitie ym. 1993.)

Kansanterveyslaki (66/72) ja erikoissairaanhoidonlaki (1062/89) velvoittavat kuntaa huolehtimaan siitä, että asiakkaat saavat tarpeellisia terveydenhuoltopalveluja mukaan lukien lääkinällistä kuntoutusta. Lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tarkoitus on edistää ja tukea hänen elämäntilanteensa hallintaa ja itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 1992.)

Fysioterapian tarkoituksena, yhtenä lääkinällisen kuntoutuksen osa-alueena on vaikuttaa ihmisen normaalin elämän edellytyksiin. Fysioterapian tavoitteena on ehkäistä, korjata ja kompensoida ihmisen liikkumisen ja toimintakyvyn häiriöitä sekä ylläpitää ja parantaa jäljellä olevaa toimintakykyä. (Fysioterapianimikeistö 1987, Hautamäki ym. 1983)

5.1. Ikääntyvien toimintakyvyn arvioiminen

Toimintakyvyn heikentyminen voi olla vanhuksilla ensimmäinen tai ainoa oire vakavasta sairaudesta. Geriatrinen potilaan arvioinnissa tulee siten perinteinen lääketieteellinen lähestymistapa yhdistää toimintakyvyn selvittämiseen. Laaja-alaisen terveydentilan arvion ja siihen liittyvien hoitotoimenpiteiden on todettu parantavan kuntoutumisen ja kotiutumisen edellytyksiä. (Cunningham 1996, Sutcliffe 1989, Valvanne 1993.)

Kokonaistoimintakyky koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä (Kumpusalo 1988). Vanhenemisprosessissa heikkenee erityisesti fyysinen toimintakyky, mutta sairaudet ja

harjaannuttamisen puute johtavat toimintakyvyn alenemiseen sen kaikilla osa-alueilla. On todettu, että ikääntyneiden toimintakykyyn sovelletut arviointimenetelmät eivät ole riittävän laaja-alaisia tunnistamaan olennaisia häiriöitä tai ohjaamaan palvelujärjestelmän kehittämistä. (Heikkinen ja Suutama 1996.) Arvioinnin tulee antaa pohjaa erilaisille interventioille neuvonnasta kuntoutukseen, avuntarpeen arviointiin sekä ergonomisille ratkaisuille, joissa asuinympäristön muutoksin ja teknisin apuvälinein tuetaan toimintakyvyn säilymistä ja itsenäistä elämää (Ruoppila ja Heikkinen 1996).

Toimintakyvyn eri osa-alueista eniten on tutkittu fyysistä toimintakykyä (Kumpusalo 1988), jota voidaan arvioida yksittäisten testien avulla. Tällaisia testejä ovat esimerkiksi erilaiset liikkuvuus- ja lihasvoimamittaukset, tasapainotesit sekä rasiusergometria. Fyysistä toimintakykyä mittaavan testin tulee olla turvallinen käyttää, tilastollisesti luotettava, validi, käytännöllinen ja käyttökelpoinen. (Juntunen 1996.) Ongelmana on, että fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseen soveltuvat mittarit eivät ole tehokkaassa käytössä (Talvitie 1991).

Keskeisten aistitoimintojen (kuulo, näkö, tasapaino, tunto) tutkimus on olennainen osa ikääntyvien toimintakyky arviointia. Vanhenemiseen liittyvät muutokset näissä toiminnoissa ovat usein suuria ja niillä on ilmeinen vaikutus kokonaistoimintakykyyn (Era 1996). Psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä tulee myös fysioterapiassa hyödyntää laaja-alaisesti. Heikkinen ja Suutama (1996) ovat tutkineet arviointimenetelmien luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta.

Toimintakykyarvioinnin perusteella laaditaan yksilöllinen liikunta ja kuntoutussuunnitelma yhteistyössä vanhuksen, omaisten, lääkärin, kuntoutushenkilökunnan ja osastohenkilökunnan kanssa (Karvinen 1992, Sutcliffe 1989).

5.2. Fyysisen toimintakyvyn häiriöiden ehkäisy ja korjaaminen

5.2.1 Fyysisen aktiivisuuden tukeminen

Sopivalla fyysisellä aktiivisuudella ja liikunnalla voidaan laaja-alaisesti tukea vanhusten hyvinvointia. Vanhusten passiivisuus ei johdu ainoastaan toimintakyvyn heikkoudesta vaan myös fyysisesti aktiivisten toimintamahdollisuuksien puutteesta. Vanhusten fyysinen aktiivisuus tulee kytkeä luontevaksi osaksi vanhusten elämää ja vanhainkotihoitoa ja sen edistäminen on kaikkien henkilöstöryhmien velvollisuus. Säännöllisen fyysisen aktiivisuuden takaamiseksi on välttämätöntä tehdä yhteistyötä vanhuksen, omaisten, lääkärin, kuntoutushenkilökunnan ja osastohenkilökunnan kanssa.

Vanhusten toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukemista estää tietojen ja taitojen puute sekä vanhat työtavat. Vanhusten liikkumisen lisäämiseksi tarvitaan selkeitä toimintamalleja. Ikääntymistä ja liikuntaa koskeva tutkimustieto ei sisälly vielä riittävästi hoitoalan peruskoulutusohjelmiin. Asenne, jonka mukaan aktiivinen liikunta ei sovi vanhuksille on yleinen sekä vanhuksilla, omaisilla että hoitohenkilökunnalla. (Karvinen 1992.)

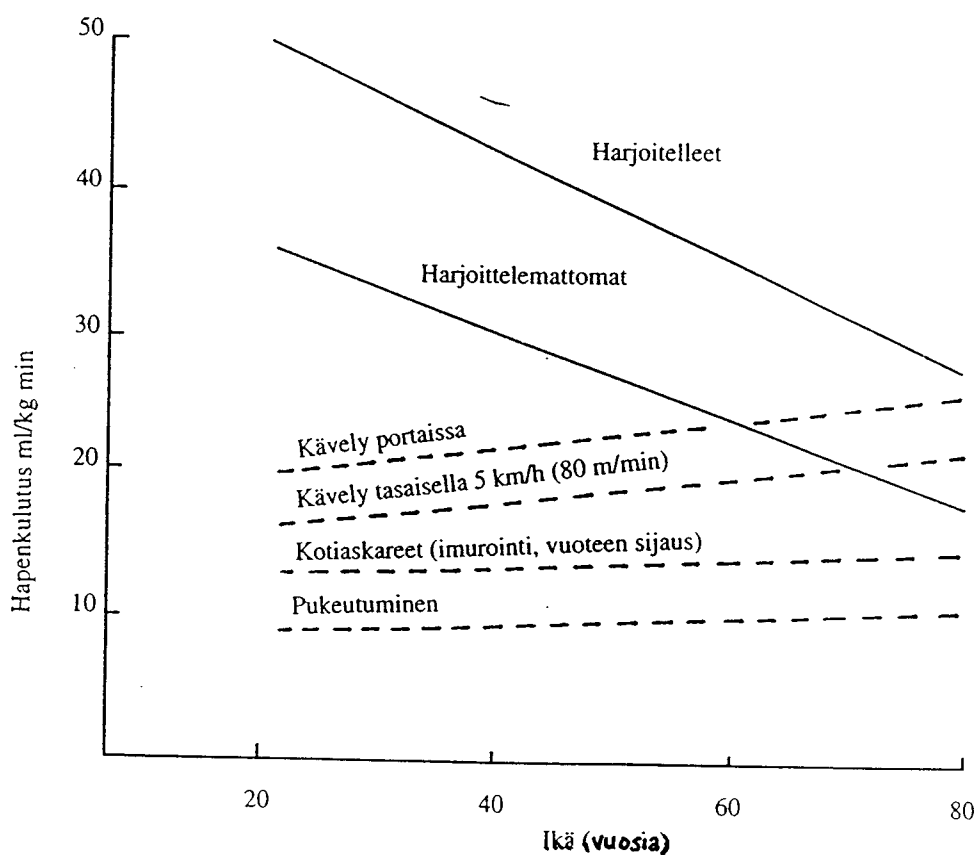
Kuntoutushenkilökunta on avainasemassa kehitettäessä vanhainkotiasukkaiden fyysistä aktiivisuutta. Se toimii uusien toimintojen käynnistäjänä, henkilökunnan ohjaajana, kouluttajana ja tukijana sekä yhteistyökumppanina ulkopuolisten tahojen esim. kunnan liikuntatoimen kanssa. Liikunnan järjestäminen ei ole perinteisesti kuulunut vanhainkotitoimintaan. Kuntoutushenkilökunnan tulee toimia asiantuntijana säännöllisen liikunnan järjestämisessä siten, että tähän tarvittavat voimavarat (henkilöstö, työaikajärjestelyt, välinehankinnat, tilat, koulutus, kuljetus, rakentaminen) huomioidaan vanhainkodin toiminta- ja taloussuunnitelmassa. (Karvinen 1992, Sutcliffe 1989.) Kuntoutushenkilökunnan tieto-taitoa tulee ylläpitää jatkuvalla koulutuksella, alan tutkimuksia seuraamalla ja oman työn arvioinnilla.

5.2.2 Fyysisen toimintakyvyn harjoittaminen

Elimistön maksimaalisen suorituskyvyn ja arkielämän askareissa tarvittavan toimintakyvyn välissä on yleensä huomattavasti pelivaraa.

Kuviossa 3. esitetyt toiminnot vaativat nuorilta korkeintaan 50-60% maksimaalisesta hapenkulutuksesta. Yli 60-vuotiaat harjoittelemattomat joutuvat kuitenkin samoissa toiminoissa ponnistelemaan lähes maksimaalisesti. Kestävyystyyppisen harjoittelun merkitys pelivarassa on niin suuri, että esimerkiksi portaiden nousu pitkäaikaisena, yhtäjaksoisena suorituksena onnistuu harjoitelleilta ja hyväkuntoisilta vielä 80-vuoden iässäkin. (Suominen 1991.)

Kuvio 3. Harjoittelun vaikutus ikääntyneiden suoriutumiseen arkiaskareista.



Ikääntyneen toimintakyvyn kannalta tuki- ja liikuntaelimestön, lihaksiston, sydämen ja verenkiertoelimestön kunto ovat tärkeitä (Suominen 1991).

Tuki- ja liikuntaelimestö

Ikääntymiseen liittyy tasainen ja hidaskuulumassan pieneneminen, joka johtuu luun uudismuodostuksen hitaudesta. Maksimoimalla luun huippumassaa tai hidastamalla luukatoa esimerkiksi liikunnalla voidaan ehkäistä osteoporoosia. (Väänänen 1992.) Täydellisessä liikkumattomuustilassa olevalla henkilöllä vähenee luumassa puolessa vuodessa noin kolmanneksen. Nivelpintojen rustot sisältävät paljon glykoproteiineja. Ikääntyessä glykoproteiinien määrä ja ruston kimmoisuus vähenee. Kuormituksella voidaan lisätä glykoproteiinien määrää. Selän nikamavälilevyjen hyttelömainen ydinosa supistuu vanhetessa huomattavasti ja sen kollageenisäikeet muuttuvat vähemmän taipuisiksi. Tämä vähentää selkärangan taipuisuutta, kuormituksen kestävyyttä ja lyhentää ruumiin pituutta. On ilmeistä, että ruston vanhenemismuutokset tekevät tietä nivelrikolle. (Tilvis 1993.)

Biologisen vanhenemisprosessin seurauksena lihassmassa vähenee, koska hermosolujen asteittaisesta kuolemista johtuen motoristen yksiköiden lukumäärä vähenee (Rantanen 1995). Tätä vähenemistä ei voida estää lihaksia harjoittamalla. Sen sijaan lihassäikeiden paksuus on kaikkina ikäkausina riippuvainen niiden käyttöasteesta. (Tilvis 1993.) Puutteellinen ravitsemus (proteiinien liian vähäinen saanti, kalsiumin, sinkin ja D-vitamiinin puute), jonka on todettu olevan yleistä erityisesti huonokuntoisilla vanhainkodin asukkailla, saattaa aiheuttaa lihaksille haitallisia rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia. Täydellinen vuodelepo saattaa johtaa maksimivoimassa jopa 5%:n päivittäiseen heikkenemiseen. (Rantanen 1995.)

Ikääntyneen sairastuminen ja vuodelepo saattaa nopeasti pudottaa lihasvoiman alle kävelyn edellyttämän voimankynnyksen. Tästä syystä liikkumiskyvyn heikentyminen, itsenäisyyden menettäminen, avun tarpeen lisääntyminen ja elämänlaadun aleneminen uhkaavat iäkkäitä ihmisiä sairaalahoitoa aikana. Suurin osa vanhainkodeissa asuvista ihmisistä on useiden keskeisten toimintojen suhteen tarvittavan voimankynnyksen alapuolella ja näin ollen riippuvaisia ulkopuolisesta avusta. (Rantanen 1995.)

Ikääntyneiden liikunnassa pätevät samat periaatteet kuin urheiluvalmennuksessakin. Ensinnäkin harjoitellaan sitä suoritusta, jota halutaan parantaa, lisäksi harjoitusten rasittavuus tulee suhteuttaa henkilön fyysiseen kuntoon ja rasitusta on nostettava kunnon kohentuessa. (Rantanen 1995.)

Lihassoimiharjoittelu

Harjoittelemattomalla henkilöllä vaikutukset kohdistuvat ensin hermostolliseen ohjausjärjestelmään ja vasta useiden viikkojen harjoittelu aiheuttaa muutoksia lihassolun rakenteissa. Lihassoimiharjoittelussa voidaan käyttää maksimivoima-, nopeusvoima- ja lihaskestävyys harjoittelua. Koska voima on lihasrakenteellinen ominaisuus, se vaatii jatkuvaa harjoittamista. Käytännössä voimiharjoittelu voidaan hyvin toteuttaa kuntopiiri tyyppisellä harjoittelulla. (Viitasalo 1987). Alaraajojen voiman ylläpitäminen ja kehittäminen on toimintakyvyn kannalta keskeistä. Erityisen tärkeää tämä on naisilla, jotka aikuisiän saavuttamisen jälkeen ovat lihassoimaltaan keskimäärin 30-40% heikompia kuin miehet. Vanhainkoodissa ja päiväkeskuksissa on mahdollista järjestää toimintakykyä tukevaa liikuntaa. Perinteinen tuolijumppa ei kuitenkaan riitä ylläpitämään tai parantamaan esimerkiksi lantion ja alaraajojen lihassoimaa. (Rantanen 1995.)

Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että useista kroonisista sairauksista kärsivät voivat osallistua voimiharjoitteluun, jonka seurauksena heidän lihassoimansa ja liikkumiskykynsä paranevat (Fisher ym. 1991).

Kardiovaskulaarinen ja hengityselinjärjestelmä

Sydämen- ja verenkiertoelimistön kunnon mittana käytetään maksimaalista hapenottoa, joka heikkenee keskimäärin yhden prosenttiyksikön vuodessa 25-30 ikävuoden jälkeen. Tämä johtuu minuuttitilavuuden sekä perifeerisessä hermolihasjärjestelmässä tapahtuvista verenkiertoelimistön muutoksista. (Suominen 1991; Tilvis 1993.) Ikääntymisen myötä sydämelle on tyypillistä syketaajuuden lasku rasituksessa, kammioiden diastolisen toiminnan vaikeutuminen (verenpaineen nousu) ja mekaanisen pumppausvoiman heikentyminen. Myös verisuoniston seinämämuutokset lisäävät verenkierron vastusta ja lisäävät sydämen työn määrää. (Tilvis 1993).

Hengitystyö lisääntyy ikääntymisen myötä mm. rintakehän rakenteellisen jäykistymisen seurauksena. Hengityslihasten heikkous ja rintakehän jäykkyys pienentävät hengitysfunktiota (PEF ja VC). Uloshengityksen sekuntikapasiteetti (FEV1) vähenee noin 30 ml vuotta kohden. Kudosten vähentyneen kimmoisuuden takia ikääntyneen kyky lisätä ventilaatiota saattaa rajoittua. Keuhkojen toiminnalla ei kuitenkaan ole ratkaisevaa vaikutusta maksimaalisen hapenottokyvyn iänmukaisessa laskussa. (Forssen 1993.)

Hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyvyn parantaminen

Hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyvyn parantamiseksi liikunnan tulee olla riittävän pitkäkestoista ja suuria lihasryhmiä kuormittava (Vuori 1996 ; Ilmarinen 1976). Harjoittelun kuormituksen ollessa 70-80% maksimaalisesta hapenkulutuksesta saadaan aikaan maksimaalisen hapenkulutuksen kasvua. Harjoittelemattomilla henkilöillä harjoitusvaikutuksia saadaan aikaan jo pienempiä kuormituksia käyttämällä, liikuntaa tarvittava aika kuitenkin pitenee. Harjoituksen intensiteetin ja keston vaikutukset ovat toisistaan riippuvia. (Ilmarinen 1976.)

Harjoittelun kuormituksen seuraaminen ja asteittainen suurentaminen kunnan kohoamista ja tuki- ja liikuntaelimistön rasituskestävyyden kasvua vastaavaksi on tarkoituksenmukaista noin 1/2 -vuoden jopa 1-2 vuoden aikana (Vuori 1996). Harjoittelun kuormitus tulee annostella suhteessa harjoittelevan yksilön omiin edellytyksiin. Harjoituksen kuormitusta voidaan arvioida esim. sydämen sykintätaajuuden, hengitystaajuuden, hengästyneisyyden ja kuormituksen kokemisen perusteella. (Ilmarinen 1976.) Yksilöllistä kuormitustasoa voidaan arvioida maksimisykkeen avulla kaavalla $205 - (1/2 \times \text{ikä})$. Syketason ollessa 60-80% maksimisykkeestä on kuormitustaso 50-70% maksimaalisesta hapenkulutuksesta. (Vuori 1996.)

5.2.3. Fyysisen toimintakyvyn korjaaminen

Potilaan on kuntoutusprosessin aikana oltava aktiivinen, sillä varsinaisen työn kuntoutuksessa tekee potilas itse. Potilaan motivoitumisen kannalta on tärkeää, että kaikki työntekijät suhtautuvat kuntoutukseen optimistisesti. Positiivinen asenne innostaa

myös työntekijöitä suorittamaan raskaitakin työtehtäviä. Kuntoutukseen osallistuvat kaikki potilasta hoitavat työntekijät ja sitä toteutetaan koko hoidon ajan. Ikääntyneistä erityisesti aivohalvauspotilaat, artroosipotilaat ja reisiluunkaulan murtuman saaneet hyötyvät fysioterapiasta. (Tilvis ja Sourander 1993, Ruikka ym. 1992)

Aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen tuloksellisuus on selvästi yhteydessä fysioterapian varhaiseen aloittamiseen, ei niinkään ohjelman kestoon (Ottenbacher ja Janell 1993). Pitkäjänteinen kahden vuoden fysioterapiapainotteinen ohjelma palautti kävelykyvyn 74%:lle niistä potilaista, jotka olivat kolme kuukautta aivohalvauksen sairastetuaan kävelykyvyttömiä. Tulos on merkittävä. (Dam ym. 1993)

Tehostettu fysio- ja toimintaterapeuttinen kuntoutus, johon liitettiin omaisten ohjaus ja hoitoryhmän aktiivinen osallistumien tehosti operatiivisesti hoidettujen proksimaalisen lonkkamurtuman sairastaneiden vanhusten kuntoutumista. Hoitoajat sairaalassa lyhenivät 20% ja fyysinen riippumattomuus oli parantunut niillä, joilla ennen tapaturmaa oli lievä vajaakuntoisuus. (Cameron ym. 1993)

Fysioterapian asiantuntijuuteen kuuluu kuntoutuksen suunnittelu, toteutus ja seuranta yhteistyössä muun hoitohenkilöstön kanssa.

Fysioterapian keskeisiä menetelmiä ovat erilaiset harjoitusterapiat, potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan ohjaaminen, fysikaaliset hoidot, apuvälinetarpeen arvio ja käytön ohjaus sekä päivittäisten toimintojen harjoittaminen (Tilvis ja Sourander 1993, Ruikka ym. 1992, Sutcliffe 1989.)

5.2.4. Vuodelevon aiheuttamien haittojen ehkäisy

Pitkään liikkumattomalla ihmisellä voidaan hapenottokykyä kuntoutuksella parantaa jopa 40%. Hapenottokyvyn heikentymistä voidaan ehkäistä vuoteessa tehtävillä hajoituksilla. Pystyasentoharjoittelulla voidaan ehkäistä luukatoa (väh. 3h päivittäin) . Pitkittyneessä vuodelevossa sydämen lyöntitilavuus ja minuuttivolyymi voi llskea 30%, plasmatilavuus 30%. Lääkeaineiden puoliintumisaika pitenee jolloin sokerirasitus muuttuu diabeetiseen suuntaan. Toimintakyky voidaan inaktiviteetilla tuhota monta kertaa tehokkaammin kuin vanheneminen samassa ajassa saisi aikaan. (Ruikka ym. 1992.)

Sairaus aiheuttaa vanhukselle suuremman fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen haitta-asteen. Monitautisuus vaikeuttaa diagnostiikkaa ja oikean hoidon valintaa. Geriatrisen tiedon puutteessa vanhuksen kuntoutumiskapasiteetti arvioidaan usein liiana pessimistisesti. Huonossa kunnossa sairaalaan tuotu vanhus suhtautuu usein pessimistisesti tulevaisuuteensa ja antautuu mielellään passiivisesti hoidettavaksi. Jos hoitohenkilöstö on samoilla linjoilla eikä vanhusta kuntoututeta ajoissa, voi hänestä muutamassa viikossa tulla vuodepotilas. Tällaisen asennoitumisen vuoksi meillä on paljon pysyväspotilaita. (Ruikka ym. 1992.)

Pitkällinen vuodelepo vanhuksilla alentaa fyysistä ja psyykkistä suorituskykyä nopeasti. Sekä lihasten atrofia että psyykinen apatia kehittyvät jo muutamassa viikossa niin, että fyysisen ja psyykkisen kunnan palautuminen edellyttää usean viikon kuntoutusta. Geriatrisella sairaalaosastolla olisikin jokainen potilas päivittäin saatava jalkeille tai istumaan ja kuljetettava WC:hen. Sairastunutta vanhusta uhkaavat perustaudin lisäksi sairastamisesta syntyvät haitat, joiden torjuminen on hoitohenkilöstölle erityisen vaativaa. Tällaisia ovat niveljäykistymät, makuuhaavat, kuivumistila ja kaliumin puutos, suonenveto, laskimotukokset, äkilliset sekavuustilat, huimaus, kaatumiset, kävelyhäiriöt, unihäiriöt, virtsa- ja ulosteinkontinenssi sekä ummetus. (Ruikka ym. 1992.) Yksilöllisellä fysioterapialla ja erityisesti hoitohenkilökunnan ja potilaan ohjaamisella voidaan useita vuodenlevon aiheuttamia riskejä vähentää. Kuntoutuksen edistäminen on kaikkien hoidosta vastaavien tehtävä (Sourander ja Tilvis 1993, Sutcliffe 1989)

5.2.5 Ohjaus, koulutus ja neuvonta

Fysioterapiassa on perinteisesti käytetty runsaasti manuaalista avustamista. Potilaan oppimisen kannalta tällainen toteutus on ongelmallinen, koska toiminta perustuu sensorisen palautejärjestelmän korostuneeseen käyttöön. Liikkeen aikaansaamista tuetaan ja avustetaan vielä silloinkin, kun tulisi tukea itsenäistä harjoittelua. Tietoisen toiminnan kehittämistä voidaan edistää yhdistämällä tekemällä harjoittelu kognitiiviseen ja mielikuvaharjoitteluun. (Talvitie 1991.) Ikääntyvien motorisesta oppimisesta tiedetään toistaiseksi hyvin vähän. Periaatteessa ikä ei ole este oppimiselle,

kyse on siitä miten ikääntyneet parhaiten oppivat. Uusien taitojen oppimista haittaa ikääntyvällä mm. aistien heikkenemien, hidastunut reagointikyky, fyysisten ominaisuuksien heikkous sekä erityisesti koordinaation ja tasapainon heikkeneminen. Itseluottamuksen puute on usein este uuden oppimiselle. Oppimista voidaan edistää käyttämällä kaikkia aisteja mahdollisimman tehokkaasti hyväksi. Motorinen oppiminen perustuu näkemiseen, kuuloon ja tuntoon. Tietyn aistin heikennyttyä on opetuksessa valittava toiset kanavat tilalle. (Karvinen 1991.)

Tulevaisuudessa on yhä enemmän käytettävä aikaa potilaiden ja heidän omaistensa neuvomiseen ja ohjaamiseen (Wikström 1995). Lisäksi tarvitaan hoitohenkilökunnan koulutusta, jotta he omalla toiminnallaan voisivat olla tukemassa fysioterapian tavoitteiden saavuttamista.

Fysioterapian asiantuntijuuteen kuuluu myös ohjata potilasta, omaisia ja hoitohenkilökuntaa ergonomisesti oikeisiin työtapoihin erityisesti potilaan nostamisessa ja siirtämisessä. Tarvittaessa tähän tulee liittää nostoapuvälineiden käytön ohjaus. (Sutcliffe 1989.)

5.3. Fyysisen toimintakyvyn häiriöiden kompensoiminen

Ekologinen näkökulma merkitsee kuntoutuksessa ympäristön merkityksen havaitsemista. Se edellyttää valmiutta vaikuttaa kuntoutusprosessin aikana aktiivisesti kuntoutujan ympäristöön hänen elämäntilanteensa edellyttämällä tavalla. Ympäristöön kohdistuvat toimenpiteet tulee nähdä tasavertaisina muiden kuntoutustoimenpiteiden joukossa. (Härkääpää 1995.)

Liikkumisen edellytyksiä voidaan parantaa vaikuttamalla elinympäristöön. Fyysisen ympäristön ja kodin muutostyöt korvaavat oikein suoritettuna apuvälinetarvetta. Turha apuvälinetarve syntyy huonosta suunnittelusta. (Kallanranta, Repo 1995). Fysioterapeuttien tulisikin entistä enemmän hankkia tietoa ja koulutusta ympäristön suunnittelusta ja tätä kautta vaikuttaa asiantuntijuudellaan yhdyskunta- ja rakennussuunnitteluun (Sutcliffe 1989).

Lain mukaan lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat apuvälinepalvelut, joihin sisältyy apuvälinetarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä

välineiden huolto (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 1992). Parhaimmillaan apuvälineet tukevat normaalin arkielämän jatkumista, vahvistavat ikääntyneiden omia toimitaesellytyksiä ja edistävät turvallisuutta. Tekniikan nopean kehityksen tulokset ulottuvat myös vanhusten hoitoon. Kehityksen seuraaminen ja hyödyllisen tekniikan käyttöönottoaminen on yksi tulevaisuuden haasteista. (Valvanne 1993.)

5.4. Experttiys fysioterapian haasteena vanhustenhuollossa

Vanhustenhuollon nykytilan ongelmat ja muutostarpeet ovat lukko uudistusten ovesta - se on avattava, jos aikoo saada tuloksia aikaan. On syytä muistaa, että useimmiten ei pahin ongelma ole resurssien määrässä vaan siinä, miten niitä käytetään: yhteistyössä, yhteistoiminnassa, toimintojen koordinoinnissa, palvelu- ja organisaatiokulttuurissa. (Vaarama ja Hurskainen 1993.)

Fysioterapian resurssien tuloksellinen kohdentaminen vanhustenhuollossa vaatii asiantuntijuutta ja alan huippuosaamista - eksperttiyttä. Eteläpellon (1992) mukaan ekspertti hallitsee alansa laajoina, organisoituneina kokonaisuuksina ja havaitsee ongelman monitahoisena, kontekstiin liittyvänä. Expertti kykenee kohdistamaan huomionsa olennaiseen ja käyttämään jopa intuitionaalista havainnointikykyä. Erityisesti hoitoalalla tällainen valikoiva havainnointikyky (arviointikyky) on keskeistä eksperttisuorituksen kannalta. Ongelmanratkaisussa ekspertti käyttää runsaasti aikaa ongelman määrittelyyn ja analysointiin ennen kuin lähtee ratkaisemaan sitä. Reflektiivinen ote työhön on edellytys eksperttiyden kehittymiselle - myös fysioterapiassa.

6. AIEMMAT TUTKIMUKSET TYÖAJANKÄYTÖSTÄ

6.1 Fysioterapiahenkilökunta

Työajankäytön kirjaaminen antaa mieleenkiintoisen näkökulman fysioterapeutin työhön. Kirjaamisesta saatujen tietojen perusteella voidaan suunnitella päivittäistä työjärjestystä ja pitemmällä aikavälillä se voi toimia pohjana työn kehittämiseksi, koulutukselle ja yleiselle keskustelulle. (Bergman 1989.)

Birgitta Bergman tutki fysioterapeuttien työtä Pohjois-Ruotsissa vuosina 1984-1988. Kyselytutkimukseen osallistui 163, aikapäiväkirjaa täytti 149 ja haastatteluun vastasi 24 fysioterapeuttia. Ajankäytön seuranta -tutkimus osoitti seuraavanlaisen työaikajakauman: potilastyöskentely 33%, yhteistyö 17%, hallinnolliset tehtävät 13%, muut tehtävät 8%, ammatillinen koulutus 6%, siirtyminen 6%, tauot 17%. Merkittävin yksittäinen selittävä tekijä aikajakaumassa oli erikoisalue, jolla työskenteli. Ammatillinen asema vaikutti hallinnollisten tehtävien määrään. Bergmanin tutkimuksessa 8 fysioterapeuttia työskenteli geriatrisella erikoisalueella. (taulukko 2)

Taulukko 2. Työajan jakautuminen geriatrisella alueella. (Bergman 1989)

työn sisältö	fysio- terapeutti	kokeneempi fysioterapeutti	osaston- hoitaja
potilastyö	34%	28%	23%
yhteistyö	16%	22%	23%
hallinn. tehtävät	13%	13%	21%
muut tehtävät	8%	8%	13%
kulkeminen	6%	6%	5%

Fysioterapeutin rooli työssään ei ole itsestään selvä. Bergmanin tutkimuksessa kävi ilmi, että 55% fysioterapeuteista oletti muun henkilökunnan odottavan heiltä itsenäistä työskentelyä. 34 % oletti

lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan odottavan määräykseen perustuvaa työskentelymallia. Kaikilla fysioterapeuteilla oli jossakin määrin kuitenkin mahdollisuus vaikuttaa käyttämiinsä metodeihin ja potilasvalintaan. Huolimatta suhteellisen itsenäisestä päätäntävallasta, ei erimielisyyksiä hoitohenkilökunnan ja fysioterapeuttien välillä esiintynyt (86%). Sen sijaan fysioterapeutin ja asiakkaan välisistä erimielisyyksistä ilmoitti 30% fysioterapeuteista. Bergman arvelee fysioterapeuttien sulautuvan hyvin organisaation vaateisiin, mutta se saattaa tapahtua potilaan ja oman ammattitieto/taidon kustannuksella. Tällöin konfliktien vähäisyys ei johtuisikaan kitkattomasta yhteistyöstä vaan alistumisesta ympäristön vaatimuksiin. Bergmanin mukaan olisikin tärkeää kehittää fysioerapian seurantaa (vain 14% fysioterapeuteista oli jollakinlailla seurannut työnsä tuloksellisuutta) sekä käytännön työssä että koulutuksellisesti. (Bergman 1989.)

Allen (1983) suoritti työajanseurantatutkimuksensa 350 paikkaisessa opetussairaalassa yhden kuukauden ajan. Havaintoja oli 1517. Suora potilastyöskentely vei työajasta keskimäärin 40,29%, neuvottelut 4.84%, koulutus 7.85%. Keskustelut kolleegojen kanssa 10.20%. Allenin tutkimuksessa selvitettiin työajanjakutumista erityisesti tuottavuuden näkökulmasta.

Domenech (1983) keräsi havaintoja yli kuusi viikkoa ja havaintoja tehtiin 5824. (taulukko 3)

Taulukko 3. Työajan käytön jakautuminen yleensä

potilastyö	20%
epäsuora pot.työ	11%
hallinto	2%
kommunikaatio	3%
kirjalliset työt	10%
henkilökohtainen aika	25%
pois osastolta	29%

Osastonhoitaja käytti suurimman osan työajastaan potilastyöhön (33%), vain 9.72% hallintoon ja 3.99% kommunikaatioon. Luokittelemattoman ajan osuus oli suuri (40%). Fysioterapeutti käytti aikaa potilastyöhön

28%, luokittelematonta aikaa oli 52%. Muuhun työhön sekä osastonhoitaja että fysioterapeutti käyttivät yli 25% työajastaan. Domenechin mukaan työajankäyttöä tulisi tehostaa ja muun työn osuutta vähentää, jakamalla sitä vähemmän koulutetulle henkilökunnalle. (Domenech ym. 1983.)

Jorvin sairaalassa suoritetussa tutkimuksessa todettiin, että suoraan potilastyöhön käytettiin aikaa sisätaudeilla (n=4) 29%, muuhun työhön 8%, yhteistyö 4%. Potilaskontaktien määrä vaihteli erikoisalan mukaan. (Taulukko 4) (Talvitie ja Salenius 1994.)

Taulukko 4. Potilaskontaktit päivässä ja niihin käytetty aika

erikoisala	potilaita/pv	hoitoaika/potilas
psykiatria	2.4	53 min.(30-90)
lapset	4.5	29 min.(5-105)
kirurgia	6-10	20 min.(5-80)
sisätaudit	5-6	25 min.(5-90)

Yhteistyöhön käytettiin vähiten aikaa kirurgian ja sisätautien erikoisalueella. Sisätaudeilla 37 min /tapahtuma (5-80). Pääasialliset yhteistyömuodot olivat konsultaatio, jatkohoidon suunnittelu, potilasohjaus, omaistenohjaus, kuntoutuskokoukset ja kierrot. Tiimityöskentelyä käytettiin eniten kirurgian ja sisätautien erikoisalueilla. Jatkohoidoista jouduttiin neuvottelemaan erityisesti sisätaudeilla. Luokittelematonta aikaa oli 59%.

6.2. Hoitohenkilökunta

Hoitohenkilökunnan työajankäyttöä on mitattu havainnoimalla (Hendricson ym. 1990, Sawyer ym. 1986, Lemonidou ym. 1996) sekä mittaamalla hoitoon kuluvaan aikaan (Sawyer ym. 1986). Metsäpellon ja Tikkasen (1995) tutkimuksessa Haukkalan sairaalassa hoitajat kirjasiivat viikon ajan kustakin tekemästään työvuorosta välilliset hoitotyön toiminnot ja tekemänsä välittömän hoitotyön kymmenen minuutin tarkkuudella.

Välittömän hoitotyön osuus, joka tapahtuu potilaan kanssa, on huomattavasti pienempi kuin välillisen hoitotyön (Hendricson ym. 1990, Lemonidou ym. 1996, Metsäpelto ja Tikkanen 1995, Rantz ja Hauer 1987). Välilliseen hoitotyöhön kuului mm. lääkkeiden jako, neuvottelut raportointi ja hoitosuunnitelmien laadinta. Rantz ja Hauer (1987) tutkivat eroavatko hoitohenkilökunnan omat aika-arviot ja tehty työ toisistaan. Tulokset osoittivat, että arvioitu aika ja tulosten osoittama todellinen aika erosivat huomattavasti toisistaan. Esimerkiksi sairaanhoitajien arvioima välittömän hoidon osuus oli 60% koko työajasta, mutta todellinen välittömään hoitoon kulunut aika oli 35% koko ajasta. Välillisen hoidon arvioitu aika oli 30% ja tulosten mukaan se oli 51%.

Tiedottamiseen käytetystä ajasta suurin osa oli raportointia (Metsäpelto ja Tikkanen 1995). Lemonidou ym. (1996) nostaa tutkimuksessaan esille hoitohenkilökunnan henkilökohtaiset puhelut, sosiaalisen aktiviteetin ja omista perheasioista huolehtimisen. Näiden osuus työajasta oli 17%. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia ja apuhoitajia.

Vertailtaessa sairaanhoitajia ja apuhoitajia ilmenee , että apuhoitajat tekivät enemmän välitöntä potilastyötä kuin sairaanhoitajat (Lemonidou ym. 1996). Hendricsonin ym. (1990) mukaan osa sairaanhoitajien työtehtävistä oli sellaisia , joita voitaisiin siirtää muiden henkilöiden tehtäviksi. Tällätavoin sairaanhoitajilla olisi mahdollisuus käyttää enemmän aikaa ammattiaan vastaavaan työhön eli potilaan välittömään hoitamiseen. Hendricsonin ym. (1990) mukaan työn uudelleen järjestelyllä säästetään kustannuksissa ja lisätään sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä.

7. TUTKIMUSONGELMAT

Työajankäyttötutkimuksen tavoitteena on toimia pohjana yhteisön ja työn kehittämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Keljon vanhainkodissa työskentelevän fysioterapia- ja hoitohenkilökunnan välittömään potilastyöhön, muuhun työhön ja yhteistyöhön käytetty aika ja sen jakautuminen sisällöllisesti.

Tutkimusongelmat:

1. Kuinka paljon fysioterapia- ja hoitohenkilökunta käyttävät kokonaistyöajastaan välittömään potilastyöhön, muuhun työhön sekä yhteistyöhön?
2. Miten fysioterapia- ja hoitohenkilökunnan välittömään potilastyöhön ja muuhun työhön käytetty aika jakaantuu sisällöllisesti?
3. Miten fysioterapia- ja hoitohenkilökunnan yhteistyöhön käytetty aika jakaantuu sisällöllisesti?

8. TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

8.1 Kuvaus tutkimuksen kohteesta

Tutkimus toteutettiin Keljon vanhainkodissa, jossa on noin 175 pitkäaikaispaikkaa. Vanhainkodissa toimii myös lyhytaikaishoidonosasto, jossa paikkoja on 24. Lisäksi pienkotiasunnoissa asuu 10 vanhusta.

Tutkimus suoritettiin osastolla AII, jossa on sekä pitkäaikais- (PAH) että lyhytaikaispaikkoja (LAH). Hoitohenkilökunnasta tutkimukseen osallistui osastonhoitaja, sairaanhoitaja, 11 perushoitajaa, kaksi kodinhoitajaa ja kahdeksan osastoapulaista. Fysioterapiahenkilökunnasta tutkimukseen osallistui osastonhoitaja, fysioterapeutti, kuntohoitaja ja kuntoutusapulainen. Kaikkiaan tutkimukseen osallistui 27 työntekijää, joista naisia oli 26 ja miehiä yksi. Ikäjakauma oli 25-55 vuotta. Tutkimuksessa kirjattiin 11154 havaintoa, joista 72 hylättiin henkilötietojen puuttumisen vuoksi.

8.2 Tutkimuksen toteutus

8.2.1. Tutkimusmenetelmä

Tässä tutkimuksessa henkilökunnan työajankäyttöä ja työn sisältöä tutkittiin suoralla ajanmittauksella, jossa tutkimukseen osallistuneet itse kirjasiivat eri toimintoihin käytetyn ajan ja työnsisällön valmiiksi laaditulle lomakkeelle (liite 1). Työ kirjattiin minuutin tarkkuudella.

Välittömään fysioterapia- ja hoitotyöhön sisältyi asiakkaan kanssa tehtävä työ, kuten asiakkaan tutkiminen, avustaminen ja hoidot.

Muuhun työhön luokiteltiin asiakastyön suunnittelu, kirjalliset työt, koulutus, opiskelijoiden ohjaus, kotikäynnit, lääke- ja kulutustarvikkeiden tilaus, viriketoiminta, siivoustyö, lääkkeiden

jako dosetteihin, ruokailun järjestämiseen liittyvät toiminnot, viihtyvyydestä ja turvallisuudesta huolehtiminen, järjestely- ja huoltotehtävät sekä vaatehuolto.

Yhteistyöhön kuului konsultaatio, jatkohoidosta sopiminen, omaisten ohjaus ja keskustelut, asiakasta koskevat kokoukset (esim. raportit), hallinnolliset kokoukset, lääkärin käynti, perehdytys ja henkilökunnan ohjaus.

8.2.2. Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimusmenetelmänä käytettyä lomaketta henkilökunta koekäytti viikon ajan ennen tutkimuksen aloittamista. Koekäytön jälkeen lomakkeeseen tehtiin tarvittavat muutokset. Tutkimustietoa kerättiin 01.05-31.05.1996, josta tutkimusajankohdaksi valittiin 06.5-23.05.1996. Tutkimusajankohta on hoitotyöntekijöiden yhden työvuorolistan pituinen. Samaa ajanjaksoa käytettiin fysioterapianhenkilökunnan työajanseurannassa, jotta tulokset olisivat vertailukelpoisia. Tutkimusajankohta oli kolme viikkoa tiedonkeruujasta, jolla pyrittiin eliminoimaan lomakkeentäytön alkuvaikeudet ja loppuvaiheen väsyminen. Aineiston käsittelyssä käytettiin SPSS- ohjelmaa. Tilastollisia menetelmiä ei käytetty, koska tutkimus oli luonteltaan kuvaileva ja aineisto pieni. Tulokset on esitetty summina ja prosentteina.

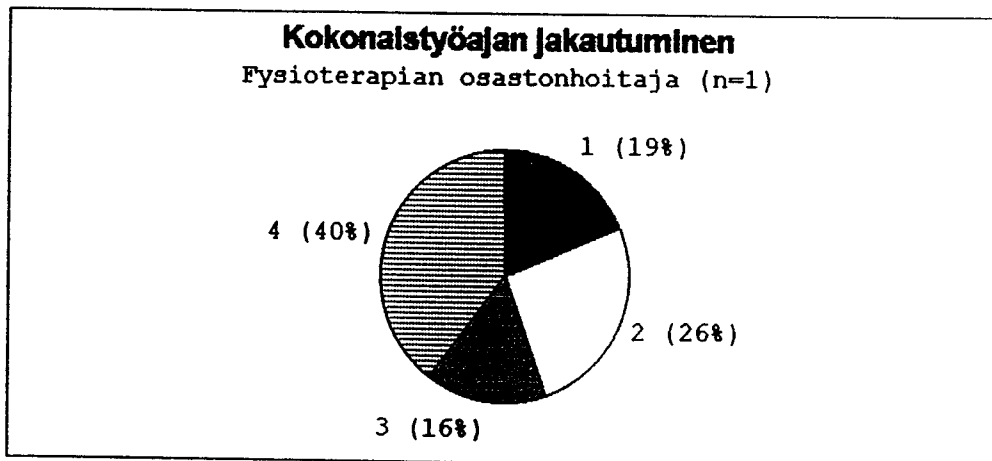
9. TULOKSET

9.1. Kokonaistyöajan jakautuminen

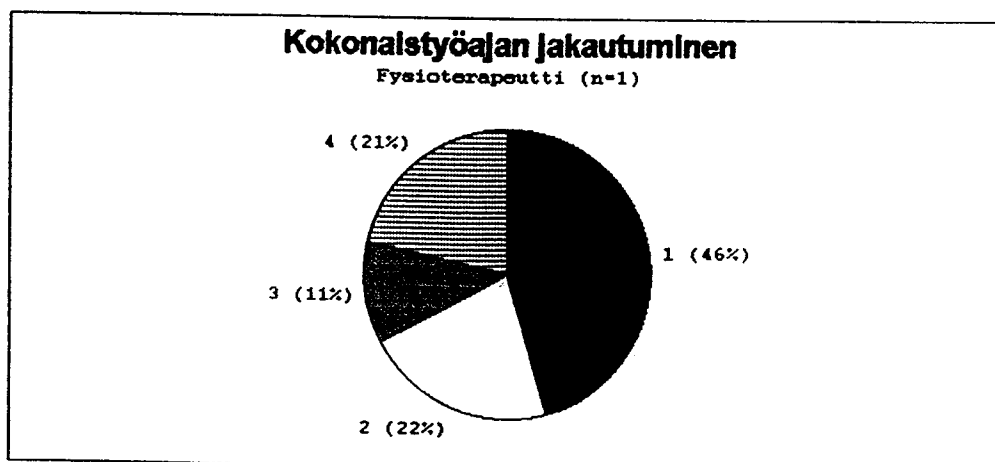
9.1.1. Fysioterapiahenkilökunta

Kokonaistyöaika koostui fysioterapia- ja hoitotyöstä (=1), muusta työstä (=2), yhteistyöstä (=3) ja koodaamattomasta työajasta (=4). Kuvioissa 3-6 esitetään fysioterapiahenkilökunnan työajan jakautuminen.

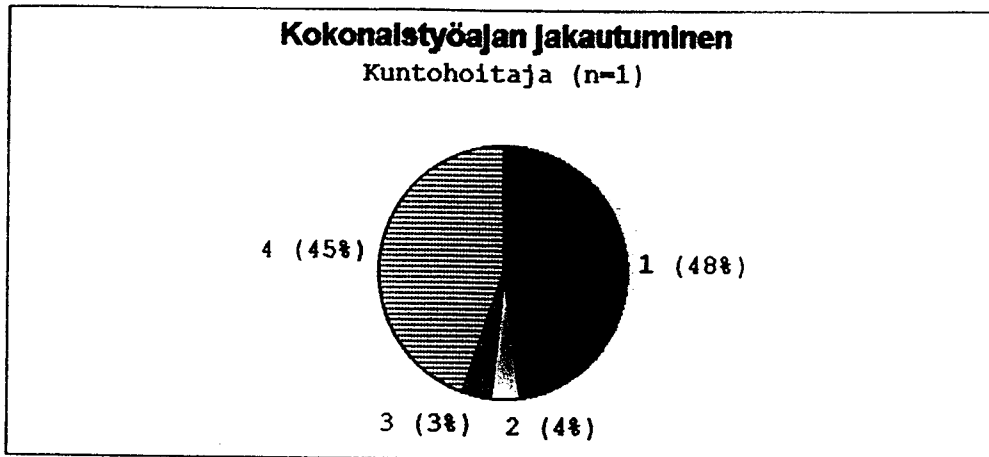
Kuvio 3.



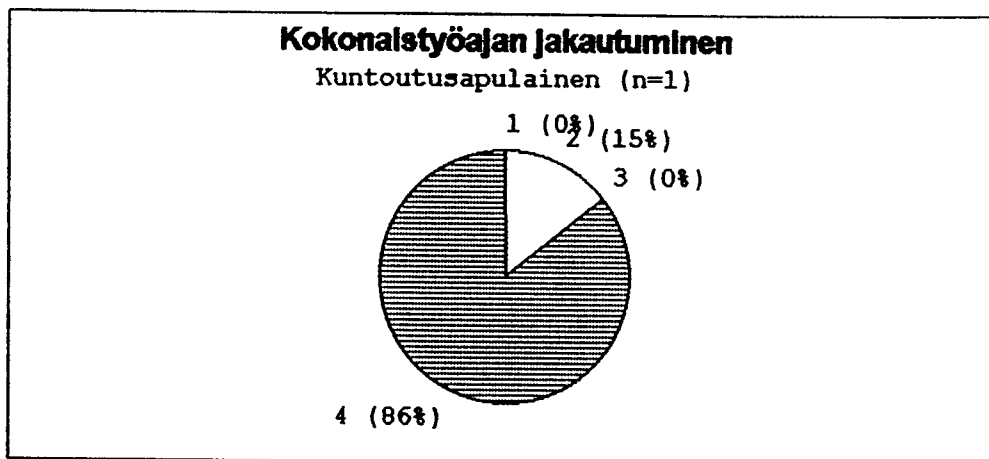
Kuvio 4.



Kuvio 5.



Kuvio 6.

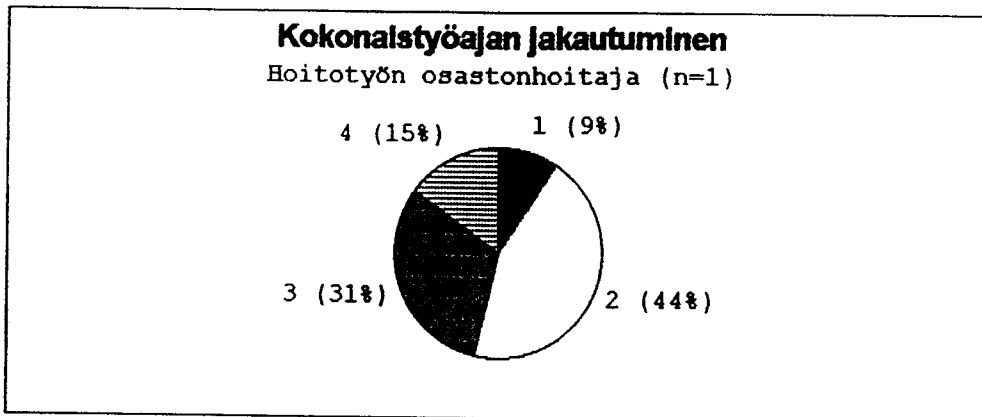


Välitöntä fysioterapiaa teki eniten kuntohoitaja 48% ja fysioterapeutti (46%). Koodaamatonta työaikaa oli eniten kuntoutusapulaisella (86%). Muuta työtä oli eniten osastonhoitajalla (26%) ja fysioterapeutilla (22%). Kuntoutusapulainen teki ainoastaan muuta työtä (15%). Työajastaan yhteistyöhön käytti eniten aikaa osastonhoitaja (16%).

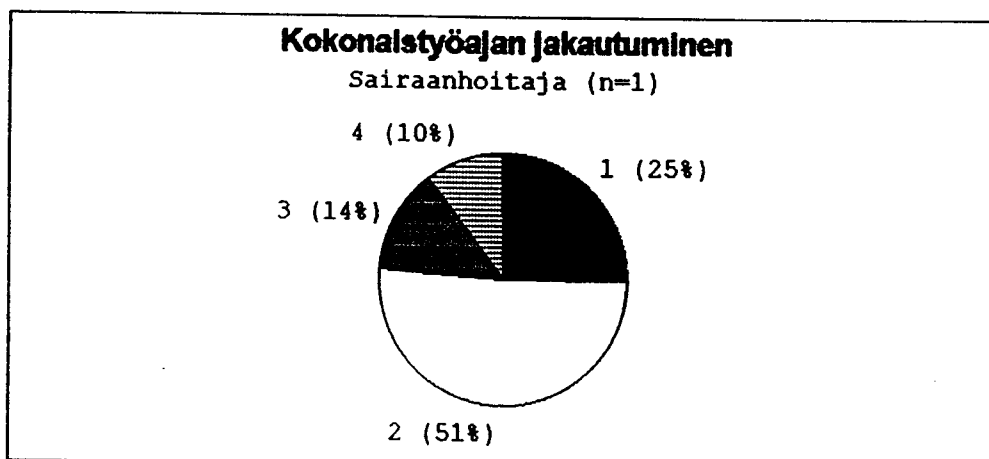
9.1.2. Hoitohenkilökunta

Alla olevissa kuvioissa (7-11) esitetään hoitohenkilökunnan kokonaistyöajan jakautuminen.

Kuvio 7.

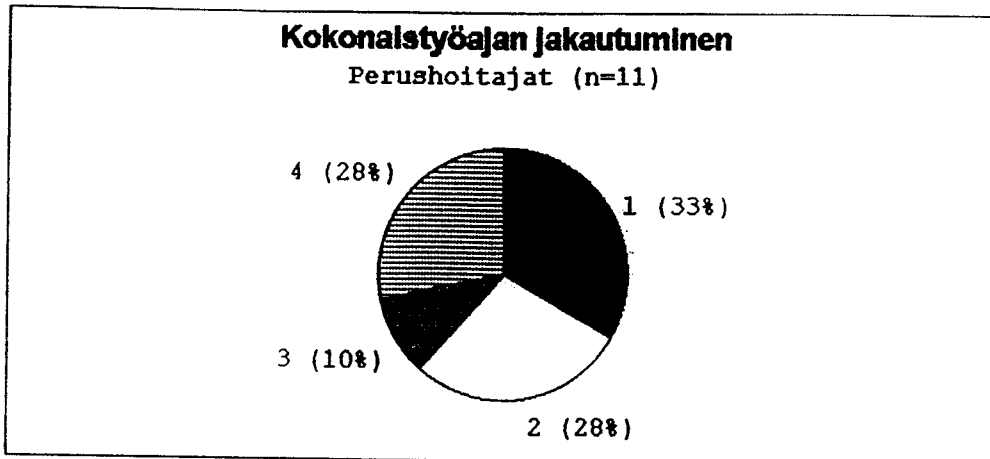


Kuvio 8.

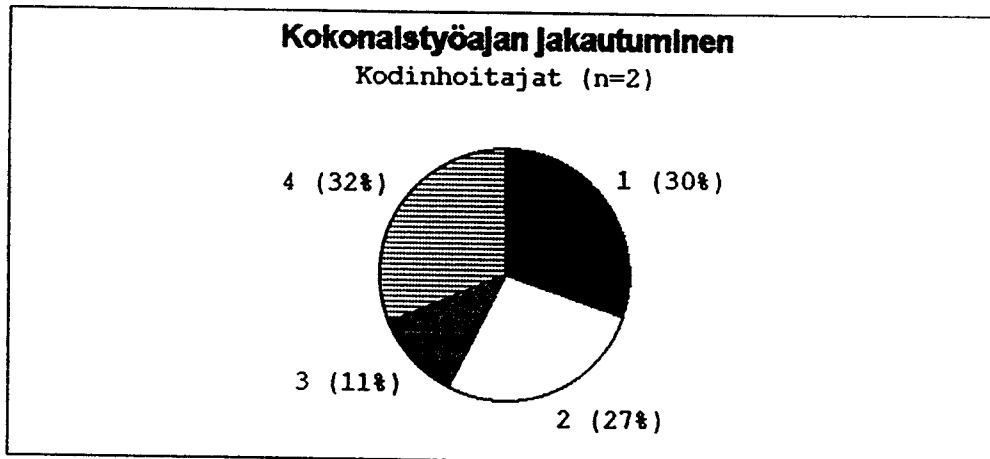


Fysioterapia- ja hoitotyö (=1), muu työ (=2), yhteistyö (=3), koodaamaton työaika (=4).

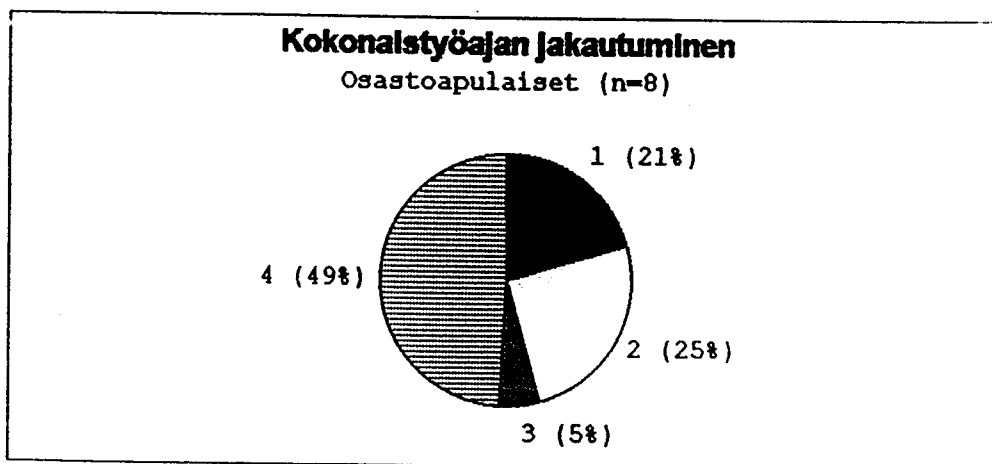
Kuvio 9.



Kuvio 10.



Kuvio 11.



Fysioterapia- ja hoitotyö (=1), muu työ (=2), yhteistyö (=3), koodaamaton työaika (=4).

Välitöntä hoitotyötä tekivät eniten perushoitajat (33%) ja kodinhoitajat (30%). Muuta työtä teki selvästi eniten sairaanhoitaja (51%) ja osastonhoitaja (44%). Yhteistyöhön käytti eniten aikaa osastonhoitaja (31%) ja vähiten osastoapulaiset (5%). Koodaamattoman työajan osuus oli suurin osastoapulaisilla (49%) ja pienin sairaanhoitajalla (10%).

9.2. Välitön fysioterapia ja hoitotyö

9.2.1 Fysioterapian sisällön jakautuminen

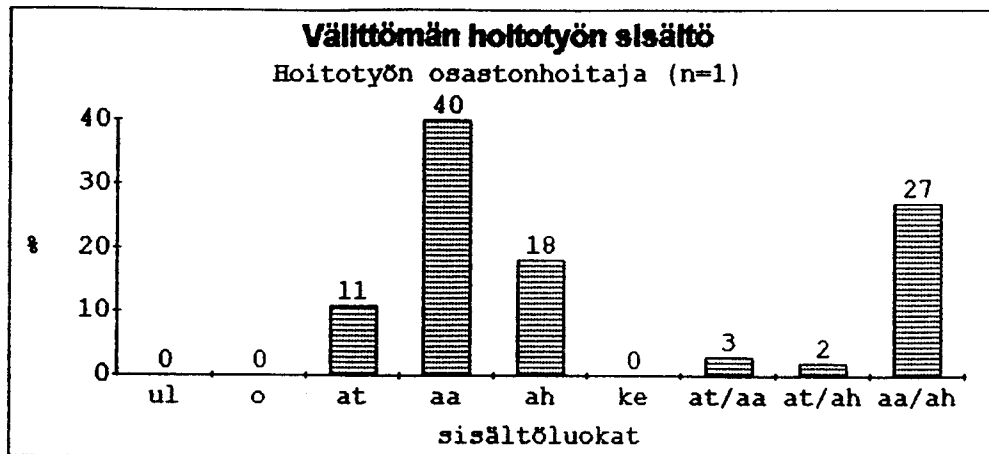
Fysioterapiahenkilöstön välitön asiakastyö painottui yksilöterapiaan. Fysioterapeutti käytti välittömästä fysioterapia-ajastaan yksilöterapiaan 49%, kuntohoitaja 71% ja osastonhoitaja 50%. Liiketerapiaan ryhmässä käytettiin yli puolet vähemmän aikaa. Tutkimiseen osastonhoitaja käytti 7% (1h33min) välittömästä fysioterapia-ajastaan. Fysioterapeutti ei tutkinut lainkaan. Liikehoidon yhteydessä tutkimukseen käyttivät aikaa fysioterapeutti 1% (20min) ja osastonhoitaja 3% (40min). Fysioterapeutti oli ainoa, joka käytti aikaa ohjaukseen (1%). (liite 2)

Kirjatuista diagnooseista hemiplegian hoitoon käytettiin eniten aikaa. Kuntohoitaja käytti hemiplegiapotilaiden hoitoon 57% välittömästä fysioterapia-ajastaan. Fysioterapeutti käytti eniten hoitoaikaansa dementia (27%) ja parkinson (22%) potilaisiin. Osastonhoitajan välitön fysioterapiatyö painottui diabetes (27%) ja hemiplegia (30%) potilaisiin. (liite 3)

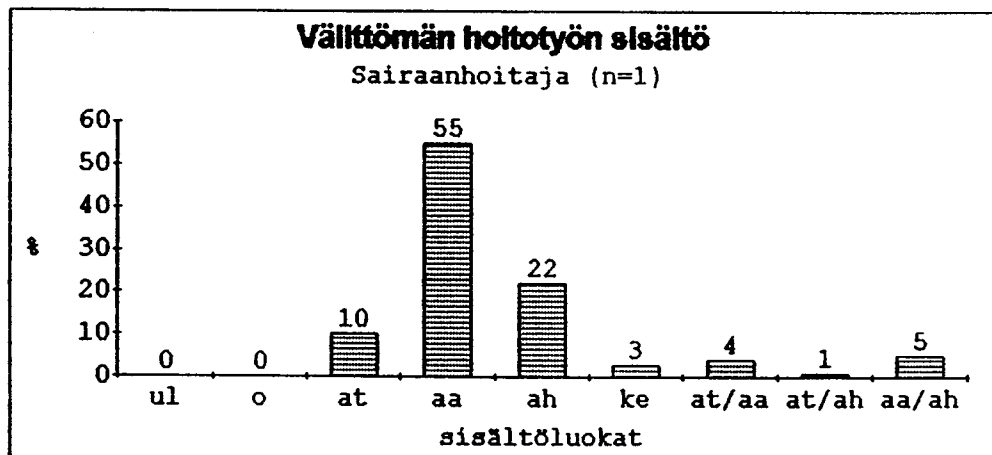
9.2.2. Hoitotyön sisällön jakautuminen

Kuvioissa 12-14 esitetään hoitohenkilökunnan välittömän hoitotyön sisältö.

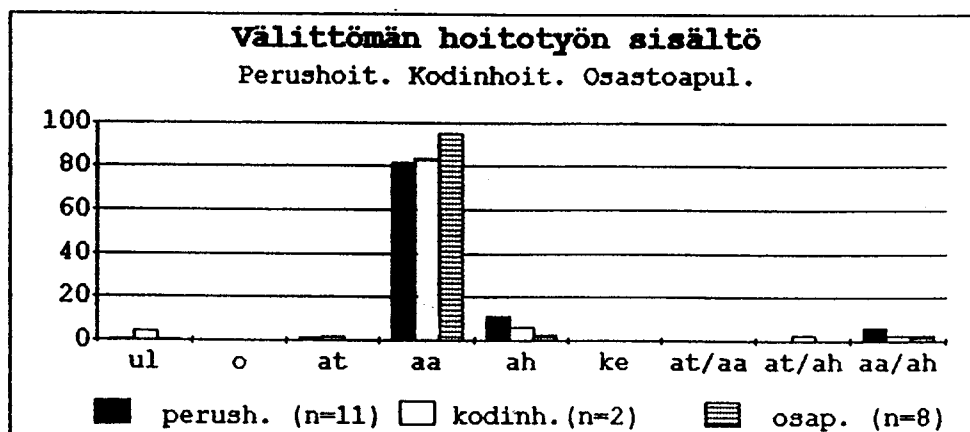
Kuvio 12.



Kuvio 13.



Kuvio 14.



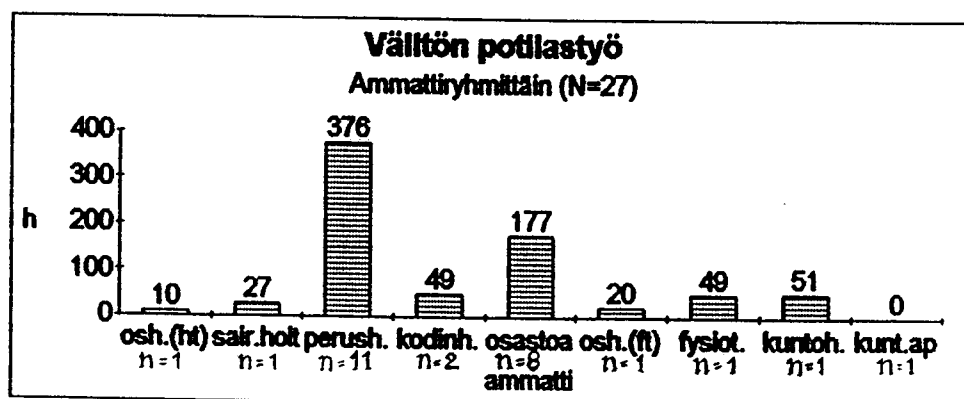
ulkoilu (ul), ohjaus (o), asiakkaan tutkiminen (at), asiakkaan avustaminen (aa), lääkitys ja hoitotoimenpiteet (ah), keskustelut (ke), asiakkaan tutkiminen ja avustaminen (at/aa), asiakkaan tutkiminen ja hoitotoimenpiteet (at/ah), asiakkaan avustaminen ja hoitotoimenpiteet (aa/ah).

Asiakkaan avustaminen vei kaikilla hoitotyöntekijöillä yli 40% välittömästä hoitotyöajasta. Perushoitajilla, kodinhoitajilla ja osastoapulaisilla asiakkaan avustaminen vei yli 80%. Prosentit on laskettu kunkin ammattiryhmän välittömästä hoitotyöajasta (kuvio 14). Hoitotoimenpiteitä suorittivat osastonhoitaja ja sairaanhoitaja (27% ja 22%), osastonhoitajalla avustamiseen liittyi usein myös hoitotoimenpiteitä (27%). Potilaan tutkimiseen käytti osastonhoitaja 11% ja sairaanhoitaja 10% välittömästä hoitotyöajastaan.

9.2.3 Välitön potilastyö ammattiryhmittäin

Välittömään potilastyöhön käytetty, ammattiryhmittäin yhteenlaskettu aika on esitetty kuviossa 15. Ammattiryhmänä perushoitajien kokonaispanos välittömästi potilaaseen kohdistuvassa työssä on suurin. Työntekijää kohden laskettuna välittömän potilastyön määrä on kuitenkin pienempi kuin kuntahoitajalla ja fysioterapeutilla.

Kuvio 15.



9.2.4. Asiakaskontaktit

Asiakaslukumäärä oli suurin perushoitajilla ja osastoapulaisilla. Päivittäisten asiakaskontaktien määrä hoitohenkilökunnalla oli selvästi suurempi kuin fysioterapiahenkilökunnalla, mutta kestoaltaan asiakaskontaktit olivat lyhyempiä. (taulukko 5)

Taulukko 5. Asiakaskontaktit ammattiryhmittäin

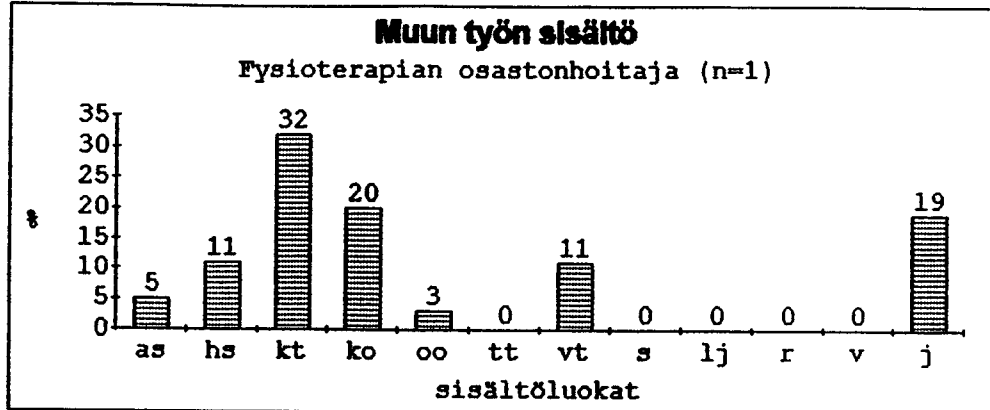
Ammatti	asiakas- lukumäärä	asiakkaita päivässä	keski- hajonta	min/ asiakas
os.hoit.(ht) n=1	43	3,9	4,2	16,3
sair.hoit. n=1	186	13,1	6,0	9,2
perushoit. n=11	3243	25,3	11,5	7,8
kodinh. n=2	332	19,5	5,8	9,2
Osastoap. n=8	1295	18,0	10,2	9,8
os.hoit.(ft) n=1	43	4,3	1,8	27,8
fysiot. n=1	83	6,4	2,5	25,8
kuntoh. n=1	82	6,8	1,6	28,0

9.3 Muu työ fysioterapiassa ja hoitotyössä

Muuna työnä kirjattiin seuraavat työmuodot: asiakastyön suunnittelu ja järjestäminen (as), hallinnollinen suunnittelu esim. työvuorolistat ja toimistotyöt (hs), kirjalliset työt (kt), koulutus organisaation sisällä ja ulkopuolella (ko), opiskelijan ohjaus (oo), lääke- ja kulutustarvikkeiden tilaus (tt), viriketoiminta esim lehden lukeminen asiakkaille (vt), siivoustyö (s), lääkkeiden jako dosetteihin (lj), ruokailutoiminnot kuten pöytien kattaminen ja ruoan jako (r), viihtyvyydestä ja turvallisuudesta huolehtiminen (v) sekä järjestely ja huolto työt esim. vaatehuolto (j).

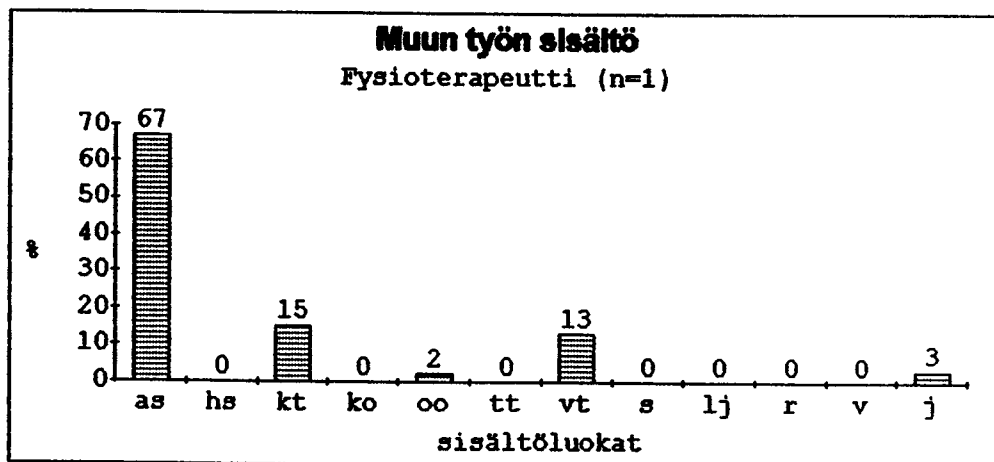
9.3.1 Fysioterapiahenkilökunta

Kuvio 16.



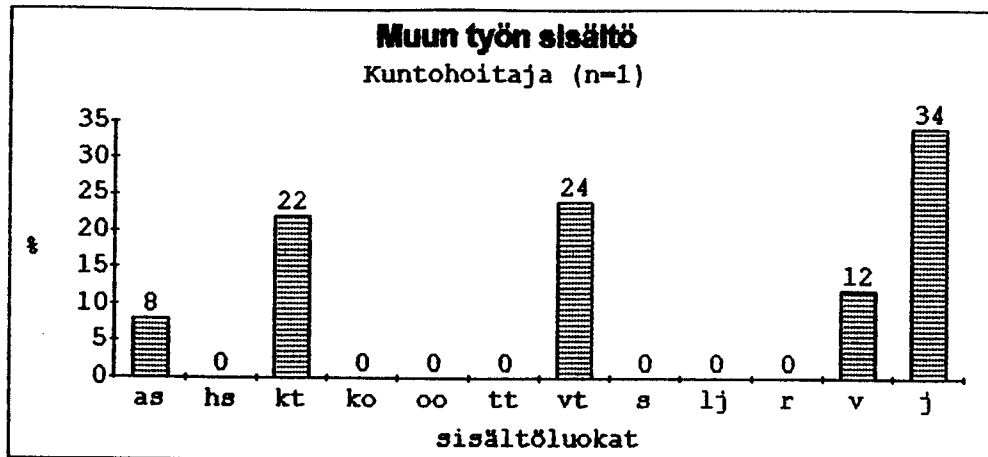
Kirjalliset työt, koulutus sekä järjestely ja huolto työt veivät fysioterapian osastonhoitajan muu työ ajasta suurimman osan. Viriketoimintaan (11%) osastonhoitaja käytti lähes yhtä paljon aikaa kuin hallinnolliseen suunnitteluun (11%). ja selvästi enemmän aikaa kuin asiakastyön suunnitteluun (5%). (kuvio 16)

Kuvio 17.



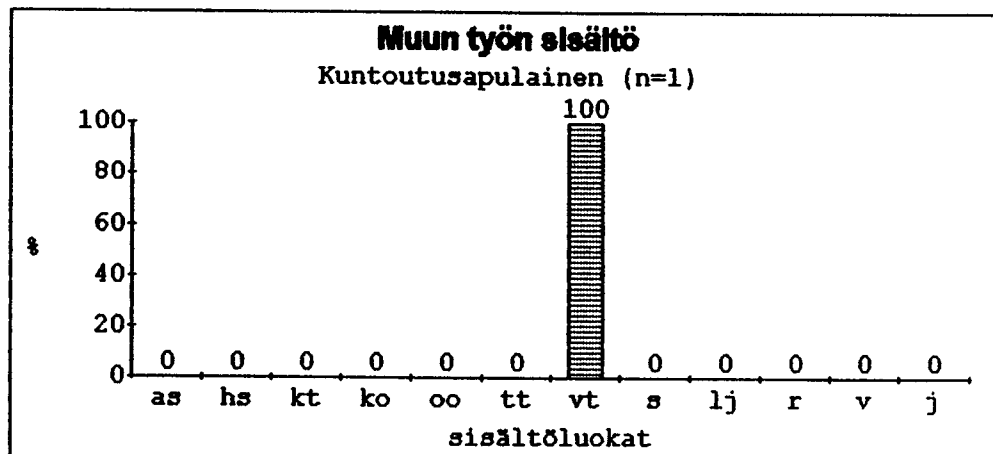
Fysioterapeutin muu työ aika koostui lähes 70%:sesti. asiakastyön suunnittelusta. Myös kirjallisiin töihin ja viriketoimintaan fysioterapeutti käytti muu työ aikaansa. (kuvio 17)

Kuvio 18.



Kuntohoitajan muu työ ajasta kului järjestely ja huolto töihin 34% . Kirjallisiin töihin ja viriketoimintaan kuntohoitaja käytti kumpaankin yli 20% muu työ ajastaan. (kuvio 18)

Kuvio 19.

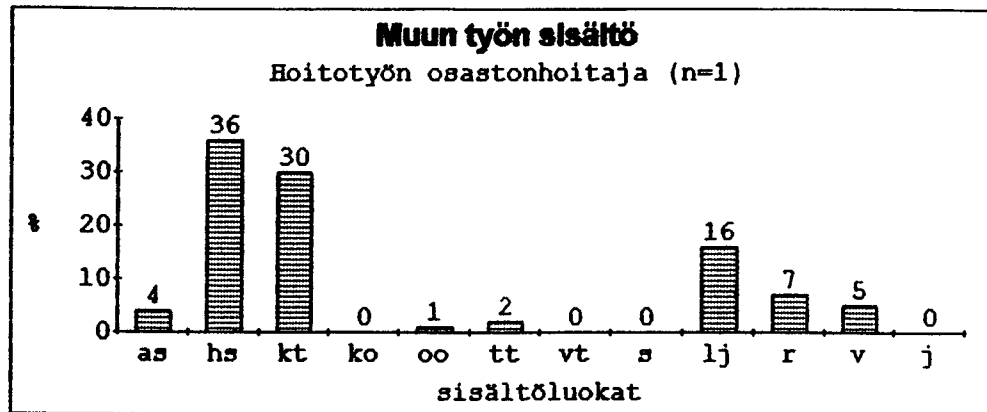


Kuntoutusapulaisen työ koostui ainoastaan viriketoiminnasta. (kuvio 19)

8.3.2 Hoitohenkilökunta

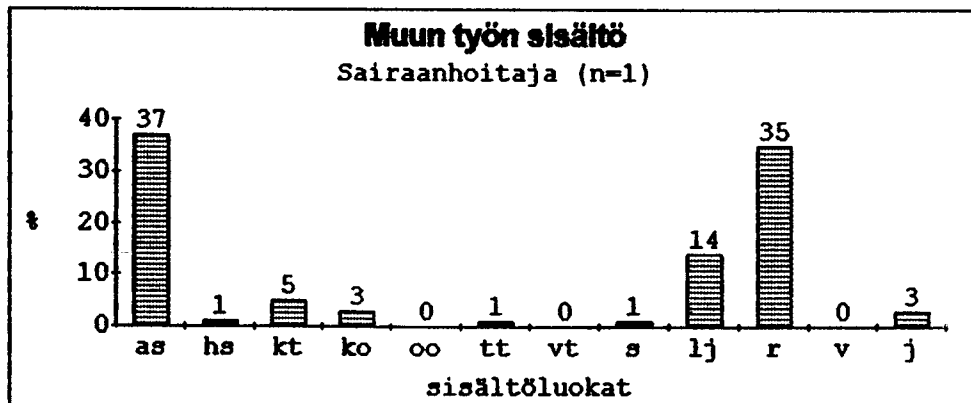
Kuvioissa 20-22 esitetään hoitohenkilökunnan muun työn sisältö.

Kuvio 20.



Hoitotyön osastonhoitajan muutyö aika koostui pääasiassa hallinnollisesta suunnittelusta (36%), kirjallisista töistä (30%) ja lääkkeiden jaosta (16%). Osastonhoitajan muuhun työhön ei sisällynyt lainkaan koulutusta, viriketoimintaa eikä siivoustyötä. (kuvio 20)

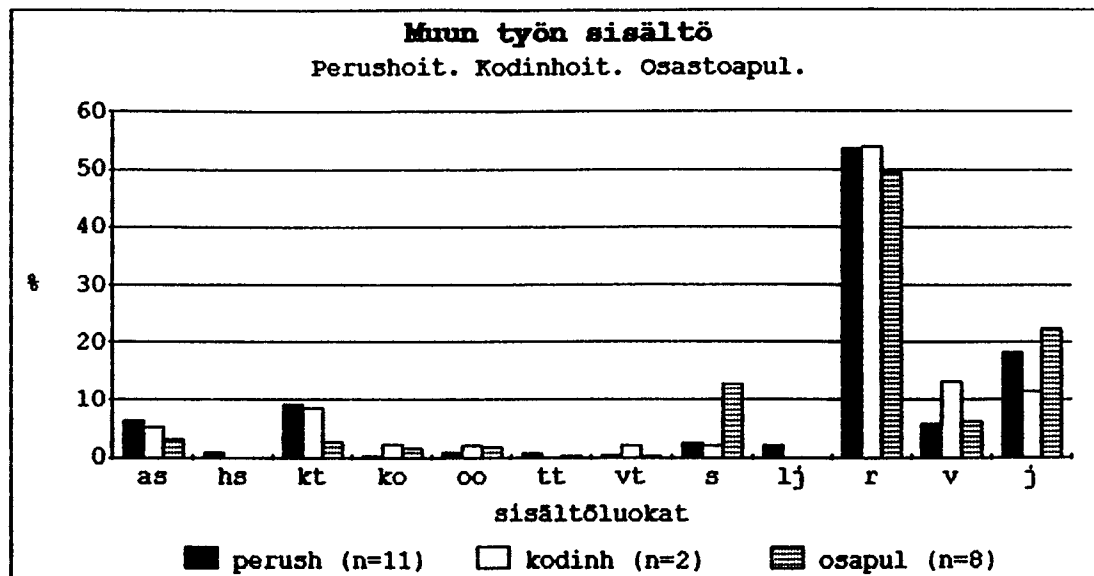
Kuvio 21.



asiakastyön suunnittelu (as), hallinnollinen suunnittelu (hs), kirjalliset työt (kt), koulutus (ko), opiskelijan ohjaus (oo), tarvikkeiden tilaus (tt), viriketoiminta (vt), siivoustyö (s), lääkkeiden jako dosetteihin (lj), ruokailutoiminnot (r), viihtyvyydestä ja turvallisuudesta huolehtiminen (v), järjestely ja huoltotyöt (j).

Sairaanhoitaja käytti muussa työssä eniten aikaa asiakastyön suunnitteluun (37%), ruokailuun liittyviin toimintoihin (35%) ja lääkkeiden jakeluun (14%). (kuvio 21)

Kuvio 22.



asiakastyön suunnittelu (as), hallinnollinen suunnittelu (hs), kirjalliset työt (kt), koulutus (ko), opiskelijan ohjaus (oo), tarvikkeiden tilaus (tt), viriketoiminta (vt), siivoustyö (s), lääkkeiden jako doseetteihin (lj), ruokailutoiminnot (r), viihtyvyydestä ja turvallisuudesta huolehtiminen (v), järjestely ja huoltotyöt (j).

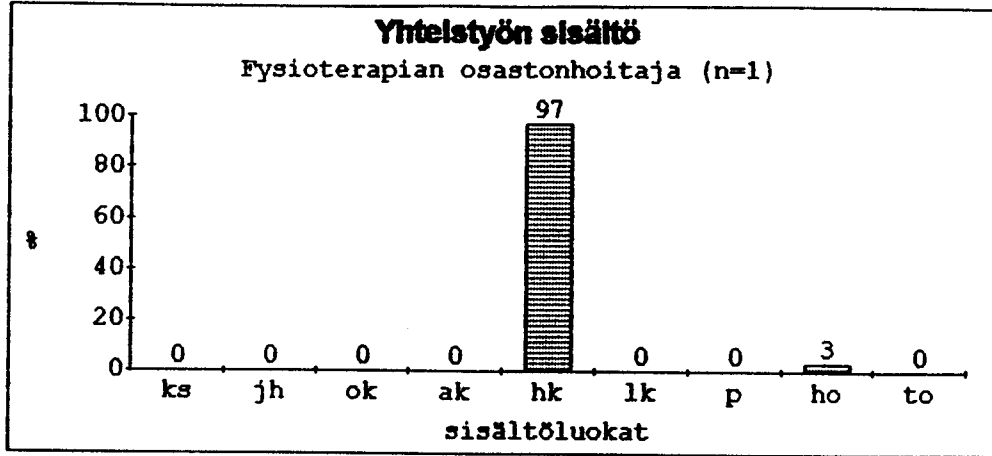
Perushoitajien, kodinhoitajien ja osastoapulaisten muu työ koostui pääasiassa ruokailuun liittyvistä toiminnoista (50-54%), järjestelyyn ja huoltoon liittyvistä töistä (11-22%). Viihtyvyydestä ja turvallisuudesta huolehtiminen vie eniten aikaa kodinhoitajilta (13%). Siivoustyötä tekivät eniten osastoapulaiset (13%) muu työ ajastaan. Koulutukseen perushoitajat eivät osallistuneet lainkaan. Prosentit laskettu kunkin ammattiryhmän muutyöajasta. (kuvio 22)

9.4 Yhteistyö hoitotyössä ja fysioterapiassa

Yhteistyömuotoina kirjattiin konsultaatio (ks), jatkohoidon suunnittelu (jh), omaisten ohjaus (ok), asiakasta koskevat kokoukset esim. raportit (ak), hallinnolliset kokoukset esim. osastokokous ja osastonhoitajien kokous (hk), lääkärin käynti (lk), perehdytys (p), henkilökunnan ohjaus kuten koulutuspalaute ja ergonomiohjaus (ho) sekä työnohjaus (to).

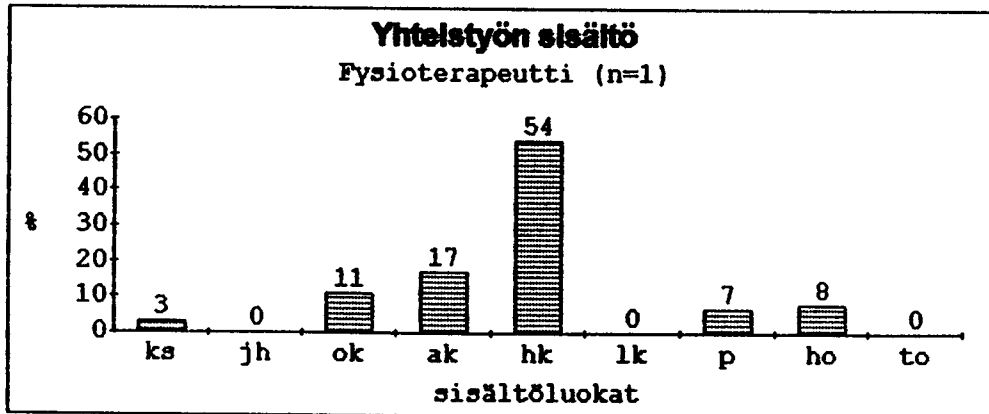
9.4.1 Fysioterapiapersonenkilökuunta

Kuvio 23.



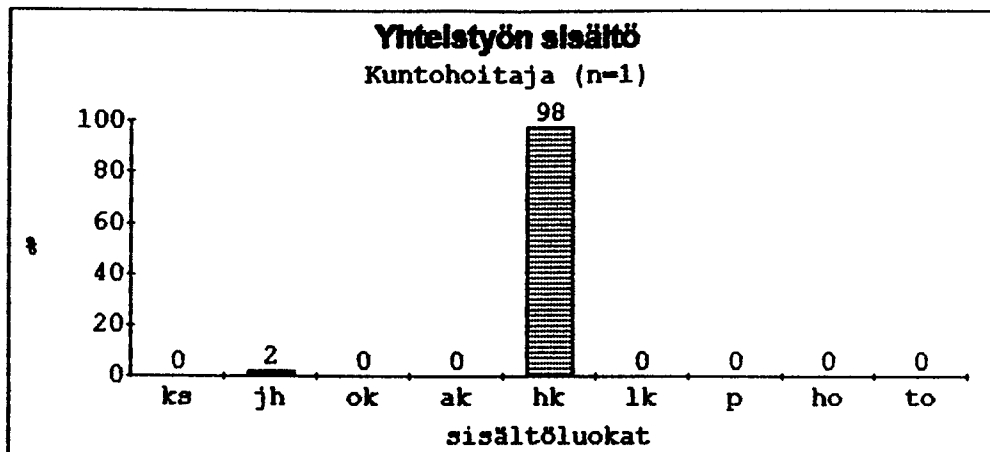
Fysioterapiapersonenkilökuunta käytti yhteistyömuotonaan hallinnollisia kokouksia. (kuvio 23)

Kuvio 24.



Hallinnolliset kokoukset olivat myös fysioterapeutin eniten käyttämä yhteistyömuoto (54%). Tämän lisäksi fysioterapeutti käytti aikaa asiakaskokouksiin, perehdytykseen ja konsultaatioon. Fysioterapeutti oli fysioterapiapersonenkilöstöstä ainoa, joka käytti yhteistyöaikaa omaisten ohjaamiseen (11%, = 80min). Henkilökunnan ohjaamiseen fysioterapeutti käytti aikaa 55min (8%). (kuvio 24)

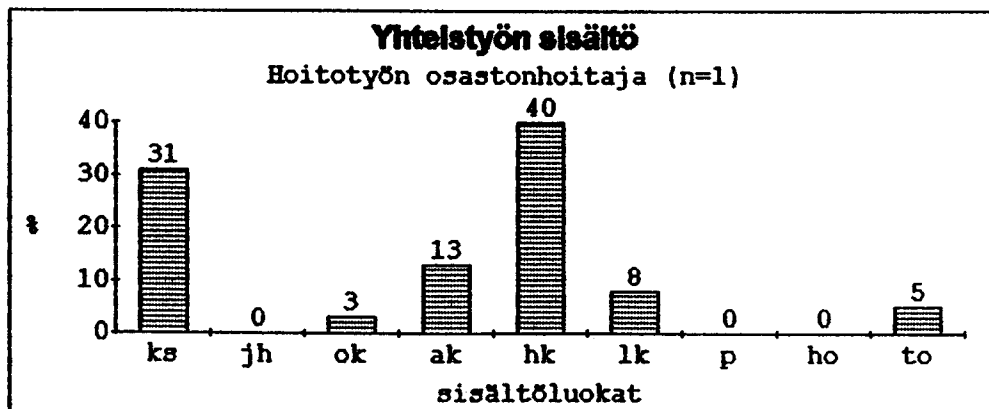
Kuvio 25.



Kuntohoitajan yhteistyöaika koostui lähes yksistään hallinnollisista kokouksista, tämän lisäksi jatkohoidon suunnittelu oli vienyt yhteistyö ajasta 2%. (kuvio 25) Kuntoutusapulainen ei kirjannut lainkaan yhteistyötä.

9.4.2. Hoitohenkilökunta

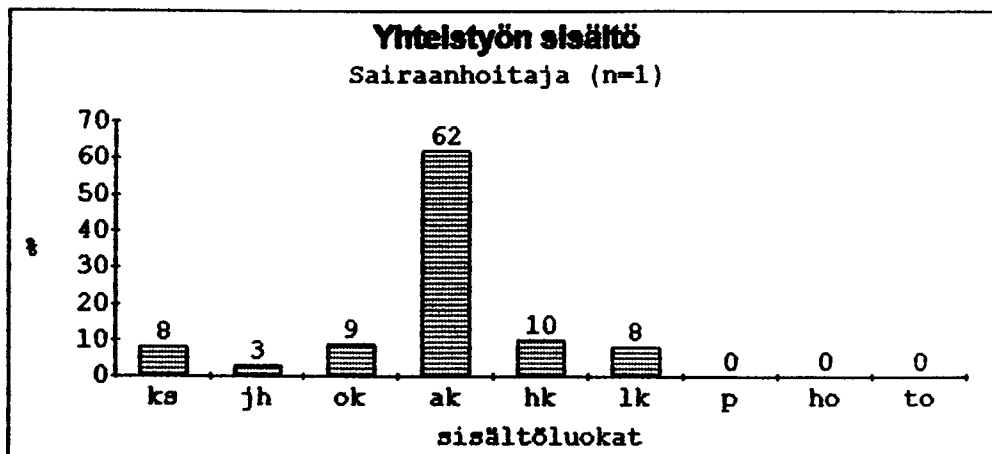
Kuvio 26.



Lähes 40% osastonhoitajan yhteistyöstä koostui hallinnollisista kokouksista. Toiseksi eniten aikaa meni konsultaatioon (31%). Konsultaatioon käytetyn yhteistyön osuus oli selvästi suurin tutkituista työntekijöistä. Asiakaskokoukset (raportit) veivät 13% yhteistyöajasta.

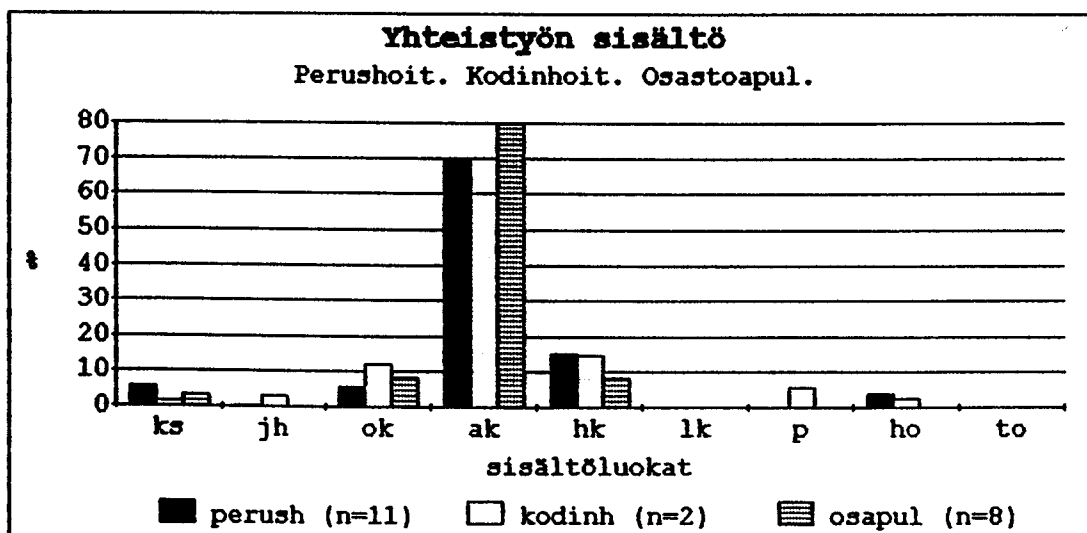
Hoitotyön osastonhoitaja oli ainoa, joka oli käyttänyt työn ohjausta, 5% yhteistyöajastaan. Jatkohoidon suunnittelua, perehdytystä ja henkilökunnan ohjausta osastonhoitaja ei ollut käyttänyt lainkaan. (kuvio 26)

Kuvio 27.



Sairaanhoitaja käytti eniten asiakaskokouksia (62%) yhteistyömuotona. Selvästi vähemmän sairaanhoitaja käytti yhteistyömuotoina hallinnollisia kokouksia, lääkärin käyntiä ja konsultaatiota. (kuvio 27)

Kuvio 28.



konsultaatio (ks), jatkohoidon suunnittelu (jh), omaisten ohjaus (ok), asiakaskokoukset (ak), hallinnolliset kokoukset (hk), lääkärin käynti (lk), perehdytys (p), henkilökunnan ohjaus (ho), työnohjaus (to)

Perushoitajien, kodinhoitajien ja osastoapulaisten yhteistyöajasta vei suurimman osan , yli 60%, asiakaskokoukset ja toiseksi suurimman osan hallinnolliset kokoukset. Kodinhoitajat käyttivät eniten yhteistyöajastaan omaisten ohjaukseen (12%). Perushoitajat ja kodinhoitajat olivat ainoita, jotka osallistuivat hoitohenkilökunnasta henkilökunnan ohjaukseen. Kodinhoitajat käyttivät vähiten hoitohenkilökunnasta konsultaatiota yhteistyöajastaan (1%). Prosentit laskettu kunkin ammattiryhmän yhteistyöajasta. (kuvio 28)

10. POHDINTA

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin henkilökunnan ajankäyttöä ja työnsisältöä mittaavaa lomaketta, joka soveltui hyvin tähän tutkimukseen. Luotettavuutta lisää se, että muuttujat (=toiminnot) on määritelty ymmärrettävästi ja ne vastaavat työn sisältöä. Tässä tutkimuksessa toimintojen määrittelyn pohjana käytettiin aikaisemmin Jorvin sairaalassa toteutettua tutkimusta (Talvitie ja Salenius 1994) ja henkilökunnan asiantutentemusta oman työnsä rakenteesta ja sisällöstä. Tutkimustulosten luotettavuus riippuu siitä, kuinka totuudenmukaisesti henkilökunta on kirjannut työnsä sisällön ja käytetyn ajan. Päiväkirjaa käytettäessä oletetaan, että työntekijät rehellisesti ja tarkasti kirjaavat työaikansa. Tätä tutkimusmenetelmää on käyttänyt Allen (1983). Männistö (1980) suoritti vastaavaa tutkimusta havainnoimalla. Saadut tutkimustulokset ovat hyvin samansuuntaisia. Havainnoitsijan läsnäolon oletetaan vaikuttavan työskentelyyn. Tutkimusmetodina työajan kirjaamista pidetään kokemusten mukaan luotettavana (Bergman 1989).

Aiemmissa työajankäyttötutkimuksissa on todettu, että koko työaika ei ole tehokkaassa käytössä. Tämä ilmenee suhteellisen suurena koodaamattoman työajan määränä. Talvitien ja Saleniuksen (1994) tutkimuksessa fysioterapiahenkilöstön koodaamattoman työajan osuus oli 50%. Tässä tutkimuksessa koodaamattoman ajan määrä vaihteli fysioterapiahenkilöstöllä fysioterapeutin 21%:sta kuntoutusapulaisen 86%:iin. Tämän perusteella erityisesti kuntoutusapulaisen työajan käyttöä voisi tehostaa. Kuntoutusapulaisen koodaamattoman ajan määrä saattaa johtua ongelmista mittarin sovelttuvuudessa tai sen käytössä. Hoitohenkilöstöllä koodaamattoman työajan osuus oli pienempi, suurimmillaan osastoapulaisilla 49%. Koodaamattoman ajan arvellaan koostuvan mm. siirtymisestä paikasta toiseen, odottamisesta ja valmistelevista toimenpiteistä. Henkilökohtaisten asioiden hoitoon käytetty aika on ollut huomattava (Lemonidou ym. 1996). Erityisesti siirtymiseen fysioterapiahenkilöstöllä kuluu enemmän aikaa, koska fysioterpiatilat sijaitsevat etäällä osastoista. Olisikin suotavaa,

että fysioterapiaa voitaisiin tehokkaasti toteuttaa myös hoito-osastoilla. Karvinen (1992) suosittelee, että osastoille varattaisiin tilaa ja välineitä fysioterapian ja liikunnan harjoittamiseen. Tämä mahdollistaisi omatomisen harjoittelun, hoitohenkilökunnan osallistumisen kuntoutukseen ja fysioterapian liittämisen kiinteämmin potilaan kokonaishoitoon.

Välittömän fysioterapian määrä fysioterapeutilla (46%) ja kuntohoitajalla (48%) oli aiempiin tutkimuksiin (Talvitie ja Salenius 1994, Bergman 1989, Allen 1983) verrattuna n. 15% suurempi. Hoitotyöntekijöistä perushoitajat käyttivät eniten aikaa välittömään potilastyöhön, samaan tulokseen päätyi Lemonidou 1996. Hendrickson ym. (1990) toteaa tutkimuksensa perusteella, että sairaanhoitajien asiantuntijuutta tulisi hyödyntää enemmän välittömään hoitoon työtehtävien uudelleen järjestelyllä. Myös tässä tutkimuksessa muuhun työhön käytetty aika sairaanhoitajalla oli kaksi kertaa suurempi kuin välittömään työhön käytetty aika.

Tutkimusten mukaan laaja-alainen toimintakyvyn arviointi on välttämätöntä vanhusten välittömässä hoidossa. Asiakkaan tutkimiseen käytetty aika tässä tutkimuksessa oli erittäin vähäinen. Toimintakyvyn arviointi luo pohjan hoidon suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille sekä parantaa kuntoutumisen ja kotiutuksen edellytyksiä. Toimintakyvyn arvioinnin tärkeyttä korostaa myös se, että potilaat ohjautuvat tässä tapauksessa fysioterapiaan ilman lääkärin lähetettä. Tästä johtuen diagnoosit ovat epätarkkoja, eivätkä välttämättä kuvaa fysioterapian todellista kohdetta. Fysioterapiaa, osana lääkinnällistä kuntoutusta, on perinteisesti toteutettu WHO:n vaurio-vamma-ajattelun pohjalta (Järvikoski ja Härkäpää 1995). Tämä on ohjannut fysioterapian menetelmien valintaa ja näkynyt diagnoosin korostamisena. Vanhusten kuntoutumisessa lähtökohtana tulisi olla toimintakyvyn ylläpitäminen ja korjaaminen kokonaisvaltaisesti. Merkittävää oli, että hoitohenkilökunta ei halunnut kirjata asiakkaistaan diagnooseja lainkaan.

Fysioterapiassa tulisi painottaa vanhusten toimintakyvyn ylläpitämistä ja harjaannuttamista ennen vaikeampien ongelmien syntymistä. Fyysien aktiivisuuden takaamiseksi on välttämätöntä tehdä moniammatillista yhteistyötä. Käytännössä tämä tarkoittaa fysioterapiahenkilöstön toimimista henkilökunnan ohjaajana, kouluttajana ja tukijana sekä uusien toimitojen käynnistäjänä. Tässä tutkimuksessa fysioterapiahenkilökunnan käyttämä aika ohjaukseen oli vähäistä. Karvisen (1992) tutkimuksen mukaan fyysisen aktiivisuuden edistäminen vanhainkodissa edellyttää myönteisesti asennoitunutta, hyvät tiedot ja taidot omaavaa henkilökuntaa sekä riittäviä ja monipuolisia osallistumismahdollisuuksia vanhuksille. Olennaista on, että koko henkilökunta mieltää vanhusten liikkumisen tärkeyden päivittäisessä työssään, ja että henkilökunnalla on mahdollisuus käyttää kykyjään luovasti. Kysymys on liikkumisen palauttamisesta osaksi elämää ja kokonaisvaltaista hoitoa. Vanhusten fyysinen aktiivisuus on vähäistä heidän edellytyksiinsä nähden ja liikunta on irroitettu luonnollisista yhteyksistä.

Perinteisesti fysioterapiassa painottuvat yksilöterapiat. Resurssien kannalta tämä ei aina ole tarkoituksenmukaista. Fysioterapian resurssien kohdentaminen vanhustenhuollossa vaatii asiantuntijuutta, ongelman määrittelyä, analysointia ja huomion kohdistamista olennaiseen. Fysioterapiaprosessi on luonteeltaan dynaaminen ja hoitosuhteen luonne muuttuu kun kuntoutus etenee. Vastuu kuntoutuksessa siirtyy entistä enemmän potilaalle ja fysioterapeutin osuus vähenee. Fysioterapeutin avustava toiminta muuttuu potilaan itsehoitoa tukevaksi toiminnaksi. Myös hoitohenkilökunnalla on keskeinen tehtävä vanhuksen kuntoutumisen tukemisessa. Fysioterapiaresurssien kannalta ryhmäterapiaa tulisi lisätä ja yksilöterapia kohdentaa niihin potilaisiin, jotka siitä tutkimusten mukaan hyötyvät eniten. Geriatriasta tutkimustietoa tulisi hyödyntää päätöksenteon pohjaksi.

Fysioterapian resurssit välittömään potilastyöhön ovat huomattavasti pienemmät kuin hoitohenkilökunnalla. Tästä syystä hoitohenkilökunnalla on erittäin hyvät mahdollisuudet toimia kuntoutusta edistävästi- se on jopa välttämätöntä, kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Hoitohenkilökunta käytti asiakkaan avustamiseen 40-90% välittömästi hoitotyö ajasta. Asiakkaan avustaminen siten, että hänen omia resurssejaan käytetään mahdollisimman paljon hyväksi, lisää kuntoutuksen tehokkuutta. Edellytyksenä on yhteisesti hyväksytyt toimintamallit.

Ruokailutoimintojen järjestäminen vei koko hoitohenkilökunnalta huomattavan paljon aikaa. Karvisen tutkimuksessa (1992) kokeiltiin vanhusten osallistumista arkiaskareisiin. Kotiaskareiden teko on tuttua vanhuksille, ne aktivoivat liikkumaan, virkistävät psyykkisesti ja antavat sosiaalisia kontakteja. Pitkällä aikavälillä vanhusten aktiivinen osallistuminen saattaisi vähentää avun tarvetta.

Moniammatillinen yhteistyö on keskeinen asia perusterveydenhuollon palvelujen tuottamisessa ja eri henkilöstöryhmien ammattitaidon hyödyntämisessä. Yhteistyötaitojen kehittäminen edellyttää henkilökunnan aktiivista osallistumista oman työnsä suunniteluun ja kehittämiseen. Tämän tutkimuksen tekeminen ja työn kehittämiprojektiin osallistuminen on osoitus Keljon vanhainkodin työntekijöiden aktiivisesta työn kehittämisestä.

Yhteistyö keskittyi pääasiassa esimiehille ja oli sisällöltään hallinnollista. Yhteistyö on kuitenkin oleellinen osa kaikkien vanhustyötä tekevien työtä. Asiakastasolla tämä tarkoittaa yhteisistä toimintakäytännöistä sopimista. Ruoppila ja Heikkinen (1996) toteavat, että kapealaiset tutkimukset eivät riitä vanhuksen toimintakyvyn arviointiin, vaan tarvitaan erilaisia tietolähteitä: asianomaisen oma arviointi sekä läheisten ja työntekijöiden arviot. Davis (1992) korostaa tutkimuksessaan asiakkaan omaa arviota toimintakyvystään. Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää hyväksi kaikkien niiden eri ammattiryhmien työntekijöiden havaintoja ja asiantuntemusta, jotka ovat osallistuneet iäkkään ihmisen hoitoon. Tällaisia ovat esimerkiksi kodinhoitajat ja kotiavustajat (lähihoitajat) sekä laitoksissa asuvien osalta osastojen eri työntekijäryhmät. Tutkimuksessamme perushoitajat (n=11), kodinhoitajat (n=2) ja osastoapulaiset (n=8) käyttivät hoitohenkilökunnasta eniten aikaa välittömään potilastyöhön ja vähiten yhteistyöhön. Näiden ammattiryhmien tietoja asiakkaan toimintakyvystä tulisi hyödyntää hoidon suunnittelussa. Tämä vaatii kuitenkin

yhteisesti sovittuja arviointimenetelmiä, joista tutkimusten mukaan on puute (Cunningham ym. 1996)). Näiden asioiden sopimiseen tarvitaan hallintotason yhteistyötä.

Yhteistyötavat olivat perinteisiä ja tavanomaisia. Erittäin vähän tehtiin yhteistyötä ammattirajojen yli esimerkiksi konsultaatiota, ohjausta ja koulutusta. Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen esteenä voidaan pitää terveydenhuollon tiukkaa reviiriajattelua ja yksipuolisia työorientaatioita. Yhteistyö toteutuu käytännössä ammattiryhmien sisällä. Saman suuntaisiin tuloksiin on päätyneet myös Heliö (1994). Työn eriytyminen ja työntekijöiden erilainen asema on esteenä toisen ammattiryhmän ymmärtämiselle. Terveydenhuollon asiantuntijoilta tämä edellyttää yli ammattirajojen ymmärrettävää viestintää. Perus- ja jatkokoulutuksen tulisi taata valmiudet moniammatilliseen yhteistyöhön painottamalla kommunikaatio- ja yhteistyötaitoja sekä kirjallista ja suullista viestintää. Tämä edellyttää yksittäisen työntekijän jatkuvaa valmiutta uuden oppimiseen ja siihen liittyvää persoonallisuuden kasvua myös työelämässä.

Moniammatillisen työryhmän toiminnassa ei ole oleellista ulkoinen muoto vaan toiminnan sisältö ja laatu. Tässä tutkimuksessa olemme kartoittaneet työn sisältöä ja määrää, joka tulee olemaan pohjana työn kehittämiseksi Keljon vanhainkodissa. Kehittävän työntutkimuksen kautta saadaan tarkempaa tietoa fysioterapian ja hoitotyön laadusta. Myös koodaamattoman ajan tarkempi selvittäminen vaatii lisätutkimuksia. Kulkemiseen ja siirtymiseen kuluva aikaa voitaisiin arvioida askelmittarin avulla.

11. JOHTOPÄÄTÖKSET

Välittömän fysioterapian määrä osastonhoitajalla oli 19%, fysioterapeutilla 46% ja kuntahoitajalla 48%. Aiempiin tutkimuksiin verrattuna tämä oli noin 15% suurempi. Perushoitajat, kodinhoitajat ja osastoapulaiset käyttivät hoitohenkilökunnasta eniten aikaa välittömään potilastyöhön (21-33%) ja vähiten yhteistyöhön (5-10%) kokonaistyöajastaan. Fysioterapiahenkilökunnan käyttämä aika ohjaukseen oli vähäistä. Hoitohenkilökunta käytti asiakkaan avustamiseen 40-90% välittömästä hoitotyöajasta. Yhteistyö keskittyi pääasiassa esimiehille ja oli sisällöltään hallinnollista. Koko työaikaa ei pystytty koodaamaan.

Fysioterapian resurssit välittömään potilastyöhön ovat huomattavasti pienemmät kuin hoitohenkilökunnalla. Tästä syystä hoitohenkilökunnalla on erittäin hyvät mahdollisuudet toimia kuntoutusta edistävästi. Tarvitaan enemmän moniammatillista yhteistyötä. Tavanomaisten yhteistyömuotojen rinnalle tarvitaan yksilöllisiä, työpaikan tarpeista lähteviä yhteistyömuotoja. Fysioterapiahenkilöstön toimimista henkilökunnan ohjaajana, kouluttajana ja tukijana sekä uusien toimintojen käynnistäjänä tulisi painottaa.

Kiitämme

Olavi Airaksista ja Ulla Talvitietä

Terttu Parkattia

Keljon vanhainkodin fysioterapiahenkilökuntaa ja osasto AII:n
henkilökuntaa

Perheitämme

12. LÄHTEET:

- Allen J. M. 1983. Work sampling: a means of determining physiotherapy activities and reviewing caseloads. *Physiotherapy of Canada* 35, 31-5
- Anttinen E. 1993. Ikääntyminen ja yhteiskunta. Kirjassa Isohanni M, Tienari P, Achte K (toim.): Vanhuus ja mielenterveys, 20-38. WSOY. Juva
- Bergman B, 1989. Work sampling: The way in which physiotherapists utilize their working hours. In: Bergman B. Being a physiotherapist, professional role, utilization of time and vocational strategies. Umeå University Medical Dissertation, New series No 251. Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Umeå, Sweden, pp 63-9
- Cameron I, Lyle D, Quine S, 1993. Accelerated rehabilitation after proximal femoral fracture: a randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation* 15(1):29-34
- Christiansson T, 1994. Elämäntasosta elämänlaatuun- hyvinvoinnin ulottuvuudet vanhustutkimuksen näkökulmasta. Kirjassa Uutela A, Ruth J-E (toim.): Muuttuva vanhuus, 102-115. Gaudeamus Tampere.
- Cunningham C, Horgan F, Keane N, Connolly A, Mannion A, O'Neill D 1996. Detection of disability by different members of an interdisciplinay team. *Clinical Rehabilitation* 10, 247-254.
- Dam M, Tonin P, Casson S, Ermeni M, Pizzolato G, Iaia V, Battistin L, 1993. The effects of long term rehabilitation on post stroke hemiplegic patients. *Stroke* 24:1186-1191
- Davis A, Davis S, Moss N, Marks J, McGrath J, Hovard L, Axon J, Wade D, 1992. First steps towards an interdisciplinary approach to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 6: 237-244
- Domenech M, Payton O, Hill J, Shukula R 1983. Utilization of physical therapy personnel in one hospital. A work sampling study. *Physical Therapy* 63, 1108-12
- Engeström 1993. Moniammatillisten tiimien toiminnan analysointi, 123-148. Kirjassa Simoila R, Harlamov A, Launis K, Engeström Y, Saarelma O, Kokkinen-Jussila M: Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot. Välineitä terveyskeskustyön analysointiin. STAKES, raportteja 80. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Era P, 1996. Fyysinen toimintakyky, aistitoiminnot ja havaintomotoriikka, 40-69. Kirjassa Heikkinen R-L ja Suutama T. (toim.): Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Yliopistopaino. Jyväskylä.
- Eteläpelto A, 1992. Tulevaisuuden asiantuntijuuden kehittämiseen. Kirjassa Ekola J. (toim.): Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan, 19-42. WSOY. Juva.

- Fisher N, Pendergast DR, Calcins E, 1991. Muscle Rehabilitation in Impaired Nursing Home Residents. Archives Physical Medicine Rehabilitation 72: 181-185
- Forssen K-O, 1993. Hengityselimet, 58-60. Kirjassa Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.
- Fysioterapianimikkeistö 1987. Sairaalaliitto. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Hautamäki L, Holma T, Jokinen V, Kaartinen K, 1983. Lääkintävoimistelija, erikoislääkintävoimistelija, apulaisosastonhoitajan ja osastonhoitajan yleisammattillinen toimenkuvaus. Suomen Lääkintävoimistelijaliitto.
- Heikkinen R-L, Suutama T 1996. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 1991:10. Yliopistopaino. Jyväskylä.
- Heliö S-L. 1994. Henkilökunnan arviot, suhtautuminen ja kokemukset väestövastuisten perusterveydenhuollon toteutumisesta 1990 ja 1992. Licensiaattitutkimus. Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -taloudenlaitos. Kuopio.
- Hendrickson G, Doddato T, Kovner C 1990. How do nurses use their time? Journal of nursing administration 20 (3): 31-37
- Henninger D, Dailey C 1983. Measuring nursing workload in outpatient department. The Journal of Nursing Administration. 20-30.
- Ilmarinen J, 1976. Kuntoharjoittelun ohjelmointi 124-138. Kirjassa Vuori I (toim.): Fyysisen kunnan mittaminen. Painoprint Oy. Helsinki.
- Isohanni M. 1996: Miten saadaan kokoukset ja neuvottelut joustaviksi? Suomen Lääkärilehti 31/96 vsk 51, 3213
- Juntunen M, Danner, Luoma-aho M, ym 1996. Viiden toimintakykyä mittaavan testin toistettavuus. Gerontologia 10(1):37-41
- Järvikoski A, Härkäpää K, 1995. Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta, 49-92. Kirjassa Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J: Kuntoutuksen ulottuvuudet. Wsoy. Juva
- Järvikoski A, Härkäpää K, Kallanranta T 1995. Väestön terveys ja työkyky kuntoutuksen lähtökohtina, 110-121. Kirjassa Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J: Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY. Juva.
- Kallanranta T, Repo M 1995 : Terveysthuollon kuntoutuksen käytäntöjä, 250-288. Kirjassa Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J: Kuntoutuksen ulottuvuudet. Wsoy. Juva.

- Karjalainen V, 1993: Lain voimalla. Seurantatietoa kuntoutuksen paikallisesta yhteistyöstä. Stakes. Gummerus. Jyväskylä.
- Karvinen E, 1991: Liikuntaa vanhainkoteihin. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 51. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Karvinen E, 1991. Liikunnan tarve ja toteutus, 235-251. Kirjassa Mälkiä E (toim.): Erityisliikunta I -soveltavan liikunnan perusteet. Gummerus. Jyväskylä.
- Kumpusalo E, 1988. Omatoimisuus, sosiaalinen tuki ja terveys. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tutkimukset 5. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Kuntoutusasiain neuvottelukunta 1992.: Kuntoutus uudistuu. Sosiaali ja terveyshallitus. Oppaita 11. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Lemonidou C, Plati C, Brokalaki H, Mantas J, Lanara V, 1996. Allocation of nursing time. Skandinavian University Press 10: 131-136
- Liimatainen V-P. 1994. Luentomoniste Alueellisen yhteistyön kehittäminen, Keuruu 24-25.3.1994. Jyväskylän yliopiston Täydennyskoulutuskeskus.
- Merjola-Partanen T 1993. Moniammatillinen yhteistyö, väestö vastuun työväline. Dialogi 8: 52-53
- Metsäpelto R ja Tikkanen E 1995. Hoitohenkilökunnan välilliseen hoitotyöhön käyttämä työaika ja välillisen hoitotyön sisältö Haukkalan sairaalan lastenpsykiatrian osastolla. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 46. Jyväskylä.
- Miettinen S, 1992. Moniammatillinen työryhmä yliopistollisessa sairaalassa. Kuopion yliopiston terveydenhuollon -ja taloudenlaitos. Yhteiskuntatieteet. Kuopio.
- Männistö M 1980. An assesment of productivity in health care. Hospitals 54: 71-6
- Nurmi R. 1990. Neljä ryhmätyömallia, 178-184. Kirjassa Työn ilo, tekemisen vapaus. Eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen. Gummerus. Jyväskylä
- Ottenbacher KJ ja Janell S 1993. The results of clinical trials in stroke rehabilitation. Archives of Neurology 50: 37-44
- Piirainen A ja Soukkala K 1996. Kuntoutusyhteistyön merkityksiä Jorvin sairaalan työntekijöille. Fysioterapian pro gradutyö. Jyväskylän yliopisto.
- Principi E, Lever J, Vertesi A, Molloy D.W, Tuttle I.M. 1996. Use multiskilled assessors on an interdisciplinary geriatric team. Physiotherapy Canada 48(2), 127-130

- Rantanen T, 1995. Lihasvoima, liikkumiskyky ja itsenäinen elämä iäkkäillä ihmisillä. *Gerontologia* 9 (1): 2-7
- Rantz M, Hauer J 1987. Analyzin acute care nursing staff productivity. *Nursing Management* 4 (18):33-43
- Rissanen A. ja Savolainen J. 1992. Lihas ja sen atrofia, 27-36. Kirjassa Alaranta H, Pohjalainen T, Rissanen P, Vanharanta H: *Fysiatria*. Gummerus Oy. Jyväskylä
- Ruikka I, Sourander L, Tilvis R 1992. Vanheneminen ja sairaudet. Juva
- Ruoppila I, Heikkinen E 1996. Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ja terveydentilan arviointi perusterveydenhuollossa. Kirjassa Heikkinen R-L, Suutama T (toim.): Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 1991:10. Yliopistopaino. Jyväskylä.
- Sawyer J, Levy J, Harris C, Dixon B, 1986. Indirect hours of care per patient per day in a midwest extented care facility. *Nursing management* 17:52-60
- Sosiaali ja terveysministeriö 1987: Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Valtionpainatuskeskus. Helsinki
- Suominen H, 1991. Ikääntyvät, vanheneminen ja liikunta, 228-234. Kirjassa Mälkiä E. (toim.): Erytisliikunta I -soveltavan liikunnan perusteet. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Sutcliffe B.(toim.), 1989. The role of Physical Therapy in the care of Elderly people. World Confederation for Physical Therapy and the World Health Organisation. WCPT.
- Talvitie U. 1991: Aktiivisuuden ja omatoimisuuden kehittäminen fysioterapian tavoitteena. *Studies in sport, physical education and health* 28. Jyväskylä
- Talvitie U. ja Salenius A. 1994. Distribution of working time and contents of physiotherapy activities in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8, 185-191
- Talvitie U, Hynynen P, Harri-Lehtonen O, Sauren M, Sokka H. 1993 Ehdotus fysioterapiakoulutuksen opetussuunnitelman perusteiksi ammattikorkeakouluissa. Sairaallaliitto. Helsinki
- Tilvis R, Sourander L (toim.) 1993. Kuntoutuksen periaatteet ja käytäntö, 373-379. Kirjassa *Geriatría*. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.
- Tilvis R, 1993. Vanhenemismuutokset, 41-47. Kirjassa *Geriatría*. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.
- Tossavainen A, 1995. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Vammala.

Vaarama M. Hurskainen R 1993. Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla. Toimintaohjelma kuntien vanhuspolitiikan kehittämiseen ja strategiseen suunnitteluun. STAKES 1993. Raportti 92. Gummerus. Jyväskylä.

Valvanne J, Erkinjuntti T, Tilvis R, 1992. Helsingin vanhustutkimus. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja. Sarja A, raportti 71. Helsinki.

Valvanne J 1993b. Apuvälineet, 381-389. Kirjassa Tilvis R, Sourander L (toim.): Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.

Viitasalo J, 1987. Lihasvoiman harjoittamisen ja mittaamisen biomekaniikka ja fysiologia, 9-154. Kirjassa Viitasalo J, Raninen J, Liitsola S: Voimaharjoittelu - perusteet ja käytännön toteutus. Gummerus. Jyväskylä

Vuori I, 1996. Terveysliikunnan opas. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta. Forssan kirjapaino. Forssa.

Väänänen K, 1992. Luun rakenne ja vanhenemismuutokset, 37-44. Kirjassa Alaranta H: ym. (toim.): Fysiatria. Jyväskylä. Gummerus Oy.

Wikström J, 1995. Sairauden tai vamman seuraukset terveydenhuollon näkökulmasta, 122-127. Kirjassa Suikkanen A, Härköpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J: Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY. Juva.

Young A 1986. Exercise physiology in geriatric practice. Acta Medica Scandinavica Supplement 711:227-232.

PVM	Asiakas nr	Osasto	Diagnoosi	ft/ht sisältö	Aika	Muu työ	MT aika	Yht.työ	YT aika

FYSIOTERAPIA
 tutkiminen t
 liikehoidot ly/r
 ulkoilu u
 apuvälineet a
 ohjaus o
 fys.hoidot f

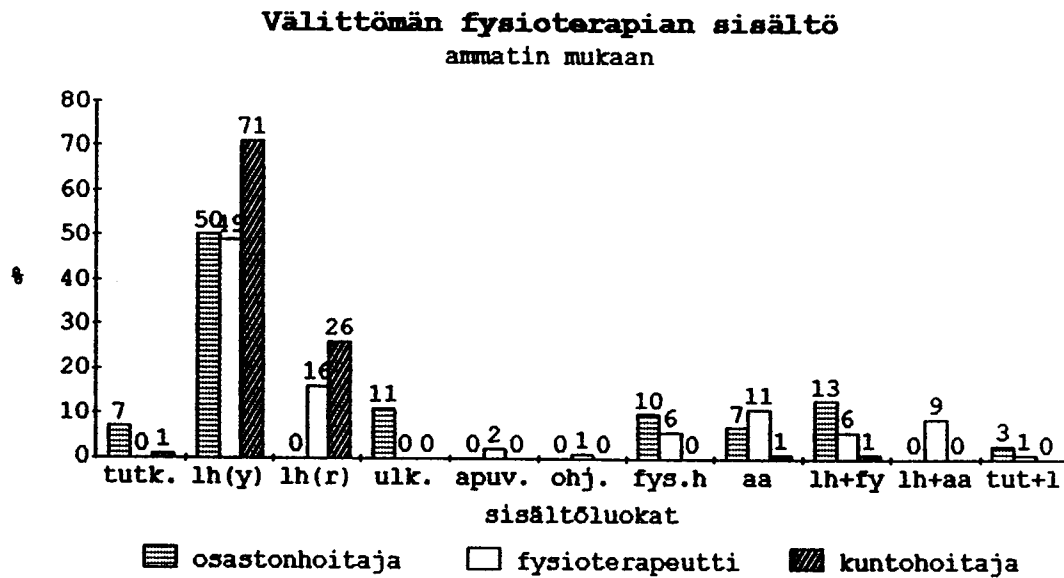
HOITOTYÖ
 -asiakkaan tutkiminen at
 -asiakkaan avustaminen aa
 -asiakkaan lääkitys ja hoitotoimenpiteet ah

MUU TYÖ
 asiakastyön suunn. ja järj. as
 hallinnoll.suunnittelu hs
 kirjalliset työt kt
 koulutus ko
 opiskeilijan ohjaus oo
 kotikäynnit kk
 lääke- ja kul.tarv.tilaus tt

viriketoiminta vt
 siivoustyö s
 lääkkeiden jako lj
 ruokailutoiminnot r
 viihtyvyys ja turvallisuus v
 järjestely ja huolto j

YHTEISTYÖ
 konsultaatio ks
 jatkohoito jh
 omaisten ohjaus/keskustelut ok
 asiakaskokoukset ak
 hallinn.kokoukset hk
 lääkärin käynti lk
 perehdytys p
 henk.kun. ohjaus ho

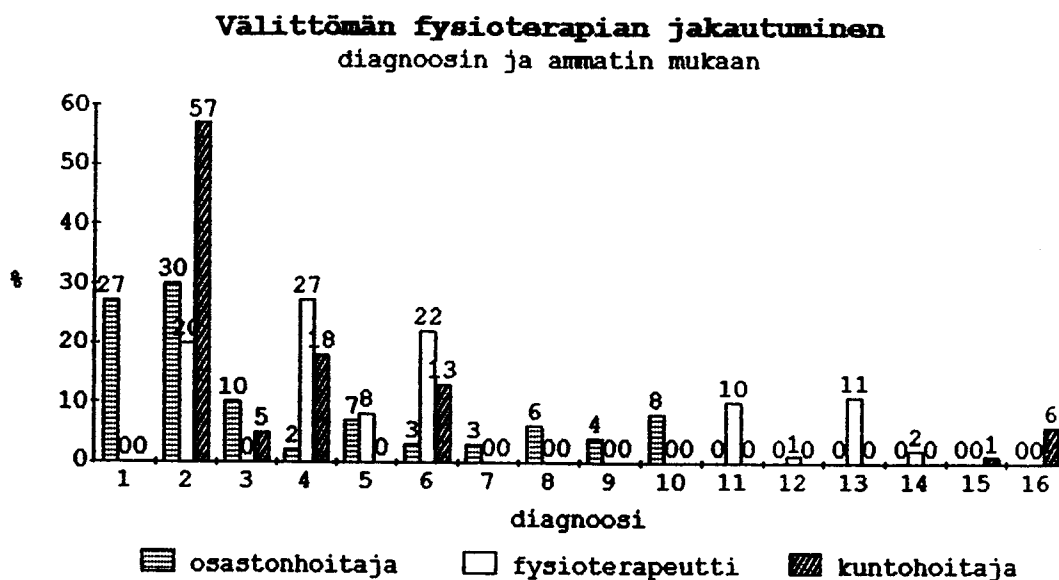
LIITE 2.



Kuvio 29.

Fysioterapian sisältönä kirjattiin tutkiminen (tutk.), yksilöllinen liiketerapia (lhy), liiketerapia ryhmässä (lhr), ulkoilu (ulk), apuvälineiden sovitus ja ohjaus (apuv.), asiakkaan ohjaus (ohj), fysikaaliset hoidot (fysh.) ja asiakkaan avustaminen (aa). Lisäksi oli käytetty yhdistelmiä; yksilöllinen liikehoito ja fysikaalinen hoito (lh+fy), liikehoito ja asiakkaan avustaminen (lh+aa) sekä tutkiminen ja liikehoito (tut+lh). Prosentit on laskettu kunkin työntekijän välittömästä fysioterapia- ajasta. (kuvio 29)

LIITE 3.



Kuvio 30.

Fysioterapiahenkilökunta käytti seuraavia asiakasdiagnooseja: diabetes (1), hemiplegia (2), reuma (3), dementia (4), selkäsairaus (5), parkinson (6), muistiongelmät (7), depressio (8), jäykkyys (9), liikunta ongelmat (10), tetraplegia (11), sydänsairaus (12), SAV (13), polyneuropatia (14), alzheimer (15), amputaatio (16)

Kuviossa 30 näkyy ammatin mukaan ajan jakautuminen kirjattua diagnoosia kohden. Prosentit on laskettu kunkin työntekijän välittömästä fysioterapia-ajasta.