

---

**SAS-RYHMÄN  
TOIMINNAN VAIKUTTAUVUUS**




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyö

Forssa, syksy 2013

Kati Romppainen ja Eveliina Ylitalo



FORSSA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Romppainen Kati Ylitalo Eveliina	<b>Vuosi</b> 2013
<b>Työn nimi</b>	SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuus	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten SAS-ryhmän asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen tapahtuu SAS-ryhmässä ja minkälaisiksi SAS-ryhmän jäsenet kokevat ryhmän toiminnan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuudesta. Tutkimus suoritettiin eräässä Etelä-Suomen terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalassa.

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyö toteutettiin teemahaastattelun ja havainnoinnin avulla. Haastatteluun valikoitiin SAS-ryhmästä kuusi jäsentä eri ammattiryhmistä. Haastatteluiden lisäksi tietoa SAS-ryhmän toiminnasta saatiin havainnoimalla SAS-ryhmän kolmea kokousta valmiin havainnointirungon avulla. Haastatteluiden aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Havainnointiaineisto analysoitiin sisällön erittelyllä.

Haastatteluiden tuloksista ilmeni, että SAS-ryhmän toiminta koettiin moniammatilliseksi, mutta toiminnan tehostamiseksi löytyi joitakin kehittämissuhteita. Haastatteluista kävi ilmi, että SAS-ryhmän toiminnan tuloksellisuutta ei koettu tällä hetkellä kovin hyväksi, sillä ei tiedetty tuleeko ryhmän suosituksista palautetta. Tuloksellisuutta voisi selvittää esimerkiksi haastattamalla potilaita tai mahdollisesti heidän omaisiaan ja selvittää millaiseksi he kokevat SAS-ryhmän toiminnan ja ryhmän tekemät päätökset. Jatkotutkimusehdotuksena ovat SAS-ryhmän toiminnan tuloksellisuuden selvittäminen ja millä keinoilla asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointia saisi entistä monipuolisemmaksi.

**Avainsanat** SAS-ryhmä, toimintakyvyn arviointi, palveluntarpeen arviointi

**Sivut** 24 s. + liitteet 3s.

FORSSA  
Degree Programme in Nursing

---

<b>Author</b>	Romppainen Kati Ylitalo Eveliina	<b>Year</b> 2013
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	SAS-group's effectiveness	

---

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to examine how the patient's care and service plan is made in the SAS-group and how the group members experience SAS-group's functions. The word SAS comes from the Finnish words plan, assess and place. The aim of the thesis was to produce information about SAS-group's effectiveness.

This thesis was carried out by observing the SAS-group's three meetings and by interviewing six members of the SAS-group. Qualitative research method was used in the study and the work was executed by observation and group members were interviewed by theme survey. Theme surveys were analyzed by inductive content analysis.

The results showed that SAS-group is seen as multi-professional and necessary group, but there were a few development proposals to improve the group's functioning. The results showed that there is no information about SAS-group's effectiveness. Effectiveness could be examined for example by interviewing patients or their relatives to solve how they experience the SAS-group's actions and the decisions made in the group. Another proposal for further research is to solve how the evaluation of patients' functional ability and their need of service could be done in a more diverse way.

**Keywords** SAS-group, Evaluating Functional Ability, Assessing the need for service

**Pages** 24 p. + appendices 3 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	IKÄÄNTYNEEN ASUMISEN JA PALVELUJEN SUUNNITTELU .....	2
2.1	Toimintakyvyn arviointi palveluntarpeen selvittämisessä .....	3
2.2	Toimintakyvyn mittarit .....	3
2.3	Palvelujen suunnittelu ja asiakkaan itsemääräämisoikeus .....	4
2.4	SAS-työryhmä .....	5
2.5	Ikääntyneen palvelujen suunnitteluprosessin eteneminen SAS-ryhmässä .....	6
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	7
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	7
4.1	Aineistonkerääminen .....	8
4.2	Aineiston analysointi .....	9
4.3	Tutkimuksen eettisyys .....	10
4.4	Tutkimuksen luotettavuus .....	11
5	TULOKSET .....	12
5.1	Havainnoinnin tulokset .....	12
5.1.1	Ryhmän kokoonpano ja moniammatillisuuden toteutuminen .....	12
5.1.2	Asiakkaan tilanteen kartoittaminen SAS-ryhmässä .....	12
5.1.3	Asiakkaan palvelun- ja avuntarpeen arviointi SAS-ryhmässä .....	13
5.1.4	Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman sekä tavoitteiden tekeminen .....	13
5.2	Haastatteluiden tulokset .....	14
5.2.1	SAS-ryhmän tarkoitus, tavoite ja tehtävä .....	14
5.2.2	Roolit ja tehtävät SAS-ryhmässä .....	15
5.2.3	Moniammatillisuus SAS-ryhmässä .....	16
5.2.4	Asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi .....	17
5.2.5	Toiminnan vaikuttavuus, tuloksellisuus ja hyödyt .....	17
5.2.6	Kehittämissuhteet .....	19
6	POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELUA .....	21
	LÄHTEET .....	24
Liite 1	Lomake seurantaan ja havainnointiin SAS-ryhmässä	
Liite 2	Haastattelun teema-alueet	
Liite 3	Saatekirje	

## 1 JOHDANTO

Väestön ikärakenne on muuttumassa Suomessa. Ikääntyminen on voimakkaimmillaan vuoteen 2020 asti ja yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa yli 50 prosenttia. Väestön ikääntyminen kuormittaa palvelujentarjoajia suurella palveluntarvitsijoiden määrällä. Lisäksi työikäisten määrä vähenee, mikä aiheuttaa pulaa työntekijöistä. (Tilastokeskus 2003.) Ikääntyneen väestön määrän kasvaessa kasvavat myös sen erityisryhmät, kuten iäkkäät näkövammaiset, iäkkäät kehitysvammaiset ja iäkkäät diabeetikot. Väestön ikääntyminen on sekä taloudellinen että poliittinen kysymys, joka tuo esiin moraaliset ja eettiset kysymykset oikeuden ja kohtuuden sekä hyvän elämän käsitteiden määrittelystä. (Jyrkämä, Puustelli & Ylilahti 2009, 153–159.)

Väestön ikärakenteen muutoksen vuoksi yhteiskunnan on mukauduttava laajasti entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Tarvitaan monialaiseen tuen ja palvelujen tarpeen arviointiin perustuvia, yksilöllisesti määriteltyjä palveluita, jotka mahdollistavat ja tukevat iäkkään henkilön omaa toimijuutta. Palvelujen tulee olla oikea-aikaisia sekä lähellä asiakkaita, ellei keskittäminen ole perusteltua palvelujen laadun ja turvallisuuden vuoksi. Tarvitaan siis aitoa yhdessä tekemistä siten, että kaikessa kehittämisessä ja päätöksenteossa kuuluu iäkkäiden ääni. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013a.) Palveluntarpeen arviointia ja suunnittelua tarvitaan, jotta palveluita pystytään kehittämään ja tarjoamaan ikääntyvien kuntalaisten palvelutarpeita vastaavasti.

SAS-ryhmä on kaikissa kunnissa toimiva moniammatillinen ryhmä, jonka tehtävänä on koordinoita vanhuspalveluiden käyttöä sekä avo- että laitoshoidossa. Lyhenne SAS tulee sanoista selvittä, arvioi ja sijoita. Ryhmässä keskustellaan ja pohditaan tietyn väliajoin asiantuntijaryhmänä kunnan avo- ja laitoshoidon asiakkaiden hoitopaikka- ja asumisasioista sekä omaishoidon tukeen liittyvistä tekijöistä. SAS-ryhmän näkemys on suositus tai esitys viranhaltijalle varsinaista päätöksentekoa varten. Palveluntarpeen arvioinnin tukena voidaan käyttää erilaisia mittareita, kuten RAVA- ja Mini Mental State Examination (MMSE) -mittauksia sekä tietoja asiakkaan sosiaalisesta tilanteesta. SAS-ryhmän toiminnan työvälineenä toimivat myös perusturvalautakunnan määrittelemät kriteerit palveluiden myöntämisen perusteista. (Kuusi-vaara & Viippo 2006.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten SAS-ryhmän asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen tapahtuu SAS-ryhmässä ja minkälaiseksi SAS-ryhmän jäsenet kokevat ryhmän toiminnan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuudesta sekä tuoda ilmi mahdollisia kehittämissuhteita ryhmän toiminnan tehostamiseksi.

## 2 IKÄÄNTYNEEN ASUMISEN JA PALVELUJEN SUUNNITTELU

Kunta myöntää sosiaalipalveluja yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Arvioinnissa otetaan huomioon asiakkaan oma tai tarvittaessa omaisten näkemys sekä yhden tai useamman asiantuntijan arvio. Kiireellisissä tapauksissa palveluiden tarpeen arviointi on tehtävä välittömästi. 75 vuotta täyttäneillä on oikeus sosiaalipalvelujen tarpeiden arviointiin määräajassa, jos ei ole kiire. Kiireettömissä tapauksissa palvelujen tarve on arvioitava seitsemän vuorokauden kuluessa yhteydenotosta kuntaan. Palveluntarpeen arviointi koskee sosiaalihuoltolain alaisia palveluja, kuten koti- ja asumispalveluja, laitoshoidtoa, omaishoidontukea sekä erityislakien mukaisia palveluja, kuten toimeentulotukea ja päihdehuollon palveluja. Asiakkaalle järjestettäessä hänen tarvitsemiaan palveluja, on laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma tarvittavista palveluista ja tukitoimista. Suunnitelma laaditaan yhdessä kunnan viranomaisen, asiakkaan ja tarvittaessa asiakkaan omaisen tai edunvalvojan kanssa. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2011.)

Ylinen selvitti tutkimuksessaan Eettiset ongelmat gerontologisen sosiaalityön ”välitiloissa”, millaisia eettisiä ongelmia sosiaalityöntekijä työssään kohtaa ja miten ne vaikuttavat sosiaalityöhön vanhustyössä. Tutkimuksessa selvisi, että sosiaalityöntekijöiden pohtimat eettiset ongelmat tiivistyivät kolmeen osa-alueeseen: palvelujen saatavuuteen, asiakkaan osallisuuteen ja sosiaalityön ammatilliseen toimintaan. Tulosten perusteella sosiaalityöntekijät kokevat, että vanhusasiakkaalla on todella rajalliset mahdollisuudet olla mukana päättämässä omaa elämäänsä ja tulevaisuutta koskevien päätösten pohdinnassa ja tekemisessä. Osallisuutta kerrottiin rajoitettavan osaksi siksi, että vanhusasiakkaiden katsotaan kuluttavan liikaa tarjolla olevia niukkoja taloudellisia resursseja. Vanhustenhuollon järjestelmän kautta tapahtuvan osallisuuden rajoittamisen lisäksi kerrottiin myös omaisten rajoittavan vanhusasiakkaan osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Eettisenä ongelmana nähtiin myös yhä useammin tapahtuvat vanhuksen tahdon vastaisesti tehtävät kotiutukset. Tutkimuksessa tuodaan esille, että sosiaalityöntekijät ajautuvat usein toimimaan asiakkaan ja moniammatillisen tiimin muiden jäsenten välille ja näin he toimivat ikään kuin viestinviejinä osapuolilta toisille. (Ylinen 2008.)

Asiakaslähtöisissä palveluissa huomioidaan vanhusten omat voimavarat ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuden. Palvelujärjestelmä, joka kuulee vanhuk- sia, kohtaa heidän tarpeensa sekä kunnioittaa heidän yksilöllisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan. Asiakaslähtöiset palvelut myös kannustavat toimintaan, tukevat ihmisen omatoimisuutta ja omanarvontuntoa sekä rohkaisevat käyttämään omia vahvoja puoliaan. Asiakaslähtöinen palvelujärjestelmä edellyttää käytännönläheistä ja moniammatillista yhteistyötä, organisaatioiden läpinäkyvyyttä sekä toimivaa palvelukokonaisuutta. (Paasivaara 2002, 19–33.)

## 2.1 Toimintakyvyn arviointi palveluntarpeen selvittämisessä

Toimintakyky on yksilöllistä ja se on sidoksissa tilanteisiin ja asiayhteyksiin. Toimintakykyä voidaan tarkastella neljänä eri osa-alueena, fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, mutta ne kaikki ovat sidoksissa ja vaikuttavat toisiinsa, luoden kokonaisuuden yksilön hyvinvointiin liittyen. Toimintakyvyn voi määritellä joko voimavaralähtöisesti tai todettuina vajaina toiminnassa. Jokaisella on oma arvio omasta toimintakyvystään ja se on sidoksissa koettuun terveydentilaan, toiveisiin, arvoihin ja odotuksiin. Hyvä toimintakyky voi tarkoittaa sitä, että yksilö selviytyy arjen askareista ja jokapäiväisistä elämän toiminnoista itseään tyydyttävällä tavalla ympäristössä jossa hän elää. (Voutilainen 2009, 124–125.)

Palveluntarpeen arvioinnissa käsiteltävät toimintakyvyn eri osa-alueet ovat fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen. Lisäksi arvioidaan toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia tekijöitä, kuten terveyden tilan epävakautta, turvattomuutta, heikkoa ravitsemustilaa, sosiaalisen verkoston niukkuutta ja kipua. Vastaavasti tulee arvioida myös asiakkaan voimavaroja. Arvioinnissa on otettava huomioon asumisympäristöön liittyvät puutteet, taloudellisen tilanteen vakaus sekä mahdollisuudet ja vaaratekijät. Arviointi suoritetaan vuorovaikutuksellisessa tilanteessa havainnoiden ja eri mittareita käyttäen. (Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011.)

Oikeudenmukaisuus liittyy inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen ja kaikkien palveluiden oikeudenmukaiseen kohdentamiseen. Toteutuakseen tämä vaatii palveluntarpeiden arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita. Oikeudenmukaisuus edellyttää kaikkien ihmisten hoitamisen samalla tavalla ajanmukaisten hoitosuosittelujen mukaisesti. Jokaisen hoitoa tarvitsevan iäkkään sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve on arvioitava. Palveluiden myöntämisperusteet on oltava kaikille samanlaiset. Yksilöllisesti on kuitenkin arvioitava hoitojen vaikutukset sekä kustannus-vaikuttavuussuhde. Suuret toimenpiteet, kalliit apuvälineet ja pitkä kuntoutus ovat perusteltuja, jos niiden avulla pystytään ylläpitämään tai parantamaan iäkkään toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä. Iäkkään kanssa on keskusteltava hoidon merkityksestä toimintakyvylle ja elämänlaadulle. Tutkimus- ja hoitovalintojen eettisenä perustana terveydenhuollolla ja sosiaalitoimella on ihmisen yhtäläinen arvokkuus, hoidon tarpeen toteaminen ja hoidon antaminen yhtäläisin perustein sekä näyttöön perustuvan tiedon käyttäminen. (Kivelä & Vaapio 2011, 19.)

## 2.2 Toimintakyvyn mittarit

Arjessa suoriutumisen perusarviointiin kuuluu sekä välinetoiminnoista että perustoiminnoista suoriutumisen arviointia, jotta palveluntarpeen luonne ja määrä hahmotetaan myös hyvin vähäisen tai hyvin runsaan tarpeen osalta. Väli- ja perustoimintojen arvioinnissa käytetään esimerkiksi IADL- ja RAVA-mittareita. (Finne-Soveri ym. 2011.)

RAVA-mittari soveltuu huonokuntoisten ikääntyvien päivittäisten perustointojen arviointiin mutta ei muiden toimintakyvyn ulottuvuuksien arviointiin. RAVA-mittari on Suomen Kuntaliiton omistama ja FCG Finnish Consulting Group Oy:n lisensoima mittari yli 65-vuotiaiden toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin. Toimintakykyä arvioidaan näkökyvyn, kuulon, puheen, liikkumisen, rakon ja suolen toiminnan, syömisen, lääkityksen, pukeutumisen, peseytymisen, muistin ja psyyken mukaan. MMSE-testiä käytetään arvioinnin tukena. Mittarin avulla lasketaan RAVA-indeksi ja -luokka, joita voi käyttää viitteellisinä arvoina ikääntyneen toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnissa. (Finnish Consulting Group Oy 2013.)

IADL-asteikko (Lawton IADL Scale) soveltuu päivittäisten välineellisten toimintojen arviointi menetelmäksi. Asteikko ohjaa esimerkiksi löytämään sopivan asuinympäristön ja apuvälineet ikääntyneelle henkilölle kotiutumisen yhteydessä. IADL-asteikko on kuitenkin sukupuolisdonnainen ja tuloksiin vaikuttavat kulttuuriset ja ympäristötekijät, jotka on huomioitava tulosten tulkinnassa. (Autio 2011a.)

MMSE (Mini Mental State Examination) soveltuu iäkkään henkilön kognitiivisen toimintakyvyn mittaukseen. Asteikon avulla saadaan tietoa etenevissä muistisairauksissa tapahtuvasta kognitiivisen tason laskusta. Tulokset toimivat kuitenkin vain palveluntarpeen arvioinnin tukena, ei yksinomaisena kriteerinä palveluntarpeelle. Asteikon vastauksia tulkittaessa on huomioitava testin aikaisemmat tulokset, ikä, sukupuoli ja koulutus, psyykinen oireilu sekä diagnosoidut muistisairaudet ja kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. (Mäkelä 2012.)

Toimintakyvyn mittarit eivät yksin riitä toimintakyvyn arviointiin, vaan niiden lisäksi tarvitsee selvittää päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, ympäristötekijät ja on keskusteltava asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Toimintakyky on aina sidoksissa aikaan ja paikkaan. Esimerkiksi sairaala vaikeuttaa toimintakyvyn arviointia, sillä se on ympäristönä vieras ja voi näin ollen vääristää mittareiden tuloksia. (Voutilainen 2009, 130–133.)

### 2.3 Palvelujen suunnittelu ja asiakkaan itsemääräämisoikeus

Lain mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, ellei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jos suunnitelman laatiminen ei muuten ole ilmeisen tarpeetonta. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan mielipiteet ja toiveet on otettava huomioon ja asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (L22.9.2000/812.) Sosiaali- ja terveys ministeriön Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi -laatusuosituksen 2013 mukaan iäkkään henkilön mielipide on kuultava ja mielipide on kirjattava iäkkään palvelusuunnitelmaan.



Itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että iäkkäillä on oikeus tehdä tietoisia valintoja ja päätöksiä hoidostaan ja palveluistaan. Potilaslain mukaan hoidon on toteuduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Iäkkäille on annettava riittävästi selkeitä, totuudellisia ja ymmärrettäviä tietoja heidän sairauksistaan sekä niiden hoitomahdollisuuksista, kulusta ja ennusteesta ja mahdollisista hoitopaikoista, jotta he voivat osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Henkilöllä, joka ymmärtää riittävän hyvin päätöksensä merkityksen, on oikeus kieltäytyä suositellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Tässä tilanteessa lääkäriellä on velvollisuus kertoa eri hoitovaihtoehdoista ja neuvotella hoidon sekä hoidosta kieltäytymisen seurauksista. Iäkkäillä on oikeus saada tukea päätöksilleen ja tarvittaessa saada apua niiden tekemiseen. (Kivelä & Vaapio 2011, 18.) Iäkkään näkökulmasta osallisuus tarkoittaa mahdollisuutta osallistua omien palvelujensa suunnitteluun, oman asiansa käsittelyyn asiakkaana sekä palvelujen laadun arviointiin myös silloin, kun toimintakyky on heikentynyt. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013a.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus-työryhmän tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisen ja rajoittamisen säännösten valmistelu. Työryhmän tarkoituksena on muun muassa potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta rajoittavien säännösten kokoaminen samaan säädökseen. Yksi tavoitteista on moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen ja palveluiden kehittäminen ja saatavuuden lisääminen, jotta tarve itsemääräämisoikeiden rajoittamiseen vähenisi. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013b.)

### 2.4 SAS-työryhmä

Iäkkäillä ihmisillä voi olla yhtä aikaa monia erilaisia elämänlaatuun liittyviä ongelmia, kuten sairauksia, varattomuutta ja yksinäisyyttä. Moniammatillinen yhteistyö takaa ikääntyneelle asiakkaalle parhaan mahdollisen palveluntarpeen arvioinnin. Hyvä ammatillinen yhteistyö pohjautuu hyvään vuorovaikutukseen. Yhteistyölle tulee määritellä yhteinen tavoite, jonka toteuttamiseen hyödynnetään eri ammattiryhmien ammattitaitoa. (Koskinen 2008, 453.)

SAS-ryhmä toimii Forssan jokaisessa seutukunnassa. SAS-ryhmässä keskustellaan ja pohditaan tietyin väliajoin asiantuntijaryhmänä kunnan avo- ja laitoshoidon asiakkaiden hoitopaikka- ja asumisasioista sekä omaishoidon tukeen liittyvistä tekijöistä. SAS-ryhmän näkemys on suositus tai esitys viranhaltijalle varsinaista päätöksentekoa varten. (Kuusivaara & Viippo 2006, 36–37.)

SAS-ryhmään kuuluu tavallisimmin vanhustyönjohtajia, lääkäreitä, kotihoiton edustajia, palveluasumisen ja laitoshoidon työntekijöitä sekä sosiaalipuolen edustajia. Kunnasta riippuen ryhmään voi kuulua myös esimerkiksi kuntohoitaja ja fysioterapeutti, palveluohjaaja ja seurakunnan edustaja. Ryhmän jäsenet tekevät SAS-työtä osana jokapäiväistä työtään. SAS-ryhmän yhteis-

työtahoiksi yleisellä tasolla voidaan nimetä omaiset, FSTKY, kuntien sosiaali-toimet, seurakunta, yksityiset palveluyrittäjät ja järjestöt. (Kuusivaara & Viippo 2006, 36–37.)

SAS-ryhmän asiakaskunta koostuu oman kunnan avo- ja laitoshuollon asiakkaista, joista suurin osa on vanhuksia. Asiakkaat voivat olla jo palvelujen piirissä olevia, jonossa olevia, kotiutuvia sekä laitoksesta toiseen siirtyviä asiakkaita. Asiakkaita voi olla vanhusten lisäksi myös kaikenikäiset sairaat, kuntoutujat ja vammaiset. (Kuusivaara & Viippo 2006, 36–37.)

## 2.5 Ikääntyneen palvelujen suunnitteluprosessin eteneminen SAS-ryhmässä

Ikääntyneen palvelujen suunnitteluprosessin voidaan ajatella etenevän seuraavien viiden eri vaiheen kautta. Ensimmäisessä vaiheessa ikääntynyt tulee SAS-ryhmän asiakkaaksi. Asiakas, omainen tai joku hoitohenkilökunnasta ottaa yhteyttä SAS-ryhmän jäseniin. Yhteydenoton aikana tehdään alustava kartoitus muutostarpeesta. SAS-ryhmän jäsen, johon on yhteyttä otettu, tuo asian SAS-ryhmän kokoontumiseen suullisesti. SAS-ryhmät toimivat seutukunnittain eritavalla, joissain keskustelun pohjana voidaan käyttää asiakaslistaa, kun taas joissain ryhmissä asiat voidaan tuoda ilmi vain suusanallisesti. Asiakkaaksi tulovaihe kestää yhdestä päivästä kolmeen viikkoon, SAS-ryhmän kokoontumisesta riippuen. (Kuusivaara & Viippo 2006, 37–40.)

Toisessa vaiheessa tehdään moniammatillisena yhteistyönä asiakkaan palvelutarpeen arviointi. Jos yhteydenotto asiakkaasta tulee hoitohenkilökunnalta, tällöin alustava palvelutarpeen arviointi on jo yleensä tehty. Ennen SAS-ryhmän kokoontumista asiakkaan arviointia varten voidaan hankkia etukäteen esim. lääkärintodistuksia, läheteitä tai muita dokumentteja. Palvelutarpeiden arvioinnissa käytetään apuna erilaisia vanhushuollon ammattilaisia. Asiakkaan luokse voidaan esimerkiksi tehdä kotikäynti ja kartoittaa siten asiakkaan avuntarvetta mahdollisimman monipuolisesti. Kotikäynnin pohjalta SAS-ryhmässä pohditaan, mitä palveluita asiakas tarvitsee ja, mistä hän eniten hyötyy. Asiakkaalle kartoitetaan lisäksi myös mahdollisia ja sopivia hoitopaikkoja. Arvioinnissa otetaan huomioon sekä fyysiset, psyykkiset että sosiaaliset tekijät. Toisen vaiheen tuotoksena asiakkaan palvelutarve on arvioitu tarkoituksenmukaisen palvelun kartoittamista varten. (Kuusivaara & Viippo 2006, 37–40.)

Kolmannen vaiheen aikana asiakas on palvelujaksolla, tavallisemmin kotihoidossa, sairaalassa, palveluasunnossa tai palvelukeskuksessa. Palvelujaksolla tehdään tarkentavaa asiakkaan palvelutarpeen- ja toimintakyvyn arviointia. Tällöin laaditaan myös suunnitelmaa ja ehdotusta jatkoa ajatellen. Asiakkaasta riippuen voidaan esimerkiksi kokeilla kotiutusta tai lyhytaikaista laitoshoidtoa, tällöin seurataan tilannetta ennen lopullisen päätöksen tekemistä. Palvelujakson päättyessä tehdään alustava ehdotus tai suositus hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Palvelujakso saattaa kuitenkin kestää muutamista vuorokausista

useisiin kuukausiin. Käsittely aikaa pitkittää se, jos hoitopaikoissa ei ole tilaa tai sitä ei ole käytettävissä. (Kuusivaara & Viippo 2006, 37–40.)

Neljännessä vaiheessa palvelujakso päättyy, kun asiakkaalle löytyy sopiva ja tarkoituksenmukainen hoitopaikka, asiakkaan palvelutarve päättyy tai asiakas kuolee. On myös mahdollista, että asiakas jää jonottamaan, mikäli sopivaa ratkaisua ei sillä hetkellä löydy, eikä asialla ole kiire. (Kuusivaara & Viippo 2006, 37–40.)

Viidennessä eli viimeisessä vaiheessa SAS-palvelu loppuu, kun asiakas lähetetään jatkohoitoon, koska tällöin löydetään asiakkaalle tarkoituksenmukainen hoitopaikka. Tässä tilanteessa SAS-ryhmän jäsenten lisäksi toimii myös jatkopaikan henkilöstö, palvelutarpeen arvioinnissa mukana olleet ja edellisessä hoitopaikassa asiakasta hoitaneet henkilöt. Lopullinen päätös jatkohoitopaikkaan siirtymisestä on viranhaltijalla, jonka tehtäväalueeseen kyseinen päätöksentekoko kuuluu. SAS-ryhmä on siis päätöksenteossa suosittavana tai ehdottavana tahona ja osana varsinaisen päätöksenteon valmistelua. Asiakas voi tulla uudestaan SAS-ryhmän käsittelyyn voinnin tai muiden olosuhteiden muuttua. Siinä tapauksessa prosessi alkaa uudelleen alusta. (Kuusivaara & Viippo 2006, 37–40.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten SAS-ryhmän asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen tapahtuu SAS-ryhmässä ja minkälaiseksi SAS-ryhmän jäsenet kokevat ryhmän toiminnan. Tavoitteena on tuottaa tietoa SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuudesta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen tapahtuu SAS-ryhmässä?
2. Minkälaiseksi SAS-ryhmän jäsenet kokevat ryhmän toiminnan?

### 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruu tapahtui havainnoinnin ja haastattelun avulla. Ryhmän toimintaa havainnoiden saatiin tietoa siitä, miten asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen tapahtuu SAS-ryhmässä. Havainnointi aineisto koottiin yhteensä kolmesta SAS-ryhmän kokouksesta. Havainnointi aineisto analysoitiin aineiston erittelyllä. Haastatteluihin osallistui SAS-ryhmästä yhteensä kuusi henkilöä eri ammattiryhmistä. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus liittyy uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin ja se sopii tutkimusmenetelmäksi, kun tutkimus-

alueesta ei vielä tiedetä paljon mitään. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan luoda uusia näkökulmia tutkittavaan aiheeseen. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 49–50.)

Laadullisessa tutkimuksessa on olennaista todellisen elämän ja kohteen mahdollisimman kokonaisvaltainen kuvaaminen. Tutkijan omat käsitykset ja arvomaailma vaikuttavat tutkimuskohteen ymmärtämiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) SAS-ryhmän toiminnan kokonaisvaltaisen kuvaamisen varmistamiseksi päädyttiin kahteen erilaiseen aineiston keräämistapaan, jotka kuitenkin tukevat toisiaan. Seuraavassa on kuvattuna tutkimusaineiston kerääminen havainnoimalla ja sen jälkeen haastatteluiden avulla.

#### 4.1 Aineistonkerääminen

Havainnointi on tiedonkeruuta aistien avulla. Havainnointi menetelmää käytetään useimmiten täydentämään muita käytettyjä tiedonkeruumenetelmiä. Havainnointia voidaan käyttää muun muassa haastattelun tukena. Havainnoinnissa on tärkeää, että tutkija osaa pitää erillään havainnot ja omat tulkintansa näistä havainnoista. Havainnoinnin etuna on muun muassa se, että saadaan välitöntä tietoa ja suoraa tietoa ryhmän toiminnasta ja käyttäytymisestä. Haittana kuitenkin osallistuvassa havainnoinnissa on, että tutkija saattaa häiritä ryhmä tilannetta ja muuttaa sen kulkua. (Kajaanin ammattikorkeakoulu.)

Havainnointirunko (liite 1) laadittiin Määritte kotona -hankkeessa kuvattua ikääntyneen palvelujen suunnitteluprosessin vaiheiden mukaisesti. (Kuusivara & Viippo 2006, 37–40.) Rungon avulla oli tarkoitus saada tietoa siitä, toteutuuko moniammatillisuus kokouksissa, miten asiakkaan tilanne esitettiin ryhmässä, kuka oli ottanut yhteyttä SAS-ryhmään, miten asiakkaan alustava palveluntarpeen arviointi oli tehty, oliko tehty kotikäyntiä, miten ja kuinka monipuolisesti palveluntarvetta arvioitiin, miten asiakkaan palvelusuunnitelman tekeminen tapahtui sekä miten asiakkaiden palvelusuunnitelmien tavoitteet määriteltiin.

Havainnointirungon valmistumisen jälkeen osallistuttiin kolmeen SAS-ryhmän kokoukseen loka- ja marraskuun aikana. Ensimmäisessä kokouksessa kerrottiin osallistuville opinnäytetyön tarkoituksesta ja havainnoinnista. Havainnointi oli osallistuvaa havainnointia koska olimme läsnä SAS-ryhmän kokouksissa passiivisina osallistujina eikä aktiivisina jäseninä. Ryhmän toimintaa havainnoitiin vain havainnointirungon avulla.

Ensimmäiseen SAS-ryhmän kokoukseen vietiin myös haastatteluja koskeva saatekirje, jossa sen näkivät kaikki SAS-ryhmän kokoukseen osallistuneet jäsenet. Saatekirjeessä kerrotaan haastattelusta suurpiirteisesti. Tarkkoja kysymyksiä ei ollut tarkoitus tuoda esille ennen haastatteluja. Saatekirjeen asioiden tarkoituksena oli herättää ryhmäläisissä ajatuksia ja lieventää jännitystä osallistua haastatteluun. Saatekirjeessä tuotiin ilmi, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastatteluun valituilta henkilöiltä kysyttiin henki-

lökohtaisesti suostumus haastatteluun sähköpostitse ja haastatteluajankohta sovittiin haastateltavan kanssa. Saatekirje oli sähköpostin liitteenä. Saatekirje annettiin haastateltavan luettavaksi vielä ennen haastattelun alkua, jonka jälkeen haastateltava sai luettavaksi ja allekirjoitettavaksi suostumuksen haastatteluun. Esihaastattelu suoritettiin 24.10.2013. Esihaastattelu onnistui hyvin ja sitä pystyttiin käyttämään tutkimusaineistona. Haastattelut suoritettiin haastateltavien työpaikoilla ja haastattelut kestivät 5-10 minuuttia.

Haastatteluiden tavoitteena oli saada tietoa SAS-ryhmän toiminnasta kokonaisvaltaisesti eri näkökulmista. SAS-ryhmä on moniammatillinen ryhmä, johon kuuluu lääkäri, kotihoidon edustaja, sosiaalityöntekijöitä, kaksi fysioterapeuttia, palveluvastaava, vanhuspalveluohjaaja ja ajoittain osastonhoitajia sairaalan eri osastoilta. Kattavan aineiston saamiseksi tavoitteena oli haastatella eri ammattiryhmien edustajia. Haastatteluun valittiin SAS-ryhmästä yhteensä kuusi henkilöä, jotka olivat kaikki eri ammattiryhmistä.

Ryhmän jäsenten haastattelu suoritettiin teemahaastatteluna. Teemahaastattelu sopii menetelmäksi, kun ei tiedetä, millaisia vastauksia saadaan ja kun vastaukset liittyvät omiin kokemuksiin. Haastattelu kohdennetaan tiettyyn aihepiiriin ja tarkoituksena on arvioida ja kuvata haastateltavien kokemuksia. (Hannila & Kyngäs 2008.) Tässä opinnäytetyössä haastattelurunko (Liite 2) luotiin teorialähtöisesti. Haastattelurunko sisälsi seuraavat teema-alueet: SAS-ryhmän tarkoitus, tavoite ja tehtävä, oman roolin ja tehtävän kuvaus SAS-ryhmässä, asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi ja sen monipuolisuus SAS-ryhmässä, kehittämissuhteita SAS-ryhmään sekä SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuus, tuloksellisuus ja hyödyt. Teemojen alle laadittiin vielä apukysymyksiä, joita hyödynnettiin haastatteluissa.

### 4.2 Aineiston analysointi

Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä pyritään muodostamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä yleisessä muodossa. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään, pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään ja yhdistellään samankaltaisuudet kategorioiksi. Yhteensopivat kategoriat yhdistetään edelleen yläkategorioiksi. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 133–137; Meyrick, J. 2006.) Aineiston klusterointi tarkoittaa ryhmittelyä, jossa alkuperäisaineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samankaltaiset käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Luokat nimetään niiden sisältöä kuvaavalla nimellä. Tuloksissa esitetään analyysissä muodostunut käsitejärjestelmä, käsitteet tai empiirisestä aineistosta muodostettu malli. Luokittelujen pohjalta muodostuneet käsitteet, kategoriat ja niiden sisällöt tulee myös kuvata tuloksissa. Johtopäätöksiä tehdessään tutkijan on pyrittävä ymmärtämään tutkittavien omaa näkökulmaa. (Tuomi & Sarajärvi 2004.)

Haastatteluiden aineisto litteroitiin sanatarkasti. Aineisto luettiin läpi useaan kertaan. Haastatteluteemat muodostivat yläkategoriat, joihin vastaavia ilmai-

suja etsittiin aineistosta. Ilmaukset pyrittiin pelkistämään niin, ettei alkuperäinen ilmaisu menettänyt tarkoitustaan. Samaa tarkoittavat ilmaukset jaoteltiin ryhmiin omiksi alakategorioiksi (Kaavio 1).

Havainnointiaineisto analysoitiin käyttäen sisällön erittelyä. Havainnointi aineistosta eriteltiin vastaukset havainnointirungon muodostamiin kysymyksiin. Muutaman kysymyksen kohdalla vastaukset jäivät niin suppeiksi, ettei alakategoriaa pystytty muodostamaan. Yhden kysymyksen kohdalla pelkistetyt ilmaukset itsessään muodostivat alakategoriat.



Kaavio 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

#### 4.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseen osallistuvilla kerrottiin, että osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisesta voi kieltäytyä missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Vapaaehtoisuudesta muistutettiin saatekirjeessä ja vielä haastattelutilanteessa tutkimuslupalomakkeessa. Haastattelut järjestettiin osallistujan ehdoilla. Haastateltava sai itse valita haastatteluajankohdan ja -paikan. Osallistujien anonymiteetti suojattiin käsittelemällä saadut tiedot luottamuksellisesti ja hävittämällä aineisto asiaankuuluvalla tavalla. Osallistujien henkilöllisyyttä tai ammattinimikkeitä ei tuotu missään vaiheessa julki.

Haastatteluita suoritettaessa oli tehty jo kaksi haastattelua, kun esille nousi kysymys siitä, annetaanko haastateltaville luettavaksi opinnäytetyösuunnitelma. Eräs ryhmän jäsenistä pyysi sitä nähtäväksi ennen kuin suostuisi haastatteluun. Asiaa pohdittiin eettisyyden ja luotettavuuden näkökulmista; eettisesti olisi oikein antaa haastateltavan lukea suunnitelma ennen haastattelua, mutta se olisi luonut ongelman tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuksen luotettavuus olisi kärsinyt, jos suunnitelma olisi annettu luettavaksi, sillä kahta henkilöä oli jo haastateltu eivätkä he olleet lukeneet suunnitelmaa. Jos suunnitelma olisi annettu luettavaksi, se mahdollisuus olisi pitänyt antaa kaikille ja jo tehdyt haastattelut suorittaa uudelleen, mikä kiireellisen aikataulutuksen vuoksi ei ollut mahdollista. Suunnitelman lukeminen ennen haastattelua olisi mahdollisesti voinut myös johdatella haastateltavan vastauksia tulevassa haastattelussa, mikä olisi vaikuttanut heikentävästi tutkimuksen luotettavuuteen ja tuloksiin. Päätettiin, että suunnitelmaa ei anneta luettavaksi ennen haastattelua.

#### 4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullista tutkimusta yksin tekevä voi tulla niin sanotusti sokeaksi omalle tutkimukselleen ja uskoa omien johtopäätöksiensä oikeellisuuteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus ja siirrettävyys. Tulokset ja aineisto tulee kuvata niin selkeästi, että lukija ymmärtää analyysiprosessin. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 159–163.)

Tutkimusta oli tekemässä kaksi henkilöä, jolloin esimerkiksi johtopäätöksiin saatiin kaksi näkökulmaa. Taustatiedot, aineiston keruu ja analyysi sekä muut prosessin vaiheet on kuvattu selkeästi ja tarkasti, jotta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit toteutuisivat. Tutkimukseen osallistuvilla on oltava selvää, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu, eli tutkijan on pohdittava aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti sekä sitä, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 176–177.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuutta ryhmän jäsenten näkökulmasta sekä havainnoimalla ryhmän toimintaa. Opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa vähäisen aiemman tutkimustiedon vuoksi. Lisäksi aihe ei ollut opinnäytetyön tekijöille ennestään tuttu. Palaute opinnäytetyötä kohtaan oli pääosin positiivista ja haastateltavat pitivät tutkimusta tarpeellisena.

Ennalta laadittu havainnointirunko osoittautui hankalaksi, sillä ryhmässä käytiin asiat läpi eri järjestyksessä kuin havainnointirungossa. SAS-ryhmän kokouksissa asiakkaat ovat eri vaiheissa suunnitteluprosessia, joka hankaloitti merkittävästi havainnoinnin tekoa valmiin rungon avulla. Yksittäisiä havainnotoja erilaisista käytetyistä toimintakykymittareista tuli esille, mutta rajattuna yhteen asiakkaaseen kokonaisvaltaista suunnitteluprosessinmallia ei havainnoinnin aikana selkeästi noussut esiin. Havainnointiin vaikutti suuresti myös

aika. Osallistumisia oli vain kolmeen noin tunnin kestävään kokoukseen, joten havainnoinnin tuotos olisi ollut kattavampi, jos osallistumisia olisi ollut enemmän.

Haastattelulomakkeessa oli kysymyksiä melko vähän, minkä vuoksi vastaukset saattoivat jäädä suppeaksi, mikä hankaloitti aineiston sisällön analyysin tekemistä muutamien kysymyksien kohdalla. Vastauksista kävi kuitenkin ilmi toiminnan tarkoitus, hyödyt ja kehittämissuunnitelmia toiminnalle. Haastatteluiden vastaukset olivat melko yhtenäisiä ja niistä kävi ilmi samoja ongelmakohtia, joita kehittämällä toiminta saadaan entistä vaikuttavammaksi.

## 5 TULOKSET

Havainnointiaineisto perustuu kolmen SAS-ryhmän kokousta havainnoimalla koottuihin asioihin eri asiakkaiden suunnitteluprosesseista. Seuraavassa on eriteltynä aineiston tulokset havainnointirungon teemojen mukaisesti. Haastattelut analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

### 5.1 Havainnoinnin tulokset

#### 5.1.1 Ryhmän kokoonpano ja moniammatillisuuden toteutuminen

Keskimääräisesti moniammatillisuus toteutui SAS-ryhmän kokouksissa, joihin osallistuttiin. Yksi sosiaalityöntekijä sairaalan kahdesta sisätautiosastosta, yksi vastaa kirurgian osastosta ja suljetusta osastosta ja yksi vastaa sairaalan kuntoutusosastosta.

Paikalla jokaisella kerralla oli myös kotihoidon edustaja Kotiin sairaalasta tiimistä sekä vanhuspalvelusuunnittelija. Kahdessa kolmesta kokouksesta oli mukana myös fysioterapeutit, lääkäri sekä hoitaja edustamassa kuntoutusosastoa. Yhdessä kokouksessa kolmesta oli myös mukana vanhuspalveluvastaava.

#### 5.1.2 Asiakkaan tilanteen kartoittaminen SAS-ryhmässä

Sairaalan osastot on jaettu eri sosiaalityöntekijöiden vastuualueiksi. SAS-ryhmässä kukin sosiaalityöntekijä vuorollaan kertoi omien osastojensa potilastilanteen ja esitteli uusia asiakkaita. Potilaskuvaukset, jotka sosiaalityöntekijät kertovat tulevat potilastiedoista ja osaksi osastojen hoitajilta. Kahdessa kolmesta kokouksesta käytettiin potilaan toimintakyvyn kuvaamisen tueksi Effica-tietokantaa, johon osastojen hoitajat kirjaavat potilaasta. Sairaalan fysioterapeuteilla on omat vastuuosastonsa, joiden potilaiden toimintakykyä he kuvaavat omalta osaltaan ja antavat arvioinnin esimerkiksi kotiutumisen ja kuntoutuksen mahdollisuudesta ja hyödyllisyydestä.



Näiden kolmen kokouksen aikana suurimmaksi osaksi asiakkaiden omaiset ovat ilmaisseet huolensa omaisensa kotona pärjäämisestä. Suoraa osastoilta-kin on otettu yhteyttä, varsinkin jos kyseessä on ollut kuntouttavaa jatkohoittoa vaativa potilas. Vastaan tuli myös tilanteita, joissa osaston henkilökunta oli toiminut sosiaalityöntekijälle asiakkaan omaisen huolen eteenpäin viejänä.

Alustavaa kartoitusta potilaasta tekevät osastojen hoitajat, joiden kirjauksien perusteella muun muassa potilaan tilaa kuvataan. Fysioterapeutti on voinut käydä katsomassa potilasta osastolla ja arvioinut toimintakykyä ja mahdollista kuntoutumista. Jos potilaalle ei ole tehty RAVA- ja MMSE-testejä, ne pyydetään ennen kuin jatkohoitopaikkaa lopullisesti määritellään.

Kolmen kokouksen aikana ei käynyt ilmi, onko kotikäyntiä tehty ja miten. Viimeisellä havainnointikerralla saatiin selville, että fysioterapeutit tekevät tarvittaessa kotikäyntejä potilaiden koteihin selvittääkseen apuvälineiden ja muiden apujen tarpeen kotiutuksen mahdollistamiseksi.

### 5.1.3 Asiakkaan palvelun- ja avuntarpeen arviointi SAS-ryhmässä

Potilailta vaaditaan RAVA- ja MMSE-testit toimintakyvyn arvioimiseksi jatkohoitopaikkoja mietittäessä. Myös omaisten arvio sekä osastojen hoitajat ja fysioterapeutit arvioivat potilaan toimintakykyä ja esimerkiksi mahdollista kotona pärjäämistä. Fysioterapeuteilla voivat tehdä kotikäyntejä ennen potilaan kotiutusta arvioidakseen minkälaisia apuvälineitä ja mahdollisia apuja potilas tarvitsee kotiin, jotta kotiutus olisi mahdollinen.

Avuntarpeen arvioinnissa otettiin huomioon omaisten arvio, fysioterapeutin arvio, hoitajien kirjaukset potilaasta ja tehdyt testit, RAVA ja MMSE. Avuntarpeen arvioinnissa otettiin huomioon myös se, jos potilas on ennestään kotihoidon asiakas. Kotihoidolta saa arvion potilaan aikaisemmasta voinnista ja kotona pärjäämisestä aikaisemmin määritellyillä käynneillä. Avuntarpeen arviointia tehdessä kävi ilmi myös tilanteita, joissa sosiaalityöntekijä on haastatellut potilasta tai omaisia.

### 5.1.4 Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman sekä tavoitteiden tekeminen

Potilaan suunnitelman muodostuminen tapahtui monipuolisen avuntarpeen arvioinnin ja toimintakyvyn arvioinnin tuloksena. Mahdollisia jatkohoitopaikkoja on esimerkiksi tehostettu palveluasuminen, kuntoutusosasto sekä kotiutus mahdollisesti kotihoidon käynneillä tai ilman. Kokouksissa mietittiin moniammatillisesti erilaisia vaihtoehtoja. Joissakin tapauksissa asiakkaan jatkohoidon suunnittelu oli jätettävä seuraavaan kokoukseen asiakkaan voinnin tai vajaan avuntarpeen arvioinnin ja toimintakyvyn arvioinnin tuloksena.

Tavoitteet määriteltiin monipuolisen avuntarpeen arvioinnin, toimintakyvyn arvioinnin ja yleisen hyvinvoinnin mukaan. Tavoitteet määriteltiin sen mukaan, mikä potilaan jatkohoitopaikka tulee olemaan. Tavoitteet voivat kuitenkin

kin olla myös kuntoutuksen kautta kotiutus tai määräaikainen kotihoidon apu kotiin. Tavoitteisiin vaikutti myös omaistenmielipiteet ja asiakkaan oma tahto. Asiakaskohtaiset tavoitteet määriteltiin aina kokouksessa huolimatta siitä, onko tarkoitus jatkohoitopaikkaan päästä samaisella viikolla tai seuraavalla.

## 5.2 Haastatteluiden tulokset

### 5.2.1 SAS-ryhmän tarkoitus, tavoite ja tehtävä

SAS-ryhmän tarkoitus, tavoite ja tehtävä muodostivat yläkategorian, jonka alle muodostui kuusi alakategoriaa. Alakategoriat olivat: jatkohoidon tarpeen arviointi, jatkohoidon suunnittelu, jatkohoitopaikan pohtiminen, omaishoidontukihakemusten käsittely, tiedottaminen SAS-ryhmässä ja moniammatillisuus SAS-ryhmässä. (Kaavio 2.)

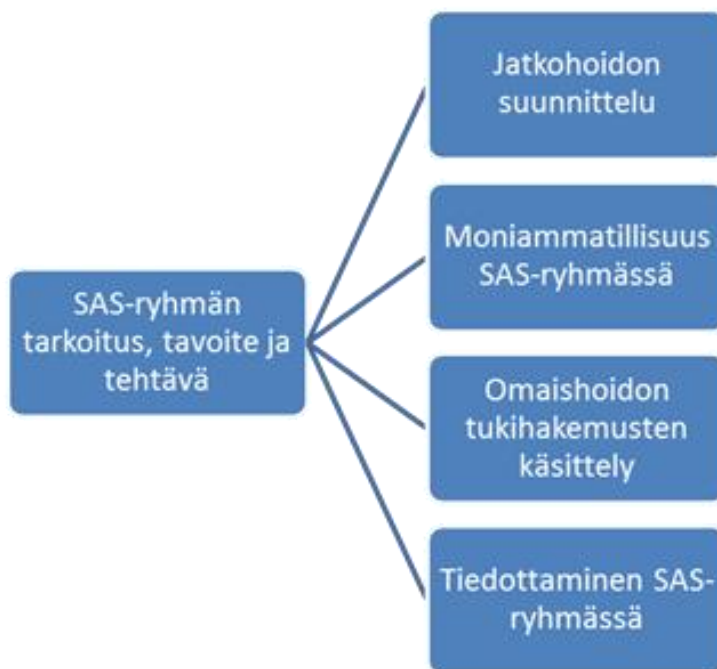
*”No SAS sana tulee jo suunnittele, arvioi ja sijoita elikä tota yritetään sitten mieltä yhdessä jatkohoitopaikka sairaalasta kotiutuvalla ...”*

Jatkohoitopaikan tarpeen arvioinnissa tärkeintä ovat asiakashyöty, jatkokuntoutuksen tarpeen pohdinta ja potilaan tilanteen pohdinta. Ryhmässä suunnitellaan tarkoituksenmukainen jatkohoitopaikka sairaalasta kotiutuvalla. Jatkohoitopaikoiksi mainittiin koti, tehostettu palveluasuminen, palvelutalo ja kuntoutus. Tärkeää oli jatkohoitopaikkakohtaisten kriteerien täyttyminen jatkohoitopaikkaa suunniteltaessa. Tiedottamista oli keskusteleminen moniammatillisessa työryhmässä, kotihoidon tiedottaminen, asiakkaan kotiutumisen sujuvuuden varmistaminen huomioiden asiakas yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti sekä tiedon välittäminen asiakkaasta.

Omaishoidontukihakemusten käsittelyyn kuului tukihakemusten käsittely, omaishoidontuen päättäminen ryhmässä sekä tuesta päättäminen moniammatillisesti. Ryhmän tarkoituksena on moniammatillisesti toimia ja palvella asiakasta ja eri ammattiryhmien edustajia kaikin puolin sekä moniammatillisesti pohtia asiakkaan tilannetta ja jatkohoitopaikkoja.

*”Tarkoitus, tavote ja tehtävä se on sijoittaa asiakkaat heidän tarvitsemiinsa palveluihin tarkoituksenmukaisesti.”*

*”Tarkoitus moniammatillisesti arvioida jatkohoittoa.”*

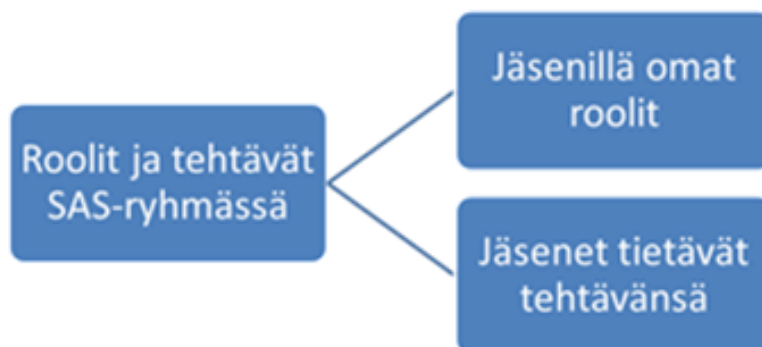


Kaavio 2. SAS-ryhmän tarkoitus, tavoite ja tehtävä yläkategorian ympärille muodostuneet alakategoriat

### 5.2.2 Roolit ja tehtävät SAS-ryhmässä

Roolit ja tehtävät muodostivat yläkategorian, jonka alle vastauksista muodostui kaksi alakategoriaa, joiden mukaan jäsenillä on ryhmässä omat roolit ja he tietävät tehtävänsä. (Kaavio 3.) Tehtäviä olivat muun muassa ajantasaisen tiedon tuominen potilaasta SAS-ryhmään ja potilaan ja toimintakyvyn tarpeen kuvaaminen, tarpeenmukaisen jatkohoitopaikan pohtiminen ja valitseminen, asiantuntijana oleminen ja oman näkemyksen esille tuominen sekä palveluntarpeenkartoituksen tekeminen. Jäsenet toimivat moniammatillisena tiiminä, jossa jäsenten asiantuntijuutta hyödyntäen pohditaan ja valitaan asiakkaalle tarkoituksenmukainen jatkohoitopaikka.

*”Edustan omaa yksikköä ja oon oman yksikön puolestapuhuja ...”*



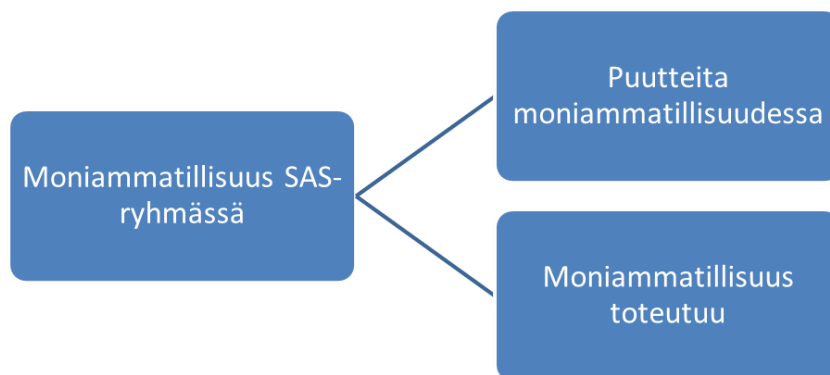
Kaavio 3. Roolit ja tehtävät SAS-ryhmässä yläkategorian ympärille muodostuneet alakategoriat

### 5.2.3 Moniammatillisuus SAS-ryhmässä

Moniammatillisuus SAS-ryhmässä muodosti yläkategorian, jonka alle muodostui kaksi alakategoriaa, puutteita ja toteutuu, joihin pelkistetyt ilmaisut vastasivat. (Kaavio 4.) Moniammatillisuuden koettiin toteutuvat melko hyvin, mutta puutteiksi koettiin hoitajien puuttuminen ryhmän kokoonpanosta.

*”Suhteellisen hyvin joo, koska siinä on sitten nämä lääkäri, fysioterapia, sosiaalityö ja sitten palveluohjaaja nii kyllä joo.”*

*”Ei täysin ...”*



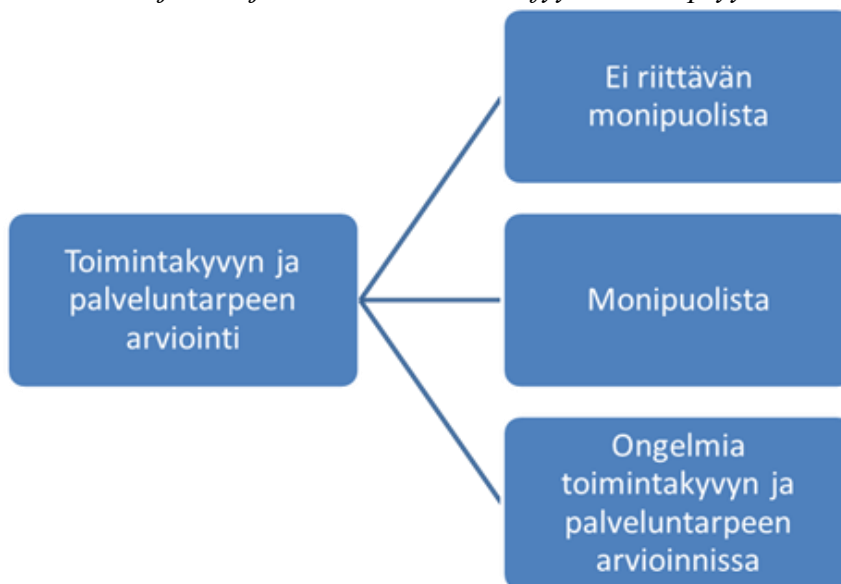
Kaavio 4. Moniammatillisuus SAS-ryhmässä yläkategorian ympärille muodostuneet alakategoriat

#### 5.2.4 Asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi

Asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi muodosti yläkategorian, jonka alle muodostettiin kolme alakategoriaa samankaltaisten pelkistettyjen ilmausten pohjalta. Kolme alakategoriaa olivat: ei riittävän monipuolista, monipuolista ja ongelmia toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnissa. (Kaavio 5.) Ongelmalliseksi koettiin jatkohoitopaikkojen puute, tietojen hajanaisuus, liian suppea toimintakyvyn arviointi ja lääkehoidon asiantuntijuuden puuttuminen ryhmän kokoonpanosta.

*”... tiedot on hajanaisia että nimenomaan ennen kun voidaan sijoittaa niin täytyy tietää se että miten potilas liikkuu ja se on useinkin aika hämäränpeitossa ja epäselvä ...”*

*”... ei voida sijoittaa jos ei tiedetä mikä on fyysinen tai psyykinen kunto.”*



Kaavio 5. Toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi yläkategorian ympärille muodostuneet alakategoriat

#### 5.2.5 Toiminnan vaikuttavuus, tuloksellisuus ja hyödyt

Toiminnan vaikuttavuus, tuloksellisuus ja hyödyt muodosti yläkategorian, jonka alle muodostui neljä alakategoriaa. Alakategoriat olivat SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuus, SAS-ryhmän toiminnan tuloksellisuus, SAS-ryhmän toiminnan hyödyt sekä SAS-ryhmän toiminnan ongelmia. (Kaavio 6.)

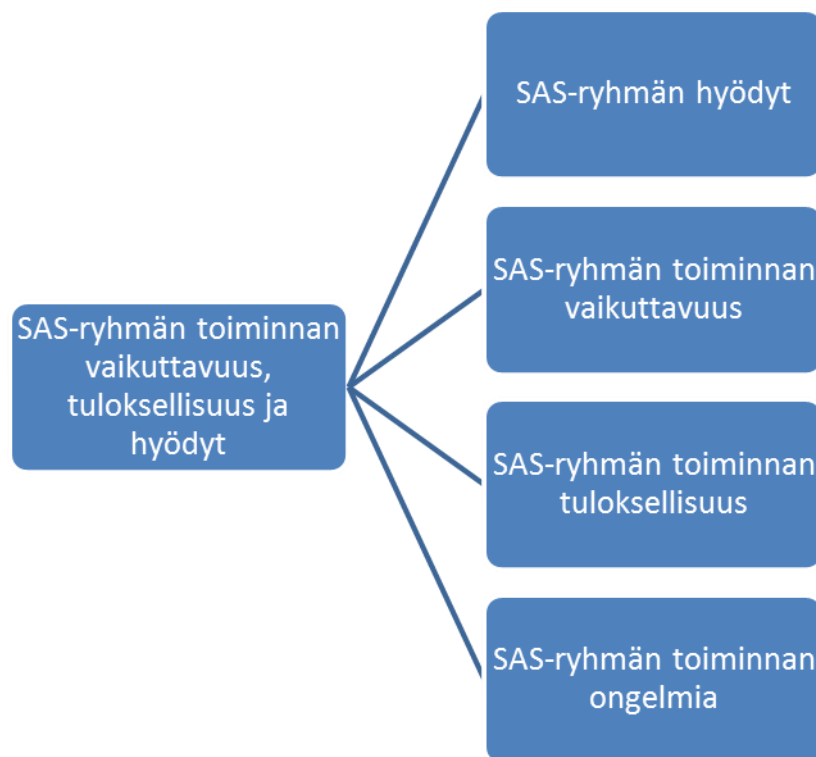
Hyötyinä koettiin olevan moniammatillisuus, informaation jako eri toimijoiden kesken, mikä edistää tiedon kulkua eri toimijoiden välillä, tiedon saaminen yhteistyötahojen toiminnasta ja yhteisten asiakkaiden hoidollisesta tilan-

teesta ja mahdollisesta jatkohoitosuunnitelmasta, eri ammattiryhmien edustajien tapaaminen, joita ei välttämättä muuten tapaisi säännöllisesti ja jatkokuntoutuksen takaaminen potilaille jotka sitä tarvitsevat.

SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuudeksi koettiin se, että kokouksissa on paikalla moni taho sekä se, että omaishoidontuen asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä, että asiat käsitellään moniammatillisessa tiimissä. Ryhmän tuloksellisuutta ei koettu kovin hyväksi. Ongelmiksi koettiin se, ettei tietoa potilaan kotiutuksen sujuvuudesta saada, ellei sitten potilas ole pärjännyt kotona ja tulee takaisin sairaalaan eikä myöskään tiedetä, tuleeko SAS-ryhmän päätöksistä palautetta asianomaisilta.

*”... vaikuttaa niinkun sen ihmisen elämään ... toiset ihmiset päättää hänen tulevaisuudestaan.”*

*”Mä en tavallaan osaa sanoo miten vaikka ne kotiutukset sitten on lähinnä miten sit on ehkä kuullu jälkeinpäin että miten on sitte sujunu ja ja siinä yleensä tulee se informaatio meille päin ku potilas ei oo pärjänny kotona ja tulee takasin vaikka sairaalaan tai muuta vastaavaa.”*



Kaavio 6. Toiminnan vaikuttavuus, tuloksellisuus ja hyödyt yläkategorian ympärille muodostuneet alakategoriat

### 5.2.6 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksia muodosti yläkategorian, jonka alle muodostui kaksi alakategoriaa, jotka olivat kehittämisehdotuksia toiminnalle ja kehittämisehdotuksia kokoonpanolle. (Kaavio 7.)

SAS-ryhmän toiminnan kehittämiseksi ehdotettiin SAS-ryhmän jakamista pienempiin ryhmiin, yksiköittäin. Pienemmät SAS-ryhmät mahdollistaisivat asiakkaan ja tämän omaisen osallistumisen ryhmän toimintaan entistä paremmin. Potilaskertomuksien näkeminen kokouksien aikana varmistaisi kattavan tiedon saannin asiakkaasta ennen päätösten tekoa. Kokousten ja keskustelujen kulun sujuvuuden varmistamiseksi ehdotettiin puheenjohtajan valitsemista ryhmän kokouksiin.

*”Jos ois osastolla pienet SAS-ryhmät niin silloin potilas ja omainen olis siinä mukana, sosiaalihoitaja, lääkäri ja hoitotyön edustaja lähi- tai sairaanhoitaja, ainakin nää henkilöt ja tietysti kotipalvelunedustaja myöskin.”*

*”... mun mielestä se puheenjohtajuus et jollakin olis se hanskassa ...”*

*”... ois kyllä kiva jos ois itelläkin tota vaikka sairaskertomus siinä auki ...”*

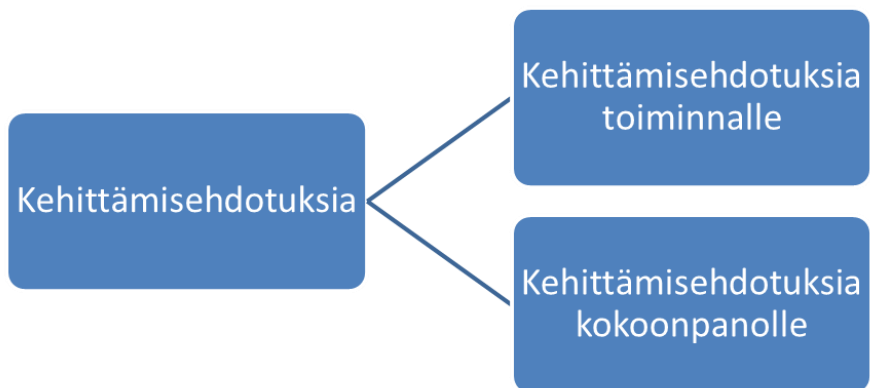
Ehdotukset SAS-ryhmän kokoonpanon kehittämiseksi muodostivat yhden alakategorian, joka oli moniammatillisuuden lisääminen. Edustajia osastojen hoitohenkilökunnasta toivottiin kokoonpanoon, koska hoitajat ovat asiantuntijoita asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta sekä lääkehoidosta. Kokoonpanoon ehdotettiin yksityisten ja kunnallisten jatkohoitopaikkojen edustusta, kuten hoivapalveluyrittäjät, julkisen palveluntuottajanyksikkö tai yksityisen palveluyksiköiden toimijoita. Kotihoidon ikäihmisten tiimistä toivottiin edustajaa, sillä tiimin asiakaskuntaan kuuluu monia SAS-ryhmän kokouksissa käsiteltäviä asiakkaita. Osastojen lääkäreitä toivottiin enemmän toimintaan mukaan.

*”Kokoonpanossa vois olla nää yksityiset ja kunnallisetkin jatkohoitopaikkojen edustus.”*

*”... ikäihmisten tiimi, joka sitten käy säännöllisesti asiakkaan luona ... voisi olla sieltä ikäihmisten tiiminkin puolelta joku ihminen paikalla ...”*

*”Ehkä osaston lääkäritkin vois siinä olla vielä enemmän mukana ...”*

*”Osastoilta sais olla hoitajia paikalla, kokoonpanoon.”*



Kaavio 7. Kehittämissuhteita yläkategorian ympärille muodostuneet alakategoriat



## 6 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELUA

Havainnointi tehtiin ryhmän ulkopuolisina havainnoijina. Havainnointi antaa kuvan, että ryhmässä tiedotetaan asiakkaiden tilanteista ja ryhmä toimii tiedon välittäjänä eri toimijoiden kesken. Havainnoinnin aineistosta ei voi tehdä yleistystä kokouuskäytännöstä, koska havainnointimateriaalia on vain kolmesta kokouksesta. Havainnointiaineistosta käy ilmi, että päätökset tapahtuvat moniammatillisesti. Kaikissa arvioinneissa ja päätöksissä ei toimita vain yhden näkökulman mukaan ja hyväksi käytetään myös sitä tietoa potilaasta, mikä on Effica-potilastietokantaan kirjattu, joka taas osaltaan muistuttaa kirjaamisen tärkeydestä. Kaikissa kokouksissa tietokonetta ei ollut mukana, jolloin Effican tietoja ei voitu hyödyntää.

Kuusivaara & Viippo ym. (2006) ovat kuvanneet Mää itte kotona hankkeessaan ikääntyneiden palvelujen suunnitteluprosessin etenemistä SAS-ryhmässä viiden eri vaiheen avulla. Ensimmäisessä vaiheessa ikääntynyt tulee asiakkaaksi SAS-ryhmään, kun asiakas, omainen tai joku hoitohenkilökunnasta ottaa yhteyttä SAS-ryhmään. Tässä opinnäytetyössä havainnoidussa SAS-ryhmässä ensimmäinen vaihe havainnointien aineiston mukaan oli yhtenevä Kuusivaara ym. hankkeen kuvauksen kanssa. Havainnoituun ryhmään olivat ottaneet yhteyttä suurimmassa osassa omaiset. Aina omaiset eivät kuitenkaan olleet ottaneet yhteyttä suoraan SAS-ryhmään vaan yhteydenotto ryhmään oli tullut osastonhoitohenkilökunnan kautta. Uusien asiakkaiden esittelyt havainnointi ryhmässä tapahtui ainoastaan sosiaalityöntekijöiden toimesta. He esittelivät uuden asiakkaan suusanallisesti ja mahdollisesti lisätietoja asiakkaasta saatiin Effica-potilastietokannasta, jos tietokone oli käytettävissä.

Toiseen vaiheeseen Kuusivaara ym. (2006) kuvaa kuuluvan asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin, joka alustavasti on yleensä jo tehty, jos yhteydenotto potilaasta tulee osastolta. Tutkitussa SAS-ryhmässä toisen vaiheen asiat nousi esille siinä, kun kokouksissa varmisteltiin erilaisten mittarien käytön asiakkaan kohdalla, onko tehty RAVA ja MMSE. Edellä mainitut mittarit edellytettiin tutkitussa ryhmässä tehtävän kaikille ryhmän asiakkaille. Ryhmässä myös keskusteltiin asiakkaan asioista ja kaikki asiakkaan tuntevat kertoivat mielipiteensä asiakkaan toimintakyvystä ja palvelutarpeesta, esimerkiksi fysioterapeutit kertoivat oman arvionsa asiakkaan voinnista, jos olivat käyneet häntä tapaamassa ennen kokousta. Kuitenkin suurimmalle osalle ryhmän jäsenistä potilas on ollut tuntematon ennen kokousta.

Eroavaisuuksia havainnointiaineiston ja Kuusivaara ym. (2006) hankkeen välille toi kolmas vaihe, jossa kuvataan SAS-ryhmän asiakkaan palvelujaksoa, jolloin potilaasta tehdään tarkentavaa asiakkaan palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointia. Asiakkaasta riippuen siis kokeillaan esimerkiksi kotiutumista tai lyhytaikaista laitoshoidoa ennen lopullisen päätöksen tekemistä. Palvelujakson päättyessä tehdään alustava ehdotus tai suositus asiakkaan hoito ja palvelusuunnitelmasta.

Tutkitussa SAS-ryhmässä ei tätä kolmatta vaihetta ollut selkeästi näkyvillä ainakaan havainnointi kerroilla. Ryhmässä asiakkaan hoito- ja palveluntarvetta arvioitiin ja pohdittiin jatkohoitopaikkaa. Näitä jatkohoitopaikkoja oli esimerkiksi tehostettu palveluasuminen, koti kotihoidon avuin sekä kuntoutusosasto. Havainnointi aineiston mukaan potilas pääsee sairaalasta vointinsa parannuttua hänelle suunniteltuun jatkohoitopaikkaan. Leikkauspotilaiden kohdalla jatkohoitoon saattoi liittyä ensin kuntoutusosaston paikka ja sitten vielä tehostettu palveluasuminen ennen kotiin pääsyä. Kuitenkaan mitään selkeää palvelujaksoa ei tutkitun SAS-ryhmän asiakkaiden kohdalla noussut esille.

Kuusivaara ym. (2006) kuvaa neljänneksi vaiheeksi asiakkaan asiakkuuden päättyminen SAS-ryhmässä, kun sopiva ja tarkoituksenmukainen hoitopaikka on löytynyt, palveluntarve päättyy tai asiakas kuolee. Viides vaihe on potilaan siirtyminen tähän tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan, jolloin vielä SAS-ryhmä voi tehdä yhteistyötä tulevan hoitopaikan henkilökunnan kanssa.

Tutkitussa ryhmässä tulee selkeämmin esille suoraan neljäs vaihe toisen vaiheen jälkeen eli palveluntarpeen arvioinnin jälkeen pohditaan ja löydetään sopiva hoitopaikka. Hoitopaikkaan mentiin heti, kun se mahdollista asiakkaan voimien ja paikan saatavuudesta riippuen. Välillä asiakas saattoi joutua jäämään sairaalan osastolle jonottamaan paikkaansa jatkohoitopaikkaan mutta pääosin pyrittiin siihen, että jatkohoitopaikkaan pääsy tapahtuisi nopeasti. Tutkitussa SAS-ryhmässä asiakkaan kotitutumisen sujuvuuden varmistaminen kävi ilmi, kun potilas pääsi kotiin, jolloin asiasta tiedotettiin suoraan kotihoidon edustajalle, joka vei asiaa eteenpäin.

Haastatteluiden tulosten perusteella SAS-ryhmän jäsenet kokevat toiminnan tarpeelliseksi. Ryhmän tarkoituksena on löytää asiakkaille tarkoituksenmukainen jatkohoitopaikka, huomioiden asiakas yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Jatkohoidon sujumisen varmistamiseksi tärkeäksi koettiin tiedottaminen ja keskustelu moniammatillisessa ryhmässä. Kaikki ryhmän jäsenet eivät kuitenkaan osallistuneet keskusteluihin. Puheenjohtajan valitseminen ryhmään varmistaisi keskustelun sujuvuuden sekä sen että jokainen jäsen toisi äänensä kuuluviin.

Ryhmän jäsenillä on omat roolit, jotka he tietävät, mutta ryhmän kokoonpanoon toivottiin hoitohenkilökuntaa osastoilta. Hoitajat ovat asiantuntijoita potilaan ajantasaisesta tilanteesta sekä lääkehoidosta. Myös eri osastojen lääkäreiden osallisuutta toivottiin.

Toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnin SAS-ryhmän jäsenet kokivat olevan osittain puutteellista. Tietoja kaikista asiakkaista saadaan RAVA ja MMSE mittarin avulla, mikä jäsenten mukaan palvelee asiakkaiden tasapuolista kohtelua. Kuitenkin jäsenet kokivat, että toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi voisi olla monipuolisempaa. SAS-ryhmän kokouksiin olisi saatava mukaan kokonaisvaltainen ja ajankohtainen tieto asiakkaan tilasta. Kokouksissa käytetään hyväksi Effica potilastietokantaa, johon hoitajat ovat kir-

janneet ajankohtaista tietoa asiakkaasta mutta Effican käyttö kokouksissa oli kuitenkin suhteellinen vähäistä.

RAVA-mittarin käyttö palveluntarpeen arvioinnissa nousi esille, koska sen käytön koettiin rajoittavan asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnin monipuolisuutta. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen TOIMIA-tietokannassa on arvioitu RAVA-mittarin soveltuvuutta iäkkäiden henkilöiden palveluntarpeen arviointiin. Arvioinnin laatijan mukaan RAVA-mittari soveltuu palveluntarpeen arvioinnissa huonokuntoisten ikääntyvien henkilöiden päivittäisten perustoimintojen, mutta ei muiden toimintakyvyn osa-alueiden arviointiin, jotka tulisi ottaa huomioon palveluntarpeen arvioinnissa. Arvioinnin laatijan mukaan toistettavuutta voi heikentää tuloksen manipulointiriski, jonka mahdollisuuden käytäntö on osoittanut ja että mittaria voidaan manipuloita ja käyttää väärin resurssien ohjaamiseksi.

Käytön rajoituksena arvioija näkee myös sen, että RAVA-mittari ei erottele sellaisten henkilöiden avun ja palvelun tarvetta, jotka selviytyvät päivittäisistä perustoiminnoistaan ja joilla on avun ja palveluiden tarvetta välinetoiminnoista suoriutumisen yhteydessä, minkä johdosta indeksi antaa joidenkin asiakkaiden kohdalla liian hyvän arvion kotona selviytymisestä. (Autio 2011b.) RAVA-mittarin käyttö toisaalta edistää asiakkaiden tasa-arvoisen kohtelun toteutumista, kun kriteerit ovat kaikille samat.

Yhteenvedona opinnäytetyö kuvaa SAS-ryhmän toimintaa opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti. Tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia eikä niitä voi yleistää. Opinnäytetyö kokoaa teoriatietoa ikääntyneen toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnista sekä tuo ilmi väestön ikärakenteen muutoksen mukanaan tuomia ongelmakohtia ja tarpeita.

Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää SAS-ryhmän toiminnan kehittämisessä. Jatkotutkimuksena voisi selvittää SAS-ryhmän toiminnan tuloksellisuutta. Tämä opinnäytetyö selvitti SAS-ryhmän toiminnan pääperiaatteita ja selvitti ryhmässä toimivien jäsenten mielipiteitä ryhmästä. Haastatteluista kävi ilmi, että tietoa SAS-ryhmän tuloksellisuudesta ei ainakaan kaikilla ryhmän jäsenillä ole. Tuloksellisuutta voisi selvittää esimerkiksi haastatteleamalla potilaita tai mahdollisesti heidän omaisiaan ja selvittää millaiseksi he kokevat SAS-ryhmän toiminnan ja ryhmän tekemät päätökset. Jatkotutkimuksena voisi selvittää myös millä keinoilla asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointia saisi entistä monipuolisemmaksi.

## LÄHTEET

Autio T. 2011a. Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palveluntarpeen arviointiin TOIMIA-tietokanta. IADL-mittari. Viitattu 11.3.2013.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/19/>

Autio T. 2011b. Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin. TOIMIA-tietokanta. RAVA-mittari. Viitattu 11.3.2013.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/64/>

Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen S., Jyrkämä, J., Muuri-  
nen, S., Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toiminta-  
kyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. TOIMIA-  
tietokanta. Viitattu 11.3.2013.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

Finnish Consulting Group Oy. RAVA-mittari. Viitattu 15.3.2013.  
<http://www.ravamittari.fi/>

Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa.  
Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opinnäytetyö.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna:  
Kariston Kirjapaino Oy.

Jyrkämä, J., Puustelli, A. & Ylilahti, M. 2009. Ikääntyvän väestön yhteiskunta  
- visiot, riskit ja ratkaisumallit sosiaaligerontologisessa keskustelussa. Teok-  
sessa Vaarama, M. Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena - Poliittisen kes-  
tävyuden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja,147-170.  
Viitattu 12.11.2013.  
[http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/r03-ikaantymisen-riskina-ja-  
mahdollisuutena/pdf/fi.pdf](http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/r03-ikaantymisen-riskina-ja-mahdollisuutena/pdf/fi.pdf)

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpakki: havainnointi. Viitattu  
11.11.2013.  
<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiKeruuHavainnointi.aspx>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä.  
Helsinki: WSOY.

Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Suomen senioriliike ry.  
Eesti: Tallinna Raamatutrukikoda

Koskinen, S. 2008. Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Heikkinen, E. &  
Rantanen, T. 2008. Gerontologia. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 449–457

Kuusivaara, R. & Viippo, K. 2006–2008. Forssan seudun vanhustenhuollon palveluprosessin nykytilan kuvaus. Mää itte kotona -Forssan seudun vanhustenhuollon kehittämishanke.

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 13.11.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Meyrick, J. 2006. What is Good Qualitative Research? A First Step towards a Comprehensive Approach to Judging Rigour/Quality. *Journal of Health Psychology* 11(5), 799–808.

Mäkelä, M. 2012. MMSE-testin käyttö iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 11.3.2013. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/87/>

Paasivaara, L. 2002. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. 2004. Vanhuksen äänen kuuleminen Helsinki: Tammi, 19–34.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Palvelutarpeen arviointi. Viitattu 9.10.2012. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut\\_ja\\_etuudet/palvelutarpeen\\_arviointi](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet/palvelutarpeen_arviointi)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 20.11.2013. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmä. Viitattu 11.11.2013. <http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/itsemaaramisoikeus>

Tilastokeskus. Väestörakenne verkkojulkaisu. Helsinki. Viitattu 20.2.2013. <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 124–144.

Ylinen, S. 2008. Eettiset ongelmat gerontologisen sosiaalityön ”välitiloissa”. *Janus* 16 (2), 112–126.

LOMAKE SEURANTAAN JA HAVAINNOINTIIN SAS-RYHMÄSSÄ

1. Ryhmän kokoonpano (toteutuuko moniammatillisuus?)
2. Miten asiakkaan tilanne esitetään ryhmässä?
3. Kuka on ottanut ryhmään yhteyttä?
4. Miten alustava kartoitus on tehty?
5. Miten kotikäynti on tehty?
6. Miten palveluntarvetta arvioidaan?
7. Kuinka monipuolisesti avuntarvetta on arvioitu?
8. Miten suunnitelman tekeminen tapahtuu?
9. Miten tavoitteet määritellään?

## HAASTATTELURUNKO

1. Kerro omin sanoin Forssan SAS-ryhmän:
  - tarkoitus
  - tavoite
  - tehtävä?
2. Kuvaile rooliasi/tehtävääsi SAS-ryhmässä?
  - toteutuuko moniammatillisuus mielestäsi ryhmässä?
3. Kuvaile asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointia ja onko se mielestäsi tarpeeksi monipuolista?
  - alustava kartoitus
  - kotikäynti
  - mittarit, Rava, mmse
4. Kuvaile kehittämissuhteita
  - toiminnalle
  - kokoonpanolle?
5. Kerro vielä lopuksi omin sanoin SAS-ryhmän toiminnan
  - vaikuttavuudesta
  - tuloksellisuudesta
  - hyödyistä

## SAATEKIRJE

Hei arvoisat SAS-ryhmän jäsenet!

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan yksikössä. Valmistumme joulukuussa vuonna 2013. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää Forssan SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuutta. Saatavia tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää SAS-ryhmän toiminnan kehittämiseen.

Pyydämme teitä osallistumaan haastatteluamme. Haastatteluiden tavoitteena on saada tietoa SAS-ryhmän toiminnasta eri näkökulmista sekä mahdollisesti joitain kehittämisideoita ryhmän jatkoa ajatellen. Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina. Olemme alustavasti päättäneet kutsua haastatteluun kuusi henkilöä eri ammattiryhmistä, yhden lääkärin, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän, sekä kaksi sairaanhoitajaa kahdelta eri osastolta Forssan sairaalasta sekä Forssan kotihoidon edustajan.

Vastaaminen kysymyksiin kestää noin 15 minuuttia. Osallistuminen on vapaaehtoista, saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja henkilötietojanne ei tuoda julki missään vaiheessa. Haastattelut nauhoitetaan ja saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja aineisto hävitetään asiaankuuluvalla tavalla. Teillä on oikeus muuttaa mieltänne koskien tutkimukseen osallistumista milloin tahansa.

Olemme todella kiitollisia osallistumisestanne! Tarvittaessa vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Kati Romppainen  
sairaanhoitajaopiskelija  
040 5964191  
kati.romppainen@student.hamk.fi

Eveliina Ylitalo  
sairaanhoitajaopiskelija  
050 5270744  
eveliina.ylitalo@student.hamk.fi