

PALVELUIDEN TURVIN KOTONA PITKÄÄN -  
KUNTOUTUSPOLKU KOTONA ASUVILLE  
IKÄÄNTYNEILLE  
TERVOLAN KUNNASSA

Kaisa Penttilä-Nikula

Opinnäytetyö  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Terveystiedon edistämisen koulutus  
Fysioterapeutti (YAMK)

2015

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Terveyden edistämisen koulutus  
Fysioterapeutti (YAMK)

---

<b>Tekijä</b>	Kaisa Penttilä-Nikula	<b>Vuosi</b>	2015
<b>Ohjaaja</b>	Kaisa Turpeenniemi		
<b>Toimeksiantaja</b>	Tervolan kunta		
<b>Työn nimi</b>	Palveluiden turvin kotona pitkään - kuntoutuspolku kotona asuville ikääntyneille Tervolan kunnassa		
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	<b>96 + 5</b>		

---

Väestön ikääntyminen voimistuu lähivuosina ja ikärakenteen vanheneminen lisää palveluiden ja kuntoutuksen tarvetta. Tarpeenmukaisten ja oikea-aikaisten palveluiden turvin ikääntyvät voivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Laadukkaiden palveluiden avulla voidaan hillitä laitoshoidon tarvetta ja kohtavia kustannuksia.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa teoriasta ja ammattihenkilöstölle suunnatulla lomakekyselyn avulla, jonka perusteella kuvattiin kuntoutuspolku-malli kotona asuville ikääntyneille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä kuntoutuspolku-malli Tervolan kunnan ammattihenkilöstölle palvelutarpeen arvioinnin selkeyttämiseksi ja ikääntyneiden palveluiden laadun kehittämiseksi. Tavoitteena oli myös selkeyttää moniammatillisen työryhmän toiminta palvelutarpeen arvioinnissa.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Tässä työssä toiminnallisuus toteutui kuvattuna kuntoutuspolku-mallina eli työelämää kehittävänä konkreettisena välineenä, jolla mahdollistetaan ikääntyneiden palvelujen piiriin pääsy. Ikääntyneiden palveluiden laadun kehittämisessä hyödynsin Tervolan kunnan ikääntyneiden kokemuksia ja toiveita kunnan vanhuspalveluista toteuttamalla kaksi ideapäivää Learning Cafe`-menetelmällä.

**Asiasanat** kuntoutus, kuntoutuspolku-malli, kotona asuvat ikääntyvät, moniammatillinen yhteistyö, toimintakyky

School of Social Services, Health  
and Sports  
Master's Degree in Health Promotion  
Physiotherapist (YAMK)

---

<b>Author</b>	Kaisa Penttilä-Nikula	Year	2015
<b>Supervisor</b>	Kaisa Turpeenniemi		
<b>Commissioner:</b>	Tervola Municipality		
<b>Subject of thesis</b>	Rehabilitation Path for Elderly People Living at Home in Tervola Municipality		
<b>Number of pages</b>	96 + 5		

---

Population in Finland is getting older in the next few years which adds the need for services and rehabilitation for elderly people. Finding exactly the right services for the right time allows the elderly people to stay at their own home for as long as possible. With high quality services it is possible to control the need for institutional care and rising expenses.

The purpose of this research was to create a rehabilitation model for elderly people living at home, and to clarify the role of a multi professional team in estimating the need for the services and to improve the quality of them. Information was gathered from theory and by a questionnaire aimed at the health care professionals. The experiences and hopes of the elderly people themselves were gathered in a two-day workshop implemented with Learning Café method. The rehabilitation path –model for elderly people living at home was drawn up on the basis of this information.

This Bachelor's thesis was done as a functional thesis work. The result of it is a rehabilitation path –model that is a real tool in improving the work to make it possible for the elderly people to get the services they need.

**Key words** rehabilitation, rehabilitation path -model, elderly people living at home, multi professional cooperation, functional thesis

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	10
3	KUNTOUTUS.....	11
3.1	Kuntoutus voimavarana .....	11
3.2	Kuntoutuspalvelut .....	14
3.3	Lainsäädäntö.....	15
3.4	Eri palvelujärjestelmät.....	17
3.4.1	Julkinen palvelujärjestelmä.....	17
3.4.2	Yksityinen palvelujärjestelmä.....	20
3.4.3	Kolmannen-sektorin palvelujärjestelmä .....	21
4	IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ.....	24
4.1	Ikäihmisten eri määritelmiä.....	24
4.2	Väestönkehitys Suomessa.....	25
4.3	Tervolan kunnan väestö .....	28
5	IKÄÄNTYVIEN KOTONA ASUMINEN JA SEN TUKEMINEN.....	31
5.1	Kotona asuminen.....	31
5.2	Kotona asumisen edut ikääntyneelle.....	32
5.3	lääkäiden palvelut kotona asumisen tukena.....	34
5.4	Kotihoito ja tukipalvelut.....	36
5.5	Tervolan kunnan ikääntyneiden palvelut.....	38
6	MONIAMMATILLINEN TYÖRYHMÄ.....	41
6.1	Moniammatillinen yhteistyö.....	41
6.1.1	Palvelutarpeen arviointi yhteistyössä.....	43
6.1.2	Kuntoutussuunnitelma yhteistyössä.....	46
6.2	Tervolan kunnan yhteistyöryhmä palvelutarpeen arvioinnissa.....	48
6.3	Fysioterapeutti moniammatillisen työryhmän jäsenenä.....	49
6.4	Fysioterapeutti kuntoutuksen asiantuntijana.....	51
6.4.1	Toimintakyvyn arviointi.....	54
6.4.2	Kuntoutustarpeen arviointi.....	57

7 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIKUVAUS.....	60
7.1. Toiminnallinen opinnäytetyö.....	60
7.2 Tuotteistamisprosessin vaiheet.....	62
7.2.1 Kehittämistarpeiden tunnistaminen.....	63
7.2.1.1 Lomakekysely ammattihenkilöstölle.....	64
7.2.2 Ideointivaihe .....	66
7.2.3 Luonnosteluvaihe.....	68
7.2.3.1 Asiakasanalyysi Learning Cafe´-menetelmällä.....	69
7.2.4 Toimintamallin kehittelyvaihe.....	72
7.2.5 Toimintamallin viimeistelyvaihe.....	73
7.3 Kuntoutuspolku-malli ja sen arviointi.....	74
7.4 Oman oppimisen arviointi.....	79
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	81
9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUKSEN AIHEITA.....	83
LÄHTEET .....	88

#### LIITTEET

1 liite Tutkimuslupa

2 liite Kyselylomake henkilökunnalle

3 liite Learning Cafe` 1- kuva

4 liite Learning Cafe` 2- kuva

5 liite Kuntoutuspolku-malli kotona asuville ikääntyneille Tervolan kunnassa

## 1 JOHDANTO

Väestön vanheneminen lisää palvelujen tarvetta. Ikääntyneiden palvelutarpeen kasvaessa tulee sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuuteen ja muotoihin kiinnittää erityistä huomiota. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan yhtenä tavoitteena on, että ikäihminen voi asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään palvelujen turvin. Tämän avulla voidaan hillitä lisääntyntä laitoshoidon tarvetta ja kohoavia kustannuksia. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa painotetaan mm. palvelujen monipuolistamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, ehkäisevän toiminnan lisäämiseksi ja kotona asumisen tukemiseksi. ( Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3-4.) Yksin asuvien 75-vuotta täyttäneiden määrä on keskeinen mittari arvioitaessa iäkkään väestön palvelutarvetta. Nykyisin on yleisempää asua yksin. Suomessa yksin asuvista 20 %:a oli yli 74-vuotiaita vuonna 2011. Säännöllisten palvelujen piirissä oli vuoden 2008 lopussa joka kuudes 65 -vuotta täyttänyt, joka neljäs 75-vuotta täyttänyt ja joka toinen 85-vuotta täyttänyt. Palveluja olivat säännöllinen kotipalvelu ja kotisairaanhoido, palveluasuminen, vanhainkotihoito ja pitkäaikainen vuodeosastohoito terveyskeskuksessa. ( HE 90/2010; Jaako, 2012.)

Kuntoutuksen voimavarat on pääsääntöisesti suunnattu lapsiin, nuoriin ja työikäisiin. Iäkkäiden kuntoutus on varsin uusi ilmiö. ( Hartikainen & Lönnroos 2008, 279). Väestön ikääntyminen on maailmanlaajuinen ilmiö, ja eri puolilla maailmaa hoitotyöntekijät kohtaavat enenevässä määrin ikääntyneitä asiakkaita. Ikääntyvän väestön terveys ja toimintakyky vaikuttavat ratkaisevammin sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen kuin ikääntyneiden määrän lisääntyminen sinänsä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ovat enenemissä määrin ikäihmisiä. Vanhenemisen yksilölliset erot ovat huomattavia. Kaikki ikääntyneet eivät kuitenkaan vanhene terveinä ja toimintakykyisinä, vaan ikääntyneillä on usein monia perussairauksia, jotka voivat vaikuttaa toimintakykyyn. Tulevaisuudessa ikääntyneet ovat entistä vaativampia asiakkaita. Asiakkaat ovat tietoisimpia omista oikeuksistaan ja kriittisempiä palvelujen laadun suhteen. Ikääntyneiden palveluja täytyy kehittää niin laadultaan kuin tarjonnaltaan vastaamaan heidän tarpeitaan. ( Vuutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2008, 12-13.)

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelmassa ( 2003, 23) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelmassa KASTE ( 2008, 49) painotetaan tarvetta kehittää ja tutkia keinoja pitkäaikaissairaiden ja vanhusten kotona selviytymisen parantamiseksi ja palvelujen kehittämiseksi. Palvelutarpeen arvioinnin ja seurannan avuksi suunnitellaan henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma ja se toteutetaan moniammatillisesti ja asiakaslähtöisesti. Kuntoutussuunnitelmassa painotetaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueita. Siihen liittyy myös sosiaalisen ympäristön (koti ja muu ympäristö), terveydentilan, taloudellisen tilanteen, tukien ja tukipalvelujen arvioiminen. Näin ollen kuntoutussuunnitelmiin, hoito- ja palvelusuunnitelmiin olisi hyvä sisällyttää aina kuntoutus.

Ikäihmisten toimintakyvyn ja omatoimisen kuntoutumisen edistämässä ja tukemisessä vastuu on ensisijaisesti kunnan sosiaali -ja terveydenhuollolla. Ikäihmisten kuntoutuspalvelujen tulee olla laadullisesti ja määrällisesti yhdenvertaisia muiden kuntalaisten ja ikäryhmien kuntoutuspalvelujen kanssa. ( Harri-Lehtonen, Isoaari, Laitinen, Luomaranta, Talvenheimo-Pesu, Tartia-Jalonen & Viippola 2005, 6-7.) Vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali - ja terveystalouksista tuli voimaan 1.7.2013. Lailla pyritään turvaamaan ikääntyneen väestön hyvinvointi sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksien saanti. ( STM 2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin ( Kuntarakennelaki 4d §) on tehty uudistuksia sosiaali- ja terveystalouksien järjestämistä vastaavasta sekä tuottamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on yksi hallituskauden tärkeimmistä rakenteellisista uudistuksista. On tarkoitus, että laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä etenisi niin, että vuoden 2018 aikana sote-alueiden toiminta käynnistyy ja vuoden 2019 alussa tehtävät siirtyvät kunnilta ja kuntayhtymiltä sote-alueille. Palvelujen tuottamisesta vastuussa olevalle kuntayhtymälle on asetettu runsaasti vaatimuksia. Sen on vastattava ehkäisystä, korjaavista ja hoitavista sekä kuntouttavista ja muista palveluista. Palvelut käsittävät niin sosiaali- huollon, perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon palvelut, jotka kaikki tulee lakiesityksen mukaan toteuttaa yhtenä kokonaisuutena. Ajankohtaista on kysyä, miten sosiaali- ja terveystalouksien kokonaisuus saadaan sovitettua niin,

että kansalaisten palvelutarve tulee huomioiduksi ja palvelut kyetään tarjoamaan kansalaisille oikeuden mukaisesti, oikea-aikaisesti ja laadukkaasti. ( Poutiainen 2014, 3-4; Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015-2019; HE 31/2013 vp.)

Nykyään tuetaan ikääntyneiden mahdollisuuksia pitkään kotona asumiseen. Kunnan tuottamat vanhuspalvelut ja tukipalvelut auttavat tässä. Kotona asumiseen ja sen tukemiseen kannattaa panostaa. Kodin monista merkityksistä keskeisinä voidaan pitää tuttuutta ja pysyvyyttä sekä turvallisuuden tunnetta. Näillä on merkitystä asiakkaan psyykkiseen hyvinvointiin, mutta myös ihmisen arkielämän selviytymiseen. Pysyvyyden tunne voi osaltaan helpottaa arjessa selviytymistä toistuvien ja samoina pysyvinä rutiinien avulla. ( Eloniemi-Sulkava, Saarenheimo, Laakkonen, Pietilä, Savikko & Pitkälä 2007, 29.) Kunnan tarjoamista palveluista kotihoito tapahtuu asiakkaan kotona, jolloin omat rutiinit ovat helppo säilyttää.

Tässä opinnäytetyössä kuvataan kuntoutuspolku kotona asuville ikääntyneille fysioterapeutin näkökulmasta Tervolan kunnassa sekä kehittäjäasiakkaiden kokemuksia ja toiveita vanhuspalveluiden toimivuudesta Tervolan kunnassa. Aihe kiinnostaa minua niin fysioterapeuttina kuin kuntalaisenakin. Haluan olla kehittämässä kotona asuvien ikääntyneiden avoterveydenhuollon vanhuspalveluja ja niiden laatua fysioterapeutin näkökulmasta. Tervolan kunnan väestöstä yli 75-vuotiaiden määrä on 37,6 %: a (=n. 480 henk.). Ikääntyneiden määrä kunnan ikärakenteessa on suuri. Suurin osa ikääntyneistä asuu pientaloissa ja välimatkat ovat pitkiä. Tervolan kunnassa peruspalvelut ovat kunnossa, mutta palvelujen laatuun täytyy kiinnittää entistä enemmän huomiota väestönikä rakenteen vuoksi. Tällä hetkellä Tervolan kunnassa ei ole toimivaa kuntoutuspolku-mallia kotona asuville ikääntyneille, jota ammattihenkilöt voisivat toteuttaa systemaattisesti palvelutarpeen arvioinnissa, palvelujen piiriin pääsemiseksi ja ikääntyneiden palveluiden laadun kehittämiseksi. Aihe on täten hyvin ajankohtainen Tervolan kunnassa.

Tämä opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön aluksi kartoitetaan nykytilanne Tervolan kunnassa. Aineisto kerätään kyselylomakkeiden avulla kotona asuvien ikääntyneiden kanssa työskentelevältä ammatti

henkilöstöltä, jotka tekevät palvelutarpeen arviointia ikääntyneille. Kirjallisuudesta saadun teoretiedon ja ammattihenkilöstölle suunnatulla kyselyaineiston avulla tehdään kuntoutuspolku-malli kotona asuville ikääntyneille Tervolan kunnassa. Kuntoutuspolku-mallin suunnittelussa hyödynnän myös ikääntyneiden, kehittäjäasiakkaiden, mielipiteitä keräämällä Learning Cafe`-menetelmällä heidän kokemuksiaan ja toiveitaan kunnan vanhuspalveluista. Tämä opinnäytetyö kuuluu ylemmän ammattikorkeakoulun Terveystieteiden edistämisen koulutukseen. Opinnäytetyön työelämää kehittävä vaikutus näkyy aluetasolla suunnittelemalla Tervolan kunnan avoterveydenhuoltoon kuntoutuspolku-malli kotona asuville ikääntyneille. Myöhemmässä vaiheessa tätä mallia voidaan kokeilla laajemmin, seutukunnallisesti.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyö tarkoitus on kerätä tietoa teoriasta ja ammattihenkilöstölle suunnatulla lomakekyselyn avulla, jonka perusteella kuvataan kuntoutuspolku-malli kotona asuville ikääntyneille Tervolan kunnassa. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä kuntoutuspolku-malli Tervolan kunnan ammattihenkilöstölle palvelutarpeen arvioinnin selkeyttämiseksi ja ikääntyneiden palveluiden laadun kehittämiseksi. Tavoitteena on myös selvittää Tervolan kunnan moniammatillisen työryhmän toiminta palveluarvioinnissa.

## 3 KUNTOUTUS

### 3.1 Kuntoutus voimavarana

Kuntoutus on tärkeä keino lisätä väestön työ- ja toimintakykyä ja antaa ihmisille voimavaroja oman elämän hallintaan. Kuntoutuksella on merkittävä ja arvostettu asema nykyään. Sen ympärille on Suomessa syntynyt monipuolinen, monitahoinen ja monimutkainen rakennelma lainsäädäntöä, palvelujen järjestäjiä, rahoittajia ja tuottajia. Tavoitteena kuntouttamisessa on työ- ja / tai toimintakyvyn ylläpitäminen. Kuntoutuksella on siten huomattava vaikutus kansantalouden elatussuhteen pitämisessä edullisena suurten ikäluokkien ikääntyessä. Kuntoutusta tuotetaan kunnissa valtaosaltaan verovaroin ja kuntoutus on suureksi osaksi lakisääteistä. Kuntoutusjärjestelmällä on täten velvoite järjestää kuntoutusta silloin, kun tarpeen kriteerit täyttyvät. ( Raassina 2002, 9; Järvikoski & Härkäpää 2004, 3-22.) Viime vuosina on noussut esiin tarve kuntoutuksen sisällön laajentamiseen kohti monialaisempaa kuntoutusta, jolloin kuntoutuksen perustana on toimintakyvyn ylläpitäminen, kuntoutumisen edistäminen ja ehkäisevä vanhustyö. Fyysisen toimintakyvyn lisäksi kuntoutuksessa on tärkeää huomioida myös ikääntymisen sosiokulttuurisuus. ( Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille, 2.)

Vuoden 2002 kuntoutusselonteossa kuntoutus määritellään suunnitelmalliseksi ja monialaiseksi, yleensä pitkäjänteiseksi toiminnaksi, jonka avulla pyritään auttamaan kuntoutujaa elämäntilanteensa hallintaan ( Järvikoski & Härkäpää 2004, 13). Kuntoutuksesta ei ole olemassa yhtä kaikkien hyväksymää määritelmää, vaan se vaihtelee mm. ajassa ja sen mukaan kenen näkökulmasta ja minkä tieteen pohjalta määrittely on tehty ( Pulkki 2012, 35). Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus ymmärretään ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jolla on erilaisia vaihtoehtoisia tai toisiaan täydentäviä tavoitteita: itsenäinen selviytyminen, parempi toimintakyky, parempi hyvinvointi sekä työmahdollisuuksien paraneminen ( Järvikoski & Härkäpää 2004, 13-14). Fysioterapeutin toteuttamaa lääkinnällisen kuntoutuksen tarkoituksena on parantaa ja ylläpitää potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistää hänen elämänhal-

lintaansa ja päivittäistä itsenäistä suoriutumista ( Kuntoutusta säätelevä lainsäädäntö Suomessa 2014). Hyvä kuntoutuskäytäntö pohjautuu tieteelliseen näyttöön vaikuttavuudesta, ja sitä täydentävät vakiintuneet ja kokemusperäisesti perustellut menettelytavat ( Autti-Rämö & Komulainen 2013, 452-453).

Kuntoutuksen tavoitteet, sisällöt ja toimintatavat muuttuvat yhteiskunnan muuttuessa. Väestön ikääntyminen aiheuttaa kuntoutukselle merkittäviä haasteita tulevien vuosikymmenten aikana. Vanhuuseläkeläisten määrä kasvaa eliniän pidentymisen takia. Kansalaisten terveyttä ja toimintakykyä parantamalla on mahdollista vähentää väestön ikääntymisen mukanaan tuomaa huollon ja hoivan tarvetta. ( Järvikoski & Härkäpää 2004, 10-14.) Kokko (2004, 162-173) mainitsee, että kuntoutuksen tavoitteena on yhteiskunnan sosiaalisen järjestyksen rakentaminen ja ylläpito, yksilön osallisuuden tukeminen yhteiskunnan jäsenenä sekä yksilön elämänsä turvaaminen riskitilanteissa ( Ollonqvist 2004, 45).

Ikääntyneiden kohdalla kuntoutuksen keskiöön asettuu omassa arjessa ja sen toimintaympäristöissä selviytyminen, erityisesti toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen näkökulmasta. Tämä pitää sisällään paitsi räätälöidyt kotiin vietävät palvelut, myös osallisuuden ja sosiaalisten suhteiden tukemisen. Huomioon on otettava sekä yksilö että hänen lähiomaisensa. ( Järvikoski & Härkäpää 2004, 10-14.) Ikääntyneiden kuntoutuksessa korostuu myös asiakkaan omat toiveet ja motivaatio kuntoutumiseen. Vanhusten kuntoutuksella pyritään tukemaan itsenäistä elämää ja ylläpitämään liikuntakykyä. Cameron ym. (2002, 387-391) mukaan kuntoutuksella tulee olla selkeä tavoite ja sen toteuttaminen tulee turvata yksilöllisellä suunnitelmalla. Demers ym. (2004, 221-237) ovat todenneet, että kun itsenäisyys ja liikuntakyky turvataan, vanhus voi elää mahdollisimman täysipainoista elämää. ( Ollonqvist 2004, 45.)

Kirjallisuudessa ikääntyneiden kuntouksesta ja hoidosta puhuttaessa siihen kuuluu kiinteästi gerontologia. Gerontologinen hoitotyö on erityisosaamista, jossa hyödynnetään gerontologista tietoa ja toimitaan moniammatillisissa tiimeissä. Se soveltaa ikääntymiseen liittyvää teoreettista tietoa iäkkäiden hoitotyöhön, ja sen tavoitteena on ikäihmisten terveyden edistäminen ja ylläpito sekä sairauksien

hoito. ( Voutilainen ym. 2008, 17.) Gerontologia on vanhenemistutkimusta, joka tutkii ikääntymistä ja ikäihmisiä. Se on vanhenemisen tieteellistä tutkimusta, jossa selvitetään vanhenemisen mukanaan tuomia muutoksia. Geriatria on kliinisen lääketieteen alue, joka tutkii iäkkäiden ihmisten sairauksia, niiden hoitoa ja kuntoutumista edistävää toimintaa. Geriatria kuntoutusta on määritelty mm. vanhan ihmisen omatoimisuuden ja hyvinvoinnin optimointina. ( Voutilainen ym. 2008, 15; Pitkälä, Valvanne & Huusko, 2008, 444).

Vanhusten kuntoutusta tarkasteltaessa tulee erottaa geriatriinen kuntoutus gerontologisesta, eli korjaava kuntoutus ehkäisevästä ja ylläpitävästä. Demers ym. (2004, 221-237) mukaan geriatriksen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on tietoa, mutta gerontologisen kuntoutuksen vaikuttavuutta ei ole tutkittu. ( Ollonqvist 2004, 45.) Geriatriinen arviointimenetelmä CGA ( Comprehensive geriatric assessment) on kehitetty vanhan ihmisen toimintakykyä uhkaavien riskien tunnistamiseen, mutta sitä ei käytetä systemaattisesti. CGA on moniulotteinen diagnostinen selvittely, jossa perinteisen lääketieteellisen diagnostiikan ohella tutkitaan potilaan psyykinen, sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky sekä se ottaa huomioon ympäristön merkityksen vanhan ihmisen selviytymisen tukemisessa. Sen käytön hyödyistä on tutkimuksissa vahva näyttö. Väestörakenteen muutos edellyttää geriatrian ja gerontologian periaatteiden kytkemistä kansanterveystyöhön. Kansanterveystyön ammattilaisten ja tutkijoiden perus- ja jatkokoulutukseen pitää sisällyttää geriatria ja gerontologiaa. ( Konsensuslausuma 2012, 16-18.)

Geriatriselle kuntoutukselle on yhteiskunnallista, väestörakenteeseen ja inhimillisen vanhuuden vaateisiin pohjaava tilausta. On järkevämpää panostaa ikääntyvän väestön mahdollisimman itsenäisen toimintakyvyn ylläpitämiseen kuin yrittää vastata kasvavaan palvelutarpeeseen pelkästään passiivisluonteista hoivaa lisäämällä. ( Hartikainen & Lönnroos 2008, 279.) Gerontologisen kuntoutuksen yhteydessä voidaan puhua lääketieteellisestä eli geriatrisesta kuntoutuksesta, yleisestä arjen tai elämänhallinnasta, voimaantumisesta ja inhimillisestä kasvu- ja oppimisprosessista ( Pikkarainen 2013, 15).

### 3.2. Kuntoutuspalvelut

Kuntoutuspalveluita tuottaa julkinen sektori, yrityssektori sekä niin sanottu kolmas sektori, joita ovat sosiaali- ja terveysalan järjestöt ja säätiöt sekä niiden ylläpitämät laitokset. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto tuottaa pääosan rahoittamistaan kuntoutuspalveluista itse. Kela, Valtionkonttori, työeläkelaitokset sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset ostavat kuntoutuspalvelunsa pääasiassa tai yksinomaan yrityssektorilta tai kolmannelta sektorilta. Kuntoutuspalveluiden tuottajia ovat yksityiset ammatinharjoittajat ja fyysiset hoitolaitokset, yksityiset sairaalat ja kuntoutuslaitokset sekä sosiaali- ja terveysalan järjestöt. ( Raassina 2002, 13-45; Helameri 2004, 6-13.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa rajanveto kuntoutuksen ja hoidon välillä on vaikeaa. Kuntoutuspalveluiden ohella puhutaan nykyisin kuntouttavasta työotteesta. Se on kuitenkin eri asian kuin kuntoutus tai kuntoutuspalvelut. Kuntouttava työote kuuluu kaikkeen hyvään hoitoon ja hoivaan periaatteena ja toimintatapana, jossa asiakasta tuetaan ja kannustetaan selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaan. ( Raassina 2002, 25.) Kuntoutukseen ja sen osana fysioterapiaan kohdistuu paljon odotuksia kysynnän ylittäessä tarjonnan. Toiminnan kehittämiseksi tarvitaan erityisosaamista ikääntymiseen liittyvistä erityispiirteistä ja tarpeista, kehittävää työotetta sekä toimivaa ja tuloksellista yhteistyötä eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kesken. ( Paukkunen 2010, 1.)

Kunnallisen terveystalouden järjestelmän kuntoutusvelvoitteet sisältyvät muun muassa kansanterveystalouden ja erikoissairaanhoidon lakiin. Lääkinnällisen kuntoutuksen sisällöstä säädetään tarkemmin lääkitäisestä kuntoutuksesta annetussa asetuksessa (1015/1991). Lääkinnällinen kuntoutus on kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ylläpitävää ja parantavaa toimintaa. Kuntoutusta järjestetään ja kuntoutuspalveluja tuotetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. ( Raassina 2002, 25; Helameri 2004, 6-13.)

Terveydenhuollon kuntoutuspalvelut ovat pääosin erityistyöntekijöiden tuottamia palveluja, kuten fysioterapia-, toimintaterapia- ja puheterapiapalveluja sekä apuvälinepalveluja. Lisäksi terveydenhuollossa tuotetaan kuntoutustutkimuksia, sopeutumisvalmennuskursseja sekä kuntoutusjaksoja avohoidossa tai vuodeosastoilla. Kuntoutuspalvelut ovat valtaosin osa asiakkaan muuta hoitoa tai palvelua. Asiakas voidaan kuitenkin myös ohjata sairaalaan tai terveyskeskukseen erityisesti kuntoutusta varten. ( Raassina 2002, 25; Helameri 2004, 6-13.)

### 3.3 Lainsäädäntö

Kuntien velvollisuutena on järjestää asukkaidensa lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut osana kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa ( Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Kansanterveyslain 2 §: ssä määritellään lääkinnällinen kuntoutus; ” *Kunta tai kuntaliitto huolehtii siitä, että lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntaliiton alueella edellyttää.*” Samoin lain 3 §: ssä määritellään lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut. Siinä lääkinnällinen kuntoutus määritellään siten, että sillä pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. ( Kansanterveyslaki 28.1.1977/66.)

Kansanterveyslaissa määritellään myös lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta. Kuntoutujalle laaditaan yhdessä hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa määritellään tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon sosiaalihuollon, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut ja yhteensovitetään terveydenhuollon lääkinnälliset kuntoutuspalvelut näiden tahojen järjestämän kuntoutuksen kanssa. Kuntoutussuunnitelman toteutusta seurataan ja suunnitelmaa arvioidaan määräajoin. ( Kansanterveyslaki 28.1.1977/66.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus on osoittanut, että kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääketieteellinen kuntoutus. Siihen kuuluvat kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia, toimintakyvyn parantamisen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus ja 1-6 kohdassa tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa. ( Terveystieteiden tutkimuslaki 30.12.2010/1326.)

Kunta vastaa potilaan lääketieteellisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääketieteellisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön. ( Terveystieteiden tutkimuslaki 30.12.2010/1326.)

Erikoissairaanhoitolaissa määritellään lääketieteellinen kuntoutus 1 §: n kohdassa. Lääketieteelliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot siltä osin kuin kuntoutusta ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. ( Erikoissairaanhoitolaiki 1.12.1989/1062.)

**Vanhuspalvelulaki** eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli voimaan 1.7.2013. Lailla pyritään turvaamaan ikääntyneen väestön hyvinvointi sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saanti ( STM 2014; Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980.) Vanhuspalvelulaissa säädetään mm. kotiin annettavien palveluiden ensisijaisuudesta sekä se, että iäkkäillä henkilöillä on oikeus saada sosiaalipalveluja ja terveyden- ja sairaanhoitoa ja palveluita tietyssä määräjassa. Laki sisältää myös määräyksen, että kunnan on laadittava suunnitelma vanhuuseläkettä saavien henkilöiden hy-

vinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi sekä määräyksen palveluiden laadun ja riittävyden arviointiin. Siinä määrätään myös, että iäkkäille henkilöille on laadittava palvelu- ja hoitosuunnitelma sekä palvelusuunnitelma sosiaalipalvelujen ja terveystalvelujen toteuttamisesta. ( Ikonen 2015, 25.)

Sosiaalihuoltolakiin ( 1301/2014) lisättiin 1.3.2006 säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää palvelutarpeen arviointi. Kiireellisissä tilanteissa palvelujen tarve on arvioitava viipymättä. Ei-kiireellisiä tilanteissa kunnan on järjestettävä pääsy palvelutarpeen arviointiin 80 -vuotta täyttäneille ja kansaneläkelain mukaista erityishoitotukea saaville viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta kuntaan. Lainmuutos ei muuta kunnan velvollisuutta järjestää sosiaalihuollon palveluja, mutta se täsmentää niitä menettelytapoja, joiden avulla palvelujen piiriin tullaan. Sosiaalihuoltolain muutos koskee kiireettömissä tilanteissa vain erikseen määritellyjä ryhmiä. Palvelutarpeiden arviointi on kuitenkin tärkeää myös muiden ikäihmisten kohdalla ja erilaisissa tilanteissa, kuten esim. hoito- ja palvelusuunnitelmia tarkistettaessa. Ottamalla käyttöön toimintakykyä monipuolisesti arvioivat palvelutarpeen arviointikäytännöt mahdollistetaan nopea puuttuminen ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemiseen, tuetaan toimintakyvyn säilyttämistä ja paranemista, ehkäistään palvelutarpeiden kasvua sekä kohdistetaan palvelut oikein. ( STM tiedote 2006, 1-14; Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980.)

### 3.4 Eri palvelujärjestelmät

#### 3.4.1 Julkinen palvelujärjestelmä

Julkisen vallan ohjauksen tärkein tavoite on turvata määrällisesti ja laadullisesti riittävät sosiaali- ja terveystalvelut maan kaikissa osissa. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen ja rahoituksen päävastuu on kunnilla. Julkisen sektorin osuus sosiaalihuollon palveluiden tuotannossa on 78 %: a ja terveydenhuollon palveluiden tuotannossa 81 %. a. Kansalaisjärjestöt tuottavat sosiaalihuollon palveluista 17 %: a ja terveydenhuollon palveluista 3 %: a. Yritykset tuottavat sosiaalihuollon palveluista 5 %: a ja terveydenhuollon palveluista 17 %: a. Palvelui-

den kokonaissisällöltään tarkastellessa julkinen sektori on suurin palvelujen tuottaja. Kuntoutus on usein integroitu muihin palveluihin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa, työhallinnossa sekä peruskoulussa ja ammatillisessa koulutuksessa. ( Helameri 2004, 6; Pulkki 2012, 35-44.)

Kunta vastaa pääsääntöisesti omien asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä. Kuntien vastuulle kuuluva terveydenhuolto jakautuu kansanterveystyöhön (perusterveydenhuolto) ja erikoissairaanhoidon. Myös sosiaalihuoltolaissa on säädös kuntien velvollisuuksista ja palvelutarpeen arvioinnista. Kunnan velvollisuus järjestää asukkailleen lääkinnällistä kuntoutusta määräytyy yksilöllisesti arvioitun kuntoutustarpeen mukaan. ( HE 90/2010; Järjestämisvastuu 2015.)

Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa on terveydenhuollon järjestäminen säädetty kuntien tehtäväksi, joten niillä on vastuu perustuslain 22 §. ssä julkiselle vallalle säädetyn velvoitteen toteuttamisesta käytännössä. Kunnallishallinnossa tehtävien hoidossa käytetään yleisesti käsitettä järjestämisvastuu. Järjestämisvastuukäsitteellä vastuun sisältö halutaan erottaa palvelujen tuottamisesta tai hoitamisesta. Järjestämisvastuuseen kuuluu, että väestön tarpeenmukaisia palveluja on saatavilla. Järjestämisvastuuseen sisältyy kunnan vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattuina tai muita palveluja on saatavilla ja että kuntalaiset saavat nämä palvelut lain turvaamalla tavalla. Siihen kuuluu myös vastuu palveluiden järjestämisestä, joka voi toteutua omana tuotantona, yhteistoimintana tai ostopalveluina. Vastuuseen kuuluu lisäksi vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varaamisesta palvelujen järjestämiseen. ( HE 90/2010.)

Kunta tarjoaa palvelujaan verovaroin sekä valtiolta saamallaan valtionosuuksillaan. Valtionosuusuudistuksen myötä kuntien itsehallinto lisääntyi. Uudistus on lisännyt kuntien palvelujen järjestämiseen joustavuutta mutta se on aiheuttanut myös se, että joihinkin lainsäädännön edellyttämiin palveluihin eivät kaikki kunnat ole osoittaneet voimavaroja. Kunnan on varattava riittävästi varoja terveyspalvelujen tuottamiseen tai ostamiseen. ( HE 90/2010; Pulkki 2012, 35-44.)

Väestön terveyden edistäminen on Suomessa ollut kuntien tehtävänä 1800-luvun puolivälistä alkaen ( Ståhl & Rimpelä 2010, 133). Terveyden edistäminen kuuluu Kansanterveyslakiin. Kansanterveystyön tavoitteena on kuntalaisten mahdollisimman hyvä terveys, joka tulisi olla mahdollisimman tasapuolisesti kaikkien saavutettavissa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteutus edellyttää kunnissa ja alueellisesti toimivia rakenteita ja käytäntöjä sekä poikkihallinnollista yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteiden toteuttamiseksi. ( HE 90/2010; Van Aerschot 2012, 31.)

Kotipalvelut ja kotisairaanhoido ovat niin sanottuja määrärahasidonnaisia palveluja. Kunta päättää, missä laajuudessa se näitä palveluja järjestää ja kuinka paljon se osoittaa toimintaan voimavarojaan. Vaikka kuntien strategioissa kotona asumisen tukeminen on kirjattu etusijalle, kotipalvelua saaneiden kotitalouksien määrä on vähentynyt kymmenessä vuodessa 30 %: a. Kotipalvelut on kohdennettu kaikkein huonokuntoisimmille vanhuksille, joiden apua on jonkin verran lisätty. Samalla annettavan avun sisältö on rajoittunut yhä enemmän hoitotehtäviin. Aterioiden ohella esim. kauppa- ja apteekkiasiat on organisoitu erillisiksi tukipalveluiksi. ( Virnes 2004, 70-71.) Kotihoidon tehtävänä on omalta osaltaan koordinoida ja räätälöidä yksittäisen asiakkaan palvelut yksilölliseksi palvelukonaisuudeksi. Lisäksi kotihoidon tulee olla aktiivisesti mukana seudun ja väestön tulevan palvelutarpeen arvioinnissa esimerkiksi suorittamalla ennakoivia kotikäyntejä. Kotihoidon tulee toimia myös vanhuspoliittisen ohjelman suunnittelussa ja toteutuksessa kunnassa. ( Heinola 2007, 70).

Kunta voi vuoden 2004 alusta voimaan tulleiden lakimuutosten johdosta järjestää sosiaali- ja terveystalouksien palveluja antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. Palveluseteli on uusi palvelujen järjestämistapa muiden vaihtoehtojen eli kunnan oman toiminnan ja ostopalvelujen rinnalla. Antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelun tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon saakka. ( Virnes 2004, 70-71.) Palveluseteliä varten tehdään myös tarpeenarvointi, eli seteleitä saa vain tiettyihin palveluihin, joihin pääsemisen tarve määritellään kunnan taholta tietyin kriteerein ( Van Aerschot 2014, 157). Hoito- ja

hoiva järjestetään usein yhdistäen julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Joustava yhteistoiminta edellyttää kaikkien toimijoiden sitoutumista yhteisesti sovittuun tavoitteeseen. Palvelutuottajien välinen yhteistyö on välttämätöntä. ( Konsensuslausuma 2012, 12.)

### 3.4.2 Yksityinen palvelujärjestelmä

Yksityissektori tuottaa merkittävän ja näkyvän osan kuntoutuspalveluista. Eniten palveluja tuottavat kuntoutuslaitokset, yksityiset ammatinharjoittajat ja fysikaaliset hoitolaitokset. Kuntoutuslaitokset ovat pääasiassa sosiaali- ja terveysalan järjestöjen ja säätiöiden eli kolmannen sektorin ylläpitämiä. Järjestöjen tuottaman laitostuotuksen pääasialliset tilaajat ovat Kansaneläkelaitos ja Valtionkonttori. Vuonna 2001 tehdyn selvityksen mukaan kolmannen sektorin hallinnassa oli vuonna 2000 yli 100 laitostuotusyksikköä, joita ovat laitos- ja avokuntoutusta tuottavat kuntoutuskeskukset, kylpylät, toimintakeskukset, sotainvalidien kuntoutussairaalat sekä sairas- ja veljeskodit ja loma- ja kurssikeskukset. ( Raassina 2002, 46-47.)

Yksityiset palveluyritykset tarjoavat nykyään monenlaista kotiapua ja niitä käyttävät yhä yleisimmin myös ikäihmiset. Yksityinen palvelu tai vapaaehtoisapu voi olla siivousapua, kuntoutusta, jalkahoitoa, ulkoilua ja asiointiapua, kodin pienremontteja tai pihatöitä. ( Ikääntyvän palveluopas 2015.) Suurin osa palveluista on kuitenkin fyysistä kuntoutusta, fysioterapiaa, kuten sairauksien ja leikkausten jälkeinen kuntoutus ja toimintakyvyn lisääminen ja ylläpito. Van Aerschotin ( 2014, 156-157) tutkimuksen mukaan, yksinasuminen lisäsi palvelujen käyttöä. Ennen kunnan tarjoamia palveluita kutsutaan nyt tukipalveluiksi. Näitä tukipalveluja yksityiset palveluntuottajat tarjoavat. Tukipalveluja ostaneet vanhuksot olivat käyttäneet kotitalousvähennystä tai palveluseteliä. Yksityisten palvelujen käyttöä selitettiin myös sillä, että se on vaivattomampaa kuin julkisten palvelujen käyttö.

Yksityisen kuntoutusalan toimijat ovat kuitenkin arvostelleet nykyistä julkista kuntoutusjärjestelmää pirtaleiseksi ja toimimattomaksi. Yksityisten palveluntuottajien käytettävissä olevaa kuntoutuskapasiteettia ja osaamista ei osata hyödyntää

tehokkaasti, vaikka kuntoutuksen avulla olisi mahdollista saada myönteisiä ratkaisuja väestön ikääntymiseen, työurien pidentämiseen ja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvuun liittyviin haasteisiin. Voidaankin todeta, että myös tiedot yksityisestä kuntoutuspalvelujen tarjonnasta ja palveluntuottajista ovat hajanaisia ja puutteellisia. Osasyynä on, että toimialalla toimii järjestöpohjaisia toimijoita, järjestöjen hallitsemissa yksityisiä yrityksiä sekä ei-järjestösidonnaisia yrityksiä ja ammatinharjoittajia, joita on vaikea tunnistaa esimerkiksi virallista EU:n toimialaluokitusta kuvaavien tilastojen avulla. (Lith 2014, 4.)

Yksityistä kuntoutusalaa on katsottu tähän asti muutoinkin kapea-alaisesti raskeaan kuntoutuksen näkökulmasta. Kuntoutuspalveluja ja etenkin avohuollon kuntoutusta tarjotaan muillakin sosiaali- ja terveystalustoilla kuin pelkästään kuntoutuslaitoksissa, sillä ydintoimintana kuntoutusta tarjoavia palveluntuottajia toimii myös fysioterapiapalvelussa, mielen- ja päihdekuntoutujien ja työttömien työ- ja päivätoiminnassa. Tukipalveluina kuntoutusta on tarjolla esimerkiksi yksityisissä sairaaloissa sekä palvelutaloissa. Julkisin varoin rahoitettuja kuntoutuspalveluja tarjotaan muillakin toimialoilla puhumattakaan itse maksavien asiakkaiden tai työnantajien kustantamasta toiminnasta, jota harjoitetaan kylpylähotelleissa, matkailukeskuksissa ja urheilu- ja liikunta-alaan luettavissa kuntokeskuksissa. (Lith 2014, 4.)

### 3.4.3 Kolmannen-sektorin palvelujärjestelmä

Kolmannen sektorin palvelujenjärjestäjiä ovat kansalaisjärjestöt ja vapaaehtoinen kansalaistoiminta. Myös vapaaehtoiset henkilöt, eläkeläiset tai muuten työelämän ulkopuolella olevat toimivat avun tarvitsijoiden vapaaehtoisina auttajina. Erilaiset järjestöt organisoivat vapaaehtoistyötä, valmentavat vapaaehtoisia ja vertais- sekä tukihenkilötoimintaa. Vapaaehtoisia arvioidaan olevan sosiaali- ja terveysalan järjestöissä 180 000 – 200 000. Tämän lisäksi on omaehtoista kansalaistoimintaa. Sektorin toiminta on voittoa tavoittelematon. (Pihlaja 2010 32; Helameri 2004, 13.)

Järjestöjen tuottamat palvelut voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään sen perusteella, millaista yhteistyötajärjestöt tekevät palvelujen tuotannossa julkisen sektorin kanssa. Osa järjestöistä tuottaa palveluja julkisen sektorin kumppanina, yhteistyössä kunnan, Kelan tai valtion kanssa. Yhteistyö voi perustua mm. ostopalveluihin, maksusitoumuksiin, yhteistoimintasopimuksiin, palvelusetelijärjestelmään tai järjestölle maksettaviin avustuksiin. Toisen osan järjestöjen tuottamista palveluista muodostavat se apu ja tuki sekä ne palvelut, jotka järjestöt tarjoavat itsenäisesti, ilman edellä mainitun kaltaista tiivistä ja palvelujen rahoitukseen perustuvaa kumppanuutta julkisen sektorin kanssa. Näidenkin palvelujen tuottamisessa järjestöt tekevät usein yhteistyötä kuntien, valtion työvoimahallinnon ja myös seurakuntien kanssa, ja osa palvelujen tuottamisen rahoituksesta voi olla julkista tukea, esimerkiksi kunnan tai Raha-automaattiyhdistyksen avustusta tai erilaisten hankerahoitusta. ( Pihlaja, 2010, 32-35.)

Omaisten tekemä työ ja heidän antama panos on resurssina äärimmäisen suuri koko hoivasektorilla. Perheen ja yhteiskunnan osuudet hoivan järjestämisessä ovat vaihdelleet eri aikakausina. Monet käytännön seikat, kuten työelämän vaatimukset ja hoitajan oma kuntoisuus määrittävät omaisten mahdollisuuksia osallistua apua ja tukea tarvitsevan perheenjäsenen tai sukulaisen hoitoon. ( Helameri 2004, 12.) Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen ( THL ) vuonna 2012 tekemän omaishoidontuen kuntakyselyn mukaan yleisimmät hoidon tarvetta aiheuttavat syyt olivat fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, muistisairaudet ja krooniset sairaudet tai vammat. ( STM 2014, 60-72.) Lina Van Aershotin (2014, 8) väitöstutkimuksesta ilmenee, että apua ja hoivaa saadaan usein eri lähteistä eli kunnallisten palvelujen saaminen ja yksityisten palvelujen käyttö on yhteydessä siihen, että omaiset ja läheiset sekä heidän käytössään olevat tiedolliset, taidolliset ja taloudelliset resurssit ovat tärkeä osa palvelujen hankkimista vanhuksille. Van Aershotin ( 2014, 118) väitöstutkimuksen mukaan, vanhukset saivat eniten apua läheisiltään sitten tuli kunnallinen apu ja ostettu apu. Läheisten antama apu erottui julkisista ja yksityisistä palveluista siten, että sitä saatiin paljon useammin päivittäin tai viikoittain.

Omaishoidon tuki on eräs keino saada taloudellista ja muuta tukea sairaan ja huonokuntoisen omaisen hoitoon. Omaishoidosta tehdään kunnan kanssa sopimus, missä sovitaan mitä kaikkea hoitoa sopimukseen kuuluu, hoitajan vapaasta ja mikä on hoitajan saama palkkio. Omaishoitajia vuonna 2002 oli noin 300 000 ja omaishoidon tukea sai noin 26 000 henkilöä. Omaishoidon osuuden ennakoidaan edelleen kasvavan. Yhä useampi omaishoitaja on 65 -vuotta täyttänyt henkilö. ( Helameri 2004, 12.)

Yksityiset palveluntuottajat, kolmas sektori ja seurakunnat ovat tulleet julkisen sektorin rinnalle tuottamaan palveluja. Mahdollisuus käyttää palveluseteliä kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon ostoon lisää palvelujärjestelmän monitoimijuutta. Yhteistyötä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kesken voidaan edistää esim. yhteisillä koulutuksilla ja yhteisillä asiakaslaadun arvioinneilla. Laadun arviointi yhteisillä mittareilla koko kunnan tai seudun alueella samanaikaisesti lisäävät osaltaan yhteistyötä ja toiminnan läpinäkyvyyttä. Vanhuspolitiikka on koko kunnan yhteinen asia. Jokaisella toimialalla on mahdollisuus vaikuttaa omalta osaltaan ikääntyneiden kotona selviytymiseen. Kotihoidon ja kunnan kaikkien toimialojen kuten esimerkiksi koulutoimen, teknisen toimen sekä liikunta- ja kulttuuritoimen aktiivinen yhteistyö on hyvä perusta kehittää kunnan aktiivista vanhuspolitiikkaa. ( Heinola 2007, 70.)

Seurakuntien diakoniatyöntekijät ovat monella paikkakunnalla merkittäviä kotihoidon yhteistyökumppaneita. Seurakuntien ja eri järjestöjen, esimerkiksi ikääntyneiden sosiaalisia verkostoja vahvistavien kerhojen ja toimintaryhmien järjestäjinä, on merkityksellinen. Kuntien vanhusneuvostot ovat asiantuntijoita seudun vanhuspoliittisten ohjelmien suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Yhteinen työ alueella toimivien hoivayritysten, siivousalan yritysten, taksien, kauppojen, apteekkien, järjestöjen, seurakuntien ja muiden yritysten kanssa muodostaa puitteet toimivalle vanhustenhuollolle. ( Heinola 2007, 70.)

## 4 IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ

### 4.1 Ikäihmisten eri määritelmiä

Nykyisen kuntoutuslainsäädännön ja sosiaali- ja terveystalvelujen näkökulmasta vanhuuden ikävaihe alkaa 65 ikävuoden jälkeen tai silloin kun siirrytään työelämästä eläkkeelle. Vanhuuden ikävaiheeseen kuuluu monia erilaisia vaiheita, joita voidaan tarkastella kronologisten ikävuosien mukaan esimerkiksi 65+, 75+ tai 85+ tai aktiivisuuden ja osallisuuden mukaan esimerkiksi nuoret vanhat, vanhat ja vanhat vanhat. ( Pikkarainen, Era & Grönlund 2011.)

Väestötieteellisissä tarkasteluissa vanhuuden rajana pidetään usein 65 vuoden ikää ( Hervonen & Pohjolainen 1991, 33). Suomessa tilastollisesti ikääntyneiksi luokitellaan 65 -vuotta täyttäneet henkilöt. Tässä luokittelussa vanhuuden alkamisen on katsottu kytkeytyvän yleisen eläkeiän rajaan. Koska tilastollinen ikääntymiskäsitys ei ole ainoa tulkinta vanhuudesta, kaikkien hyväksymää määritelmää sille, milloin vanhuus alkaa, ei ole. Ikääntymistutkijat puhuvat iän erilaisista merkityksistä; kronologinen, biologinen, toiminnallinen, psykologinen, sosiaalinen ja subjektiivinen ikä ovat ikääntymisen eri ulottuvuuksia. Kronologinen ikä mitataan kalenterivuosista. Toiminnallinen ikä kertoo yksilön kunnosta. Subjektii- vinen ja kulttuurinen ikä määrittyvät yksilön omin kokemusten ja yhteisön odotusten mukaisesti. ( Numminen, Vesala, Ainali & Järveläinen 2005, 11.)

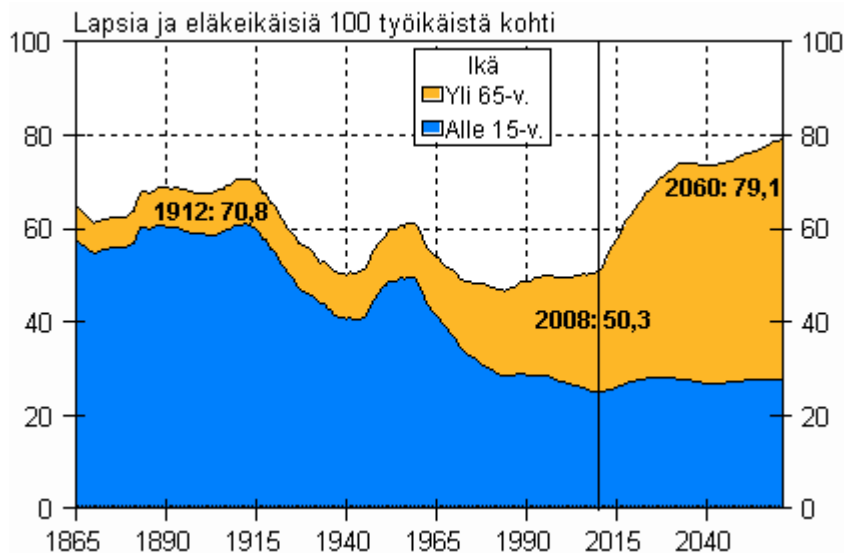
Nykyiset eläkeläiset ovat keskimäärin edeltäjiään selvästi hyväkuntoisempia, aktiivisempia ja pystyvät elämään itsenäisesti varsin korkeaan ikään saakka. ( Vou- tilainen 2008, 116). Tästä syystä nykyään käytetään erilaisia määritelmiä vanhemman väestön määrittelyssä. Yleisesti käytetään ilmaisuja vanhukset, ikään- tyvät, seniorit, eläkeläiset. Tähän työhön valitsin sanan ikääntyvät. Sitä käytetään kirjallisuudessa paljon. Mielestäni ikääntyvät kattavat toimintakyvyltään erilaisia ihmisiä, jotka ovat vanhuspalveluiden piirissä. Luonnolliset vanhenemismuutok- set ilmenevät kaikissa ihmisissä yksilöllisesti.

Ikääntymisen yhteydessä puhutaan usein onnistuneesta ikääntymisestä. Euroopan Unioni (2011) määrittelee aktiivisen ikääntymisen seuraavasti; ”*Ikääntyneille annetaan mahdollisuus toimia yhteiskunnassa täysipainoisesti ja edistettään mahdollisuuksia tehdä työtä. Ikääntyneelle luodaan edellytyksiä vapaaehtoistoimintaan sekä tarjotaan sopivia infrastruktuuri- ja asumismuotoja sekä tietoteknisiä apuvälineitä ja sovelluksia, joilla annetaan mahdollisuus elää itsenäistä elämää mahdollisimman pitkään.*” Euroopan Komissio (2012) taas on käyttänyt aktiivisesta ikääntymisestä seuraavanlaista määritelmää; ”*Aktiivisella ikääntymisellä tarkoitetaan sitä, että ihmiset voivat vanhetessaan säilyä hyväkuntoisina ja elää täyttä elämää niin työssä, kotona kuin oman yhteisönsä jäsenenä. Jokaisella ikäluokalla on oma roolinsa yhteiskunnassa, ja kaikilla on oltava mahdollisuus hyvään elämänlaatuun.*” (Gustafsson, 2014, 12.)

#### 4.2 Väestönkehitys Suomessa

Suomen väestörakenteessa tapahtuu suuria muutoksia seuraavien vuosikymmenten aikana. Lasten ja työikäisten määrä vähenee ja ikääntyneiden määrä kasvaa nopeasti. Nykyisen ikärakenteen ohella muutoksen taustalla on syntyvyyden aleneminen, eliniän pidentyminen sekä yleinen elintason ja hyvinvoinnin kasvu. Voimakkain rakennemuutos ajoittuu vuoden 2010 tienoille, kun suuret ikäluokat ovat eläkeiässä. Vanhojen (85+) määrän ennakoitaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030. Runsaassa sadassa vuodessa suomalaisten elinikä on kaksinkertaistunut, ja viime vuosikymmeninä iäkkäiden ihmisten keskimääräinen odottavissa oleva elinikä on pidentynyt huomattavasti. Naisten eliniän odote vuonna 2004 oli 82,3 vuotta ja miesten 75,3 vuotta. Suhteellisesti eniten on pidentynyt yli 80-vuotiaiden elinikä. Tulevaisuudessa ihmisten odotetaan elävän edelleen pidempään. Suomessa on 358 000 yli 75-vuotiasta. Vuoteen 2020 mennessä 75 vuotta täyttäneitä arvioidaan olevan 505 000. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 16; Virnes 2003, 7.) Väestöennusteen perusteella 65 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa vuoteen 2020 mennessä nykyisestä 17,5%:sta 23 %:iin ja erityisesti iäkkäimpien osuus kasvaa eniten. Uusia ikääntyneiden toimintakykyä ja hyvinvointia tukevia toimintatapoja tarvitaan väestön ikääntyessä ja elin-iänodotteen pidentyessä. (Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille, 2). Kuvio 1

havainnollistaa kuinka Suomen huoltosuhde nousee. Huoltosuhde tarkoittaa yleisesti tilastoidun työvoiman ulkopuolella olevien määrää suhteessa varsinaisen työvoiman määrään.



KUVIO 1: Väestöllinen huoltosuhde 1865- 2060. Lähde: Tilastokeskus.fi 1.11.2015

Muutoksen vauhdissa ja ajoittumisessa on alueellisia ja kuntakohtaisia eroja. Eriytyvä kehitys johtuu eroista alueiden luonnollisessa väestönkasvussa ja voimakkaasta maan sisäisestä muuttoliikkeestä. Vanhusväestön määrä kasvaa tulevaisuudessa kaikkialla Suomessa. Samalla ikääntyvän väestön erityisryhmät suurenevat. Tutkimusten mukaan 60-70 -vuotiaiden toimintakyky on kohentunut niin, että lähes kaikki heistä elävät omissa kodeissa itsenäisesti, huolimatta siitä, että pitkäaikaissairaudet ovat yleisiä. Vanhemmissa ikäryhmissä toiminnan vajavuuksien lisääntyminen vaikeuttaa itsenäistä selviytymistä ja alentaa elämän laatua. Vielä tällöinkin voidaan parantaa arjessa selviytymistä ehkäisemällä toiminnan vajavuuksien ja sairauksien pahenemista ja järjestämällä toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää toimintaa. Tämä mahdollistaa ikäihmisen arjessa selviytymisen. Vanhustenhuollon tavoitteita ovat jo jonkin aikaan olleet laitospaikkojen

vähentäminen, avopalveluiden kehittäminen ja ikäihmisten kotona asumisen tukeminen. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi asua itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään.

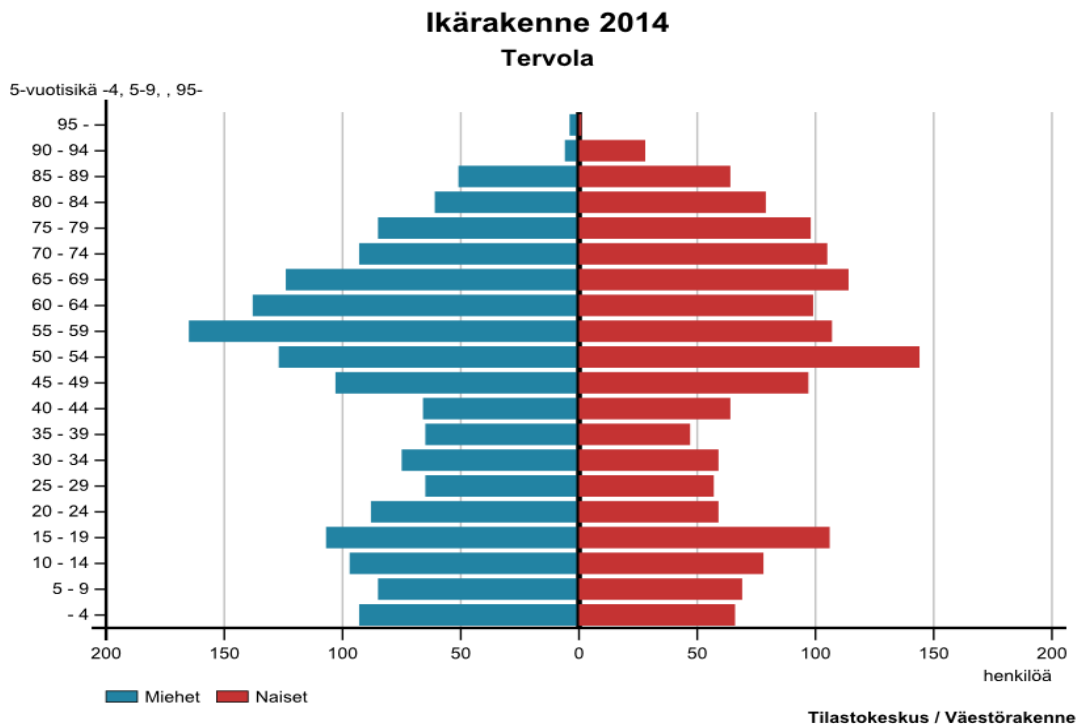
( Lähdesmäki & Vornanen 2009, 16-17; Virnes 2003, 7.)

Väestö vähenee maaseutukunnissa. Tervola on maaseutukunta, jossa väkiluku vähenee työikäisten ja nuorten muuttaessa pois. Maaseutumaisissa kunnissa asuu yli 64-vuotiaita suomalaisia liki 220 000 ( Tilastokeskus 31.12.2004). Luku ei paljasta, kuinka moni 65 -vuotta täyttänyt suomalainen asuu varsinaisesti maaseudulla, sillä yhtäältä osa maaseutumaisten kuntien asukkaista asuu kuntakeskuksissa ja toisaalta jopa kaupunkimaisissa kunnissa on selkeää maaseutua ( Rosenqvist 2004, 87-88). Kuitenkin se antaa viitteitä maaseudulla ikääntyvän väestön suuruusluokasta. ( Vuorinen 2004, 48).

Ikäihmisen elämä maalaiskylässä on monelta tapaa haasteellista. Jo se, että monia palveluja, kuten kauppvoja ja posteja, on lakkautettu asiakaskunnan väheessä, vaikeuttaa monen ikäihmisen arkea. Usein julkinen liikenne ei toimi ja omaa autoa tai ajokorttia ei ole, mikä vaikeuttaa ikäihmisen arkea. Maaseutuasuminen edellyttää monia sellaisia jokapäiväisiä askareita, jotka vaativat fyysistä voimaa, kuten lumen luonti, polttopuiden pilkkominen ja veden kantoa. Vanhusten asunnot ovat lisäksi usein varustukseltaan vaatimattomia, mikä lisää kotona selviytymiseen liittyviä ongelmia. ( Vuorinen 2004, 50). Palvelujen järjestäminen on keskeisesti kuntien vastuulla. Pelkillä rakenteellisilla ratkaisuilla ja kuntaliitoksilla ei kuitenkaan pystytä turvaamaan kuntien kykyä järjestää palvelut. Palvelujen tuottamiseen ja rahoittamiseen pitäisi löytää myös maaseutukunnissa uudenlaisia ratkaisuja kunnallisesti tuotettavien palvelujen rinnalle. Maaseudun palvelumarkkinat – pitkät välimatkat, harva asutus, pienet volyymit, usein alhaisempi tulotaso kuin keskuksessa – eivät kuitenkaan houkuttele palveluja tuottavia yrityksiä samalla tavoin kuin suuremmat taajamat. Maaseutukunnissa on mietittävä keinoja, joilla ne pystyvät ohjaamaan palveluja, jarruttamaan palvelujen kysynnän kasvua ja hillitsemään kustannuksia. ( Pihlaja 2010, 10-13.) Tähän haasteeseen olen esimerkiksi kehittänyt kuntoutuspolku-mallin ikääntyneille heidän palvelujen laadun kehittämiseksi.

### 4.3 Tervolan kunnan väestö

Tervolassa väestö on vähentynyt. Tervolan kunnan väkiluku oli tilastokeskuksen mukaan 2013 vuonna 3 306 henkilöä. Tästä 65 -vuotta täyttäneiden osuus oli 27,7%: a. Yli 65 vuotiaiden osuus väestöstä lisääntyy ennusteen mukaan 10 %: a vuoteen 2030. Eläkkeellä olevien osuus väestöstä oli 34,8 %: a. Kolmannes Tervolan väestöstä on vanhuuseläkkeellä ja kaikkiaan eri syistä eläkkeellä olevia on Tervolassa on noin 12 %: a enemmän kuin muualla maassa. Yli 75 -vuotiaita on Tervolassa enemmän kuin muualla Lapissa tai koko maassa. Vanhempien ikäluokkien osuutta kasvattaa ns. kaksoisvanheneminen, joka tarkoittaa ikärakenteen vanhenemista ja samanaikaista eliniän pitenemistä. Kehitystä nopeuttaa työikäisten väestön muuttoliike sekä syntyvyyden lasku. Huoltosuhde on koko 2000-luvun ajan ollut korkeampi kuin muualla Lapissa. Mikäli väestöennuste toteutuu, huoltotarve tulee todennäköisesti kasvamaan samanaikaisesti kun huoltokyky heikkenee. Rivi- ja pientaloissa asuvien asuntokuntien osuus oli 94,9 %: a. ( Tilastokeskus 2013.) Kuviossa 2 näkyy selkeästi Tervolan kunnan väestön rakenne tänä päivänä. Ikääntyvien osuus on suuri.



KUVIO 2 : Tervolan kunnan ikärakenne vuonna 2014. Lähde [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)

Tervolan kunnan Hyvinvointikertomuksessa ( 2009-2012) Tervolan kunta on määritellyt oman kunnallispolitiikkansa lähtökohdaksi mm. kuntalaisten hyvinvoinnin edistämisen, virikkeellisen, viihtyisän ja turvallisen elinympäristön luomisen sekä maaseutuelämän myönteisten mahdollisuuksien vahvistamisen. Väestön hyvinvoinnin tavoittelussa eivät riitä pelkästään yksilöön kohdistuvat toimenpiteet, vaan tarvitaan myös toimenpiteitä, jotka kohdistuvat yksilön arkiympäristöön, kotiin, asuin- alueeseen, liikenteeseen, kouluun, työpaikkaan ja vapaa-ajan ympäristöön.

Tervolan ikäihmisillä on enemmän sairauksia kuin koko Lapissa tai koko maassa, toisaalta 65 -vuotta täyttäneiden kuolleisuus on alhaisempi kuin muualla maassa. Ikäihmisillä esiintyy yksinäisyyttä ja masennusta. Tervolassa on yksin asuvia yli 75 vuotiaita vuonna 2007 36,6 %: a vastaavan ikäisestä väestöstä. Koko Suomessa vastaava luku on 45,6 % . a väestöstä. Pitkät kauppamatkat voivat olla syynä syömättömyyteen ja ravinnon yksipuolistumiseen, jolloin fyysinen toimintakyky heikkenee. ( Tervolan kunnan hyvinvointikertomus 2009 - 2012, 7-30.)

Ikäihmisten liikuntaan on panostettu yhdessä vapaa-aikatoimen, kansalaisopiston, vanhustenhuollon ja fysioterapian kanssa. Senioreille tarkoitettut kuntosaliryhmät ovat olleet suosittuja. Ikäihmisille tarjotaan kerran viikossa asiointimatkoja kuntakeskukseen. Kotipalvelu huolehtii ostokset niihin kyliin joista ei asiointikuljetusta kuntakeskukseen ole järjestetty. ( Tervolan kunnan hyvinvointikertomus 2009-2012, 7-30.)

Valtakunnallisen suosituksen (2/2008) vanhustenhuollosta ja KASTE-ohjelman tavoitteiden mukaan Tervolassa tavoitteet toteutuvat säännöllisen kotipalvelun osalta. Vuonna 2007 14,3 %: a 75 -vuotta täyttäneistä sai säännöllistä kotihoitoa. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa sen sijaan oli vuonna 2007 vielä 7,7 %: a 75 -vuotta täyttäneistä tervolalaisista, kotona asui 36,2 %: a ja tehostetussa palveluasumisessa 2,7 %: a. Määrät ovat pienempiä kuin muualla Lapissa tai koko maassa. ( Tervolan kunnan hyvinvointikertomus 2009-2012, 7-30.)

Kotihoidon hoito- ja hoivapalveluja saavat kaikki tarvitsijat. Kotihoidon ja tukipalveluiden myöntämisen perusteena on, että palvelun hakijan toimintakyky ylittää 1,5 RAVA - pistettä. Kotisairaanhoidon toteuttaa 0,5 perushoitajaa, vanhusten palvelukeskuksen sairaanhoitaja yhtenä päivänä viikossa ja 1 terveydenhoitaja 3 päivänä viikossa. Tilapäistä kotisairaanhoidon ( esim. sairaalasta kotiutusvaihe, haavanhoito, lääkehoito) toteuttavat kaikki terveydenhoitajat tarvittaessa. Kotona tapahtuvaa saattohoitoa annetaan yhteistyössä kotipalvelun, vuodeosaston ja ensihoidon kanssa. Kotisairaanhoidon asiakkaaksi pääsee vain lääkärin lähetteellä. Kaikkiin pyyntöihin ei voida tällä hetkellä vastata. Tervolassa on kuitenkin ollut vuonna 2007 enemmän kotisairaanhoidon käyntejä/ 1000 asukasta kohden kuin muualla Lapissa. Koko maassa käyntimäärä on suurempi kuin Tervolassa tai Lapissa. ( Tervolan kunnan hyvinvointikertomus 2009-2012, 7-3.)

## 5 IKÄÄNTYVIEN KOTONA ASUMINEN JA SEN TUKEMINEN

### 5.1 Kotona asuminen

Suurin osa, noin 95 %: a kaikista 65 -vuotta täyttäneistä, asuu omassa asunnossaan ( Koskinen 2005, STM 2007). Vuonna 2011 heistä lähes puolet asui yhden hengen asutokunnissa ( Tilastokeskus 2012), mikä vaikuttaa tulevaisuudessa hoivapalveluiden suunnitteluun. ( Hämäläinen, Kojo, Lanne, Rytönen & Reisbacka 2013, 22-26). Suurin osa ikääntyneistä asuu ja haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Vuonna 2011 yli 75 vuotiaista asui kotona 89,6 %: a ja heistä lähes 80 %: a omistusasunnossa. Rakennuskannan esteettömyys on keskeinen tekijä rakennusten soveltamisessa ikääntyneiden käyttöön. Esteellisessä rakennuksessa asukkailla on vaikeuksia suoriutua jokapäiväisistä toimistaan ja päästä asuintalostaan lähiympäristöön. Asunnon ja asuinrakennuksen esteet ja huono toimivuus lisäävät myös monenlaisia asumisen riskejä, kuten tapaturmia ja onnettomuuksia. Ikääntyneestä väestöstä enemmistö asuu pientaloissa, mutta asuntosuunnittelun esteettömyysmääräykset koskevat pientaloja vähän. Tästä syystä valtaosassa uusista pientaloista on ongelmia esteettömyyden kannalta. ( Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-2017, 3.)

Kotiin liittyy monenlaisia merkityksiä. Kotona asuminen tarkoittaa vapautta ja valtaa, mutta usein myös avun tarvetta. Ikääntyessä koti nousee päivittäisen elämän keskiöksi. Koti muodostaa ihmisineen, esineineen ja ympäristöineen paikan, johon ikääntyvän ihmisen arki ja elämänselämä kiinnittyvät tapahtumina, muistoina ja sosiaalisina suhteina. Koti mahdollistaa ikääntyneelle itsenäisen elämän ja elämänselännän sekä omatoimisuuden. Koti on ikääntyneelle myös minuuden vahvistaja ja antaa vapautta, itsemääräämisoikeutta ja omaa päätösvaltaa. Kodin ja asuinympäristön tuttuus luo ikääntyneelle turvallisuutta ja sitoo arkeen. ( Ikonen 2015, 10-11.) Muistin heikentyessä vanhus selviytyy arjesta rutiinien avulla tutussa ympäristössä pitkään. Vanhuksen toimintakyvyn heikentyessä kotona asuminen tulisi olla hänen oma valintansa. On tärkeää tuntea olonsa kotona turval-

liseksi. ( Lähdesmäki & Vornanen 2009, 37; Kirkevold 2004, 15-25.) Tänä päivänä on mahdollisuus puuttua myös yksin kotona asumiseen , jos se on selvästi henkilölle vaarallista. Ilmoituksen voi tehdä kunnan sosiaalihuoltoon vedoten esimerkiksi henkilön sairauteen päättää asioistaan.

## 5.2 Kotona asumisen edut ikääntyneelle

Arkielämä on täynnä itsestänselvyyksiä, jotka saavat merkityksen vasta, kun arjen sujuminen vanhuuden, sairauden tai vammaisuuden takia ei ole enää helppoa. Kotona asumisen onnistumiseen vaikuttavat iäkkään ihmisen tai vammaisen henkilön terveys ja toimintakyky, sosiaaliset suhteet sekä läheisiltä ja esim. naapureilta saatava apu, sittemmin usein myös kotihoidon apu. Kotiin liittyy monenlaisia merkityksiä. Koti on samalla sosiaalisen kanssakäymisen tapahtumapaikka. Oma koti, asuinalue, lähipalvelut ja liikenneyhteydet ovat tärkeä osa ihmisen jokapäiväistä elämää. Kotiin sijoittuu elämän kerrallisuutta ja muistoja. Koti muodostaa ihmisineen, esineineen ja ympäristöineen paikan, johon ikääntyvän ihmisen arki ja elämänhistoria kiinnittävät tapahtumia, muistoja ja sosiaalisina suhteina. ( Ikonen 2015, 10.) Tarve päättää ja määrätä itseään kokevissa asioissa tulisi voida säilyttää mahdollisimman pitkään, jolloin omanarvon tunne ja itsensä kunnioittaminen säilyy ja antaa lisää elämänvoimaa päivittäiseen elämään. ( Starck-Pirskanen 2009, 6).

Tilastokeskuksen mukaan 75 -vuotta täyttäneistä 90 %: a asuu kotona. Moni iäkäs henkilö ja perhe suunnittelevat muuttoa iän karttuessa. Aktiivisimmillaan muuttoa suunnitellaan eläkkeelle siirtymisen aikana ja 70 ikävuoden jälkeen. Ikääntynyt väestö muuttaa yleensä taajama-alueelle, jossa on tarjolla palveluja. Toisaalta monet eivät ole kiinnostuneita omasta asumisen tilanteestaan tai kokevat, että muutokset siinä eivät ole vielä ajankohtaisia. Moni kokee, että kun on pärjännyt jo pitkään omassa asunnossaan, siihen ei enää kannata tehdä muutoksia. Iäkkäitä ihmisiä kannattaa rohkaista pohtimaan omaa kotiympäristöään ja siinä pärjäämistä hyvissä ajoin. ( Ikonen 2015, 11.)

Elinympäristön merkitys korostuu toimintakyvyn heikentyessä. Iäkkäiden ja vammaisten ihmisten mahdollisuus asua kotona edellyttää asuntojen ja asuinympäristöjen esteettömyyden ja turvallisuuden kehittämistä. Tavoitteena on, että iäkkäiden, sairaiden ja vammaisten ihmisten ei tarvitse palvelutarpeensa muuttuessa muuttaa useita kertoja, vaan että palvelut ovat saatavissa kotiin. Kotona asumista voidaan tukea muutostöillä, teknisillä ratkaisuilla ja apuvälineillä. On hyvä kehittää asuinympäristöjä, osallistumismahdollisuuksia sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen elämään ja palveluja, jotka mahdollistavat iäkkäiden ja vammaisten suoriutumisen omatoimisesti mahdollisimman pitkään. Asumis- ja palveluratkaisuksi on olemassa malleja ja hyviä käytäntöjä, joita on hyvä edelleen kehittää. ( Ikonen 2015, 12.)

Koti on parhaimmillaan ihanteellinen ympäristö ikääntyneen psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiselle ja parantamiselle. Ikääntyvän psyykkisen toimintakyvyn mahdollistaja on kotiin liittyvä oman elämän hallinta. Se on omatoimista tekemistä ja valintojen tekemistä pienissä jokapäiväisissä asioissa. Kodin olosuhteilla on suuri merkitys elämänlaadun tuottajana. Elämänlaadun ympäristöolottuvuudessa tärkeää on asunnon toimivuus ja esteettömyys, kodin siisteys, lähipalveluiden toimivuus ja esteettömyys, riittävä kotihoito ja tukipalvelut ja hoidon ja palvelun tarvevastaavuus. ( Heinola 2007, 42.)

Koskisen (2004, 24-90) mukaan ikääntyneet perustelevat kotona asumisen ensisijaisuutta kokemuksella. Esimerkiksi vapaudesta, itsemääräämisestä, autonomiasta ja omasta päätösvallassa, itsenäisestä elämästä ja elämänhallinnasta sekä omatoimisuudesta, sosiaalisten suhteiden säilymisestä, asuinympäristöstä ja luonnosta, arvokkaasta elämästä ja arvostetuksi tulemisesta, tasavertaisuudesta avunantajien kanssa, turvallisuudesta oman minuuden vahvistumisesta, mahdollisuudesta ilmaista tunteita. Kodin merkityksiin sisältyvät keskeiset inhimilliset piirteet ja arvot. ( Starck-Pirskanen 2009, 20.)

Kotona asumisen negatiivisia puolia ovat usein yksinäisyys ja asunnon esteettömyys. Ikääntyneiden sosiaaliset suhteet vähenevät toimintakyvyn alentuessa. Tämä estää osallistumasta entisiin harrastuksiin tai arkisiin asioiden hoitamiseen.

Kodin muutostyöt, vaikka pienetkin, auttavat ikääntynyttä asumaan kotona. Ikääntynyt pääsee helposti ulos asioille ja pesu –ja WC-tiloihin, jolloin itsenäisyys ja omatoimisuus säilyvät.

### 5.3 Ikääntyvien palvelut kotona asumisen tukena

Ikääntyneiden palveluiden keskeisenä tavoitteena on ollut mahdollistaa ikääntyneiden asuminen kotona. Kotiin annettavia palveluja ovat kodinhoitoapu, kotisairaanhoido, näiden yhdistelmä eli kotihoito, tukipalvelut, päivätoiminta, päivähoito, päiväsairaanhoido ja omaishoidon tuki. Tukipalveluihin kuuluvat siivous, vaatehuolto, kylvytys, kuljetus sekä ateriat-, saattaja- ja turvapalvelu. Palvelurakennemuutos on sosiaalitoimessa merkinnyt siirtymistä kevyemmin miehitettyyn laitoshoidon eli palveluasumiseen ja kunnallisista palveluista kohti omaisten antaman hoidon tukemista. Palvelurakennemuutoksessa asetettiin tavoitteeksi laajentaa ja kehittää kotiin annettavia palveluja laitoshoidon leikkausten korvaamiseksi ja kotona asumisen edellytysten parantamiseksi. Tämä tavoite on jäänyt supistusten jalkoihin. ( Vaaramaa & Noro 2005.)

Toimintakyky ja avun tarve eivät ole pysyvä tila vanhukselle, vaan ne voivat muuttua eri tekijöiden vaikutuksesta hyvinkin nopeasti. Sairaus, liikkumattomuus ja elämän kriisit, kuten puolison kuolema, heikentävät toimintakykyä. Kuntoutuksella, säännöllisellä liikunnalla, hyvällä ravinto- ja nestetasapainolla voidaan vaikuttaa toimintakykyyn myönteisesti. Jotta voitaisiin tukea vanhuksen suoriutumista ja elämän hallintaa, on tärkeää ennakoida terveydessä ja toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia riittävän varhain. ( Laurell, Nordman & Suvikas 2012, 200.)

Ikääntymiseen ja rappeuttaviin pitkäaikaissairauksiin liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen tapahtuu asteittain. Tutkimuksissa Dunlop ym. (1997, 378-383; Valvanne & Noro 1999, 1591-1599) selvisi että, ensin vaativat päivittäiset toiminnot ( AADL: Advance Activities of Daily Living ), kuten yhteiskunnallinen harrastustoiminta karsiutuvat. Seuraavassa vaiheessa ongelmia ilmenee ns. välinetoiminnoissa ( IADL: Instrumental Activities of Daily Living), joita ovat mm. pankkiasioi-

den hoitaminen, siivous tai puhelimen käyttö. Lopulta toimintakyvyn heikkeneminen ulottuu päivittäisiin perustoimintoihin ( BADL tai ADL: Basic Activities of Daily Living). Niiden on havaittu vaikeutuvan seuraavassa järjestyksessä: kävely, pe-seytyminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, wc:ssä käyminen ja syöminen. ( Voutilainen & Vaarama 2005, 6)

Ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuudesta on tehty runsaasti tutkimuksia. Tutkimusten perusteella havaittiin, että ehkäisevät perusterveydenhuollon interventiot vähensivät 65 -vuotta täyttäneiden kuolleisuutta sekä lisäsivät kotonasumisen todennäköisyyttä. Toisessa meta-analyysissä johtopäätöksenä todettiin, että myönteinen vaikutus toimintakykyyn havaittiin niissä ohjelmissa, joihin sisältyi myös kliininen tutkimus ja tutkijat korostivat myös moniulotteisen arvioinnin merkitystä. Myös henkilöstön koulutuksella nähtiin olevan vaikutus asiakkaan toimintakykyyn. Tutkimuksissa Vass (2004, 106-111); Vass (2002, 509-515) ja Stuck ym. (2000, 977-986) mukaan henkilöstön saama koulutus vaikutti toimintakykyyn. Kun henkilöstön koulutus perustui ajankohtaiseen gerontologiseen ja geriatriseen tietoon ja kun ennalta ehkäiseviin kotikäynteihin sisällytettiin asiakkaan monipuolinen geriatrinen arviointi sillä oli vaikutusta asiakkaan toimintakykyyn. ( Toljamo, Haverinen, Finne-Soveri, Malmivaara, Sintonen, Voutilainen & Mäkelä 2005, 32.)

Ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuutta laitoshoitoon joutumiseen tarkasteltiin myös useissa tutkimuksissa. Näiden tuloksena oli, että ehkäisevät kotikäynnit vähensivät laitoshoitoon tai vanhainkotiin joutumista. ( Toljamo ym. 2005, 32.) Geriatria arviointia käytetään myös ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa. Perusteellista geriatria arviointia tarvitaan monisyisissä toimintakykyä uhkaavissa tilanteissa, jotka ilman oikea-aikaista puuttumista johtaisivat pysyviin toimintavajuuksiin, runsaaseen avun tarpeeseen tai jopa kuolemaan ( Hartikainen & Lönnroos 2008, 21.)

Säännöllisten, kokonaisvaltaista toimintakykyä tukevien kotikäyntien koettiin edistävän mm. mielialaa, turvallisuuden tunnetta ja fyysistä kuntoa. Tätä tietoa on hyödynnetty kotikuntoutumisavustajaprojektissa sekä Rintamaveteraanien ja sotainvalidien avo- ja kotikuntoutushankkeen tuloksena valmistuneessa tuetun

kotona kuntoutumisen mallissa. Mallissa kuntoutus käsitellään laaja-alaisemmin ja se täydentää käytössä olevia avo- ja laituskuntoutuksen muotoja. Tuetun kotona kuntoutumisen tavoitteena on tukea asiakkaan kotona selviytymistä kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla ja siten ennaltaehkäistä toimintakyvyn laskua ja pienentää laitoshoidon joutumisen riskiä. Mallin mukaan kuntoutus perustuu kotona tapahtuvaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella asiakkaan kanssa yhdessä laadittavaan kotikuntoutumissuunnitelmaan. ( Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille, 2-3.)

#### 5.4 Kotihoito ja tukipalvelut

Lain mukaan jokaisella 75 -vuotta täyttäneellä ihmisellä ( ja kaikenikäisillä Kelan erityishoitotukea saavilla) on oikeus saada arvio kotiapunsa tarpeesta. Kotihoitopalvelujen saanti perustuu tarveperiaatteeseen. Kotihoidon palveluja tarjotaan niitä eniten tarvitseville. Tätä vaikeaa määrittelyä helpottamaan kunnat ovat laatineet kotihoidon saantikriteerejä, jotka ovat kunnissa melko samansuuntaisia. Kotihoidon kriteerien tarkoitus on selkiyttää palvelujen kohdentamista kotihoitoa tarvitseville. Palvelujen järjestämisen lähtökohtana mainitaan usein asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu asuinalueesta riippumatta. Asiakkaan kokonaistilanteen arviointi yhdessä kriteereiden tarkastelun kanssa antaa kokonaiskuvan palvelutarpeesta. Kotihoito kohdistuu entistä iäkkäämmille ja muuttuu yhä enemmän sairaanhoidon suuntaan. Palvelutarpeen ja näin myös palvelun saamisen kriteerinä käytetään erilaisia mittareita, joista yleisimmin käytössä ovat RAVA-toimintakykymittari ja MMSE-testi. ( Ikonen 2015, 28-31.)

RAVA -järjestelmä on käytössä yli 300 kunnassa. RAVA on Kuntaliiton omistama järjestelmä, jota Qualisan Oy ylläpitää. RAVA-mittari arvioi ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn ja päivittäisen avun tarvetta, joita ovat näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke ( Jääskeläinen 2015, 20). Toimintakykymittarin avulla ikääntyneelle määritellään RAVA -indeksi, jonka arvo on 1,2-4,2. Mitä suurempi arvo, sitä suurempi on avun tarve. ( Virnes 2004, 71.) MMSE-testi eli Mini Mental

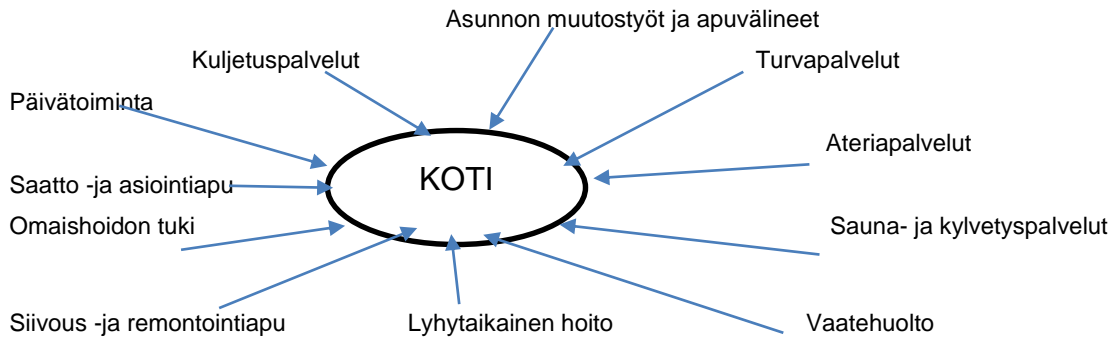
State Examination on toimintakykymittari, joka testaa muistia. Sitä käytetään arvioitaessa henkisen toimintakyvyn heikentymistä ja dementoitumista. MMSE sisältää useita kognition osa-alueita arvioivia tehtäviä, esimerkiksi muistiin, ajatteluun ja oppimiseen liittyviä taitoja. (Jääskeläinen 2015, 21.) Usein toisena ikään-tyneiden ihmisten toimintakyvyn mittarina käytetään rinnakkain myös RAI-järjestelmää. RAI-järjestelmään kuuluu useita mittareita, jotka mittaavat arjesta suoriutumista, psyykkistä ja kognitiivista vointia, sosiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia sekä terveydentilaa, ravitsemusta ja kipua. ( THL 2014.)

Kotihoidon saamisen perusteet vaihtelevat kunnittain. Peruslähtökohtana on lain mukaan se, että kotihoitoa saavat ikääntymisen, sairauden, vamman tai muun alentuneen toimintakyvyn vuoksi ihmiset, jotka tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa kuten syömisessä, peseytymisessä, wc: ssä käymisessä ja kävelyssä. Kotipalvelun tarpeen pitää olla toistuvaa, yleensä päivittäistä tai muutamia kertoja viikossa olevaa. Jos käyntitarve on harvemmin kuin kerran viikossa, kunnat yleensä ohjaavat käyttämään yksityisiä palveluyrityksiä tai turvaamaan omaisten apuun. ( Ikääntyvän palveluopas 2015.)

Kotihoidon palvelut toteutetaan asiakkaan kotona. Koti on ainutkertainen paikka, ja sillä on jo sinällään myönteisiä vaikutuksia ikääntyvien toimintakyvyn ja voimavarojen tukemiseen. ( Heinola 2007, 42.) Paras tulos kotihoidon tukemisessa saavutetaan yhdistämällä erilaisia hoito-, kuntoutus- ja tukimuotoja. Hoidon ja seurannan tulee olla suunnitelmallista, ennakoivaa ja jatkuvaa. Ennakoivan toiminnan tehtävänä on tunnistaa kriisitilanteet ja tunnistaa laitoshoidon joutumisen vaaratekijät. Ennakoivan toiminnan järjestäminen on haasteellinen tehtävä, ja sen toteuttaminen edellyttää laaja-alaista omais- ja potilasjärjestöjen ja julkisen sektorin yhteistyötä. ( Suhonen ym. 2008, 14-15.)

Kotipalvelussa että ja kotisairaanhoidossa työskentelee sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneita lähihoitajia sekä kodinhoitajia ja terveydenhoitajia. Kotisairaanhoidon antaminen perustuu kansanterveyslakiin (14 §), jonka mukaan kunnan tulee järjestää asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorit-

tama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinällinen kuntoutus. Monen kunnan organisaatioissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidon yksiköksi. (Virnes 2004, 70.) Kaaviossa 3 käy esille, mitä kaikkia eri tukipalvelumuotoja voi olla kotihoidon lisäksi kunnissa.



KUVIO 3 : Kotona asumista tukevat tukipalvelut.

### 5.5 Tervolan kunnan ikääntyneiden palvelut

Tervolan kunnan tarjoamia palveluja esitellään palveluoppaassa ikäihmisille, joka on ilmestynyt vuonna 2013. Palveluopas on tehty yhteistyössä Tervolan vanhusneuvoston ja Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Geronomiopiskelija Tarja Laukkasen opinnäytetyönä syksyllä 2012 valmistunut opasvihkonen ”Palveluopas ikäihmisille 2013” -Tervolan kunnassa on jaettu kaikille yli 65 -vuotiaille tervolalaisille vuonna 2013.

Vanhuspalveluita ovat Tervolan kunnassa; kotipalvelu, tukipalvelut, vanhusten rivitalot, tehostettu palveluasuminen ja vanhainkoti. Terveystieteiden palveluita ovat terveyskeskus, lääkärin vastaanotto, päivystys, terveydenhoitajan vastaanotto, diabeteshoitaja, astmahoitaja, sydänhoitaja, reumahoitaja, jalkahoitaja, fysioterapia, hammashuolto ja mielenterveyspalvelut. Hoitotyön palveluita ovat vuodeosasto, kotisairaanhoido ja erikoissairaanhoido. Sosiaalipalveluita ovat sosiaalityöntekijän palvelut, vammaispalvelut, oikeusapu ja taloudellinen neuvonta. Muita palveluita antaa apteekki, asiointikuljetukset, taksi, siivous- ja kotipalvelut,

liikuntapalvelut, seurakunta ja Kela. Erilaiset järjestöt ja yhdistykset tarjoavat myös palveluja, kuten eläkeläisjärjestöt, veteraanijärjestöt ja kunnan vanhusneuvosto. ( Palveluopas ikäihmisille 2013, 2-3.)

Kotona asuvien kuntalaisten arjesta selviämistä tuetaan erilaisten hoiva- ja huolenpitopalveluiden avulla. Kodinhoitajat ja kotiavustajat liikkuvat tarvittaessa eri puolille kuntaa antamaan kodinhoidonapua. Asiakkaille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jota päivitetään tarpeen mukaan. Kotipalvelu on maksullista. Kuu-kausimaksu määräytyy käytettyjen palveluiden määrän ja asiakkaan tulojen mukaan. Tilapäisestä kotipalvelusta veloitetaan tuntihintainen maksu. ( Palveluopas ikäihmisille 2013, 10.)

Tervolan kunnan tarjoamia tukipalveluita ovat ateriapalvelu, saunotuspalvelu, turvapuhelinpalvelu ja toimintapäivät. Vanhusten palvelukeskus Kotikullerossa järjestetään kotona asuvien vanhusten toimintapäiviä kaksi kertaa viikossa. Toimintapäivillä on monenlaista viriketoimintaa, saunomismahdollisuus ja tarvittaessa saa saattoapua asioinneissa. Toimintapäivään on taksikuljetus. ( Palveluopas ikäihmisille 2013, 11.)

Vanhusten rivitalot ja tehostettu palveluasunto tarjoavat vanhuksille asumispalveluita. Erillisiä hakemuksia ei tarvita, yhteydenotto vanhuspalveluihin palvelun tarpeesta riittää. Valinta asumispalveluihin tehdään kunkin asiakkaan toimintakyvyn ja kokonaistilanteen mukaan moniammatillisessa työryhmässä ( SAS-työryhmä). Vanhainkoti tarjoaa palvelukeskus Kotikullerossa laitoshoidon. Siellä on varattuna muutama paikka intervallihoitoon ja loput ovat pitkäaikaishoitopaikkoja. ( Palveluopas ikäihmisille 2013, 12.)

Kotisairaanhoidon tarkoituksena on tukea kotona asuvia vanhuksia, vammaisia ja sairaita henkilöitä selviytymään päivittäisistä toiminnoista mahdollisimman hyvin. Kotisairaanhoidon palvelut toteutetaan yhteistyössä kotipalvelun kanssa. Erikoissairaanhoidon kuuluviin lisätutkimuksiin pääsee oman kunnan lääkärin lähetteellä joko Länsi-Pohjan keskussairaalaan tai Lapin keskussairaalaan. ( Palveluopas ikäihmisille 2013, 20.)

Sosiaalityö on kunnan tarjoama maksuton lakisääteinen palvelu, jonka tarkoitus on tukea, antaa apua ja neuvoa elämän erilaisissa kriisitilanteissa. Sosiaalityöntekijä neuvoo esimerkiksi toimeentulotuki ja sosiaalietuuksien hakutilanteessa. ( Palveluopas ikäihmisille 2013, 22.) Tervolassa toimii myös Vanhusneuvosto, minkä tehtävänä on tuoda esiin tai ehdottaa ikääntyvien ihmisten toiveita ja ehdotuksia kunnalle.

Asiointikuljetus mahdollistaa kuntakeskuksen ulkopuolella asuvien asiointin kirkonkylällä. Asiointikuljetukset järjestetään kutsutaksina lähes joka kylältä. Osataan vielä reittiliikenne kulkea kirkonkylän kautta kaupunkiin. Saattoapua asiointiin saa esimerkiksi SPR:n ystäväpalvelusta tai palvelukeskus Kotikullerosta. ( Palveluopas ikäihmisille 2013, 24.) Myös yksityiset palvelu- ja hoivayrittäjät antavat asiointi- ja saattoapua.

Liikuntapalveluiden järjestämisessä kunta tekee yhteistyötä Kivalojen seutuopiston ja eri urheiluseurojen kanssa. Esimerkkeinä liikuntapalveluista ovat mm. säännölliset kuljetukset lähialueen uimahalleihin sekä ikäihmisille viikoittain järjestettävä päiväjumppa ja kuntosaliohjausta. Tervolan kunnassa ikääntyvät ( yli 65-vuotiaat ) saivat ostaa vuonna 2015 edulliseen hintaan kuntosalikortin. Kuntoutuspalveluita ja lääkinnällistä kuntoutusta tarjoaa muutama yksityinen yrittäjä Tervolassa ja terveyskeskuksen lääkinnällinen kuntoutus, fysioterapeutti huolehtii kotona asuville vanhuksille apuvälineitä lyhyt- tai pitkäaikaikäskäyttöön. Apuvälineitä saa liikkumiseen ja kotona asumisen helpottamiseen. Kotipalveluasiakkaille tehdään kodinmuutostyösuunnittelua- ja -ehdotuksia fysioterapeutin avustamana moniammatillisessa yhteistyöryhmässä. ( Palveluopas ikäihmisille 2013, 25.)

Siivous- ja kotipalveluita tarjoavat kunnan lisäksi useat yksityiset yrittäjät ja nuorten työpaja. Tornion veteraanisairaala Saarenvire tarjoaa avustajatoimintaa ja siivouspalveluja veteraaneille. ( Palveluopas ikäihmisille 2013, 26.)

## 6 MONIAMMATILLINEN TYÖRYHMÄ

### 6.1. Moniammatillinen yhteistyö

Ikääntyneen toimintakyvyn arviointi edellyttää osaamista ja moniammatillista yhteistyötä, jossa hyödynnetään hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntemusta ( Voutilainen 2008, 130). Monialainen yhteistyöryhmä toteuttaa mm. kuntoutussuunnitelman laatimisen. Työryhmään kuuluu yleensä lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Usein tarvitaan myös muiden erityistyöntekijöiden esim. ravitsemusterapeutin tietoja ja taitoja. ( Valvanne 2001, 349-350.) Ikääntyneillä, geriatrisissa oireyhtymissä, potilailla elintoimintojen ja toimintakyvyn heikkeneminen johtuu monista samanaikaisista tekijöistä. Tällöin on erityisen tärkeää, että arviointi, hoito, kuntoutus ja tukitoimenpiteet toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. ( Hartikainen & Lönnroos 2008, 21.) Myös mittareiden ja arviointijärjestelmän valintaan tarvitaan moniammatillista asiantuntemusta. Mittarit eivät koskaan yksin riitä toimintakyvyn arviointiin ( Vuotilainen 2008, 130). Yksin asuminen luo haasteita mielestäni ikääntyneiden palvelujen suunnitteluun ja palvelujen laadun kehittämiseen. Ikääntyneellä yksin asuvalla on monia erityistarpeita, jotka on hyvä ottaa huomioon moniammatillisesti.

Moniammatillisuus tarkoittaa aktiivista, vastavuoroista ja tasavertaista yhteistyötä eri toimijoiden kesken yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Yhteisöllinen moniammatillisuus tarkoittaa kuntoutusorganisaation tuottamaa kokonaisosaamista, johon vaikuttavat kaikki eri alojen toimijat sekä heidän yksilöllinen ja yhteinen osaaminen. Moniammatillinen osaaminen syntyy tai kehittyy, kun työryhmä sitoutuu yhteiseen kumppanuuteen ja vuorovaikutukseen, joiden avulla syntyvät erilaiset oppimisprosessit. ( Pikkarainen 2013, 93-94.) Karila & Nummenmaan (2001, 3) mukaan moniammatillisen yhteistyön kautta voidaan myös kehittää omaa osaamista ( Paukkunen 2010, 5).

Siltalan (1997, 19) pro gradu -tutkimuksen mukaan, moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytykseksi nousi toisen työntekijän ja työnkuvan tunteminen,

fyysinen läheisyys sekä sektorimaisen toimintamallin rajojen poistuminen työtehtävien suorittamisessa. Moniammatillisen työryhmätyön ominaisuuksia olivat yhteistyön ja asiakaspalvelun joustavuus, yhteistyöhalukkuus ja -kykyisyys ja asiantuntijuuksien yhdistyminen. ( Paukkunen 2010, 7.) Palvelukokonaisuuksien suunnittelemiseksi, koordinoimiseksi ja kehittämiseksi tarvitaan verkostoja tiiviimpiä, virallisempia organisaatorakenteita alueella, mikäli kuntoutusjärjestelmää halutaan kehittää yhtenäisemmäksi ( Pulkki 2012, 7).

Työelämän muutokset tuovat suuria haasteita, joihin pelkästään yksilön asiantuntijuudella ei kyetä vastaamaan. Tämä näkyy siinä, että asiantuntijuuden katsotaan olevan enemmän ryhmän, tiimin tai verkoston toimintakokonaisuus kuin yksilön oma asiantuntijuus. ( Launis & Engeström 1999, 64.) Tällöin asiantuntijuudessa korostuu yhteisen ja uuden tiedon luominen sekä toimiminen yhteistyössä muiden kanssa ( Paukkunen 2010, 1).

Ulla Salmelaisen (2008, 18-20) mukaan kuntoutuspalveluprosesseissa asiantuntijuus pohjautuu jaettuun osaamiseen ja edellyttää moniammatillista toimintaa sekä organisaatioiden sisällä että niiden välillä. Yhteistyö edellyttää toimintatapojen ja rakenteiden luomista, yhteistä näkemystä yhteistyön tarkoituksesta ja tavoitteesta, toimijoiden välistä vuorovaikutusta sekä myös toimivaa kommunikaatiota. Moniammatillinen yhteistyö liitetään yleensä myös verkostoitumiseen ja verkostomaiseen yhteistyöhön. ( Kivinen 2008, 82.)

Viimeaikaiset ulko- ja kotimaiset tutkimukset ( Mukamel, Temkin, Greener, Delavan, Peterson, Gross, Kunitz & Williams 2006, 227; Eloranta, Arve & Routasalo 2009, 136-138) ovat osoittaneet, että moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan saavuttaa parempia tuloksia asiakkaan selviytymisen, toiminnan ja kognitiivisten kykyjen tukemisessa, alentaa laitoshoitotarvetta sekä lisätä asiakkaiden sosiaalista aktiivisuutta. Näiden tulosten valossa on tärkeää kehittää moniammatillista yhteistyötä ikääntyneiden palvelujen laadun parantamiseksi. ( Paukkunen 2010, 3.) Sektoroituneeseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon ollaan luomassa uutta toimintakulttuuria, jonka lähtökohtana ovat asiakaslähtöisyys ja eri ammattiryhmien tasa-arvoinen tiimityö. Uusilla työmuodoilla pyritään purkamaan sektoroitunutta

työskentelytapaa, joka on asiakkaalle vaikeaselkoinen. Palveluja voitaisiin organisoida käyttäjien näkökulmasta eikä palvelujen tuottajien ehdoilla. Perusterveydenhuollossa keskeiseksi käsitteeksi nousee alueelliseen väestövastuuseen perustuva työtapaa, jossa on olennaista sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillinen yhteistyö eli eri ammattiryhmien tiedon, taidon ja kokemuksen yhdistäminen. ( Siltala 1997, 11.)

Moniammatillinen yhteistyö nähdään yhtenä avaintekijänä, kun pyritään lisäämään terveystalouden laatua ja tehokkuutta. Lisäksi asiakkaat ja heidän läheisenä haluavat yhä enemmän tietoa ja mahdollisuutta vaikuttaa ratkaisuihin. Moniammatillinen yhteistyö nähdään tässä tilanteessa tienä tehokkaampaan ja laadukkaampaan hoitoon, hoivaan ja palveluihin. ( Isoherranen 2012, 19-30.) Markkola ( 2013) on kerännyt yhteen tutkimustietoa siitä, että ammattiryhmien välinen yhteistyö on avaintekijä silloin, kun halutaan lisätä terveystalouden vaikuttavuutta. D Ámour ym. (2005, 116-131) mukaan on kuitenkin tärkeää, että käsite moniammatillinen yhteistyö ja sen käytetyt eri muodot ovat ymmärretty. Moniammatillinen yhteistyö Sinclair ym. (2009, 1196-1201) mukaan on tehokkaampaa ja toiminta muodostuu potilaskeskeiseksi kun tiimillä on pysyvät jäsenet. Pethybridge (2004, 29-41) mukaan tiimityö on tärkeää päätöksenteossa, kun tehdään esimerkiksi hoitosuunnitelmaa. ( Markkola, 2013, 23-24.)

### 6.1.1 Palvelutarpeen arviointi yhteistyössä

lääkkäät ihmiset haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään, tarvittaessa palvelujen turvin ( Virnes 2003, 9). Ikäihmisen laadukas hoito ja palvelu voi perustua ainoastaan huolellisesti tehtyyn kokonaistilanteen arviointiin. Arviointiin osallistuvat ainakin ideaalitapauksessa ikäihmisen ja hänen läheistensä ohella niin sosiaalityön, hoitotyön kuin lääketieteellisen ja kuntoutuksen työn ammattilaiset, jotka tuottavat oman asiantuntemuksensa oikea-aikaisen ja tarpeidenmukaisten palvelujen turvaamiseksi ikäihmisen tueksi. Arvioinnin tavoitteena on luoda asiakkaan tarpeita ja muuttuvaa toimintakykyä vastaava saumaton palvelukokonaisuus, joka muuttuu asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten mukaisesti. Ikäihmisen tarpeet ratkaisevat, millainen on kunkin ammattihenkilön panos

hänen hyvän hoitonsa ja palvelunsa kannalta. Tästä näkökulmasta on myös sovitettava, kuka ottaa päävastuun palvelutarpeen arvioinnista ja sen jälkeen tarvittavista toimenpiteistä: hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta ja sovitun suunnitelman toteuttamisesta ja arvioinnista. Päävastuun ottaneella taholla on koordinoituvastuu. ( STM 2006, 2-6; Voutilainen & Vaarama 2005, 6.)

Monialainen hoidon ja palvelujen tarpeen arviointi tehdään mahdollisimman varhain ja se toistetaan tarvittaessa ja sovitusti. Hyvän arvioinnin tunnusmerkkejä ovat laaja-alaisuus, yhdenmukaisuus ja vertailukelpoisuus sekä siihen perustuva palvelusopimus ja seuranta. Riskientunnistaminen ja toimenpiteisiin ryhtyminen on kaikkien ammattiryhmien tehtävä. ( Konsensuslausuma 2012, 11-12.) Arviointi konkretisoituu hoito- ja palvelusuunnitelmassa, johon dokumentoidaan arvioinnin tulokset, yhteistyössä asetetut tavoitteet, jotka ohjaavat hoidon ja palvelun toteutusta sekä tiedon siitä, milloin ja miten tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Hyvällä tiimillä on osaamista, jota yhdistäen saadaan riittävä tieto asiakkaan palvelujen myöntämiseen liittyvän päätöksenteon perustaksi. (STM 2006, 5-7; Voutilainen & Vaarama 2005, 6.)

Monialaisen yhteistyön tavoitteena on saavuttaa yhteinen näkemys siitä, mitkä ovat ne keskeisimmät tekijät, joiden huomioon ottamisella on merkitystä palvelutarvetta arvioitaessa. Tämän jälkeen voidaan valita mittari/mittaripatteristo tai arviointijärjestelmä, jonka avulla arvioidaan näitä keskeisiä huomioon otettavia tekijöitä. Hyvässä arviointitilanteessa tasapainotetaan ikäihmisen oma subjektiivinen arvio avun tarpeesta sekä yhden tai useamman asiantuntijan eri keinoja käyttäen tekemä arvio. Näiden yhdistämisestä syntyy arvio palvelutarpeesta. ( STM 2006, 5-10; Voutilainen & Vaarama 2005,6.) Palvelutarpeen arviointia ja kuntoutustarvetta on tutkittu vähän. Kuntoutuksen mittareista ja arvioinnista on oltu kiinnostuneita, mutta se, miksi ja miten kuntoutukseen päädytään, on jäänyt vähemmälle huomiolle. Käytännössä kuntoutussuunnitelma syntyy, kun potilas/asiakas ja lääkäri/terapeutti pohtivat tilannetta yhdessä. ( Hurri, Säilä, Orenius & Ristolainen 2014, 40-43.)

Suunnitelman kirjaaminen on ammattilaisen vastuulla. WHO:n ICF-luokitus, International Classification of Functioning, Disability and Health, ( ICF 2001) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitusjärjestelmä. Sen avulla voidaan kuvata ihmisten terveyden ja toimintakyvyn piirteitä heidän yksilöllisessä elämäntilanteissa ja ympäristöissä. ICF:ää voidaan käyttää apuna mm. kuntoutustarpeen määrittämisessä ja kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja se toimii välineenä kuntoutujaa varten. ( Hurri, Säilä, Orenius & Ristolainen 2014, 40-43.) On viitteitä siitä, että eri kunnissa palveluita myönnetään eri kriteerein, josta voi seurata se, että palveluita tarvitsevat eivät ole yhdenvertaisessa asemassa ( Voutilainen & Vaarama 2005 , 6). Palvelu- ja hoitotarpeen määrittelyssä käytetään kuntakohtaisesti eri menetelmiä kuntien käytössä olevien resurssien mukaan. Mielestäni tämä näkyy kuntien palvelujen tarjonnassa.

Kun asiakas ottaa yhteyttä kotihoidon yksikköön, aluksi yleensä selvitetään ja arvioidaan hänen palvelujen tarvetta. Arvioinnissa käytetään apuna erilaisia toimintakyvyn mittareita. Esimerkiksi RAVA -järjestelmään kuuluva toimintakykymittari on työkalu, jonka avulla arvioidaan yksittäisen ikääntyneen toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja palvelun tarvetta. RAVA -mittarin avulla saadaan käsitys siitä, mistä toimista ikääntynyt selviytyy itsenäisesti, ja missä hän tarvitsee apua. Arviointia varten kerätään tietoa mm. ikääntyneen liikkumisesta, pukeutumisesta, syömisestä, hygienianhoidosta, mielialasta ja muistista. Yksittäisen ikääntyneen avuntarpeen arvioinnin lisäksi RAVA -järjestelmä soveltuu kunnan vanhuspalvelujen suunnittelemisen apuvälineeksi. ( Virnes 2004, 7.) Tervolan kunnassa käytetään rinnakkain myös RAI-järjestelmää, johon kuuluu monipuolisesti eri osa-alueiden testejä. Tervolan kunnassa on toimintakykymittareiden lisäksi käytössä myös eri laboratoriotutkimuksia ikääntyneen kokonaistilanteen hahmottamiseksi.

Kynnys avun hakemiseen saattaa olla korkea. Kun ikäihminen on päättänyt ottaa yhteyttä kunnan palvelupisteeseen, voi viikon mittainen odotusaika ennen palvelutarpeen arviointia olla pitkä. Se, miten kulloinenkin tilanne määritellään kiireelliseksi, on olennaisen tärkeää. Hallituksen esitysluonnoksessa mainittu 80 vuoden ikä palvelutarpeen arvioinnin pääsyn kriteerinä voi olla liian korkea, sillä

jo 75 -vuotta täyttäneistä jo 25-30 %: a tarvitsee päivittäin apua. 80 vuoden ikäraja tukee kotiin annettavan avun nykyistä kohdentamislinjaa, jossa apu suunnataan kaikista iäkkäimmille, monisairaille, runsaasti apua tarvitseville henkilöille ja vasta varsin myöhäisessä vaiheessa. Riski on tällöin se, että menetetään varhaisen puuttumisen myötä saavutettavissa olevia mahdollisuuksia hidastaa ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemistä ja estää pysyvien toimintavajaiden syntymistä. Tämä ei ole linjassa sen tavoitteen kanssa, että ikääntyneitä aidosti tuettaisiin mahdollisimman pitkään asumaan kotona ja ehkäistäisiin toimintakyvyn vajeiden kehittymistä aktiivisesti. ( Voutilainen & Vaarama 2005, 33.)

#### 6.1.2. Kuntoutussuunnitelman tekeminen yhteistyössä

Jokaiselle asiakkaalle, joille on tehty palvelutarpeen arviointi, pitäisi tehdä kuntoutussuunnitelma. Sen pitäisi sisältyä aina hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Kuntoutus on useimmiten pitkä prosessi ja sen sujuminen edellyttää suunnitelmallisuutta, joka puolestaan lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta. Suunnitelmallisuus antaa mahdollisuuden yksilöllisten ja yhteisten voimavarojen keskittämiseksi vaikeuksien voittamiseksi. Kuntoutussuunnitelmassa ovat mukana ainakin nämä asiat: Kuntoutustarpeen perusta, kuntoutukselle asetetut tavoitteet, suunnitellut toimenpiteet, suunnitelman aikataulu, vastuuseen ja sopimuksellisuuteen liittyvät kysymykset, kuntoutusprosessin seuranta ja kuntoutustyöntekijän ja asiakkaan allekirjoitukset. ( Kuntoutussuunnitelma 2013; Järvikoski & Härkäpää 2004, 168-179.)

Kuntoutustarpeen perustaan kuuluu kuntoutujan nykyinen elämäntilanne, kuntoutustarpeen arviointi. Kuntoutuksen tavoitteet ovat osa- ja lopputavoite. Ensi vaiheessa tulisi asettaa myös lähitavoitteita, joihin pyrkimällä voidaan tavoitella etä -ja lopputavoitteita. Suunnitellut toimenpiteet ovat mm. kuntoutustarpeen tarkempi selvittäminen sekä hoidolliset ja lääkinnälliset toimenpiteet. Vastuunjako on esitys tai sopimus siitä, mitkä tahot tai ketkä henkilöt ovat vastuussa kuntoutuksen eri osien toteutuksesta sekä miten suunnitelman toteutusta tullaan seuraamaan. Siinä määritellään myös asiakkaan rooli kuntoutusprosessissa. Aikataulu on hyvä löytyä kuntoutussuunnitelmasta ja se täytyy asettaa realistisesti

tavoitteisiin nähden. Kuntoutusprosessin seurannan toteutustapa ja aikataulu sekä vastuuhenkilöt on hyvä eritellä ja mainita suunnitelmassa. ( Kuntoutussuunnitelma 2013; Järvikoski & Härkäpää 2004, 168-179.)

Tehdyllä kuntoutussuunnitelmalla on usein kaksi eri tarkoitusta. Ensiksi se on kuntoutuslainsäädännössä edellytetty asiakirja, joka välittää tarpeellista ja välttämätöntä tietoa toisesta kuntoutusjärjestelmästä tai -organisaatiosta toiseen. Suunnitelman voisi siten sanoa olevan kuntoutuksen asiantuntijoiden, kuntoutuksen päätöksentekijöiden ja rahoittajien sekä kuntoutuspalveluja tuottavien organisaatioiden yhteydenpidon väline. Toiseksi, kuntoutussuunnitelman tulisi olla myös asiakirja, joka antaa kuntoutujalle mahdollisuuden sitoutua oman kuntoutumisensa edistämiseen ja lähteä omalta osaltaan toteuttamaan kuntoutusprosessia. ( Kuntoutussuunnitelma 2013; Järvikoski & Härkäpää 2004, 168-179.)

Kallanrannan ja Revon (1995, 250-290) mukaan kuntoutussuunnitelma voidaan nähdä suunnitelmana, jonka toteutukseen kuntoutuja sitoutuu ja jossa asiantuntijat ja organisaatiot häntä tukevat. Tällöin sen avulla pyritään turvaamaan kuntoutujalle integroitu palveluketju. Terveystieteiden tutkimuskeskus laatii siten kuntoutussuunnitelmia usein nimenomaan hallinnollista tarvetta varten, muiden kuntoutusjärjestelmien toimenpiteitä varten. Tällaisissa tilanteissa kuntoutussuunnitelman toinen merkitys – suunnitelma asiakkaan kanssa tehtävän yhteistyön perustana – saattaa jäädä havaitsematta. Joissakin tapauksissa Karin & Puukan (2001) sosiaali- ja terveysturvan katsauksen mukaan, kuntoutussuunnitelma sisältääkin ainoastaan suositellun hoito- ja kuntoutustoimenpiteen ilman kuntoutuksen tavoitteiden tarkempaa määrittelyä tai muiden kuntoutuksen kannalta olennaisten asioiden huomioon ottamista. ( Kuntoutusta säätelevä lainsäädäntö Suomessa 2014; Järvikoski & Härkäpää 2004, 168-179.)

Vastuu kuntoutussuunnitelman tekemisestä on hoitavalla lääkäriellä. Se tulee tehdä mahdollisimman varhain, jotta kuntoutuksella voidaan parantaa kuntoutujan tilannetta. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa. Lääkäri tarvitsee usein avukseen moniammatillisen työryhmän, johon voi kuulua psykologi, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, erikoislääkäri, toimintaterapeutti tai muu

työntekijä. Suunnitelma on myös perusta tarkennuksille, jatkosuunnitelmille ja eri kuntoutustahojen yhteistyölle. ( Kuntoutusta säätelevä lainsäädäntö Suomessa 2014; Järvikoski & Härkäpää 2004, 168-179.) Lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaiden kohdalla on tarpeellista seurata kuntoutussuunnitelman toteutumista ja sen seurantaan tarvitaan vanhuspalveluiden ammattihenkilöstön apua. Kotona asuvan asiakkaan tilanteen seurannassa sekä muutosten raportoinnissa vanhuspalvelu henkilöstön rooli on hyvin tärkeää. ( Karhula, Peltonen, Suomela-Markkanen & Salminen 2015, 33.)

## 6.2 Tervolan kunnan yhteistyöryhmä palvelutarpeen arvioinnissa

Palvelu- ja hoivatarpeen arviointi tapahtuu SAS-ryhmässä ( selvitä – arvioi – si-joita). Ryhmän tehtävänä on suositella hoivan tarpeessa olevalle asianmukaista palvelua sekä hoito- tai hoivapaikkaa. Ryhmä kokoontuu säännöllisesti. Myönteisen päätöksen saanut kotihoidon asiakkaalle tehdään aina myös hoito- ja palvelusuunnitelma, joka perustuu lakiin sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista. Se tehdään yhdessä asiakkaan, hänen omaisensa, kotihoidon työntekijän ja kotihoidonohjaajan kanssa sekä tarpeen mukaan myös muiden yhteistyötahojen kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään kirjallisena.

Tervolassa ikääntyneen tai omaisen yhteydenotto tapahtuu esim. soittamalla tai käymällä aamuvastaanotolla terveydenhoitajan luona. Myös ensimmäinen ammattihenkilö voi olla lääkäri, jonka vastaanotolla palvelutarve ilmenee. Tästä yhteydenotosta tai palvelun tarpeesta lähtee tieto kunnan vanhuspalveluun, jossa vanhuspalvelun esimies tai vanhushuollonjohtaja ja -ohjaaja ryhtyvät suunnittelemaan kotiarviointikäyntiä. Kotiarviointikäynti pyritään tekemään mahdollisimman pian yhteydenotosta. Kotiarviointikäynnillä on mukana yleensä kotisairaanhoidtaja, vanhushuollonesimies/-johtaja ja -ohjaaja. Käyntiin kuuluu RAVA-arviointi. Muistitesti sekä laboratoriokokeita tehdään myöhemmin. Näiden perusteella tehdään palvelutarpeen päätös kirjallisesti. Tässä yhteydessä voi keskustella myös omaishoidontuen hakemisesta. Fysioterapeutti käy tekemässä arvion mahdollisista kodinmuutostöistä tarpeen mukaan.

Kun päätös on myönteinen vanhuspalvelut ryhtyvät tarjoamaan tarpeenmukaisia palveluja asiakkaalle. Näitä palveluja ovat kodinhoito, kotisairaanhoidajan palvelut, ateriapalvelu, saunotus -ja asiointipalvelut. Monella ikääntyneellä on mahdollisuus ostaa myös yksityisten palvelutarjoajien tukipalveluita. Niistä yleisimmät ovat siivous -ja saattoapupalvelu.

Tervolan kunnan SAS-ryhmään kuuluu johtava lääkäri, sosiaalihoitaja, vanhuspalvelujohtaja, vuodeosaston osastonhoitaja ja avoterveydenhuollon ohjaaja. Tässä ryhmässä arvioidaan kotihoidonasiakkaan asumis- ja palvelutarve. Asumispalveluita ovat erityisvarustellut asunnot esimerkiksi palvelutalo-/ asunto ja hoito- tai hoivakoti. Asiakkaalla on oikeus saada myönnettyjä palveluita hoitokuun mukaan 3 kuukauden sisällä.

Tervolan kunnassa on käytössä RAVA – ja RAI-järjestelmä. RAVA-mittari arvioi ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn ja päivittäisen avun tarpeen. RAI-järjestelmä eli Resident Assessment Instrument on vanhusten hoidon arviointi- ja seurantajärjestelmä. Mittarissa on satoja kysymyksiä, joiden pohjalta voidaan tehdä koti- tai laitoshoidon hoito- ja palvelusuunnitelmia ja mitata hoidon kustannuksia ja laatua. ( Jääskeläinen 2015, 20.) Tervolassa käytetään palvelutarpeen arvioinnissa myös MMSE-testiä eli muistitestiä sekä erilaisia laboratoriotestejä asiakkaan konnaistilanteen kartoittamiseksi.

### 6.3 Fysioterapeutti moniammatillisen työryhmän jäsen

Tyyskän (2002, 18-30) mukaan pääsääntöisesti fysioterapeutit kokevat olevansa työryhmien täysivaltaisia jäseniä. Fysioterapeutti voi olla ryhmän rivijäsen tai vetäjä. Usein heidän rooli voi olla konsultinomainen. Fysioterapeuttien tehtäväksi näyttää muodostuneen myös yhteistyön ylläpito ulkopuolisiin sidosryhmiin. Tyyskä (2002, 18-30) toteaa, että työryhmässä toimiessa fysioterapeutin ei tarvitse yksin pohtia sellaisia asioita, mihin hänen oma ammattitaitonsa ei riitä. Mutta myös toisen asiantuntijan asiantuntijuusalueesta tiedon saaminen syventää myös omaa asiantuntijuutta. Oman asiantuntijuuden sisällön ymmärtäminen ja näky-

väksi tekeminen – vahvuuksineen ja heikkouksineen – on edellytys sen kehittymiselle eli henkilökohtaisen asiantuntijuusprofiilin luomiselle. Moniammatillisessa yhteistyössä roolien tulisi olla joustavia. Näin saadaan käyttöön kaikkien tiimin jäsenten resurssit yli perinteisten ammatillisten roolirajojen ( Isoherranen 2012, 96).

Veijolan ym. (1997, 38-41) mukaan yhteiskunnan ja työelämänmuutokset sekä kuntoutuslainsäädännön uudistus edellyttää kuntoutuksen asiantuntijoilta, myös fysioterapeuteilta, laajempaa ammattitaitoa kuin perinteinen ammatillinen osaaminen. Launis (1997, 122-133) jatkaa, että asiantuntijaksi kehittyminen edellyttää koulutuksen ja kokemuksen vuorovaikutusta sekä ymmärrystä toimintaympäristömmme monimutkaisuudesta. Se edellyttää vankkaa oman alan ammattitaitoa ja sen tiedostamista yhdistettynä laaja-alaiseen asiakkaan tarpeiden ja kuntoutusmahdollisuuksien havaitsemiseen. Usein fysioterapeutti toimii asiantuntijana erilaisissa fysioterapian erityisalueella, jotka ovat esimerkiksi geriatria, neurologia, ortopedia ja pediatria. Myös kuntoutuksen arviointi tulisi Dalley'n (1999, 491-497) mukaan toteuttaa huomioiden moniammatillisen tiimin jokaisen jäsenen toiminnan osuus tulosten aikaansaamisessa. Koko tiimin työn tuloksen arviointi on vaikeaa, mutta on kuitenkin todellisempaa asiakkaalle, kuin yksittäisen terapian tulos. ( Tyyskä 2002, 18-30.)

Fysioterapeutin tekemät ennaltaehkäisevät kotikäynnit ovat tärkeä ikääntyneen toimintakyvyn muutosten ennakoimiseen. Ne antavat tietoa ikääntyvien toimintakyvystä. Käyntien avulla pystytään ennakoimaan ikääntyvien palveluiden tarvetta ja suunnittelemaan ikääntyneen kanssa mahdollisten apuvälineiden tarve. Käynneillä selvitetään ikääntyvien asunnon turvallisuutta, muutostarpeita sekä annetaan tietoa palveluista. Aikaisempien tutkimusten perusteella ennaltaehkäisevässä tarkoituksessa tehdyt kotikäynnit ovat osoittautuneet lupaavaksi keinoksi ylläpitää ikääntyvän väestön terveyttä ja toimintakykyä. ( Starck-Pirskanen 2009, 2.)

Isoherrasen tutkimuksen aineiston mukaan fysioterapeutit ovat yleensä valmiita jakamaan asiantuntijuusosaamistaan yli roolirajojen ja toimimaan aktiivisina moniammatillisen tiimin tiedon ja osaamisen jakajina. He haluavat toimia tiiviisti tiimiin kuuluvina kuntoutuksen asiantuntijajäsenenä. Fysioterapeuttien ohjeita ja neuvoja potilaan käsittelyssä myös arvostetaan ja hyödynnetään. Fysioterapeuttien työtilojen läheisyydellä on merkitystä, esimerkiksi siirto osaksi osastoa, tällöin yhteistyö ja jaettu vastuu on mahdollistunut. ( Isoherranen 2012, 107-108.)

#### 6.4 Fysioterapeutti kuntoutuksen asiantuntijana

Fysioterapeutin asiantuntijuuteen kuuluu fyysisen toimintakyvyn arviointi, ohjaus ja neuvonta. Toimintakyvyn arvioinnin tukena tulisi hyödyntää olemassa olevia toimintakyvyn arviointiin kehitettyjä joko yhtä toimintakyvyn osa-aluetta mittaavia mittareita tai useampia toimintakyvynosa-alueita mittavia arviointimenetelmiä. Myös mittareiden tai arviointimenetelmän valintaan tarvitaan moniammatillista asiantuntemusta. ( Voutilainen 2008, 124-127; STM 2006 tiedote.)

Fysioterapian keskeinen tavoite on auttaa ihmistä lisäämään arkensa hallintaa, sosiaalista, taloudellista ja päivittäisistä asioista selviytymistä sekä tunnistamaan omia käsityksiään ja tietoisuuttaan voimavaroistaan. Fysioterapia kuuluu lääkinälliseen kuntoutuksen toimintakykyä parantaviin ja ylläpitäviin terapioihin sekä normaalin elämän edellytyksiin. Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Kuntoutuksella tuetaan kuntoutujan elämäntilanteen hallintaa ja itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toimissa. ( Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 3-24.)

Fysioterapialla pyritään ehkäisemään, korjaamaan ja tasapainottamaan ihmisen liikkumisen ja toimintakyvyn häiriöitä sekä ylläpitämään ja parantamaan jäljellä olevaa toimintakykyä. Fysioterapian toimenpiteiden keskeinen kohde on ihmisen toimintakyky ja terapian tavoitteena muutoksen aikaansaaminen toimintaky-

vyssä. Fysioterapeutin ammattitaitoon kuuluu myös soveltuva kliininen päätöksenteko, jonka avulla systematisoidaan terapian toteuttamista. ( Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 3-24.)

Ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn tukeminen on tavoitteellista toimintaa, jonka avulla tuetaan ikääntynyttä mahdollisimman itsenäiseen suoriutumiseen ja terveyden ylläpitämiseen. Itsenäisen suoriutumisen taso ja asumismuoto vaihtelevat ikääntyneen toimintakyvyn mukaisesti. Ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn tukemisen tavoitteet tulee asettaa realistisiksi suhteessa todellisiin taitoihin ja kykyihin. Fyysisen toimintakyvyn tukemisen tavoitteena on fysiologisten perustointojen ylläpitäminen ja parantaminen, päivittäisten toimintojen ylläpitäminen ja parantaminen, ohjaaminen ulkoiluun, ohjaaminen terveys- ja kuntoliikuntaan, ohjaaminen urheiluharrastuksiin ja erityistaitojen kehittämiseen. ( Lähdesmäki & Vornanen 2009, 108.)

Fyysistä toimintakykyä tuetaan huolehtimalla optimaalisesta fyysisestä aktiivisuudesta, järjestämällä ympäristöselviytymistä tukevaksi sekä huolehtimalla turvallisuudesta ja suoriutumisesta tarvittavilla apuvälineillä. Apuvälineet voivat auttaa ikääntyneen itsenäistä liikkumista ja selviytymistä tai hänen hoitamistaan. Hoitajan käyttämällä apuvälineillä ikääntynyt voidaan siirtää ja nostaa turvallisesti ja miellyttävästi sekä ikääntyneen että hoitajan kannalta. ( Lähdesmäki & Vornanen 2009, 108.) Fysioterapeutti voi esimerkiksi ohjata hoitohenkilökuntaa tai kotihoitossa olevan potilaan omaisia ja potilasta asentohoidon toteuttamiseen, passiivisten liikeharjoitteiden suorittamiseen, siirtymisissä avustamiseen ja apuvälineiden käyttöön.

Terveydentila on ikääntyneiden toimintakyvyn keskeisin selittäjä. Suurin osa ikääntyneistä kokee nykyisen terveytensä hyväksi ja ikääntymisen myönteiseksi. Yhä useampi 80 -vuotta täyttänyt asuu itsenäisesti kotona, joskin 75 ikävuoden jälkeen alkaa ilmetä avun tarvetta. Toimintakyvyn heikkenemiseen liittyy usein jokin rappeuttava pitkäaikaissairaus. Ikääntyvien toimintakyvyn yleisimmin turvaavia tekijöitä ovat välttyminen tapaturmilta, esim. kaatumisilta, riittävä uni ja näkökyky, hyvä ravitsemustila sekä sairauksien hyvä hoito. Tideiksaar (2001) ja

Kivelä (2006) tutkimuksen mukaan joka kolmas kotona asuvien iäkkäiden kaatuminen tai kaatumisvamma on kuitenkin ehkäistävissä. ( Hyttinen 2008, 48.)

Fyysinen toimintakyky säätelee yksilön selviytymistä päivittäiseen elämään liittyvien toimintojen fyysisistä vaatimuksista. Sillä voidaan tarkoitaa joko kehon yksittäisten elinten ja elinjärjestelmien toimintaa tai elimistön kykyä selviytyä fyysisistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä. Fyysisen toimintakyky jaotellaan yleisesti yleiskuntoon (aerobiseen kestävyYTEEN), lihaskuntoon (lihasvoimaan,- kestävyYTEEN ja notkeuteen) ja motoriseen taitoon (koordinaatiokykyyn, reaktiokykyyn, tasapainoon, kinesteettiseen erottelukykyyn). Fyysisen toimintakyvyn kannalta keskeistä on hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelinten sekä aistielinten toimintakyky. ( Hurri, Säilä, Orenius & Ristolainen 2014, 40-43) .

Toimintakyvyn hahmottamiseksi ja sen riittävän monipuolisen ja kattavan arvioinnin tueksi Maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt ICF-luokituksen ( International Classification of Functioning, Disability and Health) vuonna 2001. Tämä tarkoittaa suomeksi toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta. Luokitus on otettu Suomessa käyttöön vuonna 2004. Siinä vaurioiden, sairauksien ja toimintakyvyn puutteiden korostamisen sijasta tuodaan enemmän esille säilyneitä taitoja, vahvuuksia, mahdollisuuksia, toimintaa ja osallistumista. ICF-malli ei sinällään sovi toimintakyvyn arvioinnin välineeksi, mutta se antaa pohjaa toimintakyvyn yksityiskohtaiselle ja laajalle tarkastelulle ICF-luokitus tuo käyttöön yhteisen kielen sovellettavaksi käytännön työhön, palveluiden kehittämiseen ja tutkimukseen. Sen avulla voi kuvata ihmisten terveyden ja toimintakyvyn piirteitä heidän yksilöllisessä elämäntilanteissa ja ympäristöissä ( Hurri, Säilä, Orenius & Ristolainen 2014, 40-43) . Fysioterapeutti on moniammatillisen työryhmän yhtenä asiantuntijana esimerkiksi kuntoutussuunnitelman laadinnassa hahmottamassa asiakkaan kokonaistilaa.

Siinä on kaksi osaa, joista kumpikin koostuu kahdesta osa-alueesta:

Osa 1:Toimintakyky ja toimintarajoitteet

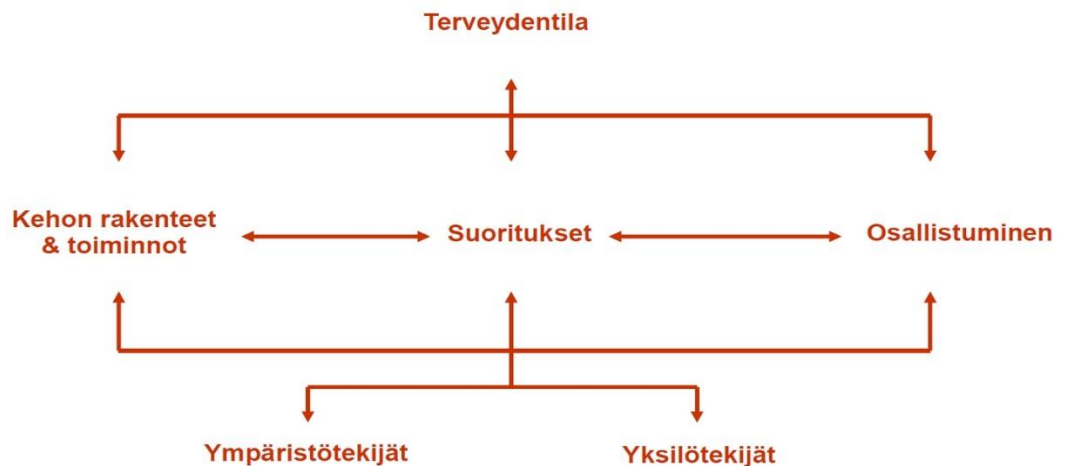
- a) ruumiin / kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet
- b) suoritukset ja osallistuminen

Osa 2: Kontekstuaaliset eli ihmisen elämänpiiriin kuuluvat tilantekijät

c) ympäristötekijät

d) yksilötekijät. ( Voutilainen 2008, 124-127; STM 2006 tiedote.)

### ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



KUVIO 4 : ICF-luokituksen osa-alueet. Lähde: THL

#### 6.4.1 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointi on palvelutarpeen arvioinnin keskeinen osa. Jotta ikäihmisen toimintakyvystä saataisiin laaja kuva palvelutarpeen arvioinnin perustaksi, tulisi käytettävien arviointimenetelmien ottaa huomioon ikäihmisen toimintakyvyn eri ulottuvuudet. Toimintakykyä ja siten myös palvelujen tarvetta arvioitaessa on tärkeää ymmärtää sen dynaamisuus: palvelu tulee vaihdella ja muuttua ikäihmisen tarpeiden muuttumisen myötä. Toimintakyvyn arviointi edellyttää laajaa osaamista ja moniammatillista yhteistyötä, jossa hyödynnetään hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntemusta. ( STM tiedote 2006.)

Toimintakyvyn osa-alueita on neljä; fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen. Mikäli jokin toimintakyvyn osa-alue heikkenee, toimintakyky kokonaisuutena

huononee ja iäkkään henkilön kyky selviytyä arjessa vaikeutuu. Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen ovat erottamattomia toimintakyvyn ulottuvuuksia. Ne muodostavat kokonaisuuden, jossa osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Muutos yhdellä alueella vaikuttaa aina myös muihin toimintakyvyn alueisiin. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19-21.)

Toimintakyky on olennainen osa iäkkään ihmisen elämän laatua. Toimintakyky tarkoittaa, että iäkäs henkilö selviytyy erilaisissa tilanteissa ja pystyy toimimaan haluamallaan tavalla. Toimintakyvyn heikkenemisen seurauksena iäkäs henkilö joutuu määrittelemään käsityksensä elämänlaadusta uudelleen. Ympäristön tarjoamat ulkoiset voimavarat, kuten sosiaaliset suhteet, palvelut ja fyysinen ympäristö, yhdessä yksilön omien voimavarojen kanssa auttavat ikääntynyttä ihmistä saavuttamaan terveyden tasapainon. (Lyyra & Tiikkainen 2008, 58). Laaja-alaisella ja osallistujat yksilöllisesti huomioon ottavalla kaatumisten ehkäisyllä oli suotuisia vaikutuksia kotona asuvien iäkkäiden elämänlaatuun joillakin fyysisillä ja psykososiaalisilla ulottuvuuksilla. Nykyään on hyväksytty näkemys siitä, että elämänlaadulla on yhtä suuri jopa suurempi merkitys kuin pelkästään elämän pituudella. (Vaapio 2009, 71-75.)

Keho, mieli ja ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Vanhuksen toimintakykyyn vaikuttavat myös perinnölliset tekijät. Saman ikäisten ikääntyneiden toimintakyky vaihtelee suuresti. Toimintakyky muuttuu iän myötä, mutta muutokset tapahtuvat eri tavalla ja eri nopeudella. Lisäksi vammat ja sairaudet heikentävät iäkkään toimintakykyä. Iäkkään toimintakyvyssä keskeistä on suoriutuminen arkielämän vaatimuksista. Hyvä toimintakyky on kykyä selviytyä päivittäisissä arjen toiminnoissa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19-21.)

Ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn arvioinnissa käytetään myös jaottelua fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen toimintakykyä. Arvioitaessa suoriutumista arjen toiminnoista, kuten päivittäisistä perustoiminnoista (BADL, Basic Activities of Daily Living), vaativammista kotona asumisen ja itsenäisen elämisen toiminnoista (IADL, Instrumental Activities of Daily Living) ja sosiaaliin suhteisiin ja harrastuksiin liittyvistä toiminnoista (AADL, Advanced Activities of Daily Living),

käytetään myös käsitettä yleinen toimintakyky, koska nämä toiminnot edellyttävät sekä fyysistä, kognitiivista että psykososiaalista toimintakykyä. ( Lyyra & Tiikkainen 2008, 61.)

Hoitosuositukset tulee perustaa potilaalle merkityksellisten vaikutusten osittamiseen. Kuntoutuksen asiakaslähtöisten ja yksilöllisten tavoitteiden saavuttamisen arviointiin on olemassa käyttökelpoisia menetelmiä. Autti-Rämön ja Komulaisen (2013, 4532-453) mukaan kuntoutuksessa toimintakyvyn muutosta kuvataan usein hoitosuositusten kannalta ongelmallisilla välillisillä mittareilla, esim. käden puristusvoimalla tai tuoilta seisomaan nousulla. Kuntoutujalle helppokäyttöisellä apuvälineellä voi kuitenkin olla suurempi merkitys kuin lihasvoiman parantamisella ( Salminen 2010, 10). Kuntoutuksessa oleellista on ihmisen toiminnan ja osallistumisen helpottaminen. Usein tämä onnistuu paremmin muuttamalla myös ympäristöä tai asenteita taikka käyttämällä apuvälineitä. ( Autti-Rämö & Komulainen 2013, 452-453.)

Kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi on lisäksi huolehdittava, että ikääntyneellä on käytössään liikkumisen ja näkökyvyn kannalta apuvälineet ja että kodin valaistus on riittävä. Kotona asuvan ikääntyvän alaraajojen voimaharjoittelu ja tasapainoharjoittelu parantavat tasapainon hallintaa, vähentävät kaatumista ja rakensavat samalla ikääntyvän hyvää arkea. Lihaskunnan harjoittaminen on liikkumiskyvyn, kuten portaissa kulkemisen, edellytys. Fyysisellä aktiivisuudella voidaan vähentää puoleen lonkkamurtumien ilmaantuvuutta. Kaatumistapaturmia voidaan ehkäistä myös lonkkasuojaimilla, kenkien liukusteilla, kiinnittämällä huomiota kaatumisriskiä lisääviin ympäristötekijöihin ja keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden annosteluun. ( Heinola 2007, 43.)

Ympäristötekijöiden, kuten esim. asuin- ja lähiympäristön esteettömyyden arviointi on hyvin vähäistä. Vaaramaan (2004, 30-31) mukaan asunnossaan liikuntaesteitä omaavilla todettiin olevan kaksinkertainen riski toimintakyvyn ongelmiin verrattuna esteettömissä asunnoissa asuviin. Myös ympäristön liikuntaesteiden osalta tulos oli samanlainen. Asuinympäristön liikuntaesteisyys on ensimmäinen tekijä, joka altistaa ongelmille itsenäisessä kodin- ja asioiden hoidossa silloin, kun

kyse on dementoituneesta henkilöstä. Seuraavassa vaiheessa erityisesti asunnon liikuntaesteisyys on asuinympäristöä tärkeämpiä, osoittaen, miten tärkeää kodin toimivuus on silloin, kun toimintakyky alkaa vakavasti horjua. Kotona asuminen tukemisen näkökulmasta asuin- ja lähiympäristön esteettömyyden arviointi ja toimenpiteiden pohtiminen esteettömyyden lisäämiseksi olisi hyvin tärkeää. (Voutilainen & Vaarama 2005, 30-31.)

#### 6.4.2 Kuntoutustarpeen arviointi

Asiantuntija ja kuntoutuja arvioivat yhteistyössä kuntoutustarpeen ja asettavat tavoitteet siten, että ne ovat kuntoutujalle merkityksellisiä ja noudattavat Boverd`Erdt ym. (2009, 352-361) määrittelemiä SMART-periaatetta (specific, measurable, relevant, timed). Tavoitteet määrittävät kuntoutuksen sisällön, intensiteetin ja keston. Kuntoutuminen edellyttää kuntoutujan ja hänen jokapäiväisen toimintansa kannalta merkityksellisten ihmisten osallistamista kuntoutuksen tarpeen ja tavoitteiden määrittämiseen, sen sisällön ja toteutuksen suunnitteluun sekä sen käytäntöön sovittamiseen. Optimaalisissa olosuhteissa vaikuttavaksi osoitettu menetelmä ei toimi käytännössä, jos kuntoutuja ei sitoudu tavoitteisiin tai jos lähiympäristö ei tue kuntoutujan muutosprosessia. (Autti-Rämö & Komulainen 2013, 452-453.)

lääkkään ihmisen toimintakykyä tulisi arvioida hänelle tutussa ympäristössä, normaaliin päivärhythmiin yhteydessä ja hänelle ominaisella, tutulla tavalla. Tärkeää on hahmottaa arvioinnissa myös se, että arvioitavat tekijät, kuten esim. päivittäisistä perustoiminnoista selviytyminen, on toiminnallinen kokonaisuus. Vaikka ihminen selviytyisikin jostakin yksittäisestä toiminnosta, hänen arkensa sujuminen ja avun tarpeensa näkökulmasta olennaista on se, miten hän selviytyy toiminnoista peräkkäisinä, yhtäjaksoisina suorituksina. (Voutilainen 2008, 130.)

Voutilaisen ja Vaaramaan (2005, 34-35) mukaan palvelujen saantiin liittyvät päätökset kunnissa perustuvat vain osittain toimintakyvyn arviointiin. Toimintakyvyn arviointia käytetään eniten palvelutarpeen arvioinnin pohjana omaishoidon tuen asiakkaiden kohdalla ja vähitellen päivätoiminnan ja päiväsairaalan palvelujen

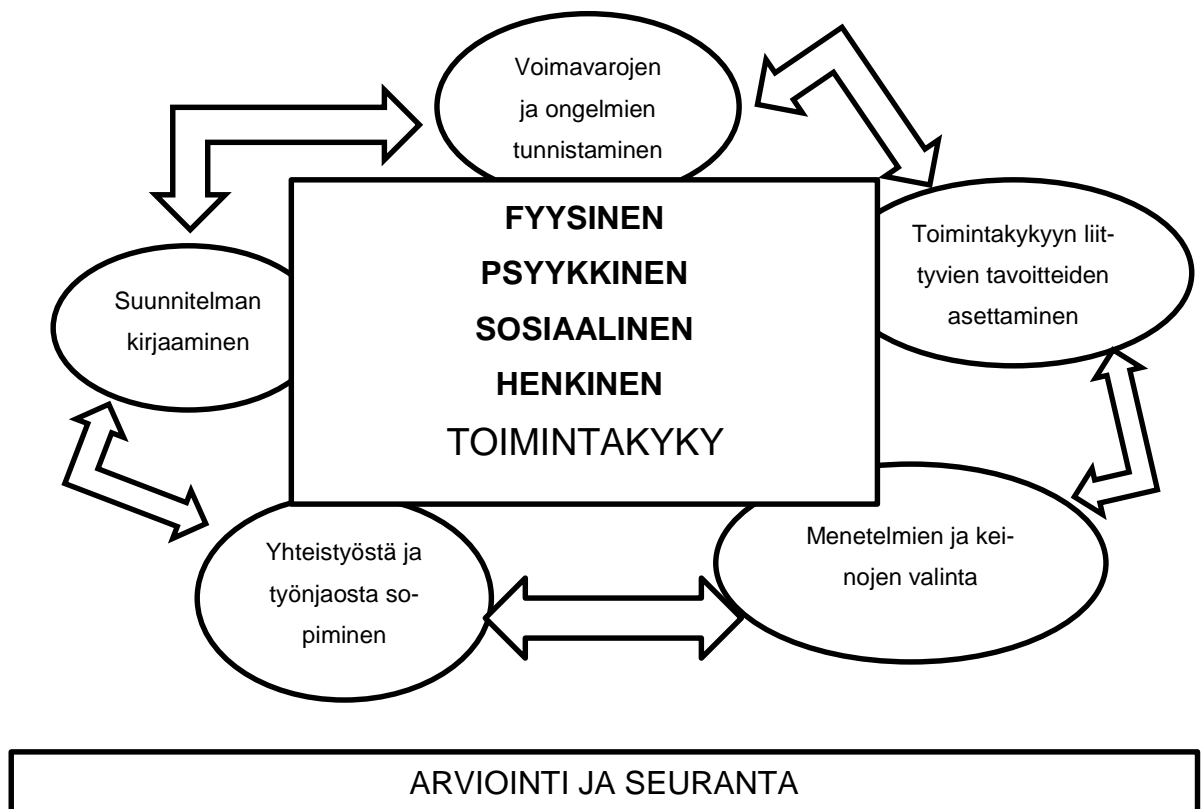
kohdalla. Kaikkia toimintakyvyn osa-alueita arvioidaan eniten omaishoidon tuessa. Laaja-alaisen toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin tulisi olla pohjana asiakkuudelle ja hoito -ja palvelusuunnitelmalle. Palveluiden vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden kannalta on ensiarvoisien tärkeää ohjata asiakas oikeaan aikaan hänen tarvitsemiensa palveluiden piiriin.

Law ym. (2004, 14) sekä Paltamaa ym. (2011, 35) tutkimuksen mukaan hyvän kuntoutuskäytännön tavoitteena on asiakkaan paras mahdollinen ja vaikuttava kuntoutus. Hyvä kuntoutuskäytäntö perustuu näyttöön, joka hyödyntää ja yhdistää vaikuttavuustutkimuksista, kuntoutuksen ammattilaisten kokemuksista ja kuntoutujalta tai hänen läheisiltään saatua tietoa sekä ottaa huomioon kuntoutujan yksilölliset tarpeet. Lisäksi Paltamaa ym. (2011, 35) tutkimuksen mukaan hyvän kuntoutuskäytännön on tunnistettu perustuvan asiakkaan yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittamiseen, oikeaan ajoitukseen, asiakkaan ongelmien ja vahvuuksien tunnistamiseen, tiedon ja kokemuksen soveltamiseen, kuntoutujan ja myös perheen tai omaisten osallistumiseen ja sitoutumiseen sekä järjestelmien avoimeen yhteistyöhön. ( Karhula, Peltonen, Suomela-Markkanen & Salminen 2015, 33.)

Corring & Cook (1999, 71-82); Sumsion & Law (2006, 153-62) tutkimusten ja Alaranta ym. (2008) ja Virtanen ym. (2011) kirjallisuuden mukaan asiakaslähtöisyys on hyvän kuntoutuskäytännön lähtökohta. Asiakaslähtöisyydellä tässä tarkoitetaan sitä, että asiakkaan tilanne ja tarve määrittävät toimintaa ja että asiakas on aktiivinen toimija omassa kuntoutuksessaan ja sen suunnittelussa. Tämä edellyttää, että kuntoutujan ja ammattilaiset yhteistyössä tunnistavat kuntoutustarpeet, laativat tavoitteet ja suunnittelevat kuntoutumista edistävät toimet. Ammattilaisilta asiakaslähtöisyys edellyttää tiedon ja vallan jakamista kuntoutujan kanssa tavalla, joka mahdollistaa yhteisen päätöksenteon. Olennaista on kuunnella kuntoutujaa ja luoda avointa kommunikointia sekä yhteistä päätöksentekoa mahdollistava ilmapiiri koko kuntoutusprosessin ajan. Asiakaslähtöisesti työskennellessään ammattilainen ottaa huomioon kuntoutujan kokemukset ja antaa mahdollisuuden tehdä erilaisia valintoja. Kuntoutujan ja ammattilaisen kumppanuussuhteesta muodostuu parhaimmillaan tasavertainen, neuvotteleva suhde, johon

kumpikin tuo oman asiantuntemuksensa ja jossa muodostetaan yhteinen näkemys ja suunnitelma tarvittavista kuntoutumista edistävästä toimista. ( Karhula, Peltonen, Suomela-Markkanen & Salminen 2015, 33.)

Alla oleva kuvio 5 selkeyttää palveluprosessia palvelutarpeen arvioinnissa ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Kaaviolla voidaan selventää myös esimerkiksi moniammatillisen työryhmän arviointiprosessi ikääntyneen palvelutarpeen arvioinnissa ja hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnassa. Toimintakyky on ikääntyneen keskeisin voimavara ja tarpeen määrittelyn lähtökohtana.



KUVIO 5 : Palvelutarpeen arviointiprosessi

## 7 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIKUVAUS

### 7.1. Toiminnallinen opinnäytetyö

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tutkiva ja kehittävä ote, joskin tutkimus on siinä lähinnä selvityksen tekemistä ja selvitys yksi tiedonhankinnan apuväline. Tutkiva ote näkyy teoreettisen lähestymistavan perusteltuina valintana, opinnäytetyöprosessin valintojen ja ratkaisujen perusteluina, pohtivana ja kriittisenä suhtautumisena tekemiseen ja kirjoittamiseen sekä tutkimusviestinnän vaatimusten täyttymisenä opinnäytetyötekstissä. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opettamista, toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toteutustapana voi olla kirja, vihko, kansio, opas tai järjestetty näyttely tai tapahtuma. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-169.) Tässä opinnäytetyössä toiminnallisuus näkyy työelämää kehittävä ja työelämän kanssa yhteistyönä valmistetun kuntoutuspolku-mallin tekemisenä. Sen avulla ammattihenkilöstölle ja käyttäjä-asiakkaille selkeytyy ikääntyneille suunnattujen palvelujen piiriin pääsy.

Toiminnallisen opinnäytetyön raportti on teksti, josta selviää mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut sekä minkälaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Raportista ilmenee myös se, kuinka oppija arvioi omaa oppimistaan ja tuotostaan. Toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluu raportin lisäksi itse produkti eli tuotos, joka on usein kirjallinen. Produktilta vaaditaan toisenlaisia tekstuaalisia ominaisuuksia kuin opinnäytetyöraportilta. Produktissa puhutellaan suoraan kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.) Raportoinnissa olen arvioinnut tuotosta ja opinnäytetyön tekemisen eri vaiheita.

Vilkkä ja Airaksisen (2003, 66) mukaan kokemuksen ja toiminnan mukaan syntyvä tietäminen on meille erityisen tärkeää. Tällainen tieto kumpuaa koettelemuksista, joita kohtaamme maailmassa niin arjessa, työssä kuin vapaa-ajassakin.

Useimmiten emme tietoisesti tutki mitään vaan olemme mukana siinä, mikä synnyttää uusia kokemuksia, ajatuksia, näkökulmia, arvioita ja halua muuttaa maailmaa. Tämä arjen tieto ja kokemukset auttavat meitä selviämään elämässä ja työssä paremmin. Olen pyrkinyt käyttämään hyödyksi ammattilaisten tietoa ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnista ja palvelujen piiriin pääsystä sekä kehittäjä-asiakkaiden kokemuksia ja toiveita vanhuspalveluista ja palvelujen piiriin pääsemisestä tuotteen tekemisessä.

Lähtökohtaisesti toiminnallinen ja tutkimuksellinen opinnäytetyö ovat monelta osin toistensa kaltaisia. Niissä on tietoperusta, toimijat, menetelmät, materiaalit ja aineistot sekä tuotos tai tulos. Ne myös etenevät loogisesti samansuuntaisesti aihevalinnan, rajauksen, työskentelyn suunnitteluun ja organisoimiseen sekä tuotoksen kautta arviointiin. Yleisellä tasolla keskeiset erot kehittämistoiminnan ja tutkimustyön välillä ilmenevät opinnäytetöissä tutkimisen ja kehittämisen menetelmissä, tiedonhankintatavoissa, materiaaleissa ja aineistoissa sekä näiden analyysissä ja hyödyntämisessä sekä tuotoksessa ja tuloksissa. Myös raporttien rakenteessa ja ulkoasussa on yleensä eroja. ( Salonen 2013, 5-6.)

Tärkeänä erona toiminnallisen opinnäytetyön ja tutkimuksellisen opinnäytetyön välillä voidaan pitää sitä, että toiminnallisessa opinnäytetyössä opiskelija tekee tuotoksen, kun tutkimuksellisen opinnäytetyön tuloksena syntyy uutta tietoa yleensä tutkimusraportin muodossa. Toinen oleellinen ero on siinä, että toiminnallisessa opinnäytetyössä toiminta, siis tuotokseen tähtäävä työn kehittäminen, edellyttää eri vaiheissa mukana olevia toimijoita. Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä keskeinen toimija on opiskelija. Kolmas ero näyttäytyy konkreettisesti jokapäiväisessä työskentelytavoissa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä eri toiminnan tai kehittämisen vaiheet kohti tuotosta etenevät toimijoiden kanssa dialogisessa tai trialogisessa vuorovaikutussuhteessa tietyssä toimintaympäristössä. ( Salonen 2013, 5-6.)

Ulla Jämsän ( 2014, 17-26) väitöskirjatutkimuksen mukaan ammattikorkeakoulujen tehtävänä on tuottaa työntekijöitä muuttuvan työelämän tarpeisiin ja toimia

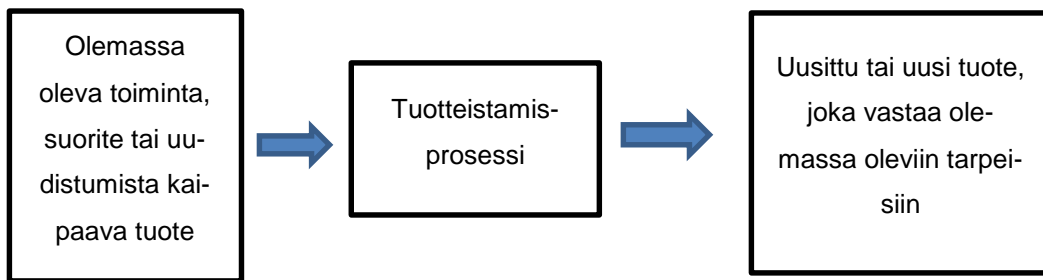
alueensa kehittäjinä. Ylempään ammattikorkeakoulutukseen kohdistuu vielä perustutkintoa korostetummin paineita kehittää työkäytäntöjä yhteistoiminnassa työelämän kanssa. Koulutuksessa korostetaan vahvaa teoreettiseen ja tutkimukselliseen kehittämiseen pohjautuvaa työskentelymallia. Tutkimuksen tulokset antoivat viitteitä siitä, että Master-tason koulutus tuotti kuntoutuksen palvelujen kehittämiseen uudenlaista asiantuntijuutta, joka onnistui yhdistämään teoria- ja tutkimustiedon käytännön työelämän kehittämiseen.

Tässä opinnäytetyössä päädyin käyttämään Jämsä ja Mannisen tuotteistamismallia. Tuotteistaminen voidaan jakaa uuden tuotteen kehittämiseen vanhan tuotteen pohjalta, tai kokonaan uuden tuotteen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla on arvokasta osaamista. Tämä osaaminen voidaan tuotteistaa Jämsän ja Mannisen mukaan. Heidän tuotteistamismalli on juuri suunnattu sosiaali- ja terveysalalle. Tuotteistamista voidaan käyttää esimerkiksi jo olemassa olevan palvelun laadun kehittämisen tarpeenmukaistamiseksi.

## 7.2 Tuotteistamisprosessin vaiheet

Jämsän ja Mannisen (2000, 13-40) mukaan hyvin suunnitellun tuotekehitysprosessin kautta syntyy laadukas ja elinkaareltaan pitkäikäinen aineeton tai aineellinen tuote. Tuotteistamisprosessin vaiheet voidaan jakaa viiteen eri osaan. Siirtyäessä vaiheesta toiseen edellisen vaiheen ei tarvitse olla päättynyt, esimerkiksi tuotteen luonnosteluvaiheessa voidaan saada asiakkaalta täsmennyksiä kehittämistarpeita. Ensimmäinen vaihe on tunnistaa ongelma tai kehittämistarve. Tavoitteena tässä vaiheessa on varmistaa, että on olemassa ongelma tai tarve, johon tuotekehitys auttaa. Toisessa vaiheessa, joka on ideavaihe, käytetään luovan ongelmanratkaisun menetelmiä. Ideoinnilla pyritään löytämään sellainen ratkaisu tai tuote, joka vastaa tarpeisiin. Kolmas vaihe on tuotteen luonnostelu, jossa hyödynnetään saatua tietoa tarvittavasta tuotteesta. Luonnosteluvaiheessa tietoa täsmennetään erilaisilla analyyseillä ja luodaan periaatteet ja tuotekuvaus siitä, mitä ollaan tekemässä. Neljäs, eli tuotteen kehittelyvaihe, kattaa tuotteen varsinaisen tekemisvaiheen ja se etenee eteenpäin tehdyn tuotekuvauksen mukaisesti. Tässä vaiheessa tuotetta voidaan esitellä ja arvioida, jonka pohjalta

sitä voidaan kehittää edelleen sekä valmistaa mallikappale. Viidennessä vaiheessa tuote viimeistellään. Tuotetta voidaan vielä korjata, jonka jälkeen saadaan aikaan käyttövalmis tuote. Tässä opinnäytetyössä tuotteistamista käytetään olemassa olevan palvelun kehittämiseen kuvio 6 mallin mukaan.



KUVIO 6 : Uuden tuotteen kehittäminen vanhentuneen pohjalta.

### 7.2.1 Kehittämistarpeiden tunnistaminen

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä käytetään organisaatiotasolla erilaisia laadun kehittämisen menetelmiä, joista yksi on arviointitiedon kerääminen nykyisistä palveluista. Ongelmalähtöisten lähestymistapojen tavoitteena on yleensä jo käytössä olevan palvelumuodon parantaminen, tuotteen edelleen kehittäminen, kun se tai sen laatu eivät enää vastaa tarkoitustaan. Ongelmien ja kehittämistarpeen täsmentämisessä keskeistä on selvittää ongelman laajuus eli keitä asiakasryhmiä ongelma koskettaa ja kuinka yleinen se on. ( Jämsä & Manninen 2000, 28-31.)

Tervolan kunnan väestö ikääntyy ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden riittävyyteen ja laatuun täytyy kiinnittää entistä enemmän huomiota. Omassa työssäni fysioterapeuttina ja yksityisenä palvelujentuottajana olen kohdannut puutteita ikääntyvien toimintakyvyssä, mikä aiheuttaa ongelmia selviytymisessä kotona. Tiedustellessani vanhuspuolen henkilöstöltä kuntoutuspolkua ikääntyneille

ilmeni, että Tervolassa ei ole kirjattua kuntoutuspolku-mallia ikääntyneille. Ryhdyin keräämään tietoa nykytilanteesta Tervolan kunnan vanhuspalvelun ammattihenkilöstöltä lomakekyselyn avulla. Saatujen lomakekyselyn vastausten perusteella selvitin kehittämistarpeen ja palvelun nykytilanteen Tervolan kunnassa.

#### 7.2.3.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen kyselylomakkeella

Teoreettisen tiedon keruun olin aloittanut jo syksyllä 2014. Kehittämistarpeen tunnistamiseksi ja nykytilanteen kartoittamiseksi suunnittelin kyselylomakkeen ammattihenkilöstölle, jotka tekevät ikääntyneiden palvelutarpeen arviointeja Tervolan kunnassa. Kyselylomakkeen esitestasi työelämän ohjaajani. Esitestauksen jälkeen lähetin kyselylomakkeet henkilökunnalle (6 henk.) huhtikuussa 2015. Anoin aikaa vastauksille kaksi viikkoa. Vastauksia tuli vain kaksi. Päätin lähettää uudelleen kyselylomakkeen nyt useammalle kuin palvelutarpeen arviointia tekeville ammattihenkilöille. Nyt kyselylomake lähetettiin myös muille vanhuspuolen toimihenkilöille ja kodinhoitajillekin, jolloin henkilömäärä nousi 16. Uusia kyselylomake vastauksia ei tullut. Tällöin päädyin analysoimaan sisällön analyysin avulla saatuja vastauksia.

Sisällönanalyysi on tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä toistettavia ja päteviä päätelmiä tutkimusaineiston suhteesta sen asia- ja sisältöyhteyteen. Se on työväline, jolla voidaan tuottaa uutta tietoa, uusia näkemyksiä sekä saattaa esiin piileviä tosiasioita. Tutkittava aineisto voi olla jokseenkin mitä tahansa, kunhan sillä on yhteyttä tutkittavan ilmiöön ja jos sitä voidaan koota, havainnoida ja analysoida. Tavoitteen tulee olla enemmän kuin vain sisällön kuvaus, tuloksen tulee liittyä ilmiön määrittelyyn tai sen taustalla oleviin henkilöihin tai kulttuurisiin, taloudellisiin, sosiaalisiin tms. seikkoihin laajemminkin. ( Anttila 2000, 120-135.)

Kyselylomakkeessa (LIITE 2) oli neljä avointa teemaa. Ensimmäinen teema, millainen on Tervolan kunnassa kotona asuvien vanhusten polku. Tällä teemalla pyrin selvittämään nykytilanteen kunnassa. Tähän teemaan vastattiin:

*” En osaa sanoa onko olemassa kuinka selkeää polkua laadittuna. Mielestäni meillä ei ole mitään polkua, jokainen tekee omanlaisensa vanhuksen tarpeiden pohjalta.”*

Vastauksista selveni, että Tervolan kunnassa avoterveydenhuollon henkilöstöllä ei ole valmista, yhtenevää ikääntyneiden kuntoutuspolku-mallia vanhuspalveluiden palveluarviointiin ja vanhuspalvelujen piiriin pääsemiseksi.

Toinen kyselylomakkeen teema liittyi palvelutarpeen arviointiin, millaisia palvelutarpeen arviointi menetelmiä työssäsä käytät. Tällä teemalla pyrin selvittämään tällä hetkellä käytössä olevia arviointimenetelmiä ammattihenkilöstöltä. Tähän vastattiin:

*” Itse käytän apuvälineinä erilaisia testejä ja talonpoikaisjärkeä, joilla tarvetta voi alkaa kartoittamaan ja elämän laatu pysyisi suht hyvänä ja turvallisena...”*

Vastauksista ilmeni, että ammattihenkilöstöllä ei ole tarkkaa ohjetta tai mallia, mitä menetelmiä yhtenäisesti käytetään ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Palvelujen laadun kannalta olisi tärkeää käyttää samanlaisia ja tarkoituksenmukaisia arviointimenetelmiä kaikille asiakkaille. Yhtenäinen kuntoutuspolku-mallin käyttö takaa yhdenvertaisen kohtelun palvelujen piiriin pääsemiseksi sekä parantaa ikääntyneiden palvelujen laatua.

Kolmantena teemana oli, miten palvelu- ja hoitosuunnitelman (kotona asuvat vanhukset) seuranta tapahtuu Tervolan kunnassa. Tällä teemalla selvitin miten palvelu- ja hoitosuunnitelmia arvioidaan ja seurataan, jotta ne vastaisivat asiakkaan sen hetkisiä tarpeita ja muutosherkkyyttä. Tähän vastattiin:

*” Omilta asiakkailtani kyselen, miten asiat menee autan tarvittaessa löytämään väyliä eteenpäin. Tämä ei taida olla kovin hyvin hallinnassa.”*

Vastauksien tuloksena ilmeni, että ammattihenkilöillä ei ole selvää kuntoutuspolku-mallia eikä valittuja arviointimenetelmiä ikääntyneiden palvelujen tarpeiden seurantaan ja arviointiin.

Neljäntenä teemana oli, millainen yhteistyöryhmä sinulla on. Tällä teemalla pyrin selvittämään kunnan moniammatillisen työryhmän kokoonpanoa henkilöstötasolla että asiantuntijatasolla. Tähän teemaan vastattiin:

*” Mitään varsinaista tiettyä ryhmää ei ole vaan aina tarpeen mukaan jonkun henkilön kanssa ( lääkärit, fysioterapeutti, kotisairaanhoidaja, muut terveydenhoitajat, vanhuspuolen ohjaaja jne.)”*

Tuloksena vastausten perusteella kävi ilmi, että ammattihenkilöstö hakee itse tarvittavan tiedon ja eri ammattilaisten asiantuntijatiedon ryhtyessään selvittämään ikääntyneen palvelutarvetta. Useasti ammattihenkilö, joka ottaa vastaan asiakkaan yhteydenoton ryhtyy itse selvittämään eri vaihtoehtoja palvelujen aikaansaamiseksi. Tähän kohtaan tarvittaisiin pysyvä ryhmä, jotka heti ryhtyisivät selvittämään asiakkaan kokonaiskuvaa moniammatillisesti sekä heidän palvelujen tarvetta. Tervolan moniammatillinen työryhmä (s.48) kokoontuu kerran kuukaudessa selvittämään asiakkaiden hoiva- ja asumistarvetta.

Kyselylomakkeiden avulla kartoitettu nykytilanne ammattihenkilöstöltä vahvisti sen tiedon, että kunnassa ei ole kotona asuville ikääntyneille kuntoutuspolkumallia. Avoterveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka tekevät palvelutarpeen arviointia kunnassa toimivat hyvin itsenäisesti. He konsultoivat eri ammattiryhmien asiantuntijoita tarvittaessa oman näkemyksensä mukaan. Yhtenäinen kuntoutuspolku-malli ammattihenkilöiltä puuttuu ja palvelutarpeen arviointiin sidoksissa olevan asiantuntijatyöryhmän ja ammattihenkilöstön yhteistyö puuttuu alku vaiheessa. Palvelutarpeen muutosten arviointiin ja seurantaan ei ole valittua menetelmää.

### 7.2.2 Ideointivaihe

Kun varmuus kehittämistarpeesta on saatu, mutta päätöstä ratkaisukeinoista ei ole tehty, käynnistyy ideointiprosessi eri vaihtoehtojen löytämiseksi. Tämä vaihe voi olla lyhyt, kun kyseessä on jo olemassa olevien tuotteiden uudistaminen vastaamaan käyttötarkoitustaan. Ratkaisuvaihtoehtoja voidaan löytää myös palautteita ja aloitteita keräämällä. ( Jämsä & Manninen 2000, 35.) Tässä vaiheessa

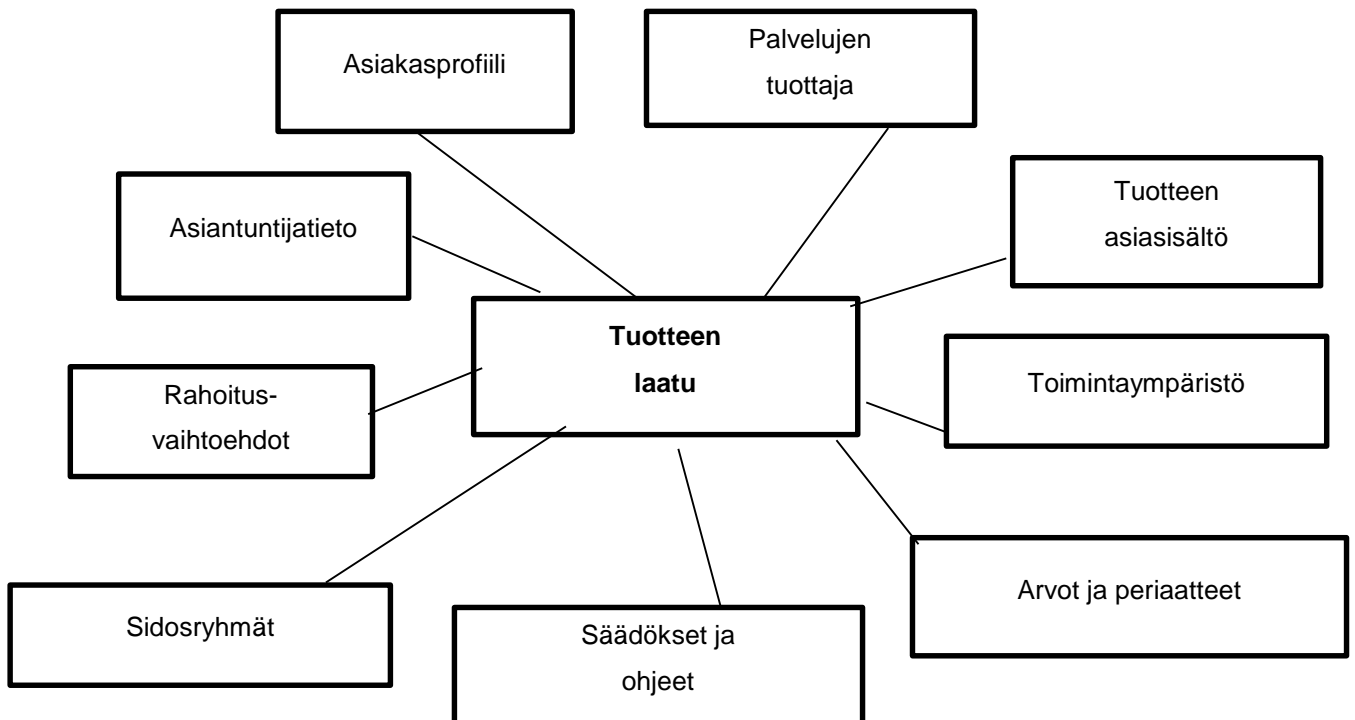
valitsin käytettävät menetelmät saadakseni tarpeenmukaiset tiedot opinnäytetyön tuotteen valmistamiseen.

Tässä opinnäytetyössä teoriapohjan sain kirjallisuudesta ja tietoa keräsin myös henkilöstölle suunnatulla kyselylomakkeella. Alkukartoitus tehtiin ammattihenkilöstölle, joka tekee palvelutarpeen arviointeja ikääntyneille. Näin saatiin tietoa nykytilanteesta Tervolan kunnassa. Teoriatiedon ja kyselylomakkeista saadun tiedon pohjalta tehtiin kuntoutuspolku-malli. Lisäksi hyödynsin Tervolan kunnan ikääntyneiden kokemuksia ja toiveita vanhuspalveluista kuntoutuspolun suunnittelussa. Vanhusten kokemukset ja toiveet sain kahdesta pitämästäni ideapäivästä toukokuussa 2015. Vanhusten kokemukset ja toiveet sain esille käyttämällä ryhmissä Learning Cafe`-menetelmää.

Learning Cafe` on työskentelymenetelmä, jossa on tavoitteena oppia yhdessä. Perusajatuksena on, että työskentely tapahtuu dialogisesti siten, että jokainen osallistuja voi tuoda esiin omat ajatuksensa. Oleellista on myös ideoiden tuottaminen ryhmissä ja niitä yhdessä reflektoiden sekä ideoiden edelleen kehittäminen. Menetelmän keskeisenä ajatuksena onkin, että sen avulla voidaan jakaa kokemuksia, luodaan uutta tietoa ja rakennetaan yhteistä näkemystä. Työskentely tapahtuu Learning Cafe`ssa pienissä ryhmissä niin kutsutuissa kahvilapöydissä. Kussakin kahvilapöydässä on oma aiheeseen liittyvä teema, josta keskustelua käydään. Jokaisessa pöydässä on puheenjohtaja, jonka tehtävänä on pitää yllä keskustelua ja olla apuna tarvittaessa kun asioita kirjataan ylös. Pöydässä on pöytäliinana esim. fläppipaperi, joka toimii muistiinpanovälineenä. On tarkoitus, että jokainen osallistuja voi kirjoittaa vapaasti ajatuksiaan ja keskustelun aiheita. Keskusteluaikaa yhdessä kahvilapöydässä on noin 10-20 minuuttia. Ajan päättymisen jälkeen osallistujat vaihtavat toiseen kahvilapöytäan, mutta jättävät pöytäliinan, eli tekemänsä muistiinpanot paikalleen. ( Lahtinen & Virtainlahti 2011.) Ideointipäivien tuotokset ovat liitteenä (3,4) kuvina.

### 7.2.3 Luonnosteluvaihe

Tuotteen luonnostelu käynnistyy, kun on tehty päätös siitä, millainen tuote on ai-  
komus suunnitella ja valmistaa. Luonnostelulle on ominaista analyysi siitä, mitkä  
eri tekijät ja näkökohdat ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista. ( Jämsä  
& Manninen 2000, 43.) Alla olevassa kuviossa ( 7) on esitelty tärkeimmät osa-  
alueet, jotka on selvitettävä tuotekehityksen luonnosteluvaiheessa. Näin turva-  
taan suunniteltavan tuotteen laatu.



KUVIO 7 : Tuotteen luonnostelua ohjaavat näkökohdat.

Palvelun tai tuotteen luonnostelu perustuu asiakasanalyysiin tai asiakasprofiilin  
laadintaan, jossa selvitetään asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tar-  
peet ja odotukset. Tavoitteena on täsmentää, ketkä ovat suunniteltavan tuotteen  
ensisijaiset hyödynsaajat ja millaisia he ovat palvelun tai tuotteen käyttäjinä. Te-  
hokkaimmin asiakkaita palvelee tuote, joka on suunniteltu ottaen huomioon käyt-  
täjäryhmän tarpeet, kyvyt ja muut ominaisuudet. Tuotteiden suunnittelussa. ja

valmistamisessa tarvitaan tuotekohtaista asiantuntemusta ja osaamista sekä niille ominaisia suunnittelu- ja valmistusmenetelmiä ja -välineitä. Viimeistään luonnosteluvaiheessa tulee tarve neuvotella niiden ammattilaisten kanssa, joilla on kokemusta suunnitteilla olevasta tuotteesta. Lisäksi tutustuminen kirjallisuuden avulla tuotteen tekemiseen osoittaa, minkä vaiheiden kautta ja mitä työmenetelmiä käyttäen tuote syntyy. Kirjallisuuteen perehtyminen ja asiantuntijatiedon hankinta auttaa tunnistamaan ne tekijät, joista syntyy tuotteen laatu. ( Jämsä & Manninen 2000, 43-52.)

#### 7.2.3.2 Asiakasanalyysi Learning Cafe`-menetelmällä

Toukokuussa 2015 pidin satunnaisesti valituille ikääntyvien ryhmille kaksi ideapäivää. Näiden ideapäivien tavoitteena oli hankkia lisätietoa Tervolan kunnan avoterveydenhuollon vanhuspalveluista, jotta voisin kuvata mahdollisimman asiakaslähtöisesti kuntoutuspolku-mallin kotona asuville ikääntyneille Tervolan kunnassa. Näillä ideapäivillä käytin tiedonkeruumenetelmänä Learning Cafe`-menetelmää. Ideointipäivänä aluksi esittelin opinnäytetyöni aiheen ja opastin päivässä käyttämäni menetelmän käyttöä. Päivät tuottivat paljon hyödyllistä tietoa käyttäjien kokemuksista sekä heidän toiveistaan vanhuspalveluista Tervolan kunnassa. Vastaukset olivat aika samankaltaisia näissä ryhmissä, johtuen siitä että pienen kunnan palvelutarjonta ei ole kovin laaja.

Ensimmäinen kehittäjäasiakkaiden keskustelutilaisuus pidettiin toukokuussa 2015. Valittu ryhmä oli satunnainen vanhusryhmä, joka kokoontui säännöllisesti joka toinen viikko. Ryhmässä oli 10 henkilöä jotka olivat keski-ikänsä noin 75-vuotiaita. Jaoin ryhmän kahteen yhtä suureen osaan. Ryhmille jaoin samanlaiset kysymykset, mitkä olin kirjoittanut papereiden yläosaan. Tavoitteena oli, että asiakkaat kirjoittaisivat papereille kysymyksiin vastaten omia mielipiteitään ja toiveitaan. Jokainen ryhmä sai vuorollaan eri kysymyspaperit. Kysymykset olivat; Mitä palveluja olet käyttänyt? Millaisia kokemuksia palveluiden käytöstä? ja Mitä palveluita tarvitaan arjessa selviytymisessä? Näillä kysymyksillä tutkin käyttäjäasiakkaiden kokemuksia ja toiveita Tervolan kunnan avoterveydenhuollon vanhuspalveluista.

Ensimmäisen Learning Cafe` -1 ryhmän vastaukset kysymykseen, mitä palveluja olet käyttänyt, vastattiin:

*”Aurauspalvelu, siivouspalvelu, ruokapalvelu, kuljetusapu ja kotisairaanhoidajan palveluja”.*

Tässä kohdassa vastauksena oli myös eri terveyskeskuksen tarjoamia palveluja, kuten lääkärin vastaanotto, vuositarkastukset, diabeteshoitajan ja astmahoitajan vastaanotot sekä ambulanssipalvelu. Tämän kysymyksen avulla selvitin käyttäjien käyttöastetta vanhuspalveluista ja tukipalveluista kunnassa. Kysymys herätti paljon keskustelua mm. siitä, että palvelut olivat mahdollista saada sivukylille, mutta taajamassa asuvat eivät saa esimerkiksi aurauspalvelua. Kunnan palvelut ovat keskittyneet taajamiin, joten sivukylillä asuvat eivät ole palvelujen piirissä. Toisaalta esimerkiksi kodinhoitajat ja kotisairaanhoidajat tekevät paljolti kotikäyn- tejä juuri sivukylillä.

Kysymykseen, millaisia kokemuksia on näistä palveluista, vastattiin:

*”Yleensäkin terveyskeskuksen hoitoihin ja tarjoamiin palveluihin pääsy oli helppoa ja nopeaa. Apuvälineitä saa”.*

Tässä kohdassa vastattiin, että diabeteksenhoitoon tarvittavat tarvikkeet olivat ilmaisia, aurauspalvelua käyttäneet olivat tyytyväisiä palveluun ja kodinhoitajan ja kotisairaanhoidajan käynnit koettiin riittäviksi. Tämän kysymyksen avulla selvitin käyttäjien kokemuksia käytetyistä palveluista. Asiasta keskusteltiin, että kokemuksia oli monenlaisia, hyviä ja huonoja, mutta pohjimmiltaan riittäviä tällä hetkellä. Asiakkaan omaa aktiivisuutta vaaditaan tänä päivänä palvelujen saamiseksi, mikä toisaalta voi olla työlästä. Näin ollen palveluista tietäminen ja niiden hakeminen pitäisi olla asiakkaille helpompaa ja avoimempaa. Tämä poistaa epä-tietoisuutta siitä, miten palvelujen piiriin yleensäkin päästään. Kunnan palvelut pitäisi olla selvästi esillä ja niistä vastaavat henkilöt merkittynä. Tämä läpinäkyvyys vahvistaa asiantuntijuutta ja luo uskottavuutta palvelurakenteeseen.

Kysymykseen, mitä palveluita tarvitaan arjessa selviytymisessä, vastattiin:

*”Kotiaskareapu, johon kuului siivous- ja ruoanlaittoapu ja keskusteleva kotikäynti sekä kotona liikkumisen helpottaminen sekä asiointiapua tarvitaan”.*

Tämän kysymyksen avulla selvitin käyttäjien toiveita vanhuspalveluun. Aiheesta keskustellessa vanhukset painottivat juuri kotona selviytymisen avustamista. Remontointiapu ja hoitopalvelujen saanti kotiin helpottaisi monen vanhuksen kotona selviytymistä. Asiakkaat toivoivat myös keskustelukumppania, mikä helpottaisi yksinäisyyttä varsinkin leskeksi jäämisen jälkeen. Asiointiapu koettiin myös tärkeänä, jos ei omistanut autoa. Välimatkat voivat olla pitkiäkin.

Toinen kehittäjäasiakkaille suunnattu ideapäivä ( Learning Cafe`-2 ryhmä) toteutettiin myös toukokuussa 2015. Siinä oli 15 henkilöä ja heidän keski-ikä oli noin 70 -vuotta. Tämä satunnaisesti valittu ryhmä kokoontui viikoittain ja heillä oli monenlaista järjestettyä toimintaa ryhmässä. Jaoin ryhmän kolmeen yhtä suureen osaan ja annoin kysymyspaperit ryhmiin. Kysymykset olivat samanlaiset, kuin Learning Cafe` -1 ryhmälle. Ryhmät kirjasivat omia mielipiteitään kysymyspaperille. Näiden kysymysten avulla tutkin kehittäjäasiakkaiden kokemuksia ja toiveita Tervolan kunnan avoterveydenhuollon vanhuspalveluista.

Kysymykseen, mitä palveluita olet käyttänyt, vastattiin:

*”Aamuneuvola ja Diabetes- ja Reumahoitajan palvelut ovat tutuimmat ”.*

Tämän kysymyksen avulla selvitin käyttäjien käyttöastetta vanhuspalveluista ja tukipalveluista kunnassa. Aoraus- ja kunnossapitopalvelu sekä asiointipalvelut olivat käytössä vain sivukylillä. Kuulo- ja muistitutkimuksiin pääsy oli ollut käyttäjien mielestä helppoa. Aiheesta keskusteltaessa vanhukset kertoivat saaneensa hyvin palveluita. He painottivat sitä, että täytyy itse osata kysellä ja anoa, jotta palveluita saa. Epätietoisuutta oli myös siitä, mitä palveluja on.

Toiseen kysymykseen, millaisia kokemuksia oli palvelujen käytöstä, vastattiin:

*” Apuvälineitä saa kotiin helposti sekä diabeteksen hoitoon liittyviä tarvikkeita.”*

Asiakkaiden mielestä kuitenkin julkinen kuntoutus kangerteli ja fysioterapiaan pääsy oli hankalaa pitkien jonotusaikojen vuoksi. Myös erikoissairaanhoidon ja jatkotutkimuksiin pääsy oli hankalaa. Tässä toisessa kehittäjäasiakasryhmässä ei ollut kokemusta kotisairaanhoidon palveluista ja hyvin vähän myös kotihoitosta. Tämän kysymyksen avulla selvitin käyttäjien kokemuksia käytetyistä palveluista. Tässä ryhmässä oli useimmilla kokemusta omaishoitajana olemisesta. Omaishoitoon liittyvät ongelmat oli juurikin hoitajan vapaapäivien järjestämisestä aiheutuvat ongelmat. Myös lyhytaikaiset lomituksot tuottivat ongelmia.

Kolmas kysymys, mitä palveluita tarvitaan arjessa selviytymisessä, vastattiin:

*” Neuvontapalveluidentarve, ystävä palvelut ja hyvinvointiteknologian tarve tulevaisuudessa. ”*

Tämän kysymyksen avulla selvitin käyttäjien toiveita vanhuspalveluun. Tulevaisuudessa kotona selviytymisessä tarvitaan esteettömyyttä ja toiminnallista kuntoutusta vastaajien mielestä. Myös peruspalveluiden kuten henkilökohtainen hyvinvointi, kotityöt ja esim. jalkojenhoito diabetespotilaille, kotiin tarjoamiselle nähtiin tarvetta. Useimmat olivat vakuuttuneita, että asiointi tapahtuisi tulevaisuudessa tietokoneen avulla esim. ajan varaus tai tarvikkeiden tilaus.

#### 7.2.4 Toimintamallin kehittälyvaihe

Tuotteen kehittäly etenee luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, rajausten ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Monet terveys- ja sosiaalialan tuotteet on tarkoitettu informaation välitykseen asiakkaille, organisaatioiden henkilökunnalle tai yhteistyötahoille. Informaation välittämisen periaatteita voidaan soveltaa laadittaessa hoito-ohjeita asiakkaiden ja heidän omaistensa käyttöön, toimintaohjeita henkilökunnalle sekä esittely- ja tiedotusmateriaalia yhteistyötahoille. Keskeisin sisältö muodostuu tosiasioista, jotka pyritään kertomaan mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Sosiaali- ja terveysalalla pyritään erikoistuneiden ja asiakaskohtaisten palvelujen tuottamiseen, joista esimerkkinä on lasten ja nuorten

sekä vanhusten palvelujen kehittäminen joko julkisessa palvelujärjestelmässä tai yksityisenä yritystoimintana. ( Jämsä & Manninen 2000, 54-75.)

Ryhdyin jäsentämään opinnäytetyöni teoreettista runkoa. Tämä sama runko ilmeni myös kuntoutuspolku-mallissa. Pyrin suunnittelussa huomioimaan kehittäjäasiakkaiden kokemukset ja toiveet sekä kyselylomakkein saadun ammattihenkilöstön vastaukset aiheesta. Pohdin myös työelämän toivetta, että kuntoutuspolku-malli olisi tietokonepohjainen ( exel-tiedosto), josta eri vaiheita klikkaamalla asiasta saisi lisätietoa, kommenttikenttä aukenee. Mallin piti olla selkeä ja yksinkertainen ammattihenkilöstölle mutta myös kehittäjä-asiakkaille.

#### 7.2.5 Toimintamallin viimeistelyvaihe

Tuotteen viimeistelyvaiheessa valmistuu tuote. Kaikkien tuotemuotojen kehittelyn eri vaiheissa tarvitaan palautetta ja arviointia. Parhaita keinoja on koekäyttää tai esitellään tuotetta sen valmisteluvaiheessa. Koekäyttäjinä voivat olla tuotekehitykseen osallistuvat tuotteen tilaajat ja asiakkaat. Palautteen antamista helpottaa, mikäli rinnalla on entinen tuote tai toimintaa tarkastellaan siinä valossa, että tuotetta ei ole lainkaan. Vertailussa tuotteen edut ja puutteet korostuvat, ja uuden tuotteen korjaamista ja kehittämistarve konkretisoituu. (Jämsä & Manninen 2000, 80-85.)

Viimeistely voi sisältää yksityiskohtien hiomista, käyttö- tai toteutusohjeiden laadintaa ja huoltotoimenpiteiden tai päivittämisen suunnittelua. Viimeistelyvaiheeseen sisältyy myös tuotteen jakelun suunnittelu, johon kiinteästi liittyy tehostettu markkinointi. Esimerkiksi laatukäsikirjan sisältämät ohjeet muuttuvat toiminnaksi vain, jos työntekijät tuntevat ohjeet, hyväksyvät ne ja sitoutuvat noudattamaan niitä. ( Jämsä & Manninen 2000, 80-81.)

Kuntoutuspolku-malli ja opinnäytetyö valmistui lokakuussa 2015. Marraskuussa esittelen kuntoutuspolku-mallin avohuollon esimiehelle sekä myöhemmin myös sosiaali- ja terveystalokunnalle sekä tutkimuksessa oleville vanhusryhmille. Kuntoutuspolku-mallia toivon testattavan käytännössä mahdollisimman pian.

Kuntoutuspolku-mallin korjaus ja sen arviointi käytännön kokeilun jälkeen voisivat olla jatkotutkimusehdotuksia. Toisena jatkotutkimusaiheena olisi selkeyttää moniammatillisen työryhmän toimintaa ja kokoonpanoa Tervolan kunnassa.

### 7.3 Kuntoutuspolku-malli ja sen arviointi

Valmiin tuotoksen eli kuntoutuspolku-mallin kotona asuville ikääntyneille Tervolan kunnassa, tulen esittelemään sosiaali- ja terveyslautakunnassa myöhemmin syksyllä 2015. Tarkoitukseni on ollut tehdä selkeä malli käytäntöön ammattihenkilöstölle sekä myös asiakkaille. Toivon mukaan ammattihenkilöt ottavat mallin käyttöön Tervolan kunnassa. Oman ammatillisen kasvun ja oppimisen hyödynnän tämän kautta tarjoamalla kunnalle mahdollisuuden ottaa käyttöön suunnittelemani malli ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen piiriin pääsemiseksi. Tulen hyödyntämään myös mediaa, jotta saan tekemäni mallin esille kunnassa.

Tervolan kunnasta löytyy peruspalvelut vanhushuoltoon sekä erilaisia tukipalveluja, joten opinnäytetyöni makrotason tehtävänä on kehittää ja selkeyttää palvelujen piiriin pääsyä ja parantaa olemassa olevien ikääntyneiden palvelujen laatua. Tärkein pääpaino tällä työllä oli suunnitella kuntoutuspolku-malli kotona asuville ikääntyneille, jota ammattilaiset käyttäisivät työssään kohdatessaan ikääntyneen, jotka ovat palvelujen tarpeessa. Myös alueellisesti aihe on tärkeä, koska kirjattua kuntoutuspolku-mallia ei Tervolan kunnan vanhuspalvelujen ammattihenkilöstöllä ole käytössä. Seutukunnallisesti kuntoutuspolun mallittaminen vaikuttaa myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden työkuvaan ja selkeyttämällä eri toimintatapoja ikääntyneiden kuntoutuksessa, hoidossa ja tukipalvelujen saannissa. Seutukunnallisesti yhtenevä ja selkeä malli parantaa alueen palvelujen laatua ja yhdenvertaistaa niitä. Palvelujen tuottaminen asiakaslähtöisesti parantaa palvelujen laatua. Myös ikääntyvät asiakkaat saavat selkeän tiedon esimerkiksi palvelujen piiriin pääsemiseksi. Tämä malli helpottaa myös ikääntyneiden omaisia ja heidän läheisiä palvelujen kartoittamisessa.

Moniammatillisesti tehty palvelutarpeen arviointi ja hoito- ja palvelusuunnitelma luo tarkoituksenmukaisia palveluita ikääntyneille. Moniammatillinen yhteistyöryhmä Tervolassa toimii palvelutarpeen määrittelyssä. Olisi hyvä selkeyttää moniammatillisen työryhmän kokoonpano ja työ ammattihenkilöstölle, jotka tekevät käytännön työtä ikääntyneiden parissa. Työryhmän asiantuntijuutta pitäisi hyödyntää myös arvioinnissa, joissa yksittäisten palvelujen yhdistämisellä luodaan palvelukokonaisuuksia. Tällöin kehitetään tarpeenmukainen palvelukonsepti ikääntyneille kunnassa. Jo pienikin apu arkeen helpottaa ikääntyneen kotona selviytymistä. Ennaltaehkäisevä ja oikea-aikainen palvelu ja apu voi siirtää toimintakyvyn alentumista ja avun tarpeen lisääntymistä.

Kuntoutuspolkuun ( KAAVIO 1) liittyy palvelutarpeen arviointi ja moniammatillinen yhteistyö. Palvelutarpeen arviointi on yksilöllinen prosessi. Arvioinnin käynnistää ikäihmisen tai hänen läheisensä yhteydenotto palveluista vastaavaan kunnan viranomaiseen joko yleisarvion tai tietyn palvelun saamiseksi. Yhteydenotto voi tulla esim. terveydenhuollosta ikäihmisen kotiutuessa sairaalasta. Yhteydenotto voi olla puhelinsoitto tai käynti terveydenhoitajan vastaanotolla tai lääkärin vastaanotolla. Pyynnön vastaanottaja tekee palvelutarpeen arvioinnin kiireellisyyttä koskevan tilannearvion ja päättää jatkotoimista yhdessä yhteydenottajan kanssa. Akuuttihoitoa tarvitsevat saavat palveluja heti. Muuten palvelujen piiriin pääseminen pitäisi tapahtua 3 kuukauden hoitotakuun sisällä.

Jatkotoimet vaihtelevat tilanteen mukaan. Joissakin selkeissä tapauksissa ei tarvita palvelutarpeen arviointia vaan asiakasta voidaan auttaa jo puhelimesta tai muulla tavoin annetulla neuvonnalla. Yhteydenottajalle voidaan esim. lähettää palvelun tai tuen hakemuslomakkeita. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi kotiutuminen leikkaushoidon jälkeen tai sairauteen liittyvät hoitotoimenpiteet. Joskus osoitus ottaa yhteyttä yksityisille palvelujen tarjoajille riittää alkutilanteesta selviämiseksi. Kodinhoitajat ja lähihoitajat tekevät asiakkaan kotona kodinhoitotöitä, saunotusta ja kaupassa käyntejä. Ateriapalvelusta saa päivittäin kotiin tuotuna ruoan. Kotisairaanhoidajat tekevät hoitotoimenpiteitä ja lääkityksen annostusta esimerkiksi dosettiin.

Palvelutarpeen arviointia tehtäessä ikäihmisen luo tehtävä kotikäynti tai kutsu vastaanotolle tai sosiaalitoimistoon ovat useimmiten tarpeen, jotta asiakkaan tilanteesta saadaan kattava kokonaiskuva. **Tässä yhteydessä hyvä käytäntö on arvioida ikäihmisen toimintakyky standardoidulla arviointimenetelmällä kattavasti, keskustella hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa tai muun läheisensä kanssa sekä havainnoida selviytymistä.** Kotikäynti on ensisijainen, sillä se antaa vastaanotolla tehtävää arviointia enemmän tietoa ikäihmisen selviytymisestä arjessa. Kotiarviointikäyntejä tekevät Tervolan kunnassa vanhuspalvelujohtaja- ja/tai -esimies, -ohjaaja sekä kotisairaanhoidaja. Palvelutarpeesta päättää kotisairaanhoidopiirin lääkäri. Myönnetyn palvelutarpeen lisäksi tehdään aina myös palvelu- ja hoitosuunnitelma kirjallisesti, jonka tekee vanhuspalveluohjaaja.

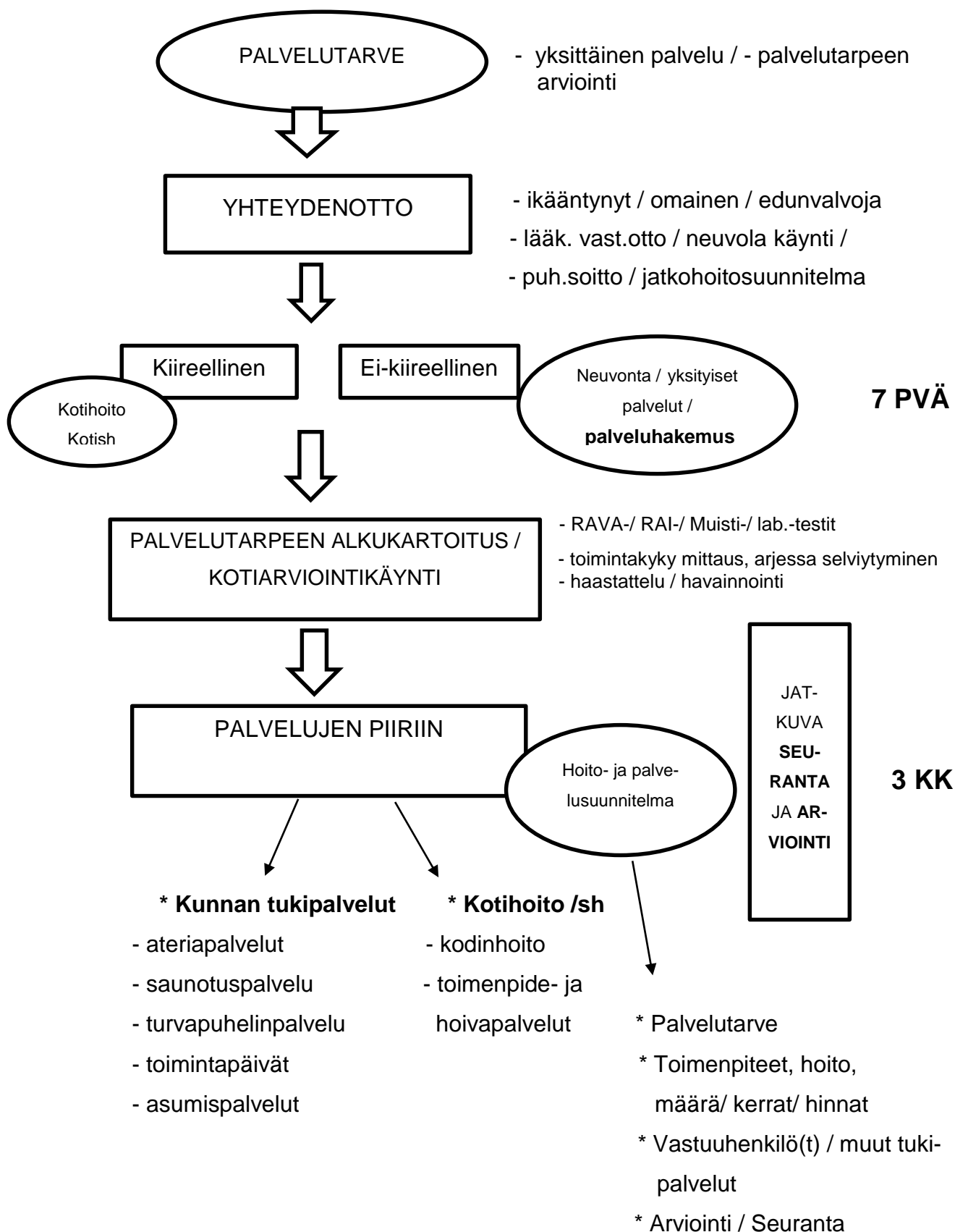
Mikäli palvelutarpeen arviointi todetaan yhteydenoton perusteella kiireelliseksi, toimenpiteet on käynnistettävä heti. Ei-kiireellisissä tapauksissa 80 -vuotta täytäneillä ja Kelan eläkkeensaajien ns. erityishoitotukea saavilla henkilöillä on oikeus palvelutarpeen arviointiin 7 arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Kunnassa sovitaan ketkä viranomaiset tekevät arvion palvelun tarpeesta. Heidän yhteystietonsa tulee olla helposti kuntalaisten saatavilla. Arviointi perustuu asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheisensä (tai laillisen edustajansa taikka edunvalvojansa) haastatteluun, havainnointiin ja apua tarvitsevan henkilön toimintakyvyn arviointiin toimintakykymittareiden avulla yleensä asiakkaan kotona. ( STM tiedote 2006.)

Palvelujen myöntäminen perustuu asiakkaan hakemukseen ja kunnan viranomaisen tekemään päätökseen. Joissakin kiireellisissä tapauksissa, kuten esim. asiakkaan kotiutuessa sairaalasta, palvelut voidaan käynnistää välittömästi enne kuin asiakasta on tavattu tai päätöksiä palvelujen antamisesta on tehty. Päätökset palvelujen myöntämisestä tai myöntämättä jättämisestä annetaan kirjallisina. Jos päätös on kokonaan tai osittain kielteinen, tulee päätöksessä kuvata ne perustelut, joihin päätös perustuu. Päätöksestä on oikeus valittaa. Tärkeää olisi selvittää myös kotiutustilanteessa onko kotona ketään avustamassa asiakasta ja selviytyykö asiakas kotona esimerkiksi viikon vuodeosastojakson jälkeen. Usein

tarvittaisiin avustusta jonkin aikaa kotiuttamisesta, jotta välttyttäisiin ongelmatilanteilta, jotka voivat aiheuttaa uuden sairaalakäynnin. ( STM tiedote 2006.)

Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta alkaa usein jo ensimmäisen arviointikäynnin yhteydessä, minkä jälkeen suunnitelmaa tarkistetaan säännöllisesti vastaamaan asiakkaan muuttuvaa toimintakykyä. Päätökset palveluista ja niistä perittävistä maksuista tehdään yleensä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen jälkeen. Olisi hyvä myös nimetä asiakirjoihin myös vastuuhenkilö/t. Ikäihmisen luokse tehty arviointikäynti kirjataan asiakastietojärjestelmään silloin, kun kyseessä on 80 -vuotta täyttänyt tai Kelan maksamaa eläkkeensaajan erityishoitotukea saava henkilö. Näin menetellen palvelujen tarpeen arvioinnin toteuttamista määräajassa voidaan seurata esimerkiksi kuntatasolla. ( STM tiedote 2006.)

Vaikka palvelutarpeen arviointia ei voida pitää erillisenä sosiaalipalveluna, palvelutarpeen arviointia hakeva henkilö voidaan rinnastaa sosiaalipalveluja hakevaan henkilöön, vaikkei hän nimenomaan vielä hae tiettyä sosiaalipalvelua. Sosiaalihuoltolain 40 a §:n mukainen palvelutarpeen arviointi edellyttää asianomaisen henkilön suostumusta. Palvelutarpeen arvioinnissa käytettäviä asiakirjoja ovat lähinnä toimintakykymittareiden käyttöön liittyvät lomakkeet ja hoito – ja palvelusuunnitelmalomake. ( STM tiedote 2006.)



KAAVIO 1: Kuntoutuspolku kotona asuville ikääntyneille Tervolan kunnassa

#### 7.4. Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyön edellä määriteltyjen tehtävän ja tarkoituksen lisäksi opinnäytetyötyöskentelyyn liittyviä tavoitteita ovat olleet suunnitelmallinen työskentely, tarkoituksenmukainen tiedonhaku sekä vastuullisen ja itsenäisen työn toteuttaminen. Tavoitteisiin on kuulunut myös laaja-alainen opintojen teoreettisten soveltaminen reaalisten, käytännön työelämän ongelmien ratkaisussa sekä yhteistyö opiskelun ja työelämän välillä.

Opinnäytetyön tuloksena syntyneessä kuntoutuspolku-mallissa esitellään Tervolan kunnan kotona asuvien ikääntyneiden kuntoutuspolku. Mallin suunnittelu ja ennen kaikkea sen kirjaaminen helpottaa ammattihenkilöstöä ja kaikkia, jotka työskentelevät kotona asuvien vanhusten kanssa, toimimaan yhdenmukaisesti ja yhdenvertaisesti. Myös moniammatillisen työryhmän selvittäminen kuntoutuksessa ja palvelutarpeen arvioinnissa oli olennaisen tärkeää. Näin toimintamallit yhtenevät ja palvelun laatu paranee. Myös ikääntyneet hyötyvät mallista selkeyttäen ikääntyneiden palvelujen piiriin pääsyä. Yhtenevä malli tarjoaa tasa-arvoisen palvelun ja selvän konseptin, jolla edetään tarpeenmukaisten palveluiden suunnittelussa, arvioinnissa ja toteutuksessa niin ammattilaisille kuin esimerkiksi omaisille ja ikääntyneille asiakkaille.

Kuntoutuksen korostaminen ja fysioterapeutin asiantuntijuuden korostaminen kotona asuvien ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämisessä on ollut myös yksi työelämäkohtainen tehtäväni. Mielestäni kotiarviointi käynneillä fysioterapeutti voisi olla mukana arvioimassa arjessa selviytymistä ja toimintakykyä. Samalla fysioterapeutti voisi arvioida apuvälinetarpeet ja kodinmuutostyöt. Usein pienillä muutoksilla helpotetaan asiakkaan kotona selviytymistä. Aluetason tavoitteenani on ollut kehittää Tervolan kunnassa kuntoutuspolku-malli, jolla voidaan vaikuttaa ikääntyneiden palveluiden laatuun ja niiden kehittämiseen. Mallin tekeminen vaikuttaa myös seutukunnallisesti yhtenäistämällä naapurikuntien kanssa palvelujen piiriin pääsyä mallia.

Kirjoitusprosessi on ollut minulle helppoa. Työssäni joudun olemaan suunnitelmallinen ja järjestelmällinen, joten sen toteuttaminen opinnäytetyönprosessin eri vaiheissa oli helppoa. Kokemusten hyväksi käyttäminen niin fysioterapeuttina kuin yksityisenä palveluntuottajan näkökulmasta tähän työhön on ollut haasteellisinta. Olen mielestäni onnistunut tässä hyvin. Olen kehittynyt ammatillisesti ja selkeyttänyt asiantuntijuuttani ikääntyneiden arjessa selviytymisen osalta. Palvelujentarjoajana on luonut uuden konseptin ikääntyneiden arjessa selviytymiseen. Koulutuksen osatavoitteita ovat olleet esimiestyö ja asiantuntijuus, johon olen saanut paljon hyödyllisiä tietoja ja taitoja. Tämä opinnäytetyö on minusta hyvä osoitus siitä. Uskon tuotoksen vastaavan myös opinnäytetyölleni antamiani tarkoitusta ja tavoitteita.

## 8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusentekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkaisemiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Siihen kuuluu noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, mikä on rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja niiden tulosten arvioinnissa. ( Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 23-27.)

Hyvään käytäntöön kuuluu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteuttaminen tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistaessaan. Eettisesti oikein toimiva tutkija ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla niin, että he kunnioittavat näiden työtä ja antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistaessaan. ( Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 23-27.)

Eettisyyttä ja luotettavuutta on tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportoinnin yksityiskohtaisuus tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla sekä tutkimusryhmän jäsenten asema, oikeudet, osuus tekijyydestä, vastuut ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset on määritelty ja kirjattu kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Myös internetin käyttö tutkimuksen aineistona tuo esiin uusia eettisiä kysymyksiä. ( Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 23-27.)

Tämä työ on toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyön tuotos on kuntoutuspolku-malli ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnin selkeyttämiseen ja palvelujen laadun kehittämiseen Tervolan kunnan vanhuspalvelussa. Aiheen valintaan

on vaikuttanut koulutustaustani (fysioterapia) sekä pitkä työkokemus ikääntyneiden kuntoutuksen parissa. Olin myös kiinnostunut siitä, onko kunnalla kuntoutuspolku-mallia kotona asuville ikääntyneille. Laitoshoidossa on selkeä malli miten asiat etenevät hoitotarpeen lisääntyessä. Työllä oli selkeä työelämälähtöinen tarve.

Tässä opinnäyteyössä olen pyrkinyt toimimaan eettisesti, luotettavasti sekä hyvän käytännön mukaisesti. Olen anonut tutkimusluvan kunnan sosiaali- ja terveysjohtajalta, minkä jälkeen lähetin kyselylomakkeen ammattihenkilöstölle. Kyselylomakkeen esitesti työelämän edustaja. Kyselylomakkeen saatteessa ilmoitin vastauksien pysyvän nimettöminä. Vastauksia tuli vähän, mikä on tämän tutkimuksen huono puoli. Oma kokemuksellinen tieto siitä, että mallia ei ole käytössä antoi vahvistuksen vastauksien perusteella. Ryhdyin suunnittelemaan teoritiedon ja vastauksien perusteella kuntoutuspolku-mallia ikääntyneille.

Teoriatietoa pyrin keräämään kirjallisuudesta, mikä oli mahdollisimman uutta. Myös kirjoittajien asiantuntijuus oli tärkeässä asemassa tiedon keruussa. Lähde-merkinnät pyrin tekemään oikein ja selkeästi. Raportoinnissa pyrin selkeyteen ja toiminnan kuvauksessa yksityiskohtaiseen merkitsemiseen. Tuotoksesta pyrin tekemään mahdollisimman havainnollisen ja selkeän. Tärkeänä tässä työssä oli se, että tuotos, kuntoutuspolku-malli, olisi räätälöity Tervolan kunnan vanhuspalveluun. Prosessin mallittaminen lähti lainsäädännöstä ja teoritiedosta. Kuvaukseen lisäsin myös ammattihenkilöstön tiedon sekä ikääntyneiden kokemuksia ja toiveita vanhuspalveluista. Näin kuvattu malli vastaa Tervolan kunnan palvelukonseptia ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa.

## 9 POHDINTAA JA JATKOTUTKIMUKSEN AIHEITA

Ikäihmisten kotona asumisen tukeminen on suomalaisen ikääntymispolitiikan keskeisiä tavoitteita. Ikäihmisten näkökulmasta kotihoidon saatavuuden parantamisen lisäksi haasteena on palvelun sisällön kehittäminen vastaamaan nykyistä enemmän ikääntyneiden omia tarpeita. Tulevaisuuden palvelukonseptia on tavoitteellisesti kehitettävä sekä tutkitun tiedon että olemassa olevien hyvien käytäntöjen pohjalta. Kotona asumista voidaan merkittävästi tukea kehittämällä ja lisäämällä erilaisia välimuotoisia palveluita, joiden avulla voidaan myös myöhentää pitkäaikaishoidon ja -hoivan tarvetta, vähentää epätarkoituksenmukaista sairaalahoitoa sekä tukea kotiutumista sairaalasta. Näitä palveluita ovat mm. kuntouttava päivätoiminta tai lyhytaikaishoitojaksot. ( Voutilainen 2008, 117-118.) Yksityisten palvelutarjoajien palvelut ikääntyneille vastaavat tähän tarjontaan. Monipuoliset palvelut voivat olla osa ikääntyneen kotona asuvan sujuvampaa arkea. Ikääntyneet ovat halukkaita tänä päivänä ostamaan näitä palveluja.

Vanhusbarometrin mukaan yksityisten palveluiden tai vapaaehtoistyöjärjestöjen antama apu oli harvinaista ikääntyvillä vuosituhannen vaihteessa. Osa syynä voi olla, että kunnallisten palveluiden tiukentunut kohdentuminen ja kohenneet palvelumaksut. Tänä päivänä uusia palveluita kokeilee posti yhteistyössä kuntien vanhuspalveluiden kanssa. ( Korolainen 2001, 6.) Uusia yksityisiä yrityksiä vanhuspalvelujen tuottamiseen on syntynyt myös Tervolassa. Tiedottaminen heistä ikääntyneille olisi hyvin tärkeää ja mahdollinen yhteistyö yrittäjien ja kunnan kanssa olisi myös tarpeellista, jotta käyttäjäasiakkailta olisi tarpeellinen ja ajantasainen tieto palvelujentuottajista. Nykyään voidaan käyttää kunnissa myös palveluseteliä ostaessa yksityisiltä palvelujentarjoajilta palveluita.

Päävastuu iäkkäiden väestön hoidosta ja hoivasta sekä toimintakykyä edistävästä palveluista ja kuntoutuksesta on kunnallisella sosiaali- ja terveydenhuollolla. Palveluissa tulisi turvata toimiva perusterveydenhuolto ja palveluketjujen sujuvuus perusterveydenhuolto-erikoissairaanhoidon-kotihoito – akselilla. Iäkkäiden palvelut eivät kaikilta osin muodosta sosiaali- ja terveydenhuollossa saumatonta koko-

naisuutta, joka koostuisi ehkäisevistä ja kuntouttavista palveluista hoivaan ja hoitoon aina ympärivuorokautiseen hoitoon asti. Eri palvelujen koordinaatio on puutteellinen. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri yksiköissä asiakkaille saatetaan laatia päällekkäisiä hoito- ja palvelusuunnitelmia ja jopa useita kuntoutussuunnitelmia. ( HE 90/201.) Palveluketjun ja asiakastyön rakentaminen sektoroituneissa palvelujärjestelmissä edellyttää ylisektorien tapahtuvaa ja moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö parantaa palveluja ja niiden laatua vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja oikea-aikaisia toimenpiteitä.

Ikääntyvien lähipalvelujen käyttöön ja asioiden hoitamiseen vaikuttavat palvelujen etäisyydet kodista ja asioinnin tarve ( Korolainen 2001, 6). Maaseutukunnissa, kuten Tervolassa välimatkat ovat pitkiä ja palvelut ovat keskittyneet taajaan. Asioiden hoitamiseen käytetään esimerkiksi tietokonetta ja pankkien suoraveloitujärjestelmän avulla voi vähentää pankkiasioiden hoitamista. Usein ikääntyvät asuvat myös omakotitalossa, jossa on paljon fyysisesti raskaita töitä, kuten lumen luonti ja lämmitysjärjestelmä. Toimintakyvyn ja hyvän terveydentilan merkitys tällöin korostuu. Kaikilla ikääntyneillä ei ole vielä käytössä myöskään hyvinvointiteknologisia laitteita, joilla voitaisiin helpottaa asiointia ja yhteydenpitoa.

Päivärinnan (1998, 55-63) mukaan liikkumiseen ja kunnan ylläpitämiseen sekä fyysisen suorituskyvyn paraneminen ovat kaikki myönteisiä elämänlaatuun ja sosiaalisiin suhteisiin vaikuttavia tekijöitä ikääntyneille. Myönteiset liikunnan kokemukset auttavat myös hyväksymään toimintakyvyn muutoksia. Kuntoutuksen onnistumiseksi tulisi huomioida ikääntyvien kuljetusten järjestäminen siten, että joko kuljetusmaksut sisältyisivät kurssihintaan tai ikääntyville järjestettäisiin yhteiskuljetus kuntoutukseen yhteistyössä kunnan ja palveluntuottajan kanssa. Myös palveluntuottajalta vaaditaan entistä enemmän kuntoutuksen sisällön tarkentamista ja toimintojen joustavuutta, jotta ikääntyvien tarpeet ja palvelut kohtaisivat mahdollisimman hyvin. ( Korolainen 2001, 45-50.)

Toimintakykyarviointien tuloksia voidaan hyödyntää paitsi yksilötasolla myös laajemmin kunnan palvelujärjestelmää kehittäessä. Palveluiden tarpeeseen vaikuttavat monet tekijät, jotka on otettava huomioon ikäihmisten palvelujärjestelmää kehittäessä. Ehkäisevä toiminta pitää aloittaa ennen kuin ikääntyneen selviytymiskyky on selvästi heikentynyt. Vanhustyön kannalta on tärkeää, että kaikkiallainen paikallinen palveluntarjonta ja apu, joka helpottaa vanhuksien arkea ja toimii vanhustyön näkökulmasta ennaltaehkäisevästi, on kaikkien tiedossa. ( Starck-Pirskanen 2009, 34-37.)

Tänä päivänä kotikuntoutus on yleistynyt. Omaiset tai muut iäkkään läheiset ottavat yhteyttä kuntoutusyrittäjään ja pyytävät toimintakyvyn arviointia ja ohjausta toimintakyvyn eri osa-alueisiin. Ennaltaehkäisevän työn merkitys arjessa selviytymisessä on suuri. Myös tilanteen säännöllinen arviointi edesauttaa toimintakyvyn ylläpidossa. Ikääntyneiden muuttuva toimintakyky, toimintakyvyn eri osa-alueiden ongelmat aiheuttavat arjessa monia ongelmia.

Ikääntyneiden toimintakykyä ja selviytymistä voidaan parantaa ennalta ehkäisemällä ongelmia. Tällaisia ovat mm. kaatumistapaturmat ja asianmukainen lääkkeiden käyttö sekä ikääntyneiden vanhushuollon kehittäminen. Esimerkiksi neuvolat, joissa tehdään säännöllisesti terveystarkastuksia, seurataan toimintakyvyn eri osa-alueita, itsehoidon tukeminen ja lääkkeiden käytön valvonta vähentävät hoitojärjestelmän paineita. Näin voidaan vaikuttaa palvelujen tarpeeseen ja kysyntään. Ehkäisevä työ on pitkäjänteistä ja silloin pitää tarkastella koko toimijoiden verkostoa, jonka toimenpiteillä on vaikutuksia ikääntyneiden hyvinvointiin ja terveyteen. Tärkeä merkitys ikääntyneiden kotona selviytymiseen on myös sairauksien hyvällä hoidolla, samoin asuntojen kunnolla ja toimivalla apuvälinehuollolla. ( Starck-Pirskanen 2009, 6.)

Häkkinen (2002) toteaa kirjassaan, että ikääntyneet tulevat tarvitsemaan uusia apuvälineitä, turvalaitteita, jotka ovat varta vasten heille suunnattuja. Osa on itse kustantamia, vaikka osa tulee olemaan kunnan järjestämiä. Esteetön asunto ja ympäristö antavat iäkkäille ihmisille mahdollisuuden liikkua ja suoriutua arjesta,

oman aktiivisuuden ja motiivin avulla. Sekä antaa mahdollisuuden ikääntyneelle asua mahdollisimman pitkään omassa kodissa. ( Starck-Pirskanen 2009, 12.)

Kotona selviytymisen kannalta eräs tärkeä toimintakyvyn muoto on liikuntakyky. Liikunnan merkitys perustuu siihen, että se lisää rasituksen sietokykyä ja parantaa selviytymiskykyä arkielämän toiminnoissa. Liikunta lisää rasituksen sietokykyä sekä vahvistaa luustoa. Liikunnan avulla myös ehkäistään verenpainetautia ja sokeritautia. ( Starck-Pirskanen 2009, 12.) Tähän fysioterapeutin asiantuntijuus vastaa hyvin. Tätä asiantuntijuutta pitäisi käyttää enemmän myös kotikuntoutuksessa.

Ulla Jämsän ( 2014, 68) väitöskirjatutkimuksesta ilmenee, että kuntoutuksen merkitys yhteiskunnassa vahvistuu koko ajan ja siihen kohdistuu yhteiskunnan palveluna vaatimuksia toiminnan vaikuttavuudesta. Asiakslähtöisellä, oikea-aikaisella ja oikein kohdennetulla kuntoutuksella on merkitystä sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta, kun kuntoutuksen painopiste siirtyy korjaavista kuntoutuksista terveyttä edistävään kuntoutukseen. Kuntoutuspalveluiden kehittäminen edellyttää vahvaa kuntoutuksen tietopohjaa, jota ylempi ammattikorkeakoulutus tarjoaa. Tutkija Satu Korhosen mukaan tulevaisuuden yhteiskunnille toimintakyky on voimavara, joka voi myös käydä vähiin. Ikääntyvässä ja elämäntapasairauksien rasittamassa väestössä toimintakyvyn vahvistaminen on tapa lisätä myös yhteiskunnan voimavaroja. Tämä lisää kuntoutusosaamisen kysyntää. ( Korhonen 2014, 70.)

Tämän opinnäytteen jatkotutkimusaiheita olisi käytössä olleen mallin arviointi ja korjaaminen. Myös sen alueellinen ja seutukunnallinen vaikuttavuutta voitaisiin tutkia. Samoin moniammatillisen työryhmän toimintaa ja sen kokoonpanoa olisi hyvä tutkia lisää. Tervolan kunnan muidenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden mallittaminen olisi myös tärkeää. Kuntoutuspolku-mallin eri kohtiin voitaisiin suunnata arviointia ja tutkimuksia esimerkiksi miten kotona asuvan ikääntyneen palvelutarvetta arvioidaan ja muutosten jälkeen uudelleen suunnitellaan.

Palvelujärjestelmän ja palveluiden mallittamisen avulla pystytään kehittämään palveluita kunnissa. Niin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen kuin kunnan tavoitteena on turvata yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat palvelut. Niiden tavoitteena on myös toteuttaa kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne. Tähän laadun kehittämiseen on otettava mukaan asiakkaiden näkemykset palveluista, jotta palvelut olisivat tarvelähtöisiä. Tässä työssä olen hyödyntänyt myös käyttäjä-asiakkaiden kokemuksia ja toiveita ikääntyneiden palveluista.

## LÄHTEET

- Anttila, P. 2000. Tutkimuksen taito ja tiedon hankinta. Hamina: Akatiimi.
- Autti-Rämö, I. & Komulainen, J. 2013. Kuntoutus perustuu tietoon –kuntoutumisen mahdollistavat asenteet, prosessit, osaaminen ja yksilöllisyys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 5/2013. 452-453.
- Cameron, I. D. & Kurrle, S. E. 2002. Rehabilitation and older people. Rehabilitation Medicine 177: 387-391.
- Corring, D. & Cook, J. 1999. Client-centered care means that I am a valued human being. Can J Occup Ther 66, 71-82.
- Demers, L., Ska, B. & Desrosiers, J. 2004. Development of a conceptual framework for the assessment of geriatric rehabilitation outcomes. Arch Gerontol Geriatr 38: 221-237.
- Dunlop, D., Hughes, S. & Manheim, L. 1997. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. American Journal of Public Health 87, 378-383.
- Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. 2007. Omaishoito yhteistyönä, iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.
- Eloranta, S., Arve, S. & Routsalo, P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. Gerontologia 3/2009: 136-145.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Viitattu 13.7.2015 <http://www.potilasliitto.fi/laki/Erikoissairaanhoitolaki.htm>
- Gustafsson, A. 2014. Aktiivisesti ikääntyen! Katsaus aktiivisen ikääntymisen nykytilaan Alankomaissa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.
- Harri-Lehtonen, O., Isosaari, I., Laitinen, P., Luomaranta, S., Talvenheimo-Pesu, A., Tartia-Jalonen, A. & Viippola, A. 2005 Voimavaroja etsimässä, ikäihmisten kuntoutusneuvola. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry:n julkaisuja. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

HE 90/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100090> Viitattu 14.7.2015

HE 31/ 2013 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta, kuntajakolain eräiden säännösten kumoamisesta sekä kielilain muuttamisesta annetun hallituksen esityksen. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130053> Viitattu 27.10.2015

Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito, opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, oppaita 70. Vaa-jakoski: Gummerus kirjapaino.

Helameri, T. 2004. Kotihoito kunniaan, työelämän haasteet, keskustelualoite. Suomen kodinhoidon toimikunta. Helsinki; Tyyli-paino Oy.

Hervonen, A. & Pohjolainen, P. 1991. Gerontologian ja geriatrian perusteet. Tampere: Kirjapaino R.K. Virtanen.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hurri, H., Säilä, H., Orenius, T & Ristolainen, L. 2014. Kuntoutustarve ja sen tunnistaminen. Kuntoutus 3/2014, 40-46.

Hyttinen, H. 2008. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Helsinki: WSOY.

Hämäläinen, P., Kojo, H., Lanne, M., Rytönen, A. & Reisbacka, A. 2013. Ikäihmisten tulevaisuuden asuminen, kirjallisuuskatsaus. VTT. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2013/T79.pdf> Viitattu 28.8.2015.

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu; Otava Oy

Ikäihmistien palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-2017. Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013. Ympäristöministeriö. [www.ymparisto.fi/download/none/%7B8BEDFDB9-CAE9.../97629](http://www.ymparisto.fi/download/none/%7B8BEDFDB9-CAE9.../97629) Viitattu 20.9.2015.

Ikääntyvän palveluopas. 2015. [https://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan\\_palveluopas/asumiseni/kotona\\_asujalle/index.html?print=true&recursive=true](https://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan_palveluopas/asumiseni/kotona_asujalle/index.html?print=true&recursive=true) Viitattu 28.8.2015

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Yliopistopaino.

Jaako, N. 2012. Hyvinvointikatsaus 4/2012. Tilastokeskus. [http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art\\_2012-12-10\\_006.html](http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html) Viitattu 1.11.2015

Järjestämismvastuu 2015. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/jarjestamismvastuu/Sivut/J%C3%A4rjest%C3%A4mismvastuu.aspx> Viitattu 15.7.2015.

Jämsä, U. 2014. Kuntoutuksen muutosagentit. Tutkimus työelämälähtöisestä oppimisesta ylemmässä ammattikorkeakoulutuksessa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789526204987/isbn9789526204987.pdf> Viitattu 28.8.2015

Jämsä, K. & Manninen E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Jääskeläinen, E. 2015. Sosiaali- ja terveyspalvelut Sosiaalihuoltolain, kansanterveyslain ja erillislakien mukaiset palvelut. <http://slideplayer.biz/slide/5584043/> Viitattu 22.9.2015.

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014-2 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116146/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116146/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1) Viitattu 28.8.2015.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Viitattu 13.7.2015 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Karhula, M., Peltonen, R., Suomela-Markkanen, T. & Salminen, A-L. 2015. Kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden seurantamenetelmä (KAARI) kehittäminen. Kuntoutus 2/2015. 33-41.

Kirkevold, M. 2004. Researching quality of life in homes for the elderly. Teoksessa Ikääntyvien Arjen ja elämänlaadun tutkimus. Seminaariesityksiä 12. - 13.10.2004. Toim. Sarvimäki, A. & Syre´n, I. Oraitia 2/2005. Ikäinstituutti. [http://www.researchgate.net/publication/28363735\\_Ik%C3%A4ihmisten\\_kuntoutuksen\\_laaja\\_evaluaatiotutkimus](http://www.researchgate.net/publication/28363735_Ik%C3%A4ihmisten_kuntoutuksen_laaja_evaluaatiotutkimus) Viitattu 20.9.2015.

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.

Kokko, R-L. 2004. Kohtaamisia ja ohituksia kuntoutujan elämäntilanteen tienristeyksissä. Teoksessa Kuntoutus kanssamme – Ihmisen toimijuuden tukeminen. Toim. Karjalainen, V. & Viikkumaa, I. Helsinki: Stakes.

Konsensuslausuma – Kohti parempaa vanhuutta. 2012. Suomen lääkäriseura Duodecim. Suomen Akatemia. <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f939257006/konsensuslausuma20122.pdf> Viitattu 30.10.2015

Korhonen, S. 2014. Toimintakyvyn vahvistaminen on kriittistä osaamista tulevaisuudessa. *Kuntoutuslehti* 4/2014. 67-68.

Korolainen, K. 2001. Ikääntyvien käsityksiä toimintakyvystään ja kotona selviytymisestään sekä ikäihmisten avomuotoisen kuntoutuksen kehittämishankkeesta. *Fysioterapia pro gradu-tutkielma*. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8239/katrikor.pdf%3bjsessionid=61B5AC12721585EEB35D8F6728157AE8?sequence=1> Viitattu 28.8.2015.

Koskinen, S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa: *Ikääntyminen voimavarana*. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kuntoutussuunnitelma.2013. <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutussuunnitelma/> Viitattu 28.8.2015.

Kuntoutusta säätelevä lainsäädäntö Suomessa. 2014. Viitattu 13.7.2015 <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/lainsaadanto/>

Lahtinen, P. & Virtainlahti, S. 2011. Learning cafe –menetelmä johtamisen kehittämisen apuvälineenä. [http://www.lpt.fi/tykes/methods\\_docs/learning\\_cafe\\_menetelmakortti.pdf](http://www.lpt.fi/tykes/methods_docs/learning_cafe_menetelmakortti.pdf) Viitattu 6.6.2015

Laurell, L., Nordman, P. & Suvikas, A. 2012. *Kuntouttava lähihoito*. Keuruu: Edita Publishing Oy.

Lith, P. 2014. Kuntoutusalan markkinat. Raportti yksityisten palveluntuottajien kuntoutustoiminnasta tilastoaineistojen valossa. TEM raportteja 19/2014. Työ- ja elinkeinoministeriö. [https://www.tem.fi/files/40299/TEM-rap\\_19\\_2014\\_web\\_10062014.pdf](https://www.tem.fi/files/40299/TEM-rap_19_2014_web_10062014.pdf) Viitattu 20.9.2015

Lyyra, T-M. & Tiikkainen, P. 2008. *Terveys ja toimintakyky*. Teoksessa *Gerontologinen hoitotyö*. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Helsinki: WSOY.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. *Vanhuksen parhaaksi, hoitaja toimintakyvyn tukijana*. Helsinki: Edita Prima.

Markkola, K. 2013. Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa. *Pro Gradu –tutkielma*. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto

Mukamel, D., Temkin-Greener, H., Delavan, R., Peterson, D., Gross, D., Kunitz, S. & Williams, T. F. 2006. Team Performance and Risk-Adjusted Health outcomes in the Program of All-InclusiveCare for Elderly ( PACE). *The Gerontologist* Vol 46, No. 2. 227-237.

Numminen, H., Vesala, H.T., Ainali, I. & Järveläinen, I. 2005. Ikääntyminen haasteena kehitysvamma palveluille. Helsinki: Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu. Kotu-raportteja, 6.

Ollonqvist, K. 2004. Vanhusten arjen toimien tukeminen. Teoksessa. Ikääntyvien arjen ja elämänlaadun tutkimus. Seminaariesityksiä 12. -13.10.2004. Toim. Sarvimäki, A. & Syre´n, I. Ikäistituutti. Oraita 2/2005 [http://www.researchgate.net/publication/28363735\\_Ikiahmisten\\_kuntoutuksen\\_laaja\\_evalu-aatiotutkimus](http://www.researchgate.net/publication/28363735_Ikiahmisten_kuntoutuksen_laaja_evalu-aatiotutkimus) Viitattu 20.9.2015

Palveluopas ikäihmisille. 2013. Tervolan kunta.

Paukkunen, L. 2010. Moniammatillista asiantuntijayhteistyötä hyvän vanhuuden tukemiseksi. Kuvaus fysioterapian ja vanhusten avopalvelujen yhteistyöstä. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen koulutusohjelma. Fysioterapeutti YAMK. Opinnäytetyö.

Pihlaja, R. 2010. Kolmas sektori ja julkinen valta. Kunnallisan alan kehittämistä-tiön tutkimusjulkaisu, nro 61. Sastamala: Vammalan kirjapaino oy. [http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu\\_61.pdf](http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu_61.pdf) Viitattu 30.10.2015

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja osa 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

Pikkarainen, A., Era, P. & Grönlund, R. 2011. Gerontologinen kuntoutus. [http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/elaman-kaari\\_ja\\_ikavaiheet/gerontologinen\\_kuntoutus/](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/elaman-kaari_ja_ikavaiheet/gerontologinen_kuntoutus/) Viitattu 15.7.2015

Pulkki, J. 2012. Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen satavuuden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/.../978-951-44-8720-0.pdf> Viitattu 27.10.2015

Poutiainen, E. 2014. Tutkimuksesta tukea Sote-suunnitteluun. Kuntoutus 4/2014, 3-4.

Raassina, A. 2002. Kuntoutuksen kustannukset ja kuntoutujat 1997-2000. Viitattu 15.7.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114242/kukus02.pdf?sequence=1>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Puheenvuoroja 72. Tampere: Juvenes Print Oy.

Siltala, M. 1997. Moniammatillinen yhteistyö ja kollektiivinen asiantuntijuus uudessa toimintamallissa –Sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen alkuvaiheet Palokan terveydenhuollon kuntayhtymässä. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015-2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.stm.fi/sote-uudistus> Viitattu 23.9.2015

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Starck-Pirskanen, M. 2009. Vanhusasiakkaan kotona selviytyminen. Opinnäyte-työ. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hyvinkää.

STM tiedote 2006. Ikäihmisen toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö tiedote, 7.6.2006. <https://www.thl.fi/documents/470564/817072/ik%C3%A4ihmisten%2Btoimintakyvyn%2Barviointi%2Bstm.pdf/c83229a7-1869-4378-bbf9-3814970a220b> Viitattu 1.8.2015.

STM 2014. Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukeminen ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut ( ns. vanhuspalvelulaki). Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 22.11.2014. [http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/ikaantyneet](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/ikaantyneet)

Stuck, A.E., Minder, C. E. & Peter-Wues, I. 2000. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and at high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 160: 977-986.

Ståhl, T. & Rimpelä, A. 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Suhonen, J., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Virama, P. & Erkinjuntti, T. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen Lääkärilehti* 10/2008. 9-21.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 1999. Fysioterapia. Helsinki: oy Edita Ab.

Tervolan kunnan hyvinvointikertomus 2009-2012. Tervolan kunta.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 13.7.2015 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL 2014. RAI-järjestelmän yleisimmät mittarit. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-yleisimmat-mittarit> Viitattu 22.9.2015.

Tilastokeskus. <http://tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/845.html>. Viitattu 30.7.2015.

Toljamo, M., Haverinen, R., Finne-Soveri, H., Malmivaara, A., Sintonen, H., Voutilainen, P. & Mäkelä, M. 2005. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. Helsinki: Stakes.

Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille. Uusi toimintamalli avo- ja kotikuntoutukseen. Rintamaveteraanien ja sotainvalidien avo- ja kotikuntoutuksen kehittämishanke. Valtionkonttori.

Tyyskä, E. 2002. Fysioterapeuttien kokemuksia asiantuntijuudestaan moniammatillisissa työryhmissä. Fysioterapian pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8314/eityys.pdf?sequence> Viitattu 20.9.2015.

Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisen ehkäisy. Turun yliopisto. Turku: Painosalama Oy

Vaarama, M. & Noro, A. 2005. Vanhusten palvelut. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00058&p\\_haku=vanhuus%20ja%20toimintakyky](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00058&p_haku=vanhuus%20ja%20toimintakyky) Viitattu 28.8.2015.

Valvanne, J. 2001. Geriatrinen kuntoutus. Teoksessa Geriatria. Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). Hämeenlinna: Karisto oy.

Van Aerschot, L. 2014. Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palveluiden käyttöön. Väitöstutkimus. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopiston paino. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96130/978-951-44-9568-7.pdf?sequence=1> Viitattu 30.10.2015

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: WSOY.

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> Viitattu 27.10.2015

Virnes, E. 2004. Kotihoidon palvelutarpeen arviointi ja palvelujen järjestäminen. Teoksessa Kotihoito kunniaan, työelämän haasteet, keskustelualoite. Helameri, T. (toim.) 2004. Suomen Kodinhoidon toimikunta. Helsinki: Tyylipaino Oy.

Vuorinen, L. 2004. Ketkä ovat maalaishylän ikääntyjät? Teoksessa Ikääntyvien arjen ja elämänlaadun tutkimus. Seminaariesityksiä 12. -13.10.2004. Toim. Sarvimäki, A. & Syrén, I. Oraita 2/2005. Ikäinstituutti. [http://www.researchgate.net/publication/28363735\\_Ikähimisten\\_kuntoutuksen\\_laaja\\_evalu-aatiotutkimus](http://www.researchgate.net/publication/28363735_Ikähimisten_kuntoutuksen_laaja_evalu-aatiotutkimus) Viitattu 20.9.2015.

Voutilainen, P. 2008. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2008. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakesin monistamo [.http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/76960/Ra7-2005.pdf?sequence=1](http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/76960/Ra7-2005.pdf?sequence=1) Viitattu 15.7.2015

## LIITTEET

LIITE 1: Tutkimuslupa


LIITE 2: Kyselylomake

LIITE 3: Learning Cafe` 1 kuvia

LIITE 4: Learning Cafe` 2 kuvia

LIITE 5: Kuntoutuspolku-malli kotona asuville ikääntyneille Tervolan  
kunnassa

## LIITE 1

Kunta ja toimielin Tervolan kunta Viranhaltija Sosiaalijohtaja	<b>VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS</b>  Päivämäärä 18.2.2015	Sivu  Pykälä 1
Asia	Päätös tutkimusluvasta	
Päätös ja sen perustelut	<p>YAMK fysioterapeuttipiskelija Kaisa Penttilä anoo tutkimuslupaa Tervolan kunnalta tehdäkseen opinnäytetyön: KUNTOUTUSPOLKU KOTONA ASUVILLE VANHUKSILLE Fysioterapeutti kuntoutuksen asiantuntijana moniammatillisessa työryhmässä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kuntoutuspolku kotona asuville vanhuksille Tervolan kunnassa. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä kuntoutussuunnitelma malli kotona asuville vanhuksille palvelutarpeen arvioinnin mahdollistamiseksi.</p> <p>Opinnäytteeseen liittyvä kehittämistehtävä toteutetaan laadullisena toimintatutkimuksen menetelmällä. Aineisto kerätään kyselylomakkeilla. Aluksi kartoitetaan henkilöstöä (6henk.) nykytilanne ja sen pohjalta kuvataan kuntoutuspolku ja tehdään kuntoutussuunnitelma malli. Tehdyn kuntoutussuunnitelma mallin käytön jälkeen arvioidaan sen vaikuttavuus kyselylomakkeen avulla samalta henkilöstöltä (6henk.). Kyselylomakkeet analysoidaan sisällön analyysin avulla teemoittain.</p> <p>Tutkimus toteutetaan ajalla 12/2014–10/2015.</p> <p>Tutkimuksessa noudatetaan tutkimuseettisiä ohjeita.</p> <p>LIITTEENÄ Tutkimussuunnitelma</p> <p><b>PÄÄTÖS:</b> Tutkimuslupa myönnetään. Tervolan sosiaali- ja terveystalokunnalle on toimitettava tutkimuksen tulokset/yhteenveto.</p>	
Allekirjoitus	 sosiaalijohtaja Helena Hartikainen	
Valitusosoitus	Tähän päätökseen voi tehdä oikaisuvaatimuksen 14 päivän kuluessa tiedoksi saannista TERVOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSLAUTAKUNNALLE osoitteeseen Keskustie 81 95300 Tervola.	
Tiedoksianto	Tämä päätös on lähetetty postitse 22.6.2015 Kaisa Penttilälle	



## LIITE 3

MITÄ PALVELUJA OLET KAYTTANYT?

Lääkärin käynti,	Fysioterapeuttin palvelus
Aurauspalvelu	Kokous
Veren tarkastus	Hammashoiva
Sivouspalvelu	
Yötyöpalvelu	
Asiantuntijapalvelu	
Kuljetusapu (taksi)	
Jalkahoito	
Yhteistyöpalvelu	
Diabetes	
Yhteistyöpalvelu	

MILLAISIA KOKEMUKSIA PALVELUIDEN KÄYTTÖSTÄ?

Hyvä aurauspalvelu  
-li- jalkahoito ja hoito (terveyskeskus)  
Tilaisuus karkkini - ja "kuukuhetta" pistokset  
Tilaisuus veren- ja sokerin mittaukseen  
Hoitoon pääseminen joskus vaikeana (itse ollaan aktiivinen)

MITÄ PALVELUITA TARVITAAN ARJESSA SELVIYTYMISEEN

Keskustelua kotikäynti,  
Verenpaine- ja sokerin mittaus  
Sivouspalvelu, ikkunanpesu ym.  
Kaupassa käynti  
Lääkkeiden jakelu  
Ulkokäily, hieronta ym. kuntoutus  
Kotona liikkumisen helpottaminen

## LIITE 4

**MITÄ PALVELUITA OLET KÄYTTÄNYT ?**

<p>TH VASTAAJATTO LABORATORIO HAMMASLÄÄKÄRI DIABETESHOITAJA REUMAHOITAJA FYSIOTERAPIA LÄÄKÄRI</p>	<p>OMAISHOITO - VAPAA PÄIVÄ ? ASIOINTI PALVELU - TAKSI AURAUS- JA KUNNOSAPITO PALVELU</p>	<p>KEHÄKUKKA HOITOLA ANNETTE JALKAHOITOLA FYSIKALLINEN HOITO Aikahoitoja Ammuhoitoja Silmähoitoja Musiikki- ja harrastukset Verenpainemittauspiste + seurata Influenssa rokotteet</p>	<p>OSTOPALVELU</p>
---	---	---	--------------------

**MILLAISIA KOKEMUKSIA PALVELUIDEN KÄYTTÖSTÄ ?**

INVA PALVELU  
KOTISAIRAANHOITAJA KÄY KOTONA PYYNNÖSTÄ  
VÄNHUSTEN VUOSITARKASTUKSET TERVEYDENTILASTA  
SIIVOUS PALVELU, AURAUS PINOILLA  
KAUPPATAKSI KERRAN VIIMOSSA  
LABORATORIO PALVELU

Julkisen kuntoutuksen kognitiivinen, juttu pyytämöön useasti  
Hammashoito kiviä työtä  
Lääkärin pääsee hyvin, samana päivänä jos on akuutti tilanne  
Enkelihoito on hankala, lääkäreille pidetään

TERVEYDENHOITAJA → PARHAIN STREIKKIIN  
LÄÄKÄRIIN PÄISY HANKALA → YKSITYISELLE OSTOPALVELU  
KOVÄÄNEITÄ ELLÄ HYVIN MYÖS DIAB. TAVAROITA

KUNTO SAALI PÄÄ  
KAASALAISET

---

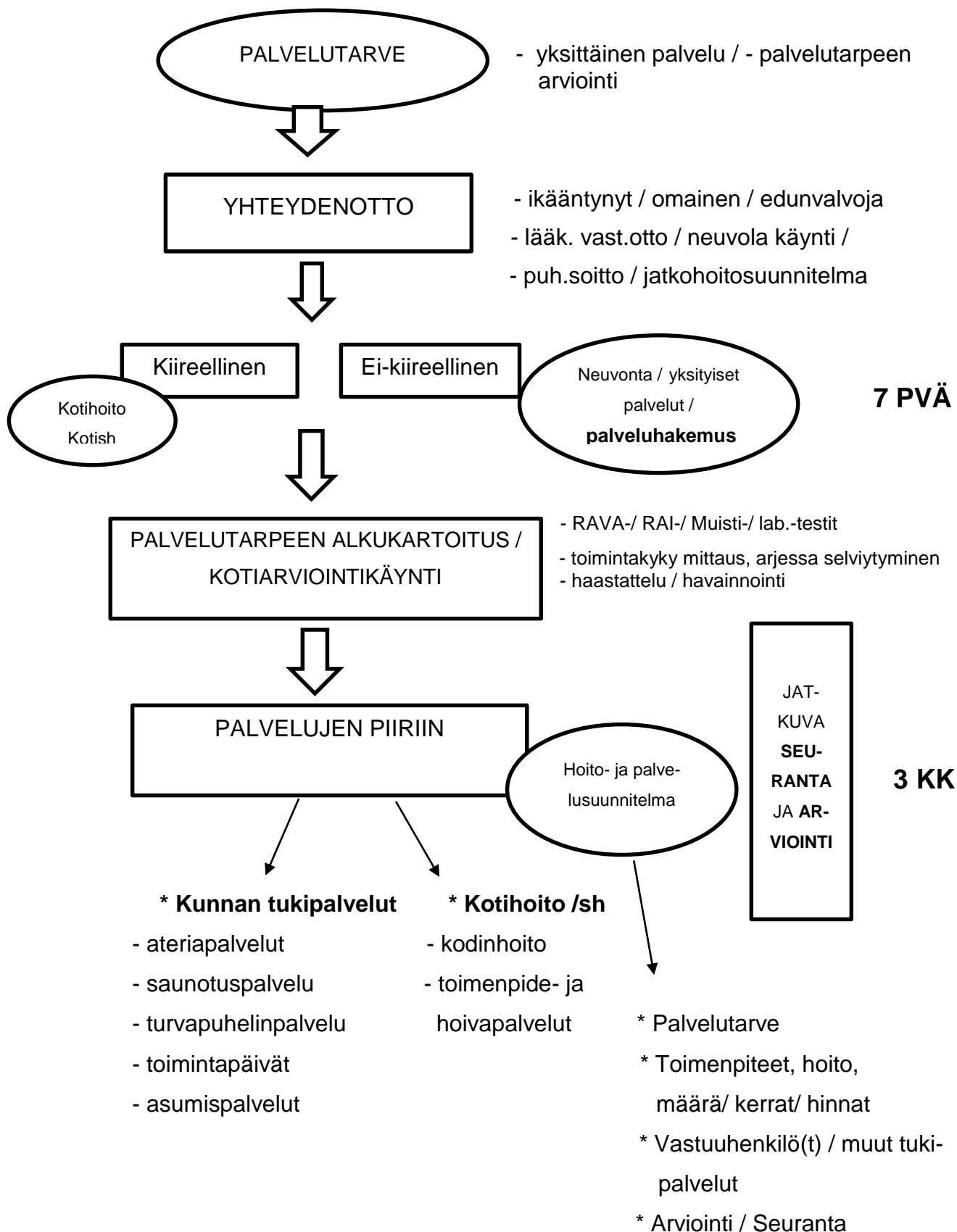
**MITÄ PALVELUITA TARVITAAN ARJESSA SELVIYTYMISEN**

<p>Kotisairaanhoito, Siivouspalvelu Ateriapalvelu Aurauspalvelu Lumityöt, katto Pihatyöt Polttopöytätyöt Kuljetuspalvelu</p>	<p>Apuväline palvelu Esteettömyys (kustannus) Yhtäväpalvelu Kuntoutus → MYÖS KOTONA, TOIMINTATERAPEUTTI</p>
--	---

ERIKOISLÄÄKÄRI PALVELUT (OSTO)  
"LOPÄÄNENKI" (OSTO)  
PARTURI/KAMPAAJA PALVELUT (OSTO)  
HYVINVOINTITEKNOLOGIA

OMAISHOITAJAN  
- VAPAA PÄIVÄ  
- TYÖTERVEYS PALVELU  
ASIOINTI PALVELU  
NEUVONTA PALVELU

## LIITE 5



KAAVIO 1: Kuntoutuspolku kotona asuville ikääntyneille Tervolan kunnassa