

Opinnäytetyö (AMK)
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalipalvelutyö
2012

Riikka Mustonen

TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTYÖ KULJETUSPALVELUN TARPEITA KARTOITTAVAN LOMAKKEEN KÄYTTÖÖNOTOSTA SALOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) / TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Sosiaalialan koulutusohjelma / Sosiaalipalvelutyö

Toukokuu 2012 / 41 (46)

Ohjaajat Markku Heino / Heidi Ristseppä

Riikka Mustonen

TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTYÖ KULJETUSPALVELUN TARPEITA KARTOITTAVAN LOMAKKEEN KÄYTTÖNOTOSTA SALOSSA

Väestö ikääntyy ja se luo vanhuspalveluille uusia haasteita. Tavoiteltavaa on, että ikääntyneet pystyvät asumaan mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Iäkkäiden kotona asumista pyritään tukemaan yhä enemmän erilaisin keinoin. Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu voi olla yksi tukimuoto, jolla ikääntyneitä autetaan selviytymään kotonaan. Kuljetuspalvelu mahdollistaa omien asioiden hoidon ja siten tukee omatoimista selviytymistä kotona.

Vuonna 2011 Salossa päätettiin poistaa tulo- ja varallisuusraja sosiaalihuoltolain mukaisista kuljetuspalveluhakemuksista. Yli 65-vuotiaat, jotka hakevat kuljetuspalvelua, ohjataan hakemaan sitä ensisijaisesti sosiaalihuoltolain nojalla. Sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua voidaan myöntää harkinnanvaraisesti 2–10 yhdensuuntaista matkaa kuukaudelta kohden, kun taas vammaispalvelulain mukaan matkoja myönnetään 18 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa. Ensisijaisin kuljetuspalvelumuoto on palveluliikenne. Palveluliikennettä pystyvät käyttämään hakijat, jotka ovat tarpeeksi hyväkuntoisia. Kuljetuspalveluhakemusten määrä on kasvanut vanhuspalveluissa.

Opinnäytetyöni on ollut tehdä lomake sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalveluhakemusten kotikäynneille. Lomake yhtenäistää päätösten tekoa, sillä työ määrän lisääntyessä kuljetuspalveluhakemuksiin liittyviä kotikäyntejä tekee nyt useampi henkilö.

ASIASANAT:

Väestön ikääntyminen, ikääntyneiden kotona asuminen, oikein kohdenneet palvelut, sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut, palvelujen laatu, taloudellisuus

BACHELOR'S THESIS / ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Social Services / Bachelor of Social Services

May 2012 / 41 (46)

Instructors Markku Heino / Heidi Ristseppä

Riikka Mustonen

DEVELOPMENTAL RESEARCH OF THE INTRODUCTION OF THE FORM WHICH SURVEYS THE NEEDS OF THE SHUTTLE SERVICE IN SALO

The population is aging and it will create new challenges for the elderly services. Desirable is that older people can live in their own homes as long as possible. The aim is to support the older people living at home more and more by different ways. A shuttle service according to the Social Welfare Act can be one form of support to help older people to survive at home. A shuttle service enables the affairs of their own and that way supports the survival of themselves at home.

It was decided in Salo in 2011 to remove the income and assets limits from the shuttle service applications according to the Social Welfare Act. People over the age of 65 years who apply the controlled transport service are guided to apply it on grounds of the Social Welfare Act. The transportation service according to the Social Welfare Act service may be granted discretionary for 2–10 one-way trips per month, while according to the Disability Services Act trips are granted for 18 one-way trips per month. The most preferred form of the shuttle service is a service traffic. The service traffic may be used the applicants, elderly, who are in sufficiently good condition. The number of the Shuttle Service applications has increased in elderly services.

My thesis has been to create a form for house calls of the shuttle service request according to the Social Welfare Act. The form standardizes decision making. As the workload increases the home visits related to the applications of a shuttle service are done by more people.

KEYWORDS:

Aging of the Population, the Elderly Living at Home, Correctly Targeted Services, Services of the Social Welfare Act, the Quality of Services, Economy

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	5
JOHDANTO	6
1 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ	8
1.1 Kehittämistyön taustaa	8
1.2 Kehittämistyön tarkoitus	9
1.3 Kohderyhmä	10
2 KEHITTÄMISTYÖN TIETOPERUSTA	12
3 KEHITTÄMISMETODI JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	16
4 KEHITTÄMISTYÖN TULOS	20
4.1 Yleiset toimintakykyyn vaikuttavat seikat	20
4.2 Fyysinen toimintakyky	26
4.3 Toimintakyky arjessa	31
4.3 Lomakkeen pisteytyksen testaus	35
4.4 Lomakkeen toimivuus	36
5 POHDINTA	38
LÄHTEET	40

LIITTEET

- Liite 1. Lomake kuljetuspalveluhakemusten kotikäynneille
Liite 2. Myönnetyt matkat Crosstabulation

KUVIOT

- Kuvio 1. Kehittämistyön lineaarinen malli
Kuviot 2. - 20. Lomakkeen eri osiot

KÄYTETYT LYHENTEET

SAS-työryhmä

Hoidon tarpeen arviointi ja asiakassijoitustoiminta.
Työryhmään Salossa kuuluu vanhustenhuollon ylilääkäri,
kaksi SAS-koordinaattoria ja palveluohjaaja. Kirjaimet (SAS)
tulevat sanoista selvitä, arvioi, sijoita (Salon kaupungin
verkkosivut, saatavissa: www.salo.fi)

JOHDANTO

Sain opinnäytetyöni aiheen ollessani opintioihini liittyvässä harjoittelussa Salon keskitetyissä vanhuspalveluissa palveluohjauksessa. Alunperinkin ajatuksenani oli, että opinnäytetyöni hyödyttäisi jotenkin käytännön työtä. En halunnut tehdä opinnäytetyötä, joka vain pölyttyy hyllyssä. Aihe löytyi keskustellessani palveluohjaajan kanssa. Hän kertoi, että keskitetyt vanhuspalvelut tarvitsisivat jonkinlaisen lomakkeen sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalveluhakemusten kotikäynneille.

Opinnäytetyöni tulee siis Salon kaupungille keskitettyihin vanhuspalveluihin. Työni aihe koskee sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita. Salossa tehtiin päätös joulukuussa 2010, että pääsääntöisesti yli 65-vuotiaiden kuljetuspalveluhakemukset ohjataan vanhuspalveluihin, vanhuspalvelujen palveluohjaajalle. Sosiaalihuoltolaki on ensisijainen laki, jonka perusteella kuljetuspalvelua haetaan. Vammaispalvelulaki on puitelaki, jonka nojalla voi myös hakea kuljetuspalvelua. Aiemmin suuri osa ikäihmisten kuljetuspalveluhakemuksista on mennyt vammaispalveluihin. Ikäihmisillä on paljon iän tuomia rasitteita, vammoja tai sairauksia, eikä ole tarkoituksen mukaista tehdä heitä siksi vammaisia. Vammaisuuden kriteerit täyttyvät kuitenkin usein, riippuen lääkärinlausunnosta. Vammaispalvelulain mukaan matkoja on myönnetty 18 yhdensuuntaista matkaa kuukautta kohden, kun taas sosiaalihuoltolain mukaan harkinnan varaisesti 2–10 matkaa kuukaudessa. Usein vammaispalvelulain mukaisesti myönnettyjä taksimatkoja on jäänyt käyttämättä. Kunta toivoo uudistuksella taloudellista säästöä.

Opinnäytetyöni aihe oli siis selvä. Mietin, kuinka työ käytännössä toteutuu. Tutkimus ei ole kvalitatiivinen eikä kvantitatiivinen. Opinnäytetyöni on tutkimuksellinen kehittämistyö. Siinä yhdistyy kehittäminen ja tutkiminen. Kehitin välineen työyhteisön käyttöön yhteistyössä työryhmän kanssa. Tutkimuksellisesta kehittämistyöstä ei ole olemassa niin paljon

metodikirjallisuutta, kuin perinteisistä tutkimuksista. Se loi aluksi haasteen, kuinka pääsen tutkimuksessani eteenpäin. Kehittämistyö vaatii aikaa ja paneutumista asiaan. Se on ikään kuin palapeliä, jossa palasia löytyy yksi kerrallaan. Anttilan lauseessa tiivistyy opinnäytetyöni tarkoitus.

Opinnäytetyön tarkoituksena on yhdistää ammatin tietoperusta ja taidollinen, ammatillinen osaaminen yhteen uutta luovan, työelämää hyödyntävän toteutuksen kanssa (Anttila,P.)

1 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Aiemmin vanhuksina on pidetty yli 65-vuotiata, johtuen yleisestä eläköitymisiästä. Tämä luokittelu ei nykyisin aivan päde, sillä ihmisten keskimääräinen oletettu elinikä on noussut. Ihmisten keskimääräinen oletettu elinikä kohoaa teollistuneissa maissa. Eräiden tutkijoiden mukaan (Oeppen ja Vaupel, 2002, artikkelissa Coebeler) keskimääräinen elinikä on kuudenkymmenen vuoden päästä jopa 100 vuotta. Vaikka kaikki tutkijat eivät olekaan samaa mieltä, on todellisuus se, että iäkkäiden määrä on kasvussa. (Coebeler 2009, 16.)

Suomen väestön iäkkäiden osuus tulee jatkuvasti kasvamaan. Vuoteen 2030 mennessä iäkkäiden osuudeksi väestöstä arvellaan noin 26%. Vuonna 2040 arvellaan yli 85-vuotiaita väestöstä olevan 6,1%. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinenvuosikirja 2006.) 75 vuotta täyttäneistä vajaa 90% asuu kotonaan (Voutilainen & Kaskiharju 2007, 18-28). Näistä ikäihmisistä 57% naisista ja 27% miehistä asui vuoden 2000 lopussa yksin (Kauppinen ym. 2006).

1.1 Kehittämistyön taustaa

Salossa tehtiin päätös joulukuussa 2010, että sosiaalihuoltolain mukaisista kuljetuspalveluhakemuksista poistettiin tulo- ja varallisuusraja. Yli 65-vuotiaiden kuljetuspalveluhakemukset ohjataan pääsääntöisesti vanhuspalveluihin, vanhuspalvelujen palveluohjaajalle (Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja §207/21.12.2010). Kuljetuspalvelua, kansanomaisemmin taksikorttia, voi hakea joko sosiaalihuoltolain nojalla tai vammaispalvelulain nojalla.

On vaikeaa määritellä, mikä on iästä johtuvaa toimintakyvyn rajoittumista ja mikä on taas vammaisuudesta johtuvaa. Aiemmin osa ikäihmisten hakemuksista on mennyt vammaispalveluihin. Tähän ohjaavana tekijänä oli usein tulo- ja varallisuusraja. Vaikka eläkkeet useammalla vanhuksella ovat suhteellisen pienet, voi heillä olla säästöjä, jotka aiemmin estivät heitä

saamasta kuljetuspalvelua sosiaalihoitolain mukaan. Ne hakijat, joiden suuret tulot ja varallisuus estivät heitä saamasta sosiaalihoitolain mukaista kuljetuspalvelua, hakivat sitä vammaispalvelulain nojalla. (Henkilökohtainen tiedonanto, Vainio.)

Ikäihmisillä on paljon iän tuomia rasitteita, vammoja tai sairauksia, eikä ole tarkoituksen mukaista tehdä heistä siksi vammaisia. Vammaisuuden kriteerit täyttyvät kuitenkin usein, riippuen lääkärinlausunnosta. Usein lääkärinlausunnon tekee lääkäri, joka ei tunne asiakasta entuudestaan. Lääkärilausunnot pohjautuvat silloin enemmän diagnooseihin, eivät niinkään asiakkaan toimintakyvyn kuvaukseen.

Vammaispalvelulain mukaan matkoja on myönnetty 18 yhdensuuntaista matkaa kuukautta kohden (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759§6). Sosiaalihoitolain mukaan harkinnan varaisesti voidaan myöntää 2–10 matkaa kuukaudessa (Sote21.12.10§207).

Vanhuspalveluilta puuttui selkeä työväline, jolla taattaisiin päätösten yhdenmukaisuus. Tulo- ja varallisuusrajan poistuttua yhä useampi ikäihminen hakee ensisijaisesti kuljetuspalvelua sosiaalihoitolain nojalla. Vanhuspalveluihin keskittyy ensisijaisesti yli 65-vuotiaiden hakemukset. Aiemmin vanhuspalvelujen palveluohjaaja on tehnyt kotikäyntejä yksin, mutta työmäärän lisääntyessä kotikäyntejä on ryhtynyt tekemään myös Salon kaksi SAS-koordinaattoria.

1.2 Kehittämistyön tarkoitus

Kehittämistyöni tarkoitus on ollut tehdä lomake sosiaalihoitolain mukaisiin kuljetuspalveluhakemuksiin liityville kotikäynneille. Lomakkeessa täytyy olla ne tärkeät asiat, jotka mittaavat muun muassa hakijan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä ja omatoimisuutta. Kuljetuspalvelun tarkoitus on tukea omatoimista selviytymistä kotona.

Kuljetuspalveluhakemuksen ja lääkärin lausunnon toimittamisen jälkeen tehdään hakijan luo kotikäynti tilanteen kartoittamiseksi. Päätökset kuljetuspalvelujen määrästä tehdään hakemuksen, lääkärinlausunnon ja kotikäynnin perusteella.

Kehittämistyöni lomake on pisteytetty siten, että vähän pisteitä saaneet hakijat ovat niin hyvässä kunnossa, että he voivat käyttää palveluliikennettä. Mitä enemmän ongelmia hakijalla on, sitä enemmän hän saa pisteitä. Lomakkeen kolmannessa osiossa vähän pisteitä saaneet hakijat saavat apua usein muulta taholta.

Lomake kotikäynneille on tarpeen, sillä kotikäyntejä tekee useampi henkilö. Kotikäynneillä täytetyt lomakkeet käydään yhdessä työryhmän (palveluohjaaja ja SAS-koordinaattorit) kanssa läpi. Palveluohjaaja tekee viranhaltijapäätöksen siitä, kuinka monta matkaa kukin hakija saa. Lomake on tallennettu tiedostona ja se voidaan tulostaa aina kotikäynnille lähdettyäessä. Taloudellisuutta ajatellen ei ole tarpeen painattaa siitä erillisiä kalliita kopioita.

1.3 Kohderyhmä

Tässä kehittämistyössä voidaan nähdä kaksi eri kohderyhmää. Työ tulee vanhuspalveluiden henkilökunnan käyttöön. Toisena kohderyhmänä voidaan nähdä kuljetuspalvelun hakijat. Henkilökunnalle lomake on työväline, joka yhtenäistää kuljetuspalvelupäätösten tekoa. Hakijoille lomakkeella voi olla useampikin merkitys.

Lomakkeella voi olla hakijalle palveluohjauksellinen merkitys. Kuljetuspalveluhakemuksiin liittyvät kotikäynnit ovat hyviä ehkäisevänä kotikäyntinä. Usein kuljetuspalveluhakemus voi olla ensimmäinen yhteydenotto vanhuspalveluihin. Kotikäynneillä voi tulla puheeksi sellaisia asioita, joista hakija ei ole ollut tietoinen. Lomakkeessa kysytään muun muassa kotihoidon käyntejä ja kotona selviämiseen liittyviä kysymyksiä. Samalla asiakas saa tietoa esimerkiksi kotihoidon eri muodoista ja tukitoimista (ateriapalvelu, asiointi, kotikäynnit) tai vaikka palveluliikenteestä.

Ikäihmisen kotona selviämistä pyritään tukemaan tulevaisuudessa yhä enemmän. Usein iäkkäistä pariskunnista toinen puoliso voi olla toisen omaishoitaja. Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, joka kunnan täytyy järjestää määrärahojen puitteissa. Omaishoidon tukeen kuuluu hoidettavalle annettavat palvelut, omaishoitajalle annettava hoitopalkkio ja vapaa. Siihen kuuluu myös omaishoitoa tukevat palvelut. (Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna 2007, 15.) Työryhmä halusi lisätä lomakkeeseeni kohdan, jossa kysytään, onko hakija omaishoitaja tai omaishoidettava. Omaishoitaja ei usein voi olla kauan pois hoidettavansa luota, joten kuljetuspalvelu voi olla yhtenä omaishoitoa tukevana palveluna asioinneissa (Henkilökohtainen tiedonanto, Vainio A).

2 KEHITTÄMISTYÖN TIETOPERUSTA

Sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun edellytyksenä on, että hakijan sairaus tai vamma aiheuttaa vaikeuksia liikkumisessa ja siten estää julkisten liikennevälineiden käytön. Hakijan täytyy pystyä hoitamaan asioitaan ja tekemään jokapäiväiseen elämään liittyviä matkoja taksilla tai invataksilla. Pääsääntöisesti matkat tulee pystyä tekemään ilman saattajaa. Kuljetuspalvelua voidaan myöntää myös harkinnan mukaan tehostetussa palveluasumisessa oleville tai laitoshoidossa oleville henkilöille. Mikäli henkilö kykenee terveydentilansa vuoksi käyttämään palveluliikennettä, ei kuljetuspalvelua myönnetä. (Sote 21.12.10§207.)

Mikäli yli 65-vuotias saa sosiaalihuoltolain mukaisesta kuljetuspalveluhakemuksesta kielteisen päätöksen, on hänellä oikeus tutkituttaa mahdollisuutensa hakea kuljetuspalvelua vammaispalvelulain mukaan. Vaikeavammaisen henkilön kuljetuspalveluihin kuuluu työssä käyminen, opiskelu, asioiminen, yhteiskunnallinen osallistuminen, virkistys tai muut tarpeelliset, jokapäiväiseen elämään kuuluvat kuljetukset. Niihin kuuluu myös tarvittaessa saattajapalvelu. Jokapäiväisen elämän kuljetuksia ovat asuinkuntaan ja lähikuntiin ulottuvat kuljetukset. Vaikeavammaisena pidetään henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei sairautensa tai vammansa vuoksi kykene käyttämään julkista liikennettä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Kuljetuspalvelua ei järjestetä henkilölle, joka saa kuljetuspalvelua jonkin muun lain nojalla. (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759.)

Palveluliikenne mahdollistaa monelle salolaiselle pääsyn kerran viikossa tarpeellisten palveluiden luokse. Palveluliikenne noutaa asiakkaan tarvittaessa kotiovelta asioimaan lähimpään keskukseen. Kuljettaja avustaa matkustajia tarpeen mukaan. Hän voi kantaa esimerkiksi kauppakassit ovelle. Palveluliikenne on kaikkien kuntalaisten käytössä. Asiakaspaikkoja on

rajallisesti, joten ne täytetään ilmoittautumisjärjestyksessä. Matka tilataan edellisenä arkipäivänä puhelimitse. Palveluliikenne liikennöi arkisin kaupungin eri alueilla tiettyjen aikataulujen mukaisesti. Asiakkaalle jää asiointiaikaa määränpäässä 1-2 tuntia. (Salon kaupungin verkkosivut.) Palveluliikenteen kokeilun helpottamiseksi Salon kaupunki on antanut ikäihmisille ilmaislippuja palveluliikenteeseen heidän hakiessaan kuljetuspalvelua vanhuspalveluista. Monella ikäihmisellä ei ole tarpeeksi tietoa eikä kokemusta palveluliikenteestä. Tarkoituksena olisi, että palveluliikenne olisi ensisijainen kuljetuspalvelu. (Henkilökohtainen tiedonanto, Vainio.)

Salossa sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun piirissä oli vuoden 2010 aikana 152 asiakasta. Kuljetuspalveluhakemuksiin tehtiin 44 myönteistä päätöstä ja 14 hakemusta hylättiin. Kuljetuspalvelupäätöksen saaneista 15 asiakasta ei käyttänyt palvelua lainkaan. Sosiaalihuoltolain mukaisena kuljetuspalveluna tehtiin yhteensä 6780 matkaa. Keskimäärin asiakkaat käyttivät 4 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa. Joulukuun tarkastuksen yhteydessä 132 asiakasta sai jatkopäätöksen seuraavalle vuodelle. (Henkilökohtainen tiedonanto, Vainio.)

Vuoden 2011 aikana oli Salossa sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun piirissä 256 asiakasta. Lisäystä edelliseen vuoteen on tullut huomattavasti. Kuljetuspalveluhakemuksiin tehtiin 132 myönteistä päätöstä ja 36 hakemusta hylättiin. Sosiaalihuoltolain mukaisena kuljetuspalveluna tehtiin yhteensä 9423 matkaa. Keskimäärin asiakkaat käyttivät 3 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa ja yhden matkan hinta oli keskimäärin 16,56 euroa. (Henkilökohtainen tiedonanto, Vainio.)

Kehittämistyöni viitekehys rakentuu palveluiden laatuun ja oikein kohdistumiseen. Oikein kohdennetuilla palveluilla on myös taloudellisia vaikutuksia. Salon kaupunki tähtää laadun tunnustukseen vuonna 2013 (Henkilökohtainen tiedonanto, Vainio.) Salon kaupungin yhdeksi strategiseksi menestystekijäksi on määritelty hyvin toimivat peruspalvelut ja siihen sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin sekä itsenäisen suoriutumisen edistäminen (Valtuuston tulokortti 2012).

Väestön ikääntyminen tuo eteen haasteita. Yleisesti ajatellaan, että sosiaali- ja terveysmenot kasvavat väestön ikääntymisen myötä. Voi myös olla, että ennuste on liiankin negatiivinen. Jan Kunz arvioi artikkelissaan, että ikäihmisten hyvä terveys ja ennalta ehkäisevät toiminnot voivat vaikuttaa tilanteeseen positiivisesti. Pitkällä aikavälillä ennaltaehkäisevillä toimilla voidaan jopa säästää. (Kunz 2005,11.) Kuljetuspalvelu voidaan nähdä ennalta ehkäisevänä toimintana, sillä se mahdollistaa osaltaan ikäihmisen kotona selviytymisen, aktiivisuuden ja omien asioidensa hoitamisen.

Sosiaaliministeriön Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategian tavoitteena on sosiaalisesti kestävä yhteiskunta. Se tarkoittaa, että ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti. Tavoitteena on jokaisen osallisuuden mahdollistaminen. Tavoitteena on myös edistää jokaisen terveyttä ja toimintakykyä. (Sosiaalibarometri 2011,17.) Salossa valtuuston tulokorttiin on asetettu tavoitteeksi ennakoiva ja itsenäistä toimintakykyä ylläpitävä monipuolinen palvelujärjestelmä. Niissä keinoina on tarkoituksen mukainen, avohoitopainotteinen palveluverkko. (Valtuuston tulokortti 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen vuonna 2008 yhteistyössä Suomen kuntaliiton ja Stakesin kanssa. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Se painottaa myös ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta ja yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008). Kuljetuspalvelulla pyritään auttamaan ikäihmistä selviämään omatoimisesti kotonaan. Kuljetuspalvelulla voidaan myös vähentää muiden palvelujen tarvetta. Esimerkiksi kotihoidon käyntejä ei välttämättä tarvita niin paljon, mikäli ikäihminen pääsee asioimaan itsenäisesti kuljetuspalvelun turvin.

Laatusuosituksen tavoitteena on palvelurakenteen muutos. Se hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Jollei uudistusta tapahdu, on kustannusten kasvua vaikea hillitä. Väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja palveluntarpeet kasvavat. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus.) Kuljetuspalveluhakemusten määrä tulee kasvamaan tulevaisuudessa väestön ikääntyessä.

Palvelujen oikeudenmukainen kohdentaminen on tärkeää. Se edellyttää ikäihmisten yhdenvertaisuuden turvaavaa palvelutarpeen arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus.) Kuljetuspalveluhakemuksiin liittyvillä kotikäynnillä arvioidaan hakijan toimintakykyä ja tarvetta kuljetuspalvelulle. Tähän tarkoitukseen tulee kehittämistyöni lomake. Jokaisella kotikäynnin tekijällä on yhtäläinen täytettävä lomake. Näin työryhmällä tulee kysytyä samoja asioita ja samat asiat painottuvat samalla lailla.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keskeisiin sisältöihin kuuluu muun muassa osallisuuden tukeminen sekä itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukeminen (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus.) Näitä kaikkia osa-alueita voidaan tukea kuljetuspalvelun avulla. Ehkäisevällä, toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla voidaan ehkäistä ja siirtää hoidon ja palvelujen tarvetta myöhemmäksi. Kun ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen puututaan mahdollisimman varhain, ehkäistään toimintakyvyn vajausten syntymistä ja ongelmien kasaantumista ja kärjistymistä. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus.) Moni ikäihminen saa tarvitsemansa avun esimerkiksi taksikortista, ja muut palvelutarpeet siirtyvät tulevaisuuteen.

3 KEHITTÄMISMETODI JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Työni ei ole perinteinen tutkimus, vaan tutkimuksellinen kehittämistyö. Se tarkoittaa sitä, että kehittämisessä yhdistetään konkreettista kehittämistoimintaa ja tutkimuksellista lähestymistapaa (Toikko & Rantanen 2009,19). Uutta kehittämistä koskevaa tietoa syntyy koko ajan työn edetessä (Toikko & Rantanen 2009, 50).

Kehittämistoiminta voidaan hahmottaa tässä työssä lineaarisena. Linearisessa mallissa kehittämistoiminta lähtee tavoitteen määrittelystä. (Toikko & Rantanen 2009, 64.) Työni tavoite on ollut tehdä lomake sosiaalihuoltlain mukaisten kuljetuspalveluhakemusten kotikäynneille.



Kuvio 1. Kehittämistyön lineaarinen malli.

Kehittämisprosessiin liittyy organisointi. Keskeiset toimijat muodostavat työryhmän, joka vastaa kehittämistoiminnasta. (Toikko & Rantanen 2009, 58-59.) Kehittämistyön työryhmään kuuluivat vanhuspalvelujen palveluohjaaja Anne Vainio, SAS-koordinaattorit Heli kunnas ja Jenni kukkola ja minä opiskelijana.

Olen saanut työryhmältä käytännön tietoa siitä, mitkä asiat ovat tärkeitä kuljetuspalveluhakemukselle. Tällainen hiljainen tieto on tässä työssä suuressa osassa. Uutta tietoa syntyy siinä ympäristössä, missä toiminta tapahtuu. Työni toimintaympäristönä on palaverit ja kotikäynnit. (Toikko & Rantanen 2009, 40-42.)

Aloitimme työryhmän kanssa ideoinnin joulukuussa 2010. Vanhuspalveluissa on käytössä erilaisia lomakkeita ja mittareita, joista oli hyvä lähteä liikkeelle. Valmiista mittareista poimimme joitakin kohtia, joita sitten myöhemmin hieman muutimme.

Yksi mittari, mistä saimme mallia, on RAVA-toimintakykymittari. RAVA-mittari on ollut kuntien käytössä vuodesta 2000 lähtien, ja se on vakiinnuttanut paikkansa myös Salossa. Rava-mittarista poimimme lomakkeeseen aistitoiminnot näkö ja kuulo sekä puhekyvyn. Rava-mittarissa näkö on jaettu kolmeen osioon; normaali, heikko ja sokea. Lomakkeemme näkö, kuulo ja puhe on jaettu neljään sarakkeeseen, kuten kaikki muutkin lomakkeemme osiot. Keskustelujen pohjalta saimme kaikkia tyydyttävät vaihtoehdot lomakkeeseen.

Kognitiivista toimintakykyä pidimme tärkeänä asiana lomakkeessa. Mikäli hakija sairastaa esimerkiksi dementiaa, vaikuttaa se hänen toimintakykynsä ja omista asioista huolehtimiseensa. Yleisenä mittarina kognitiiviselle toimintakyvylle pidetään MMSE-testiä. MMSE eli Mini-Mental State Examination on lyhyt älyllisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu testi. (MMSE.) Ongelmana on se, että usein kuljetuspalveluiden hakijoilta ei ole tehty MMSE-testiä. Sen tekeminen kotikäynnin yhteydessä ei olisi tarkoituksen mukaista ja veisi liikaa aikaa. Alan ammattilaisilla on kuitenkin hyvä tuntuma siihen, millainen hakijan kognitiivinen toimintakyky on. Kognitiivinen toimintakyky käy ilmi heidän keskustellessaan hakijan kanssa ja kysellessään asioita.

Kehittämistoiminnan yksi tehtävä on toteutus. Tähän vaiheeseen sisältyy ideointia, kokeilua ja mallintamista. Työ tässä vaiheessa on konkreettista tekemistä, pohtimista ja analysoimista. (Toikko & Rantanen 2009, 59-60.) Ensimmäiseen lomakeversioon koottiin erilaisia asioita laidasta laitaan. IADL-

kyselystä (Instrumental Activities of daily Living Scale) saatiin esimerkkiä sarakkeisiin ostostenteko, ruoan laitto ja liikkuminen kodin ulkopuolella.

Lomakkeen ensimmäinen versio oli valmis 20.1.2011. Sen jälkeen sitä alettiin testata käytännössä. Olin mukana kolmella ensimmäisillä kotikäynnillä, joilla lomaketta testattiin käytännössä. Näillä kerroilla olin itse haastattelijana. Hakijat suhtautuivat lomakkeeseen positiivisesti. Samalla, kun lomakkeen osioita käytiin läpi, tuli puheeksi myös muita asioita. Huomasin, että lomake mahdollistaa keskustelun myös muista tarpeista. Lomakkeen avulla tuli esille selkeästi palvelunohjauksellinen näkökulma.

Toteutuksen jälkeen kehittämistoimintaa arvioidaan. Prosessiarvioinnissa voi tulla näkyviin se, että kehittämistoiminnan tavoitteet ja toimintatavat voivat muuttua toiminnan kuluessa. (Toikko & Rantanen 2009, 61.) Ensimmäisessä lomakeversiossa eri asiat olivat eri järjestyksessä, kuin nykyisessä. Muokkasin lomaketta niin, että saman tyylliset asiat muodostivat omat kokonaisuutensa.

Lomakkeen ensimmäisen version testauksen jälkeen pidimme palaverin 27.1.2011. Siinä esiin nousi muutamia seikkoja, joilla on merkitystä ja jotka pitäisi saada näkyviin lomakkeessa. Yksi tällainen tekijä on kotihoidon käynnit. Niistä laitoin lomakkeeseen kohdan. Myös liikkuminen oli tärkeää. Samoin myös se, missä hakija asuu. Mikäli hakija asuu lähellä ostoskeskusta, on hän aivan eri tilanteessa kuin hakija, joka asuu kaukana keskuksesta. Tätä kohtaa ei liitetty lomakkeen pistetysosioihin, vaan niistä maininta voidaan laittaa kohtaan huomioitavaa. (Ks.Liite1.) Tämän jälkeen uudistettua lomaketta koekäytettiin kotikäynneillä.

Toinen arviointipalaveri pidettiin 25.2. Palaverissa päätettiin lisätä lomakkeeseen liikkuminen erikseen sisällä että ulkona. Mikäli hakija tukeutuu vahvasti rollaattoriin, olisi se rinnastettava pyörätuolin kanssa liikkumiseen. Tässä palaverissa pohdimme myös ostosten teon merkitystä ja ruoanlaittoa. Perheeltä saadun avun määrä koettiin tärkeänä ja se lisättiin lomakkeeseen. Lomakkeen lopussa olevat kysymykset koettiin mukavina, joskin irrallisina pisteytystä ajatellen. Tässä vaiheessa päätin jättää loppukysymykset pois

lomakkeesta. Viimeinen arviointipalaveri pidettiin 6.5. Silloin tultiin tulokseen, että lomake on valmis ja toimiva käytännössä. Lomakkeen lopussa olevat kysymykset päätettiin pitää lomakkeessa, koska niillä voi avautua palveluohjauksellinen keskustelu hakijan kanssa.

Kun lomake oli valmis, keräsin valmiita haastattelulomakkeita sitä mukaa, kun kotikäyntejä tehtiin. Päätin ottaa mukaan 30 ensimmäistä hakemusta. Määrä tuntui hyvältä, koska lomakkeiden keräämiseen kului aikaa. Hakemuksia tuli epäsäännöllisesti, koska kotikäyntejä tehtiin epäsäännöllisin ajoin muiden töiden ohessa. Täytetyistä lomakkeista otettiin kopiot, joissa henkilötiedot oli peitetty. Näitä kopioita käytin työni testaamiseen. Testasin lomaketta SPSS-ohjelmalla (ks. 4.3 Lomakkeen pisteytyksen testaus).

Keräsin tietoa eri lähdemateriaaleista koko opinnäytetyöni edistymisen ajan. Tarvitsin metoditietoa, tietoa erilaisista toimintakykyyn vaikuttavista seikoista sekä tietoa lomakkeen eri osioista. Lähteinä käytin kirjoja, artikkeleita sekä henkilökohtaisia tiedonantoja. Hyödynsin palaverimuistioita ja pidin oppimispäiväkirjaa.

4 KEHITTÄMISTYÖN TULOS

Kehittämistyöni lomake on pisteytetty siten, että vähän pisteitä saaneet hakijat ovat niin hyvässä kunnossa, että he voivat käyttää palveluliikennettä. Mitä enemmän ongelmia hakijalla on, sitä enemmän hän saa pisteitä. Lomakkeen kolmannessa osiossa vähän pisteitä saaneet hakijat saavat apua usein muulta taholta.

Lomakkeessa on kolme pisteytettyä osiota. Pisteytykset kertautuvat, niiden vaihtoehdot ovat 0, 2, 4 ja 8. Tällaiseen pisteytykseen päädyttiin, jotta tuloksiin saataisiin enemmän hajontaa. Lomakkeen lopussa on tilaa huomioille, jotka ovat olennaisia, mutte eivät tule esiin lomakkeen pisteytetyissä osioissa. Lopussa kysytään myös, onko hakija omaishoitaja tai omaishoidettava. Tämän kohdan työryhmä halusi lomakkeeseen. Siillä voi olla merkitystä omaishoidon kasvaessa tulevaisuudessa. Lisäksi kysytään, onko hakija sotaveteraani tai sotainvalidi. Veteraaneilta tai sotainvalideilta ei peritä kuljetusten omavastuuosuutta. Lomakkeen lopussa on kysymyksiä hakijan liikkumisesta, harrastuksista ja oman elämänsä mielekkyydestä ja mahdollisesta turvattomuuden tunteesta. Lomakkeessa kysytään myös lupa tietojen käyttämiseen opinnäytetyössäni.

4.1 Yleiset toimintakykyyn vaikuttavat seikat

Ensimmäiselle osiolle olen antanut nimen yleiset toimintakykyyn vaikuttavat seikat, lyhennettynä yleiset. Tässä osiossa on sosiaalisuus/psykye, aistitoiminnot (näkö ja kuulo) sekä yleiset, arkipäivän toimintoja vaikeuttavat inkontinenssi eli virtsanpidätyskyvyttömyys ja ulosteenpidätyskyky/kyvyttömyys. Tässä osiossa vähän pisteitä saanut saattaa pystyä käyttämään palveluliikennettä. Tämän osion yksittäiset suuret pisteet ovat varteen otettavia, koska niihin liittyvät seikat vaikeuttavat selvästi arkipäiväistä elämää.

Sosiaalisuus/ Psyyke	Normaalia Kanssakäymistä muiden kanssa	Hieman eristyneisyyttä, tulee toimeen toisten kanssa	Sosiaalisten tilanteiden pelkoa, rajoittaa sosiaalista kanssakäymistä	Erittäin paha sosiaalisten tilanteiden pelko/ paniikkihäiriö	
-------------------------	--	---	--	--	--

Kuvio 2. Sosiaalisuus/Psyyke.

Kuvio 2. on lomakkeen kohta, joka mittaa hakijan sosiaalisuutta ja psyykettä. Sosiaalisuus ja psyyke tulevat esiin kotikäynnillä keskusteltaessa hakijan kanssa. Sitä ei kysytä hakijalta erikseen. Hakija voi myös itse ottaa puheeksi, kuinka käyttäytyy sosiaalisissa tilanteissa. Joku voi myös itse ottaa puheeksi sosiaalisten tilanteiden pelon.

Hakijalla voi myös olla diagnosoituja syitä siihen, miksei hän pysty käyttämään palveluliikennettä. Yksi tällainen syy voi olla ahdistuneisuushäiriöt. Ahdistuneisuushäiriöt ovat kenties yleisimmät mielenterveyden häiriöt. Niissä ahdistuneisuus on voimakasta ja pitkäkestoista. Ahdistuneisuus rajoittaa sekä psyykkistä että sosiaalista toimintakykyä. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy pitkäkestoisen ja vaikean ahdistuneisuuden tunteen lisäksi muita oireita. Ihminen, joka kärsii ahdistuneisuushäiriöstä, välttää tilanteita, joissa ahdistus on ilmennyt. Muina oireina voi myös ilmetä autonomisen hermoston aktivoitumisen oireita. (Matikainen ym. 2004, 155-157.)

Paniikkihäiriö voi olla yksi syy siihen, ettei palveluliikenne sovellu kyseiselle hakijalle. Paniikkihäiriö on mielenterveyden häiriö, jonka keskeisin piirre on toistuvien paniikkikohtausten esiintyminen. Paniikkikohtauksessa ihminen kokee äkillistä ja voimakasta ahdistuksen, pelon tai pakokauhun tunnetta. Huomattavalla osalla paniikkihäiriöpotilaista paniikkihäiriöön liittyy myös julkisten paikkojen pelko. Tällöin hän alkaa vältellä tilanteita ja paikkoja, joissa hän pelkää kohtausten uusiutuvan. (Matikainen ym. 2004, 155-157.)

Kommunikointi	Normaali	Puhevaikeuksia, mutta ymmärrettävä	Dysfasia/ tai kieli/ kommunikaatioeste	Vakava puheongelma	
----------------------	----------	------------------------------------	--	--------------------	--

Kuvio 3. Kommunikointi.

Kuvio 3. on lomakkeen osa kommunikoinnista. Kommunikointi on tärkeää kohdattaessa toisia ihmisiä. Se vaikuttaa asioinnissa ja kyvyssä toimia omatoimisesti. Kommunikoinnin vaikeudet voivat johtua monesta eri syystä.

Puhe- ja kielihäiriöitä voidaan luokitella oireen mukaan. Korpilahti määrittelee puhe- ja kielihäiriöt ja niiden liitännäisilmiöt artikulaatiohäiriöihin eli dyslalioihin, viivästyneeseen puheen- ja kielen kehitykseen, kielenkehityksen erityisvaikeuteen eli dysfasiaan, puheen sujuvuuden häiriöihin eli änkytykseen ja sokellukseen, puheen sujuvuuden häiriöihin eli dysartriaan ja dyspraksiaan, nasaliteetin häiriöihin, fonaatio- eli äänihäiriöihin, puhumattomuuteen (mutismi ja autismi), kieliopillisen kehityksen häiriöihin eli dysgrammatismiin sekä luku- ja kirjoitushäiriöihin eli dysleksiaan ja dysgrafiaan. (Launonen & Korpijaakko-Huuhka 2006, 41.)

Etiologisen luokituksen mukaan kielihäiriöiden syyksi voidaan luokitella keskushermostolliset syyt (perinnöllisyys), hankitut kieli- ja puhehäiriöt (traumaattiset syyt, aivokasvaimet), elimelliset sairaudet (esim. astma), perifeeriset syyt (aistifysiologiset vajavuudet, psyykkiset syyt, sosioemotionaaliset syyt (tunne-elämän häiriöt) sekä yksilöllinen kehitysrytmin hitaus. (Launonen & Korpijaakko-Huuhka 2006, 41.)

Afasia on aikuisiän kielelliskognitiivinen häiriö. Sillä tarkoitetaan jo kehittyneen kielellisen kyvyn menetystä tai kielelliskognitiivsten toimintojen häiriötilaa. Afasia johtuu usein vasemman aivopuoliskon verenkiertohäirön aiheuttamasta aivokudoksen vauriosta. Kielellisen kommunikaatiokyvyn alenemisesta seuraa muutoksia, jotka koskettavat ihmistä itseään ja hänen läheisiään. (Launonen &

Korpijaakko-Huuhka 2006, 226.) Afasia voidaan luokitella kommunikaatioesteeseen tai vakavaan puheongelmaan, riippuen tapauksesta.

Näkö	Normaali/ näkee normaalisti silmälaseilla	Heikentynyt, näkee kohtalaisesti silmälaseilla	Sumentunut näkö, kaihi, makulopatia tai silmänpainetauti	Vaikea näköhäiriö tai sokeus	
-------------	--	---	--	------------------------------------	--

Kuvio 4. Näkö.

Tämä (Kuvio 4.) on lomakkeen kohta, joka mittaa hakijan näkökykyä. Näkökyky on tärkeä asioimisessa ja omatoimisuudessa. Huono näkökyky vaikeuttaa asioimista, ja siksi esimerkiksi tuttu taksi voi olla tärkeä näkövammaiselle.

Näkövammaisen on henkilö, jolla näkötoiminta tai joku näkemisen osa-alue on heikentynyt siinä määrin, että hänelle on siitä huomattavaa haittaa jokapäiväisessä toiminnassa. Näkövamma haittaa toimimista esimerkiksi kotona, harrastusten parissa ja työpaikalla. Näön heikkeneminen tai sen menetys vaikeuttaa liikkumista, sosiaalisten suhteiden ylläpitoa ja tiedon saamista. (Poussu-Olli & Keto 1999, 19.)

Yli 65-vuotiailla yleisin (58%) näkövamma aiheuttaja on ikä. Muita näkövamma aiheuttajia ovat muun muassa diabeettinen retinopatia, perinnölliset tekijät ja myopia. Synnynnäisiä näkövammoja on myös tällä ikäryhmällä. (Poussu-Olli & Keto 1999, 54.)

Diabeettista retinopatiaa on kahdenlaista. Aikuisiällä alkaneeseen diabeteksen aiheuttamaan verkkokalvon vaurioon ei liity uudissuonien muodostusta. Insuliinihoitoisen nuoruusiässä alkaneen verkkokalvon vaurioon liittyy uudissuonien muodostumista. Tällöin voi esiintyä silmänsisäisiä verenvuotoja ja voi kehittyä sidekudosta, joka voi johtaa näkövammaisuuteen. (Poussu-Olli & Keto 1999, 51.) Diabeettinen makulopatia tarkoittaa verkkokalvon tarkan näön eli makulan alueen muutoksia (Terveyskirjasto).

Myopia on vaikea-asteinen likitaitteisuus, jota nimitetään myös pahalaatuiseksi likinäköisyydeksi. Sen aiheuttaa silmän liiallinen piteneminen. Se voi aiheuttaa verkkokalvon repeytymisen, irtoamisen ja näön menetyksen. (Poussu-Olli & Keto 1999, 51.)

Silmänpainetauti eli glaukooma on tauti, jossa silmänpaine on kohonnut. Se voi johtaa näköhermon surkastumiseen ja näkökentän menetykseen. (Poussu-Olli & Keto 1999, 51.)

Kuulo	Normaali	Alentunut, apuväline/ korotettu ääni	Heikko/ ei osaa käyttää apuvälinettä	Kuuro	
--------------	----------	--	---	-------	--

Kuvio 5. Kuulo.

Kuvio 5. on lomakkeen kohta, jossa arvioidaan hakijan kuuloa. Huono kuulo vaikeuttaa asiointia. Mikäli kuljetuspalvelun hakijalla on ongelmia kuulemisessa, vaikeuttaa se esimerkiksi palveluliikenteen käyttöä. Hakija ei esimerkiksi pysty varaamaan palveluliikennepaikkaansa puhelimella. Tutun taksikuskin kanssa kommunikointi voi onnistua paremmin ja asiointikäynnit voidaan sopia etukäteen.

Henkilö voidaan määritellä kuulovammaiseksi, jos hänellä on haittaa heikentyneestä kuulosta jossakin elämän tilanteessa. Kuulovammaiset voidaan määritellä huonokuuloisiksi, varhaiskuuroiksi eli kuuroiksi ja kuuroutuneiksi. (Poussu-Olli 2003,13.)

Huonokuuloiset pystyvät vastaanottamaan puheviestin kuulonsa avulla. He kommunikoivat puhumalla. Varhaiskuurot eli kuurot ovat menettäneet kuulonsa jo syntyessään tai ennen kielenoppimiskäynnin. Varhaiskuurot käyttävät kommunikoidessaan viittomakieltä.

Työ- ja vanhuusiässä kuuroutuneet käyttävät yleensä äidinkieleen perustuvaa viestintää. He vastaanottavat viestit huulioluvulla tai kirjoituksen avulla. Joskus he voivat käyttää viittomia tukena. (Poussu-Olli 2003, 13.)

Kuulolaite on keskeisin ääntä vahvistava kuunteluapuväline. Kuulolaitteessa on vahvistusominaisuuksia, joita voidaan säätää yksilöllisesti. Kuulolaitteen vahvistus voi tarjota huonokuuloiselle ääniympäristön riittävän kuuluvana. (Jauhainen 2007, 74-78.)

Inkontinenssi/ ulosteenpidätyskyky	Ei ongelmia	Lisääntynyt WC:ssä käynti	Ponnistusinkontinenssi/ ongelmia ulosteenpidätyskyvyssä	Pakko- inkontinenssi Ei ulosteen- pidätyskykyä	
---	-------------	---------------------------	--	---	--

Kuvio 6. Inkontinenssi/ulosteenpidätyskyky.

Kuvio 6. kuvaa hakijan virtsan- ja ulosteenpidätyskykyä. Sana inkontinenssi merkitsee hallitsematonta tai kyvyttömyyttä hallita. Virtsanpidätyskyvyttömyys merkitsee, ettei ihminen pysty kontrolloimaan virtsaamista. Tästä seurauksena on tahaton virtsankarkailu. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 9-19.)

Virtsankarkailu on sosiaalisia ja hygienisiä haittoja aiheuttava vaiva (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 10). Virtsankarkailu on erittäin yleistä iäkkäillä ihmisillä. 25% 85-90-vuotiaista kärsii siitä (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 51). Vessan etsiminen ostoskeskuksesta voi olla hankalaa. Henkilöt, joilla on paha inkontinenssi tai ongelmia ulosteenpidätyskyvyssä, eivät voi välttämättä olla palveluliikenteen aikataulutuksen mukaisesti asioimassa.

Virtsankarkailu voidaan jakaa ponnistusvirtsankarkailuun ja pakkovirtsankarkailuun. Ponnistusinkontinenssille on yleistä, että virtsankarkailua esiintyy fyysisen rasituksen yhteydessä, kun alavatsaan kohdistuu tavallista suurempi paine. Tällaisia rasituksia ovat muun muassa

aivastus, yskiminen, nauru tai hölkkääminen. Pakkoinkontinenssissa tulee pakonomainen tarve virtsata. Sekamuotoisessa inkontinenssissa potilaalla on sekä ponnistus- että pakkoinkontinenssin oireita. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 9-19.) Ulosteenpidätyskyvyttömyys vaikuttaa myös yhtä lailla sosiaaliseen kanssakäymiseen, kuin inkontinenssikin.

4.2 Fyysinen toimintakyky

Toinen osio sai nimekseen fyysinen toimintakyky. Siihen on koottu asioita, jotka vaikuttavat liikkumiseen ja sitä kautta siihen, voiko hakija käyttää palveluliikennettä.

Fyysisellä toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa pelkästään jonkin yksittäisen elimen tai elinjärjestelmän toimintaa tai elimistön toiminnallista kykyä selvittää fyysistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä ja sille asetetuista tavoitteista (Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen).

Kipu/särky	Ei kipuja	Jonkin verran kipuja, haittaa liikkumista	Jonkin verran eivät haittaavat liikkumista	Paljon kipuja, haittaavat liikkumista selvästi	
------------	-----------	---	--	--	--

Kuvio 7. Kipu/särky.

Kuvio 7. on lomakkeen osa, mikä mittaa hakijan kivun tuntemista. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun tuntoaistiin perustuvaksi tai tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaaurio tai jota kuvaillaan samalla tavoin (Sailo & Varti 2000, 30). Krooninen kipu hallitsee elämää ja ajatuksia. Siihen liittyy masennusta, unettomuutta ja väsymystä. Jatkuva kipu aiheuttaa kärsimystä ja heikentää kipupotilaan elämänlaatua.

Kipu vaikuttaa myös sosiaalisiin suhteisiin. (Sailo & Vartti 2000, 35.) Kipuilevan ihmisen omatoimisuutta on hyvä tukea. Särkyjen takia asioiminen palveluliikennettä käyttäen ei aina ole mahdollista.

Huimaus	Ei huimausta yleensä	Hieman huimausta, Menee pian ohi	Huimausta ajoittain, vaikeuttaa liikkumista	Huimaus vaikeuttaa selvästi liikkumista	
----------------	----------------------	-------------------------------------	---	---	--

Kuvio 8. Huimaus.

Kuvio 8. on lomakkeen osio huimauksesta. Huimaus on yleistä ikääntyneillä. Huimaus liitetään kaatumisriskiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Se on myös yksi syy, miksi ikääntynyt tarvitsee tukea kotona pärjäämiseen. Huimaus liitetään myös ikäihmisten aivohalvauksiin ja kuolemiin. (Tinetti ym. 2000)

Aiemmissä tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota siihen, että huimaus on jonkin sairauden tai sairauksien oire. Huimaus liittyy useisiin eri sairauksiin ja erilaisten lääkkeiden käyttöön. Huimausta voidaan kuitenkin pitää niin sanottuna vanhuuden syndroomana, koska ikäihmisillä sitä esiintyy paljon, vaikkakin heillä olisi eri sairauksien diagnooseja. Tinetin, Williamsin ja Gillin (2000) artikkelissa todetaan, että huimausta voidaan pitää samanlaisena ikääntyneiden syndroomana kuin esimerkiksi kaatumista tai harhaisuutta. Siinä ei ole olennaista sairaus huimauksen aiheuttajana vaan itse huimaus jokapäiväistä elämää hankaloittavana seikkana. (Tinetti ym. 2000)

Huimausta arvioitaessa lomakkeessa voidaan keskustelun avulla saada kuva siitä, kuinka paljon huimausta on ja kuinka paljon se vaikeuttaa hakijan arkielämässä toimimista.

Hengitys	Ei hengenahdistusta	Astma tai muu hengityselinten sairaus, ei vaivaa arkielämässä normaalisti	Hengityselinsairaus vaikeuttaa liikumista jonkin verran	Hengityselinsairaus tms. vaikeuttaa liikumista paljon/ etenevä sairaus
-----------------	---------------------	---	---	--

Kuvio 9. Hengitys.

Kuvio 9. on lomakkeen osio hengityksestä. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), astma ja keuhkokuume ovat kolmanneksi yleisimmät kuoleman aiheuttajat Euroopan unionissa (Siafakas,ym.). Keuhkosairauksista kärsivien voi olla hankala liikkua pitempiä matkoja. Lomakkeessa etenevät keuhkosairaudet (esim.COPD) ovat suurella pisteytyksellä.

COPD eli keuhkohtaumatauti on etenevä sairaus, johon ei ole varsinaista parannuskeinoja. Suurin osa COPD-potilaista ovat tupakoitsijoita. Oireita voidaan helpottaa ja potilaan elämänlaatua parantaa erilaisilla avuilla. Hengityksen vaikeutuessa myös liikkuminen vaikeutuu. COPD-potilailla lihaksisto heikkenee. Heidän olisi tärkeä tupakoinnin lopettamisen lisäksi tärkeää liikkua mahdollisimman paljon. (Siafakas ym.) Taksikortti voi auttaa helpottamaan potilaiden asioimista ja sitä kautta parantamaan heidän elämän laatuansa.

Jalkineiden käyttö	Tukevat, asialliset jalkineet säännöllisesti käytössä	Pystyy käyttämään asiallisia ja tukevia kenkiä jonkin aikaa	Käyttää sandaaleita tms. myös talvella (samat kengät ympäri vuoden)	Käyttää aamutossuja/ ei voi pitää kenkiä
---------------------------	---	---	---	--

Kuvio 10. Jalkineiden käyttö.

Kuvio 10. on lomakkeen osio jalkineiden käytöstä. Kunnollisten jalkineiden käyttö voi olla iäkkäillä hankalaa. Jalat voivat olla turvoksissa tai jaloissa voi olla erilaisia ongelmia, minkä takia kunnollisten jalkineiden käyttö voi olla mahdotonta. Erilaiset ortoosituet (peroneustuet) voivat estää kunnollisten jalkineiden käytön (Henkilökohtainen tiedonanto, Vainio). Tämä puolestaan voi lisätä kaatumisriskiä.

Kaatuminen	Ei kaatumisia edell. vuoden aikana	Yksi kaatuminen puolen vuoden sisällä	Yksi kaatuminen 3kk:n sisällä	Yksi kaatuminen kk:n sisällä/ useita vuoden sisällä	
-------------------	------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	---	--

Kuvio 11. Kaatuminen.

Kuvio 11. on lomakkeen osio, mikä mittaa hakijan kaatumistaipumusta. Iäkkäiden kaatumisiin on monia syitä. Riskitekijöinä kaatumisille pidetään muun muassa lihasheikkoutta, tasapaino-ongelmia ja lääkkeiden käyttöä. (Tinetti 1994.) Kaatumisen seurauksena monelle iäkkäälle voi tulla pelko uudelleen kaatumisesta. Kaatumisesta voi seurata tunneperäisiä, psykologisia ja sosiaalisia muutoksia. (Vellas ym.1997,189-193.) Kaatumisen pelko voi vaikuttaa kielteisesti vanhuksen liikkuvuuteen ja itsenäisyyteen (Tideiksaar 2005, 22). Tällaisessa tilanteessa olisi tärkeä tukea vanhusta liikkumaan. Palveluliikenteen käyttö voi olla haastavaa vanhukselle, jolla on kaatumistaipumusta. Taksikortilla voidaan tukea asukkaan toimintakykyä ja osallisuutta.

Liikkuminen sisällä	Ei apuvälineitä	Kävelykeppi tms.	Rollaattori	Pyörätuoli tai vahva tukeutuminen rollaattoriin	
----------------------------	-----------------	------------------	-------------	---	--

Kuvio 12. Liikkuminen sisällä.

Kuvio 12. on lomakkeen osio, mikä mittaa hakijan liikkumista sisätiloissa. Liikkuminen sisällä omassa tutussa kodissa on usein helpompaa, kuin liikkuminen ulkona ja vieraassa ympäristössä. Sisällä lattia on tasainen ja kävely sujuu yleensä helpommin. Mikäli hakija tukeutuu vahvasti rollaattoriin jo sisätiloissa, voidaan siitä päätellä, että hänen on paljon huonompi liikkua ulkona.

Liikkuminen ulkona	Ei apuvälineitä	Kävelykeppi tms.	Rollaattori	P-tuoli tai vahva tukeutuminen rollaattoriin	
---------------------------	-----------------	------------------	-------------	--	--

Kuvio 13. Liikkuminen ulkona

Kuvio 13. on lomakkeen osio, mikä mittaa hakijan kykyä liikkua ulkona. Toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi on tärkeää, että ikäihmisellä on mahdollisuus harrastuksiin, kuten ulkoiluun. Ulkoilu parantaa fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Kodista ulos pääseminen mahdollistaa myös sosiaalisten suhteiden ylläpidon. Kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi on tärkeää, että vanhuksella on liikkumisen kannalta tarpeelliset apuvälineet. (Heinola 2007, 43.)

Liikkuminen palveluliikenteen turvin on mahdollista, mikäli ikäihmisellä ei ole käytössään apuväineitä tai käytössä on kävelykeppi tai rollaattori. Mikäli hän tukeutuu vahvasti rollaattoriin tai on pyörätuolissa, on taksi tai invataksi parempi vaihtoehto kodin ulkopuolella liikkumiseen.

4.3 Toimintakyky arjessa

Tässä osiossa lomakkeen pisteytys menee niin, että mitä enemmän hakija saa pisteitä tästä osiosta, sitä omatoimisempi hän on. Vähän pisteitä saanut on usein muun avun varassa (esim. kotihoito tai omaiset).

Ikääntyminen ja rappeuttavat pitkäaikaissairaudet aiheuttavat toimintakyvyn heikkenemistä. Toimintakyvyn heikkeneminen tapahtuu asteittain. Aluksi karsiutuvat vaativat päivittäistoiminnot (advanced activities of daily living). Näitä ADL-toimintoja ovat yhteiskunnalliset harrastustoiminnot. Seuraavaksi karsiutuvat niin sanotut välinetoiminnot (instrumental activities of daily living). Näitä IADL-toimintoja ovat mm. pankkiasioiden hoitaminen, puhelimen käyttö tai siivous. Viimeiseksi heikkenevät päivittäiset perustoiminnot (basic activities of daily living). Näitä BADL- toimintoja ovat muun muassa kävely, peseytyminen, wc:ssä käyminen ja syöminen. (Heikkilä & Lahti 2007, 159-160.)

Kognitiivinen toimintakyky	Ei tiedosta paikkaa/aikaa muistamaton	Tiedostaa aja/paikan, paljon ongelmia muistissa	Muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset	Aikaan ja paikkaan orientoitunut, muisti normaali	
----------------------------	---------------------------------------	---	---	---	--

Kuvio 14. Kognitiivinen toimintakyky.

Kuvio 14 on lomakkeen osio kognitiivisesta toimintakyvystä. Vuonna 2005 oli Suomessa noin 120 000 jonkinasteisesta dementiaasta kärsivää. Yli 85-vuotiaista 22-35% oli dementiaa sairastavia. (Viramo & Sulkava 2006, 23-39.)

Mikäli kuljetuspalvelun hakija sairastaa pidemmälle edennyttä muistisairautta, ei hän kykene omatoimiseen asioimiseen ja taksikortista ei ole hyötyä. Myöskään palveluliikenne ei sovellu kyseisille hakijoille. Tällaisissa tilanteissa asiointiin hoitavat joko omaiset tai kotihoito tai jokin muu taho.

Ostosten teko	Täysin kykenemätön suorittamaan ostoksia	Tarvitsee aina jonkun mukaan ostoksille	Tekee pienimmät ostokset itse	Tekee kaikki ostokset itse
----------------------	--	---	-------------------------------	----------------------------

Kuvio 15. Ostosten teko.

Kuvio 15 on lomakkeen osio ostosten tekemisestä. Ostosten teko liittyy kognitiiviseen toimintakykyyn läheisesti. Taksikortin tarkoitus on tukea ihmisiä, jotka kykenevät tekemään ostoksensa itsenäisesti. Mikäli hakija ei kykene ostosten tekoon, ei taksikortista ole hänelle hyötyä tässä suhteessa.

Ruoanlaitto	Ei tee ruokia/kunnan ateriapalvelu	Ruokatilaus yksityiseltä yritykseltä	Lämmittää valmisruokaa	Suunnittelee, valmistaa ja laittaa aterioita
--------------------	------------------------------------	--------------------------------------	------------------------	--

Kuvio 16. Ruoanlaitto.

Kuvio 16. on lomakkeen osio ruoanlaitosta. Mikäli kuljetuspalvelun hakijalle tulee lämmin ruoka kotiin (kunnan ateriapalvelu tai ruokatilaus yksityiseltä yritykseltä), ei hänellä ole niin suurta tarvetta kauppa-asiointiin.

Usein tällaisessa tilanteessa hakijalle tuodaan myös muut ostokset kotiin tukipalveluna. Mikäli hakija tekee kaikki ruoat itse, pyritään tätä omatoimisuutta tukemaan mahdollisimman paljon.

Perheeltä saadun avun määrä	Asuu yhdessä jonkun kanssa	Asuu yksin, omaiset/muu läheinen käy päivittäin tai lähes päivittäin	Asuu yksin, omaiset käyvät viikoittain	Asuu yksin, ei yhteyttä omaisiin tai omaiset käyvät harvoin
------------------------------------	----------------------------	--	--	---

Kuvio 17. Perheeltä saadun avun määrä.

Kuvio 17. kuvaa perheeltä saadun avun määrää. Mikäli kuljetuspalveluhakija asuu yhdessä jonkun kanssa, vähentää se osaltaan kuljetuspalvelun tarvetta. Joillakin ikäihmisillä omaiset tai ystävät auttavat heitä päivittäin tai viikoittain. Suomessa on kuitenkin paljon ikäihmisiä, joilla ei ole omaisia tai omaiset asuvat niin kaukana, etteivät he voi osallistua säännöllisesti auttamiseen.

Perheeltä saadun avun muoto	Omaiset hoitavat asiointit ja kaupassa käynnit	Omaiset kuljettavat asioimaan viikoittain	Omaiset auttavat harvoin asiointissa	Omaiset eivät ole apuna asiointeissa/ kaupassa käynnissä
------------------------------------	--	---	--------------------------------------	--

Kuvio 18. Perheeltä saadun avun muoto.

Kuvio 18. kuvaa perheeltä saadun avun muotoa. Perheeltä saadun avun muoto vaihtelee. Vaikka omaiset pitäisivätkin yhteyttä ikäihmiseen, eivät he välttämättä auta häntä asiointissa tai kaupassa käynnissä. Mikäli omaiset hoitavat asiointit ja kaupassa käynnit, ei kuljetuspalvelulle ole niin suurta tarvetta asiointia varten.

Kotihoidon käynnit	Kotihoito käy 2-4 kertaa päivässä	Kotihoito käy kerran päivässä	Kotihoito käy kerran tai pari viikossa	Ei kotihoidon säännöllisiä käyntejä
---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------------------

Kuvio 19. Kotihoidon käynnit.

Kuvio 19. on lomakkeen kohta kotihoidon käynneistä. Kotihoidon työntekijöiden on oleellista tukea perheen ja ystävien osallistumista ikäihmisen kotona selviytymiseen (Heinola 2007, 42). Joskus ikääntyneillä ei kuitenkaan ole läheisiä ystäviä tai omaisia auttamassa. Toimintakyvyn heikentyessä kotihoito voi auttaa ikäihmistä selviämään kotona.

Mikäli kotihoito käy kuljetuspalvelun hakijan luona useasti, on todennäköistä, että hän saa apua myös asioinneissa. Taksikortilla pyritään auttamaan ensisijaisesti henkilöitä, joilla ei ole säännöllisen kotihoidon käyntejä.

Raha-asioiden hoitaminen	Kykenemätön käsittelemään rahaa ja hoitamaan raha-asioitaan	Selviytyy vain yksinkertaisimmista ostoksista ja laskuista ja arvioi helposti väärin	Selviytyy päivittäisistä asioista, mutta tarvitsee apua suuremmissa pankki- ja ostosasioissa	Huolehtii itse talous-asioistaan
---------------------------------	---	--	--	----------------------------------

Kuvio 20. Raha-asioiden hoitaminen.

Kuvio 20. kuvaa raha-asioiden hoitamista. Ikäihmisillä on usein vaikeuksia erilaisten teknisten laitteiden käytössä. Usein he eivät esimerkiksi osaa käyttää tietokonetta ja maksaa laskujaan tietokoneella internetissä. Yksi tärkeä ja säännöllinen tarve on tuolloin käydä pankissa. Raha-asioiden hoitaminen itse on tärkeää ikäihmisille, ja sitä voidaan tukea kuljetuspalvelulla. Mikäli kuljetuspalvelun hakija on kykenemätön raha-asioidensa hoitamiseen, hänellä on usein edunvalvoja sitä varten. Silloin ei ole tarvetta säännöllisiin pankkiasioimisiin.

Varsinaisen lomakkeen lopussa on kohta "Huomioitavaa". Siihen lisätään asiat, jotka eivät käy ilmi lomakkeen pisteytetyissä osiossa, mutta joilla on merkitystä kuljetuspalvelumatkojen myöntämisessä. Tällainen seikka voi olla muun muassa asuinpaikka. Mikäli hakija asuu kaukana palveluista, voi se vaikuttaa hänen kuljetuspalveluhakemuksesta saatujen matkojen määrään. Esimerkkinä tästä oli hakija, joka asuu alueella, jota palveluliikenneverkosto ei kata. Hänellä ei ollut omaisia, jotka olisivat hoitaneet hänen asiointinsa. Asuinpaikan perusteella hän sai sosiaalihoitolain mukaista kuljetuspalvelua. varmuuden vuoksi laitoin lomakkeeseen kohdan, jossa kysytään henkilön sukupuolta. Se ei kuitenkaan ollut tässä tutkimuksessa tärkeä, koska otos oli niin pieni.

4.3 Lomakkeen pisteytyksen testaus

Valmiin lomakkeen pisteytyksen testaamisen suoritin SPSS-ohjelmalla. Tutkimuksen perusjoukkona oli 30 ensimmäistä kuljetuspalveluhakijaa sen jälkeen, kun viimeisin eli valmis versio lomakkeesta (Liite 1) oli tullut valmiiksi. Otos on pieni, mutta sillä voi saada selville karkeita eroja. Laajemmassa tutkimuksessa otoksen täytyisi olla huomattavasti suurempi. Kaikki 30 hakijaa antoivat suostumuksensa tutkimusta varten.

Tiedonkeruu lomakkeisiin tapahtui kotikäynneillä haastattelun ja havainnoinnin avulla. Joissain tapauksissa myös lääkärin lausunnosta oli apua. Tässä tutkimuksessa ei ole tarpeen selvittää, millaisia hakijat ovat, vaan tarkoitus on selvittää, mikä on pisteytyksen ja myönnettyjen kuljetuspalvelumatkojen välinen yhteys, tai onko yhteyttä ylipäättään olemassa.

Korrelaation avulla saadaan tietää muuttujien välisistä riippuvuuksista (Holopainen ym. 2004, 169.) Testasin korrelaatiota eri osioista, mutta hajontakuviot eivät tukeneet myönnettyjen matkojen määrää suhteessa eri toimintoihin ja eri osioista saatuihin pistemääriin. Se tarkoittaa, ettei pisteytys toimi säännönmukaisesti. Siitä huolimatta lomakkeen eri osioiden eri pisteytykohdat kertovat hakijan terveydentilasta ja toimintakyvystä. Yksittäiset

seikat voivat vaikuttaa myönnettyihin matkoihin, joten kokonaispistemäärät eivät ennusta sitä, kuinka paljon hakija tulee matkoja saamaan. Tämä on huomattu myös kotikäynneillä. Vaikka pistemäärät vaihtelevat, voi hakija saada eri määrän matkoja. Hakemuksissa painottuvat hakijan koko toimintakyky, sosiaalinen asema ja hakijan sen hetkinen elämäntilanne. Käytännössä päätöksen teossa pisteytyksellä on ollut merkitystä vain silloin, kun on jouduttu perustelemaan kielteistä päätöstä hakijalle (Henkilökohtainen tiedonanto, Vainio). Mikäli pisteytyksessä on ollut paljon pisteitä kohdissa "o", kertoo se hakijan olevan sen verran hyvässä kunnossa, että hän voi kyetä käyttämään palveluliikennettä. Kolmannen osion nollapisteeet taas kertovat siitä, että hakijalla on tukea ja apua muulta taholta asioiden hoitamiseen.

Testasin pisteytystä myös ristiintaulukoinnilla. Ristiintaulukoinnin lähes ainoa vaatimus on, että otos on riittävän suuri, jotta taulukosta tulisi mielekäs (Holopainen ym. 2004, 158.) Tämän tutkimuksen otos on pieni, eikä sitä siksi voi pitää kovin luotettavana.

Ristiintaulukoinnissa myönnettyjen matkojen määrässä suhteessa pisteisiin voidaan nähdä, että ne hakijat, jotka ovat saaneet kolmannesta osiosta vähän (0-10) pisteitä, eivät ole saaneet ainakaan täysiä matkamääriä. Muutoin hajontaa on paljon. (Liite 2.) Myös muiden osioiden ristiintaulukoinnissa on paljon hajontaa.

4.4 Lomakkeen toimivuus

Lomake on käytössä Salon kaupungilla keskitetyissä vanhuspalveluissa. Siitä on tullut työväline, jota käytetään säännöllisesti sosiaalihuoltolain mukaisten hakemusten kotikäynneillä. Myös vammaispalvelut ovat olleet kiinnostuneita lomakkeesta. Toisesta lähikunnasta on tullut kiinnostunut yhteydenotto asian tiimoilta.

Vaikka pisteytys ei toimikaan siten, kuin sen alunperin haluttiin toimivan, näkee lomakkeesta pisteitä silmäilemällä ne seikat, joissa hakijalla on toiminnan vajausta. Alun perin lomakkeen lopussa olleet kysymykset haluttiin pitää

lomakkeessa, vaikka ne arviointien välillä poistettiinkin. Niiden avulla avautuu palveluohjauksellinen näkökulma paremmin. Usein kuljetuspalveluhakemus on ensimmäinen yhteydenotto vanhuspalveluihin. Hakijan muun avun tarve voi tulla ilmi myös lomakkeen lopussa olevien kysymysten pohjalta. Esimerkiksi turvattomuuden tunne voi olla avain keskusteluun vaikkapa turvarannekkeesta. Hakijoita voidaan myös esimerkiksi ohjata viriketoimintaan tai muun avun piiriin näiden kysymysten aikaan saamien keskustelujen pohjalta.

Lomakkeen avulla on helppo kerätä materiaalia, mikäli niitä tarvitaan toisissa tutkimuksissa. Kun otos on tarpeeksi suuri, voidaan siitä saada esimerkiksi SPSS-ohjelman avulla monenlaista tietoa.

5 POHDINTA

Tekemäni lomake on saanut paikan käytännön työssä. Siitä on tullut toimiva työväline, jota käytetään säännöllisesti Salon vanhustenhuollon sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalveluhakemusten kotikäynneillä. Opinnäytetyöni tavoite on tässä mielessä onnistunut. Vaikka lomakkeen pisteytys ei toimi haluamallani tavalla, voi pistetyksestä nähdä karkeita linjoja käytännön kotikäynneillä. Myönnettyjen matkojen määrään vaikuttaa niin moni yksittäinen tekijä, että voi olla lähes mahdotonta saada pisteytystä yksistään toimimaan. Tähän opinnäytetyöhön mitoitettu aika ei ainakaan siihen riitä. Mielenkiintoista olisi nähdä, miten pistetytys toimisi, jos otos olisi paljon suurempi. Lomakkeesta saatavia tietoja voitaisiin ehkä käyttää muihin tutkimuksiin tulevaisuudessa.

Opinnäytetyötäni aloittaessani oli vaikeaa hahmottaa, minkä tyyppinen tutkimus tämä oikein on. Työ ei ollut kvalitatiivinen, ei kvantitatiivinen, eikä perinteinen toiminnallinen tutkimuskaan. Tutkimuksellinen kehittämistyö on toiminnallisen opinnäytetyön yksi muoto. Se on haastava, eikä siitä ole niin paljon metodikirjallisuutta saatavana, kuin muun tyyppisistä opinnäytetöistä. Mielestäni tämän tyyppisiä opinnäytetöitä kuitenkin tarvitaan. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden tarkoitus on olla lähempänä käytännön työtä, kuin esimerkiksi yliopistojen tutkimustöiden. Niissä täytyy kuitenkin olla selkeästi tutkimuksellisuutta.

Käytin palavereissa muistiinpanovälineenä kynää ja paperia. Myöhemmin ajatellen olisi ollut parempi käyttää nauhuria. Pitemmän ajan kuluessa osa muistiinpanoistani tuntui hieman epäselviltä. Nauhoitetusta keskusteleusta olisi luultavasti saanut paremmin selvää. Päiväkirjaa työstäni pidin jonkin verran, mutta näin jälkikäteen ajatellen olisi ollut parempi, jos olisin tehnyt merkintöjä päiväkirjaan useammin.

Olen työskennellyt vanhustenhoidossa ja ikäihmisten parissa yli 10 vuotta, joten minulla on tietynlainen yleiskäsitys vanhuspalveluista. Se on toisaalta helpottanut työtäni. Toisaalta on ollut vaikea arvioida, mistä tietoni tulee. Olisi ollut ehkä helpompi tehdä opinnäytetyö aiheesta, josta ei tiedä paljon. Silloin

lähestymistapa olisi ollut toisenlainen. Olisin ensin opiskellut asiaa teoriassa ja edennyt siitä käytäntöön. Nyt minulla oli paljon käytännön kokemusta, mutta piti miettiä, mistä lähteistä tieto koostuu.

SPSS-ohjelma oli minulle melko vieras. Aluksi meni aikaa, kun tutkin kvantitatiivisen tutkimuksen metodikirjoja. Kvantitatiiviset metodikirjat tuntuivat aluksi haastavilta. Halusin kuitenkin oppia käyttämään SPSS-ohjelmaa. Lopulta huomasin, ettei ohjelma olekaan niin vaikea, kuin miltä se aluksi tuntui. Luulen, että ohjelman opettelusta voi olla minulle hyötyä myöhemminkin.

Aikataulutus muodostui ongelmalliseksi. Ensin ajattelin, että aihe olisi sopivasti mitoitettu opinnäytetyön raameihin. Käytäntö kuitenkin osoitti, että työn tekemiseen meni paljon enemmän aikaa, kuin mitä olin kuvitellut. Henkilökohtaisista syistä johtuen opinnäytetyöni aikataulu venyi. Keskenäisyyden sietäminen oli välillä haastavaa. Metodikirjallisuutta sai jonottaa kirjastoista. Vaikka lomake itsessään oli valmis melko pian, kirjallisen tuotoksen aikaan saamiseen meni yllättävän paljon aikaa. Eri lomakeversioiden myötä materiaalia kertyi.

LÄHTEET

- Anttila, P. Kehittämishankkeen Tutkimuksellinen ote. Turun ammattikorkeakoulu. Opintomateriaalia. Optima. Viitattu 24.4.2012.
- Coebeler, S. 2009. Health and Illness at the Age of 90. University of Tampere. Academic Dissertation.
- Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes. Helsinki.
- Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Vaajakoski.
- Holopainen, M.; Tenhunen, L. & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Tradenomia. Yrityssanoma Oy.
- IADL. Instrumental Activities of daily Living Scale. Saatavissa: www.thl.fi
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Jauhiainen, T. 2007. Huonokuuloisuus. WSOY. Vantaa.
- Kauppinen, S.; Niskanen, T. & Virtanen, S. (toim.) 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006. Stakes. Helsinki.
- Kunz, J. 2005. Population ageing -problem or chance? Lessons from the case of Finland. University of Tampere. Department of Social Policy and social work.
- Launonen, K. & Korpijaako-Huuhka, A-M. (toim.) 2006. Kommunikoinnin häiriöt. Syitä, ilmenemismuotoja ja kuntoutuksen perusteita. Yliopistopaino Kustannus. Helsinki.
- Lawton, M. & Brody, E. IADL. Kysely päivittäisistä toiminnoista. Instrumental Activities of Daily living Scale. Viitattu 17.4.2012. Saatavissa: www.healthcare.uiowa.edu
- Matikainen, E.; Aro, T.; Huunan-Seppälä, A.; Kivekäs, J.; Kujala, S. & Tola, S. (Toim.) 2004. Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Duodecim. Jyväskylä.
- MMSE. Mini Mental State Examination. Viitattu 3.11.2011. Saatavissa: www.gernet.fi
- Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994-2006. 2007. Yliopistopaino. Helsinki.
- Perälähti, A.; Londén, P.; Siltaniemi, A.; Särkelä, R.; Peltosalmi, J. & Eronen, A. (toim.) 2011. Sosiaalibarometri 2011. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.
- Poussu-Olli, H-S. 2003. Kuulovammaisuus. Arviointi ja interventio. Painosalama Oy. Turku.
- Poussu-Olli, H-S. & Keto, L. 1999. Näkövammaisuus. Perustietoa näkövammaisuudesta, näkövammaisten opetuksesta ja koulutuksesta. Turun yliopiston Kasvatustieteen laitos. Painosalama Oy. Turku.
- RAVA-toimintakykymittari. Opas sisältöön ja käyttöön. 2002. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) 2000. Kivunhoito. Kirjoittajat ja Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere.
- Salon kaupungin verkkosivut. Saatavissa: www.salo.fi

Schenkmanis, U. & Ulmsten, U. 2007. Inkontinenssi. WSOY. Vantaa.

Siafakas, N.M.; Vermeire, P.; Pride, N.B.; Paoletti, P.; Gibson, J.; Howard, P.; Yernault, J.C.; Decramer, M.; Higembottam, T.; Postma, D.S. & Rees, J. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *European Respiratory Journal*. 8;1398-1420.

Sosiaalihuoltolaki

Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja §207/21.12.2010. Salon kaupunki.

Sosiaaliturvan suunta 2002. 2002. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2.

Tideksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset. Opas hoidosta vastaaville. Edita. Helsinki.

Tinetti, M.; Baker, D.; McAvay, G. & Glaus, E. ym. 1994. A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People Living in the Community. *The New England Journal of medicine*. 331; 821-827.

Tinetti, M.; Williams, C. & Gill, T. 2000. Dizziness among Older Adults: A Possible Geriatric Syndrome. *Annals of internal Medicine*, Volume 132, Number 5.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere University Press. Tampere.

Vainio Anne. Henkilökohtaiset tiedonannot. Salon kaupungin keskitetyt vanhuspalvelut. Palveuhjaus.

Valtuuston tuloskortti. 2012. Saatavissa: www.salo.fi

Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65- vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulun yliopisto. Saatavissa: Herkules.oulu.fi. Viitattu 3.4.2012

Vammaispalvelulaki

Vellas, B.; Wayne, S.; Romero, L.; Baungarther, R. & Garry, P. 1997. Fear of Falling and Restriction of Mobility in Elderly Fallers. *Oxford Journals. Age and Ageing*. 26;189-193.

Voutilainen P. & Kaskiharju E. 2007. Vanhuspoliittiset strategiat kunnissa. Teoksessa: Voutilainen P (toim.) Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Raportti 2/2007. Stakes, Helsinki.

Viramo, P & Sulkava, R. 2006. Epidemiology of the memory disorders and dementia. In: *Memory Disorders and Dementia* (eds.) Erkinjuntti T, Alhainen K, Rinne J, Soininen, H. Duodecim, Helsinki.

Terveyskirjasto. Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi. Viitattu 26.9.2011.

Liite 1 Lomake kuljetuspalveluhakemusten kotikäynnille

YLEISET	0	2	4	8	Tulos
Sosiaalisuus/ Psykye	Normaalia Kanssakäymistä muiden kanssa	Hieman eristyneisyyttä, tulee toimeen toisten kanssa	Sosiaalisten tilanteiden pelkoa, rajoittaa sosiaalista kanssakäymistä	Erittäin paha sosiaalisten tilanteiden pelko/ paniikkhäiriö	
Kommunikointi	Normaali	Puhevaikeuksia, mutta ymmärrettävä	Dysfasia tai kieli/ kommunikaatioeste	Vakava puheongelma	
Näkö	Normaali/ näkee normaalisti silmälasilla	Heikentynyt, näkee kohtalaisesti silmälasilla	Sumentunut näkö, kaihi, makulopatia tai silmänpainetauti	Vaikea näköhäiriö tai sokeus	
Kuulo	Normaali	Alentunut, apuväline/ korotettu ääni	Heikko/ ei osaa käyttää apuvälinettä	Kuuro	
Inkontinenssi/ ulosteenpidätyskyky	Ei ongelmia	Lisääntynyt WC:ssä käynti	Ponnistusinkontinenssi/ ongelmia ulosteenpidätyskyvyssä	Pakkoinkontinenssi/ Ei ulosteenpidätyskykyä	

FYYSINEN TOIMINTAKYKY	0	2	4	8	Tulos
Kipu/särky	Ei kipuja	Jonkin verran kipuja, eivät häiritse liikumista	Jonkin verran kipuja, häiritsevät liikumista	Paljon kipuja, häiritsevät liikumista selvästi	
Huimaus	Ei huimausta yleensä	Hieman huimausta, menee pian ohi	Huimausta ajoittain, vaikeuttaa liikumista	Huimaus vaikeuttaa selvästi liikumista	
Hengitys	Ei hengenahdistusta	Astma tai muu hengityselinten sairaus, ei vaivaa arkielämässä normaalisti	Hengityselinsairaus vaikeuttaa liikumista jonkin verran	Hengityselinsairaus tms. vaikeuttaa liikumista paljon/ etenevä sairaus	
Jalkineiden käyttö	Tukevat, asialliset jalkineet säännöllisesti käytössä	Pystyy käyttämään asiallisia ja tukevia kenkiä jonkin aikaa	Käyttää sandaaleita tms. myös talvella (samat kengät ympäri vuoden)	Käyttää aamutossuja/ ei voi pitää kenkiä	
Kaatuminen	Ei kaatumisia edell. vuoden aikana	Yksi kaatuminen puolen vuoden sisällä	Yksi kaatuminen 3kk:n sisällä	Yksi kaatuminen kk:n sisällä/ useita vuoden sisällä	
Liikkuminen sisällä	Ei apuvälineitä	Kävelykeppi tms.	Rollaattori	Pyörätuoli tai vahva tukeutuminen rollaattoriin	
Liikkuminen ulkona	Ei apuvälineitä	Kävelykeppi tms.	Rollaattori	P-tuoli tai vahva tukeutuminen rollaattoriin	

TOIMINTA-KYKY ARJESSA	0	2	4	8	Tulos
Kognitiivinen toimintakyky	Ei tiedosta paikkaa/aikaa muistamaton	Tiedostaa aja/paikan, paljon ongelmia muistissa	Muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset	Aikaan ja paikkaan orientoitunut, muisti normaali	
Ostosten teko	Täysin kykenemätön suorittamaan ostoksia	Tarvitsee aina jonkun mukaan ostoksille	Tekee kaikki pienimmät ostokset itse	Tekee kaikki ostokset itse	
Ruuanlaitto	Ei tee ruokia/ kunnan ateriapalvelu	Ruokatilaus yksityiseltä yritykseltä	Lämmittää valmisruokaa	Suunnittelee, valmistaa ja laittaa aterioita	
Perheeltä saadun avun määrä	Asuu yhdessä jonkun kanssa	Asuu yksin, omaiset/muu läheinen käy päivittäin tai lähes päivittäin	Asuu yksin, omaiset käyvät viikoittain	Asuu yksin, ei yhteyttä omaisiin tai omaiset käyvät harvoin	
Perheeltä saadun avun muoto	Omaiset hoitavat asioinnit ja kaupassa käynnit	Omaiset kuljettavat asioimaan viikoittain	Omaiset auttavat harvoin asioinnissa	Omaiset eivät ole apuna asioinneissa/ kaupassa käynnissä	
Kotihoidon käynnit	Kotihoito käy 2-4 kertaa päivässä	Kotihoito käy kerran päivässä	Kotihoito käy kerran tai pari viikossa	Ei kotihoidon säännöllisiä käyntejä	
Raha-asioiden hoitaminen	Kykenemätön käsittelemään rahaa ja hoitamaan raha-asioitaan	Selviytyy vain yksinkertaisimmista ostoksista ja laskuista ja arvioi helposti väärin	Selviytyy päivittäisistä asioista, mutta tarvitsee apua suuremmissa pankki- ja ostosasioissa	Huolehtii itse talous-asioistaan	

Pisteet yhteensä:

YLEISET TOIMINTAKYKYYN VAIKUTTAVAT SEIKAT: /40

FYYSINEN TOIMINTAKYKY/VAIKUDET LIIKKUMISESSA: /56

TOIMINTAKYKY ARJESSA: /56

Hakija on: a) omaishoidettava b) omaishoitaja

Hakija on: a) sotaveteraani b) sotainvalidi

Huomioitavaa:

Ulkoiletteko?

- 1) Kyllä, säännöllisesti
- 2) kyllä, mutta vain harvoin
- 3) en lainkaan

Jos ette ulkoile lainkaan, miksi?

Millainen on mielestänne terveydentilanne?

- 1) Erittäin hyvä
- 2) Melko hyvä
- 3) Tyydyttävä
- 4) Melko huono
- 5) Huono

Millainen terveydentilanne on nyt edellisvuoteen verrattuna?

- 1) Paljon parempi kuin nyt kuin vuosi sitten
- 2) Vähän parempi nyt kuin viime vuonna
- 3) Jokseenkin samanlainen
- 4) Vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten
- 5) Paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten

Huolestuttaako teitä jokin terveydentilassanne?

- 1) Ei
 - 2) Kyllä, mikä?
-
-

Tunnetteko itsenne Yksinäiseksi tai murheelliseksi?

- 1) Usein
- 2) Harvoin
- 3) En koskaan

Tunnetteko itsenne turvattomaksi tai pelokkaaksi?

- 1) Usein
- 2) Harvoin
- 3) En koskaan

Tunnetteko itsenne väsyneeksi?

- 1) Usein
- 2) Harvoin
- 3) En koskaan

Oletteko tyytyväinen elämäännne?

- 1) Usein/yleensä
- 2) Harvoin
- 3) En koskaan

Oletteko sotainvalidi tai sotaveteraani?

- 1) Kyllä
- 2) En

Lomakkeen täytti:

Päivämäärä:

Hakija on: **a) Mies** **b) Nainen**

Lupa lomaketietojen käyttöön sosionomi-opiskelija Riikka Mustosen opinnäytetyötä varten (identiteetti pysyy salassa, tulokset käsitellään ilman henkilötietoja)

a) Kyllä b) Ei

Lähteet: Soveltaen RAVA-toimintakykymittari, IADL-kysely, MMSE-testi

Liite 2 Myönnetyt matkat Crosstabulaiton

myönnetyt matkat * kolmas osio Crosstabulation

Myönnetyt matkat		Toimintakyky arjessa						Total
		pisteet 0-10	pisteet 11-20	pisteet 21-30	pisteet 31-40	pisteet 41-50	pisteet 51-56	
0-2 matkaa	Count	0	1	0	0	3	1	5
	% within kolmas osio	.0%	20.0%	.0%	.0%	27.3%	20.0%	16.7%
3-4 matkaa	Count	1	2	0	2	3	3	11
	% within kolmas osio	33.3%	40.0%	.0%	66.7%	27.3%	60.0%	36.7%
5-6 matkaa	Count	1	0	2	0	0	0	3
	% within kolmas osio	33.3%	.0%	66.7%	.0%	.0%	.0%	10.0%
7-8 matkaa	Count	1	1	0	0	0	0	2
	% within kolmas osio	33.3%	20.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.7%
9-10 matkaa	Count	0	0	0	0	2	0	2
	% within kolmas osio	.0%	.0%	.0%	.0%	18.2%	.0%	6.7%
11-12 matkaa	Count	0	1	1	1	3	1	7
	% within kolmas osio	.0%	20.0%	33.3%	33.3%	27.3%	20.0%	23.3%
Total	Count	3	5	3	3	11	5	30
	% within kolmas osio	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

