



SAVONIA

AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO

SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

PALVELUTARPEEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN KOUVOLAN KOTIHOIDOSSA

TEKIJÄ: Minna Kalliomäki

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma (sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala)	
Työn tekijä Kalliomäki Minna	
Työn nimi Palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen Kouvolan kotihoidossa	
Päiväys	26.10.2015
Sivumäärä/Liitteet	47/11
Ohjaaja Äijö Marja	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kouvolan kaupunki, hyvinvointipalvelut	
Tiivistelmä	
<p>Opinnäytetyö oli osallistuva kehittämistyö, jonka tavoitteena oli kehittää Kouvolan kaupungin ikäihmisten kotihoidon palvelutarpeen arviointia yhdenmukaisemmaksi, tasa-arvoisemmaksi ja asiakaslähtöisemmäksi. Työssä sovellettiin kehittävän työntutkimuksen vaiheita ja toimintajärjestelmän mallia, jonka osa-alueet ovat tekijä, kohde, välineet, säännöt, työnjako ja yhteisö. Tutkimuksen vaiheet jaettiin alkutilan kartoitukseen eli lähtökohtaan, toimintamallin kehittämiseen ja uuden toimintatavan suunnitteluun sekä toimintamallin käyttöönottoon ja vakiinnuttamiseen. Kehittämistyön tarkoituksena oli tehdä Kouvolan kaupungin kotihoitoon yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli ja prosessikaavio asiakasvastaava toimintamallia mukaillen.</p> <p>Työ tehtiin yhteistyössä kotihoidon asiakasvastaavien sairaanhoitajien ja Kotona kokonainen elämä -hankkeen Kouvolan osakokonaisuuden palvelutarpeen arvioinnin työryhmän kanssa. Kehittämistyön taustalla oli vanhuspalvelulaki, siitä johdettu laatusuositus ja Kouvolan kaupungin yhdistyminen vuoden 2009 alussa ja sen tuoma tarve yhtenäisille toimintatavoille.</p> <p>Toimintamalliin kehittämiseen haettiin teoreettista tietoa palvelutarpeen arvioinnin vaatimuksista, toimintakyvyn ja asiakasvastaava mallin teorioista ja uusi malli pohjautuu aiemmin Kouvolan kotihoidossa käytössä olleisiin malleihin. Tuloksena saatu kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli sisältää toimintakyvyn eri ulottuvuuksien arvioimiseen tarkoitettuja mittareita ja elementtejä asiakasvastaava mallista sekä palvelutarpeen arvioinnissa tärkeiksi kokemamme ravitsemusta, alkoholin käyttöä ja ympäristöä arvioivat kyselyt. Kokonaisprosessi sisältää myös jatkuvan arvioinnin, mutta tässä työssä keskityttiin asiakkuuden alkaessa tehtävään palvelutarpeen arviointiin.</p> <p>Uudessa toimintamallissa on otettu enemmän huomioon toimintakyvyn eri ulottuvuuksia ja palvelutarpeen arvioinnin vaatimuksia. Opinnäytetyö on kohdennettu Kouvolan kaupungin kotihoitoon ja toimintamallin kokonaisuuden käyttöönotto ja vakiinnuttaminen jää tutkimuksen jälkeiseen aikaan.</p>	
Avainsanat palvelutarpeen arviointi, toimintakyky, asiakasvastaava malli, kotihoito	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Health and Welfare Technology			
Author(s) Kalliomäki Minna			
Title of Thesis Development of home care service needs assessment in Kouvola			
Date	26.10.2015	Pages/Appendices	47/11
Supervisor(s) Äijö Marja			
Client Organisation /Partners The city of Kouvola, wellbeing services			
<p>Abstract</p> <p>The aim of this thesis was to improve the assessment of service needs for the elderly home care of the city of Kouvola to be more unified, equal and client-originated. The purpose of this research and development work was to establish an operating model for assessment of service needs in the city of Kouvola as well as to make a flowchart with parts of case management</p> <p>Steps of developing work analysis and operating model were applied in this study. The study was divided into four parts; surveying the initial condition, improving the operating model, developing new procedure and introducing and establishing this new operation model. The theoretical part of the thesis is based on requirements of assessment service needs, functional capacity and case management.</p> <p>The study was done in collaboration with case managers of home care and project members of Kotona ko-konainen elämä. The development work was based on the need for unified procedures after the merging of Kouvola in 2009.</p> <p>This operating model is directed exclusively for the home care of Kouvola. The new operating model fulfills more of the set requirements for assessment of service needs and is better equipped for evaluating the functional capacity. The whole of the new operating model is to be fully established after this thesis work.</p>			
Keywords the assessment of service needs, functional capacity, case manager, home care			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	KOTIHOIDON PALVELUTARPEEN ARVIOINTI.....	8
2.1	Kotihoito	8
2.2	Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin vaatimuksia	9
2.3	Toimintakyky	11
2.3.1	Toimintakyvyn määrittely ja arvioiminen	12
2.3.2	Toimintakyvyn ulottuvuudet	13
3	ASIAKASVASTAAVA TOIMINTAMALLI.....	20
3.1	Malli asiakkaan kannalta	21
3.2	Malli työntekijän kannalta	22
3.3	Malli työnantajan ja yhteiskunnan kannalta	23
4	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	24
5	KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI.....	25
5.1	Lähtökohta, tarvetila, alkutilan analyysi.....	27
5.1.1	Kuntaliitoksen jälkeinen kotihoito ja kotihoidon palvelutarpeen arviointi.....	27
5.1.2	Kohteena oleva kotihoidon palvelutarpeen arviointi.....	28
5.2	Toimintamallin kehittäminen ja uuden toimintatavan suunnittelu.	30
5.2.1	Kotihoidon asiakasvastaava toiminnan aloittaminen.	31
5.2.2	Toimintamallin kehittäminen hankkeen mukana	31
5.3	Toimintatavan käyttöönotto ja vakiinnuttaminen	33
6	POHDINTA	36
6.1	Tutkimuksen teoreettinen pohdinta.....	36
6.2	Tutkimuksen tieteellisen kirjoittamisen ja eettisyyden pohdinta	37
6.3	Työn kriittinen pohdinta ja oma ammatillinen kasvu	38
6.4	Jatkotutkimusaiheiden sekä oman ammatillisen kasvun pohdinta.....	39
	LÄHTEET	41
7	LIITE 1: KOUVOLAN KOTIHOIDON PALVELUTARPEEN ARVIOINNIN PROSESSI.	48
8	LIITE 2: ASIAKKAAKSI KOTIHOITON -ESITE.....	52
9	LIITE 3: LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI LOMAKE.....	53
10	LIITE 4: RAVITSEMUKSEN ARVIOINTI LOMAKE MNA	54

11 LIITE 5: TARKISTUSLISTA TAPATURMIEN EHKÄISEMISEKSI.....	55
12 LIITE 6: IADL-ASTEIKKO.....	57
13 LIITE 7: KAZIN INDEKSI, BADL	59
14 LIITE 8: GDS-15.....	60
15 LIITE 9: MINI-MENTAL STATE, MMSE.....	61
16 LIITE 10: SOCIAL PROVISION SCALE, SPS.....	63
17 LIITE 11: TUTKIMUSLUPA.....	64

1 JOHDANTO

Suomessa väestön ikärakenne muuttuu, iäkkäiden määrä lisääntyy suhteessa työikäisiin. Väestön ikääntyminen lisää palvelujen tarvetta ja samalla yhteiskunnan tulee mukautua iäkkäiden tarpeisiin. Vanhuspalvelulain perusteella tehdyssä laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013) edellytetään, että iäkkäiden henkilöiden palvelujen tarve selvitetään laaja-alaisesti ja monipuolisesti sekä palveluja arvioidaan säännöllisesti. Palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin tulee ottaa iäkkään oma mielipide huomioon. Arviointi tulee tehdä luotettavilla menetelmillä sekä yhteistyössä asiakkaan ja omaisen kanssa. Palvelut tulee perustua palvelutarpeen arviointiin ja niiden tulee olla yksilöllisiä, monialaisia ja oikea-aikaisia.

Kouvolan kaupungissa väestömäärä tulee tilastokeskuksen ennusteen mukaan laskemaan ja samalla väestö ikääntyy. Tällä hetkellä Kouvolaalaisia on noin 86 000, mutta ennusteen mukaan vuonna 2040 alle 80 000. Samalla yli 65-vuotiaiden osuus kasvaa 24 prosentista 33 prosenttiin, kun samat osuudet esimerkiksi Helsingissä ovat 16 ja 20 prosenttia. Tällaisessa ikääntyvässä muuttotappiollisessa kunnassa toimintojen tehostaminen on erityisen tärkeää, jotta kunnan velvoitteet saadaan täytettyä.

Kouvolan kaupungin ikääntymispoliittisen strategian (2014) mukaan ikääntyneiden palvelujen keskeisenä tavoitteena on siirtää palveluiden painopistettä varhaisiin palveluihin ja kotona asumista tukeviin palveluihin. Aiemman ikäpoliittisen ohjelman vuosille 2009–2012 yhtenä painopisteenä oli palvelutarpeen arvioinnin toimintamallien kehittäminen. Kehittämistyön tehostamiseksi Kouvola osallistui Kotona kokonainen elämä – hankkeeseen, jossa yhtenä osakokonaisuutena oli palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen.

Oma työni on ollut vuodesta 2001 alkaen ikäihmisten kotiin vietävien palvelujen parissa, aluksi kotisairaanhoidossa ja organisaatiomuutoksen jälkeen yhdistetyssä kotihoidossa. Vuonna 2012 Kouvola valittiin kuusi sairaanhoitajaa kotihoidon asiakasvastaaviksi sairaanhoitajiksi, joiden toimenkuva oli alusta alkaen palvelutarpeen arviointien tekeminen sekä kehittäminen. Minä olin yksi näistä kuudesta sairaanhoitajasta.

Tämä opinnäytetyö on osallistuva kehittämissyö, jossa kehitettiin Kouvolan kotihoidolle yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli ja prosessikuvaus. Toimintamallissa pyrittiin huomioimaan laatusuosituksen vaatimuksia. Kehittämissyössä käytettiin Engeströmin (1995) kehittävän työntutkimuksen vaiheita ja toimintajärjestelmän mallia, jonka osa-alueet ovat tekijä, kohde, välineet, säännöt, työnjako ja yhteisö. Tutkimuksen vaiheet jaettiin alkutilan kartoitukseen eli lähtökohtaan, toimintamallin kehittämiseen ja uuden toimintatavan suunnitteluun sekä toimintamallin käyttöönottoon ja vakiinnuttamiseen. Työn taustateorioina on kotihoidon määrittely, kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin vaatimukset, toimintakyky ja sen neljä ulottuvuutta: fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky ja niiden mittaaminen sekä asiakasvastaava toimintamalli.

Kehitetyn toimintamallin pohjana ovat aiemmin käytettyjen palvelutarpeen arviointien mallit sekä työn taustateoria. Toimintamalliin yhdistettiin asiakasvastaava mallista joitakin elementtejä, ravitsemuksen, alkoholinkäytön ja toimintakyvyn eri ulottuvuuksien mittareita ja ympäristöä arvioiva kyselylomake. Kehittämistyö tehtiin yhteistyössä kotihoidon asiakasvastaavien sairaanhoitajien kanssa sekä Kotona kokonainen elämä -hankkeen Kouvolan osakokonaisuuden palvelutarpeen arvioinnin työryhmän kanssa. Toimintamalli on kohdennettu Kouvolan kotihoidon iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin. Työssä painotetaan asiakkuuden alkaessa tehtävää palvelutarpeen arviointia ja asiakkuuden aikana tehtävä arviointi on vain mainittu lyhyesti.

Tässä työssä iäkkästä henkilöstä käytetään myös nimitystä ikäihminen. Laki ikääntyvän väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista on tässä työssä nimellä vanhuspalvelulaki.

2 KOTIHOIDON PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

Tämä kappale on jaettu kotihoidon, kotihoidon palvelutarpeen vaatimuksien ja toimintakyvyn otsikoiden alle. Tämä työ kohdentuu ainoastaan kunnalliseen kotihoitoon ja sen palvelutarpeen arviointiin, jossa toimintakyvyn monipuolinen arvioiminen on suurimmassa osassa.

2.1 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotiin annettavia palveluja: kotipalvelua, kotisairaanhoidoa ja kotihoidon tukipalveluja, joista on säädetty sosiaalihuoltolaissa (20§) ja -asetuksessa (9§) sekä terveydenhuoltolaissa (25§). Monet asiakkaat ovat sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon asiakkaita ja sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun ja terveydenhuoltolain mukaisen kotisairaanhoidon tehtävät voidaan yhdistää kotihoidoksi. Kunnissa, joissa peruskunta vastaa sekä sosiaali- että terveydenhuollosta on kotipalvelu ja kotisairaanhoido usein yhdistetty. (Kuntaliitto 2014.) Yhdistetyssä kotihoidossa tehtävien huolehtiminen voidaan määrätä joko sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikön hoidettavaksi (Terveydenhuoltolaki L30.12.2010/1326, Sosiaalihuoltolaki L 17.9.1982/710).

Terveydenhuoltolaki velvoittaa kunnan järjestämään kuntalaisten perusterveydenhuollon. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä. Laissa veloitetaan toimimaan yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti, turvaamaan toiminnan laatu, järjestämään palvelu yhdenvertaisesti saavutettavaksi. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista terveyden- tai sairaanhoidoa asiakkaan asuinpaikassa. Kotisairaanhoido voi olla myös tilapäistä. (L 30.12.2010/1326.) Kotisairaanhoidon tehtävänä on tehdä asiakkaan kotona kotisairaanhoidon lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia tehtäviä, ottaa näytteitä, seurata ja valvoa lääkitystä ja asiakkaan vointia. Kotisaattohoito kuuluu myös useissa kunnissa kotisairaanhoidon tehtäviin. Kotisairaanhoidon järjestäminen on kunnan terveyskeskuksen vastuulla. (STM 2014.)

Sosiaalihuoltolaki velvoittaa kunnan järjestämään kuntalaisten kotipalvelun. Kotipalvelulla tarkoitetaan mm. *asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista.* (L 17.9.1982/710.) Kotipalvelun tehtävänä on tukea ja auttaa kun asiakas ei sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi selviydy arkipäivän toimista. Kotipalvelun esimies päättää kotipalvelun myöntämisestä. (STM 2014.)

Kotihoidon asiakkuus edellyttää asiakkaan toimintakyvyn arviointia ja sen mukaisesti ja asiakkaan kanssa yhdessä tehtyä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Kotihoidolla on myös tukipalveluja, joiden tehtävänä on täydentää muuta hoitoa. Tukipalveluja on esimerkiksi ateria-, siivous-, kylvytys- ja kuljetuspalvelu. (STM 2014.) Vanhuspalvelulaisissa edellytetään, että ikääntynyt otetaan mukaan elinoloihinsa vaikuttavia päätöksiä tehtäessä sekä palveluja suunniteltaessa. Palvelut on myös järjestettävä yhdenvertaisesti saataviksi ja ikääntyneen väestön tarpeiden mukaisiksi. (Laki ikääntyvän väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. L 28.12.2012/980.)

Kouvolan kaupungin internetsivuilla ikääntyvälle kotihoidosta sanotaan seuraavasti:

"Kotihoito auttaa silloin, kun henkilö ei sairauden tai muuten alentuneen toimintakyvyn takia enää selviydy jokapäiväisistä toimista itsenäisesti tai omaistensa avulla. "

Kotihoidon antama apu on pääosin henkilökohtaista hoivaa ja huolenpitoa sekä terveydentilaan perustuvaan sairaanhoidollista hoitoa. Kotihoidon apua voi saada tilapäisesti tai säännöllisesti useita kertoja vuorokaudessa. Avun- tai palveluntarve määritellään asiakkaalle tehtävässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa ja palvelujen myöntäminen perustuu asiakkaan palveluntarpeeseen. (Kouvola 2014a.)

2.2 Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin vaatimuksia

Tässä kappaleessa selvitetään palvelutarpeen arvioinnin vaatimuksia ja suosituksia sekä lyhyesti palvelutarpeisiin vaikuttavia tekijöitä. Vaatimusten taustalla on mm. vanhuspalvelulaki ja laatusuositus.

Lain mukaan palvelutarpeen arviointi tehdään kaikille yli 75 vuotta täyttäneille (sekä vammaisetuuksista annetun lain 9§ mukaista eläkettä saavan ja ylintä hoitotukea saavilla henkilöillä) seitsemän arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Ikäihmisten palvelutarpeen arviointi koskee sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja (mm. koti- ja asumispalvelut) sekä omaishoidon tukea, laitoshoidoa sekä sosiaalihuollon erityislakien mukaisia palveluja. Arvioinnin tekee kunkin kunnan ikääntyneiden palveluista vastaava viranomais. (L 28.12.2012/980.)

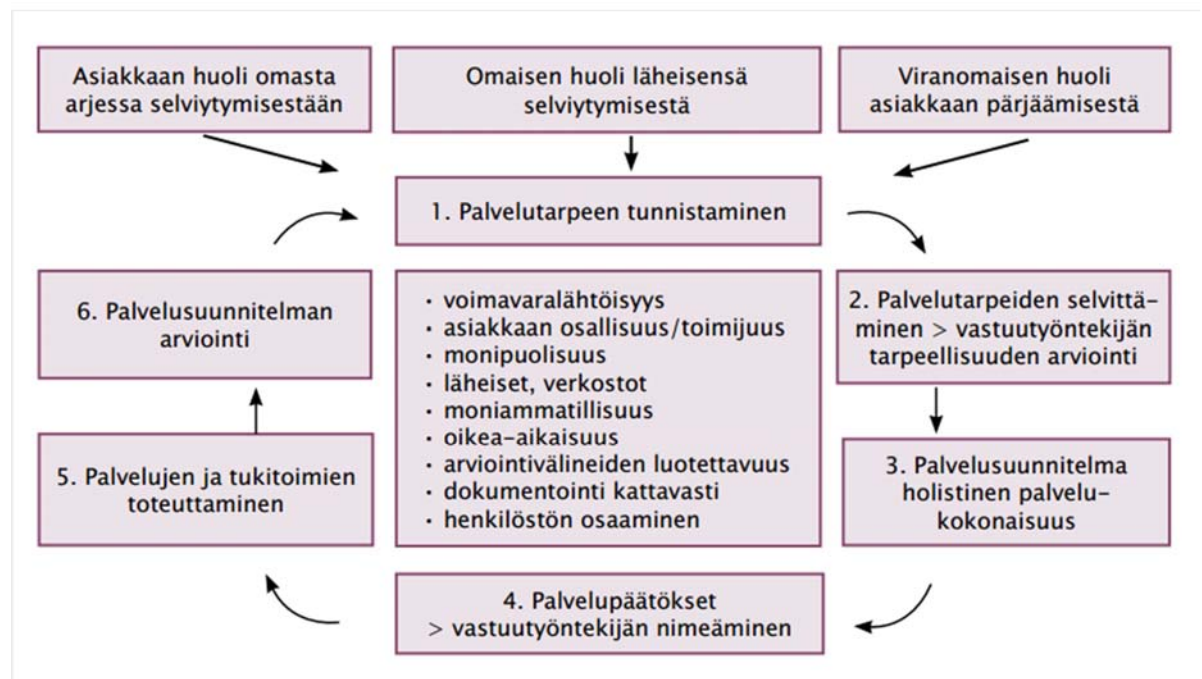
"15 §

Palveluntarpeiden selvittäminen

Kunta vastaa siitä, että iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaa työntekijä, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta sekä tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (272/2005) tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu kelpoisuus. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaavan työntekijän on toimittava iäkkään henkilön tarpeita vastaavasti

yhteistyössä muiden 10 §:ssä tarkoitettujen asiantuntijoiden kanssa.”
(L28.12.2012/980.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämishankkeessa pilotoitiin keskeisimmät vanhuspallvelulain sisällöt. Hanke oli nimeltään ikälain pilotointi ja se aloitettiin ennen vanhuspallvelulain voimaantuloa. Hankkeen teemoista yksi oli asiakkaan palvelutarpeen monipuolinen arviointi ja hankkeen tuloksena kehitettiin mm. palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli ehdotus. Mallissa korostetaan moniammatillista, monipuolista, asiakkaan osallisuuden varmistavaa ja voimavarakeskeistä arviointia sekä ehdotetaan yhdenmukaisten ja luotettavien arviointimenetelmien käyttöä ja dokumentoinnin kattavuutta siten, että myös asiakkaan toiveet ja mielipiteet tulee kirjatuksi. Ehdotuksessa otetaan myös kantaa mahdollisen vastuutyöntekijän tarpeeseen sekä työntekijäresurssien tarpeeseen. Ehdotuksessa esitetyt keskeiset asiat on koottu kuvaan 1, jossa palvelutarpeen arviointi on kuvattu prosessina. (Moisio, Heikkinen, Honkakoski, Nurmio ja Pakanen 2014)



KUVA 1. Palvelutarpeen selvittäminen osa palveluprosessia. (Moisio ym.2013, 30)

Vanhuspallvelulain toteutusta ohjaavan laatusuosituksen mukaan palvelutarpeen arvioinnissa tulee huomioida nykyiset tarpeet, mutta myös ennakoida mahdollisia tulevia tarpeita. Laatusuosituksen mukaan erityisesti toimintakyvyn palauttamiseen, ylläpitämiseen ja edistämiseen sekä kuntoutuksen mahdollisuuteen tulee kiinnittää huomiota. Lisäksi tulee arvioida iäkkään sosiaalisten suhteiden tarve ja mahdollisuus ylläpitää niitä. Lääkehoidon turvallisuuteen sekä asiakasturvallisuuteen tulee kiinnittää huomiota. Lisäksi suosituksessa korostetaan ravitsemuksen ja suun terveyden merkitystä ja omaisten tarpeiden ja voimavarojen huomioimista. (STM 2013, 30–33) Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä suositellaan tehtäväksi myös asuinympäristön ja sen turvallisuuden arviointi, arvio asunnon muutostöiden tarpeellisuudesta, arvio turvapallveluiden tarpeellisuudesta sekä apuvälineiden tarpeesta (Valvira 2012).

Palvelut myönnetään yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Arvioinnissa tulee huomioida asiakkaan sekä yhden tai useamman asiantuntijan mielipide. Palvelutarpeen arvioinnissa tulee huomioida asiakkaan fyysisten, kognitiivisten, psyykkisten, emotionaalisten, sosiaalisten, taloudellisten tekijöiden lisäksi ympäristötekijät sekä asiakkaan oma näkemys elämästään ja palveluiden tarpeesta (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori ja Ivanoff-Lahtela 2007, 30). Arvioinnissa käytettävät mittarit ovat apuvälineitä ja arvioinnin sisältö riippuu palveluihin hakeutumisen syystä. Lopputulokseen vaikuttaa arvioijan ja arvioitavan vuorovaikutus. (THL 2014b.) Palvelutarpeen selvittäminen tulee olla monipuolista ja arvioinnissa tulee käyttää luotettavia arviointivälineitä. Toimintakyky tulee arvioida kaikki sen osa-alueet mukaan lukien, eli arviossa tulee näkyä fyysinen, sosiaalinen, psyykinen sekä kognitiivinen toimintakyky. Arviossa tulee huomioida myös ympäristö, sen esteettömyys, asumisen turvallisuus ja lähipalvelujen saatavuus. Myös Heinolan (2007, 26) mukaan palvelutarpeen arvioinnissa tulee huomioida iäkkään itsenä ja/tai omaisen esittämä palvelutarve, ammattilaisen tekemät toimintakyky- ja voimavara-arvioinnit, keskustelun ja havainnoinnin perusteella tehdyt huomiot sekä kodin ja ympäristön arvioinnit.

Palvelujen tarve muuttuu yhteiskunnan mukana. Palvelutarpeisiin vaikuttavia tekijöitä voidaan jaotella väestörakenteeseen, elin- ja toimintaympäristöön, terveydentilaan ja toimintakykyyn sekä palvelujärjestelmän liittyviin tekijöihin. Väestörakenne ja sen muutokset sisältävät kuntatasolla väestön ikärakenteen, perherakenteen sekä yksinasumisen yleistymisen. Elin- ja toimintaympäristöön liittyy palveluiden läheisyys, asunnon varustetaso, mahdolliset hyvinvointiteknologiset ratkaisut, eläkejärjestelmät, toimeentulotuki ja varallisuus sekä ympäristön turvallisuus. Ihmisten terveydentila sekä toimintakyky koostuu yhteisöllisyydestä, harrastusmahdollisuuksista, koulutuksesta, työllisyydestä sekä ihmisten sairastavuudesta. Palvelujärjestelmän rakenne sekä valtio-, kunta- että sairaanhoitopiiritasolla sisältää hoitomuotojen kehittymisen ja muuttumisen, tasapainon palvelurakenteessa suhteutettuna väestön tarpeisiin aina ennaltaehkäisevästä avohoidosta pitkäaikaiseen avohoitoon asti. (Hägg ym. 2007, 29.) Valtakunnallinen tavoite lisätä kotiin vietäviä palveluja samalla kun kotipalvelujen tarve kasvaa voimakkaasti asettaa kotiin annettaville palveluille suuria haasteita (Valvira 2012).

TOIMIA- asiantuntija verkosto on koonnut palvelutarpeen arvioinnista suosituksia, joiden mukaan arvioinnissa tulee aina huomioida toimintakyvyn neljä ulottuvuutta: fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen sekä näihin ulottuvuuksiin liittyvät riskitekijät ja voimavarat. Arvioinnissa tulee huomioida myös taloudellinen tilanne sekä ympäristö mahdollisine vaaratekijöineen. Suositusten mukaan arviointi tehdään keskustellen ja havainnoiden sekä käyttämällä jokaisessa toimintakyvyn osa-alueessa sopivaa mittaria. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella ja iäkkään edun perusteella järjestetään mahdollisesti tarvittavat palvelut, arviointi tehdään uudelleen määräajoin ja arviointia käytetään myös palvelujen suunnittelussa. (THL 2014b.)

2.3 Toimintakyky

Aiemmin toimintakykyä määriteltiin terveydenhuollon sairauden ja terveyden lääketieteellisistä toimintaedellytyksistä käsin. Nykyään määrittäminen huomioi ihmisen kokonaisvaltaisesti fyysisen,

psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kannalta. Tässä kappaleessa määritetään toimintakykyä käsitteenä sekä perehdytään tarkemmin toimintakyvyn arvioimiseen ja toimintakyvyn ulottuvuuksiin. Toimintakyvyn eri ulottuvuuksien yhteyteen on liitetty myös toimintakyvyn arvioimisen mittareita.

2.3.1 Toimintakyvyn määrittely ja arvioiminen

Toimintakyky on yksilötasolla ihmisen selviytymistä omassa elämänympäristössään, itseään tyydyttävällä tavalla, itselle merkityksellisistä arkielämän toimista. Toimintakyky nähdään ihmisen hyvinvoinnin ja autonomian edellytyksenä. Se voidaan määrittää jäljellä olevien voimavarojen tai toimintakyvyn vajavuuksien pohjalta. Jotta ikäihmisen toimintakykyä voidaan tukea, tulee ymmärtää myös ikäihmisen eletty elämä, kokemukset ja elinympäristö. (Nummijoki 2009, 89–90.)

Mm. Heinola ja Luoma (2007) jakavat toimintakyvyn neljään osa-alueeseen, jossa fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn lisäksi, psyykkisestä toimintakyvystä erotetaan kognitiivinen toimintakyky omaksi osa-alueekseen. Lähdesmäki ja Vornanen (2014) puolestaan jakavat toimintakyvyn neljään osaan: fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen toimintakykyyn. Näistä hengellinen toimintakyky on harvemmin arvioitua ja siitä on vähemmän kokemusta. Hengellinen toimintakyky sisältää mm. uskonnollisuuden ja elämänkatsomuksen sekä arvot, aatteet ja elämänfilosofian. Hengellisen toimintakyvyn merkitys kasvaa ikääntyessä ja se sisältää ikääntyneen suhteen elämään ja kuolemaan. Arviointi tapahtuu lähinnä haastattelemalla ja havainnoimalla.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimintakyky määritellään kyvyksi selviytyä päivittäisissä perustoimissa ja arkirutiineista. Toimintakyky on suoritumista, johon vaikuttaa ympäristötekijät kuten esteettömyys, asenteet, toisilta saatava apu ja käytettävissä oleva teknologia. Toisaalta toimintakykyä voidaan määritellä myös voimavaralähtöisesti, esimerkiksi hyvinvointina, elämänhallintana, asenteena elämään, elämäntapoina, arvokkuuden kokemisena, hengellisyytenä, rakkautena, turvallisuuden kokemisena ja terveytenä. (THL 2014a.)

Toimintakykyä voidaan kuvata myös ICF-luokituksen mukaisesti. ICF -luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on WHO:n kehittämä, toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF on kokonaisuus, joka on jaettu neljään osa-alueeseen: kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset ja osallistuminen, ympäristötekijät ja yksilötekijät. Luokituksen avulla toimintakyvyn monipuolinen käsite selkiytyy ja elämäntilanne ja ympäristö tulee huomioitua toimintakykyä arvioitaessa. (WHO ja Stakes 2004; Sosiaaliportti 2014.)

Heikkinen, Laukkanen ja Rantanen (2013, 278–279) jakavat toimintakyvyn määrittelyn neljään näkökulmaan. Ensimmäisessä määrittelyssä toimintakyky nähdään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kokonaisuutena, yleistettynä toimintakykynä. Toisessa määrittelyssä toimintakyky arvioidaan päivittäisistä toiminnoista selviytymisenä. Tässä määrittelyssä on erotettavissa päivittäiset perustoiminnot (Activities of daily living, ADL) ja välinetoiminnot (Instrumental activities of daily li-

ving, IADL). Kolmannessa määrittelyssä pyritään systemaattiseen toimintakyvyn luokitukseen (esimerkiksi ICF). Neljäs määrittely arvioi toimintakykyä suhteessa biologiseen tai funktionaaliseen ikään.

Toimintakyky heikkenee ikääntyessä. Ongelmat ilmenevät yleensä asteittain ja siten, että ensin vaativissa päivittäistoiminnoissa tulee ongelmia, seuraavana välinetoiminnot vaikeutuvat ja lopuksi myös päivittäiset perustoiminnot aiheuttavat ongelmia. (Kautto 2006, 107–108). Tarjolla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat pääosin ikään ja ikäryhmän keskimääräisiin tarpeisiin perustuvia ja niissä painottuu fyysinen toimintakyky. Lisäksi palvelutarve määritetään yleensä sisätiloissa selviytymisen perusteella. (Vilkko, Finne-Soveri ja Heinola 2010, 58.) Eri-ikäisillä ihmisillä korostuu toimintakyvyssä sen eri osa-alueet. 70-vuotiaat korostavat terveyttä ja liikuntakykyä sekä tyytyväisyyttä itseensä. 80-vuotiailla terveys on edelleen tärkeä, mutta unen ja ystävien antama tuki nousevat entistä tärkeämmiksi. THL 2014, 131–136.)

Kansalaisten yhdenvertaisuuden toteutuminen edellyttää luotettavien tietojen saamista. Luotettavia tietoja toimintakyvystä voidaan saada yhtenäisiä arviointimenetelmiä käyttämällä. Käytettäessä toimintakyvyn arvioinnissa mittareita tulee mittareiden olla päteviä. Suomessa on kansallinen toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto, TOIMIA-verkosto, joka arvioi ja laatii suosituksia pätevistä toimintakyvyn mittareista. (THL 2014a.) Lisäksi vanhuspalvelulaki velvoittaa selvittämään iäkkään palvelutarpeen monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttämällä. Toimintakyvyn arvioinnin tulee olla iäkkään omassa asuinympäristössä toimimisen selvittämistä. (L28.12.2012/980, 15§.)

TOIMIA- sivustolla on suositus iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaamiseen käytettävistä mittareista. Suosituksen mukaan arvioinnissa on aina huomioitava vähintään fyysinen, psyykinen, kognitiivinen sekä sosiaalinen toimintakyky. TOIMIA-sivuston mukaan soveltuvia eli pätevyydeltään ja toistettavuudeltaan käyttökelpoisia mittareita on: Barthelin indeksi, CES-D, Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko, GDS-15, IADL-asteikko, Katzin indeksi ja Mini Mental State – asteikko. Lisäksi RAVA – mittari ja Social provision Scale soveltuvat varauksella, eli niiden pätevyydestä tai toistettavuudesta ei ole riittävästi tietoa ja niiden käyttökelpoisuudessa on puutteita. Arvioinnissa käytettävät mittarit ja niiden raja-arvot antavat tietoa miten vaikea-asteisesta toiminnan vajauksesta on kyse. Mittareita tulee kuitenkin käyttää vain apuvälineenä havainnoinnin ja haastattelun rinnalla. (THL 2014b.)

2.3.2 Toimintakyvyn ulottuvuudet

Tähän työhön on valittu Heinolan ja Luoman (2007) ja THL:n sekä Toimia asiantuntijaverkoston mukaisesti toimintakyvyn ulottuvuuksien neljä osa-aluetta: fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Toimintakykyä arvioivista mittareista yleistä toimintakykyä määrittävät mittarit on liitetty fyysisen toimintakyvyn alle.

2.3.2.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky merkitsee ihmisen fyysistä kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista, jotka ovat juuri hänelle tärkeitä, esimerkiksi kykyä liikkua paikasta toiseen, peseytyä ja pukeutua. Fyysinen toimintakyky on hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toiminnasta riippuvaista ja siihen kuuluu mm. lihasvoima- ja kestävyys, kestävyyskunto, nivelten liikkuvuus, kehon asennon ja liikkeiden hallinta ja näitä ohjaava keskushermoston toiminta sekä aistitoiminnot. (THL 2014a.)

Fyysisen toimintakyvyn muutoksista ihmisen ikääntyessä tiedetään paljon, lisäksi näitä muutoksia arvioivia mittaamenetelmiä on paljon. Liikuntakykyä voidaan mitata mm. kävelytesteillä tai portaidennousulla tai pyytämällä henkilöltä näistä oma arvio. Aisteja mitataan mm. kuulo ja näkötestein. Ikääntyessä fyysinen toimintakyky heikkenee, mutta ikävakiotuna mitattu liikkumiskyky on parantunut 1970-luvulta alkaen. Syitä paranemiseen saattaa olla mm. koulutustason paraneminen ja sairauksien väheneminen. (Sainio 2013, 56–59.)

FROP (Falls Risk for Older People) on muutamalla kysymyksellä selvittävä kaatumisriskin arviointi. Kysymykset liittyvät kaatumishistoriaan, päivittäiseen toimintakykyyn ja tasapainokykyyn testaamiseen. Jokaiselle vastaukselle annetaan pisteet 0-3 ja yhteispisteiden mukaan arvioidaan kaatumisvaaraa ja annetaan toimenpide suositukset. Arviointilomake on nähtävissä liitteessä 3. (THL 2014c.)

Ikäihmisen ravitsemus vaikuttaa mm. terveyteen, sairauksista toipumiseen, toimintakykyyn ja lihas-kuntoon. Painon mittaamisella ja suhteellisen painon määrittämisellä ei voida arvioida ikäihmisen ravitsemuksen tilaa. Korkea painoindeksi (painon ja pituuden suhde) tai painon nouseminen eivät tarkoita samaa kuin hyvä ravitsemus, sillä ruokavalio saattaa olla yksipuolinen. Ikääntyessä ja sairauksien seurauksena ruokahalu saattaa heiketä, jolloin syödyn ruoan määrä vähenee ja ravinnon-saanti heikkenee. Suomalaisten kotona asuvien yli 65-vuotiaiden virheravitsemuksen esiintyvyys on pienempää kuin sairaaloissa, vanhainkodeissa tai palvelutalossa asuvien. 80 ikävuoden jälkeen esiintyvyys lisääntyy ja mm. kotihoidon iäkkäistä asiakkaista 10 %:lla ravitsemustila on heikko. Heikentynyt ravitsemustila myös tunnistetaan huonosti. Ravitsemustilaa voidaan arvioida siihen kehitetyllä **MNA** – mittarilla. MNA (Mini Nutritional Analysis) on ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden virhe- tai aliravitsemuksen arviointiin tarkoitettu mittari. Mittarin kokonaispistemäärän mukaan voidaan löytää hyvässä ravitsemustilassa olevat, virheravitsemustilan riskissä olevat sekä heikossa ravitsemustilassa olevat ikäihmiset. Mittari sisältää antropometrisia mittauksia, ruokavalion ja yleisen toimintakyvyn arvioinnit sekä ikäihmisen oman arvioinnin terveydestään ja ravitsemustilastaan. (Suominen 2013, 485–493.) MNA arviointilomake on vapaasti tulostettavissa ravitsemusneuvottelukunnan internet-sivujen kautta. Käyttöohje on saatavissa englannin kielellä. Arvioinnissa suurin pistemäärä on 30. Mitä pienempi pistemäärä arvioinnissa saadaan, sitä heikompi ravitsemustila on. MNA -mittarista on saatavilla myös lyhyt versio jossa maksimipistemäärä on 14. (VRN 2014.) Arviointilomake on nähtävissä liitteessä 4.

Toimintakykyä yleisesti arvioivia mittareita on mm. RAVA, RAI, IADL, Barthelin indeksi, Kazin indeksi. **RAVA** -mittari on ikäihmisten, 65-vuotiaiden ja vanhempien toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. Arvioitavat toiminnot ovat: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon ja suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke. Annettujen arvojen perusteella asiakkaalle lasketaan ns. RAVA-indeksi sekä RAVA-luokka, nämä on nähtävissä taulukossa 1. RAVA-indeksi on välillä 1,29–4,03 ja mitä suurempi RAVA-indeksi on sitä suurempi on avun tarve. RAVA-luokka on 1-6 ja alin luokka 1 kuvaa tilannetta jossa avun tarve on vähäisintä ja satunnaista. RAVA-luokassa 6 avuntarve on suurinta ja asiakas on täysin autettava. RAVA-mittarin käyttö vaatii lisenssin ja käyttäjiltä koulutuksen. (FCG 2014.) RAVA on Suomen kunnissa käytetyin toimintakykyä arvioiva mittari. Se mittaa pääasiassa fyysistä toimintakykyä ja se ei mittaa välinetoimintojen käyttöä eikä asuin- ja elinympäristöä. (Litja 2009.)

TAULUKKO 1. Arvioitu avun tarve RAVA-luokittain (FCG 2014.)

RAVA-luokka	RAVA-indeksi	Avun tarve
RAVA-luokka 1	1,29–1,49	Satunnainen
RAVA-luokka 2	1,50–1,99	Tuettu hoito
RAVA-luokka 3	2,00–2,49	Valvottu hoito
RAVA-luokka 4	2,50–2,99	Valvottu hoito
RAVA-luokka 5	3,00–3,49	Tehostettu hoito
RAVA-luokka 6	3,50–4,03	Täysin autettava

Toimintakyvyn mittaaminen asiakkuuden jo olemassa ollessa tapahtuu usein RAI-arvioinnin perusteella. **RAI** -järjestelmä (Resident assessment instrument) on laaja arviointi- ja seurantajärjestelmä jonka avulla saadaan monipuolista tietoa toimintakyvystä, palveluntarpeesta ja kustannusvaikuttavuudesta. (THL 2013.) Kouvolan kotihoidossa asiakkaille laaditaan RAI-arviointi, jonka perusteella tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Arviointi tehdään neljän viikon kuluessa asiakkuuden alkamisesta. (Kouvola 2014b.)

IADL eli Instrumental Activities of Daily Living on yli 60-vuotiaiden kotona asuvien henkilöiden toimintakykyä kartoittava mittari. IADL kartoittaa päivittäisten asioiden hoitamiseen liittyvää toimintakykyä ja siihen liittyvää ulkopuolisen avun tarvetta. IADL-asteikosta on saatavilla suomenkielinen versio TOIMIA-sivuston kautta. On suositeltavaa, että haastattelija olisi siihen koulutettu ammattihenkilö. IADL-kysymykset on nähtävissä liitteessä 6. Myös **Barthelin indeksi** mittaa aikuisten itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoimissa. Mittarista on olemassa 10-osainen ja 15-osainen versio. Molemmissa versioissa kokonaispistemäärä on 0-100 ja mitä pienempi arvioinnin tulos on, sitä suurempi on arvioitavan ulkopuolisen avuntarve. Mittarin lomaketta ei ole vielä saatavissa suomen kielellä. **Katzin indeksi** on yleisen toimintakyvyn mittari. Alun perin indeksi tarkoitettiin iäkkäiden ja kroonisesti sairaiden aivohalvauksen ja lonkkamurtumapotilaiden toimintakyvyn arvioimiseksi.

Lomake on rajoittamattomasti käytettävissä ja aikatarve on 2-5 minuuttia lisäksi havainnointiin kuuluva aika 25 minuuttia -1 tunti. Pisteytys on käännetty eli maksimipistemäärä 6 tarkoittaa suurinta itsenäisyyttä kaikissa asteikon toiminnoissa ja 2 tai vähemmän vakavaa avuntarvetta. Katzin indeksi on nähtävissä liitteessä 7. (THL 2014b.)

Audit eli Alcohol Use Disorders Identification Test on WHO:n kehittämä. Testillä on tarkoitus selvittää, onko testattavan alkoholinkäyttö haitallista. Testissä on kymmenen kysymystä ja jokainen kysymys pisteytetään nolasta neljään. Kyselyn kolme ensimmäistä kysymystä arvioi alkoholin kulutusta ja loput kysymyksistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Testin tulos ilmoitetaan pisteinä, mitä suurempi pistemäärä sitä haitallisempaa alkoholinkäyttö on. Miehillä pistemäärä 8 tai enemmän ja naisilla pistemäärä 7 tai enemmän indikoi vahvaa vaarallisen tai haitallisen alkoholinkäytön todennäköisyyttä. Suomessa riskikäytön raja-arvoksi ikäihmisille on ehdotettu viittä pistettä. Yli 20 pistettä viittaa alkoholismiin. Audit on vapaasti käytettävissä päihdelinkin internetsivulla. Audit-testistä on olemassa myös lyhennetty kolmen kysymyksen sarja, jonka perusteella voidaan nopeasti arvioida onko kysymyksessä ongelmakäyttö. (Päihdelinkki 2014.) Iäkkäiden alkoholin käyttöä määrittävänä mittarina AUDIT:n pätevyyttä tulisi tutkia lisää (Reinert ja Allen 2007).

Fimea on kehittämässä moniammatillisessa verkosto-hankkeessa kansallisen ohjeistuksen ikäihmisten lääkkeiden käytön järjeistämiseksi. Hankkeessa on tarkoitus myös tehdä lääkityksen arviointiin mittari, joka auttaisi monilääkitysongelmissa. Kotihoidon asiakkaiden kriteerit mittarin käyttöä ajatellen ovat äkillisen sekavuuden oireet, masennus, ummetus, huimaus, kaatuilu tai sen uhka, lääkkeiden lukumäärä, psykelääkkeiden käyttö, hoitomyöntyyvyys ja lääkkeiden annostelu ongelmat. (SIC 2013.)

2.3.2.2 Psykkinen toimintakyky

Psykkinen toimintakyky tarkoittaa arjen hallintaan vaadittavia voimavaroja. Psykkinen toimintakyky on elämänhallintaa, mielenterveyttä, psyykkistä hyvinvointia, persoonallisuutta ja kykyä selviytyä sosiaalisen ympäristön haasteista. Psyykkiseen toimintakykyyn liitetään kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kyky tuntee, kyky kokea ja muodostaa käsityksiä itsestä sekä ympäröivästä maailmasta ja kyky suunnitella elämäänsä sekä tehdä sitä koskevia valintoja. (THL 2014a.) Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttaa ympäristö ja yhteisö sekä henkilön oma kokemus toimintakyvystä ja siinä korostuu oma eletty elämä ja kokemukset (Heimonen 2007, 13).

Ikääntyessä lisääntyvät psyykkisen toimintakyvyn alenemat, kuten lisääntynyt masennus eivät ole ikääntymisen seurausta vaan enemmänkin ikääntymiseen liittyvien sairauksien ja menetysten seurausta (Tilvis 2010 32). Ikääntyneiden mielenterveysongelmista ahdistuneisuus ja masennus ovat yleisimpiä. Nämä molemmat saattavat esiintyä samalla henkilöllä ja samalla ikääntyneellä saattaa olla erilaisia fyysisiä vaivoja. Fyysiset vaivat saattavat osaltaan lisätä psyykkistä oireilua tai ne saattavat peittää psyykkiset oireet. Oirekirjosta on hankala erottaa mikä on psyykkistä ja mikä fyysistä,

sillä somaattiset oireet saattavat olla merkki psyykkisestä sairaudesta. (Saarenheimo 2013, 376–377.)

Psyykkistä toimintakykyä voidaan mitata mm. CES-D ja GDS-15 -mittareilla. **CES-D** on masennusoireiden tunnistamiseen ja masennuksen vaikeusasteen arviointiin kehitetty mittari. Mittari soveltuu koko väestölle ja se on helppokäyttöinen ja vapaasti käytettävissä. Lomakkeessa on 20 väitettä ja jokaisen vastauksen perusteella annetaan 0-3 pistettä. Pisteytykseen on erillinen ohje, jonka mukaan lasketaan kokonaispisteet. Ikääntyneille suositellaan pisteitä 19/20 ylittäviä arvoja masentuneisuuden raja-arvoksi ja vaikean masennuksen 25 pistettä. Arviointiin menee 7-12 minuuttia. **GDS-15** eli geriatric depression scale eli myöhäisiän depressioseula on erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen kehitetty mittari. Arvioinnin tulos ilmoitetaan pisteinä ja suurin pistemäärä on 15. Mittarin raja-arvot masentuneisuuden määrittämiseksi vaihtelevat jonkin verran tutkimuksittain, yleensä alle 4 pistettä ei viittaa masennukseen, 5-8 pistettä viittaa lievään masennukseen, 9-11 pistettä viittaa keskivaikeaan masennukseen ja 12–15 pistettä viittaa vaikeaan masennukseen. Mittari soveltuu iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin. (THL 2014b.) GDS-15 on vapaasti käytettävissä ja tulostettavissa mm. muistiasiantuntijoiden linkin kautta (GDS-15). GDS-15 mittarin kysymykset on nähtävissä liitteessä 8.

2.3.2.3 Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivinen toimintakyky on kykyä käsitellä, vastaanottaa, säilyttää ja käyttää tietoa. Kognitiiviseen toimintakykyyn kuuluu mm. muistin, oppimisen, keskittymisen, tarkkaavuuden, hahmottamisen, orientaation, tiedon käsittelyn, ongelmien ratkaisun, toiminnanohjauksen ja kielellisen toiminnan osa-alueet. Nämä toiminnot ovat keskeisiä psyykkisiä toimintoja, mutta toimintakykyä määritettäessä useimmiten erotetaan omaksi toimintakyvyn osa-alueeksi. (THL 2014a.)

Kognitiivista toiminnoista älykkyys säilyy tai jopa paranee ikääntyessä. Kuitenkin tutkimusten mukaan yli 75 vuoden iässä älykkyuden taso alkaa laskea. Älykkyys on kuitenkin harjoitettaessa hitaammin heikkenevä, jopa paraneva ja taas taantuva käytön puuttuessa. Yksilöiden välillä on eroja, jotka selittyvät paljolti koulutuksella ja elintavoilla sekä aktiivisella päivittäisellä kognitiivisilla toimilla. Reaktiivisuus hidastuu ikääntyessä ja 70-vuotiaalla lyhytkestoinen muisti on huonompi kuin 20-vuotiaalla. Kuitenkin iäkkään muistin heikkenemisen ei voida sanoa kuuluvan itse vanhenemiseen. (Tilvis 2010, 32–34.) Ihmisen ikääntyessä eritasoiset muistihäiriöt lisääntyvät. Häiriö saattaa liittyä tilapäiseen tekijään kuten sairauteen, jonka parantuessa myös muistihäiriö poistuu. Häiriö voi myös olla pysyvä tila, joka pysyy ennallaan tai hankalimmassa tapauksessa etenevä dementia, joka rappeuttaa aivoja. (Suutama 2013, 220–221.)

Kognitiivista toimintakykyä arvioidaan useimmiten neuropsykologisilla tutkimuksilla. Tiedonkeruun tulee olla monipuolista, jotta arvio on luotettava. Neuropsykologiset tutkimukset vaativat joko psykologin tai neuropsykologin tulkinnan. Kognitiivisen toimintakyvyn arvioimiseen voidaan käyttää myös mittareita, joita on mm. MMSE ja Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko. (THL 2014a.)

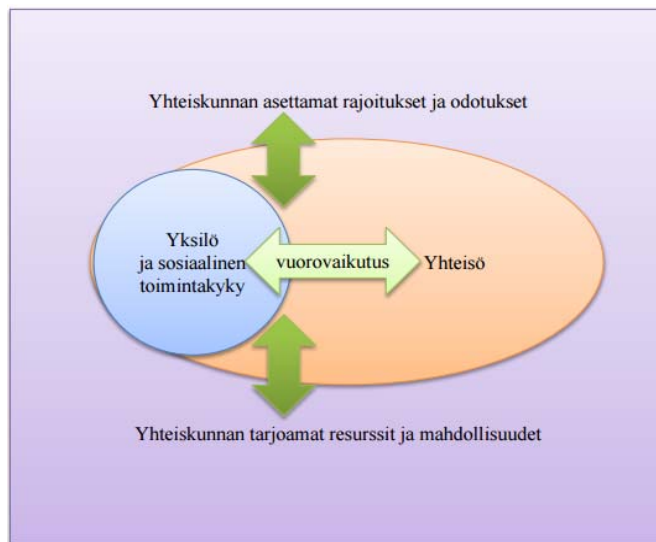
MMSE eli Mini mental state – asteikko on muistin ja tiedonkäsittelyn arvioinnin mittari. Arvioinnin tulos ilmoitetaan pisteinä ja suurin pistemäärä on 30. Pisteet 24–30 merkitsevät joko normaalia tai lievästi heikentyneitä kognitiivista toimintakykyä, pisteet 18–23 lievää dementiaa ja pisteet 12–17 keskivaikeaa dementiaa ja pisteet 0-11 vaikeaa dementiaa. Arvioitavan koulutus vaikuttaa mittarin tulokseen siten, että korkeasti koulutetulla jo 27 pistettä pidetään poikkeavana tuloksena ja taas vähän koulutetulle 23 pistettä ei välttämättä ole epänormaali tulos. (THL 2014b.) Mini mental on vapaasti käytettävissä ja tulostettavissa mm. terveyskirjaston kautta. Testin suorittaminen vie noin 10–15 minuuttia ja se soveltuu iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin. MMSE on käyttökelpoisen etenevän muistisairaouden seurannassa. (Terveyskirjasto 2014.) MMSE ei kuitenkaan erota kognitiivisen heikentymän varhaisoireita eikä sen avulla voida eritellä muistihäiriön eri tyyppisiä. (Woodford and Gerorge, 2007.) MMSE-kysymyslomakeisto on nähtävissä liitteessä 9. Innokylässä on tällä hetkellä meneillään uuden mittarin kehittäminen. MIKE-arvioinnin ja seurannan työväline on muistisairaahan ihmisen koetun elämänlaadun sekä psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin ja seurannan työväline ja se sisältää haastattelu- ja havainnointiosiot sekä manuaalin arvioijan käyttöön. Mittarin pitäisi olla valmistunut syksyllä 2015 ja sen esittely on esimerkiksi Kouvolassa 22.1.2016. (Innokylä 2015.)

Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko on ikääntyvien henkilöiden levottomuusoireiden vaikeusasteen arviointiin kehitetty mittari. Mittari on tarkoitettu lähinnä hoivakodeissa ja laitoshoidossa asuvien arviointiin ja sen käyttö vaatii koulutuksen. Mittari soveltuu iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin. (THL 2014b.)

2.3.2.4 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalialan sanaston mukaan sosiaalinen toimintakyky on: *”kyky tulla toimeen yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja normien mukaisesti. Sosiaalihuollon näkökulmasta sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä niistä rooleista, jotka hänellä on omassa toimintaympäristössään.”* Sosiaalinen toimintakyky on siis kyky toimia sosiaalisesti.

Metsävainio (2013, 96) määrittelee tutkimuksessaan sosiaalisen toimintakyvyn indikaattoreita, toiminta, sosiaalinen ja kyky käsitteiden pohjalta. Hän kuvaa sosiaalista toimintakykyä olemisen, tekemisen ja omistamisen suhteessa kykyihin sosiaalisissa suhteissa, arjessa ja sen vaatimissa rooleissa sekä suhteessa ympäristöön ja yhteiskuntaan. Hänen mielestään sosiaalisen toimintakyvyn arvioiminen on tärkeää mm. palvelujärjestelmien suunnittelun, palvelujen kohdentamisen ja kehittämisen kannalta.



KUVA 2. Sosiaalisen toimintakyvyn tarkastelu ympäristö. (Metsävainio 2013, 96)

THL:N mukaan iäkkäälle tärkeitä sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueita ovat: sosiaalisten verkostojen olemassaolo, vuorovaikutus lähipiiriin ja muiden kanssa, tuen saanti tarvittaessa, sosiaalinen osallistuminen sekä yksinäisyyden kokemukset. Sosiaalista toimintakykyä on vaikea arvioida, sillä se on aikaan ja paikkaan vahvasti sidoksissa, ja sosiaalisen toimintakyvyn mittareita on olemassa vähän. TOIMIA-suosituksen mukaan sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa tulisi huomioida sosiaalinen verkosto ja eristyneisyys, sosiaalinen yhteisyys, yksinäisyys, sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen sekä sosiaaliset taidot. (THL 2014a.)

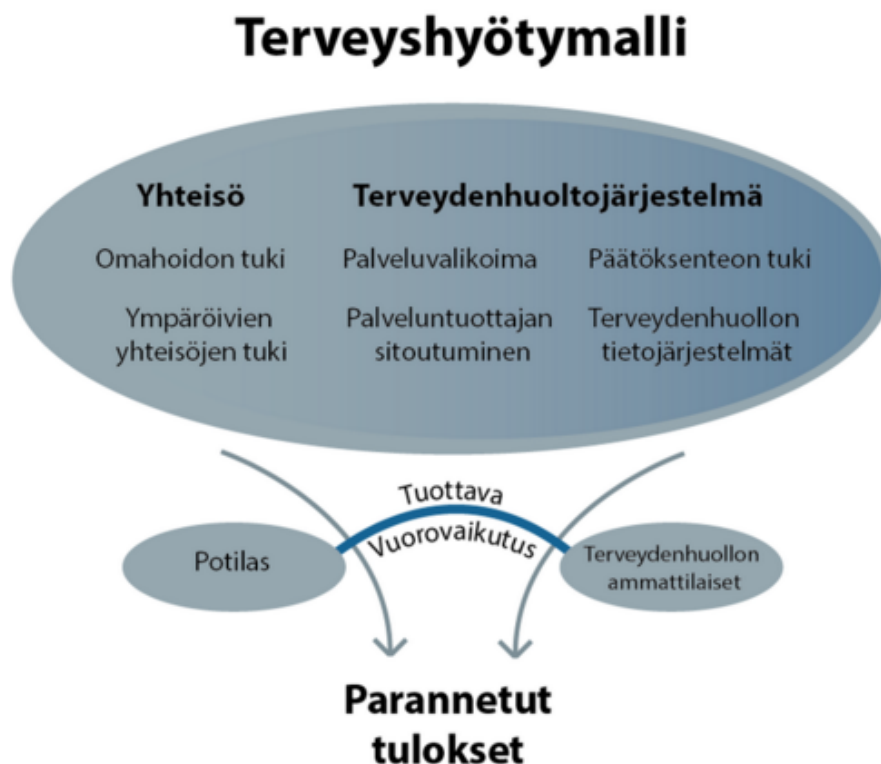
Yksinäisyys on yksi sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueista. Yksinäisyyden kokeminen lisääntyy iän myötä ja osallisuudella on myönteinen vaikutus yksinäisyyden kokemisen vähentymiseen. Yksinäisyyttä määritteleviä tekijöitä on erityisesti masentuneisuus, leskeys, yksin asuminen, huonoksi koettu terveys ja alentunut toimintakyky. (Voutilainen 2006, 64–65). Yksi sosiaalisen toimintakyvyn mittareista on **SPS** eli Social Provision Scale, on sosiaalisen tuen ja terveyden yhteisvaikutuksen tarkastelun mittari. Mittarilla on pyritty tuomaan yksinäisyyden näkökulma esille. Mittari arvioi myös psyykkistä toimintakykyä. (Russell and Cutrona 1987; THL 2014b.) Kyselylomake sisältää 24 kysymystä, joista jokainen vastaus arvioidaan pisteillä 1-4 erillisen pisteytysohjeen mukaan. Kokonaispisteet ovat 24–96 välillä ja suurempi pistemäärä osoittaa enemmän koettua yhteisyyttä. Testin tekeminen vie 5-10 minuuttia ja se on vapaasti käytettävissä. Mittari soveltuu varauksella iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin eli sen pätevydestä tai toistettavuudesta ei ole riittävästi luotettavaa tietoa tai sen käyttökelpoisuudessa on puutteita. (THL 2014b.) SPS-kyselylomake on nähtävissä liitteessä 10.

3 ASIAKASVASTAAVA TOIMINTAMALLI

Tässä kappaleessa selvitetään asiakasvastaava-mallin perusteita pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin pohjata. Lisäksi arvioidaan mallia asiakkaan, työntekijän sekä työnantaja ja yhteiskunnan kannalta.

Hallitusohjelmassa (2007) sitouduttiin perusterveydenhuollon vahvistamiseen. Tätä varten peruspalveluministeri Paula Risikko julkisti 2008 Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelman, jossa tehtiin kansallinen mallinnus monisairaiden ja paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon järjestämiseksi. Tämä ns. pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli sisältää asiakasvastaava mallin, jossa noudatetaan kokonaisvaltaista ja hyvin koordinoitua hoitoa. Mallin avulla on tarkoitus saavuttaa terveyshyötyä, parantaa hoidon laatua ja tuloksia sekä hillitä kustannusten nousua. (Muurinen ja Mäntyranta 2011, 3; Pernaa 2014; STM 2010, 3)

Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli perustuu amerikkalaiseen Chronic care modeli:iin, jonka on kehittänyt Edward Wagner vuonna 1998 (Kuva 2). Malli kehitettiin lisääntyvien kroonisten sairauksien hoidon koordinoimiseksi. Malli antaa mahdollisuuden organisoida hoitoa uudella tavalla. (Barr ym. 2003; 74)



KUVA 3. Terveyshyötymalli (mukailtu lähteistä Eppin-Jordan ym.; Muurinen ja Mäntyranta 2011)

Asiakasvastaava mallin englanninkielinen vastine on Case manager, jolle löytyy useita määrittelyjä. Asiakasvastaava malli perustuu suomalaisen versioon Bodenheimerin kolmitasoisesta mallista, jossa

pitkäaikaissairaat on jaettu kolmeen tasoon sairauden hoidon vaativuuden mukaan (Kuva 3). Perustan luo terveyden edistäminen. Alimmalle tasolle ("self management") kuuluvat asiakkaat, joiden hoidon vaativuus on vähäisintä ja asiakkaat pärjäävät omahoidon avulla. Keskimmaisella tasolla ("care management") ovat asiakkaat, joiden sairauksien hoito ei ole tasapainossa, mutta intensiivillä ohjauksella on mahdollisuus lisätä omahoitoa. Näiden asiakkaiden ohjaus on tiettyihin sairauksiin erikoistuneiden hoitajien tehtäviä. Ylimmällä tasolla ("case management") olevien asiakkaiden hoidosta vastaa asiakasvastaavat sairaanhoitajat. Tämän tason asiakkaat ovat monisairaita ja paljon palveluja tarvitsevia. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 7-8)



KUVA 4. Pitkäaikaissairaiden palvelukolmio (Mukailtu lähteestä Muurinen ja Mäntyranta 2011; 8)

3.1 Malli asiakkaan kannalta

Mallin avulla löydetään monisairaat asiakkaat, joilla on suuri palvelujen tarve, elämänhallinta on heikkoa ja sairauden lisäksi heillä on muitakin ongelmia. Asiakas saattaa olla hakenut apua monista eri yksiköistä. Näitä asiakkaita kutsutaan avainasiakkaiksi. (Perna 2014.)

Terveyskeskuspäällikkö Pertti Sopenen luettelee Pernaan (2014) mukaan avainasiakkaiden piirteitä seuraavasti: heillä on huonossa hoitotasapainossa olevia pitkäaikaissairauksia kuten astma, diabetes tai masennus. He hakeutuvat jatkuvasti lääkäriin tai hoitajan vastaanotolle samojen ongelmien kanssa. Heidän sairauksia hoidetaan monissa eri paikoissa kuten akuuttivastaanotoilla tai päivystyksessä. Pitkäaikaissairauden lisäksi heillä saattaa olla muita ongelmia, kuten toimeentulo- tai alkoholi-ongelmia. Lisäksi heillä saattaa olla huono suun kunto ja elämän hallinta hukassa.

Avainasiakkailla on terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotolla yksi nimetty vastuuhenkilö, joka vastaa asiakkaan hoidon toteutuksesta. Mallin peruseriaatteita on mm, asiakaslähtöisyys, toiminnan vaikuttavuus ja hoidon jatkuvuus. Toiminta on asiakaskeskeistä ja sen avulla palveluketjut

ovat katkeamattomia. Malli tuottaa terveyshyötyä asiakkaille. Toimivan mallin päämääränä on vahvistaa asiakkaan omahoitoa ja elämän hallintaa. Vaikuttamalla asiakkaan elämäntapoihin saavutetaan sairauksien hyvä hoitotasapaino ja siten lisätään toimintakykyä, elinvuosia ja elämänlaatua. Hyvin toimivan mallin mukaan myös asiakkaalle voidaan käyttää palkitsemista esimerkiksi asiantuntija-asiakkaan roolin saavuttaminen tai terveyskeskusmaksusta vapauttaminen. (Muurinen ja Mäntyranta 2011, 11–19.)

3.2 Malli työntekijän kannalta

Asiakasvastaava on palveluohjaaja, joka arvioi asiakkaan palvelutarpeen sekä toimii yhteistyössä kaikkien asiakkaalle kuuluvien palvelujen tarjoajien kanssa saadakseen asiakkaalle tarvittavat palvelut. Asiakasvastaavan työssä palveluprosessi jaetaan viiteen vaiheeseen: asiakkaiden valikointi, palvelutarpeiden arviointi, palvelujen suunnittelu, palvelujen organisointi ja tilanteen seuranta. (Muurinen ja Mäntyranta 2011, 11–19.)

Asiakasvastaavalta sairaanhoitajalta vaaditaan koulutusta. Asiakasvastaava-koulutuksen peruseriaatteina ovat asiakas- ja yhteisölähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja toiminnan vaikuttavuus sekä tarkoituksena tuottaa hyvää laatua ja kustannusvaikuttavia tuloksia. Koulutuksen yhtenäisissä perusteissa on ehdotettu, että tehtävän hoitoon edellytettäisiin vähintään sairaanhoitajan tutkintoa, monipuolista työkokemusta vähintään viiden vuoden ajalta perusterveydenhuollosta. (STM 2011, 8-10.)

Järjestettävä koulutus on 30 opintopisteen laajuinen ja erityisosaaminen on kansallisessa viitekehyksessä 6-7 tasolla. Tässä suomalaisessa viitekehyksessä on kahdeksan tasoa ja ammattikorkeakoulututkinnot ja alemmat korkeakoulututkinnot sijoittuvat tasolle 6, ylemmät korkeakoulututkinnot ja ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot tasolle 7 ja tieteelliset sekä taiteelliset jatkotutkinnot tasolle 8. Koulutuksen yhtenäisissä perusteissa on eroteltu neljä osaamisaluetta: kliininen osaaminen, joka on laajuudelta 15 opintopistettä, asiakkuusosaaminen 7 opintopistettä ja yhteistyö- ja verkosto-osaaminen sekä eettinen ja yhteiskunnallinen osaaminen molemmat 4 opintopistettä. (STM 2011, 9-10.)

Kliininen osaaminen sisältää mm. keskeisten kansansairauksien kannalta asiakkaan tutkimisen, hoidon periaatteiden tuntemisen, riskien tunnistamisen, lääkehoidon kokonaisarviointin sekä hoitosuunnitelman mukaan toimimisen ja terveyden edistämisen ja asiakasohjaamisen. Asiakasosaamisen kokonaisuuteen kuuluu mm. pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin soveltaminen, moni- ja pitkäaikaissairaiden tunnistamisen ja näiden seulontamenetelmät sekä omahoidon tukeminen ja hoidon kokonaisvaltainen koordinointi. Yhteistyö- ja verkosto-osaaminen sisältää mm tietoteknologian ja viestintätekniikan osaamisen, moniammatillisen osaamisen sekä verkostotyömenetelmät. Eettinen ja yhteiskunnallinen osaaminen edellyttää mm. asiakasvastaavatoiminnan kehittämisen, vastuun ja eettisten kysymysten ymmärtämisen, tärkeimpien sosiaalietuuksien tuntemisen sekä potilasturvallisuuden edistämisen. (STM 2011, 11–14)

Asiakasvastaavalla on työparina lääkäri. Terveysyhtymän mukaisesti asiakasvastaava tunnistaa ne asiakkaat, jotka hyötyvät mallin mukaisesta toiminnasta. Asiakasvastaava laatii asiakkaan ja hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden kanssa hoitosuunnitelman sekä hoitaa asiakkaalle ensimmäisen lääkärikäynnin. Hoitosuhteen edetessä asiakasvastaava vastaa hoitosuunnitelman toteutumisesta. Asiakasvastaava myös seuraa terveyshyödyn kehittymistä sekä toiminnan kustannusvaikuttavuutta. Asiakasvastaavan oletetaan myös hyödyntävän oppimistaan toiminnan ja työnjaon kehittämiseksi. (Muurinen ja Mäntyranta 2011, 11–19.)

Malli on tarkoitettu terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanotto toimintaan ja asiakasvastaava on laajat toimintavaltuudet omaava sairaanhoitaja. Toiminnassa painottuu sairauksien ennaltaehkäisy, hoito ja seuranta. Asiakasvastaavan sairaanhoitajan kanssa toimii moniammatillinen tiimi, jossa on esimerkiksi erikoistuneita sairaanhoitajia, fysioterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä. Yhteistyökumppaneita ovat esimerkiksi apteekit, erikoissairaanhoidon ja kolmas sektori. Laajaan vastuuseen ja vaatien potilaiden hoidon toteutukseen ja koordinointiin perustuen sekä vaaditun täydennyskoulutukseen perustuen palkka tulisi olla vaatimuksia vastaavaa sekä terveyshyötyä saavutettaessa tulospalkkio on perusteltua. (Muurinen ja Mäntyranta 2011, 11–19.)

3.3 Malli työnantajan ja yhteiskunnan kannalta

Asiakasvastaava toimintamallilla on ajateltu olevan monia merkityksiä myös työnantajan kannalta. Sen on ajateltu lisäävän terveyskeskuksen houkuttelevuutta työpaikkana ja sen avulla työnjako ja vastaanotto toiminta systematisoituvat ja moniammatillinen tiimityö vahvistuu. Lisäksi mm. hoitosuositusten hyödyntäminen sähköisten järjestelmien avulla paranee. (Muurinen ja Mäntyranta 2011, 12.)

Yhteiskunnallisesti malli parantaa asiakkaiden hoidon hallintaa ja siten vähentää sairaalajaksoja ja päivystyspalvelujen käyttöä. Sairaalajakso myös lyhenevät ja erikoissairaanhoidon käyttö vähenee. Mallin avulla myös liian aikaiset pitkäaikaiset sijoitukset voidaan välttää ja hoidon jatkuvuus ja laatu paranee. (Muurinen ja Mäntyranta 2011, 12.)

Kehitetty malli antaa pohjan kullekin kunnalle oman asiakasvastaava-järjestelmän kehittämiseksi. Malliin vaikuttaa kunnan asiakasrakenne sekä käytettävät resurssit. Mallia voidaan soveltaa eri asiakasryhmille ja se ei kohdistu vain terveydenhuollon palveluihin vaan mallissa huomioidaan asiakkaiden tarpeet yksilökeskeisesti. Asiakasvastaava-toiminnan tarkoituksena on myös tuottaa laatua sekä kustannusvaikuttavia tuloksia. (Muurinen ja Mäntyranta 2011, 11.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kouvolan kaupungin iäkkäiden ihmisten kotihoidon palvelutarpeen arviointiin toimintamalli ja prosessikaavio asiakasvastaava toimintamallia mukaillen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ikäihmisten kotihoidon palvelutarpeen arviointia yhdenmukaisemmaksi, tasa-arvoisemmaksi ja asiakaslähtöisemmäksi.

5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia tai kehittämään uusia toimintamalleja. Yksi kehittämistyön menetelmä on Engeströmin kehittävä työntutkimus, joka on osallistuva menetelmä, jossa työntekijät itse analysoivat ja muuttavat työtään. Sen avulla voidaan tutkia ja kehittää työtä tai organisaatioita. Kehittävän työntutkimuksen tavoitteena on työn muutosten hallinta ja pitkäjänteisellä toiminnalla saavutettu yhteisöllinen merkityksellinen muutos. Kehittävä työntutkimus ei ole valmis menetelmä, vaan tutkimusote, jonka avulla ei saada suoria ratkaisuja vaan välineitä muutosprosessin avuksi. Kehittävän työntutkimuksen mukaan työtä ja ihmistä tarkastellaan toiminnan näkökulmasta, jossa yksilö on ympäristöä muokkaava tekijä. (Engeström 1995, 11–12; Engeström 2002, 12.)

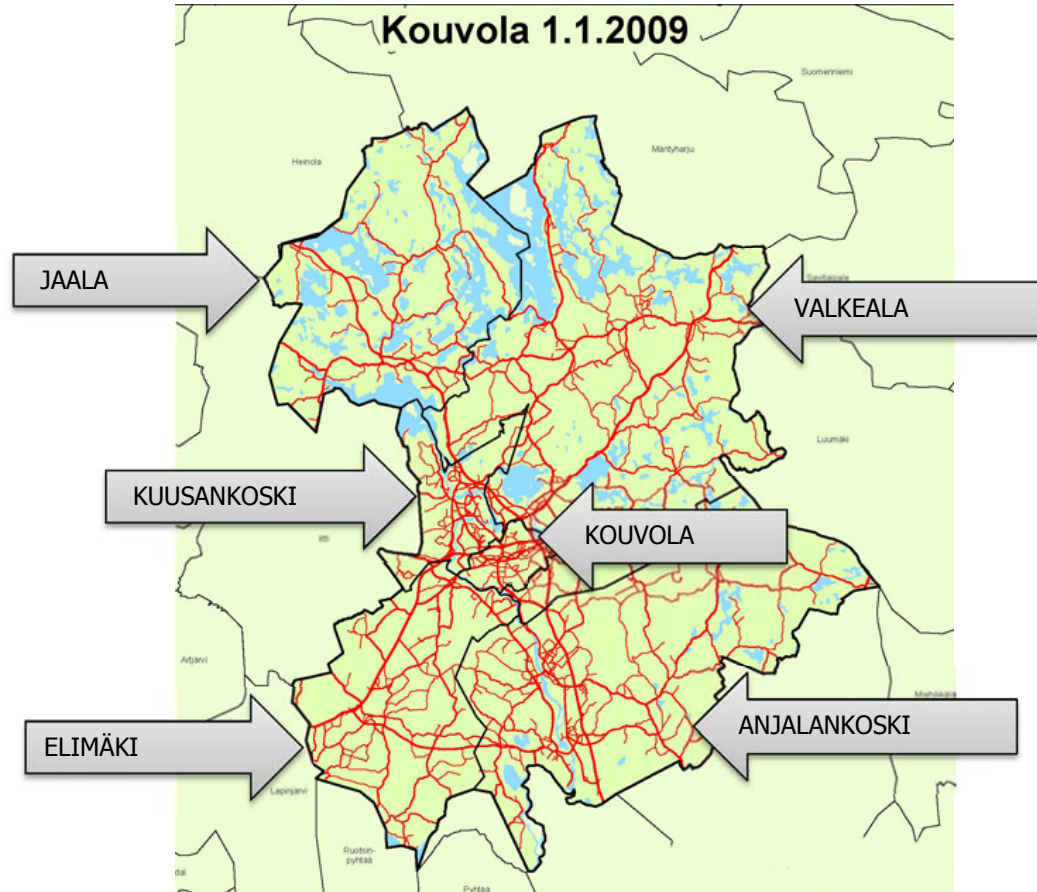
Kehittävän työntutkimuksen keskeisiä piirteitä on kolme. Ensinnäkin analyysin kohteena on kollektiivinen vakiintunut järjestelmä, jossa toiminnalla on määrätty kohde sekä toimintaan liittyvät muut osatekijät (säännöt, työnjako, yhteisö ja välineet). Toiseksi toiminnan ristiriitoja tarkastellaan toiminnan historian ja nykytilan mukaan. Kolmanneksi muutosta ja sen mukana tullutta kehitystä tarkastellaan kollektiivisena ja pitkäkestoisena oppimisprosessina, joka saa aikaiseksi ekspansiivista oppimista. Oppimisessa on tärkeää työyhteisön jäsenten erilaiset näkemykset sekä taustat, joiden avulla kehittämistyöhön saadaan moniäänisyydeksi kutsuttu näkökulma esiin. (Engeström 2004; 1995)

Kehittävään työntutkimukseen perustuvia hankkeita ovat olleet esimerkiksi Muutoslaboratoriot, joissa tavoitteena on ollut tuoda tutkimuksellinen ote työn kehittämiseen. Muutoslaboratorioissa työntekijät osallistuivat itse oman työnsä kehittämiseen siten, että työntekijät saivat konkreettista aineistoa omasta työstään arvioitavaksi. Arvioinnin perustaksi kerättiin myös tietoa työn kehitysvaiheista sekä mahdollisista ongelmista tai ristiriidoista. Arviointien avulla kehitettiin uudet toimintamallit. Mallin avulla voidaan nähdä häiriötilanteet koko toimintajärjestelmää koskevinä. (Engeström 2002, 124–126; Virkkunen ym. 2001.)

Tämän opinnäytetyön avulla haluttiin kehittää uusi toimintamalli sekä tehdä käytännön työhön parannuksia, jotka perustuivat entisiin toimintatapoihin. Toimintamallin muutos oli välttämätön palvelutarpeen arvioinnin vaatimusten noudattamiseksi. Tämä työ tehtiin aluksi oman työn ja toimintamallin kehittämisenä ja myöhemmin osallistamalla palvelutarpeen arviointeja tekevien sairaanhoitajien tapamisiin sekä ”Kotona kokonainen elämä” – hankkeen moniammatillisen työryhmän kokouksiin. Tässä opinnäytetyössä analyysin kohteena oli Kouvolan kaupungin kotihoidon palvelutarpeen arviointi. Palvelutarpeen arviointi on vakiintunut järjestelmä, jolla on määrätty kohde, säännöt, työnjako, yhteisö ja välineet. Näiden perusteella menetelmäksi valittiin kehittävä työntutkimus.

Kehittämistyön toimeksiantaja, Kouvolan kaupunki, sijaitsee Pohjois-Kymenlaaksossa ja on perustettu 1.1.2009, tällöin yhdistyi kuusi kuntaa yhdeksi Kouvolan kaupungiksi. Yhdistyneet kunnat olivat Kouvola, Kuusankoski, Valkeala, Anjalankoski, Elimäki ja Jaala. (Kuva 5). Kouvolassa oli kuntaliitoksen jälkeen yli 88000 asukasta. Kouvolan väestö on vähentynyt siten, että syyskuussa 2014 asukasluku oli lähes 2000 henkeä vähemmän (VRK 2015). Kuntaliitoksen tavoite oli seuraava:

”Uuden kunnan perustamisen tavoitteena oli kunta- ja palvelurakenteen vahvistaminen Pohjois-Kyminlaaksossa yhdistämällä kuuden kunnan voimavarat vuoden 2009 alusta. Tavoitteena oli uusi elinvoimainen kunta, joka kykenee saamaan alueen väestökehityksen positiiviseksi sekä turvaamaan palveluiden saatavuuden ja laadun.” (Kouvola 2015b.)



KUVA 5. Kuntaliitoksessa yhdistyneet kunnat (Mukailtu lähteestä Kouvola 2015a)

Opinnäyte tehtiin aluksi Kouvolan kotihoidon asiakasvastaavan sairaanhoitajan työhön kuuluvana kehittämistyönä ja lopuksi osallistamalla ”Kotona kokonainen elämä” – hankkeen (<https://kotonakokonainenelama.wordpress.com/>) Kouvolan osakokonaisuuden palvelutarpeen arvioinnin kehittämistyöryhmän toimintaan sekä kotihoidon asiakasvastaavien ryhmätapaamisiin. Palvelutarpeen arvioinnin kehittämistyöryhmä koostui useista hyvinvointipalvelujen ammattihenkilöistä. Hanketyöryhmässä oli edustettuna terveyden- ja sairaanhoito, fysioterapia, gerontologia ja sosiaalityö. Asiakasvastaavien ryhmä koostui kuudesta kotihoidon asiakasvastaavasta sairaanhoitajasta.

Kehittämistyössä noudatettiin kehittävän työntutkimuksen vaiheita, jossa kehittämistyö ajatellaan jatkumoksi nykytilasta uuteen toimintamalliin. (Kuva 4.) Aluksi määritetään nykytila ja analysoidaan toimintatapa, suunnitellaan uusi toimintatapa joka otetaan käyttöön ja lopuksi uusi toimintatapa vaikiinnutetaan. (Engeström 1995, 128.)



KUVA 6. Kehittävän työtutkimuksen vaiheet. (Mukailtu lähteestä Engström 1995, 128)

5.1 Lähtökohta, tarvetila, alkutilan analyysi

Kehittävän työtutkimuksen mallin ensimmäisessä vaiheessa analysoidaan nykyinen toimintatapa, alkutila. Samalla kuvataan ongelmat ja rajataan tutkittava toimintajärjestelmä. Toisessa vaiheessa analysoidaan nykyisen toimintatavan ongelmat, ristiriidat ja kuinka ne ilmenevät käytännössä. (Engström 1995: 89–90, 130–146). Tässä kappaleessa selvitetään Kouvolan kuntaliitoksen jälkeistä kotihoidon tilaa ja analysoidaan sen aikaista palvelutarpeen toimintamallia sekä kuvataan kohteena olevaa kotihoidon palvelutarpeen arviointia tarkemmin.

5.1.1 Kuntaliitoksen jälkeinen kotihoito ja kotihoidon palvelutarpeen arviointi

Kuntaliitoksen yhteydessä yhdistyi myös kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistetyksi kotihoidoksi. Kussakin entisessä kunnassa oli omat toimintamallit näiden palvelujen järjestämiseksi, joten yhdistyminen aiheutti jokaisessa toimintayksikössä muutoksia.

Muodostuneessa Kouvolan kaupungissa, vuoden 2009 alussa kotihoito oli jaettu maantieteellisesti kolmeen alueeseen: eteläiseen, keskiseen ja pohjoiseen kotihoidon alueeseen. Kotihoidolla oli palvelupäällikkö ja alueilla oli omat aluejohtajat. Jokaisella alueella oli 8-12 tiimiä ja 2-5 kotihoidon ohjaajaa. Aluksi osassa kaupunkia oli kotisairaanhoidon tiimit erillään ns. perustiimeistä joiden työnkuva oli lähinnä kotipalvelua. Jokaiseen tiimiin oli nimetty 1-3 sairaanhoitajaa ja 4-10 lähihoitajaa/kodinhoitajaa. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun lisäksi kotihoitoon kuului tukipalvelut. Tukipalveluihin kuului ateria-, kauppa-, sauna-, ja turvapuuhelinpalvelu sekä päiväkeskustoiminta Tiimien asiakkaat ovat tiimille määrättyllä maantieteellisellä alueella asuvia. Asiakkaita oli jokaisessa tiimissä n. 100, noin puolet tilapäisiä asiakkaita (käydään harvemmin kuin kerran kahdessa viikossa, usein rajatun

ajan) ja noin puolet säännöllisiä asiakkaita (käynnit säännöllisesti vähintään kerran kahdessa viikossa). Kotihoidon asiakasvastaava mallin kehittämisen alkaessa, oli jokaisella alueella jo yhdistetyt kotisairaanhoidon ja kotipalvelun tiimit.

Kotihoidon palvelutarpeen arviointi tehtiin kuntaliitoksen jälkeen aluksi kullakin alueella entisen kunnan toimintamallin mukaan. Yhteydenottopyynnöt tulivat suoraan kotihoidon ohjaajille, kunnes kaupungissa siirryttiin asiakasvastaava toimintamalliin. Sairaanhoidolliset käyntipyynnöt ohjattiin suoraan tiimien sairaanhoitajille. Palvelutarpeen arviointikäyntejä kutsuttiin aluksi kartoituskäynneiksi. Alueesta ja tiimistä riippuen kartoituksen teki joko kotihoidon ohjaaja tai joissain tiimeissä tiimin työntekijä. Tiimin työntekijöistä kartoituksia tekivät perustiimin lähihoitajat ja joissain tiimeissä tiimin sairaanhoitaja. Joissain tilanteissa kartoituksen teki myös joku muu henkilö tai sijainen. Kartoituksen apuna osalla oli kartoitus-kaavake, jossa oli muistin avuksi selvitettävät asiat. Osassa Kouvola käytettiin potilastietojärjestelmän valmista kartoitus-fraasia. Kotihoidon yhteyteen muodostettiin alkuvuosien aikana kotiutustiimi, jonka tehtäväksi suunniteltiin myös kartoitusten tekoa. Tämä malli jäi kokeiluksi.

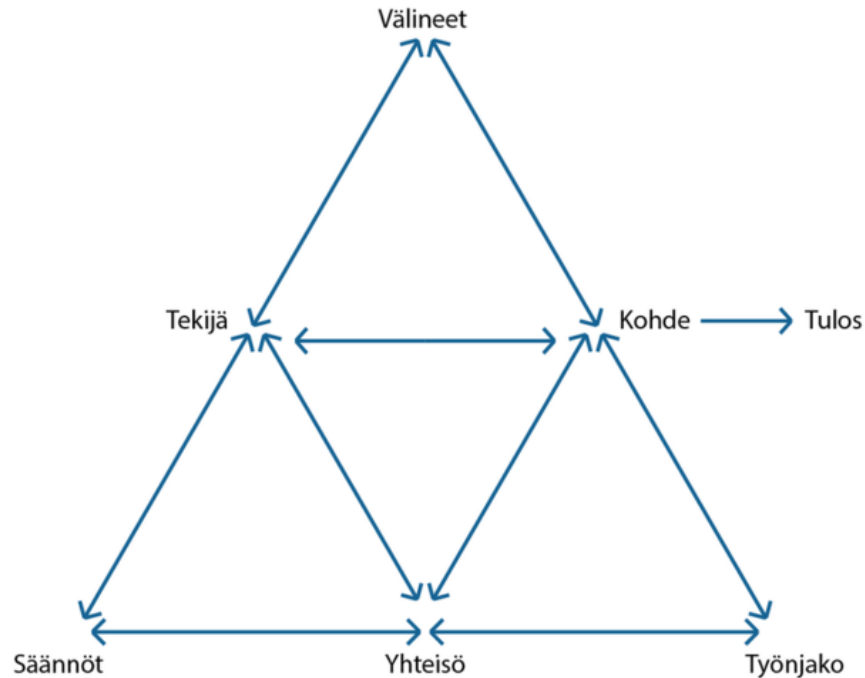
Kartoituskäynnillä oli useimmiten kotihoidon ohjaaja ja tiimin työntekijä. Joissain tapauksissa kartoituksen teki vain tiimin työntekijä. Kirjaaminen oli kirjavaa, vähimmillään kirjattiin vain maininta arviointikäynnistä. Tiedon siirto tiimille oli mukana olleen vastuulla. Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa oli kartoituksen tekijän aktiivisuudesta riippuvaa. Kotihoidon ohjaaja teki kartoittajan ilmoituksen perusteella hoitopäätöksen. Kotikäyntejä tehtiin enemmän vain tilapäisesti apua tarvitseville. Käyntejä saattoi olla asiakkaan luokse vain kerran puolessa vuodessa. Asiakkaiden toimintakyky oli parempi.

Koko Kouvolan alueella ei ollut yhteistä toimintamallia, vaan monessa yksikössä oli muodostunut oma malli. Uuden mallin kehittäminen koettiin tarpeelliseksi. Ongelmiksi koettiin myös mm. arvioinnin tekijästä riippuvat palvelupäätökset, epätasa-arvoinen asiakkaiden kohtelu, palvelujen huono tunteminen, monet yhteydenottoreitit, osaamisen puutteet ja huono paikallistuntemus. Työnjaollisesti Kouvola päätettiin siirtyä malliin, jossa kotihoitoon valitaan asiakasvastaavat sairaanhoitajat, joille ohjataan kaikki kotihoidon palvelutarpeen arvioinnit. Tällä toimintatavalla pyrittiin mahdollisimman tasa-arvoiseen ja laadukkaaseen arviointiin. Tarvetta oli myös moniammatilliselle osaamiselle ja päällekkäisten toimintojen vähentämiselle sekä päätöksentekoa tukeville toimintakyky mittareille.

5.1.2 Kohteena oleva kotihoidon palvelutarpeen arviointi

Toiminnan teorian mukaan toiminta rakentuu sosiaalisissa käytännöissä muotoutuneista toimintajärjestelmistä, joiden avulla kuvataan yhteisöllistä toimintaa sekä yksilöiden roolia yhteisöllisessä toiminnassa. Aluksi toimintajärjestelmä nähtiin tekijän, välineen ja kohteen vuorovaikutuksena, mutta Engeström kehitti 1980-luvulla mallin, jossa huomioitiin myös yhteisö, työnjako ja säännöt. (Engeström 1995,41–45.) Tässä työssä kohteen jäsentäjänä käytettiin Engeströmin toimintajärjestelmän mallia (Kuva 6), jossa toiminnan tuloksiin vaadittavat käsitteet kuvataan kokonaisuuteen liittyvinä elementteinä. Toimintajärjestelmän mallintaminen auttaa työn kehittämisessä, mutta myös ristiriitoja

selvitettäessä. Toimintajärjestelmä on vakiintunut toimintakäytäntö, jonka toimintaa varten on olemassa yhteisö, erityiset välineet, vakiintuneet säännöt ja työnjako. Toiminnalla pyritään vaikuttamaan toiminnan kohteeseen, saadakseen hyödyllisen tuloksen. (Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 2001, 19.)



KUVA 7. Toimintajärjestelmän malli (Mukailtu lähteistä Virkkunen ym.) 2001, 19; Engeström 1995, 47; 2004, 10.)

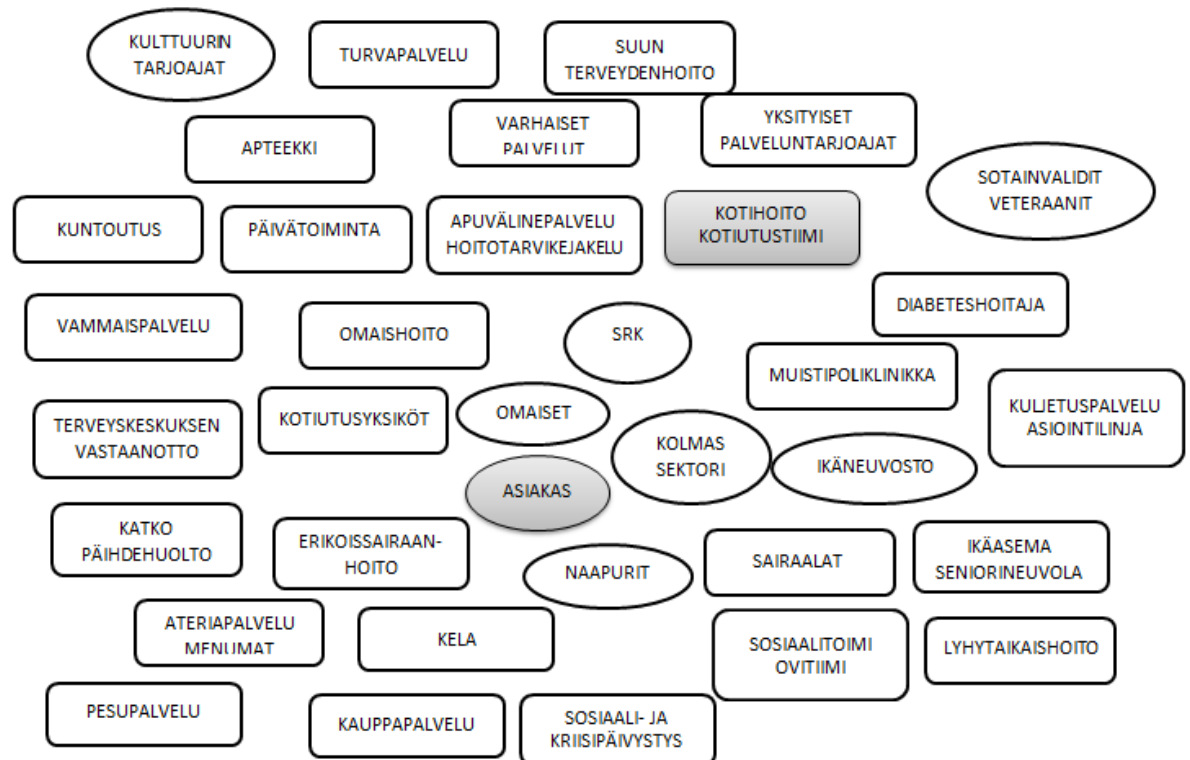
Toimintamallissa kohde määrittää toimintamallin sisällön. Kohde voi olla palvelu tai tuote tai suurempi kokonaisuus, johon yhteisö ja tekijät haluavat vaikuttaa. Tekijät pyrkivät vaikuttamalla saamaan aikaan hyödyllisen tuloksen. (Engeström 1995, 48–51) Tässä työssä kohde oli Kouvolan kotihoidon palvelutarpeen arviointi ja tulos asiakkaalle sovitut yksilölliset palvelut.

Tekijä voi olla yksittäinen työntekijä tai työntekijäryhmä, jonka näkökulmasta toimintaa tarkastellaan (Engeström 1995, 46). Tässä työssä tekijöitä olivat kaikki, jotka tekevät Kouvolan kotihoidon palvelutarpeen arviointeja. Toimintamallin muutoksen mukaan kehittämistyö koski vain kotihoidon asiakasvastaavia sairaanhoitajia.

Välineillä tarkoitetaan mm. järjestelmiä ja laitteita sekä toimintamalleja ja prosessikuvauksia (Engeström, 46), jotka tässä työssä olivat verkkosovellukset, potilastietojärjestelmä, toimintakyky mittarit, arviointirungot ja toiminnan prosessikaaviot. Tässä työssä ei keskitytä sähköisiin järjestelmiin.

Työnjako tarkoittaa työtä tekevän yhteisön keskinäistä työnjakoa, että sen suhdetta organisaatiossa ja yhteisössä (Engeström 1995, 46). Tässä työssä työnjako koski kotihoidon työntekijöiden keskeistä työnjakoa sekä heidän työtä suhteessa muihin arviointeja tekeviin yksikköihin (varhaiset palvelut ja omaishoito).

Yhteisö on toimintamallin ulkopuoliset yhteistyökumppanit sekä työyhteisön muut tekijät, joilla on merkitystä työn suorittamiseksi (Engeström 1995, 46), joita tässä työssä olivat Kouvolan kaupungin ikäihmisten varhaiset palvelut, omaishoito ja kotihoidon henkilöstö. Laajemmin ajateltuna yhteisöön kuului myös yhteistyökumppanit, kuten lyhytaikaishoito tai kuntoutusyksiköt. Kuvaan 7 on kerätty kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä vastaantulevia yhteistyökumppaneita.



KUVA 8. Kouvolan kotihoidon palvelutarpeen arvioinnissa mahdollisia yhteistyökumppaneita.

Toimintamallin säännöillä tarkoitetaan työtä ohjaavia ohjeita ja sääntöjä (Engeström 1995), joita tässä työssä olivat työtä ohjaavat lait ja asetukset, laatusuositus, kotihoidon kriteerit ja työyhteisön säännöt. Säännöt voivat olla myös kirjoittamattomia yhteisön yleisesti hyväksymiä normeja.

5.2 Toimintamallin kehittäminen ja uuden toimintatavan suunnittelu.

Kehittävän työtutkimuksen kolmas vaihe on lähinnä tuotettujen uusien mallien ja niiden laadinnan kuvauksia (Engeström 1995: 90–91, 146–149). Tässä kappaleessa käydään läpi toimintamallin suunnittelu, joka jakautuu kahteen vaiheeseen: kotihoidon asiakasvastaavien työn aloittaminen ja toiminnan kehittäminen sekä hanketyöryhmän aikainen toiminnan kehittäminen.

5.2.1 Kotihoidon asiakasvastaava toiminnan aloittaminen.

Palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen nykymuotoon aloitettiin kotihoidon asiakasvastaava toimintamalliin siirryttäessä keväällä 2012. Työn kehittäminen on kuulunut kotihoidon asiakasvastaavien toimenkuvaan alusta alkaen ja teoreettisena pohjana on käytetty avosairaanhoidon asiakasvastaava mallia. Aikaisempia kartoituskäyntejä alettiin kutsua palvelutarpeen arviointikäynneiksi.

Toiminnan alussa jokaiselle kotihoidon alueelle valittiin kaksi asiakasvastaavaa sairaanhoitajaa. Alueen sisällä jaettiin kullekin asiakasvastaavalle sairaanhoitajalle vastuu tiimit. Vastuu tiimien alueelle tulevien uusien asiakkaiden arviointikäynnit ohjattiin sen alueen asiakasvastaaville. Työ tehtiin aluksi oman työn ohessa, eli asiakasvastaavilla sairaanhoitajilla oli myös oman tiimin asiakkaiden sairaanhoidollinen vastuu. Aluksi arviointipyynnöt tulivat kotihoidon ohjaajien kautta, kunnes uudet yhteystiedot saatiin jaettua laajemmalle ja yhteydenotot saatiin suoraan asiakasvastaaville. Yhteistyökumppaneille jaettiin esitettä, joka selkeytti yhteydenottoa suoraan oikealle henkilölle. (Niemi ja Forsström, 2015.) Esite on nähtävissä liitteessä 2.

Palvelutarpeen arvioinnin haastattelurunko yhtenäistettiin koko kaupungin alueella samanlaiseksi. Jokaisella asiakasvastaavalla oli kokemusta arviontien tekemisestä, sekä kerättynä arviointia vasten kirjallista materiaalia. Uusi haastattelurunko muodostettiin yhdistämällä olemassa olevia malleja. Potilastietojärjestelmän kirjaamisalusta sovittiin yhtenäiseksi ja eri lomakkeelle tehtäväksi kuin päivittäiset merkinnät. Haastattelurunko siirrettiin potilastietojärjestelmään fraaseiksi. (Niemi ja Forsström, 2015.)

Valtakunnallisesti ensimmäiset asiakasvastaava sairaanhoitaja koulutukset alkoivat syksyllä 2012. Mahdollisuutta tähän koulutukseen selvitettiin, mutta Kouvolan kotihoidon asiakasvastaavat eivät osallistuneet koulutukseen. Asiakasvastaava toimintamallista pyrittiin kuitenkin poimimaan tärkeitä elementtejä kotihoidon asiakasvastaava toimintaan. Potilaan kliinisen tutkimisen menetelmien perusteet -koulutus oli keväällä 2013. Koulutuksen järjesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ja sen laajuus oli 3 op. Koulutus sisälsi potilaan täydellisen tutkimuksen teorian sekä käytännön harjoittelun. Tutkimus jaoteltiin yleistilan, neurologian, ihon, silmien, korvien, nenän, suun ja nielun & imusolmukkeiden, ääreisverenkierron, sydämen, rintakehän & hengityksen, vatsan, tuki- ja liikuntaelimsitön ja refleksien tutkimisen. Verkostoitumista parannettiin työn ohessa erityisesti Kouvolan kaupungin varhaisten palvelujen työntekijöiden ja omaishoidon sekä fysioterapian kanssa.

5.2.2 Toimintamallin kehittäminen hankkeen mukana

Kotona kokonainen elämä – hankkeen Kouvolan osakokonaisuuden palvelutarpeen arviointi työryhmä aloitti toimintansa syksyllä 2013. Työryhmä koostuu hanketyöntekijöistä ja Kouvolan kaupungin kotihoidon ja varhaisten palvelujen sekä omaishoidon työntekijöistä. Työryhmän kehittämistyö painottui moniammatillisen näkökulman esiintuontiin.

Palvelutarpeen arvioinnin perustaksi ajateltiin asiakkaan kokema palvelun tarve. Moniammatillinen näkökulma koettiin tärkeäksi ja samalla asiakkaan ohjaaminen alusta alkaen oikean palvelun piiriin. Kehitettiin arviointikysymykset asiakkaan ensimmäistä yhteyden ottoa varten. Kysymysten avulla on tarkoitus ohjata asiakas alusta alkaen oikean palvelun arviointiin. Kysymykset ovat nähtävillä liitteessä 1 olevassa prosessikaaviossa kohdassa 1.

Toisena tärkeänä tavoitteena oli arviointijakson käyttöönotto, jonka kokeilu aloitettiin syksyllä 2014. Käyttö vakiintui keväällä 2015. Arviointijakson sisältö on nähtävillä liitteessä 1 olevassa prosessikaaviossa kohdassa 3. RAI – arviointi arviointijakson aikana on osassa tiimeistä kokeilussa syksyllä 2015.

Hanketyöryhmässä käytiin läpi voimassa olevan kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kaavake ja todettiin sen olevan sisällöltään suppea. Ryhmässä käytiin läpi kaavakkeen sisältöä ja käyttötapaa. Kotihoidon asiakasvastaavat käyttivät kaavaketta muistilistan tavoin, jolloin kaikkea arvioinnissa käsiteltäviä asioita ei kaavakkeessa ollut kirjattuna. Uuden arviointirungon toivottiin tuovan tämän näkyvämmän työn näkyväksi.

Kotihoidon ja varhaisten palvelujen yhteistyön parantamiseksi kehitettiin palvelutarpeen arviointitiimi, joka koostuu kotihoidon ja varhaisten palvelujen palvelutarpeen arviointeja tekevästä työntekijöistä. Arviointitiimissä tiiviimmällä kotihoidon ja varhaisten palvelujen yhteistyöllä pyritään parantamaan entisestään asiakkaan saamia palveluja. Samalla työntekijöiden tiedonjako paranee ja ammatillinen osaaminen lisääntyy. Ajatuksena on, että hyvin toimivan arviointitiimin jokainen jäsen pystyy jatkossa tekemään kattavan palvelutarpeen arvioinnin riippumatta ammattinimikkeestään. Arviointitiimin tarkoituksena on myös mahdollistaa ns. yhden numeron periaate. Eli kotihoidon asiakasvastaaville ja varhaisten palvelujen palveluohjaajille tulevat yhteydenotot ohjataan kaikki yhteen arviointitiimin numeroon.

Hankkeen aikana muokattiin aiemmin yhtenäistettyä haastattelurunkoa näkyvämmäksi ja vaatimuksia vastaavaksi. Tähän kehittämiseen hanketyöryhmä ei osallistunut. Kotikäynnillä tapahtuvan haastattelun kysymykset on nähtävissä liitteessä 1 olevassa prosessikaaviossa kohdassa 2. Haastattelurunkoon sisällytettiin toimintakyvyn ulottuvuudet.

Fyysisen toimintakykyä määrittäviä kysymyksiä on IADL- ja Katzin indeksin kysymykset liitettiin suoraan haastatteluun, sillä kotihoidon tarvetta arvioitaessa nämä asiat tulee selvittää poikkeuksetta. Barthelin indeksi jätettiin arvioinnista pois, sillä sen käyttö vain englanninkielisenä koettiin liian haastavaksi. IADL- ja Katzin indeksien käyttö koettiin helpoksi ja molemmat ovat hyväksytyt TOIMIA-asiiantuntijaverkoston mukaan käytettäväksi ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinneissa. FROP oli otettu käyttöön jo aiemmin fysioterapian toivomuksesta ja sen käyttöä on tarkoitus jatkaa.

Ikäihmisten ravitsemuksen ja alkoholin käytön arvioinnit koettiin tarpeelliseksi tilanteissa, joissa asiasta herää huoli. Yleisesti käytössä olevat MNA ja AUDIT koettiin kotioloissakin helpoiksi ja nopeiksi

tehdä. Audit-testistä käyttökelpoisimmaksi koettiin lyhennetty kolmen kysymyksen sarja, jonka tuloksen voi helposti laskea ilman internet-sivun laskuria.

Kognitiivisen toimintakyvyn mittareista valittiin käytettäväksi MMSE. Tätä mittaria kotihoidon asiakasvastaavat olivat jo käyttäneet, joten vältyttiin uuden opettelulta. MMSE on lisäksi nopea tehdä sekä hyväksytty käytettäväksi iäkkäiden palvelutarpeen arvioinnissa. Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko jätettiin arviointirungosta pois, koska se sopii lähinnä laitoshoidossa oleville ikäihmisille.

Psyykkisen toimintakyvyn osalta valittiin myös ennestään tuttu GDS-15 ja vaihtoehtoisesti CES-D. Mittareita käytetään palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä, jos herää huoli asiakkaan muistista tai mahdollisesta masentuneisuudesta. Arviointirunkoon jätettiin molemmat arvioinnit, mutta GDS-15 koettiin tutummaksi ja sen käyttö tästä syystä helpommaksi. Molemmat mittarit on hyväksytty käytettäväksi iäkkäiden palvelutarpeen arvioinnissa.

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin valittiin SSP käytettäväksi tarpeen mukaan ja valiten kysymyksistä tilanteeseen sopiva määrä. SPS oli sairaanhoitajille vieras arviointimenetelmä, mutta teorian perusteella helppo ja nopea tehdä, joten se jätettiin arviointirunkoon käytettäväksi. Sosiaalisen toimintakyvyn arvioiminen koettiin kaikkein vaikeimmaksi.

Taloudellisen toimintakyvyn arvioinnissa valittiin käytettäväksi muistilistana kysyttävät asiat ja voimassa olevat tuet. Kouvolan kaupungin ikääntyvien kohdennettujen sosiaalituot ja palvelut – sivuilla on palvelutarpeen arvioinnissa tarvittavien yhteistyötahojen omien sivujen linkit. Tätä linkkiä käyttämällä saa asiakaskohtaisesti etsittyä tietoa taloudellisen toimintakyvyn tukemiseksi.

Kodin ja ympäristön huomioimiseen valittiin käytettäväksi joko kotitapaturmien ehkäisykampanjan kyselykaavaketta tarvittavin osin tai vaihtoehtoisesti ikinä sivuston ympäristön tarkastuslistaa, josta kuitenkin puuttuu kotona asuville tärkeä palovarointimen tarkistus.

5.3 Toimintatavan käyttöönotto ja vakiinnuttaminen

Neljännessä vaiheessa uusi toimintamalli otetaan käyttöön ja sitä testataan. Lopuksi uusi toimintatapa vakiinnutetaan käyttöön ja se mahdollistaa myös toimintatavan arvioinnin. (Engeström 1995: 91–92, 149–154). Tässä kappaleessa kuvataan uusien toimintamallien käyttöönottoa kotihoidon asiakasvastaavien valinnasta, keväästä 2012 alkaen aina hankkeen loppuvaiheeseen, syksyyn 2015 asti.

Toimintatavan käyttöönottoa ja arviointia tehtiin kehittämistyössä samanaikaisesti suunnitteluvaiheen kanssa. Alueellinen työjako otettiin keväällä 2012 käyttöön ja se toimi tiimijaon mukaisesti pääosin hyvin. Hankaluuksia aiheutui tilanteissa, joissa ei tiedetty minkä tiimin alueeseen asiakkaan koti

kuului. Enemmän hankaluutta oli yhteydenottajalla, koska jokaisella asiakasvastaavalla oli omat yhteystiedot ja ulkopuolisen oli vaikea tietää kenen alueelle asiakas kuului. Yhteystiedot kerättiin esitteeseen (Liite 2), joka jaettiin yhteistyökumppaneille, kuten paikalliseen sairaalaan ja terveyskeskuksen yksiköihin. Yhteistyökumppanit antoivat esitteestä hyvää palautetta, heidän mielestään oikean numeron löytyminen helpottui. Yhtenäinen haastattelurunko otettiin käyttöön heti sen valmistuttua keväällä 2012. Sen koettiin auttavan muistilistan kaltaisesti arviointikäynnillä läpikäytäviä asioita.

Kliininen osaaminen – koulutus koettiin hyväksi, mutta opittujen taitojen käyttöä arviointitilanteessa epäiltiin tehtävän harvoin. Tilanteessa on läsnä usein paljonkin henkilöitä, jolloin asiakkaan tutkiminen koettiin myös asiakkaalle kiusalliseksi, lisäksi asiakkaan tutkiminen vaatii rauhallista ympäristöä jota arviointitilanteessa ei aina voida järjestää.

Hanketyöryhmän aikana ensimmäisenä otettiin käyttöön arviointikysymykset ensimmäisen yhteydenoton yhteydessä. Varsinaista palautetta kysymysten käytöstä ei pyydetty, niiden merkitys korostuu arviointitilanteen käyttöönoton yhteydessä. Keskusteluissa tuli kuitenkin ilmi, että laaditut kysymykset koettiin sopiviksi ja selkeyttäväksi.

Arviointijakso otettiin käyttöön marraskuussa 2014. Osalta kotihoidon asiakasvastaavilta saatiin palautetta arviointijaksosta maaliskuussa 2015, jolloin jakso oli ollut käytössä noin puoli vuotta. Palautteita saatiin sähköpostitse ja keskusteluissa. Palautteen perusteella arviointijakso oli ollut käytössä kaikilla asiakkailla, joilla alkoi todennäköisesti säännöllinen kotihoito. Arviointijaksoa ei käytetty selkeästi tilapäisesti käytävillä asiakkailla, joilla palvelu on esimerkiksi silmätippojen tiputus kaihihoitoon jälkeen tai verenohennuslääkkeen pistäminen määrätyn ajan tai vain kerran tai kaksi tehtävä haksaten poisto ja haavan tarkistaminen. Arviointijaksoa käytettiin myös hyödyksi tilanteissa, joissa halutaan arvioida onko asiakkaalla tarve säännöllisille kotihoidon palveluille. Palautteen mukaan arviointijaksolla ei aina nimetty vastuuhoitajaa. Arviointijakson päätyttyä oltiin omaisiin yhteydessä. Yhteydenottaja oli joko tiimin hoitaja tai asiakasvastaava. Kotihoidon asiakasvastaaville ei tullut arviointijaksosta juurikaan palautetta asiakkailta tai omaisilta, mutta joidenkin tiimien työntekijöiden mukaan palvelut olivat selkeämpiä asiakkuuden alkaessa.

Kotihoidon asiakasvastaavien omat kokemukset arviointijaksosta olivat pääosin positiivisia. Tilanteissa joissa asiakkaalla oli selvä avun tarve, mutta asiakas ei huolisi apua, koettiin että arviointijakson avulla asiakas otti palvelut helpommin vastaan. Lisäksi arviointitilanteessa koettiin mielekkääksi mainita seurantajakson olemassaolo, ja se että tällöin seurataan asiakkaan toimintakykyä. Tästä on saatu vaikutelma, että asiakkaat sekä heidän omaisensa ovat tyytyväisiä. Tämän epäiltiin johtuvan myös siitä, että asiakas pääsee tällä toimintamallilla vaikuttamaan enemmän omiin palveluihinsa. Lisäksi mainittiin, että arviointijakson avulla ei pääse syntymään ”epäselviä” asiakassuhteita, koska seurantajakson jälkeen voidaan selkeämmin perustein päättää asiakkuus. Kotiutustilanteissa koettiin hyväksi se, että arviointijakson aikana avuntarve on usein suurinta ja akuutein vaihe on päästy ohi. Tässä ajassa voidaan helpommin miettiä mikä asiakkaan avuntarve todellisuudessa on.

Arviointijakson todettiin työllistävän sekä asiakasvastaavia sairaanhoitajia että tiimin työntekijöitä. Mutta samalla uskottiin, että toimintamallin vakiinnuttua arviointijakson sisältökin selkenee ja tiedon-siirto asiakasvastaavan ja vastuuhoidajan välillä paranee.

Uuden haastattelurungon käyttöönotto jää asiakasvastaavien yhdessä päätettäväksi asiaksi. Sen valmistuminen vasta opinnäytetyön loppuvaiheessa ei mahdollistanut sen arviointia. Hanke jatkuu lokakuuhun 2015. Arviointitiimin on tarkoitus aloittaa toimintansa keväällä tai kesällä 2015, joten sen käyttöönotto ja arviointi jää tämän työn ulkopuolelle.

Tämän työn jälkeiseen aikaan jää toimintamallin vakiinnuttaminen ja kehittäminen eteenpäin. Kehittämisisideoita olen lisännyt pohdinta osioon.

6 POHDINTA

Pohdintaosuudessa tulee tarkastella tutkimusta taustakirjallisuuteen, tutkimustehtävään ja aiempiin vastaaviin tutkimuksiin nähden ja arvioida työn merkitystä, tieteellisen käytännön toteutumista, luotettavuutta ja käytettävyyttä. Pohdinnassa tulee arvioida myös tutkimustulosten siirrettävyyttä ja yleistämistä sekä mahdollisen uuden tiedon käytettävyyttä sekä miettiä mahdollisia jatkotutkimusaiheita. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2013, 263–265.) Pohdintaosuus on sen laajuuden vuoksi jaettu neljään osaan: tutkimuksen teoreettinen pohdinta, tieteellisen kirjoittamisen ja eettisyyden pohdinta, työn kriittinen pohdinta ja oma ammatillinen kasvu, jatkotutkimusaiheiden sekä oman ammatillisen kasvun pohdinta.

6.1 Tutkimuksen teoreettinen pohdinta

Ensimmäisessä pohdintaosuudessa tutkimuksen tuloksia verrataan tutkimuksen tarkoitukseen, taustateoriaan (palvelutarpeen arvioinnin vaatimukset, toimintakyky ja asiakasvastaava malli) sekä muihin vastaaviin tutkimuksiin. Tässä työssä kehitettiin Kouvolan kaupungin kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli ja prosessikaavio. Toimintamallista tehdyn kaavakkeen tarkoitus oli olla muistilistan kaltainen esite Kouvolan kotihoidon asiakasvastaaville sairaanhoitajille. Aiemmassa käytössä olleessa kaavakkeessa ei ollut kirjattu riittävän laajasti arviointikäynnillä tehtäviä erillisiä arviointeja. Nyt kehitetty kaavake tuo käynnin sisällön avoimemmaksi. Kaavake pyrittiin pitämään suppeana ja helposti luettavana ja arviointiprosessin mukaisena.

Toimintakyvyn määrittäminen mahdollisimman objektiivisesti on teorian perusteella vaikeaa, mutta mahdollista. Toimintakykymittareita sekä ympäristön arviointilomakkeita löytyy paljon ja niiden käytettävyyttä on myös arvioitu. Riippuu paljon arvioinnin tekijästä, kuinka laajasti mittareita ja arviointilomakkeita käytetään. Kuitenkin mahdollisuus saada numeraalinen arvio toimintakyvystä, auttaa objektiivisen, arvioijasta riippumattoman tasa-arvoisen päätöksen teon. Toimintakyvyn arvioiminen on ensikäynnillä tärkeää ja arviointi painottuukin eri toimintakyvyn ulottuvuuksien mittaamiseen ja havainnointiin. Toimintamalliin on pyritty liittämään laatusuosituksen ja vanhuspalvelulain edellyttämiä asioita. Kouvolan kotihoidon palvelutarpeen arviointiin otettiin mukaan jo ennestään tunnettuja mittareita (MMSE, GDS-15, MNA, Audit) sekä helppokäyttöiset IADL ja Kazin indeksi, FROP:n käyttösuositus tuli kotihoidon fysioterapeuteilta. Sosiaalisen toimintakyvyn mittareita on selvästi vähemmän ja SPS valittiin lähinnä käytettäväksi joidenkin kysymysten osalta. Ympäristön arvioinnissa kaavakkeeseen otettiin kaksi arviointia.

Tehokas, onnistunut ja oikea-aikainen palvelutarpeen arviointi tehostaa myös asiakkaan saamien palvelujen käyttöä. Turha pohdinta siitä, onko toimintakyky riittävän alentunut kotihoidon palveluja saamiseksi vie turhia resursseja. Kotihoidon palvelujen aloittamien asiakkaille, joiden toimintakyky on riittävän hyvä pärjätäkseen esimerkiksi kolmannen sektorin avulla, kuluttaa turhaan kotihoidon resursseja. Väestön ikääntyessä ja kotihoidon tehokkuutta lisättäessä tällainen virhearviointi on vielä vähemmän toivottavaa.

Asiakasvastaava mallin käyttäminen kotihoidon palvelutarpeen arvioinnissa ja kotihoidon asiakasvastaavien työssä vaatii soveltamista. Tämä osuus jäi toimintamallissa vähäisempään käyttöön. Kuitenkin asiakasvastaava mallissa on paljon käyttökelpoisia vaihteita vielä lisättäväksi, kuten asiakasvastaavaprosessin asiakkaiden valinta ja asiakkaan tilanteen seuranta

Koskinen (2012) kehitti opinnäytetyössään Espoon kaupungin kotihoitoon yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin toimintamallia. Espoossa lähtökohta oli jonkin verran erilainen ja arviointeja teki moni eri ammattilainen. Tuloksena olivat kyselyn perusteella löydetyt palvelutarpeen kehittämiskohteet sekä ratkaisuehdotukset. Kehittämiskohteissa oli mainittu mm. yhteistyö muiden palveluntarjoajien kanssa, tiedonsiirto, työnjako ja arviointimenetelmien käyttö.

Koivumäki (2014) selvitti opinnäytetyössään Naantalin kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin nykytilaa ja kehittämiskohteita. Työssä tuotettiin ikääntyneen henkilön palvelutarpeen arviointiprosessin kuvaus sekä muistilista monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin toteuttamiseksi.

Väisänen ja Ruotsalainen (2012) selvittivät opinnäytetyössään pystytäänkö kahden toimintakykymit-tarin (Suunnas ADL-indeksi ja Eldery Mobility Scale) avulla arvioimaan kotiympäristössään asuvan, heikkokuntoisen ikäihmisen toimintakykyä verrattuna RAVA:aan. Tuloksien perusteella RAVA yksin ei riitä mittaamaan riittävästi ikäihmisen toimintakykyä ja jokainen mittari vaatii jonkin verran perehtymistä ennen sen käyttöä.

Koivunen (2013) teki opinnäytetyön Terve-Akseli kehittämishankkeen osana ja työn tavoitteena oli kehittää asiakasvastaavatoiminta osaksi ikäihmisten päivätoimintamallia. Hankkeessa luovuttiin osittain tavoitteesta ja asiakasvastaava toiminta liitettiin päiväkeskustoimintaan lähinnä palvelujen keskittämisellä samaan paikkaan tiettyinä viikonpäivinä entisen hajautetun palvelun sijaan.

Alatalo,IVESluoto, Joonas, Koistinaho, Kortelainen, Penttilä-Sirkka ja Vääräniemi tekivät keväällä 2014 laajan yhdistetyn Pro-gradun ja ylemmän ammattikorkeakoulututkinon opinnäytetyön, jossa oli tarkoitus kuvata teoreettisten lähtökohtien perusteella vanhuspalvelulain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin toteutumista. Tuloksina he mainitsevat kattavan toimintakyvyn osa-alueiden huomiointin tärkeyden jotta mahdollisimman monipuolinen palvelutarpeen arviointi toteutuisi.

6.2 Tutkimuksen tieteellisen kirjoittamisen ja eettisyyden pohdinta

Tutkimuksen teossa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka mukaan tulee mm pyrkiä rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Raportoinnin tulee olla yksityiskohtaista. (Hirsjärvi ym. 2013, 23–24.)

Tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu (Hirsjärvi ym.) 2013, 24). Kehittämistyön aihe valittiin sen ajankohtaisuuden vuoksi. Ikäihmisten määrän kasvaessa, kasvaa myös paineet palvelujen saatavuuden riittävydestä. Jotta voidaan vastata tulevaisuudessa ikäihmisten palvelutarpeeseen, tulee hoitoprosessien kehittyä tehokkaammiksi ja palvelujen tulee kohdentua oikeassa muodossa, oikea-

aikaisesti niitä oikeasti tarvitseville. Kuntaliittymän jälkeen tarve yhtenäisten toimintamallinen suunnitteluun oli välttämätön.

Tutkimustyössä tulee noudattaa eettisesti kestäviä menetelmiä sekä avoimuutta (Hirsjärvi ym.) 2013, 24). Kehittämistyössä mukana olevat olivat tietoisia tekeillä olevasta opinnäytteestä. Tutkimusluvan myönsi Kouvolan kaupungin ikääntyneiden palvelujen johtaja. Tutkimuksen kohde oli kotihoidon palvelutarpeenarviointiprosessi ja tutkimuksessa ei otettu esille yksittäisen henkilön palvelutarpeen arviointia, eikä tutkimuksessa käsitelty yksittäisiä arvioinnin ongelmia. Joten arvioinnin kohteena olevien asiakkaiden yksityisyys ei vaarantunut. Myöskään yksittäisen työntekijän tekemiä arviointeja ei otettu käsittelyyn, vaan arviointia käsiteltiin yleisesti.

Laadullisessa tutkimuksessa tarkka tutkimuksen selostus lisää luotettavuutta (Hirsjärvi ym.) 2013, 232). Kehittämistyön prosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selvästi. Työn ajallinen leviäminen aiheutti tarkalle kuvaamiselle haastetta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen tekijän aiempi työskentely kotihoidon asiakasvastaavana sairaanhoitajana. Palvelutarpeenarviointiprosessin tunteminen auttaa eri osa-alueiden yhdistämisen kokonaisprosessiksi.

Tutkimuksen tulosten eli arviointiprosessin siirrettävyys on mahdollista, mutta tuloksena oleva arviointiprosessi on nimenomaan Kouvolan kaupungin kotihoidon palvelutarpeenarvioinnin prosessi. Muualla käytettäessä se tulisi muokata kunkin organisaation tarpeiden mukaiseksi.

6.3 Työn kriittinen pohdinta ja oma ammatillinen kasvu

Tutkimustyön tavoitteena oli kehittää Kouvolan kotihoidon palvelutarpeen arviointia yhdenmukaisemmaksi, tasa-arvoisemmaksi ja asiakaslähtoisemmäksi. Tavoitteen toteutumista ei mitattu millään lailla joten sen toteutuminen jää pohdinnan tasolle. Tasa-arvoisuuden voisi ajatella toteutuvan arvioijan käyttäessä arviointiin liitettyjä mittareita sikäli jos mittareiden käyttö osataan. Asiakaslähtöisyys näkyy haastattelurunkoon merkittyjen asiakkaan mielipiteiden huomioon ottamisessa. Yhdenmukaisuutta lisää jos arvioinnissa käytetään yhdenmukaista arviointia ja päätöksenteko tapahtuu arvioijasta huolimatta samoilla kriteereillä.

Teoriaosuuden asiakasvastaava malli on suhteellisen uusi, joten monipuolisen tiedon hakeminen oli vaikeaa. Lisäarvoa työlle olisi saanut monipuolisemmalla lähteiden käytöllä ja mahdollisuudella osallistua asiakasvastaava koulutukseen.

Kehittämistyön prosessissa alkutilanteen kartoitus laajalle ajalle (2009 - 2012) aiheutti hankaluutta kirjalliseen työhön. Vuoden 2009 alussa tilanne oli hyvin erilainen kuin keväällä 2012. Kotihoidon ohjaajat ja aluejohtajat olivat kehittäneet mallia koko ajanjakson ajan. Kaikkea tarpeellista ei ollut kirjattu, joten tärkeääkin tietoa saattoi jäädä kuvauksen ulkopuolelle. Hanketyöryhmässä käsiteltiin paljon opinnäytetyöhön kuulumattomiakin asioita joten nämä asiat on jätetty pois työstä. Hanketyöryhmän tapaamisista puuttui usein tärkeitäkin jäseniä ja asiakasvastaavien tapaamisissa oli paljon

asioita läpikäytävänä, joten kehittämistyöhön liittyvät asiat käytiin läpi siinä mittakaavassa kuin oli mahdollista. Kiireinen työ vaikuttaa myös kehittämistyöhön, yhteen asiaan keskittyminen ei aina ollut mahdollista. Kiire vaikuttaa myös uusien toimintatapojen käyttöönottoon, koska uusi toimintamalli vie aluksi enemmän aikaa kuin entinen.

Käytännön ja taustateorian synteessä on mahdollisuus luoda uutta. Toisaalta kotihoidon asiakasvastaavan työtä tehdessä voi olla liian lähellä asiaa, jolloin ulkopuolinen havainnointi auttaa näkemään prosessissa olevia puutteita. Tekijän jääminen pois tästä asiakastyöstä kesken tutkimusprosessin vähensi yhteistyötä muiden kotihoidon asiakasvastaavien kanssa, mutta saattoi auttaa kokonaisprosessin arviointia.

Tutkimuksessa kehitetyn arviointiprosessin kuvauksen tarkoitus oli myös saada kaikki se työ näkyväksi, jota arviointeja tekevät sairaanhoitajat käynneillä tekevät. Kuvauksen tarkoitus ei ollut arvostella itse arviointia.

Yhteistyö hanketyöryhmän ja asiakasvastaavien ryhmän kanssa oli toimivaa, mutta tapaamisia olisi ollut tarvetta järjestää useammin. Ryhmässä työskentelyn ja muiden mielipiteiden kuulemisen koen nyt entistä tärkeämmäksi. Kehittämistyössä tärkeä vaihe on myös käyttöönotto ja sen arviointi. Tässä työssä palautetta saatiin joko keskusteluista kehittämistyöryhmän tai asiakasvastaavien tapaa- misissa tai sähköpostikeskusteluista. Palautteen systemaattisempi kerääminen olisi tuonut lisäarvoa kehittämistyölle.

6.4 Jatkotutkimusaiheiden sekä oman ammatillisen kasvun pohdinta

Asiakasvastaava mallin soveltamista kotihoidon palvelutarpeen arviointiin voidaan jatkaa. Kohden- nettu koulutus Kouvolan kotihoidon asiakasvastaaville sairaanhoitajille esimerkiksi verkostotyöskentelystä tai eettisestä ja yhteiskunnallisesta osaamisesta toisi lisäarvoa työlle. Yhteistyön lisääminen, mm. avoterveydenhuollon asiakasvastaavien sairaanhoitajien kanssa tehostaisi mahdollisten kotihoidon palveluista hyötyvien asiakkaiden valintaa. Kolmannen sektorin kanssa tehtävän yhteistyön lisääminen vähentäisi todennäköisesti toimintakyvyltään suhteellisen omatoimisten kotihoidon palvelujen tarvetta.

Voimaannuttavan terveystietämisen käyttöönotto kotona tapahtuvassa palvelutarpeen arvioinnissa voisi olla tehokas omahoitoa tukeva toimintamalli. Utraisen ja Siirilän (2014) kirjallisuuskatsauksen mukaan voimaannuttavassa terveystietämisessä mm. hoitajan ammatilliset taidot asiakkaan kohtaamisessa, hoitajan asiakkaalle antama omahoidon tuki ja jatkuvuuden turvaaminen edistävät asiakkaan voimaantumista.

Palvelutarpeenarvioinnin onnistumisen arvioimiseen olisi hyvä kehittää arviointimalli jossa seurataan asiakkaaksi jäävien RAI-arvioinnin ja palvelutarpeenarvioinnissa havaittujen toimintakyvyn alenemien välistä yhteneväisyyttä. Tämän avulla olisi mahdollista kehittää palvelutarpeen arviointimallia

täsmällisemmäksi. Palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujen alkaessa tehtävän RAI-arvioinnin yhdistäminen vähentäisi mahdollisesti päällekkäisen arvioinnin tekemistä. Arviointikysymysten muotoileminen RAI-arvioinnin mukaiseksi yhdenmukaistaisi käsitteiden käyttöä.

Opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen ja haastava. Yksityiselämän rankat asiat samanaikaisesti luovan prosessin aikana ei ole hyvä yhdistelmä, molemmat vaativat tekijältä voimavaroja. Pidän tutkimustyöstä ja uusien teorioiden, toimintamallien ja käytäntöjen luomisesta, mutta taipumukseni pikkutarkkuuteen oli hidaste työn tekemiselle. Oppimista on tapahtunut sekä ammatillisesti sairaanhoitajana että tutkimustyön tekijänä. Arvostus tutkimustyötä kohtaan kasvoi ja valmiiden tutkimusten antaman tiedon käyttö omassa työssä lisääntyy varmasti.

LÄHTEET

ALATALO, Tuomas, ILVESLUOTO, Varpu, JOONA, Maria, KOISTINAHO, Anna-Maria, KORTELAINEEN, Riina, PENTTILÄ-SIRKKA, Suvi ja VÄÄRÄNIEMI, Irja 2014. "Näkkeehän ne minkäläistä apua tartten" Kattava palvelutarpeen arviointi Vanhuspalvelulain tavoitteena. [viitattu 2015-10-15]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014061913168>

BARR, Victoria J, ROBINSON, Sylvia, MARIN-LINK, Brenda, UNDERHILL, Lisa, DOTTS, Anita, RAVENSDALE, Darlene and SALIVARAS, Sandy 2003. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Hospital Quarterly Vol. 7 No. 1/2003. [viitattu 2015.04.04]. Saatavissa: <http://www.area-c54.it/public/the%20expanded%20chronic%20care%20model.pdf>

ENGESTRÖM, Yrjö 1995. Kehittävä työntutkimus, perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Engeström, Yrjö 2002. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita.

ENGESTRÖM, Yrjö 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino Oy.

EPPIN-JORDAN, J E, PRUITT, S D, BENGGOA, R and WAGNER, E H 2004. Improving the quality of health care for chronic conditions. Qual Saf Health Care 13/2004. [viitattu 2015-11-10]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743863/pdf/v013p00299.pdf>

FCG 2014. Rava mittarin kotisivut [viitattu 2014-02-25]. Saatavissa: <http://www.ravamittari.fi/mik%C3%A4-rava-mittari>

GDS-15. Myöhäisiän depressioseula. [viitattu 2014-03-01]. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/GDS-15.pdf>

HEIKKINEN, Eino, LAUKKANEN, Pia ja RANTANEN, Taina 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Julkaisussa: HEIKKINEN, Eino, JYRKÄMÄ, Jyrki, RANTANEN, Taina (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 278–283.

HEIMONEN, Sirkkaliisa 2007. Näkökulmia ikääntyvän psyykkiseen toimintakykyyn. Julkaisussa: POHJOLAINEN, Pertti, SARVIMÄKI, Anneli ja SYRÉN, Ilkka (toim.). Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa. [viitattu 2014-04-16]. Saatavissa: <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/17/>

HEINOLA, Reija ja LUOMA, Minna-Liisa 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Julkaisussa: HEINOLA, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

HEINOLA, Reija 2007. Kotihoidon asiakkaat, palvelujen dokumentointi. Julkaisussa: HEINOLA, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

HIRSJÄRVI, Sirkka; REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Helsinki: Tammi.

HÄGG, Tina, RANTIO, Merja, SUIKKI, Päivi, VUORI, Anne ja IVANOFF-LAHTELA, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. WSOY Oppimateriaalit Oy.

INNOKYLÄ 2015. MIKE-arvioinnin ja seurannan työväline. [viitattu 2015-12-13]. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/verstas1459877>

KAUTTO, Mikko 2006. Suomalaisten hyvinvointi 2006. Stakes. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino.

KOIVUNEN, Sini 2013. Asiakasvastaavatoiminta osaksi ikäihmisten päiväkeskusmallia. Turun ammattikorkeakoulu. Terveysala. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. YAMK-opinnäytetyö. [viitattu 2015-06-13]. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/75636/Koivu-maki_Outi.pdf?sequence=1

KOSKINEN, Eija 2012. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen. Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. YAMK-opinnäytetyö. [viitattu 2014-02-23.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201203123283>.

KOTONA KOKONAINEN ELÄMÄ 2014. Ikääntyneiden palvelujen kehittämisohjelma Etelä-Suomessa. [viitattu 2014-10-26]. Saatavissa: <https://kotonakokonainenelama.wordpress.com/>

KOUVOLA 2014a. Kotihoito. [verkkosivu]. [viitattu 2014-02-25]. Saatavissa: http://www.kouvola.fi/index/ikaihmiselle/arjenapu/kotihoito_0.html

KOUVOLA 2014b. Kotihoidon palvelusisältö ja myöntämisen perusteet 1.1.2015 alkaen. Viitattu 2014-10-15]. http://www.kouvola.fi/material/attachments/newfolder_309/Db1K4Xc5N/Kotihoidon_palvelusisalto_ja_myontamisen_perusteet_2015.pdf

KOUVOLA 2104c. Kouvolan kaupungin ikääntymispoliittinen strategia "Turvallista ja elämäntäyteistä ikääntymistä" Toimenpideohjelma vuosille 2014 – 2016. [viitattu 2015-12-13]. Saatavissa: <http://ep.kouvola.fi/kokous/20143441-3-1.PDF>

KOUVOLA 2015a. [Kartta 1.1.2009]. [viitattu 2015-03-23]. Saatavissa:

<http://www.kouvola.fi/material/images/5nlZvGX2E/5DGchEmzO/AKouvolankartta.jpg>

KOUVOLA 2015b. Kuntaliitos 2009. [viitattu 2015-04-20]. Saatavissa:

<http://www.kouvola.fi/index/kaupunkijahallinto/tietoakouvolasta/historia/kuntaliitos2009.html>

KOUVOLAN KAUPUNKI 2009. Ikäpoliittinen ohjelma 2009–2012. Kouvola 2009 vanhuspalvelut – hanke. [viitattu 2014-02-23]. Saatavissa:

<http://www.kouvola.fi/material/attachments/intranet/perusturva/suunnitelmatjaraporttit/5p81UYVvy/Ikapoliittinenohjelma2009-2012.pdf>

KUNTALIITTO 2014. Asiantuntijapalvelut [viitattu 2014-02-23]. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoito/Sivut/default.aspx>

LAKI IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESTA SEKÄ IÄKKÄIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA. L 28.12.2012/980. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 2014-02-23.] Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

LEHMUSKOSKI, Antero ja KUUSISTO-NIEMI, Sirpa 2008. Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Stakesin raportteja 30/2008. Helsinki: Valopaino Oy. [viitattu 2015-01-10]. Saatavissa: <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/76344/R30-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>

LITJA, Heli 2009. RAVA-mittari ikääntyvän toimintakyvyn kuvaajana. Pro gradu-tutkimus, tiivistelmä. Helsingin yliopisto, Yhteiskuntapolitiikan laitos. [viitattu 2014-04-16]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/16473>

LÄHDESMÄKI, Leena ja VORNANEN, Liisa 2014. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tuki-jana. 2. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

METSÄVAINIO, Mari 2013. Sosiaalinen toimintakyky - käsiteanalyttinen tutkimus

Pro gradu – tutkimus. ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta Yhteiskuntatieteiden laitos. [viitattu 2014-10-21]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130084/urn_nbn_fi_uef-20130084.pdf

MOISIO, Päivi, HEIKKINEN, Sari, HONKAKOSKI, Arja, NURMIO, Kirsi ja PAKANEN, Mira 2013. Väli-Suomen Ikäkaste II, Ikälain pilotointi – osahanke. Raportti. [viitattu 2015-01-09]. Saatavissa:

<http://www.ikakaste.fi/ikalainpilotointi/ikalainpilotointitietopankki/finish/122-yleista/812-vanhuspalvelulain-pilotoinnin-raportti/0>

MUURINEN, Seija ja MÄNTYRANTA, Taina 2011. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikais-sairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportti. [viitattu 2014-02-23]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf

NIEMI, Janette ja FORSSTRÖM, Niina. [sähköpostiviestit]. Vastaanottaja Minna Kalliomäki. [tulos-tettu 2015-06].

NUMMIJOKI, Jaana 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Julkaisussa: ENGESTRÖM, Yrjö, NIEMELÄ, Anna-Liisa, NUMMIJOKI Jaana ja NYMAN Juha (toim.). Lupaava koti-hoito, uusia toimintamalleja kotihoitoon. Juva: WS Bookwell Oy, 87–134.

PERNAA, Minna 2014. Asiakasvastaava huolehtii kokonaisuudesta. TESSO 24.8.2014. [viitattu 2014.10.24]. Saatavissa: <http://tesso.fi/artikkeli/asiakasvastaava-huolehtii-kokonaisuudesta>

PISTE TAPATURMILLE 2014. Arviointilomakkeet ja tarkastuslistat. [verkkopalvelu]. [viitattu 2014-03-16]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/ikina/arviointilomakkeet

PÄIHDELINKKI 2014. Testit. [verkkosivu]. [viitattu 2014-03-01]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/testit>

REINERT, DF and ALLEN, JP 2007. The alcohol use disorders identification test: an update of re-search findings. Abstract. [viitattu: 2015-10-26]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/17250609>

RUSSELL, Daniel and Cutrona, Carolyn E 1987. The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships, Volume 1*, pages 37-67. [viitattu 2014-02-23]. Saa-tavissa: http://www.researchgate.net/profile/Daniel_Russell4/publication/271507385_THE_PROVI-SIONS_OF_SOCIAL_RELATIONSHIPS_AND_ADAPTA-TION_TO_STRESS/links/54c960b40cf2807dcc265ce2.pdf

SAARENHEIMO, 2013. Psykkinen ikääntyminen. Julkaisussa: HEIKKINEN, Eino, JYRKÄMÄ, Jyrki, RANTANEN, Taina (toim.) *Gerontologia*. 3. uudistettu painos. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 376-389.

SAINIO, Päivi, KOSKINEN, Seppo, SIHVONEN, Ari-Pekka, MARTELIN, Tuija ja AROMAA, Alpo 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Julkaisussa: HEIKKINEN, Eino, JYRKÄMÄ, Jyrki, RANTANEN, Taina (toim.) *Gerontologia*. 3. uudistettu painos. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 50-65.

SIC 2013. Lääkkeiden käytön haasteet – ratkaisuja moniammatillisilta tiimeiltä ja kansalliselta ver-kostolta. [viitattu 2014-02-28]. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/2_2013/laakkeiden_kayton_haasteet

SOSIAALIHUOLTOASETUS. 29.6.1983/607. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 2014-02-28]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>

SOSIAALIHUOLTOLAKI. L 17.9.1982/710. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 2014-02-23.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

SOSIAALIPORTTI 2014. Vammaispalvelujen käsikirja. Toimintakyvyn arviointi. [viitattu 2014-02-28]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimene-telmia/toimintakyvyn-arviointi/>

STM 2010. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. [viitattu 2014-02.15]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112424/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223471.pdf?sequence=1>

STM 2011. Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet. Työryhmän raportti 28.2.2011. [viitattu 2013-09-26]. Saatavissa: http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/asiakasvastaavakoulutuksen_yhtenaiset_perusteet.pdf

STM 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Yliopistopaino. [viitattu 2014-02-23]. Saatavissa: http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/laatusuositus/Documents/01_Laatusuositus_hyv%C3%A4n_ik%C3%A4%C3%A4ntymisen_turvaamiseksi_ja_palvelujen_parantamiseksi_2013.pdf

STM 2014. Sosiaali- ja terveystalot. [viitattu 2014-02-23]. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalot/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

SUOMEN VIRALLINEN TILASTO 2007. Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. 2007. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu 2015-11-15]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html

SUOMINEN, Merja 2013. Ravitsemus. Julkaisussa: HEIKKINEN, Eino, JYRKÄMÄ, Jyrki, RANTANEN, Taina (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 485-494.

SUUTAMA, Timo 2013. Muisti ja oppiminen. Julkaisussa: HEIKKINEN, Eino, JYRKÄMÄ, Jyrki, RANTANEN, Taina (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 216-226.

TERVEYDENHUOLTOLAKI. L 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 2014-02-23.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

TERVEYSKIRJASTO. Mini Mental State. [viitattu 2014-03-01]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50044d.pdf>

THL 2014a. Toimintakyky ja toimintakyvyn kuvaaminen [viitattu 2014-02-25]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketti/icf/toimintakyky_ja_toimintakyvyn_kuvaaminen

THL 2014b. Toimia. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. [viitattu 2014-02-23]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>

TILVIS, Reijo 2010. Vanhenemismuutokset. Julkaisussa: TILVIS, Reijo, PITKÄLÄ, Kaisu, STRANDBERG, Timo, SULKAVA, Raimo ja VIITANEN, Matti (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. 20–61

UTRIAINEN, Emmi ja SIIRILÄ, Meri-Heini 2014. Asiakasta voimaannuttava terveyskeskustelu. Kat-saus kirjallisuuteen. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala Hoitotyön koulutusoh-jelma. Opinnäytetyö. [viitattu 2015-11-05]. Saatavissa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85878/Asiakasta%20voimaannuttava%20terveyskeskustelu.pdf?sequence=1>

VALTIOEUJOSTON KANSLIA 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. Helsinki. Edita Prima Oy. [viitattu 2014.10.24]. Saatavissa: [http://valtioneuvosto.fi/docu-ments/10184/368562/hallitusohjelma-vanhanen-II/2a27514c-b939-4bb6-9167-ce886c358dff](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/368562/hallitusohjelma-vanhanen-II/2a27514c-b939-4bb6-9167-ce886c358dff)

VALVIRA 2012. Kotiin annettavat palvelut ja hoito Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014. [viitattu 2014-04-16]. Saatavissa: http://www.valvira.fi/files/tiedostot/k/o/Kotihoidon_valvontaohjelma.pdf

VILKKO, Anni, FINNE-SOVERI, Harriet ja HEINOLA, Raija 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Julkaisussa: VAARAMAA, Marja, MOISIO, Pasi ja KARVONEN, Sakari (toim.). Suomalaisten hyvinvointi. <http://www.thl.fi/documents/10531/103429/Teema%202010%2011.pdf>

VIRKKUNEN, Jaakko; ENGESTRÖM, Yrjö; PIHLAJA, Juha ja HELLE, Merja 2001. Muutoslaboratorio Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Helsinki: Edita Oy. <http://www.mediaconceptsrsg.net/wp-content/uploads/2011/06/virkkunen-et-al-1997-Muutoslaboratorio-kehitt%C3%A4misen-menetelm%C3%A4n%C3%A4.pdf>

VOUTILAINEN, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Julkaisussa: TIIKKANEN, P. (toim.) ja VOUTILAINEN, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy

VRK 2015. Arkistoidut asukasluutilastot, rekisteritilanne 31.01.2009. [viitattu 2015-10-10]. Saatavissa: <http://www.vrk.fi/default.aspx?id=278&docid=3973>

VRN 2014. Ravitsemussuositukset. [viitattu 2014-02-25]. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvot-lelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/>

VÄISÄNEN, Anne ja RUOTSALAINEN, Tarja 2012. Ikääntyvän toimintakyvyn mittaaminen kotiloissa. Kolme mittaria ICF-viitekehyksessä.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40989/Vaisanen_Tarja_Ruotsalainen_Anne.pdf?sequence=1

WHO ja Stakes 2004. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. [viitattu 2015-10-16]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>

WOODFORD, H J and GEORGE, J 2007. Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. [viitattu: 2015-10-26]. Saatavissa: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/100/8/469>

7 LIITE 1: KOUVOLAN KOTIHOIDON PALVELUTARPEEN ARVIOINNIN PROSESSI.

KOUVOLAN KOTIHOIDON PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

”Kotihoito auttaa silloin, kun turvallinen kotona asuminen edellyttää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen apua, esim. kun sairauden tai muuten alentuneen toimintakyvyn takia henkilö ei enää selviydy jokapäiväisistä toimista itsenäisesti tai omaisten avulla. Kotihoidon myöntäminen perustuu yksilölliseen hoivan ja hoidon tarpeeseen.”

I



KOUVOLAN KOTIHOIDON PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

<p>1. Yhteydenotto/puhelinhaastattelu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lupa yhteydenottoon/tietojen antamiseen • Arviointikysymykset <ul style="list-style-type: none"> ○ Yhteydenoton syy? ○ Missä asutte? ○ Millaiseksi koette oman avuntarpeenne? ○ Onko teillä (kaupungin tarjoamia) palveluja käytössänne? ○ Liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella ○ Koetteko olonne turvalliseksi? ○ Onko teillä muita erityisiä huolia? • Ajanvaraus • ei välttämättä etene kotikäyntiin 	<p>Haastattelu tehdään asiakkaalle itselle. Jos yhteydenottaja on joku muu, varmistetaan että asiakas on tietoinen yhteydenotosta.</p> <p>Arviointikysymysten perusteella valitaan ammattihenkilö, joka tekee mahdollisen kotikäynnin. Puhelun aikana varataan mahdollinen kotikäyntiaika tai ohjataan asiakas muiden palvelujen pariin. Yhteydenotto voi myös olla informatiivinen eikä johda jatkotoimenpiteisiin.</p> <p>Periaatteena on, että asiakkaan ei tarvitse soittaa vaan yhteydenotot tulevat ammattilaisten toimesta.</p>
<p>2. Kotikäynti</p> <p>Neuvottelu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mistä tulee • Osallistujat/yhteystiedot • Kotihoidon tiimi ja puhelinnumero <p>Esitiedot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnoosit • Allergiat • Taustaa (omaiset) <p>Nykytila</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan oma mielipide tilanteesta • Terveystila/kliininen arvio • Koti ja ympäristö 	<p>Kotikäynnillä kerätään tarvittavat tiedot. Tarvittaessa käynnillä on mukana tuleva vastuuhoitaja.</p> <p>Kysymysten/vastausten perusteella tehdään tarvittavia lisäkysymyksiä mahdollisten huolta aiheuttavan vastausten kohdalla. Linkeissä olevat toimintakykymittarit ja arvioinnit antavat tukea päätöksenteolle ja viitteitä mahdollisesti tarvittavasta palvelusta. Mittareita käytetään tarpeen mukaan.</p> <p>Kliinisen arvioinnin laajuus tulee arvioida kotikäynnin yhteydessä.</p> <p>Tarkistuslista: http://www.kotitapaturma.fi/wp-content/uploads/2011/06/lkaihminen_tarkistuslista.pdf Ikinä tarkistuslista: https://www.thl.fi/documents/567861/1472077/Liite_15_vmp%C3%A4rist%C3%B6.pdf/82ba2f69-3362-4dc6-8814-405940f2ad5d</p>

KOUVOLAN KOTIHOIDON PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

<p>Toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fyysinen toimintakyky <ol style="list-style-type: none"> 1. Puhelimen käyttö 2. ostosten teko 3. Ruoanvalmistus 4. Kodinhoito 5. Pyykinpesu 6. Liikkuminen kulkuvälineillä 7. vastuu omasta lääkityksestä 8. peseytyminen 9. pukeutuminen 10. WC-käynnit 11. Siirtyminen 12. Pidätyskyky 13. Syöminen • Psykkinen toimintakyky • Kognitiivinen toimintakyky • Sosiaalinen toimintakyky • taloudellinen toimintakyky 	<p>IADL (kysymykset 1-7) http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2012/06/11/IADL_lomake_toimia.pdf</p> <p>Katzin indeksi (kysymykset 8-13) http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2012/06/08/KATZ_lomake_toimia.pdf</p> <p>MNA http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_finnish.pdf</p> <p>Audit http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholin-kayton-riskit-audit</p> <p>FROP https://www.thl.fi/documents/567861/598779/Lyhyt_kaatumisvaaran_arviointi_FROP-Com.pdf</p> <p>CES-D http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2012/06/08/CES_D_lomake_toimia_1.pdf</p> <p>GDS-15 http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/GDS-15.pdf</p> <p>MMSE http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MMSE.pdf</p> <p>SPS http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2011/10/26/SPS_kyselylomake_TOIMIA_v2.pdf</p> <p>Kouvola kaupunki, ikäihmisten taloudelliset tuet: http://www.kouvola.fi/index/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantynulle/sosiaalituettia-avustukset.html</p>
---	---

KOUVOLAN KOTIHOIDON PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

<p>3. Arviointijakso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarve • Sovittu kesto • Aluetiimi ottaa vastuun • Nimetään vastuuhoitaja • RAI • HOPASU • Väliarviointi • Arvio prosessista 	<p>Arviointijakson aikana tehdään RAI, josta saadaan asiakkaan toimintakyvystä tarkempaa tietoa.</p> <p>Arvioidaan jatkuuko palvelu säännöllisenä, tilapäisenä vai siirtykö asiakas muiden palvelujen piiriin vai päättykö palvelut kokonaan.</p>
<p>4. Jatkuva arviointi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Väliarviointivähintään kolmen kuukauden välein • Hoito- ja palvelusuunnitelman päivitys vähintään kuuden kuukauden välein • RAI-arviointi vähintään kuuden kuukauden välein • Arvioinnin perusteella palvelujen jatkuminen 	<p>Jatkuvan palvelutarpeen arvioinnin avulla asiakkaalle kohdennetaan oikeanlaisia ja oikea-aikaisia palveluja sekä voidaan päättää palvelut tai siirtää asiakas muiden palvelujen piiriin.</p> <p>Kaikki arvioinnit tehdään asiakkaan ja mahdollisesti omaisten kanssa yhdessä.</p>
<p>5. Asiakkuuden päättyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sovitaan mahdollisesti muu palvelu • Arviointi asiakkaan kanssa yhdessä • Loppuarvio • Palvelun päättäminen 	<p>Tarvittaessa ns. jälkisoitto n. kuukauden kuluttua asiakkuuden päättymisestä.</p>

www.kouvola.fi/
kotihoito

etunimi.sukunimi@
kouvola.fi

**Turvallista
asumista
kotona.**

Kouvola®

YHTEYSTIEDOT

Kouvolan kaupunki
Kotihoito
PL 85 (Kauppalankatu 14, 4. krs)
45101 Kouvola

Asiakasvastaavat

Eteläinen kotihoito
Anjala, Elmäki, Inkeroinen,
Kaijalainen
puh. 020 615 7993
Koria, Myllykoski, Vienistö, Viiala
puh. 020 615 7827

Keskinen kotihoito
Keskusta 1+2, Kotiharju, Lehtomäki,
Tornionmäki
puh. 020 615 6472
Eskolanmäki, Kaunisnurmi, Keskusta 3,
Käpylä, Vahtero
puh. 020 615 6653

Pohjoinen kotihoito
Jaala, Valkeala
puh. 020 615 7368
Kousankoski
puh. 020 615 7308

Kotiutustiimi
puh. 020 615 8535

4.8.2013
Graafinen toteutus Elja Tittinen

**Asiakkaaksi
kotihoitoon**



Kotihoito

Kotihoitoon kuuluvat

- ❖ kotipalvelu
- ❖ kotisairaanhoido
- ❖ saattohoito
- ❖ tukipalvelut

(ateriapalvelu, kauppal palvelu, päivätoiminta
ja turvapalvelu)

Kotihoito auttaa silloin, kun turvallinen kotona
asuminen edellyttää sosiaali- ja terveysalan
ammattilaisten apua, esim. kun sairauden tai
muuten alentuneen toimintakyvyn takia henkilö
ei enää selviydy jokapäiväisistä toiminnoista itsenäi-
sesti tai omaisten avulla. Kotihoidon myöntäminen
perustuu yksilölliseen hoivan ja hoidon tarpeen-
seen.

Säännöllisestä kotihoitosta peritään kuukausi-
maksu. Tilapäisistä käynteistä peritään maksu
käyntien mukaan.

Asiakkaan kanssa laaditaan hoito- ja palvelu-
sunnitelma, johon kirjataan ne asiat, joista
asiakas selviytyy itse ja missä hän tarvitsee koti-
hoidon apua.

Asiakkaaksi

Kotihoidon uusien asiakkaiden yhteydenotot
ohjataan asiakasvastaaville sairaanhoitajille.
Kotihoidon vanhojen asiakkaiden kohdalla voi
ottaa yhteyttä suoraan alueen tiimiin.

Kouvolan kaupungin kotihoito on jaettu kolmeen
alueeseen

- ❖ eteläinen
- ❖ keskinen
- ❖ pohjoinen

Jokaisella alueella toimii kaksi asiakasvastaavaa
sairaanhoitajaa, joiden tehtäviin kuuluu
❖ kotihoidon ja tukipalveluiden tarpeen määri-
tys kotihoidon kriteerien mukaisesti
❖ kotihoidon palvelutarpeen kartoitukset asial-
kaan kotona

❖ hoitoneuvottelut osastoilla ja lyhytaikaishoi-
dossa

❖ asiakkaan ohjaus ennen kotiutusta esim. var-
haisen tuen palveluiden, yksityisten palvelu-
tarjoajien tai kolmannen sektorin palveluiden
piiriin



9 LIITE 3: LYHYT KAAUTUMISVAARAN ARVIOINTI LOMAKE

https://www.thl.fi/documents/567861/598779/Lyhyt_kaatumisvaaran_arviointi_FROP-Com.pdf



Kotona asuvat iäkkäät LYHYT KAAUTUMISVAARAN ARVIOINTI (FROP-Com Screen, Falls Risk for Older People)									
Nimi:									
Syntymäaika:									
Osoite / osasto / huone:									
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti									
Arvioinnin tekijä									
Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)									
ARVIOINTIPISTEET									
KAATUMISHISTORIA									
Kaatumiset edeltävän 12 kk aikana	Ei yhtään	(0 p.)							
	Yksi kaatuminen	(1 p.)							
	Kaksi kaatumista	(2 p.)							
	Kolme kaatumista tai enemmän	(3 p.)							
PÄIVITTÄINEN TOIMINTAKYKY									
Kuinka paljon henkilö tarvitsee apua päivittäisissä toimissa kotona (ruuanlaitto, silvous, pyykki yms. kotityöt)? <i>Jos kaatunut, kirjataan tilanne ennen kaatumista.</i>	Täysin itsenäinen	(0 p.)							
	Selviytyy vähäisen avun turvin	(1 p.)							
	Tarvitsee paljon apua	(2 p.)							
	Tarvitsee apua lähes kaikissa toiminnoissa (3)	(3 p.)							
TASAPAINOKYKY									
Henkilöä pyydetään nousemaan istumasta seisomaan, kävelemään muutaman metrin eteenpäin, kääntymään ja palaamaan takaisin istumaan. <i>Jos apuväline käytössä, tehdään suorituksen kanssa.</i> <i>Jos tasapainokyky vaihtelee suorituksen eri vaiheissa, pisteytys heikolmman vaiheen suorituksen mukaan.</i>	Ei havaittavaa tasapainon heikkoutta	(0 p.)							
	Jonkin verran tasapainon heikkoutta	(1 p.)							
	Selvästi heikentynyt tasapaino (tarvitsee hieman apua tai käyttää apuvälinettä)	(2 p.)							
	Tarvitsee jatkuvasti apua tai ei pysty lainkaan suoritukseen	(3 p.)							
PISTEET YHTEENSÄ									

Pisteet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kuinka paljon suurentunut kaatumisvaara	0,25 kertainen		0,7 kertainen		1,4 kertainen		4,0 kertainen		7,7 kertainen	
Kaatumisvaara	0–3 lievästi kohonnut				4–7 kohonnut			8–9 erittäin korkea		
Toimenpiteet	Tasapainokyvyn ylläpitäminen Liikuntakyvyn ylläpitäminen				Kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja yksilöllisten ehkäisytoimien toteutus			Välitön kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja toimenpiteiden käynnistäminen		

Lähde: Australian Guideline, community care. FROP-COM Screen (Mukaeltu). Russell MA, Hill KD, Blackberry I, Day LM, Dharmage SC. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment FROP-Com Screen (Falls Risk for Older People) tool. Age Ageing. 2008 Nov;37(6):634-9. Suomenkielisen käännöksen ©THL, IKINÄ, www.tapaturmat.fi

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - o Jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.

10 LIITE 4: RAVITSEMUKSEN ARVIONTI LOMAKE MNA

http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_finnish.pdf

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]Nestlé
Nutrition Institute

Sukunimi:		Etunimi:		
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Lopullisen seulonnan kokonaispistemäärä.

Seulonta	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F1 Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus) ² kg/m ²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>

JOS ET VOI LASKEA BMI:TÄ, KORVAA KYSYMYS F1 KYSYMYKSELLÄ F2.
ÄLÄ VASTAA KYSYMYKSEEN F2, JOS OLET JO VASTANNUT KYSYMYKSEEN F1.

F2 Pohkeen ympärysmitta (PYM), cm 0 = PYM on alle 31 cm 3 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Seulonnan tulos (Maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Aliravittu	

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.

11 LIITE 5: TARKISTUSLISTA TAPATURMIEN EHKÄISEMISEKSI.

http://www.kotitapaturma.fi/wp-content/uploads/2011/06/Ikaihminen_tarkistuslista.pdf

Tarkistuslista tapaturmien ehkäisemiseksi

lökkäälle ja iäkkään läheiselle

Kotiympäristössä liikkuminen

- Ovatko päivittäin tarvittavat käyttöesineet helposti saatavillasi?
- Onko lattia liukastumaton?
- Onko matoissa liukuesteet?
- Ovatko kulkureitit vapaat tavaroista?
- Onko sähköjohdot kiinnitetty pois kulkuväyliltä?
- Onko asunnossa tukevat taloustikkaat?
- Onko eteisessä istuin, jolla istuen voit riisua ja pukea jalkineet?
- Ovatko kynnykset tarpeeksi matalat?
- Onko WC- ja pesutilojen lattioilla ja ammeessa liukuesteet?
- Onko WC- ja pesutiloissa ja portaissa tukikahvat tai kaiteet?
- Onko pesutilassa suihkutuoli?
- Onko sänky riittävän korkealla, jotta siitä on helppo nousta?
- Ovatko käytössäsi olevat apuvälineet riittävät ja asianmukaiset?
- Ovatko sisäjalkineesi sopivan kokoiset, pitäväpohjaiset ja tukevat?
- Onko valaistus riittävä ja valokatkaisimia tarpeeksi?
- Jätätkö yöksi jonkin valon päälle, jotta näet esimerkiksi mennä WC:hen?
- Onko portaikossa riittävästi valoa?
- Onko kodin ensiapuvälineet riittävät?

Yhteydenpito

- Pidätkö päivittäin yhteyttä johonkin läheiseen tai tuttavaan?
- Saatko tarvittaessa apua päivittäisten ostosten tekoon ja asioiden hoitamiseen?
- Onko puhelimen lähellä tarvittavat numerot:
 - hätänumero 112
 - Myrkytystietokeskus (09) 4711 tai (09) 471 977
 - terveyskeskuksen tai lääkärin numero
 - läheisten omaisten numerot?
- Onko tarvetta turvapuhelimelle tai hälyttimelle?



Toimintakyvyn ylläpitäminen

- Harjoitko lihasvoimaa ja tasapainoa vähintään 2–3 kertaa viikossa?
- Käytkö säännöllisesti optikolla tarkistuttamassa näkösi?
- Onko lääkäri tarkistanut lääkityksesi viimeisen vuoden aikana?
- Oatko lääkkeet oikeina annostuksina ja oikeaan aikaan päivästä?
- Saatko ravinnosta riittävästi D-vitamiinia ja proteiinia?
- Oatko huomioon, että alkoholinkäyttö lisää tapaturmavaaraa?

Paloturvallisuus

- Onko asunnon jokaisessa kerroksessa vähintään yksi toimiva palovaroitin alkavaa 60 neliometriä kohti?
- Tarkistetaanko palovaroittimen paristo kerran kuussa?
- Vaihdettaanko palovaroittimen paristo kerran vuodessa?
- Ovatko alkusammutusvälineet saatavilla?
- Pystytkö poistumaan asunnosta turvallisesti tulipalon sattuessa?
- Onko saunan kiuas suojattu tukevalla kaiteella?
- Ethän koskaan kuivata pyykkejä saunassa?
- Onko keittiössä turvaliesi, joka katkaisee virran automaattisesti tietyn ajan kuluttua?
- Käytätkö ja huollatko sähkölaitteita käyttöohjeen mukaisesti?

Ulkona liikkuminen

- Ovatko ulkojalkineesi turvalliset ja kunnossa?
- Käytätkö liukkaalla kelillä liukuesteitä?
- Ovatko pihapiirin kulkuväylät helppokulkuiset?
- Hiekoitetaanko pihapiirin kulkuväylät talvella?
- Onko pihapiirin valaistus riittävä?
- Käytätkö heijastinta aina hämärällä ja pimeällä liikkuessasi?



12 LIITE 6: IADL-ASTEIKKO

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2012/06/11/IADL_lomake_toimia.pdf

IADL-ASTEIKKO	
1. Puhelimen käyttö	1 Käyttää puhelinta oma-aloitteisesti, etsii ja valitsee numerot
	1 Soittaa muutamiin hyvin tuntemiinsa numeroihin
	1 Vastaa puhelimeen, mutta ei soita
	0 Ei käytä puhelinta lainkaan
2. Ostosten teko	1 Huolehtii itsenäisesti kaikista ostoksistaan
	0 Tekee itsenäisesti pieniä ostoksia
	0 Tarvitsee avustajan kaikilla ostoskäynneillä
	0 Täysin kykenemätön tekemään ostoksia
3. Ruoanvalmistus	1 Suunnittelee, valmistaa ja tarjoilee asianmukaiset ateriat itsenäisesti
	0 Valmistaa asianmukaiset ateriat, jos tarveaineet on toimitettu valmiiksi
	0 Lämmittelee ja tarjoilee valmiiksi tehdyt ateriat tai valmistaa ateriat, mutta ei ylläpidä riittävää ruokavaliota
	0 Tarvitsee valmiiksi tehdyt ateriat tarjottuna
4. Kodinhoito	1 Hoitaa kodin yksin tai ajoittaisella ulkopuolisella avustuksella (esim. raskaat työt)
	1 Tekee kevyitä päivittäisiä kotitöitä kuten tiskausta, sängynpetausta
	1 Tekee kevyitä päivittäisiä kotitöitä, mutta ei pysty ylläpitämään riittävää siisteystasoa
	1 Tarvitsee apua kaikissa kodin ylläpitoon liittyvissä töissä
	0 Ei osallistu lainkaan kodinhoitotöihin

5. Pyykinpesu	1 Pesee henkilökohtaisen pyykkinsä kokonaan itse
	1 Pesee pikkupyykin, huuhtelee sukkia, sukkahousuja jne.
	0 Kaikki pyykki on pestävä muiden toimesta
6. Liikkuminen kulkuvälineillä	1 Liikkuu itsenäisesti julkisilla liikennevälineillä tai ajaa omaa autoa
	1 Järjestää itse liikkumisen taksilla, mutta ei muuten käytä julkista liikennettä
	1 Liikkuu julkisilla liikennevälineillä, kun toinen henkilö avustaa tai on seurana
	0 Matkustaminen rajoittuu taksin tai auton käyttöön toisen henkilön avustamana
	0 Ei matkusta lainkaan
7. Vastuu omasta lääkityksestä	1 Vastaa omien lääkkeiden ottamisesta oikein annoksin oikeaan aikaan
	0 Vastaa lääkityksestään, jos lääkkeet on jaettu etukäteen valmiiksi annoksiksi
	0 Ei pysty itse hoitamaan lääkitystään
8. Kyky huolehtia raha-asioista	1 Hoitaa raha-asiat itsenäisesti (budjetti, vuokran ja laskujen maksu, pankissa käyminen)
	1 Hoitaa päivittäiset raha-asiat, mutta tarvitsee apua pankkiasioissa ja isojen menojen hoitamisessa jne.
	0 Kykenemätön käsittelemään rahaa

Lähde: Lawton MP, & Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9:179–186.

Tekijänoikeudet (copyright): The Gerontological Society of America. Käyttöä ei ole rajoitettu.

Suomennoksen vastaavuus alkuperäiseen IADL-asteikkoon on tarkastettu TOIMIAssa (työryhmä Tiina Autio, Päivi Sainio ja kielenkääntäjä Jaakko Mäntyjärvi).

13 LIITE 7: KAZIN INDEKSI, BADL

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2012/06/08/KATZ_lomake_toimia.pdf

KAZIN INDEKSI päivittäisten perustoimintojen (BADL) arviointiin	
Peseytyminen	<p>1 Peseytyy kokonaan itse tai tarvitsee apua korkeintaan yhden kehon osan pesemiseen (kuten selkä, genitaalialueet tai vammautuneet kehon osat)</p> <p>0 Tarvitsee apua useamman kuin yhden kehon osan pesemiseen, päästäkseen ammeeseen tai suihkuun tai sieltä pois tai on täysin autettava peseytymisessä.</p>
Pukeutuminen	<p>1 Ottaa itse vaatteet komerosta tai laatikoista; pukee itsenäisesti vaatteet ja päällysvaatteet kiinnittimeen, mutta saattaa tarvita apua kengännauhojen solmimiseen.</p> <p>0 Tarvitsee toisen henkilön apua pukeutumiseen tai on täysin puettava.</p>
WC-käynnit	<p>1 Menee vessaan ja sieltä pois, riisuu, pukee ja pyyhkii ilman apua (saattaa käyttää itsenäisesti yöstiaa).</p> <p>0 Tarvitsee apua siirtyäkseen vessaan tai siistiytymiseen tai käyttää alusastiaa tai wc-tuolia.</p>
Siirtyminen	<p>1 Siirtyy vuoteeseen / tuolille ja ylös vuoteesta / tuolilta ilman apua. Saattaa käyttää mekaanisia siirtymisen apuvälineitä.</p> <p>0 Tarvitsee apua päästäkseen vuoteeseen / tuolille tai ylös vuoteesta / tuolilta tai on täysin siirrettävä.</p>
Pidätyskyky	<p>1 Kontrolloi täydellisesti virtsaamisen ja ulostamisen.</p> <p>0 On osittain tai täysin pidätyskyvytön.</p>
Syöminen	<p>1 Saa ruoan lautaselta suuhun ilman apua, mutta toinen henkilö voi valmistaa tai pilkkoa ruoan tai voidella leivät.</p> <p>0 On osittain tai täysin syötettävä tai tarvitsee letkuruokinnan tai suonensisäisen ruokinnan.</p>

Kokonaispistemäärä: _____

14 LIITE 8: GDS-15

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/GDS-15.pdf>

Potilaan nimi: _____

Arviointipäivämäärä: _____

Syntymäaika: _____

Arvioija: _____

MYÖHÄISIÄN DEPRESSIOSEULA GDS-15					
1. Oletteko periaatteessa tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN	10. Onko teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä?	KYLLÄ	ei
2. Oletteko luopunut monista riennoistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en	11. Onko teidän tällä hetkellä hyvä elää?	kyllä	EI
3. Tuntuuko elämänne tyhjältä?	KYLLÄ	ei	12. Tunnetko itsenne nykyisellään jokseenkin arvottomaksi?	KYLLÄ	en
4. Pitkästyttkö usein?	KYLLÄ	en	13. Tunnetko olevanne täynnä tarmoa?	kyllä	EN
5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?	kyllä	EN	14. Tuntuuko teistä, että tilanteenne on toivoton?	KYLLÄ	en
6. Pelkäätkö, että teille voi tapahtua jotain pahaa?	KYLLÄ	en	15. Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin teillä?	KYLLÄ	ei
7. Tunnetko enimmäkseen olevanne iloinen?	kyllä	EN	Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn.		
8. Tunnetko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en			
9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähette ulos ja teette uusia asioita?	KYLLÄ	en			

Depressio – vanhuuden vitsaus

Riski sairastua depressioniin kasvaa iän myötä. Yli 65-vuotiailla sairastumisriski on neljä kertaa suurempi kuin nuorilla ja keski-ikäisillä.

Yleisen käsityksen mukaan sellaiset oireet kuten vähentynyt spontaanius ja aloitekyky, alakuloisuus, levottomuus ja ahdistus kuuluvat normaaliin vanhuuteen. Johtavien tutkijoiden ja psykiatrien mukaan tämä on pelkkä myytti. Useissa tapauksissa kyseessä on depressio.

Valitettavasti potilaat ja omaiset eivät tiedä, että yllä luetellun tyyppiset oireet viittaavat vanhuusiän depressioniin eivätkä normaaliin ikääntymiseen. Useimmat vanhuksat eivät hakeudu hoitoon lainkaan, ja ne jotka hakeutuvat, etsivät apua ensisijaisesti perusterveydenhoidon piiristä.

Useimmiten vanhuksia vaivaavat depressionit ovat epätyypillisiä. Sen vuoksi vanhuusiän depression toteaminen vaatii tarkkaa kliinistä silmää ja diagnostista osaamista. Klassinen depressio ei ole kovin tavallinen vanhuksilla.

Tähän saakka hoitamahdollisuudet ovat olleet puutteelliset. Perinteisten trisyklilisten masennuslääkkeiden (TCA) käytössä ilmenevät haittavaikutukset ovat usein niin kiusallisia, ettei hoitoa voida lainkaan toteuttaa.

Viime vuosien aivojen biokemiaa koskevien tutkimusten ansiosta on kehitetty uusia masennuslääkkeitä kuten esim. selektiiviset serotoniinin takaisinotonestäjät. Tämä on tärkeä läpimurto vanhuusiän depressioniä kärsivien hoidossa. Cipralex (essitalopraami) on uusi masennuslääke, joka on erittäin hyvin siedetty.

Depressiosairaudet ovat ikääntyneen pahimpia vitsauksia. Meidän on tärkeää oppia tunnistamaan vanhuusiän depression vaihteleva taudinkuva. Nykyisin meidän on mahdollista säästää vanhuksimme ikävältä ja toimintakykyä heikentävältä sairaudelta.

Depressiosairauksien yleisyys

Koko yli 65-vuotias väestö	12–15 %
Laitoshoidossa olevat potilaat	30–40 %
Dementiapotilaat	30–40 %
Halvauspotilaat	40 %
Parkinson -potilaat	< 80 %

Vaihteleva ja epätyypillinen taudinkuva

Depressiosta kärsivä vanhus valittaa usein särkyä, kipua, ruoansulatusvaivoja, syvään pelkoa, muistihäiriöitä, väsymystä ja unettomuutta.

Usein näiden potilaiden päivärytmi on samalla tavoin häiriintynyt kuin tunne-elämän sairauksista kärsivillä, eli yöuni ei ole riittävän pitkä.

Potilas myöntää säännönmukaisesti vasta suoraan kysyttäessä, että hänen elämänsä ja mielenkiintonsa ihmissuhteisiin on vähentynyt.

Vanhuusiän depression oireet voidaan jakaa neljään ryhmään: tunteisiin ja tahtoon liittyvät oireet, somaattiset oireet ja itsetuhoinen käyttäytyminen.

Vaikeissa depressiotapauksissa on aina otettava huomioon itsemurhavaara, joka on erityisen suuri vanhoilla miehillä.

Tunneoireet:

Työttömyys
Kadonnut mielenkiinto
Ärtyneisyys
Pelko/levottomuus
Ahdistus
Tyhjädentunne
Huomattavasti voimistunut alakuloisuus

Kognitiiviset oireet:

Estyneisyys
Epäluuloisuus/vainoharhaisuus
Heikentynyt keskittymiskyky
Huonontunut muisti
Hämmennyneisyys
Tarpeettomuudentunne
Kiihtymys

Somaattisia oireita:

Luulosairaus
Kipu
Tuska
Ruoansulatusvaivat
Unettomuus
Painonlasku
Ummetus
Väsymyisyys

15 LIITE 9: MINI-MENTAL STATE, MMSE

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MMSE.pdf>

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

POTILAS: _____ SYNTYMÄAIKA: _____

TUTKIJA: _____ PVM: _____

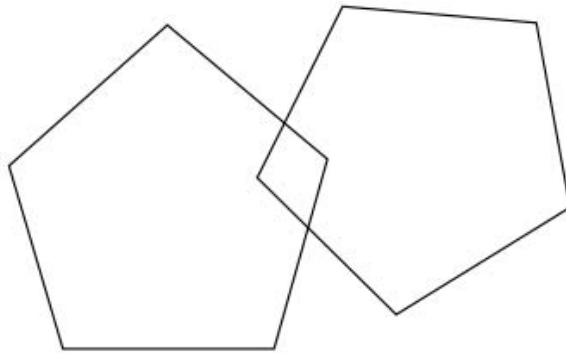
Seuraavassa esitän Teille erilaisia pieniä muistiin ja älyllisiin toimintoihin liittyviä kysymyksiä ja tehtäviä:

	Väärin	Oikein		Väärin	Oikein
1. Mikä vuosi nyt on?	0	1	13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne? (Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä.)		
2. Mikä vuodenaika nyt on?	0	1	PAITA RUUSU 0 1		
(talvi = joulukuu, tammi, helmikuu, kevät = maaliskuu, huhti, toukokuu, kesä = kesäkuu, heinäkuu, elokuu, syyskuu = syyskuu, lokakuu, marraskuu; aina ± 1 vko)			RUSKEA tai PALLO 0 1		
3. Monesko päivä tänään on? (± 1 pv)	0	1	VILKAS AVAIN 0 1		
4. Mikä viikonpäivä tänään on?	0	1	14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.		
5. Mikä kuukausi nyt on?	0	1	a) Mikä tämä on? – näytetään rannekelloa 0 1		
6. Missä maassa olemme?	0	1	b) Mikä tämä on? – näytetään lyijykynää 0 1		
7. Missä maakunnassa olemme? (Myös vanhan läänijaoon mukaiset vastaukset hyväksytään)	0	1	15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni:		
8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi?	0	1	EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA 0 1		
9. Mikä on tämä paikka jossa olemme? (Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)	0	1	(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lauseetta ei saa toistaa.)		
10. Monennessako kerroksessa olemme?	0	1	16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain. (Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen.)		
11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleen kolme sanaa. Kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa)			Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taittakaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle. (Ohjeita ja lauseetta ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa.)		
PAITA – RUSKEA – VILKAS			Ottakaa paperi vasempaan käteen 0 1		
RUUSU – PALLO – AVAIN			Taittaa sen 0 1		
PAITA RUUSU 0 1			Asettaa paperin polville 0 1		
RUSKEA tai PALLO 0 1			17. Näytän Teille tekstin "SULKEKAA SILMÄNNE". Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja noudattamaan sen ohjetta. 0 1		
VILKAS AVAIN 0 1			(Annetaan piste vain, jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä.)		
(Merkittään ensimmäisellä kerralla muistettut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu.) Toistoja _____ (enintään 5 kertaa).			18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mieleenne mukaan. (ks. seuraava sivu) 0 1		
12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän lopettamaan.			(Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.)		
93..... 0 1			19. Voisitko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion. (ks. seuraava sivu) 0 1		
86..... 0 1			(Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.)		
79..... 0 1					
72..... 0 1					
65..... 0 1					
(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee väärää vastauksia 1. Kynää ja paperia ei saa käyttää.)					
			MMSE-testin pistemäärä _____ /30		

KÄÄNNÄ

Kirjoittaisitteko lauseen tähän.

Piirtäisittekö tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion.



16 LIITE 10: SOCIAL PROVISION SCALE, SPS

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2011/10/26/SPS_kysely-lomake_TOIMIA_v2.pdf

IHMISUHTEET, SOSIAALINEN TUKI, SOSIAALINEN YHTEISYYS**Social Provision Scale (SPS)**

Seuraavassa esitetään joukko kysymyksiä, jotka koskevat tämänhetkisiä ihmissuhteitasi. Tässä keskitytään siis nykyisiin suhteisiin ystävien, muiden perheenjäsenten, työtovereiden, naapureiden jne. kanssa. Haluamme tietää missä määrin olet samaa mieltä tai eri mieltä esitettyjen väittämien kanssa. Jos esimerkiksi jokin näistä väittämistä kuvaa nykyisiä ihmissuhteitasi erittäin hyvin, ympyröi asteikolta numero 4 "täysin samaa mieltä". Jos taas väittämä selvästi ei kuvaa nykyisiä suhteitasi, ympyröi numero 1 "täysin eri mieltä".

Asteikko: Täysin eri mieltä = 1, eri mieltä = 2, samaa mieltä = 3, täysin samaa mieltä = 4

1. Tunnen ihmisiä, joilta tiedän saavani apua silloin, kun sitä todella tarvitsen.	1	2	3	4
2. Minulla ei ole lainkaan läheisiä ihmissuhteita.	1	2	3	4
3. Minulla ei ole ketään, keneltä voisi kysyä neuvoa ja opastusta vaikeina aikoina.	1	2	3	4
4. On ihmisiä, jotka kääntyvät puoleeni tarvitessaan apua.	1	2	3	4
5. Tunnen ihmisiä, jotka pitävät samoista vapaa-ajan harrastuksista kuin minä.	1	2	3	4
6. Ihmiset eivät pidä minua täysin pätevänä.	1	2	3	4
7. Tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa jonkun toisen ihmisen hyvinvoinnista.	1	2	3	4
8. Tunnen kuuluvani ryhmään, jolla on samat mielipiteet ja uskomukset kuin minulla.	1	2	3	4
9. Mielestäni ihmiset eivät kunnioita taitojani ja kykyjäni.	1	2	3	4
10. Jos jokin menisi pieleen, kukaan ei tulisi avukseni.	1	2	3	4
11. Minulla on läheisiä ihmissuhteita, jotka antavat minulle henkistä turvallisuuden tunnetta.	1	2	3	4
12. Voin keskustella elämäni liittyvistä tärkeistä päätöksistä jonkun toisen kanssa.	1	2	3	4
13. Minulla on ihmissuhteita, joissa pätevyyttäni ja taitojani arvostetaan.	1	2	3	4
14. En tunne ketään, joka olisi kiinnostunut samoista asioista kuin minä.	1	2	3	4
15. Minulla ei ole ketään, joka todella tarvitsisi apuani.	1	2	3	4
16. Tunnen luotettavan henkilön, jonka puoleen voisin kääntyä, jos minulla olisi ongelmia.	1	2	3	4
17. Minulla on erittäin lämmin ja läheinen suhde ainakin yhden ihmisen kanssa.	1	2	3	4
18. En tunne ketään, kenen puoleen kääntyä, jos tarvitsen apua.	1	2	3	4
19. En tunne ketään, jonka kanssa minun on helppo puhua ongelmistani.	1	2	3	4
20. On ihmisiä, jotka ihailevat kykyjäni ja taitojani.	1	2	3	4
21. Minulla ei ole todella intiimiä suhdetta kenenkään kanssa.	1	2	3	4
22. En tunne ketään, joka pitää samoista asioista kuin minä.	1	2	3	4
23. Tunnen ihmisiä, joiden puoleen voin kääntyä hätätilanteessa.	1	2	3	4
24. En tunne ketään, joka enää tarvitsisi huolenpitoani.	1	2	3	4

Lähde: Cutrona CE, Russel DW. The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*. 1987;1:37-67.

Suomennoksen on laatinut kaksikielinen virallinen kielenkääntäjä Ikkivhreit -projektiin 1980-luvun lopulla.

17 LIITE 11: TUTKIMUSLUPA

Dnro 3978/06.00.02/2014



Kouvolan kaupunki
Perusturva

TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS

Lausunto tutkimuksesta ja hakemuksen tekninen tarkistaminen	Lausunto (perusturva)	
	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa puolletaan esitetyssä muodossa <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa puolletaan seuraavin ehdoin:	
	<input type="checkbox"/> Lupaa tietojen saantiin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä puolletaan hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Lupaa tietojen saantiin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä puolletaan hakemuksesta poiketen	
	Käyttöoikeudet yksilöidään erikseen. Käyttöoikeus tietojärjestelmiin edellyttää Kouvolan kaupungin tietoturva- ja tietosuojasitoumuksen allekirjoittamista. <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei puolleta, perustelut	
Tutkimuslupahakemus on oikein laadittu, teknisesti tarkastettu ja hyväksytty.		
	Paiväys	Lausunnonantajan nimi
		Puhelin

Päätös	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään esitetyssä muodossa <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:		
	<input type="checkbox"/> Lupa tietojen saantiin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä myönnetään hakemuksen mukaisesti. <input type="checkbox"/> Lupa tietojen saantiin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä myönnetään hakemuksesta poiketen		
	Käyttöoikeudet yksilöidään erikseen. Käyttöoikeus tietojärjestelmiin edellyttää Kouvolan kaupungin tietoturva- ja tietosuojasitoumuksen allekirjoittamista. <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa hylätään, perustelut		
	Tutkimuslupa liitteineen tallennetaan Kouvolan hyvinvointipalvelujen tutkimusluparekisteriin.		
Yhteys-henkilö(t) perusturvassa	Yhteys henkilön nimi	Virka-asema	Puhelin
	Mynttinen, Riitta-Liisa	palvelupäällikkö	020 615 8243
	Yhteys henkilön nimi	Virka-asema	Puhelin
Kallio, Sirkku	projektipäällikkö	020 615 6716	
Yhteys henkilön nimi	Virka-asema	Puhelin	
Päätös	Viranhaltijapäätös: päiväys § Kouvola 18.3.2014	Päätöksentekijän nimi Arja Kumpu	
		Virka-asema ikäntyneiden palvelujen johtaja	
Päätöksen jakelu	<input checked="" type="checkbox"/> Hakijalle <input type="checkbox"/> Muualle, mihin/kenelle _____ <input checked="" type="checkbox"/> Yhteys henkilölle		
Liitteet	Tutkimuslupa "Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen Kotona kokonainen elämä - hankkeessa" 10.3.2014		

17.1.2012