

Opinnäytetyö (AMK)

Ensihoidon koulutusohjelma

Ensihoitaja AMK

2016

Joonas Reinikainen & Elisa Seurujärvi

PALVELUTARPEEN TUNNISTAMINEN ENSIHOIDOSSA

– Toimintakyvyn arviointityökalu ensihoidon päätöksenteon tueksi

Joonas Reinikainen & Elisa Seurujärvi

PALVELUTARPEEN TUNNISTAMINEN ENSIHOIDOSSA

- Toimintakyvyn arviointityökalu ensihoidon päätöksenteon tueksi

Palvelutarpeen arviointi tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja tukitoimien saamiseksi. Palvelutarpeen arvioinnin tekee sosiaalialan ammattihenkilö, mutta palvelutarpeen tunnistaminen kuuluu jokaisen sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilön velvollisuuksiin. Ohjaamalla sosiaalihuollon palveluista hyötyvät henkilöt oikean avun piiriin pystytään ehkäisemään terveyspalveluiden kuormittumista, katkaisemaan jo mahdollisesti alkaneita terveyspalveluiden kuormituskierteitä sekä tukemaan vanhenevan väestön kotona asumista.

Ensihoitajilla on mahdollisuus havaita potilaiden kotona selviytymiseen liittyviä huolenaiheita, jotka muuten saattaisivat jäädä huomiotta. Varhaisella ensihoidon toimesta tehdyllä palvelutarpeen tunnistamisella voidaan lisätä ajoissa tehtyjä yhteydenottoja sosiaalitoimeen ja ennaltaehkäistä potilaan selviytymiskykyä vaarantavien ongelmien kasaantumista.

Toimintakyvyn arviointi on keskeinen osa palveluntarpeen arviointiprosessia. Palvelutarpeen arvioinnissa tarkastellaan asiakkaan arjesta selviytymistä, johon vaikuttavat toimintakyvyn fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset ja sosiaaliset ominaisuudet sekä niiden suhde ympäristöön.

Opinnäytetyö oli osa kehitteillä olevaa MyEHPAKE-hanketta ja työn tilaajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri Timo Iirola. Opinnäytetyössä tuotettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille lomake, jonka avulla ensihoito pystyy tunnistamaan potilaan palvelutarpeen arvioimalla selviytymistä, toimintakykyä sekä ympäristön riskitekijöitä. Lomake ohjaa tarvittaessa ensihoitajaa tekemään ilmoituksen sosiaalihuoltoon.

Opinnäytetyö rakentui kirjallisuuskatsauksesta ja tuotoksena syntyneestä lomakkeesta. Lomakkeen on tarkoitus tulla käyttöön Varsinais-Suomen alueella, mutta sitä voidaan hyödyntää myös valtakunnallisesti.

ASIASANAT:

Ensihoito, palvelutarve, toimintakyky

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Bachelor of Emergency Nursing

Spring 2016 | 58 + 6

Joonas Reinikainen & Elisa Seurujärvi

SERVICE NEEDS RECOGNITION IN EMERGENCY CARE

- Ability to function evaluation tool in support of the emergency care decision-making

Service needs evaluation is a requirement for a person to receive social and healthcare's supportive services. The service needs evaluation is made by a social worker, but recognizing the needs for such services is part of the duties of every social- and healthcare worker. Prevention of overcrowding in healthcare services is possible if the patients who would benefit from social services are directed within the scope of the right assistance. This also supports the elderly to live in their own homes longer and possibly can interrupt a person's habit of constantly using healthcare services.

Paramedics have an opportunity to detect issues with patients' ability to live at home that would otherwise go undetected. An early recognition of service needs by the paramedics can increase contacts to social services made early and thus prevent issues that might jeopardize the patients' survivability.

Evaluating the ability to function is a central part of evaluating a persons' need for services. Service needs evaluation takes into consideration the patients' survivability in day to day life. Survivability is influenced by physical, psychological, and social attributes and their relation to the environment.

This bachelors' thesis is part of an under-development project called MyEHPAKE. This thesis is ordered by the Hospital District of Southwest Finland's chief medical officer of emergency medical services, Timo Iirola. A form, with which emergency medical services can recognize the patients' service need by evaluating survivability at home, ability to function and the environmental risk factors, was produced as part of this thesis for the Hospital District of Southwest Finland. The form instructs the paramedic using it to contact social services when necessary.

This bachelors' thesis is made up of literature review and the produced form. The form is meant to be used specifically in Southwest Finland, but it can also be used nation-wide.

KEYWORDS:

Emergency medical service, service needs, ability to function.

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET JA SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE	9
3 ENSIHOITOJÄRJESTELMÄ JA SOSIAALIHUOLTO	11
3.1 Ensihoitopalvelu	11
3.1.1 Ensihoitopalvelua ohjaava lainsäädäntö ja viranomaismääräykset	12
3.1.2 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin palvelutasopäätös	13
3.1.3 Hoito- ja perustason ensihoitajan osaamisvaatimukset	14
3.2 Sosiaalihuollon palvelut ja tukitoimet	15
3.3 Ensihoitopalvelun ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö	17
3.4 Sosiaalihuoltoilmoitus ja ilmoitusvelvollisuus	17
4 TOIMINTAKYVYN ARVIOINNIN JA PALVELUTARPEEN TUNNISTAMISEN MERKITYS	19
5 PALVELUTARPEEN TUNNISTAMINEN	22
5.1 Toimintakyky	23
5.1.1 Toimintakyvyn osa-alueet	24
5.1.2 Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen	25
5.1.3 Toimintakykyluokitus ICF	26
5.1.4 Erilaisia toimintakyvyn mittareita	27
5.1.5 Toimintakyvyn mittaaminen ensihoidossa ja päivystyspoliklinikoilla	28
5.1.6 TOIMIA-tietokanta	29
5.2 Toimintakyvyn ja toimintakyvyn laskua ennakoivien riskitekijöiden arviointi osana palvelutarpeen tunnistamista	30
5.2.1 Arkitoimintojen arviointi	30
5.2.2 Toimintakyvyn osa-alueiden arviointi	31
5.2.3 Muiden toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden arviointi	33
6 PROSESSIN KUVAUS	36
7 TUOTTEEN KUVAUS JA KÄYTTÖ	42

8 EETTISYYS	46
9 LUOTETTAVUUS	48
10 POHDINTA	50
LÄHTEET	53

LIITTEET

Liite 1. Sosiaalihuollon tuen tarpeet ja tarpeisiin vastaavat palvelut

Liite 2. Palvelutarpeen tunnistuslomake

KUVAT

Kuva 1. Ehdotus palvelutarpeen selvittämisen prosessista (Moisio ym. 2013, 30). 22

Kuva 2. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Kerätär ym. 2014, 496).26

PALVELUTARPEEN TUNNISTUSLOMAKKEN OSIOT

Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 1. Henkilö- ja taustatiedot.....	42
Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 2. Arki- ja päivittäistoiminnot.....	43
Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 3. Toimintakyky	43
Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 4. Asuinympäristön riskitekijät	44
Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 5. Lisätiedot.....	44
Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 6. Suostumus tai ilmoitusvelvollisuus.....	45

KÄYTETYT LYHENTEET JA SANASTO

AUDIT-C	Lyhennetty versio laajemmasta AUDIT-testistä (Alcohol Use Disorders Identification Test). Seuloo alkoholin ongelmakäyttöä (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2015)
BADL	Basic Activities of Daily Living; Päivittäiset perustoiminnot (Autio & Heikkilä 2013, 8).
IADL	Instrumental Activities of Daily Living; Päivittäiset väline-toiminnot (Autio & Heikkilä 2013, 8).
ICD	International Classification of Diseases; WHO:n tautiluokitus (WHO 2016).
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health; WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (WHO 2016).
Palvelutarpeen arviointi	Tehdään etuuksien tai palvelun saamiseksi, sosiaalihuollon ammattihenkilön toimesta (Finne-Soveri ym. 2011).
Palvelutarpeen tunnistaminen	Osa palvelutarpeiden arviointi ja selvittämisprosessia. Palvelutarpeiden arviointiprosessi käynnistyy tarpeen tunnistamisella. (Moisio ym. 2013, 30.)
RAI	Resident Assessment Instrument; Laaja asiakaspohjainen seuranta- ja arviointijärjestelmä (Strandberg 2013).
RAVA	Ikääntyneen ihmisen toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja palvelun tarvetta mittaava mittari (Autio 2012).
WHO	World health organization; Maailman terveysjärjestö (WHO 2016).

1 JOHDANTO

Vuosien saatossa ensihoidon tehtävämäärät ovat kasvaneet ja tehtävien luonne muuttunut. Päivystyspisteitä on keskitetty, laitoshoitopaikat ovat vähentyneet ja yhä useampi ihminen asuu kotonaan kauemmin kotihoidon turvin. Keskitysten myötä päivystyspisteet ovat ruuhkaantuneet, mikä korostaa ensihoidon merkitystä potilasvirtojen hallinnassa. Kuljetuksen tarpeellisuuden arviointi sekä tarkoituksenmukaisimman hoitopaikan valinta ovat ensihoidon tehtäviä. (Määttä 2013, 14–17.) Palveluiden suurkäyttäjät kuormittavat perusterveydenhuoltoa, sosiaalihuoltoa ja erikoissairaanhoidoa. Oulussa tehdyn tutkimuksen mukaan vain 10 prosenttia terveystalveluiden käyttäjistä aiheuttaa 80 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. Turussa tehdyn potilasvirta-analyysin mukaan 25 prosenttia terveystalveluiden käyttäjistä käyttää kaksi kolmasosaa palveluista. (Jalo 2014, 4.)

Tunnistamalla terveystalveluiden suurkuluttajat tai sosiaalipalveluista hyötyvät henkilöt jo varhaisessa vaiheessa, voidaan potilaat ohjata entistä tehokkaammin oikean avun piiriin. Varhainen palvelutarpeen tunnistaminen lisää ajoissa tehtyjä yhteydenottoja sosiaalitoimeen, mikä parhaimmassa tapauksessa voi johtaa terveystalvelujen kuormituskierteen katkeamiseen.

Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301) ja vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980) mukaan palvelutarpeita aletaan selvittää vasta, kun henkilö hakeutuu palvelutarpeen arviointiin itse, hakee sosiaalipalveluita tai hyvinvointia edistäviä palveluissa on yhdessä henkilön kanssa havaittu avun tarve. Palvelutarvetta voidaan alkaa selvittää myös ulkopuolisen tahon, esimerkiksi ensihoidon tekemän ilmoituksen perusteella. Kaikki sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeessa olevat eivät välttämättä ole tietoisia omista oikeuksistaan, eivätkä osaa hakea laissa mainittuja palveluja itse, jolloin palvelutarpeen havaitseminen voi jäädä huomiotta.

Osa kunnista järjestää vanhuksille ehkäiseviä ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, jotka edistävät vanhuksen kotona selviytymistä. Yhtenäistä valtakunnallista tapaa ehkäisevien arviointikäyntien järjestämiseksi ei ole ja toiminta on usein rajoittunut vain tiettyyn ikäryhmään. (Häkkinen 2014.) Palvelutarve ei kuitenkaan katso ikää vaan tarve voi ilmaantua kenelle tahansa. Ensihoidon tekemät alkukartoitukset voisivat sääs-

tää terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden resursseja ohjaamalla palvelutarpeen arviosta hyötyvät ihmiset sosiaalitoimen tietoon.

Palvelutarvetta kartoitettaessa toimintakyvyn arviointi on keskeisessä roolissa (Finne-Soveri ym. 2011; Moisio ym. 2013, 30). Toimintakyky on ihmisen hyvinvointiin liittyvä laaja-alainen käsite, joka kuvastaa ihmisen suoriutumista itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeen elää (THL 2015b). Tällä hetkellä ei ole käytössä systemaattista tapaa tai ohjeistusta, miten ensihoito arvioisi potilaan toimintakykyä. Jokainen ensihoitaja kirjaa tietoja tai havaintojaan potilaan toimintakyvystä ja kotona selviytymisestä yksilöllisesti. Ensihoitajilla on ainutlaatuinen tilaisuus nähdä potilaan kotiolot ja havainnoida kotona selviytymistä. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja pelastuslaitoksen työntekijöitä tekemään sosiaalihuoltoon ilmoituksen henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 § 35).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda lomake potilaan palvelutarpeen tunnistamiseksi ensihoidon käyttöön. Lomakkeen avulla ensihoitajat tekevät ensiarvion potilaan toimintakyvystä ja kotioloista sekä ilmoituksen asianomaiselle toimijalle. Lomakkeen avulla voidaan tunnistaa potilaan mahdollinen palvelutarve ja tehdä ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta, jonka jälkeen varsinainen palvelutarpeen arviointi tehdään sosiaalihuollon ammattihenkilön toimesta. Toimintamallin tarkoituksena on vähentää turhia kuljetuksia ja päivystysten ruuhkautumista sekä ohjata potilas nopeammin tarkoituksenmukaisen palvelun piiriin. Lomakkeen tarkoituksena on yhtenäistää ensihoitajien toimintatapoja ja kirjaamiskäytänteitä potilaan selviytymiskyvyn kartoittamiseksi.

Opinnäytetyö on osa suunnitteilla olevaa MyEHPAKE-hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää ensihoitopalvelua moniammatillisena yhteistyönä. Hankeen tarkoituksena on löytää terveyspalveluiden kuormittaja nopeammin jo ennen terveyspalveluiden kulutuskierteen alkamista, vähentää ensihoidon kuljetusten määrää sekä tuottaa parempaa palvelua asiakkaille. Työn toimeksiantaja on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri Timo Iiro ja ohjaavana opettajana toimii MyEHPAKE-hankkeen projektipäällikkö, TtT, ensihoidon yliopettaja Jari Säämänen.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on luoda lomake ensihoitajien käyttöön, jonka avulla potilaan avun ja tuen tarve voidaan kartoittaa ja tunnistaa aikaisempaa laaja-alaisemmin jo varhaisessa vaiheessa. Lomakkeella kerättävä tieto auttaa ensihoitajia arvioimaan avun ja tuen tarpeen sekä auttaa potilaan ohjaamisessa tarpeita vastaavan avun ja tuen piiriin.

Opinnäytetyön lopputuotetta voidaan hyödyntää terveydenhuoltoa kuormittavien riskipotilaiden seulomiseksi. Jos riskikierteen katkaisussa tai välttämisessä onnistutaan, saadaan terveydenhuollon toimipisteet tarkoituksenmukaiseen käyttöön sekä toiminta kustannustehokkaammaksi. Toimintamalli voi vaikuttaa päivystyksen potilas-virtoihin karsimalla turhia kuljetuksia, kun potilas saadaan ohjattua suoraan sen palvelun piiriin, joka vastaa hänen tarpeitaan. Avun saaminen todelliseen ongelmaan vähentää asiakkaan toistuvia yhteydenottoja hätäkeskukseen sekä terveystalujen kuormittamista. Lomakkeen avulla palveluiden ja tukitoimien järjestäminen helpottuu sekä yhteistyö ja tiedonkulku selkeytyvät sosiaali- ja terveystalujen välillä.

Tavoitteena on luoda uusi lomake, jota on yksinkertaista käyttää. Lomakkeesta on tarkoitus tulla ilmi potilaan toimintakyky käsittäen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen hyvinvoinnin sekä kotioloita. Lomake ohjaa ensihoitajaa miettimään, voisiko potilas hyötyä sosiaalihuollon palveluista. Lomake on tarkoitus täyttää yhteistyössä potilaan kanssa. Mikäli potilas ei anna suostumustaan ottaa yhteyttä sosiaalihuoltoon, voi lomakkeen avulla arvioida täyttyvätkö sosiaalihuoltoilmoituksen kriteerit.

Lomakkeen käytön tulisi olla yksinkertaista ja käyttökynnyksen matala. Lomake tulee täyttää aina, kun ensihoitajalle herää huoli potilaan selviytymisestä. Ensihoitajan arvioidessa potilaan tarvitsevan muuta kuin terveydenhuollon palveluita, tulee palveluntarve kartoittaa ja tehdä ilmoitus asianomaiselle taholle. Potilaan ilmaistessa huolensa omasta selviytymisestäään, tulee lomake ehdottomasti täyttää ja ohjata potilas oikean avun piiriin.

Terveydenhuollon jatkohoitopaikka hyötyy lomakkeesta saamalla potilaasta tietoa, joka ei välttämättä selviä terveydenhuollon jatkohoitopaikassa potilasta tarkkailemalla tai haastatteleamalla. Tällaista tietoa on esimerkiksi kotona liikkuminen, asuinolot, kodin

siisteys ja potilaan kokema muu turvattomuuden tunne pärjäämisestään. Lomake ohjaa jatkohoitopaikkaa ajattelemaan potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda ensihoidolle keino tunnistaa ne henkilöt, jotka hyötyisivät varhaisesta palvelutarpeen kartoituksesta. Opinnäytetyön lopputuotteena oleva lomake on tarkoitus ottaa ensihoidon käyttöön Varsinais-Suomen alueella. Opinnäytetyötä ja lopputuotetta voidaan hyödyntää soveltuvilta osin myös valtakunnallisesti. Lomake tulee muodoltaan olemaan yksipuolinen A4 kokoinen. Sisällöltään lomake etenee järjestelmällisesti, sisältäen rästittavia kohtia fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja kognitiivisesta toimintakyvystä sekä kotiympäristöstä. Lomakkeen lopussa on tilaa vapaamuotoiseen kuvaukseen mahdollisista puutteista ja avun tarpeesta.

3 ENSIHOITOJÄRJESTELMÄ JA SOSIAALIHUOLTO

3.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka tehtävänä on taata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuteen joutuneen potilaan hoidontarpeen arviointi, hoito ja tarvittaessa kuljetus (Silfast & Kinnunen 2012, 14; Määttä 2013, 14). Jokainen sairaanhoitopiiri saa päättää miten alueellaan ensihoitopalvelun järjestää, kuitenkin yhteistyössä terveydenhuollon päivystävien toimipisteiden, terveys- ja sosiaalitoimen laitosten, ensihoitopalvelun tuottajien ja yhteistyöviranomaisten kanssa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 39).

Ensihoitopalvelun merkitys on kasvanut päivystysten keskittämisen myötä. Hyvin toimiva ensihoitopalvelu vähentää päivystysalueiden potilasmääriä sekä ohjaa potilaat suoraan tarkoituksenmukaisiin perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon hoitopaikoihin. Ensihoitoyksikkö aloittaa potilaan hoidon kohdatessaan tämän. Potilaat tutkitaan ja tiedot kirjataan ensihoitokertomukseen. Kaikki ensihoidon potilaat eivät tarvitse välitöntä hoitoa päivystyspisteessä. Näissä tapauksissa voidaan harkita kuljettamatta jättämistä. (Määttä 2013, 16–17.)

Ensihoidon toimintaympäristö ja työn luonne muistuttaa pelastustoimen, poliisin ja muiden turvallisuusalan toimijoiden työtä, sillä työtä tehdään päivystysluonteisesti ihmisten kodeissa, työpaikoilla ja julkisilla paikoilla. Ensihoidon tehtäväkirjo on laaja ja siinä korostuu yhteistyö eri viranomaisten ja toimijoiden kanssa. (Määttä 2013, 14.)

Ensihoidolle on tyypillistä varautua kiireellisten tilanteiden hoitoon, joita kuitenkin tulee vain harvoin vastaan. Tehtävät jakautuvat laajasti, vaihdellen aina vanhuksen yksinäisyydestä sydänpysähdykseen tai suuronnettomuuteen. (Määttä 2013, 14.) Vuosien saatossa ensihoidon tehtävämäärät ovat kasvaneet ja tehtävien laatu muuttunut (Lowthian ym. 2011; Määttä 2013, 14). Tehtävämäärän kasvun taustalla on useita syitä esimerkiksi kansalaisten parempi tietoisuus ensihoidon palveluista, terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset sekä hätäkeskusuudistus. Ensihoidon tehtävämäärään ja -luonteeseen ovat vaikuttaneet myös väestön ikääntyminen, pitkäaikaisairaiden määrän kasvu, päihteiden käytön lisääntyminen, yksinäisyyden lisääntyminen ja turvaverkostojen puuttuminen. (Määttä 2013, 14.)

3.1.1 Ensihoitopalvelua ohjaava lainsäädäntö ja viranomaismääräykset

Ensihoitopalvelussa noudatetaan kaikkia terveydenhuoltoa koskevia lakeja, asetuksia, viranomaisohjeita, periaatteita, arvoja, oikeuksia ja velvollisuuksia. Nämä velvoittavat kaikkia ensihoidossa työskenteleviä. Terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326) on suoraan ensihoidon osalta säädetty ensihoitopalvelun järjestämisestä, ensihoitopalvelun sisällöstä, asetuksenantovaltuudesta sekä ensihoitokeskuksesta. Laki pätee muutoinkin soveltuvin osin ensihoitopalveluun.

Sairaanhoitopiirin tulee järjestää alueensa ensihoitopalvelu. Sairaanhoitopiiri voi järjestää palvelun itsenäisesti, yhteistyössä alueensa pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa taikka hankkimalla palvelun muulta palvelun tuottajalta. Jokaisen sairaanhoitopiirin on laadittava oman alueensa ensihoidon palvelutasopäätös. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Toiminta tulee järjestää siten, että ensihoidon tarkoituksenmukaisuus ja tehokkuus tulee huomioitua myös ruuhkatilanteissa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 39.)

Ensihoitopalveluun kuuluu hoitolaitoksen ulkopuolella äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ja tarvittaessa kuljetus tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön. Potilas, omaiset tai muut osalliset on kyettävä ohjaamaan psykososiaalisen tuen piiriin. Ensihoitovalmiutta on ylläpidettävä ja tarvittaessa annettava virka-apua muille viranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi. Ensihoitopalvelun tulee myös osallistua alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 40.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määritelmistä sekä ensivastetoiminnasta. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 41.)

3.1.2 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin palvelutasopäätös

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on järjestänyt ensihoitopalvelun alueellaan osittain yhteistyössä pelastuslaitosten kanssa ja osittain ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi sairaanhoitopiiri voi sopia palvelun tuottamisesta muiden sairaanhoitopiirien kanssa. Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen ensihoidon ylilääkäri johtaa ensihoitopalvelua ja päivystävä ensihoitolääkäri johtaa päivittäistä operatiivista toimintaa. Ensihoitolääkärin ohjauksessa toimii ensihoidon kenttäjohtajat. Turun kenttäjohtaja vastaa koko sairaanhoitopiirin kenttäjohtamisesta ja koordinoi ensihoitotehtäviä. Lisäksi kenttäjohtaja koordinoi kiireettömiä siirtokuljetuksia yhdessä ajojärjestelijän kanssa. Lisäksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toimii alueelliset kenttäjohtajat aluesairaaloitten yhteydessä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014.)

Palvelutasopäätöksessä määritellään pätevyysvaatimukset perustason ensihoitoyksikön henkilöstöstä. Perustason yksikön henkilöstöstä ainakin toisen tulee olla terveydenhuoltolaissa määritelty ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus. Toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. Myös pelastajatutkinnon ennen ensihoitoasetuksen voimaantuloa 1.5.2011 suorittaneet ja säännöllisesti perustason ensihoidon tehtävissä toimineet voivat kahdestaan muodostaa perustason ensihoidon yksikön henkilöstön. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014.)

Hoitotason yksikössä vähintään toisen tulee olla hoitotason ensihoitaja ja työparina tulee olla vähintään perustason ensihoitaja pätevyuden omaava henkilö. Hoitotason ensihoitajan koulutusvaatimuksena on ensihoitaja (AMK) tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa määritelty laillistettu sairaanhoitaja, joka on käynyt 30 opintopisteen ensihoitoon suuntautuneen lisäkoulutuksen. Lisäkoulutusta ei vaadita niiltä sairaanhoitajilta, joilla oli hoitotason lupa ennen 1.5.2011 voimaantullutta ensihoitoasetusta. Ensihoidon kenttäjohtajan tulee täyttää hoitotason ensihoitajan koulutusvaatimukset, minkä lisäksi hänellä tulee olla riittävä tehtävän edellyttämä kokemus sekä hallinnollinen ja operatiivinen osaaminen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014.)

3.1.3 Hoito- ja perustason ensihoitajan osaamisvaatimukset

Perustason ensihoitaja osaa arvioida potilaan tilaa, suunnitella ja toteuttaa tarvittavan perushoidon sekä ensihoidon. Hän osaa ohjata asiakasta ensihoitoon liittyvissä tilanteissa. Perustason ensihoitajan tulee myös kyetä työskentelemään moniammatillisessa työryhmässä, viestiä viranomaisverkossa sekä tehdä viranomaisyhteistyötä. Hänen tulee osata käyttää ensihoidon tutkimusmenetelmiä ja välineitä sekä antaa lääkkeitä ja toteuttaa lääkehoitoa lähihoitajan vastuualueella. Hän kykenee ratkaisemaan työssään kohtaamia ongelmia sekä käyttämän ensihoitopalvelussa työskentelyn edellyttämää tietoperustaa. (Opetushallitus 2014, 38–48.)

Hoitotason ensihoitajalla on perustason ensihoitajan ja sairaanhoitajan osaamisen lisäksi ensihoidossa tarvittavaa erityisosaamista. Hoitotason ensihoitajalla on valmius työskennellä ja kommunikoida moniammatillisesti eri viranomaisten kanssa. Ensihoitotehtävillä hoitotason ensihoitaja kykenee toimimaan terveydenhuollon asiantuntijana potilaan tilan arvioinnissa. Ensihoitajan tulee kyetä perustamaan ratkaisunsa luotettavaan näyttöön perustuen hyödyntäen uusinta tieteellistä tietoa. (Valtakunnallinen ensihoidon amk-verkosto 2015.)

Hoitotason ensihoitaja osaa tutkia potilaan systemaattisesti hyödyntäen ensihoidon teknologiaa ja osaa tulkita mittausten avulla saatua tietoa sekä hyödyntää sitä potilaan tilan arvioinnissa. Tutkimusten ja mittausten perusteella hoitotason ensihoitaja osaa pyytää lääkäriltä hoito-ohjetta ja toteuttaa potilaan hoidon tämän mukaisesti. Hoitotason ensihoitaja kykenee toteuttamaan itsenäisesti turvallista lääkehoitoa säädösten ja alueellisten hoito-ohjeiden mukaisesti. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää hyvä tiedonkulku jatkohoitopaikkaan tai muille potilaan hoitoon osallistuville tahoille. Tämän vuoksi ensihoitajan tulee kyetä kirjaamaan potilaan tilaa, tilannetta ja tapahtumia koskevat havainnot, hoitopäätökset, annettu hoito ja sen vaikutukset. Hoitotason ensihoitaja osaa arvioida kuljetuksen tarpeellisuutta, oikeaa hoitopaikkaa ja ohjata kuljettamatta jätettyä potilasta jatkohoitoon liittyvissä asioissa. (Valtakunnallinen ensihoidon amk-verkosto 2015.)

Ensihoitohenkilöstön osaamisen lisäämisellä voidaan oletettavasti parantaa potilaan tilan arviointia ja ymmärtämistä. Laajempi ymmärrys todennäköisesti parantaa potilasohjausta. Hoitotason ensihoitaja pystyy todennäköisemmin ohjaamaan potilaan suoraan tarkoituksenmukaiseen yksikköön, kun taas perustason ensihoitajan on pääsään-

töisesti kuljetettava potilas lähimpään terveydenhuollon yksikköön tilannearviota varten. Potilaan kuljettaminen tarkoituksenmukaisimpaan yksikköön vähentää hoidon viivettä ja terveydenhuoltojärjestelmän kuormitusta. Erityisesti säästöt korostuvat, jos potilas voidaan hoitaa pelkästään ensihoidon toimenpitein, ilman päivystyksessä käyntiä. (Ryynänen ym. 2008.)

Ensihoitajakoulutuksen osaamisalueisiin ei tällä hetkellä kuulu sosiaalityön tunteminen (Opetushallitus 2014, 38–48; Valtakunnallinen ensihoidon amk-verkosto 2015). Ensihoidossa keskitytään tällä hetkellä lähinnä sairauden tai vamman hoitamiseen, sekä akuutin terveydenhuollon tarpeen arvioimiseen. Selviytymiskykyyn liittyvien riskitekijöiden tunnistaminen ja niihin puuttuminen jää usein vähäiselle huomiolle. (Logan ym. 2010.) Tulevaisuudessa olisi hyvä kehittää ja lisätä ensihoidon ja eri palveluntuottajien välistä yhteistyötä potilaiden kotona pärjäämisen edistämiseksi (Sach ym. 2012).

Markkanen ja Puro (2011) arvioivat raportissaan, että tulevaisuudessa työelämän haasteiksi muodostuvat henkilöstöpula ja pienenevät terveydenhuollon resurssit, joihin pystyttäisiin vastaamaan sosiaali- ja terveystalouden paremmalla integroinnilla. Integroinnin onnistumisen yhtenä edellytyksenä on koulutuksen kehittäminen vastaamaan paremmin tulevaisuuden työelämän tarpeita. Nykyinen sosiaali- ja terveystalouden toimenpide-, ongelma- ja sairauskeskeinen koulutus ei enää riitä.

3.2 Sosiaalihuollon palvelut ja tukitoimet

Kunnat ovat vastuussa sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteutuksesta. Sosiaalihuoltoon sisältyy sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sosiaalihuollon tehtävät ja palvelut. Osana hyvinvoinnin edistämistä kunnat ovat järjestäneen sosiaalihuollon neuvontaa, ohjausta ja rakenteellista sosiaalityötä. (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.)

Sosiaalipalveluita ovat muun muassa sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kotipalvelu, kotihoito, asumispalvelut, laitospalvelut, liikkumista tukevat palvelut, päihdetyö, mielenterveystyö, kasvatus- ja perheneuvonta sekä muut sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaisiin tarpeisiin (liite 1) vastaavat asiakkaan hyvinvoinnille välttämättömät sosiaalipalvelut. (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 § 14.) Tämän lisäksi erityislainsäädännön perusteella tarjottavia kunnallisia sosiaalipalveluja ovat esimerkiksi vammaispalvelut, kehitysvammaisten erityishuolto, toimeentulotuki, lastensuojelu,

kuntouttava työtoiminta, perhehoito, omaishoidon tuki ja kotouttamiseen liittyvät tehtävät. (STM.)

Palvelutarpeen arviointi tarkoittaa arjesta suoriutumisen kattavaa, moniammatillista ja monipuolista arviointia palvelujen tai tukien saamiseksi. Arvioinnin suorittaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset yhdessä arvioitavana olevan henkilön tai hänen edustajansa kanssa. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettävillä palveluilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalan palveluita. Näiden lisäksi voidaan arvioida tarvetta kuntien ja Kelan myöntämille rahallisille tai siihen verrattaville tuille, jotka auttavat selviytymään itsenäisesti. Tällaisia tukia ovat esimerkiksi omaishoidon tuki ja kodin muutostyöt. Myös yksityisen tai kolmannen sektorin eli järjestöjen ja vapaaehtoistoiminnan palvelut, kuten siivous ja lumenluonti, otetaan huomioon. (Finne-Soveri ym. 2011.)

Palvelujen tarvetta aletaan selvittää, kun henkilö ottaa itse yhteyttä sosiaalihuoltoon tai sosiaalihuolto saa jotain muuta kautta selville henkilön mahdollisesta sosiaalihuollon tarpeesta. Tieto sosiaalihuollon tarpeesta olevasta henkilöstä voi tulla esimerkiksi terveydenhuollon kautta, potilaan kotiutuessa sairaalasta. (STM 2015, 60.)

Jokainen on oikeutettu saamaan palvelutarpeensa arvioiduksi, ellei arvion tekeminen ole selvästi tarpeetonta. Arviointi on toteutettava viipymättä ja kiireelliset palvelut tulee järjestää heti. Arviointia tehdessä asiakkaalle tulee selvittää hänen lainsäädännölliset oikeutensa ja velvollisuutensa sekä eri vaihtoehdot palvelujen toteuttamiseksi. Asiakkaalla on myös oikeus saada hänelle nimetty työntekijä, joka vastaa asiakkaan tarpeiden ja edun mukaisesti palvelujen järjestymisestä. (STM.)

Palvelutarpeen arviointitilanteessa olisi hyvä tasapainottaa arvioitavan henkilön oma subjektiivinen arvio avuntarpeesta sekä asiantuntijan tekemä arvio, jolloin syntyy arvio palvelutarpeesta (STM 2006). Omaisilta ja tukiverkostoilta voi saada arvioinnin kannalta tärkeää tietoa, mutta nämä voivat osallistua arviointiin vain asiakkaan suostumuksella (Mäkelä ym. 2013). Toimintakyvyn arviointi on yksi tärkeä osa palvelutarpeen arviointia, mutta se ei yksin riitä. Tämän lisäksi tarvitaan keskusteluja apua tarvitsevan henkilön sekä hänen omaistensa kanssa, päivittäisistä toiminnoista selviytymisen havainnointia ja ympäristötekijöiden vaikutuksen selvittämistä. Arviointia tehdessä tarpeeseen tulee usein kotikäynti asiakkaan luokse tai kutsu vastaanotolle sosiaalitoimistoon. Kotikäynti on kuitenkin ensisijainen toimintatapa, sillä se antaa enemmän tietoa arjessa selviytymisestä. (STM 2006.)

3.3 Ensihoitopalvelun ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö

Ensihoito toimii yleensä yhteistyössä ensihoitopalvelun toiminta-alueen sosiaalipäivystyksen kanssa. Yhteistyö liittyy yleensä lastensuojelun tehtäviin, psykososiaalisen tuen tehtäviin, vanhusten kotona pärjäämisen varmistamiseen sekä majoitus- ja asumispalvelutarpeiden arviointiin liittyviin tilanteisiin. (STM 2011.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (9.2.2007/159) ei salli potilastietojen luovuttamista sosiaali- ja terveydenhuollon välillä ilman potilaan suostumusta, ellei jokin muu laki toisin määrää. Lainsäädäntö saattaa jossain määrin hankaloittaa ja hidastaa tiedonkulkua sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, jossa hyvän yhteistyön ja tiedonkulun merkitys on kuitenkin suuri (Määttä 2013, 19).

Markkanen ja Puro (2011) toteavat raportissaan, että sosiaali- ja terveysalan välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää integroimalla palveluja paremmin. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuu jatkuvasti lisääntyviä vaatimuksia, vaikka samalla käytettävissä olevat resurssit ja voimavarat ovat lisääntyneet vain niukasti. Kustannuksia ei ole mahdollista kasvattaa vaan haasteisiin on pystyttävä vastaamaan nykyisellä työvoimalla. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tulevaisuudessa palveluja tulee integroida ja yhteistyötä lisätä eri toimijoiden välillä. Markkasen ja Puron mukaan sosiaalihuollon sekä terveydenhuollon työntekijöiden välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua tulee kehittää luomalla muun muassa yhteisiä tietokantoja sekä toimintamalleja.

3.4 Sosiaalihuoltoilmoitus ja ilmoitusvelvollisuus

Terveydenhuollon ammattihenkilön ja pelastuslaitoksen työntekijän huomatessa työssään henkilön, jonka sosiaalihuollon tarve on selvästi havaittava, on ohjattava hänet hakemaan sosiaalipalveluja. Henkilön antaessa suostumuksensa yhteydenottoon, on viranomaisen oltava yhteydessä sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen. Mikäli suostumusta ei kuitenkaan saada, mutta henkilö on selvästi kykenemätön hoitamaan omaa terveyttään, huolenpitoaan tai turvallisuuttaan, tai lapsen etu sitä vaatii, on sosiaalihuoltoilmoitus tehtävä viipymättä ja salassapitovelvollisuuden estämättä. (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 § 35.)

Lähtökohtaisesti sosiaalihuollon ilmoitus tulee tehdä yhteistyössä potilaan kanssa. Terveystieteiden ammattihenkilö on velvollinen antamaan potilaalle ohjausta sosiaalipalveluiden hakemiseksi. Mikäli potilas suostuu, voi viranomaisena olla yhteydessä sosiaalitoimeen potilaan puolesta. Säännöksen tarkoitus on lisätä ajoissa tehtyjä yhteydenottoja ja yhteistyötä potilaiden kanssa. Tämä ohjaa eri toimijoita toimimaan entistä asiakaslähtöisemmin ja kustannustehokkaammin ohjaamalla potilaat entistä paremmin oikeaan viranomaisen luokse. Säännöksen merkitys korostuu erityisesti, kun potilas ei kykene omaehtoisesti tai itsenäisesti ottamaan yhteyttä oikeaan viranomaiseen. Sosiaalihuollon ilmoitus ei ole riippuvainen potilaan iästä. (STM 2015, 61–63.)

Sosiaalihuoltoilmoitusta vastaava velvoite sisältyy myös vanhuspalvelulain (Laki ikäännyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista 28.12.2012/980) 25 §:ään. Säännöksen tarkoituksena on varmistaa iäkkään henkilön huolenpito silloin, kun hän ei itse osaa tai ymmärrä sitä pyytää. Vanhus saattaa olla jo joidenkin palvelujen ja tukien piirissä, mutta ne voivat olla liian niukkoja tai muuten sopimattomia hänen tarpeisiinsa. Tällaisessa tapauksessa tulee myös tehdä ilmoitus vastaavalle viranomaiselle.

Sosiaalihuoltoilmoitusta tehdessä erillistä lastensuojeluilmoitusta ei ole tarpeen tehdä, mikäli ilmoitusvelvollinen on yhteydessä sosiaaliviranomaiseen palvelutarpeen selvittämisen vuoksi välittömästi. Lasta koskevan ilmoituksen tekemiseen ei tarvita asiakkaan suostumusta. Riittää, että tarve ehkäiseville palveluille huomataan. Sosiaalihuoltolain mukainen ilmoitusvelvollisuus syntyy aiemmin kuin lastensuojelulaissa. Käytännössä jatkossa tulisi toimia sosiaalihuoltolain mukaisesti, eikä lastensuojeluilmoitusta enää tarvittaisi yhtä usein. (STM 2015, 61–63.)

4 TOIMINTAKYVYN ARVIOINNIN JA PALVELUTARPEEN TUNNISTAMISEN MERKITYS

Ambulanssien käyttöaste on kasvanut monissa kehittyneissä maissa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Tähän on vaikuttanut väestön ikääntyminen, muutokset sosiaalisissa tukiverkoissa, terveystietoisuus ja kasvava ihmisten terveyspalveluiden saatavuus ja kasvava ihmisten terveys- ja elämäntietoisuus. Jatkuva ambulanssien käyttöasteen nousu lisää vaatimuksia ensihoitopalvelulle ja terveydenhuollolle, mikä mahdollisesti tulevaisuudessa vaarantaa näiden palveluiden saatavuutta, laatua, turvallisuutta sekä tuloksia. (Lowthian ym. 2011.)

Tutkimukset osoittavat päivystysten ruuhkautumisen olevan kansainvälisesti hyvin yleistä ja siitä on muodostumassa yhä akuutimpi ongelma. Päivystysten ruuhkautuminen yhdistetään suurentuneeseen kuolleisuuteen ja huonoon hoidon laatuun. (Carter ym. 2014.) Suomessa päivystysten perustehtävä on hämärtynyt. Päivystys tarjoaa väestölle usein palveluita myös ei-kiireellisten ja ei-lääketieteellisten ongelmien selvittämiseen. Suomeen on kehittynyt toimintamalli, jossa päivystystä käytetään ei-kiireellisten palveluiden korvaamiseksi ruuhkauttaen terveydenhuollon päivystyspisteitä. (STM 2010.)

Turussa toteutetussa potilasvirta-analyysissä havaittiin, että vain 25 prosenttia terveyspalveluiden käyttäjistä kuluttaa jopa kaksi kolmasosaa kaikista palveluista. Terveystietoisuuden suurkuluttajat olivat joko työikäisiä psykiatrian asiakkaita tai moniongelmaisia eläkeikäisiä, joilla oli diagnooseja keskimäärin yli neljästä eri ICD luokituksen pääryhmästä. Keskeisimmät diagnoosipääryhmät olivat kasvaimet, tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, verenkiertoelinten sairaudet, silmän ja sen apuelinten sairaudet sekä korvan ja kiertolähteen sairaudet. (PriceWaterhouseCoopers Oy Consulting 2012). Myös Lontoossa tehdyssä tutkimuksessa huomattiin, että suurimmalla osalla hätäkeskukseen usein soittavista oli useita ja monitahoisia ongelmia. Hätäkeskukseen usein soittavilla esiintyi eniten seuraavia ongelmia: usein toistuvia terveydenhuollollisia tarpeita, akuutteja tai kroonisia mielenterveyshäiriöitä, korkea ikä tai sosiaalihuollon tarpeita. (Edwards ym. 2015.) Parhaan tuloksen saavuttamiseksi moniongelmaisilla suurkuluttajilla tulisi korostaa kokonaisvaltaista hoitomuotoa henkilökohtaisella lähestymistavalla (PriceWaterhouseCoopers Oy Consulting 2012; Edwards ym. 2015.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus on kerännyt tietoa kuntien asukkaiden terveydestä ja hyvinvoinnista ja niihin vaikuttavista tekijöistä (THL 2015a). Vuonna 2015 kerätyn kyselyn tiedoista selvisi, että 2,1 prosenttia (n=37 670) väestöstä koki saaneensa riittämättömästi sosiaalitukeen liittyviä palveluita. Kyselyssä 5 prosenttia yli 55-vuotiaista koki saavansa riittämättömästi apua heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. (Kaikkonen ym. 2015.)

Yhteiskunta kannustaa vanhusväestöä asumaan kodissaan mahdollisimman pitkään, ja suurin osa yli 65 vuotiaista näin tekeekin. Tukiverkoston sirpaloituminen voi jättää vanhuksen yksin huonojen kulkuyhteyksien päähän ilman hyviä terveydenhuollon kontakteja. (Lowthian ym. 2011.) Tutkimusten mukaan ensihoidon yksittäisenä hälytystehtävänä esiin nousevat vanhusten kaatumiset (Logan ym. 2010; Simpson ym. 2013). Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan ambulanssin saamista hälytystehtävistä 5,1 prosenttia oli yli 65 -vuotiaiden kaatumisesta aiheutuneita tehtäviä (Simpson ym. 2013). Tällä hetkellä ensihoito arvioi vamman laadun, kuljetuksen tarpeen ja hoitaa tarvittaessa kuljetuksen sairaalaan. Tämä toimintamalli ei ota huomioon kaatumisen riskitekijöitä, eikä myöskään yritä vaikuttaa niihin. (Logan ym. 2010.)

Vanhuksen kaatumisen jälkeen aloitetulla kuntoutuksella on voitu huomattavasti vähentävää tulevien kaatumisten määrää ja parantaa elämänlaatua. Englannissa tutkittu kaatumisen esto-ohjelma toteutettiin kotiin tehtävillä moniammatillisen ryhmän kotikäynneillä sekä ryhmätapaamisilla. Moniammatilliseen ryhmään kuului fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sairaanhoitaja, jotka tarvittaessa ohjasivat potilaan muiden asiantuntijoiden luokse. Huomiota kiinnitettiin muun muassa kodin vaaratekijöihin sekä potilaan toimintakykyyn. (Logan ym. 2010.) Kaatumisen esto-ohjelman ohella tutkittiin erikseen myös kustannusvaikutuksia. Kustannustehokkuus oli ilmeistä ja voitiin todeta, että ensihoidon ja kotona pärjäämistä tukevien palveluiden välisiä toimintatapoja tulisi jatkossa kehittää (Sach ym. 2012). Lisäämällä ensihoitajien koulutusta ja asiakkaan yksilöllistä moniammatillista interventiota on voitu vähentää huomattavasti kaatumisia, ambulanssi soittoja, päivystyskäyntejä ja sairaalahoitoja (Mikolaizak ym. 2013; Logan ym. 2010).

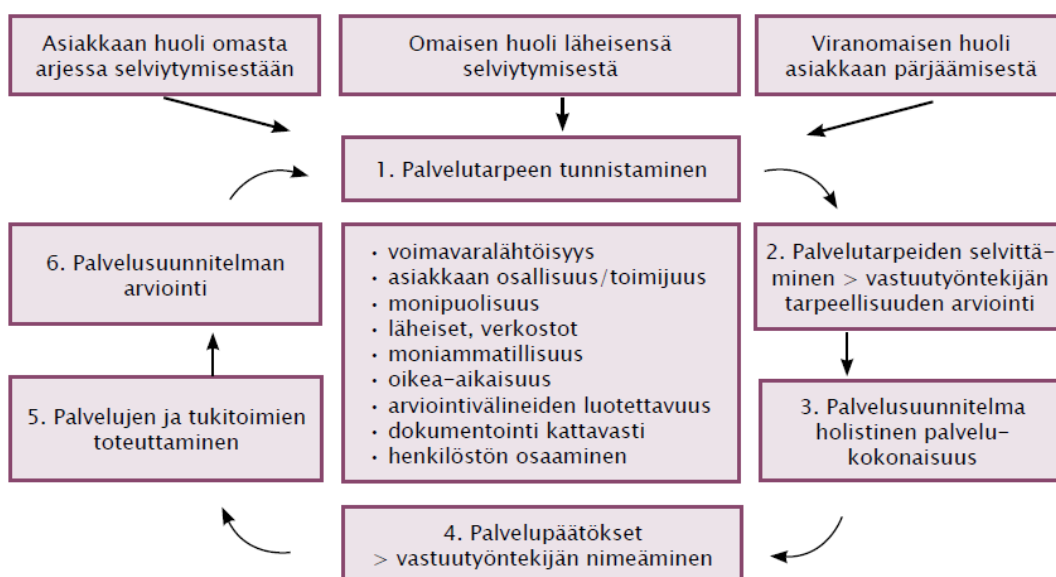
Kue, Ramstrom, Weisberg ja Restuccia (2009) käsittelevät retrospektiivisessä tutkimusraportissa Englannissa ensihoitajien tekemää potilaan ohjausta jatkoselvittelyihin sosiaalipalveluiden saamiseksi. Ensihoitajilla on ainutlaatuinen tilaisuus arvioida sekä terveydenhuollollisia tarpeita, ympäristön asettamia riskejä sekä sosiaalipuolen ongelmia ja huolia, joita ei ehkä muuten tunnistettaisi. Tarjoamalla ensihoitoon järjestelmä tai toimintatapa saumattoman hoidon jatkumiseksi, voidaan helpottaa muiden viranomais-

ten toteuttaman jatkoselvittelyn järjestämistä. Tutkimuksen aikana ensihoitajat saivat työpaikkakoulutusta kodin turvallisuuden sekä avuntarpeen arvioimiseksi. Ensihoitajilla oli käytössään arviointityökalu, joka auttoi tunnistamaan potentiaaliset huolenaiheet riskiryhmään kuuluvilla vanhuspotilailla. Tutkimuksessa huomattiin, että ensihoitajien tekemät ilmoitukset olivat yhteydessä suurempaan hoitomyönteisyyteen jatkoselvitte-lyiden aikana. Tutkimuksella voitiin myös osoittaa, että ensihoitajilla on ainutlaatuinen tilaisuus tunnistaa riskiryhmään kuuluvia vanhuspotilaita sekä tarjota välitöntä pääsyä jatkokäsittelyyn sopivien palveluiden löytämiseksi. Ennen onnettomuutta tapahtuva ennaltaehkäisevä puuttuminen auttaa ylläpitämään vanhusten terveyttä, itsenäisyyttä ja hyvinvointia.

5 PALVELUTARPEEN TUNNISTAMINEN

Lainsäädännössä edellytetään toimintakyvyn arviointia palvelujen tai etuuksien saamiseksi. Vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980) säädetään, että iäkkään palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä on iäkkään toimintakyky arvioitava monipuolisesti luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Uudistuneessa sosiaalihuoltolaissa (30.12.2014/1301) on kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota tuen ja palvelutarpeiden selvittämiseen ja sitä kautta toimintakyvyn arvioon.

Terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut ovat yksi väylä tunnistaa palvelutarve ja käynnistää varsinainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeiden selvitys ja toteutus (Mäkelä ym. 2013). Kuvassa 1 on esitetty palvelutarpeen selvitysprosessi. Viranomaisen huoli johtaa palvelutarpeiden tunnistamiseen ja sen jälkeen palvelutarpeiden selvittämiseen ja palvelusuunnitelman laatimiseen (Moisio ym. 2013, 30).



Kuva 1. Ehdotus palvelutarpeen selvittämisen prosessista (Moisio ym. 2013, 30).

Terveyttä ja hyvinvointia edistävissä palveluissa palvelutarpeen tunnistamiseksi tulee toimintakykyä arvioida porrastetusti. Aluksi kartoittavilla kysymyksillä arvioidaan missä toimintakyvyn osa-alueessa on ongelmia. Tämän jälkeen arviointia syvennetään ongelmia sisältäneiden osa-alueiden osalta käyttäen luotettaviksi todettuja mittausmene-

telmiä. Jokaisesta mitattavasta ja tarkasteltavasta toimintakyvyn osa-alueesta olisi hyvä käyttää useampaa eri mittaria tai mittaustapaa. Yksinkertaisten ja kartoittavien kysymysten tarkoituksena on ohjata keskustelua oikeaan suuntaan ja ammattihenkilön tulee itse pohtia, mitkä kartoituksen vastaukset tai havainnot aiheuttavat huolta. (Mäkelä ym. 2013.)

Tarkempi osa-alueen arviointi saattaa joskus olla tarpeen järjestää eri yhteydessä esimerkiksi silloin, kun arvioinnin suorittaminen vaatii erityistä osaamista tai aika ei riitä tilanteen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen. Tarvittaessa henkilö ohjataan laajempaan palvelutarpeen selvitykseen ja monipuoliseen toimintakyvyn arvioon. (Mäkelä ym. 2013.) Vanhuspalvelulain (28.12.2012/980 § 15) mukaan palvelutarpeen selvityksestä vastaavalla henkilöllä tulee olla laaja-alaista asiantuntemusta aiheesta. Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301 § 36) mukaan palvelutarpeen arvioinnin voi suorittaa ainoastaan henkilö, jolla on sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa tarkoitettu kelpoisuus.

Toimintakyvyn arviointi ja toimintakyvyn laskua ennakoivien riskitekijöiden tunnistaminen ja kartoittaminen on tärkeä osa palvelutarpeen arviointiprosessia (STM 2006). Potilaan yksilölliset tekijät ja tarpeet tulee huomioida oikeiden palvelujen valitsemiseksi (STM 2015, 12).

5.1 Toimintakyky

Toimintakyky tarkoittaa kaikkia ruumiin ja kehon toimintoja, suorituksia ja osallistumisia. Toimintakykyä kuvataan tasapainotilana henkilön fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten taitojen ja toiminnan välillä. Toimintakyvyn tila ei ole pysyvä vaan se muuttuu elämäntilanteen mukaan. (Pohjolainen & Saltychev 2015, 20.) Muutos jollakin yksittäisen toimintakyvyn osa-alueella heijastuu aina ihmisen koko toimintakykyyn (Kähäri-Wiik 2007, 13–14).

Nykyisin toimintakyky käsitetään kahden vallitsevan toimintakyky käsityksen kautta. Perinteisessä biolääketieteellisessä mallissa toimintakyky nähdään rajoitetusti ja yksinkertaisena. Biolääketieteellisen mallin mukaan sairauden hoito poistaa sairauden tai vamman aiheuttaman toiminnan rajoituksen. Moniulotteinen biopsykososiaalinen toimintakyvyn käsitys ajattelee toimintakykyä laaja-alaisemmin. Biopsykososiaalisen käsityksen mukaan sairauden hoito ei välttämättä palauta toimintakykyä ennalleen, vaan

toimintakyvyn paranemiseen vaikuttavat myös muut seikat, kuten sen hetkinen elämäntilanne. Biopsykososiaalisen mallin käyttö on yleistymässä sen tarjoaman monipuolisemman ajattelun takia. Esimerkiksi vamma tavallisella ihmisellä ja kilpaurheilijalla on sama, mutta sen vaikutus toimintakykyyn on erilainen, koska elämän aiheuttamat vaatimukset ovat erilaiset. (Pohjolainen & Saltychev 2015, 21.)

Toiminnan rajoitteen käsite kuvaa kehon toiminnan puutteita sekä suoritustoiminnan ja osallistumisen esteitä (Pohjolainen & Saltychev 2015, 20). Toiminnan vajauksella tarkoitetaan vaikeutta tai avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa, joita tarvitaan itsenäisessä elämisessä. Toiminnanvajaus syntyy, kun ihmisen oma suorituskyky ei enää riitä vastaamaan ympäristön asettamiin vaatimuksiin. (Pitkälä ym. 2010.)

5.1.1 Toimintakyvyn osa-alueet

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysistä kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista omassa toimintaympäristössään (Kähäri-Wiik 2007, 13–14; Mäkelä ym. 2013; THL 2015c). Liikkumiskyky on olennainen osa fyysistä toimintakykyä (Mäkelä ym. 2013). Fyysisen toimintakyvyn edellytyksiä ovat lihaskunto, liikkeen hallintakyky sekä aistitoiminnot. Lihaskuntoon kuuluvat voima, kestävyys ja notkeus. Liikkeen hallintaan kuuluu koordinaatio-, reaktio- ja tasapainokyky. Fyysiseen toimintakyvyn edellyttämät aistitoiminnot sisältävät muun muassa näkö- ja kuuloaistin (Kähäri-Wiik 2007, 13–14; THL 2015c.)

Psyykkisen toimintakyvyn käsitteessä on kyse ihmisen voimavaroista, joiden avulla hän pystyy selviytymään arjen haasteista ja kriisitilanteista. Psyykinen toimintakyky kattaa tuntemiseen ja ajatteluun liittyviä toimintoja, kuten kykyä vastaanottaa tietoa, käsitellä sitä, muodostaa käsityksiä itsestään ja ympäröivästä maailmasta. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen kykenee tekemään harkittuja päätöksiä, suhtautuu luottavaisesti tulevaisuuteen ja kykyynsä selviytyä arjen tilanteista. (Aalto 2011.)

Kognitiiviset toiminnot ovat keskeisiä psyykkisiä toimintoja, mutta usein ne mielletään omaksi toimintakyvyn osa-alueeksi, erityisesti viitattaessa muistiin ja oppimiseen (THL 2015c). Kognitiivinen toimintakyky käsittää tiedon vastaanottoon, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä toimintoja. Kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttaa esimerkiksi ikä, mielentila, vireystila, stressi sekä somaattiset ja psyykkiset sairaudet. (Tuulio-Henriksson 2011.) Henkilön voidaan katsoa olevan kognitiivisesti toimintakykyinen, kun

hän kognitiivisten toimintojen avulla kykenee suoriutumaan jokapäiväiseen elämään kuuluvien asioiden hoitamisesta sekä kykenee työ- ja opintotehtävien sekä muiden tehtävien suorittamiseen, omien taitojensa mukaisesti (Kuikka ym. 2014).

Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttaa osittain fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet, sekä olennaisesti ympäristön ominaisuudet (THL 2015c). Sosiaalinen toimintakyky eroaa muista toimintakyvyn osa-alueista siten, että sitä ei voida tarkastella pelkästään yksilön ominaisuutena. Sosiaalinen toimintakyky vaikuttaa henkilön suoriutumiseen yhteisössä, niin lähipiirissä kuin yhteiskunnassa. Sosiaalisesti toimintakykyinen pystyy vuorovaikutukseen, rooleista suoriutumiseen, sosiaaliseen aktiivisuuteen ja osallistumiseen sekä tuntee yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksia. (Tiikkainen 2013, 284–286.)

Ympäristötekijöitä pidetään myös yhtenä toimintakyvyn osa-alueena (WHO 1997). Toimintakyky on aina liitoksissa siihen ympäristöön, missä toiminta tapahtuu. Ympäristö voi joko tukea tai haitata henkilön toimintaa. (Mäkelä ym. 2013.) Elinympäristön toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi viihtyisyys, turvallisuus, esteettömyys, sosiaalinen ympäristö, palveluympäristö ja teknologinen ympäristö (WHO 1997; Mäkelä ym. 2013).

5.1.2 Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen

Toimintakykyä arvioidaan keskustellen, havainnoiden ja mittareita käyttäen (Finne-Soveri ym. 2011). Toimintakyvyn mittaamista käytetään esimerkiksi yksilöiden työkyvyn, kuntoutustarpeen ja avuntarpeen arvioimiseksi. Arvioinnin avulla voidaan tunnistaa ja löytää riskiryhmiä sekä avuntarpeessa olevia henkilöitä. Näin ehkäisevät toimenpiteet on mahdollista suunnata tehokkaasti oikeille henkilöille. Toimintakyvyn arvioinnista saatavaa tietoa voidaan käyttää esimerkiksi sairauksien, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, seurannassa, vaikuttavuuden arvioinnissa sekä tehtäessä päätöksiä sosiaaliturvan etuuksien ja palveluiden myöntämisestä. (Pohjolainen 2009, 18.)

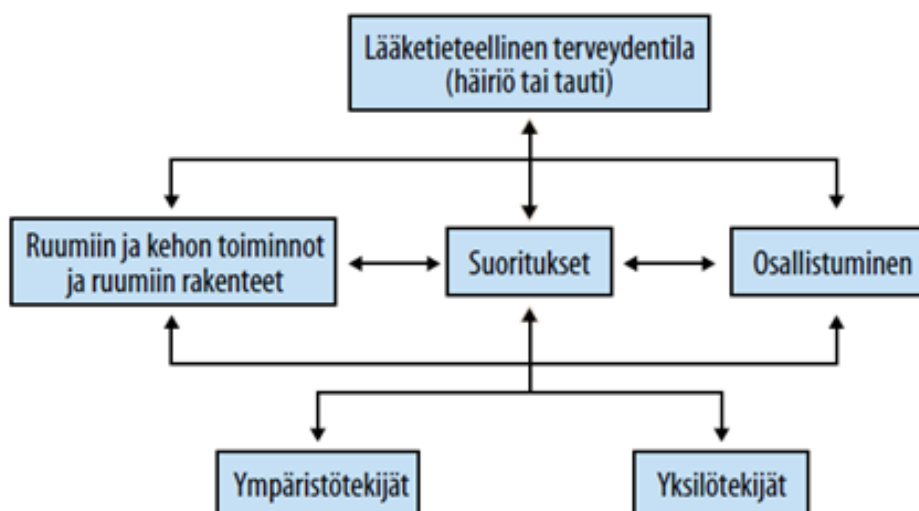
Toimintakyvyn osa-alueet liittyvät toinen toisiinsa ja niitä tulee arvioida kokonaisuutena. Arvioinnin tulee olla systemaattista, esimerkiksi saman palvelun toteuttajayksikössä tulee selvästi sopia käytettävät arviointimenetelmät ja mittaustavat sekä kaikki arvioinnin tekevät ammattilaiset tulee olla koulutettu arviointimenetelmien käyttöön. Yksittäinen kysymys, havainto tai testi ei sellaisenaan ole riittävä ja tehokas tunnistamaan uhkaa-

vaa toimintakyvyn heikkenemistä. Kuitenkin yksittäinen asia, esimerkiksi harrastuksista luopuminen tai ristiriita kerrotun ja havaitun välillä, saattaa olla varoitus toimintakyvyn eri osa-alueiden ongelmien olemassaolosta tai uhasta. (Mäkelä ym. 2013.)

5.1.3 Toimintakykyluokitus ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health eli ICF on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, joka hyväksyttiin vuonna 2001 WHO:n yleiskokouksessa uudeksi kansainväliseksi standardiksi toimintakyvyn kuvaamiseksi. Luokituksen tarkoituksena on yhtenäistää toimintakyvyn kuvaamiseen käytettäviä käsitteitä. ICF on WHO:n toimintakykyluokitus tautiluokitus ICD rinnalle. Tautiluokitus kuvaa tautia tai terveydentilaa ja ICF kuvaa, miten sairauden tai vamman vaikutus näkyy ihmisen arjessa ja elämässä. (WHO 2013, 6; Pohjolainen & Saltychev 2015, 21–22.)

ICF-luokitus jakautuu kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa käsitellään toimintakyky ja toiminnan rajoitteet sisältäen ruumiin toiminnot, ruumiinrakenteen sekä aktiviteetin ja osallisuuden. Toinen osa käsittelee kontekstuaalisia tekijöitä sisältäen ympäristötekijät sekä yksilölliset tekijät. Kaikki toimintakyvyn osa-alueet ovat yhteydessä toinen toisiinsa (Kuva 2) ja muutos yhdessä tekijässä vaikuttaa myös toiseen, joskus monimutkaistenkin yhteyksien kautta. (STM 2006; WHO 2013, 7.)



Kuva 2. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Kerätär ym. 2014, 496).

ICF-luokituksen toistettavuutta ja validiteettia ei voida tarkastella samalla tavalla, kuin yhden yksittäisen mittarin. ICF on käsitteellinen sanakirja eikä se sellaisenaan vastaa mittaria. Toimintakyvyn käsitteiden määrittäminen ICF-luokituksen mukaisesti ei ole toimintakyvyn mittaamista, vaan mittaaminen edellyttää luokituksen käsitteitä mittaavien arviointimenetelmien käyttämistä. (Paltamaa ym. 2006.)

5.1.4 Erilaisia toimintakyvyn mittareita

Toimintakyvyn mittaamiseen tarkoitettuja mittareita on useita, mittausmenetelmien kirjo on laaja ja yksittäisistä menetelmistä voi olla käytössä useita eri versioita. Käytettäviksi valittujen mittareiden valinta ei aina perustu näyttöön niiden pätevydestä tai soveltuvuudesta. Kaikkiin tarkoituksiin ei ole olemassa edes yhtä luotettavaksi todettua mittaria tai menetelmää. Mittareiden tulisi olla päteviä, jotta mittaamisella voitaisiin saada luotettavaa tietoa potilaan toimintakyvystä. (Toimia 2014, 3.)

Toimintakykyä arvioivat ja mittaavat useat eri ammattiryhmät. Toiminta- ja työkyvyn mitta- ja arviointikäytäntöjen pitäisi olla standardoituja ja käytettyjen mittausmenetelmien tulisi olla päteviä, toistettavia ja muutosherkkiä. (Pohjolainen 2009, 18; Pohjolainen & Saltychev 2015, 25–27.) Toimintakykymittarin valinnassa tulee kiinnittää huomiota tilanteeseen, jossa mittaria käytetään, tavoitteeseen johon mittaamisella pyritään ja kohderyhmään jota mitataan (Finne-Soveri, 2009; Pohjolainen 2009, 18; Pohjolainen & Saltychev 2015, 25–27).

Barthelin indeksi

Indeksi kehitettiin alun perin pitkäaikaispotilaille toimintakyvyn arviointia varten osoittamaan tarvittava hoidon määrä ennen ja jälkeen kuntoutusta. Myöhemmin mittaria alettiin käyttää sairauksien ja toiminnanvajeiden havaitsemisessa sekä kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa. Indeksi mittaa aikuisten itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa. (Autio 2011.) Indeksi on helppokäyttöinen ja nopea maailmanlaajuisesti yleisesti käytetty toimintakyvyn mittari, jossa on hyvin validoitu asteikko. Se on osoitettu luotettavaksi ja kohtalaisen herkäksi havaitsemaan toimintakyvyn muutoksia. (Finne-Soveri 2009; Autio 2011.) Mittarista on olemassa useita eri versioita. Alkuperäisessä versiossa arvioidaan ruokailemista, vuoteesta tuoliin siirtymistä, hygieniasta huolehtimista, wc:ssä käymistä ja aineenvaihduntaa, pukemista sekä liikkumista. Mittari

arvioi henkilöstä sitä, mitä hän todella tekee; ei sitä mihin suorituksiin henkilö kykenisi. (Autio 2011.)

RAVA

RAVA indeksiä käytetään Suomessa paljon potilaan laitoshoidon tarpeen arviointiin. Indeksini omistaa Suomen kuntaliitto, joka on luovuttanut käyttö- ja lisenssioikeuden FCG Konsultoinnille. Mittarin avulla voidaan arvioida ikääntyneiden toimintakykyä ja avuntarvetta. RAVA arvioinnit tallennetaan valtakunnalliseen tietokantaan RAVATAR ohjelmalla, jonka avulla pystytään tekemään kuntien välistä arviointia. Mittari mittaa pääasiassa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja sen lisäksi olisi suositeltavaa käyttää muistia ja mielialaa tarkentavia mittareita. Mittari arvioi toimintakykyä aistitoimintojen, puheen, liikkumisen, aineenvaihdunnan, syömisen, lääkityksen, pukeutumisen, peseytymisen, muistin ja psyykeen kautta. (Autio 2012.)

RAI

RAI on kansainvälinen kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI on maailmalla laajalti käytössä oleva järjestelmä ja se on todettu luotettavaksi eri metodein mitattaessa. Järjestelmä sisältää kyselylomakkeita sekä kyselylomakkeiden sisältöä täsmentäviä käsikirjoja ja apuvälineitä yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimiseksi. Toistuvalla tiedonkeruulla seurataan yksilöllisen hoidon ja elämänlaadun koheneamista ja kartoitetaan tarvittavat resurssit laaja-alaisesti. (Strandberg 2013.)

5.1.5 Toimintakyvyn mittaaminen ensihoidossa ja päivystyspoliklinikoilla

Suomessa ensihoidon käyttöön on kehitelty vasta yksi mittari: ECOG (Korva & Latvala 2015). Kansainväliset päivystyksissä käytetyt toimintakyvyn mittarit ovat pääsääntöisesti lyhyitä ja nopeita ja niillä voidaan tunnistaa muun muassa alkavat sairaalakierteet sekä uhkaava toimintakyvyn heikkeneminen (Graf ym. 2012).

Tutkituimpia päivystyksissä käytettyjä toimintakyvyn seulontatyökaluja ovat ISAR ja TRST, jotka ovat tarkoitettu seulomaan potilaita, joilla on korkea riski uuteen suunnittelemaan terveydenhuollon päivystyskäyntiin (Graf ym. 2012). Molemmat seulonta-

työkalut ovat lyhyitä alle kymmenen kysymyksen patteristoja sisältäen kysymyksiä muun muassa muistiongelmista, käytössä olevien lääkkeiden määrästä ja viimeaikaisista sairaalahoidoista (Buurman ym. 2011). Olemassa olevat työkalut ovat tarkoitettu lähinnä alkavien sairaalakierteiden tunnistamiseen, mutta eivät sellaisenaan sovi käytettäväksi palvelutarpeen tunnistamiseen.

Ensihoidossa toimintakyvyn mittareita ei juuri ole systemaattisesti käytössä. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä testattiin ECOG luokituksen käytettävyyttä ensihoidossa, tarkoituksena siirtää se mahdollisesti tulevaisuudessa sähköiseen ensihoitokertomukseen. ECOG on alun perin syöpäpotilaiden hoitoon tarkoitettu toimintakyvyn mittari, jonka THL:n projektiryhmä muokkasi ensihoidon käyttöön. ECOG luokitus perustuu lähinnä yksilön fyysiseen suorituskykyyn eikä huomioi psyykkistä, sosiaalista tai ympäristön vaikutusta. Luokituksessa arvioidaan potilaan fyysistä toimintakykyä asteikolla 0-4, jossa 0 kuvaa täysin omatoimista ja 4 täysin ulkoisen hoivan varassa tai vuodepotilaana olevaa. ECOG luokitus todettiin helppokäyttöiseksi ja potilaan toimintakyvyn arviointia pidettiin hyvänä ja arvokkaana tiedonlähteenä. Tutkimuksessa todettiin luokituksen tarvitsevan tulevaisuudessa jatkokehittelyä. Lisäksi tietoa tulisi kerätä pidemmältä aikaväliltä. (Korva & Latvala 2015.) Palvelutarpeen tunnistamiseen tai toimintakyvyn laajempaan selvitykseen ECOG luokitus ei kuitenkaan sellaisenaan sovellu. Luokitus on hyvin karkea ja siitä saatava informaatio kertoo lähinnä potilaan toimintakyvyn lähtötasosta.

5.1.6 TOIMIA-tietokanta

TOIMIA on toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto, jonka ovat perustaneet Kela, Kuntien Eläkevakuutus, Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos sekä Työterveyslaitos. TOIMIA:n tarkoitus on yhtenäistää toimintakyvyn mittaamista ja arviointia, joka on mahdollista vain laajalla yhteistyöllä, sillä toimintakyvyn osa-alueet ja siihen liittyvät muut tekijät tekevät aihealueesta huomattavan laajan ja moniulotteisen kokonaisuuden. (Toimia 2014, 3.)

TOIMIA-tietokantaan on koottu yhteen erilaisia toimintakyvyn mittareita ja suosituksia. TOIMIA arvioi toimintakyvyn mittareita ja laatii suosituksia toimintakyvyn mittaamiseen erilaisissa tilanteissa ja käyttötarkoituksissa. TOIMIA-tietokannan suositukset ja mittariarviointit tehdään asiantuntijaryhmissä, jonka jälkeen suositukset lähtevät lausunto-

kierrokselle erilaisten näkemysten kokoamiseksi. Suosituksia ja mittariarvioita päivitetään viiden vuoden välein ja aina, kun tarvetta ilmenee. (Toimia 2014, 3–4.)

5.2 Toimintakyvyn ja toimintakyvyn laskua ennakoivien riskitekijöiden arviointi osana palvelutarpeen tunnistamista

Toiminnanrajoitteita ja palvelutarpeita esiintyy eniten vanhemmissa ikäluokissa. Toiminnanrajoitteet eivät kuitenkaan jakaudu tasaisesti väestön ikäryhmien sisällä, vaan sosioekonomiset erot, esimerkiksi alhainen koulutus ja pienet tulot vaikuttavat toimintakyvyn ongelmien syntyyn. Toimia ja palveluja kohdennettaessa on huomio kiinnitettävä erityisesti juuri näihin riskiryhmiin, joilla esiintyy eniten toimintakyvyn laskua ennakoivia riskitekijöitä. Riskitekijät tunnistamalla ja niihin vaikuttamalla voidaan vähentää tai jopa estää palveluiden tarvetta. Tällaisia riskitekijöitä ovat aistitoimintojen heikkeneminen, kaatumisalttius, ulkona liikkumisen vähentyminen, liikkumisen ongelmat, ravitsemustilan poikkeamat, hauraus-raihnaus-oireyhtymään viittaavat merkit, muistin heikkeneminen, mielialan lasku, runsas päihteiden käyttö, yksinäisyys, runsas sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö, pienituloisuus, puolison menettäminen sekä kaltoinkohtelu. (STM 2013, 25–26.)

Arvioitaessa henkilön mahdollista palvelutarvetta on hyvä huomioida ainakin seuraavat osa-alueet: Arjesta suoriutuminen, toimintakyvyn neljä ulottuvuutta (fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen), terveydentila ja kipu, asuinympäristöön liittyvät tekijät, turvattomuus, ravitsemustila, taloudellisen tilanteen vakaus sekä henkilön voimavarat (Finne-Soveri ym. 2011; Autio & Heikkilä 2013, 7).

5.2.1 Arkitoimintojen arviointi

Arjesta suoriutumisen arviointi edellyttää välinetoiminnoista sekä perustoiminnoista suoriutumisen arviointia. Arkitoiminnoista suoriutumiseen vaikuttaa henkilön kyky kompensoida toimintakyvyn vajeita käytössä olevien apuvälineiden ja -keinojen avulla. (Finne-Soveri ym. 2011.) Vaikeudet alkavat usein monimutkaisten ja vaativien asioiden hoidosta, kuten laitteiden käytöstä tai raskaista siivoustöistä. Toimintakyvyn ollessa jo selvästi heikentynyt alkavat vaikeudet myös päivittäisten yksinkertaisten asioiden, kuten peseytymisen, hoidossa. (Mäkelä ym. 2013.) Suomen väestöä koskevasta tutkimuksesta selviää, että vuonna 2015 jopa 25 prosenttia yli 75-vuotiaista koki arkiaska-

reissa suuria vaikeuksia. Naiset kokivat selvästi miehiä enemmän vaikeuksia arkiaskareiden hoidossa. Tutkimuksessa arkiaskareiksi luettiin kuuluvaksi: aterioiden valmistus, ruoan pureskelu, peseytyminen, henkilökohtainen siisteys, pukeutuminen ja riisuuntuminen, wc:ssä käynti, kevyet kotityöt, raha-asioiden hoito, ruokakaupassa käynti, lääkityksestä huolehtiminen. (Kaikkonen ym. 2015.)

5.2.2 Toimintakyvyn osa-alueiden arviointi

Fyysinen toimintakyky

Liikkumiskyky on fyysisen toimintakyvyn keskeinen osa, joka on myös tulevaa avuntarvetta hyvin ennustava tekijä. Liikkumiskyvyn laaja-alaiseen arvioon sisältyy henkilön oma arvio liikkumisestaan, liikkumiskyvyn testaaminen ja kaatumisalttiuden selvittäminen. Liikkumiskyvyn heikentyminen on usein ensimmäinen merkki alkaneesta toimintakyvyn heikkenemisestä. (Mäkelä ym. 2013.) Prekliiniset liikkumiskyvyn heikkenemisen merkit, kuten kävelyn hidastuminen, kävelyn vähentyminen ja väsyminen ennustivat varsinaisen liikkumiskyvyn ongelmien kehittymistä ja kaatumisten lisääntymistä hyväkuntoisilla itsenäisesti asuvilla iäkkäillä henkilöillä (Mänty 2011).

Kaatumishistorian on huomattu ennustavan uusia kaatumisia ja jopa puolet kaatuneista kaatuu uudestaan seuraavan vuoden sisällä (Mankkinen 2011, 13–14; Logan ym. 2012). Kaatumisista aiheutuvilla haitoilla, kuten fyysisillä vammoilla tai itsenäisyyden menetyksellä on suora yhteys elämänlaatuun (Simpson ym. 2013). Kaatumisten taustalla olevat syyt ovat joko henkilöön itseensä liittyviä syitä tai ympäristöön liittyviä vaaratekijöitä. Kaatumis- ja putoamistapaturmien on huomattu olevan yleisin ei-sairaus perusteinen kuolinsyy yli 65-vuotiailla. (Mankkinen 2011, 13–14.) Vuonna 2015 jopa 31,6 prosenttia yli 75-vuotiaista suomalaisista oli kaatunut viimeisen vuoden aikana ja 23,9 prosenttia koki 500 metrin kävelymatkalla suuria vaikeuksia. (Kaikkonen ym. 2015).

Psyykkinen toimintakyky

Psyykkisen toimintakyvyn ongelmat ilmenevät usein masennuksena ja päihteiden käytönä. Väestötutkimuksen mukaan, jopa yksi neljäsosa suomalaisista oli tuntenut ma-

sennusoireita yhtäjaksoisesti kahden viikon ajan viimeisen vuoden sisällä (Kaikkonen ym. 2015). Päihteiden riskikäyttöön liittyy useita ongelmia, muun muassa fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja. (Mäkelä ym. 2013.) Vuoden 2015 tilaston mukaan AUDIT-C -mittarilla mitattuna alkoholin liikaa käyttävien osuus väestöstä oli 27,9 prosenttia (n=37 670) (Kaikkonen ym. 2015).

Muistisairaiden psyykkisen toimintakyvyn ongelmat voivat ilmetä epäluuloisuutena tai harhaluuloisuutena, mitä ei kuitenkaan voida yksinkertaisten testien avulla selvittää. Näiden ongelmien havaitsemiseksi on tärkeä kiinnittää huomiota, mikäli keskustelun yhteydessä ilmenee ristiriitaa kerrotun ja havaitun välillä tai muuten syntyy outo vaikutelma tilanteesta. (Mäkelä ym. 2013.) Mielenterveysongelmiin saattaa liittyä alentunut kyky hahmottaa omaa tilannettaan ja subjektiivinen sekä objektiivinen näkemys voivat olla ristiriidassa keskenään. Keskeisestä toimintaympäristöstä olisi hyvä saada objektiivisia havaintoja, esimerkiksi omaisen kuvaus arjen sujumisesta kotona tai muun palveluverkoston havaitsema tuentarve. Masennusta ja ahdistuneisuutta olisi hyvä seuloa erityisesti paljon terveyspalveluita käyttäviltä henkilöiltä. (Tuisku ym. 2011.)

Psyykkisen toimintakyvyn arviointi ei voi perustua ainoastaan yksittäiseen arviointimenetelmään tai mittariin. Arvioinnissa voidaan kuitenkin käyttää apuna erilaisia oiremittareita tai arviointiasteikkoja. Useimmat oiremittarit perustuvat henkilön itsearviointiin, mikä tulisi ottaa huomioon vastausten tulkinnassa ja jatkoselvittelyssä. (Tuisku ym. 2011.) Psyykkistä toimintakykyä selvitettäessä on kysymysten asettelulla ja luottamuksen saavuttamisella suuri merkitys, mikä vaatii työntekijältä hyvää ammattitaitoa ja kokemusta (Autio & Heikkilä 2013, 9–10).

Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivisen toimintakyvyn vaje voi vaikuttaa arkitoiminnoista suoriutumiseen (Autio & Heikkilä 2013, 9; Mäkelä ym. 2013). Vuonna 2015 suomalaisista yli 55-vuotiaista 4,4 prosenttia koki muistinsa huonoksi (Kaikkonen ym. 2015). Kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen ei aina ole helppoa huomata, sillä henkilö ei itse välttämättä kiinnitä siihen huomiota tai halua tuoda sitä ilmi (Mäkelä ym. 2013). Perheenjäsenten havainnot ovat yleensä hyödyllisiä kognitiivista toimintakykyä ja etenkin siinä tapahtuneita muutoksia arvioitaessa (Kuikka ym. 2014). Arvioinnissa on tärkeää kiinnittää huomiota siihen tietoon, jonka arvioinnin suorittaja saa havaintojen ja vaikutelmien kautta selville arvioinnin aikana (Mäkelä ym. 2013), esimerkiksi kognitiivista toimintakykyä voidaan

kartoittaa kysymällä lääkkeiden otosta ja havainnoimalla kotiympäristöä (Autio & Heikkilä 2013, 9). Kognitiiviseen toimintakykyyn voivat vaikuttaa monet syyt, kuten mielen-terveyden häiriöt, päihteiden käyttö, neurologiset sairaudet, somaattiset sairaudet, oireet ja lääkitykset (Kuikka ym. 2014).

Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisen toimintakyvyn arvioon tulee sisällyttää ihmissuhteiden määrä ja luonne sekä henkilön osallistuminen yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin (Finne-Soveri ym. 2011; Autio & Heikkilä 2013, 10). Sosiaalisen toimintakyvyn parhaana arviointitapana voidaan pitää keskustelua henkilö toiminnasta sosiaalisissa tilanteissa sekä sosiaalisista verkoista ja sosiaalisten suhteiden voimavaroista. Keskustelun yhteydessä tehdyt havainnot voivat tuoda tietoon asioita, joita henkilön on vaikea ottaa itse puheeksi, kuten kaltoinkohtelu tai perheväkivalta. (Mäkelä ym. 2013.) Yksinäisyyden on todettu merkittävästi ennustavan kuolleisuutta, kognitiivisen toimintakyvyn laskua ja laitoshoidon joutumista (Tilvis ym. 2000b). Vuonna 2015 yksinäiseksi itsensä tunsivat 8,6 prosenttia väestöstä (n=37 670) ja yli 75-vuotiaista jopa 11,2 prosenttia. (Kaikkonen ym. 2015.)

5.2.3 Muiden toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden arviointi

Terveydentila

Terveydentilan heikkeneminen ja sairastavuuden lisääntyminen iän myötä heikentävät vähittäin toimintakykyä ja lisäävät avun tarvetta. Osa sairauksista voidaan sopeutua ja niistä aiheutuvia toiminnanvajauksia voidaan kompensoida. Iäkkään ihmisen oma arvio terveydentilasta on hyvä ottaa huomioon, sillä se vaikuttaa esimerkiksi terveyspalvelujen käyttöasteeseen ja ennustaa terveydentilan myöhempää kehitystä. Selviytyminen päivittäisistä toiminnoista sekä oireet ja niiden haitat ovat keskeisiä tekijöitä iäkkään terveyden ja toimintakyvyn arvioinnissa. Iäkkäät ovat usein monisairaita, mikä voi johtaa useiden lääkkeiden käyttöön ja niistä koituviin ongelmiin. (Heikkinen 2005.)

Kipu

Kipu on subjektiivinen kokemus, jonka vaikutukset voivat näkyä toimintakyvyn muutoksina. Kipua arvioitaessa on hyvä kysyä potilaan omaa näkemystä kivun syystä ja sen merkityksestä toimintakykyyn. (Haanpää ym. 2008.) Krooniseen kipuun on todettu liittyvän psykologisia ilmiöitä, esimerkiksi masennusta, toivottomuutta sekä muistin ja asioiden hahmottamisen vaikeutta. Kivusta kärsivä henkilö voi joutua kivun takia luopumaan joistain aikaisemmista toiminnoistaan, kuten harrastuksista, mikä usein johtaa masentuneisuuteen. (Granström 2004.)

Ympäristö

Ympäristön arvioinnissa on hyvä kiinnittää huomiota ympäristön vaaratekijöihin, kuten valaistukseen, paloturvallisuuteen, liikkumisen esteisiin, mattoihin, kynnyksiin, rappuun sekä vaativiin asuinolosuhteisiin, kuten puiden ja veden kantamiseen (Autio & Heikkilä 2013, 11). Asuinympäristön esteet hankaloittavat iäkkäiden arjesta selviytymistä ja lisäävät tapaturmariskiä (STM 2013).

Turvallisuus

Turvattomuuden tunne voi johtaa liikkumisen vähentämiseen, sosiaalisten suhteiden vähenemiseen, yksinäisyyden lisääntymiseen ja syrjäytymiseen. Syrjäytyminen ja yksinäisyys ovat turvallisuusriski joka ikäluokassa. Turvallisuuden tunnetta lisää esimerkiksi hyväksi koettu terveydentila, tutut naapurit, valaistus, asuntojen turvalukitus ja mahdollisuus liikkua turvallisesti. Yleisin ikääntyvillä esiintyvä pelko on kaatumisen pelko. (Mankkinen 2011, 8–10.)

Ravitsemus

Ravitsemustilan ongelmat iäkkäillä voivat hoitamattomina johtaa laihtumisen, toimintakyvyn heikkenemisen, iho-ongelmien ja infektioiden kierteeseen (Hakala 2015). Vähäinen proteiinien ja D-vitamiinin saanti voivat aiheuttaa lihaskatoa heikentäen liikkumista ja toimintakykyä, jonka seurauksena kaatumis- ja murtumisvaara kasvavat. Heikko

ravitsemustila lisää myös infektiosairauksille altistumista. (Suominen & Pitkälä 2010; Hakala 2015.)

Taloudellinen tilanne

Taloudellisen tilanteen vakaudella on osoitettu olevan yhteys parempaan toimintakykyyn vanhemmalla iällä (Rautio ym. 2001; Rautio ym. 2005). Sosiaalitoimen yksi tehtävä on toimeentulon tukeminen (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 § 11). Ihminen, joka ei kykene järjestämään itselleen ihmisarvon edellyttämää turvaa on oikeutettu välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon (Perustuslaki 11.6.1999/731 § 19). Vuonna 2015 noin kolmasosa suomalaisista koki menojen kattamisen nykyisillä tuloillaan hankalaksi (Kaikkonen ym. 2015).

6 PROSESSIN KUVAUS

Opinnäytetyöprosessi alkoi tammikuussa 2016, kun aihe saatiin toimeksiantona Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri Timo Irolalta. Opinnäytetyö on osa suunnitteilla olevaa MyEHPAKE-hanketta.

Opinnäytetyön työstäminen alkoi kattavalla tiedonhauilla ja tietoperustan laajentamisella. Tiedonhaussa käytettiin suomalaisia sekä kansainvälisiä artikkeliviitetietokantoja, kuten Arto, Medic, Pubmed ja Google scholar. Hakusanoina käytettiin muun muassa ensihoito, toimintakyky, tool, instrument, social service, emergency medical service, elderly, medical overuse ja patient profiling. Tietolähteinä käytettiin asiantuntija artikkeleita, tieteellisiä julkaisuja sekä lääketieteen ja hoitoalan kirjoja. Yhtenä tietolähteenä käytettiin suomalaista TOIMIA-tietokantaa, johon on koottu yhteen erilaisia toimintakyvyn mittareita ja suosituksia. TOIMIA arvioi mittareita ja laatii suosituksia toimintakyvyn mittaamiseen erilaisissa tilanteissa ja käyttötarkoituksissa. Suositukset on laadittu asiantuntijaryhmissä tarkoituksena yhtenäistää toimintakyvyn mittaamis- ja arviointikäytänteitä. (Toimia 2014, 3.) Tiedonhaun jälkeen alkoi kirjallisuuskatsauksen kirjoittamisprosessi, jonka ohella tiedonhaku jatkui läpi opinnäytetyön prosessin.

Koko opinnäytetyön prosessin ajan työtä arvioitiin kriittisesti käyttäen hyväksi opinnäytetyön ohjausta sekä asiantuntijoiden kommentteja. Opinnäytetyön rajallisen sivumäärän takia jotkin laajat aihealueet, kuten ensihoitotyön luonne ja kuljettamatta jättäminen on käyty läpi tiivistetysti. Ensihoidon näkökulma aiheeseen on kuitenkin vaikuttanut työn kulkuun alusta loppuun asti.

Aihetta ei lähdetty rajaamaan vain tiettyyn ikäryhmään, sillä palvelutarve voi ilmaantua missä ikäluokassa tahansa. Opinnäytetyön tietoperusta liittyy silti vahvasti ikääntyneeseen väestönosaan, sillä tässä ikäluokassa palvelutarpeen esiintyvyyden on todettu olevan suurin (STM 2013 25–26). Iäkkäiden palvelutarpeen tunnistamisesta ja arvioinnista löytyi myös enemmän tutkimustietoa, julkaisuja ja suomalaisia suosituksia, kuin minkään muun väestöryhmän osalta.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tavoitella ammatillisessa kentässä toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla ammatilliseen käyttöön tarkoitettu ohje tai opastus, esimerkiksi perehdytysopas tai turvallisuusohjeistus. Opinnäytetyön

toteutustapana voi olla tarkoituksesta riippuen esimerkiksi kirja, opas, vihko tai CD-levy. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu käytännön toteutus ja sen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2004, 9–15.)

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi lomake (liite 2) palvelutarpeen tunnistamiseksi ensihoidon käyttöön. Lomakkeen sisältö perustuu opinnäytetyön teoreettiseen viitekehukseen ja tietoperustaan. Lomakkeen keskustelua ohjaavien väittämien tai valintaruutujen avulla kartoitetaan potilaan toimintakykyä ja toimintakyvyn laskua ennakoivia riskitekijöitä. Sisällön rakentuminen alkoi käsitteiden pohtimisella kirjallisuuden kautta. Sisällön pääaiheiksi muodostui arki- ja päivittäistoiminnot, fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky, ympäristötekijät, ravitsemustila, terveydentila sekä kipu. Kirjallisuudessa esiin nousivat myös henkilön voimavarat ja asuinympäristön mahdollisuudet. Nämä ovat kuitenkin jätetty pois lomakkeesta, sillä niihin perehdytään tarkemmin vasta myöhemmässä vaiheessa, palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä, oikeiden tukitoimien löytämiseksi.

Lomakkeessa käytetään keskustelua ohjaavia väittämiä ja valintaruutuja. Toimintakykyä kuvaavien väittämien vastaukset on jaettu kahteen sarakkeeseen: positiivisiin ja negatiivisiin. Negatiiviseen sarakkeeseen tuleva vastaus kuvaa toimintakyvyn alenemaa kyseisellä osa-alueella. Lisäksi lomakkeen käyttäjä voi tarvittaessa tarkentaa väittämiä ja kirjoittaa *lisätiedot*-kenttään omia havaintojaan. Lomakkeesta on tarkoituksella jätetty pois mittareiden käyttö, jotta ensihoitovaiheessa potilaita ei rajattaisi pois mittarin antamien raja-arvojen perusteella, vaan ilmoituksen tekeminen perustuisi ensihoitajan huoleen potilaan selviytymisestä.

Lomakkeeseen valittiin kohtia arkitoimintojen useilta eri vaatimustasoilta, sillä toimintakyvyn heikkeneminen usein alkaa vaikeimmista toiminnoista, esimerkiksi laitteiden käytöstä. Viimeisenä heikentyvät helpot päivittäistoiminnot, kuten syöminen. (Mäkelä ym. 2013.) Näin pystytään pohtimaan toimintakyvyn alentuman astetta sekä palvelutarpeen määrää ja luonnetta erittäin vähäisen ja erittäin runsaan tarpeen osalta (Finne-Soveri ym. 2011). Lomakkeeseen otettiin mukaan sellaisia arki- ja päivittäistoimintoja, jotka kuvaavat laitetoiminnoista (IADL) suoriutumista sekä perustoiminnoista (BADL) suoriutumista ja jotka ovat helposti määriteltävissä. Lomakkeen kysymykset ja kentät on muotoiltu niin, että arvioitava toiminta tapahtuu jo käytössä olevien apuvälineiden ja apukeinojen avulla.

Fyysisen toimintakyvyn arvioimiseksi lomakkeessa on erilaisia liikkumista kuvaavia kohtia ja väittämiä, kuten istumaan nousu tai pitkien matkojen liikkuminen sekä kaatumisvaaraa kartoittava väittämä. Liikkumiskyvyn heikentyminen on usein ensimmäinen merkki toimintakyvyn alkaneesta heikkenemisestä. (Mäkelä ym. 2013.) Iäkkäillä henkilöillä kaatumishistorian on huomattu ennustava uusien kaatumisten (Mankkinen 2011, 13–14; Logan ym. 2012) ja vaikuttavan elämänlaatuun (Simpson ym. 2013).

Psyykkisen toimintakyvyn arvioimiseksi lomakkeeseen on muotoiltu väittämä masentuneisuudesta, käyttäen pohjana tarkaksi ja herkäksi todettua *kaksi kysymystä masennuksesta* -mittaria (Arroll ym. 2003; Arroll ym. 2005). Lisäksi lomakkeessa on väittämä päihteidenkäytöstä. Päihteidenkäyttöön on todettu liittyvän useita toimintakyvyn eri alueiden ongelmia (Mäkelä ym. 2013). *Lisätiedot*-kenttään on ohjeistettu lomakkeen täyttäjää kirjoittamaan, mikäli keskustelun aikana ilmenee ristiriitoja. Psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ongelmia ei usein haluta tuoda keskustelussa ilmi, mikä korostaa hoitajan havainnoinnin tärkeyttä keskustelun yhteydessä (Mäkelä ym. 2013). Lomakkeessa painotetaan kognitiivisen toimintakyvyn osalta muistia ja siihen liittyvät huolenaiheet on otettava vakavasti (Mäkelä ym. 2013). Muita kognitiivisen toimintakyvyn osalueita lomakkeessa kartoittaa osin myös arkitoimintoihin liittyvät kohdat, kuten raha-asioiden hoito.

Sosiaalista toimintakykyä arvioidaan lomakkeessa läheisten henkilöiden, ystävyssuhteiden sekä yhteisön toimintoihin osallistumisen osalta. Mukaan otettiin myös kysymys *kärsittekö yksinäisyydestä*, joka muotoiltiin väittämä muotoon. Tiikkaisen (2012) mukaan kysymys kuvaa hyvin yksinäisyyden negatiivista eli kielteistä puolta ja sillä on hyvä ennustevaliditeetti (Routasalo ym. 2003). Yksinäisyyden on todettu ennustavan muun muassa kuolleisuutta, laitoshoitoon joutumista ja muistin heikkenemistä (Tilvis ym. 2000b).

Ympäristötekijöistä lomakkeessa on nostettu esille monipuolisesti asuinympäristön erilaiset vaaratekijät ja toimintakykyyn liittyvissä kysymyksissä on otettu huomioon ympäristö, jossa toiminta tapahtuu. Lomakkeessa selvitetään myös kaatumiseen liittyviä pelkoja, turvattomuuden tunnetta sekä kokemusta turvapuuhelimen tai -rannekkeen tarpeesta. Turvattomuuden tunteen on todettu johtavan esimerkiksi yksinäisyyteen ja syrjäytymiseen (Mankkinen 2011, 8–10). Ympäristön esteet hankaloittavat arjesta selviytymistä ja lisäävät tapaturmariskiä (STM 2013).

Ravitsemustilaa sekä taloudellisen tilanteen vakautta voi lomaketta täyttäessä arvioida arkitoiminnoista selviytymisen yhteydessä. Niiden osalta arkitoimintoihin on valittu kohdat ruokailu, ruoanlaitto sekä raha-asioiden hoito. Ravitsemustilan arvioiminen on tärkeää etenkin iäkkäillä, sillä huonon ravitsemustilan on todettu johtavan laihtumisen, toimintakyvyn heikkenemisen, iho-ongelmien ja infektioiden kierteeseen (Hakala 2015).

Lomakkeesta tehtiin lyhyt ja helppokäyttöinen, jolloin se sopii ensihoitohenkilöstön käyttöön ja lomake tulee herkemmin täytettyä. Alkuun ajatuksena oli, että lomakkeesta tehdään yksipuolinen. Kääntöpuolelle päädyttiin kuitenkin lisäämään ohjeet lomakkeen käytöstä selkeyden lisäämiseksi. Ohjeista selviää lomakkeen tarkoitus, käyttötapa ja ilmoitusta ohjaava lainsäädäntö.

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntynyt lomaketta tulee säilyttää, kuten virallista potilasasiakirjaa. Lomake luokitellaan potilasasiakirja-asetuksen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298) § 2 mukaan potilasasiakirjaksi, kun se sisältää potilaan hoidon ja järjestämisen yhteydessä syntynyttä tietoa. Potilasasiakirjalain § 22 mukaisesti lomakkeen säilytyksestä vastaa se terveydenhuollon toimintayksikkö, jonka toiminnassa se on syntynyt. Potilasasiakirjan säilytyksestä ja hävittämisestä säädetään potilasasiakirjalain § 23. Lomaketta tulee säilyttää 12 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, niin 120 vuotta potilaan syntymästä. Tietoja luovutettaessa potilasasiakirjalain § 21 mukaan potilasasiakirjaan tulee tehdä merkintä, josta käy ilmi, milloin ja mitä tietoja on luovutettu, kenelle tiedot on luovutettu, kuka tiedot on luovuttanut sekä onko luovutus perustunut potilaan kirjalliseen, suulliseen tai asiayhteydestä ilmenevään suostumukseen vai lakiin. Tähän lomakkeeseen on sisällytetty kohta potilaan allekirjoitukselle tietojen luovuttamisen sallimisesta ja rastitettava kenttä, mikäli tiedot on luovutettu sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301 § 35) mukaisen ilmoitusvelvollisuuden nojalla. Tämä lomake tulee säilyttää ja arkistoida ensihoidon toimesta, esimerkiksi yhdessä ensihoitokaavakkeen kanssa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) § 13 säättää, että potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä, eikä niiden sisältämää tietoa saa luovuttaa sivulliselle ilman potilaan kirjallista suostumusta. Potilaan laillinen edustaja voi antaa kirjallisen suostumuksen, mikäli potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä. Ilman potilaan suostumusta, potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia tietoja voidaan kuitenkin aina luovuttaa toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. Potilasasiakirjojen sisältämää tietoa saa antaa aina myös, jos tiedon antamisesta on laissa erikseen ni-

menomaisesti säädetty. Tämän lomakkeen sisältämät tiedot voidaan luovuttaa sosiaalihuoltoon joko potilaan suostumuksella tai sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301 § 35) ilmoitusvelvollisuuden nojalla ilman potilaan suostumusta. Kuljetustilanteissa tiedot voidaan luovuttaa myös terveydenhuollon pisteeseen kopiona, alkuperäisen kaavakkeen jäädessä ensihoidolle.

Lomakkeen visuaalisella ulkonäöllä voidaan vaikuttaa lomakkeen selkeyteen. Oikean kirjasinkoon valinnalla saadaan korostettua tärkeät asiat ja lomake näyttämään selkeältä. Myös asettelun tulee olla johdonmukaista, esimerkiksi kaikki otsikot tulee kirjoittaa samaa tyyliä käyttäen. (Kurkela.) Lomakkeen ulkoasu on yhdenmukainen, kaikki otsikot on selkeästi eroteltu muusta tekstistä käyttämällä korostusta ja suuraakkosia ja otsikoiden perässä on tarkentavat kysymykset. Esimerkit on kirjoitettu muuta tekstiä pienemmällä kirjasinkoolla ja ne on eroteltu sulkeilla.

Lomakkeen ulkoasun pitäisi ohjata vastaajaa, miten lomake täytetään. Lomaketta katsomalla pitäisi saada helposti käsitys siitä, mitä kysytään, mistä vastaaminen alkaa ja mihin jakso loppuu. (Kurkela.) Lomakkeen eri osa-alueet tai teemat on jaoteltu erillisiin laatikoihin ja otsikoitu sisällön mukaan. Kaikki osiot on erotettu toisistaan tyhjällä rivillä selkeyden lisäämiseksi.

Lomakkeesta tulee löytyä selvät ja riittävät ohjeet ja tarvittaessa selkeät esimerkit. Lomakkeen kysymykset tulee kohdentaa oikeaan kohderyhmään ja vaikeiden ammattisaanojen käyttöä tulee välttää, kuten myös arkikielen käyttöä. Lauserakenteiden tulee olla yksinkertaisia ja yhdessä kysymyksessä ei voi kysyä useita eri asioita. Vastausvaihtoehtojen tulee olla selkeitä ja hyvin määriteltyjä. (Kurkela.) Lomakkeessa ja kääntöpuolella olevissa ohjeissa on käytetty selkeää kieltä ja yleisesti ymmärrettyjä käsitteitä. Vastausvaihtoehdot ovat ymmärrettäviä ja osassa on käytetty esimerkkejä selkeyttämään vastausta.

Hyvästä lomakkeesta haastattelijalle käy helposti selväksi, miten kysymykset tulee esittää ja kysymysten lukemisen tulee olla helppoa (Kurkela). Lomakkeen toimintakykyä koskevat väittämät on muotoiltu niin, että haastattelijan on helppo ymmärtää, mitä potilaalta tulee selvittää. Väittämien asettelussa on vältetty negatiivisia ilmaisuja, vastauksien tulkintavaikeuksien estämiseksi. Väittämät ovat helppolukuisia ja ne on helppo muotoilla kysymykseksi. Väittämämuodossa olevat kysymykset toimivat myös tarkastuslistan omaisena työkaluna, joita ensihoidossa on totuttu käyttämään. Tämä toimin-

tamalli antaa ensihoitajalle enemmän mahdollisuuksia pohtia parasta kysymyksen esitustapaa yksilöllisesti potilaan taustat huomioiden.

7 TUOTTEEN KUVAUS JA KÄYTTÖ

Palvelutarpeen tunnistuslomakkeesta tuli kaksipuolinen A4 kokoinen. Lomake sisältää viisi osiota, jotka on eroteltu toisistaan tyhjällä rivillä. Osiot on jaoteltu potilaan henkilötietoihin, arkitoimintoihin, toimintakykyyn, ympäristötekijöihin sekä yhteydenoton suostumukseen. Täytetty lomake on suoraan valmis lähetettäväksi sosiaalitoimeen ja siitä ilmenee kaikki sosiaalihuoltoilmoitukseen tarvittavat seikat. Lomakkeen muokkaamiskoheet on luovutettu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille.

Palvelutarpeen tunnistuslomake täytetään ensihoitajan toimesta yhteistyössä potilaan kanssa haastatteleamalla ja keskustelemalla. Potilaan ollessa yhteistyöhaluton ja ensihoitajan kuitenkin kokiessa potilaan olevan avun tarpeessa, voi ensihoitaja kuvata tilanteen omin sanoin *lisätiedot*-kenttään ja tehdä ilmoituksen ilman potilaan suostumusta.

Yläreunaan kirjataan lomakkeen täyttöpäivämäärä. Palvelutarpeen tunnistuslomakkeen ensimmäiseen osioon (lomakkeen osio 1) täytetään potilaan henkilötiedot, jo käytössä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä tiedot asunnossa asuvista alaikäisistä henkilöistä.

PALVELUTARPEEN TUNNISTUSLOMAKE

___/___20___

Nimi	Henkilötunnus	Puhelinnumero
Osoite	Postinumero	Kunta
Käytössä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (esim. kotihoito, ateriapalvelu, palveluseteli)		Asunnossa asuu alaikäisiä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
		Kuinka monta?

Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 1. Henkilö- ja taustatiedot

Lomakkeen toisessa osiossa (lomakkeen osio 2) tarkastellaan arkitoimintoja ja päivittäisiä toimintoja. Kohdassa rastitetaan eri vaihtoehdoista ne kohdat, joissa potilas ei pärjää nykyisten palveluiden ja apujen turvin. Arki ja päivittäistoiminnoissa toimintakyvyn laskun ensimmäiset merkit näkyvät monimutkaisissa ja vaikeissa toiminnoissa, kuten raskaat kodin siivoustyöt tai teknisten laitteiden käyttö. Toimintakyvyn aleneman edetessä viimeisenä vaikeutuvat helpot päivittäistoiminnot, kuten ruokailu tai wc:ssä käynti. Lomakkeen toiminnot sisältävät sekä monimutkaisia että yksinkertaisia toimintoja, joiden avulla voidaan päätellä toimintakyvyn aleneman astetta. Jo yksittäiseen ras-

tiin tulee reagoida ja selvittää tarkemmin ongelman taustalla olevia syitä. Useamman kohdan täyttyessä tulee pohtia mahdollista ilmoitusvelvollisuuden täyttymistä.

ARKITOIMINNOT JA PÄIVITTÄISET TOIMINNOT		
Missä seuraavissa toiminnoissa ette pärjää nykyisten palveluiden ja apujen turvin?		
<input type="checkbox"/> Peseytyminen	<input type="checkbox"/> Ruuanlaitto	<input type="checkbox"/> Ulkona liikkuminen
<input type="checkbox"/> Pukeutuminen ja riisuuntuminen	<input type="checkbox"/> Ruokailu	<input type="checkbox"/> Kulkuvälineillä liikkuminen
<input type="checkbox"/> Wc:ssä käynti	<input type="checkbox"/> Kaupassa käynti	<input type="checkbox"/> Vuoteesta tai tuoilta nousu
<input type="checkbox"/> Kodin hoitaminen (siivous, pyykinpesu)	<input type="checkbox"/> Päivittäisten raha-asioiden hoito	<input type="checkbox"/> Puhelimen käyttö

Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 2. Arki- ja päivittäistoiminnot

Kolmannessa osiossa (lomakkeen osio 3) käsitellään toimintakykyä sisältäen fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueet. Osio sisältää erilaisia väittämiä, joihin vastataan rastittamalla ruutuun *Kyllä* tai *Ei*. Vastaukset on jaettu kahteen sarakkeeseen: positiivisiin ja negatiivisiin. *Negatiivinen*-sarakkeeseen tullut rasti kertoo mahdollisesta toimintakyvyn alenemasta kyseisellä osa-alueella. Useat *Negatiivinen*-sarakkeeseen tulleet rasti viestittävät puutteista toimintakyvyssä ja voivat ennustaa tulevia toimintakyvyn ongelmia. Kuitenkin myös yksittäiseen sarakkeen rastiin tulee puuttua ja asiasta tulee keskustella potilaan kanssa.

TOIMINTAKYKY Pitävätkö seuraavat väittämät paikkaansa?		Positiivinen	Negatiivinen
Fyysinen	Pystyy liikkumaan kotona vaivattomasti käytössä olevien apuvälineiden kanssa	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	Pystyy kävelemään puolen kilometrin matkaa levähtämättä välillä	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	On kaatunut viimeisen vuoden aikana	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	Pelkää kaatuvansa	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	On jokin pitkäaikainen kipu, sairaus, vamma tai vaiva, joka haittaa toimintakykyä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Psyykkinen	Pystyy huolehtimaan lääkityksestään	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	On viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissaan tuntemastaan alakulosta, mielenkiinnon puutteesta tai toivottomuudesta	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Kognitiivinen	On itse tai joku läheinen on ollut huolissaan muistiin liittyvissä asioissa	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	On itse tai joku läheinen on ollut huolissaan päihteidenkäytöstä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Sosiaalinen	On joku henkilö, keneltä saisi apua tai tukea sitä kaivatessaan	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	On joku läheinen henkilö, johon voi olla yhteydessä viikoittain	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	Kärsii yksinäisyydestä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	Kaipaa enemmän harrastuksia tai vapaa-ajan toimintaa	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä

Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 3. Toimintakyky

Lomakkeen seuraavassa osiossa (lomakkeen osio 4) tarkastellaan ympäristön riskitekijöitä. Osiossa rastitetaan potilaan asuinympäristössä esiintyvät riskitekijät eri vaihtoehtoista. Ympäristön riskitekijät eivät kuvaa toimintakyvyn ongelmia, mutta voivat hoitamattomina aiheuttaa ongelmia toimintakyvyssä ja vaikeuttaa kotona selviytymistä. Ympäristön riskitekijöihin puuttuminen mahdollistaa turvallisen ja itsenäisen kotona asumisen mahdollisimman pitkään ja ennaltaehkäisee tapaturmia, jotka saattaisivat johtaa pitkiin sairaalahoitajaksoihin. Riskitekijöitä löydettyessä tulee pohtia, onko riskitekijä

poistettavissa helposti asiakkaan toimesta vai tarvitseeko hän apua riskien korjaamiseksi, esimerkiksi kodinmuutostyöt sosiaalihuollon toimesta.

YMPÄRISTÖ Asuinympäristössä esiintyvät riskitekijät:	
<input type="checkbox"/> Tavaraa tai esteitä kulkureiteillä	<input type="checkbox"/> Riittämätön valaistus
<input type="checkbox"/> Hankalakulkuisia portaita	<input type="checkbox"/> Riittämättömät apuvälineet
<input type="checkbox"/> Korkeita kynnyksiä tai matonreunoja	<input type="checkbox"/> Riittämätön kodin varustus (tukikaiteet, kahvat)

Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 4. Asuinympäristön riskitekijät

Viidenteen osioon (lomakkeen osio 5) kirjoitetaan tarvittavia lisätietoja. Osioon voidaan tarkentaa aikaisemmissa osioissa huomattuja ongelmakohtia tai tuoda esille lisähuomioita, jotka vaikuttavat potilaan palvelutarpeen tunnistamiseen. Aikaisemmista osioista tulleista ongelmista ja riskeistä kertovista rasteista tai *kyllä*-vastauksista tulee selvittää, kuinka ongelma ilmenee, miten se vaikuttaa arkeen ja onko kyseisen ongelman ratkaisemiseksi jo aloitettu toimenpiteitä. Käytössä olevat palvelut eivät kuitenkaan poista sitä mahdollisuutta, ettei henkilö tarvitsisi lisäapua tämänhetkiseen tilanteeseensa.

LISÄTIEDOT (esim. Missä asioissa huomattiin ongelmaa? Oliko kerrotun ja havaitun välillä ristiriitoja? Kokeeko potilas tarvitsevansa enemmän apua itsenäisen asumisen tueksi?)

Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 5. Lisätiedot

Viimeisenä lomakkeessa on suostumus osio (lomakkeen osio 6). Henkilön antaessa suostumuksensa ensihoitajan ottaa yhteyttä kunnan sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen rastitetaan osion ensimmäinen ruutu ja pyydetään potilaan allekirjoitus suostumuksen merkiksi. Mikäli potilaan suostumusta ei saada ja henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan huolenpidostaan, terveydestään, turvallisuudestaan tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii, rastitetaan osion toinen ruutu ja ilmoitus tehdään salassapitovelvollisuuden estämättä. Kolmas ruutu rastitetaan, jos sosiaalihuoltoon on oltu yhteydessä puhelimitse. Osion loppuun kirjataan ilmoittajan ammattinimike, puhelinnumero, nimenselvennös ja allekirjoitus. Kaikki ilmoittajan tiedot tulee kirjata.

SUOSTUMUS	
<input type="checkbox"/> Henkilö on antanut suostumuksen ottaa yhteyttä kunnan sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen (35 § 1 mom.)	_____
	Suostumuksen antajan allekirjoitus
TAI	
<input type="checkbox"/> Suostumusta ei saada ja henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan huolenpidostaan, terveydestään, turvallisuudestaan tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii (35 § 2 mon.)	
<input type="checkbox"/> Sosiaalihuoltoon on otettu puhelimitse yhteyttä	
_____	_____
Ilmoittajan allekirjoitus	Ammattinimike
_____	_____
Nimenselvennös	Puhelinnumero

Palvelutarpeen tunnistuslomake osio 6. Suostumus tai ilmoitusvelvollisuus

Lomakkeen takapuolella (liite 2) on ohjeet, joista löytyy tiedot lomakkeen tarkoituksesta, täyttämisestä ja säilyttämisestä. Ohjeissa painotetaan kunkin osion osalta lomakkeesta saatavien vastausten arvoa sekä sitä, miten niihin tulisi suhtautua. Ohjeessa on käyty myös läpi ilmoitusvelvollisuutta koskeva sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301 § 32) kohta. Lomakkeen säilyttämisestä ja arkistoisesta ohjeistetaan, että lomake tulee arkistoida virallisena potilasasiakirjana ensihoidon toimesta.

8 EETTISYYS

Opinnäytetyötä tehdessä esiin nousee usein eettisiä tai luotettavuuteen liittyviä haasteita. Hyvä luotettavuus ja eettisyys edellyttävät hyvien tieteellisten käytänteiden noudattamista opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyötä tehtäessä tulee toimia rehellisesti ja noudattaa yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta. (TENK 2012, 6.)

Eettisesti hyvätasoisien opinnäytetyön lähtökohtana on, että työssä ei ole plagiointia. Plagiointi on toisen ajatusten tai tekstin esittämistä omilla nimissään. Esimerkiksi viitauksien virheellisyys tai puuttuminen on plagiointia. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 78; Hakala 2004, 138–139.) Tekstistä on käytävä ilmi kenen tuloksista, päätelmistä tai kehittämis ehdotuksista puhutaan. Lähdeviitteellä tulee ilmaista kenen ajatuksia tekstissä hyödynnetään ja jokaisen käytetyn lähteen tulee löytyä lähdeluettelosta. Hyvän tavan mukaista on käyttää saatavilla olevia lähteitä. (Hakala 2004, 138–139.) Tässä opinnäytetyössä lähdeviitteet on asiallisesti merkittävät ja kaikki käytetyt lähteet löytyvät lähdeluettelosta. Lähteinä on käytetty pääasiassa saatavissa olevia lähteitä ja toissijaisten lähteiden käyttöä on pyritty välttämään. Opinnäytetyössä on käytetty kerran toissijaista lähdettä (Routasalo ym. 2003), sillä lähde on saatavilla ainoastaan Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen kirjastosta. Toissijaisten lähteen luotettavuutta kuitenkin lisää se, että lähteeseen on viitattu useita kertoja luotettavana pidettävien henkilöiden toimesta ja sitä on käytetty saman toteamuksen perusteluna useissa tieteellisissä artikkeleissa.

Yhtenä eettisenä ongelmana opinnäytetyötä tehtäessä voidaan myös pitää tutkimusvilppiä. Tutkimusvilppinä voidaan pitää toisten tulosten tai havaintojen sepittämistä ja vääristämistä, siten että ne tukevat kirjoittajan omaa näkemystä. Myös oman mielipiteen tai tavoitteen kanssa ristiriidassa olevien tulosten vähättely tai poissulkeminen on epäeettistä ja tutkimusvilpillistä toimintaa. (Hakala 2004, 138–139.) Opinnäytetyössä käytetyt tutkimustulokset tai toisten kirjoittamat tekstit on esitetty niin, että tieto on pysynyt muuntumattomana. Opinnäytetyössä ei ole poissuljettu tai vähätelty tutkimuksia, jotka ovat opinnäytetyön tavoitteen kanssa ristiriitaisia.

Yhteisen hyödyn periaatteen mukaan eettisesti oikea toiminta tuottaa suurimman mahdollisen hyvän mahdollisimman suurelle ihmismäärälle. Päätökset tulee tehdä punnitsemalla eri vaihtoehtojen seurauksia, toiminnan mahdollisia hyötyjä ja haittoja. (Hämäläinen 1993a, 84–85) Lomakkeesta on pyritty saamaan hyöty mahdollisimman suurelle ihmismäärälle jättämällä lomakkeesta pois kohderyhmän rajaukset, jotta jokaisella olisi

yhtäläinen mahdollisuus tulla arvioiduksi, mikäli tarve arvioinnille ilmenee. Lomakkeen palvelutarpeeseen vaikuttavat tekijät on huomioitu kokonaisvaltaisesti, jolloin ei keskitytä vain helposti havaittavissa oleviin ongelmiin, kuten liikkumisen vaikeuteen, vaan potilaat arvioidaan kokonaisvaltaisesti. Lomakkeeseen ei myöskään ole sisällytetty mitään rajausta tai tarkkarajaista vastausta, jonka mukaan ilmoitus tulisi tehdä. Tämä toimintamalli antaa lomakkeen täyttäjälle enemmän tilaa kokonaiskuvan arvioimiselle, kuin tiettyyn raja-arvoon tuijottamiselle. Toisaalta tämä voi myös jättää liikaa asioita lomakkeen täyttäjän harkinnan varaan, jolloin ensihoitajan omat asenteet ja eettiset arvot saattavat vaikuttaa päätöksentekoon. Työntekijän toimintaan vaikuttaa aina jokin eettinen järjestelmä, ajattelutapa tai teoria, vaikka hän ei tätä itse tiedostaisikaan (Hämäläinen 1993b, 174).

Hyötyjen ja haittojen suhteet voivat muuttua aikaperspektiiviä vaihtamalla. Tutkimuksen hyöty saattaa lyhyellä aikavälillä olla olematon, kun pidemmällä aikavälillä sama tutkimus voi osoittaa merkittävääkin hyötyä. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 39) Lyhyellä aikavälillä saatava hyöty rajoittuu yksittäisien potilaiden palvelutarpeen tunnistamisesta saamaan hyötyyn. Ensihoitajien kohteessa käyttämä lisäaika palvelutarpeen tunnistamiseksi saattaa tuottaa suurta hyötyä palveluiden tarpeessa olevalle henkilölle, jonka avuntarvetta ei ehkä muuten olisi huomattu. Lyhyen aikavälin haittana voidaan pitää ensihoitajien kohteessa viettämän ajan pitkittymistä ja vaikutusta ensihoitajien tehtävänkuvaa. Haitat ovat tässä tilanteessa kuitenkin oletettavasti pienemmät kuin pidemmän aikavälin hyödyt. Opinnäytetyön tuotoksen tuoma laajempi merkitys saattaa näkyä vasta pidemmän aikavälin kuluttua, kun nähdään, onko lisääntyneellä palvelutarpeen tunnistamisella ja oikean palvelun piiriin ohjaamisella vaikutusta terveydenhuollon kustannuksiin ja terveydenhuollon kuormittumiseen.

9 LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi on käytetty lähdekritiikkiä. Tässä opinnäytetyössä lähteiden valintaan on vaikuttanut lähteen ikä, laatu sekä tiedonlähteen auktoriteetti ja tunnettuus (Vilkkä & Airaksinen 2004, 72). Lähteet ovat pääsääntöisesti alle 10 vuotta vanhoja. Tätä vanhempia lähteitä on käytetty, kun on voitu olettaa tiedon olevan edelleen luotettavaa ja ajantasaista, kuten säädöksissä ja asetuksissa. Opinnäytetyötä tehtäessä on hyvä hakea tietoa useista eri tietokannoista, jotta tietoa löytyisi aiheesta mahdollisimman laajasti (Valkeapää 2015, 44). Lähteiden etsimiseen on käytetty useita tunnettuja kansainvälisiä viitetietokantoja, kuten Arto, Medic, Pubmed ja Google scholar. Hakusanoina käytettiin mm. ensihoito, toimintakyky, tool, instrument, social service, emergency medical service, elderly, medical overuse ja patient profiling. Hakutuloksista käytettävät artikkelit valikoituivat ensiksi otsikon perusteella, jonka jälkeen artikkeleita karsittiin pois tiivistelmän perusteella ja lopullinen valinta tehtiin sisällön mukaan.

Käytetyt lähteet ovat pääasiassa asiantuntija-artikkeleita, tieteellisiä julkaisuja tai asiantuntijatyöryhmän kokoamia kansallisia suosituksia toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioimisesta. Lähteen luotettavuutta on myös lisännyt artikkelin julkaisu vertaisarvioidussa lehdessä. Asiantuntijoina on voitu pitää samankaltaisissa artikkeleissa tai alan julkaisuissa usein esiin nousevia nimiä (Vilkkä & Airaksinen 2004, 72). Opinnäytetyön lopputuotteen tuottamisprosessia ovat ohjanneet kansalliset toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioimisesta annetut suositukset.

Kahden tai useamman tutkijan yhteistyönä toteutettu aineiston käsittely parantaa kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 83.) Tämä opinnäytetyö on tehty kahden opiskelijan yhteistyönä, joista molemmat ovat osallistuneet aineiston käsittely ja kirjoittamisvaiheeseen.

Opinnäytetyön lopputuotteen luotettavuuteen vaikuttaa lomakkeen käyttötapa. Haastattelijan vaikutus kysymyksen esitystapaan voi vaikuttaa kysymyksen ymmärrettävyyteen. Kysymysten ollessa epäselviä, voi vastaaja yrittää etsiä kysymyksestä tulkintavihjeitä. Vastaaja saattaa jopa yrittää asettua kysyjän asemaan ja pyrkiä vastauksellaan miellyttämään, vastaamalla siihen, mitä hän olettaa kysymyksellä tarkoitettavan. (Kurkela.) Lopputuotteessa käytetty vapaamuotoinen keskustelumalli saattaa herättää vastaajassa enemmän luottamusta haastattelijaan ja vastaaja saattaa helpommin vapautua kertomaan ongelmistaan. Toimintakyky osion väittämien asettelussa on vältetty

negaatioiden käyttämistä tulkintavirheiden välttämiseksi. Lisäksi vastaukset on jaettu kahteen sarakkeeseen, jolloin haastattelijan on helppo erottaa positiiviset ja negatiiviset vastaukset.

Sisällön validiteettia pohdittaessa tarkastellaan ovatko käytetyt käsitteet teorian mukaisia ja kattavatko käsitteet riittävällä laajuudella mitattavaa ilmiötä. Toisin sanoen mitaako mittari sitä mitä sen halutaan mittaavan. (Metsämuuronen 2000, 22–24.) Mittaria rakennettaessa mittarin tekijät voivat sokeutua omalle tuotokselleen, joten tuotoksesta tulisi pyytää ulkopuolisen asiantuntijan arvio (Valkeinen ym. 2014, 8–9). Tuotos perustuu kattavaan kirjallisuuskatsaukseen sekä kansallisiin suosituksiin toimintakyvyn mitaamisesta, eikä mitään palvelutarpeen tunnistamiseksi tarvittavaa osa-aluetta ole jätetty pois. Voidaan olettaa, että tuotos kuvaa ilmiötä laajasti, mutta kattavuutta heikentää se, että yksittäisistä toimintakyvyn osa-alueista on jouduttu karsimaan kysymysten määrää rajallisen tilan vuoksi. Tuotoksen toimivuuden arvioinnissa on käytetty ulkopuolisenä asiantuntijana sosiaalialan lehtori, VTM, Maija-Liisa Aronpää.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tietoa voidaan kerätä konsultaationa asiantuntijoita haastatteleamalla. Haastatteluja voidaan käyttää perustelujen ja argumentoinnin tukena lisäämään teoreettisen osuuden luotettavuutta. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 56–58.) Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyön ohjaukseen on osallistunut myös sosiaalialan lehtori, VTM, Maija-Liisa Aronpää. Lomakkeen kehittelyprosessin aikana lomakkeen toimivuuden suunnittelussa on käytetty apuna tilastokeskuksen käyttämää arviointiluokitusta, jonka avulla voidaan tarkistella lomakkeen toimivuutta (Kurkela).

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda työkalu, jonka avulla ensihoitajat voivat tunnistaa sosiaalipalveluista hyötyvät henkilöt. Työkalun on jatkossa tarkoitus lisätä yhteistyötä ensihoidon ja sosiaalitoimen välillä ja lisätä ajoissa tehtyjä ilmoituksia sosiaalihuollon tarpeessa olevista henkilöistä. Käytännössä ajatuksena oli luoda lomake, joka helpottaa ensihoitajan havainnointia ja yhtenäistää toimintamalleja ja kirjaamiskäytänteitä.

Tarkoituksena oli lähteä tunnistamaan sosiaalihuollon tarpeessa olevia henkilöitä toimintakyvyn mittaamisen kautta. Toimintakyvyn arviointiin otettiin mukaan kaikki toimintakyvyn osa-alueet sekä ympäristökijät, jotta palvelutarpeen tunnistaminen tulee tehtyä tarpeeksi laaja-alaisesti. Opinnäytetyön tietoperustaa lähdettiin rakentamaan kuvaamalla nykyiset palvelurakenteet, toimintamallit ja niitä ohjaava lainsäädäntö. Tietoperustalla pystyttiin myös osoittamaan palvelutarpeen tunnistamisen tärkeys ja merkitys. Aiheenrajaus pysyi lähes samana koko prosessin ajan, mutta näkökulma aiheeseen muuttui useasti prosessin alkuvaiheessa. Lopullinen näkökulma opinnäytetyön toteuttamiseen muodostui vasta, kun teoriatietoa aiheesta oli tutkittu tarpeeksi. Toteuttamistavaksi muodostui vanhojen, jo olemassa olevien keinojen vahvistaminen ja käytön lisääminen sen sijaan, että olisi lähdetty luomaan uudenlaista toimintamallia.

Toimintakyvystä ja sen mittaamisesta löytyi paljon tietoa, mutta suoraan opinnäytetyön aiheeseen sovellettavaa tietoa löytyi niukasti. Erilaisia kansainvälisiä tutkimuksia ja katsauksia aiheesta löytyi myös kiitettävästi, mutta toimintamallit eivät olleet suoraan sovellettavissa Suomeen. Ensihoidon tekemä toimintakyvyn arviointi on toimintamallina suhteellisen nuori, mutta kansainvälisillä tutkimuksilla on kuitenkin voitu osoittaa sen hyödyllisyys.

Lopputuotteena muodostuneen lomakkeen muoto ja sisältö muuttui monesti prosessin aikana. Esimerkiksi saatujen kommenttien perusteella lomakkeen toimintakykyä kartoitavista väittämistä karsittiin turhat negatiot pois tulkinta virheiden välttämiseksi. Aluksi ideana oli rakentaa mittari, joka pian kuitenkin todettiin epäkäytännölliseksi ja hankalaksi toteuttaa. Mittarin käyttäminen olisi saattanut rajata liian herkästi potilaita pois palvelutarpeen arviointiin pääsystä. Mittarin sijaan päädyttiin lomakemuotoon, jonka täyttäminen ohjaa keskustelua ongelmakohtien havaitsemiseksi. Lomake-muoto valittiin osittain myös sen käyttötarkoituksen mukaan, sillä se on helppo ottaa mukaan ensihoitotehtävälle, täyttää yhdessä potilaan kanssa ja lähettää kopio eteenpäin sosiaali-

huollolle. Näin vältetään usean paperin täyttämistä ja potilaan toimintakyky tulee korotetuksi yhtenäisin käytäntein.

Opinnäytetyön alussa asetetut tavoitteet saavutettiin opinnäytetyön tekemiseen varatun aikataulun asettamien rajoitteiden mukaisesti. Alkuvaiheessa oli selvää, että lomakkeen luominen on pitkä prosessi, joten tuotteen pilotoinnin järjestämiseen ei ole tarpeeksi aikaa. Lopputuotteen käytettävyyttä ja toimivuutta voidaan pohtia vain teoriassa, ennen lomakkeen laajempaa testikäyttöä. Vasta tämän jälkeen voidaan arvioida lomakkeen hyödyllisyyttä, käytettävyyttä ja sen tuomaa lisäarvoa palvelutarpeen arviointiprosessiin. Laajemman testikäytön myötä voidaan myös arvioida itse tuotteen sisältöä sekä mahdollisia ongelmia ja puutoksia.

Opinnäytetyötä tehtiin tasaiseen tahtiin ja aikataulutuksen annettuna onnistui hyvin. Opinnäytetyötä kirjoitettiin yhdessä, mikä mahdollisti molempien kirjoittajien ajatuksenvaihdon sekä pohdinnan koko prosessin ajan. Aikataulujen yhteensovittaminen sujui yllättävän helposti ja parityöskentely oli luontevaa. Opinnäytetyön aihealue oli molemmille melko uusi ja aikaisempaa tietoa oli vain pintapuolisesti. Tämä teki prosessista mielenkiintoisen, sillä oppiminen oli jatkuvaa koko opinnäytetyön ajan. Toisaalta tämä teki prosessista myös raskaan ja ajoittain hidasti työn tekemistä. Mikäli teoriapohjan luomiseen ei olisi kulunut niin paljon aikaa, olisi lomakkeen pilotoinnin saattanut ehtiä toteuttamaan.

Opinnäytetyön tuotosta voisi jatkossa kehittää lomakkeen pilotoinnilla ja siitä saatujen tulosten mukaisella muokkaamisella. Lomakkeen käyttöönotto tai pilotointi vaatii myös ensihoitohenkilöstön koulutusta ja perehdyttämistä aiheeseen sekä itse lomakkeen käyttöön. Jatkossa työkalua voisi kehittää enemmän tarkistuslistan tyyliksi, joka ehkä sopii paremmin ensihoidon käyttöön sen kevyen rakenteen vuoksi. Tämä kuitenkin edellyttää sitä, että työntekijöillä olisi laaja tietämys sekä kokemus palvelutarpeen tunnistamisesta, jolloin tarkemmin strukturoitua lomaketta ei enää tarvittaisi. Myös mittarin rakentamista aiheesta voidaan harkita pilotoinnista saatujen tulosten pohjalta. Mittarin rakentaminen vaatii kuitenkin laaja-alaista tutkimusta aiheesta, jotta sen avulla saadaan seulottua potilaat mahdollisimman luotettavasti.

Tulevaisuudessa ensihoidon ja sosiaalitoimen välinen yhteistyö tulee varmasti lisääntymään ja vastaavan kaltaisia yhteistyön välineitä tullaan tarvitsemaan enenemissä määrin. Vanheneva ja yhä kauemmin kotona asuva väestö tulee väkisinkin vaikuttamaan ensihoidon nykyiseen toimenkuvaan. Toimenkuvan muutokseen tulisi alkaa va-

rautumaan jo nyt, pohtimalla ja luomalla uusia toimintamalleja, sekä näiden pohjalta kehittää ensihoitajien ammatillista osaamista enemmän samaan suuntaan.

LÄHTEET

Aalto, A. 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksissa. Toimia - Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 2.2.2016 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psykkinen_vt_110126.pdf

Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. 2015. Viitattu 24.3.2016 www.kaypahoito.fi > Suositukset > Alkoholiongelmaisen hoito.

Arroll, B.; Goodyear-Smith, F.; Kerse, N.; Fishman, T. & Gunn, J. 2005. Effect of the addition of a “help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *British Medical Journal* 331 (7521), 884.

Arroll, B.; Khin, N. & Kerse, N. 2003. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *British Medical Journal* 327 (7424), 1144–1146.

Autio, T. & Heikkilä, M. 2013. Palvelutarpeen arviointi -Työntekijän avuksi. Väli-Suomen Ikäkas-te II. Kanta-Hämeen pitsi hanke. Viitattu 2.3.2016 http://www.socca.fi/files/4300/Palvelutarpeen_arviointi_-_tyontekijan_avuksi.pdf

Autio, T. 2011. Barthelin indeksi. Toimia -Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 7.2.2016 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>

Autio, T. 2012. RAVA mittari. Toimia -Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asi-antuntijaverkosto. Viitattu 7.2.2016 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>

Buurman, B.; van den Berg, W.; Korevaar, J.; Milisen, K.; de Haan, R. & de Rooij, S. 2011. Risk for Poor Outcomes in Older Patients Discharged from an Emergency Department: Feasibility of Four Screening Instruments. *European Journal of Emergency Medicine* 18 (4), 215–220.

Carter, E.; Pouch, S. & Larson, E. 2014. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship* 46 (2), 106–115.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Vastapaino. Tampere.

Edwards, M.; Bassett, G.; Sinden, L. & Fothergill, R. 2015. Frequent callers to the ambulance service: patient profiling and impact of case management on patient utilisation of the ambulance service. *Emergency Medicine Journal* 32 (5), 392–396.

Finne-Soveri, H. 2009. Fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointi. Lääkärin käsikirja. Kus-tannus Oy Duodecim. Viitattu 8.2.2016 www.terveysportti.fi > Lääkärin tietokannat > Lääkärin käsikirja.

Finne-Soveri, H.; Leinonen, R.; Autio, T.; Heimonen, S.; Jyrkämä, J.; Muurinen, S.; Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvi-oinnin yhteydessä. Toimia -Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaver-kosto. Viitattu 3.3.2016 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_1_10609.pdf

Graf, C.; Giannelli, S.; Herrmann, F.; Sarasin, F.; Michel, J.; Zekry, D. & Chevalley, T. 2012. Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emer-gency department. *Swiss Medical Weekly* 141 (w13327), 1–9.

Granström, V. 2004. Kipu on aina myös korvien välissä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 120 (2), 207–211.

Haanpää, M.; Kauppila, T.; Eklund, M.; Granström, V.; Hagelberg, N.; Hannonen, P.; Kyllönen, E.; Kyrö, M.; Loukusa-Nieminen, T.; Luutonen, S.; Telakivi, T.; Ylinen, A. & Pakkala, I. 2008. Krooninen kipu -Yleistä. FACULTAS toimintakyvyn arviointi. Viitattu 5.4.2016 http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00018

Hakala, J. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. Lääkärikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.3.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Suomalaisten terveys. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 5.4.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049

Häkkinen, H. 2014. Ikääntyneiden hyvinvointia edistävät kotikäynnit. Kunnat.net. Viitattu 23.2.2016 <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/neuvontapalvelut/kotikaynnit/Sivut/default.aspx>

Hämäläinen, J. 1993a. Sosiaalietiikka oppi- ja tutkimusalana. Teoksessa: Hämäläinen, J. & Niemelä, P. (toim.) Sosiaalialan etiikka. WSOY. Juva. 38–118.

Hämäläinen, J. 1993b. Esimerkkejä sosiaalialan työssä kohdattavista ammattieettisistä ongelmista ja ongelma-alueista. Teoksessa: Hämäläinen, J. & Niemelä, P. (toim.) Sosiaalialan etiikka. WSOY. Juva. 174–191.

Jalo, N. 2014. Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hanke, Jatkohankesuunnitelma 2015–2017. Turun hyvinvointitoimiala.

Kaikkonen, R.; Murto, J.; Pentala, O.; Koskela, T.; Virtala, E.; Härkänen, T.; Koskenniemi, T.; Ahonen, J.; Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2015. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2015. Viitattu 24.3.2016 <http://www.terveytemme.fi/ath/2015/kaikki.html>

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2015. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa: Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. 83–96.

Kerätär, R.; Taanila, A.; Härkäpää, K. & Ala-Mursula, L. 2014. Sairauslähtöisestä työ- ja toimintakyvyn arvioinnista monialaiseen arviointimalliin. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130 (5), 495–502.

Korva, A. & Latvala, H. 2015. Potilaan toimintakyvyn arviointi ensihoidossa -Kehittämishanke. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu.

Kue, R.; Ramstrom, E.; Weisberg, S. & Restuccia, M. 2009. Evaluation of an Emergency Medical Services-Based Social Services Referral Program for Elderly Patients. Prehospital Emergency Care 13 (3), 273–279.

Kuikka, P.; Paajanen, T.; Kivekäs, T.; Vuokko, A. & Sainio, M. 2014. Työikäisten kognitiivisen toimintakyvyn hyvä arviointikäytäntö. Toimia -Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 3.3.2016 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2014/04/03/TOIMIA_Tyoikaisten_ko

Kurkela, R. Lomakkeen teko. Tilastokeskus. Virsta -virtual statistics. Viitattu 6.4.2016 <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/>

Kähäri-Wiik, K.; Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit. Helsinki.

Laanterä, S.; Pölkki, T. & Pietilä, A. 2012. Mittarin kehittäminen hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä Breastfeeding Knowledge, Attitude and Confidence (BKAC) -mittari. *Hoitotiede* 24 (4), 325–334.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetaista 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

Logan, P.; Coupland, C.; Gladman, J.; Sahota, O.; Stoner-Hobbs, V. & Robertson, K. 2010. Community falls prevention for people who call an emergency ambulance after a fall: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 340 (c2), 102.

Lowthian, J.; Cameron, P.; Stoelwinder, J.; Curtis, A.; Currell, A.; Cooke, M. & McNeil, J. 2011. Increasing utilisation of emergency ambulances. *Australian Health Review* 35, 63–69.

Mankkinen, T. 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille -Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasiainministeriön julkaisut 19/2011. Sisäasiainministeriö. Viitattu 17.3.2016 http://www.intermin.fi/download/24903_192011.pdf

Markkanen, O. & Puro, M. 2011. Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Jyväskylä.

Metsämuuronen, J. 2000. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. *Metodologia -sarja* 6. Methelp. Helsinki.

Mikolaizak, A.; Simpson, P.; Tiedemann, A.; Lord, S. & Close, J. 2013. Systematic review of non-transportation rates and outcomes for older people who have fallen after ambulance service call-out. *Australasian Journal on Ageing* 32 (3), 147–157.

Moisio, P.; Heikkinen, S.; Honkakoski, A.; Nurmio, K. & Pakanen, M. 2013. Vanhuspalvelulain pilotointi. Väli-Suomen Ikäkaste II Ikälain pilotointi -osahankkeen raportti.

Mäkelä, M.; Autio, T.; Heinonen, H.; Holma, T.; Häkkinen, H.; Hänninen, T.; Pajala, S.; Sainio, P.; Schroderus, K.; Seppänen, M.; Sihvonen, S.; Stenholm, S. & Valkeinen, H. 2013. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Toimia -Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 2.3.2016 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/12/19/TOIMIA_suositus_toimintakyvyn_arvioinnista_ikakkaan_vaeston_hyvinvointia_edistavien_palveluiden_yhteydessa_20131219.pdf

Mäntä, M. 2011. Liikkumiskyvyn heikkenemistä ennakoivat merkit ja liikuntaneuvonta liikkumisvaikeuksien ehkäisyssä iäkkäillä henkilöillä. Voimaa vanhuuteen -iäkkäiden terveysliikuntaohjelma. Viitattu 21.3.2016 <http://www.voimaavanhuuteen.fi/fi/terveysliikunta/tutkimustiivistelmia/liikuntaneuvonta/liikkumiskyvyn+heikkenemista+ennakoivat+merkit+ja+liikuntaneuvonta+liikkumisvaikeuksien+ehkaisyssa+iakkailla+henkiloilla/>

Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa: Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J. & Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki. 14–30.

Opetushallitus. 2014. Ammatillisen perustutkinnon perusteet -Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2014. Määräys 79/011/2014. Viitattu 30.3.2016 http://www.oph.fi/download/162460_sosiaali_ja_terveysalan_pt_01082015.pdf

Paltamaa, J.; Karppi, S.; Smolander, J.; Koho, P.; Vaara, M. & Hurri, H. 2006. Suomessa käytössä olevia fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. *Terveydenhuoltoartikkeli. Suomen Lääkärilehti* 61 (5), 459–464.

Pitkälä, K.; Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Toimintakyky. *Geriatría. Duodecim*. Viitattu 2.2.2016 www.terveysportti.fi > Duodecim oppikirjat > Geriatría.

Pohjolainen, P. 2009. Toimintakyvyn teoreettisia lähtökohtia. Teoksessa: Pohjolainen, P. & Heimonen, S. (toim.) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. *Ikäinstituutti* 1/2009. 18–30.

Pohjolainen, T. & Saltychev, M. 2015. Toimintakyky. Teoksessa: Arokoski, J.; Mikkelsen, M.; Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) *Fysiatría*. 5. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 20–27.

PriceWaterhouseCoopers Oy Consulting. 2012. Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysi. Viitattu 5.2.2016 <http://ah.turku.fi/perla/2012/1003015x/Images/1188988.pdf>

Rautio, N.; Heikkinen, E. & Ebrahim, S. 2005. Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. *Social Science & Medicine* 60 (11), 2405–2416.

Rautio, N.; Heikkinen, E. & Heikkinen, R. 2001. The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 33 (2), 163–178.

Routasalo, P.; Pitkälä, K.; Savikko, N. & Tilvis, R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. *Tutkimusraportti 3. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi*.

Ryynänen, O.; Irola, T.; Reitala, J.; Pälve, H. & Malmivaara, A. 2008. Ensihoidon vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. *Finohtan Raportti* 32.

Sach, T.; Logan, P.; Coupland, C.; Gladman, J.; Sahota, O.; Stoner-Hobbs, V.; Robertson, K.; Tomlinson, V.; Ward, M. & Avery, A. 2012. Community falls prevention for people who call an emergency ambulance after a fall: an economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 41 (5), 635–641.

Silfast, T. & Kinnunen, A. 2012. Ensihoitopalvelu. Teoksessa: Castrén, M.; Helveranta, K.; Kinnunen, A.; Korte, H.; Laurila, K.; Paakkonen, H.; Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.) *Ensihoidon perusteet*. 4. korjattu painos. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu. 14–24.

Simpson, P.; Bendall, J.; Patterson, J.; Tiedemann, A.; Middleton, P. & Close, J. 2013. Epidemiology of ambulance responses to older people who have fallen in New South Wales, Australia. *Australasian Journal on Ageing* 32, 171–176.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Sosiaalipalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.2.2016 <http://stm.fi/sosiaalipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Perhe- ja Sosiaaliosasto. Tiedote. Viitattu 6.2.2016 <https://www.thl.fi/documents/470564/817072/ik%C3%A4ihmisten%2Btoimintakyvyn%2Barviointi%2Bstm.pdf/c83229a7-1869-4378-bbf9-3814970a220b>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä. Viitattu 30.3.2016

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112548/URN%3aNBN%3afi-fe201504226598.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2011. Ensihoidon palvelutaso -Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2015. Sosiaalihuoltolaki -soveltamisopas. Viitattu 2.2.2016 <https://stm.fi/documents/1271139/1352015/Sosiaalihuoltolain+soveltamisopas.pdf/cb12a5c4-9bfa-4983-adf6-94ca18815f1b>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Strandberg, T. 2013. Resident Assessment Instrument, RAI -laitoshoidon sisältö, laatu ja kustannukset samassa paketissa -Sekä avo- että laitoshoidon vanhuspalveluihin. Gernet. Viitattu 7.2.2016 <http://www.gernet.fi/artikkelit/1298/resident-assessment-instrument-rai-laitoshoidon-sisalto-laatu-ja-kustannukset-samassa-paketissa-seka-avo-etta-laitoshoidon-vanhuspalveluihin>

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731.

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitsemus. Geriatria. Duodecim. Viitattu 2.2.2016 www.terveysportti.fi > Duodecim oppikirjat > Geriatria.

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 8.4.2016 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2015a. ATH -Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.3.2016 <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2015b. Mitä toimintakyky on? Toimintakyky. Viitattu 14.4.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2015c. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Toimintakyky. Viitattu 2.2.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tiikkainen, P. 2012. Yksinäisyys, koettu. Toimia -Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 5.4.2016 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/92/>

Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa: Heikkinen, E.; Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 284–290.

Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Jolkkonen, J. & Strandberg, T. 2000b. Social networks and dementia. Lancet 356, 76–78.

Toimia. 2014. TOIMIA -käsikirja (1.0). Viitattu 2.2.2016 https://www.thl.fi/documents/974257/1449823/K%C3%A4sikirja_VALMIS_010614+%282%29.pdf/a6c3eef-3887-4440-93b6-7f082f475b44

Tuisku, K.; Melartin, T. & Vuokko, A. 2011. Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arviointi. Toimia -Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 21.3.2016

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/01/12/suositus_mielenterveysongelmiin_liittyva_toimintakyvyn_arviointi_1.pdf

Tuulio-Henriksson, A. 2011. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. Toimia -Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 2.2.2016 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositus_vt_kognitio_110126.pdf

Valkeapää, K. 2015. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa: Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. 58–68.

Valkeinen, H.; Anttila, H. & Paltamaa, J. 2014. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0). Viitattu 12.5.2016 https://www.thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas_VALMIS_090614+%28%29.pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f

Valtakunnallinen ensihoidon amk-verkosto. 2015. Ensihoitajakoulutuksen osaamisalueet. Viitattu 27.1.2016.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2014. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätös. Valtuusto 10.6.2014 liite 2 § 24. Viitattu 22.1.2016 <http://www.vsshp.fi/fi/ammattilaisille/ensihoido/Documents/Ensihoidon%20palvelutasopa%cc%8a%cc%88to%cc%88s.pdf>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1-2 painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

World Health Organization (WHO). 1997. WHOQL measuring quality of life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Viitattu 3.3.2016 http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

World Health Organization (WHO). 2013. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. World Health Organization. Geneva.

World Health Organization (WHO). 2016. Classifications. World Health Organization. Viitattu 6.2.2016 <http://www.who.int/classifications/en/>

Sosiaalihuollon tuen tarpeet ja tarpeisiin vastaavat palvelut

Sosiaalihuollon tuen tarpeet	
Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301 § 11) mukaan sosiaalipalveluja on järjestettävä:	Esimerkki tilanteita joihin tukea järjestetään (STM 2015, 18–26)
Tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen	Tavanomaiset elämän toiminnot kuten itsestään huolehtiminen, kotona suoriutuminen, liikkuminen, työ, kommunikointi, sosiaaliset vuorovaikutussuhteet ja yhteisöllisyys sekä koulunkäynti, oppiminen ja tiedon soveltaminen
Asumiseen liittyvään tuen tarpeeseen	Henkilöltä puuttuu asunto tai hän on vaarassa menettää sen, taikka hän ei pysty asumaan asunnossaan tai hänen asuinoloissaan on merkittäviä puutteita.
Taloudellisen tuen tarpeeseen	Henkilöllä ei ole riittäviä varoja tai tuloja toimeentulon turvaamiseksi itselleen tai perheelleen, eikä hän omalla toiminnallaan voi korjata tilannetta, eikä ole oikeutettu saamaan riittäviä varoja muuta kautta.
Sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi	Sosiaalinen syrjäytyminen liittyy tilanteisiin, joissa henkilö on vaarassa joutua tai on jo joutunut sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle
Lähisuhde- ja perheväkivallasta sekä muusta väkivallasta ja kaltoinkohtelusta aiheutuvaan tuen tarpeeseen	Henkilö on kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa taikka altistunut sen vaikutuksille perheessään tai lähipiirissään
Äkillisiin kriisitilanteisiin liittyvään tuen tarpeeseen	Henkilöä tai perhettä on kohdannut äkillisesti ja odottamatta jokin heidän kannaltaan merkittävä ja kielteinen tapahtuma. Yksilön tai perheen näkökulmasta äkillinen kriisi voi olla esimerkiksi oma tai läheisen vakava sairastuminen, onnettomuus tai kuolema, tulipalo, henkilön tai perheeseen kohdistuva muu kuin perhe- tai lähisuhdeväkivaltaan liittyvä väkivallan teko, rikos tai työn menettäminen.
Lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin tukemiseksi	Voi toteutua erilaisissa tilanteissa. Perusteena voivat olla joko lapsen tai lapsen perheen tilanteeseen liittyvät tekijä
Päihteiden ongelmakäytöstä, mielenterveysongelmasta sekä muusta sairaudesta, vammasta tai ikääntymisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen sekä Muuhan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen tai kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvään tuen tarpeeseen	Toimintakykyyn liittyvä tuen tarve voi aiheutua esimerkiksi henkilön vammasta, sairaudesta, ikääntymisen ja sairauksien mukanaan tuomasta voimien ja koordinaation heikkenemisestä, päihteiden käytöstä sekä mielenterveysongelmista. Toimintakykyyn liittyvä tuen tarve on määritelty yleisesti tarkoituksena kattaa laajasti erilaista toimintakykyä rajoittavia tai alentavia tilanteita. Toimintakykyyn liittyvät tuen tarpeet on kytketty tilanteisiin, joissa henkilö ei fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta tai sosiaalisesta syystä aiheutuen suoriudu itsenäisesti jokapäiväisen elämän toiminnoista.
Tuen tarpeessa olevien henkilöiden omaisten ja läheisten tukemiseksi	Henkilön jaksamisen tukemiseen ja toimintakyvyn turvaamiseen

Sosiaalituen tarpeisiin vastaavat palvelut	
Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301 § 14) mukaan kunnallisina sosiaalipalveluina on järjestettävä:	Selitys
Sosiaalityötä	Tarkoittaa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen tuen tarpeen arviointiin pohjautuvaa kokonaisvaltaista asiakas- ja asiantuntijatyötä ja sen yhteensovittamista muiden toimijoiden tarjoaman tuen kanssa.
Sosiaaliohjausta	Tarkoittaa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen neuvontaa, ohjausta ja tukea palvelujen käytössä sekä yhteistyötä eri tukimuotojen yhteensovittamisessa
Sosiaalista kuntoutusta	<p>Tarkoittaa sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi</p> <p>Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen 2) kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen 3) valmennus arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan 4) ryhmätoiminta ja tuki sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin 5) muut tarvittavat sosiaalista kuntoutumista edistävät toimenpiteet <p>Nuorten sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan nuorten sijoittumista työ-, työkokeilu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikkaan sekä ehkäistään näiden keskeyttämistä.</p>
Perhetyötä	<p>Tarkoittaa hyvinvoinnin tukemista sosiaaliohjauksella ja muulla tarvittavalla avulla tilanteissa, joissa asiakas ja hänen perheensä tai asiakkaan hoidosta vastaava henkilö, tarvitsevat tukea ja ohjausta omien voimavarojen vahvistamiseksi ja keskinäisen vuorovaikutuksen parantamiseksi.</p> <p>Perhetyötä annetaan erityistä tukea tarvitsevan lapsen tai nuoren terveyden ja kehityksen turvaamiseksi</p>
Kotipalvelua	<p>Tarkoittaa asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista.</p> <p>Annetaan sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen perusteella niille henkilöille, jotka tarvitsevat apua selviytyäkseen</p> <p>Kotipalveluun sisältyvinä tukipalveluina annetaan ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja.</p> <p>Lapsiperheellä on oikeus saada perheen huolenpitotehtävän turvaamiseksi välttämätön kotipalvelu, jos lapsen hyvinvoinnin turvaaminen ei ole mahdollista sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen perusteella</p>

Kotihoitoa	Kotihoito sisältää kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25§:n mukaisen kotisairaanhoidon
Asumispalveluja	<p>Järjestetään henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisensa järjestämisessä.</p> <p>Kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia suhteessa palveluihin, jotka edellyttävät muuttamista ja sisältävät sekä asumisen että palvelut.</p> <p>Tilapäistä asumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat lyhytaikaista, kiireellistä apua.</p> <p>Tuettua asumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat tukea itsenäiseen asumiseen tai itsenäiseen asumiseen siirtymisessä.</p> <p>Palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluihin sisältyvät tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut.</p> <p>Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti.</p>
Laitospalveluja	<p>Tarkoitetaan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Voidaan järjestää lyhytaikaisesti tai jatkuvasti.</p> <p>Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos se on henkilön terveyden tai turvallisuuden kannalta perusteltua, taikka siihen on muu laissa erikseen säädetty peruste.</p>
Liikkumista tukevia palveluja	<p>Liikkumista tukevia palveluja järjestetään henkilöille, jotka eivät kykene itsenäisesti käyttämään julkisia liikennevälineitä sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn takia ja jotka tarvitsevat palvelua asioimisen tai muun jokapäiväiseen elämään kuuluvan tarpeen vuoksi.</p> <p>Esteetön ja toimiva julkinen joukkoliikenne mukaan lukien kutsu- ja palveluliikenne on ensisijainen tapa järjestää kaikille soveltuva liikkuminen.</p> <p>Liikkumisen tukea voidaan järjestää seuraavilla toteuttamistavoilla tai niiden yhdistelmillä:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) julkisten liikennevälineiden käytön ohjauksella ja ohjatulla harjoittelulla 2) saattajapalveluna 3) ryhmäkuljetuksina 4) korvaamalla taksilla, invataksilla tai muulla vastaavalla ajoneuvolla tapahtuvasta kuljetuksesta aiheutuvat kohtuulliset kustannukset 5) muulla soveltuvalla tavalla.

Päihdetyötä	<p>Päihdetyöllä vähennetään ja poistetaan päihteisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä sekä tuetaan päihteettömyyttä.</p> <p>Sosiaalihuoltolaissa tarkoitettuun päihdetyöhön kuuluu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ohjaus ja neuvonta 2) päihteiden ongelmakäyttäjille, heidän omaisilleen ja muille läheisilleen suunnatut sosiaalihuollon erityispalvelut 3) muut 14 §:n mukaiset päihteettömyyttä tukevat tai päihteiden ongelmakäytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut. <p>Raskaana olevalla henkilöllä on oikeus saada välittömästi riittävät päihteettömyyttä tukevat sosiaalipalvelut.</p>
Mielenterveystyötä	<p>Mielenterveystyöllä vahvistetaan yksilön ja yhteisön mielen-terveyttä suojaavia tekijöitä sekä poistetaan ja vähennetään mielen-terveyttä vaarantavia tekijöitä.</p> <p>Sosiaalihuoltolaissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sosiaalipalveluihin sisältyvä mielen-terveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa 3) sosiaalihuollon mielen-terveyspalvelut, joilla tarkoitetaan 14 §:n mukaisia yksilön mielen-terveyttä tukevia sosiaalipalveluja.
Kasvatus- ja perheneuvontaa	<p>Annetaan lapsen hyvinvoinnin, yksilöllisen kasvun ja myönteisen kehityksen edistämiseksi, vanhemmuuden tukemiseksi sekä lapsiperheiden suoriutumisen ja omien voimavarojen vahvistamiseksi.</p> <p>Kasvatus- ja perheneuvontaan sisältyy lasten kasvuun ja kehitykseen, perhe-elämään, ihmissuhteisiin ja sosiaalisiin taitoihin liittyvää arviointia, ohjausta, asiantuntijaneuvontaa ja muuta tukea.</p>
Lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvontaa	<p>Huolehditaan että lapsenhuoltolain mukainen tapaamisoi-keus toteutuu lapsen edun mukaisesti sekä että lapsi siirtyy huoltajalta toiselle.</p>
Muita 11 §:n mukaisiin tarpeisiin vastaavia asiakkaan hyvinvoinnille välttämättömiä sosiaalipalveluja	<p>Näitä on mm. lomanviettopalvelut joita annetaan perhetilan-teen, pitkäaikaisen sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn takia. Erityistä tukea tarvitsevalle lapselle tai hänen perheelleen voidaan tarjota vertaisryhmätoimintaa sekä tuki-henkilö. Kaikkien asiakkaiden hyvinvointia voidaan edistää myös muilla kuin tässä mainituilla palveluilla.</p>

Palvelutarpeen tunnistuslomake

PALVELUTARPEEN TUNNISTUSLOMAKE

____/____20____

Nimi	Henkilötunnus	Puhelinnumero
Osoite	Postinumero	Kunta
Käytössä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (esim. kotihoito, ateriapalvelu, palveluseteli)		Asunnossa asuu alaikäisiä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
		Kuinka monta?

ARKITOIMINNOT JA PÄIVITTÄISET TOIMINNOT Missä seuraavissa toiminnoissa ette pärjää nykyisten palveluiden ja apujen turvin?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Peseytyminen | <input type="checkbox"/> Ruuanlaitto | <input type="checkbox"/> Ulkona liikkuminen |
| <input type="checkbox"/> Pukeutuminen ja riisuuntuminen | <input type="checkbox"/> Ruokailu | <input type="checkbox"/> Kulkuvälineillä liikkuminen |
| <input type="checkbox"/> Wc:ssä käynti | <input type="checkbox"/> Kaupassa käynti | <input type="checkbox"/> Vuoteesta tai tuolilta nousu |
| <input type="checkbox"/> Kodin hoitaminen (siivous, pyykinpesu) | <input type="checkbox"/> Päivittäisten raha-asioiden hoito | <input type="checkbox"/> Puhelimen käyttö |

TOIMINTAKYKY Pitävätkö seuraavat väittämät paikkaansa?		Positiivinen	Negatiivinen
Fyysinen	Pystyy liikkumaan kotona vaivattomasti käytössä olevien apuvälineiden kanssa	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	Pystyy kävelemään puolen kilometrin matkaa levähtämättä välillä	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	On kaatunut viimeisen vuoden aikana	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	Pelkää kaatuvansa	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	On jokin pitkäaikainen kipu, sairaus, vamma tai vaiva, joka häiritsee toimintakykyä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Psyykkinen	Pystyy huolehtimaan lääkityksestään	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	On viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissaan tuntemastaan alakulosta, mielenkiinnon puutteesta tai toivottomuudesta	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Kognitiivinen	On itse tai joku läheinen on ollut huolissaan muistiin liittyvissä asioissa	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	On joku henkilö, keneltä saisi apua tai tukea sitä kaivatessaan	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Sosiaalinen	On joku läheinen henkilö, johon voi olla yhteydessä viikoittain	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	Kärsii yksinäisyydestä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	Kaippaa enemmän harrastuksia tai vapaa-ajan toimintaa	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä

YMPÄRISTÖ Asuinympäristössä esiintyvät riskitekijät:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tavaraa tai esteitä kulkureiteillä | <input type="checkbox"/> Riittämätön valaistus |
| <input type="checkbox"/> Hankalakulkuisia portaita | <input type="checkbox"/> Riittämättömät apuvälineet |
| <input type="checkbox"/> Korkeita kynnyksiä tai matonreunoja | <input type="checkbox"/> Riittämätön kodin varustus (tukikaiteet, kahvat) |

LISÄTIEDOT (esim. Missä asioissa huomattiin ongelmaa? Oliko kerrotun ja havaitun välillä ristiriitoja? Kokeeko potilas tarvitsevansa enemmän apua itsenäisen asumisen tueksi?)

SUOSTUMUS

- Henkilö on antanut suostumuksen ottaa yhteyttä kunnan sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen (35 § 1 mom.) _____ Suostumuksen antajan allekirjoitus
- TAI**
- Suostumusta ei saada ja henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan huolenpidostaan, terveydestään, turvallisuudestaan tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii (35 § 2 mon.)
- Sosiaalihuoltoon on otettu puhelimitse yhteyttä

Ilmoittajan allekirjoitus

Ammattinimike

Nimenselvennös

Puhelinnumero

PALVELUTARPEEN TUNNISTUSLOMAKE

Lomakkeen tarkoituksena on ohjata ensihoitaja tunnistamaan ne potilaat, jotka saattaisivat hyötyä sosiaalihuollon palveluista ja tukitoimista. Lomakkeen on tarkoitus toimia keskustelua ohjaavana työkaluna ja muistilistana tarkistettavista asioista. Lomakkeen kysymykset voi käydä läpi vapaamuotoisesti tai suoraan lomakkeesta lukemalla. Tärkeintä kuitenkin on, että kaikki asiat tulee selvitettyä. Ensihoitajan tehtävänä on kartoittaa karkeasti ongelmakohdat ja esittää tarvittaessa lisäkysymyksiä, mahdollisen palvelutarpeen tunnistamiseksi.

Ensihoitaja täyttää lomakkeen ensisijaisesti yhteistyössä potilaan kanssa.

Lomaketta täytettäessä otetaan huomioon käytössä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, apuvälineet tai kompensatiokeinot. Esimerkiksi potilaan liikkumiskyky saattaa olla alentunut sairauden vuoksi, mutta potilas kompensoi toiminnanvajausta rollaattorilla, jonka avulla liikkuminen sujuu hyvin. Käytössä olevat palvelut eivät kuitenkaan poista sitä mahdollisuutta, ettei henkilö tarvitsisi lisäapua tämänhetkiseen tilanteeseensa.

Arki- ja päivittäistoiminnoissa toimintakyvyn laskun ensimmäiset merkit näkyvät vaikeissa toiminnoissa, kuten raskaat kodin siivoukset tai laitteiden käyttö. Viimeisenä vaikeutuvat helpot päivittäistoiminnot, kuten ruokailu. Jo yksittäisen kohdan täytyessä tulee asiaan reagoida ja selvittää tarkemmin ongelman taustalla olevia syitä. Useamman kohdan täytyessä tulee alkaa pohtia ilmoitusvelvollisuuden täyttymistä ja asian kiireellisyyttä.

Toimintakyky tulee arvioida jokaisen osa-alueen osalta.

Negatiivinen-sarake: Rasti tässä sarakkeessa kertoo mahdollisesta toimintakyvyn alenemasta kyseisellä osa-alueella. Useat rastit tässä sarakkeessa viestittävät puutteista toimintakyvyssä ja voivat ennustaa tulevia toimintakyvyn ongelmia. Kuitenkin myös yksittäisen rastiin tulee puuttua ja asiasta tulee keskustella potilaan kanssa. Havaitut ongelmat tulee avata tarkemmin *Lisätiedot*-kenttään.

Ympäristön riskitekijät vaikuttavat kotona selviytymiseen ja riskitekijät poistamalla voidaan mahdollistaa vanhuksen kotona asumisen mahdollisimman pitkään. Ympäristön riskitekijät eivät kuvaa toimintakyvyn ongelmia, mutta voivat hoitamattomina aiheuttaa ongelmia toimintakyvyssä ja vaikeuttaa kotona selviytymistä. Ympäristön riskitekijöihin puuttuminen mahdollistaa turvallisen ja itsenäisen kotona asumisen mahdollisimman pitkään ja ennaltaehkäisee tapaturmia, jotka saattaisivat johtaa pitkiin sairaalajaksoihin. Riskitekijän löytyessä tulee pohtia, onko syytä olla yhteydessä sosiaalihuoltoon asian korjaamiseksi.

Yhteydenotto sosiaalitoimeen tehdään ensisijaisesti yhteistyössä potilaan kanssa. Tavoitteena on lisätä ajoissa tehtyjä yhteydenottoja ja yhteistyötä asiakkaan kanssa sekä ohjata terveydenhuollon ammattilaisia toimimaan siten, että henkilö tulisi entistä varhaisemmassa vaiheessa ohjatuksi niiden palveluiden piiriin joita hän tarvitsee.

Ilmoitusvelvollisuus, Sosiaalihuoltolaki:

”Jos - - terveydenhuollon ammattihenkilö - - on tehtävässään saanut tietää henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, hänen on ohjattava henkilö hakemaan sosiaalipalveluja tai henkilön antaessa suostumuksensa otettava yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta tuen tarve arvioitaisiin.

Jos suostumusta ei voida saada ja henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan, tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii, - - on tehtävä ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta salassapitosäännösten estämättä viipymättä.”
(*Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 § 35*).

Lomakkeen voi jälkikäteen lähettää, skannata tai faksata kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle, mikäli hän yhteydenoton tai ilmoituksen yhteydessä pyytää tiedot kirjallisena. Lomake tulee arkistoida ensihoidon toimesta virallisena potilasasiakirjana esimerkiksi yhdessä ensihoitokertomuksen kanssa.