

YHTENÄISEN PALVELUTARPEEN ARVIOINNIN
KEHITTÄMINEN SALLAN KOTIHOIDOSSA

Sumukari Anniina

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Terveystieteiden (ylempi AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Terveydenhoitaja (ylempi AMK)

Tekijä	Anniina Sumukari	Vuosi	2017
Ohjaaja	Marika Kunnari		
Toimeksiantaja	Sallan kunta		
Työn nimi	Yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen Sallan kotihoidossa		
Sivu- ja liitemäärä	42 + 5		

Suomalainen väestö ikääntyy ja suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle pienemmät ikäluokat eivät riitä korvaamaan heitä. Keskimääräisen eliniän pidentyessä ajankohtaiseksi kysymykseksi nousee julkisten hoiva- ja palveluresurssien kohdentaminen vastaamaan ikäihmisten tarpeisiin ja ennen kaikkea niiden jakaminen oikeudenmukaisesti. Ikääntyneille tulisi turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen elämä tarjoamalla kattavaan palvelujen tarpeen selvittämiseen perustuen oikea-aikaisia ja -sisältöisiä palveluita.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa Sallan kotihoitoon yhtenäinen palvelutarpeen arviointimenetelmä. Tavoitteena oli taata asiakkaille yhtenäinen palvelutarpeen arviointi arvioinnin tekijästä riippumatta. Näin parannetaan hoidon laatua, kun kaikilla asiakkailla on tasavertaiset lähtökohdat kotihoidon palveluita myönnettäessä. Samalla helpotetaan kotihoidon terveydenhoitajien työskentelyä, kun käytettävissä on yhtenäinen menetelmä palvelutarpeen arvioimiseen.

Kehittämistyössä menetelminä käytettiin konstruktivistista tutkimusta ja aivoriihtä. Palvelutarpeen arviointimenetelmä luotiin lakeihin, suosituksiin, tutkimuksiin ja muualla Suomessa luotuihin malleihin perustuen yhteistyössä Sallan kunnan työntekijöistä koostuvan kehittämistyöryhmän kanssa. Testausvaiheessa arviointimenetelmästä pyydettiin palautetta arvioinnin tekijöiltä sekä asiakkailta ja heidän omaisiltaan.

Yhtenäisen palvelutarpeen arviointimenetelmän pääluokat ovat fyysinen toimintakyky, aistitoiminnot, psyykinen toimintakyky, kognitiivinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky, ympäristötekijät, taloudelliset tekijät, lääkehoito, mittarit, apuvälineet, etuudet, fysiologiset mittaukset ja yhteenveto. Arviointimenetelmä takaa tasalaatuisen ja oikeudenmukaisen arvioinnin kaikille asiakkaille arvioinnin tekijästä riippumatta. Sen myötä kotihoidon palveluiden myöntämiseen on tullut yhtenäinen linja. Arviointimenetelmä jää käyttöön Sallan kotihoitoon ja lisäksi sitä voidaan hyödyntää koko Suomen laajuisesti.

Asiasanat palvelutarpeen arviointi, toimintakyky, kotihoito, ikääntyminen

School of Social Services, Health and Sports
Development of Working Life and Leadership
Master of Health Care

Author	Anniina Sumukari	Year	2017
Supervisor	Marika Kunnari		
Commissioned by	Salla municipality		
Subject of thesis	Developing a coherent needs assessment tool for the Salla home care services		
Number of pages	42 + 5		

Finland's population is ageing and as the baby boom generation is about to retire the younger age groups are not many enough to step into the breach. Along the increasing life expectancy increases also the discussion of how to share the public healthcare resources fairly and how to meet the needs of the ageing population. Older people should be guaranteed to have a life as healthy and functional as possible by providing optimal services at optimal time, based on comprehensive needs assessment.

The aim of this development work was to develop a coherent needs assessment tool for the Salla home care services. The aim was to ensure coherent needs assessment regardless the individual doing the assessment. The quality of care increases as all clients have equal opportunities for home health care services. Also, the home care employees' work is easier when having a coherent method for the assessments.

Constructive research and brain storming were used as methods in this development work. The needs assessment tool was created in co-operation with an employee development group of Salla municipality and was based on current laws, guidelines, research and other similar tools published in Finland. In testing phase feedback was asked from employees, clients and their families.

The main components of the needs assessment tool are physical, psychological, cognitive, social and sensory functions, environmental and economical factors, medication, indicators, social assistance, medical equipment, physiological measurements and a summary. This assessment method ensures even quality and fair assessment for all clients regardless of the person doing the assessment. A shared view for granting the home healthcare services has been achieved by this. The method has been implemented at Salla home healthcare services and can be utilised all around Finland.

Key words service needs assessment, performance, home care, aging

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMKSENASETELU	3
3	IKÄÄNTYNEEN PALVELUTARPEEN ARVIOINTI KOTIHOIDOSSA	4
3.1	Väestön ikääntyminen	4
3.2	Ikääntyvien kotiin tarjottavat palvelut Suomessa	6
3.3	Palvelutarpeen arviointi kotihoidossa.....	9
3.4	Toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia.....	12
4	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	17
4.1	Konstruktiiivinen tutkimus	17
4.2	Ongelman määrittely yhdessä toimeksiantajan kanssa	18
4.3	Dialogisen alustan rakentaminen.....	19
4.4	Teoreettisen ja käytännöllisen ymmärryksen hankkiminen.....	22
4.5	Arviointimenetelmän innovointi	22
4.6	Arviointimenetelmän käyttöönotto ja testaus käytännössä	23
4.7	Arviointimenetelmän hyödyllisyyden arviointi.....	25
4.8	Teoreettisen kontribuution määrittely ja raportointi	27
5	POHDINTA	29
5.1	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset.....	29
5.2	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	31
5.3	Kehittämistyön merkitys.....	35
5.4	Jatkokehittämisasiheet	36
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	43

1 JOHDANTO

Suomalainen väestö ikääntyy ja suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle pienemät ikäluokat eivät riitä korvaamaan heitä. Maailmanlaajuisesti ikääntyneen väestön määrä kasvaa vuosittain noin kaksi prosenttia, mikä on paljon nopeammin verrattuna koko väestön määrän kasvuun. Ikääntyneen väestön määrän on enustettu kasvavan nuoren väestön määrää nopeammin ainakin seuraavan 25 vuoden ajan. (Timonen 2008, 5, 19; Silventoinen 2015.) Väestön ikääntyessä terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja vahvistaminen korostuvat. Keskimääräisen eliniän pidentyminen haastaa hyvinvointivaltiot parantamaan hyvinvointia ja elämänlaatua edistämällä terveyttä ja toimintakykyä sekä vähentämällä kuolleisuutta kaikissa ikä- ja väestöryhmissä, jotta turvattaisiin edellytykset hyvälle ja täysipainoiselle elämälle kaikissa elämänvaiheissa. (Parjanne 2004, 21; Laine, Sinko & Vihriälä 2009, 43.) Eliniän pidentyessä ajankohtaiseksi kysymykseksi kaikissa hyvinvointiyhteiskunnissa nousee julkisten hoiva- ja palveluresurssien kohdentaminen vastaamaan ikäihmisten tarpeisiin ja ennen kaikkea niiden jakaminen oikeudenmukaisesti (Vilkkö, Finne-Soveri & Heinola 2010, 44).

Palvelutarpeen arvioinnista säädetään vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012) ja sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt palvelutarpeen arvioinnin hyvät käytännöt sekä julkaissut suosituksen toimintakyvyn arvioinnista osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011). Ikääntyneille tulisi turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen elämä tarjoamalla kattavaan palvelujen tarpeen selvittämiseen perustuen oikea-aikaisia ja -sisältöisiä palveluita (Huovinen, Varhila, Haatainen & Myllärinen 2013, 5).

Sosiaali- ja terveysministeriön Toimiva kotihoito Lappiin -kärkihankkeen (2016–2018) yhtenä tavoitteena on luoda yhteinen yleinen palveluneuvonta ja -ohjausmalli Lappiin. Tähän tavoitteeseen sisältyy myös yhteisten työvälineiden kehittäminen palvelutarpeen arviointiin. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointikäytäntöjä kehittämällä pyritään puuttumaan yhä varhaisemmassa vaiheessa terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen. (Niskala 2016, 11, 14.) Hankkeen ta-

voitteena on uudistaa palvelurakenteita asiakaslähtöisemmiksi ja kustannusvaiduttavimmiksi ottamalla iäkkäät mukaan suunnittelemaan palveluitaan. Palveluiden kohdentaminen tapahtuu palveluiden tarpeen ja toimintakyvyn arvioinnin avulla ja kotiin annettavia palveluita kehitetään entisestään. (Voutilainen, Noro, Karppanen & Raassina 2016, 6–8.) Sallan kunta osallistuu kärkihankkeeseen ja sai valita neljästä eri osa-alueesta, mitä kunta olisi kiinnostunut kehittämään. Näistä Sallassa päädyttiin kehittämään yhteistä yleistä palveluneuvonta ja -ohjausmallia. Tässä kehittämistyössä keskitytään Sallan kotihoidon osalta yhteisten palvelutarpeen arvioinnin työvälineiden kehittämiseen.

Edellä kuvattu tarve on Sallan kotihoidossa todellinen. Kotihoidossa työskentelee tällä hetkellä kolme terveydenhoitajaa, jotka tekevät palvelutarpeen arviointeja. Kotihoidossa ei ole olemassa mitään yhtenäistä toimintatapaa, jolla arviointi tehdään, vaan jokainen terveydenhoitaja tekee arvioinnit omalla tavallaan. Palvelutarpeen arviointiin sisältyy toimintakyvyn arvioiminen, mutta sitäkin ei tehdä millään yhteismitallisella arviointimenetelmällä.

Jo ennen Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeen alkamista Sallan kotihoidossa on keskusteltu siitä, että palvelutarpeen arvioinnille tarvitaan yhtenäinen arviointimenetelmä, jolla varmistetaan sen toteutuminen tasalaatuisesti työntekijästä huolimatta. Tällä varmistetaan, että kaikkien asiakkaiden kanssa käydään läpi samat asiat palvelujen tarvetta arvioitaessa ja että kaikki ovat samalla viivalla mahdollisia palveluita myönnettäessä. Myös uusien työntekijöiden perehdyttäminen aiheeseen on jatkossa helpompaa, kun palvelutarpeen arviointien tekemistä varten on olemassa selkeä arviointimenetelmä. Vastaan tällä ylemmän ammattikorkeakoulun Työelämän kehittäminen ja esimiestyö -opintokokonaisuuteen liittyvällä kehittämistyöllä edellä kuvattuun tarpeeseen. Sallan kunnan edustaja on allekirjoittanut toimeksiantositoumuksen (Liite 1) ja tutkimusluvan (Liite 2) kehittämistyön toteuttamista varten.

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMKSENASETTELU

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa Sallan kunnan kotihoitoon yhtenäinen palvelutarpeen arviointimenetelmä.

Tavoitteena on turvata asiakkaille yhtenäinen palvelutarpeen arviointi arvioinnin tekijästä riippumatta. Näin parannetaan hoidon laatua, kun kaikilla asiakkailla on tasavertaiset lähtökohdat palveluiden tarvetta arvioitaessa ja kotihoidon palveluita myönnettäessä. Samalla helpotetaan kotihoidon terveydenhoitajien työskentelyä, kun käytettävissä on yhtenäinen menetelmä palvelutarpeen arvioimiseen. Kehittämistyössä vastataan seuraavaan kysymykseen:

Millainen on yhtenäinen kotihoidon palvelutarpeen arviointimenetelmä Sallan kunnassa?

3 IKÄÄNTYNEEN PALVELUTARPEEN ARVIOINTI KOTIHOIDOSSA

3.1 Väestön ikääntyminen

Väestön ikääntyminen tarkoittaa yli 65-vuotiaiden osuuden kasvua väestössä suhteessa nuorempiin ikäluokkiin. Tähän tilanteeseen ovat johtaneet syntyvyyden lasku ja eliniän pidentyminen. Suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle pienemmät ikäluokat eivät riitä korvaamaan heitä. (Timonen 2008, 5–6, 18; Silventoinen 2015.)

Maailmanlaajuisesti ikääntyneen väestön määrä kasvaa vuosittain noin kaksi prosenttia, mikä on paljon nopeammin verrattuna koko väestön määrän kasvuun. Ikääntyneen väestön määrän on ennustettu kasvavan nuoren väestön määrää nopeammin ainakin seuraavan 25 vuoden ajan. Yli 60-vuotiaiden määrä on kolminkertaistunut 1950-luvulta 2000-luvulle ja määrän on arveltu kasvavan vielä nopeammin seuraavien neljän viiden vuosikymmenen aikana saavuttaen kaksi miljoonaa vuonna 2050. Tästä määrästä odotetaan yhden viidesosan olevan yli 80-vuotiaita. (Timonen 2008, 19, 24.) Suomessa Tilastokeskuksen laatiman vuoden 2015 väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousee nykyisestä 19,9 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Tämän myötä väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden olisi 76 vuonna 2060, kun sen on vuonna 2017 arvioitu olevan 60. (Suomen virallinen tilasto 2015.)

Keskeinen väestön ikääntymistä lisäävä tekijä on eliniän pidentyminen. Tähän vaikuttavat elintason, yleisen hyvinvoinnin ja terveydenhuollon korkea taso kehittyneissä maissa. Väestön ikääntyessä terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja vahvistaminen korostuvat. Nämä ovat tärkeitä asioita sekä väestön jokapäiväisen hyvinvoinnin, että yhteiskunnallisen kehityksen kannalta. Keskimääräisen eliniän pidentyminen haastaa hyvinvointivaltiot parantamaan hyvinvointia ja elämänlaatua edistämällä terveyttä ja toimintakykyä sekä vähentämällä kuolleisuutta kaikissa ikä- ja väestöryhmissä, jotta turvattaisiin edellytykset hyvälle ja täysipainoiselle elämälle kaikissa elämänvaiheissa. (Parjanne 2004, 21; Laine, Sinko & Vihriälä 2009, 43.)

Eliniän pidentyessä ajankohtaiseksi kysymykseksi kaikissa hyvinvointiyhteiskunnissa nousee julkisten hoiva- ja palveluresurssien kohdentaminen vastaamaan ikäihmisten tarpeisiin ja ennen kaikkea niiden jakaminen oikeudenmukaisesti (Vilkko ym. 2010, 44). Väestön ikääntyminen ja maan sisäinen muuttoliike luovat haasteita hyvinvointipalveluiden tasavertaiselle tarjoamiselle koko väestölle. Kuntien tulopohjat ja palvelujen tarve ovat erilaisia. Erityisesti vanhusvoittoisilla muuttotappioalueilla, joilla hoiva- ja hoitopalveluita nimenomaan tarvitaan paljon, talous ja hoitoalan työvoiman saatavuus heikentyvät muuttoliikkeestä johtuen, mikä vaarantaa palveluiden saatavuutta. (Parjanne 2004, 42.)

Väestön terveys ja toimintakyky vaikuttavat olennaisesti kansalaisten tarvitsemien sosiaali- ja terveystalouden määrään. Vaikka ikääntyneet tarvitsevat pääsääntöisesti nuorempia ikäluokkia enemmän hoitoa ja hoivaa, ei palvelujen tarve kuitenkaan ole suoraan verrannollinen ikään. Eliniän pidentymisen myötä terveet ja toimintakykyiset ikävuodet ovat lisääntyneet ja eläkeläiset ovat huomattavasti aikaisempia sukupolvia hyväkuntoisempia, elinvoimaisempia ja aktiivisempia ja pystyvät näin elämään itsenäisesti entistä korkeampaan ikään saakka. (Parjanne 2004, 21.) Iältään 65–74- ja 75–85-vuotiaissa sellaisten henkilöiden osuus, joilla on vaikeuksia suoriutua päivittäisistä toiminnoista, on huomattavasti vähentynyt vuosien 1993 ja 2013 välillä. Kun vuonna 1993 iältään 75–84 -vuotiaista naisista 36 prosenttia ja miehistä 32 prosenttia koki vaikeuksia ulkona liikkumisessa, olivat vastaavat osuudet vuonna 2013 naisista 25 prosenttia ja miehistä 13 prosenttia. (Findikaattori 2014.)

Väestön ikääntymisestä puhuttaessa keskitytään yleensä ikääntymisen yhteiskunnalle aiheuttamien haasteiden esille nostamiseen. Ikääntyminen nähdään toimintakyvyn heikentymisenä ja sairauksien varjostamana aikana ja ikäihmisten kasvava määrä liitetään palveluiden tarpeen voimakkaaseen lisääntymiseen, johon varautuminen nähdään suurena haasteena yhteiskunnalle. Tämänkaltaisen ajatusmaailma kapeuttaa ja vinouttaa kuvaa ikääntymisestä. Ajankohtaisempaa olisikin tarkastella ikäihmisten asemaa yhteiskunnassa ja vanhuuden erityisyyttä elämänvaiheena sekä tunnistaa ikäihmisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. (Heimonen 2013, 5.) Eläkkeellä oloajan pidentyessä vanhuusiän ennakoiva suunnittelu on entistä tärkeämpää. Suunnittelua voi tehdä liittyen

esimerkiksi talouteen, terveyteen, toimintakykyyn, mielen virkeyteen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Myös hoitotahdon ilmaiseminen on osa vanhuuden suunnittelua. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2012, 8.)

3.2 Ikääntyvien kotiin tarjottavat palvelut Suomessa

Ikääntyvien on mahdollista saada kotiinsa erilaisia palveluita. Näitä ovat muun muassa kotihoito ja erilaiset tukipalvelut. Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon muodostamaa palvelukokonaisuutta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 3:20 §). Laadukas kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen pohjalta laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.).

Kotipalvelulla tarkoitetaan jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Näitä toimintoja voivat olla muun muassa asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitämiseen, asiointiin sekä muuhun päivittäiseen elämään liittyvät toiminnot. Kotipalvelua voivat saada ikäihmiset, vammaiset ja sairaat tai henkilöt, joiden toimintakyky on muun syyn vuoksi alentunut. Kotipalvelua voidaan täydentää tukipalveluilla, joita ovat muun muassa ateriapalvelu, siivous, vaatehuolto, kauppa- ja muut asiointipalvelut, sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut sekä kuljetus- ja saattajapalvelu. Tukipalveluita voivat saada myös henkilöt, jotka eivät tarvitse muita kotihoidon palveluita. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 3:19.1–3, 3:20 §; Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.)

Kotisairaanhoido tarkoittaa hoito- ja palvelusuunnitelmaan perustuvaa tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa tapahtuvaa moniammatillista terveyden- tai sairaanhoidoa, jonka tarkoituksena on tukea sairaan henkilön kotona selviytymistä sekä tukea omaisia sairaan henkilön hoitamisessa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 3:25.1 §; Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.). Kotisairaanhoidoa voidaan antaa esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen helpottamiseksi. Kotisairaanhoidoa ovat erilaiset lääkärin määräämät sairaanhoidolliset toimenpiteet, kuten näytteiden ja mittausten ottaminen, lääkityksen valvominen ja kivunhoito sekä asiakkaan voinnin seuraaminen. Kotisairaanhoidoa anne-

taan silloin, kun henkilö ei sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi ole kykeneväinen käyttämään muita terveydenhuollon palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.) Tässä kehittämistyössä keskitytään edellä esitellyistä palvelumuodoista kotihoidon sisältöihin.

Kotihoidossa asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja palvelut pyrkii järjestämään hänen toiveidensa mukaisesti, mikäli ne vastaavat asianmukaisesti selvitettyä hoidon ja palveluiden tarvetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 19). Itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi asiakkaan tulisi saada toivomaansa ja tarvitsemaansa apua silloin, kun hän ei koe huonon toimintakykynsä vuoksi pystyvänsä toimimaan itsenäisesti (Myllymäki 2014, 44). Yksilöllisen asiakasta kunnioittavan ja hänen voimavarojaan tukevan hoidon toteuttaminen on olennaista asiakkaan kotona selviytymisen kannalta. Tällainen hoito ei kuitenkaan voi toteutua, jos hoitaja ei opi tuntemaan ikäihmisen tapoja ja henkilökohtaisia toiveita. (Turjanmaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä 2014, 3206; Hautsalo, Rantanen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2016, 8.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa tavoitteeksi on asetettu, että vuoteen 2012 mennessä 91–91 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin. Tavoitteena on myös, että 13–14 prosenttia tästä väestöstä saa säännöllisiä kotihoidon palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 30.) Kotihoito on säännöllistä silloin, kun vähintään viikoittainen palvelu on jatkunut vähintään kuukauden ajan ja asiakkaalle on tehty hoito- ja palvelusuunnitelma (Väyrynen & Kuronen 2017, 1).

Suomessa säännöllisen kotihoidon piirissä oli 30.11.2016 noin 73 500 asiakasta, joista 66 prosenttia oli naisia. Asiakasmäärän nousu edelliseen vuoteen verrattuna oli 0,3 prosenttia. Näistä asiakkaista 56 700 eli 77 prosenttia oli 75 vuotta täyttäneitä, mikä on 11,3 prosenttia koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Alle 65-vuotiaita asiakkaista oli noin 6370 eli yhdeksän prosenttia. Sallan kunnassa oli 30.11.2016 yhteensä 104 säännöllisen kotihoidon piirissä olevaa asia-

kasta. Näistä asiakkaista 75 vuotta täyttäneitä oli 86. 75–79-vuotiaista 12,9 prosenttia, 80–84-vuotiaista 15,1 prosenttia ja 85-vuotta täyttäneistä 20,3 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon piirissä. (Väyrynen & Kuronen 2017, 1, 4, 11.)

Kotihoito Sallassa

Kaikissa Suomen kunnissa ja kaupungeissa on olemassa tietyt kriteerit, joiden perusteella kotihoidon palveluita myönnetään. Myös Sallan kunta on määritellyt omat kriteerinsä, joita on päivitetty viimeksi kuluneen vuoden aikana (Sallan kunnan kotihoitopalvelun kriteerit 2017). Palvelutarpeen arvioinnissa pyritään selvittämään, täyttääkö asiakas nämä kriteerit eli voidaanko hänelle myöntää kotihoidon palveluita.

Kotihoidon palveluita on mahdollista saada säännöllisesti tai tilapäisesti. Kuten aiemmin on tullut esille, säännöllinen kotihoito tarkoittaa, että vähintään viikoittainen palvelu on jatkunut vähintään kuukauden ajan ja asiakkaalle on tehty hoito- ja palvelusuunnitelma. Tilapäinen kotihoito taas on harvemmin kuin kerran viikossa toteutuva tai alle kuukauden kestävä palvelu. Sallan kunnassa tilapäistä kotihoitoa on mahdollista saada esimerkiksi tapauksissa, joissa asiakkaan hoitoon pääsy edellyttäisi sairaankuljetuksen käyttöä ja asiakkaan on vaikea päästä asunnosta saattajan avusta huolimatta, kulkuyhteydet ovat huonot tai asiakkaasta normaalisti huolehtiva omainen on tilapäisesti estynyt antamasta hoivaa. (Sallan kunnan kotihoitopalvelun kriteerit 2017, 3.)

Sallan kunnassa kotihoidon palveluiden myöntäminen perustuu tällä hetkellä RAVA (Rajala-Vaissi) -toimintakykymittarin antamaan tulokseen. Mittari on nimetty alkuperäisten kehittäjiensä Tapio Rajalan ja Eero Vaissin mukaan (Autio 2012). Se on toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, joka on kehitetty perinteisten toimintakykyä, muistitoimintoja ja mielialaa mittaavien menetelmien pohjalta. Sen avulla voidaan arvioida ikäihmisen toimintakykyä sekä avun, kuntoutuksen ja palvelun tarvetta. Arvion tuloksena saadaan kuva siitä, mistä päivittäisistä toiminnoista henkilö suoriutuu itsenäisesti ja missä hän tarvitsee apua. (Valtonen 2002, 10.) Arvioitavia osa-alueita ovat näkö, kuulo, puhuminen, liikkuminen sisätiloissa, virtsaaminen, ulostaminen, ruokaileminen, lääkehoidon toteuttaminen, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja orientaatio, mieliala ja käyttäytyminen, päihteiden

käyttö, ihmissuhteet, turvallisuuden tunne ja asuminen (Finnish Consulting Group Oy s.a.). Mittari laskee asiakkaalle RAVA-indeksin ja -luokan (Taulukko 1). Indeksien pohjalta määritellyt luokat ovat viitteellisiä, minkä vuoksi mittaria voidaan käyttää apuvälineenä, mutta ei määräävänä tekijänä asiakkaan hoidossa.

Taulukko 1. RAVA-indeksit ja -luokat (Valtonen 2002, 13)

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

Sallan kunnassa RAVA-indeksin tulee kotihoidon palveluiden myöntämiseksi olla vähintään 1.5, tavoitteena 1.75 ja se saa olla enintään 3.49. Jos asiakas ei RAVA-indeksin perusteella ole oikeutettu kotihoidon palveluihin, otetaan palveluista päätettäessä huomioon myös erityisolosuhteet, joita ovat esimerkiksi asiakkaan muistisairaus, sairaanhoidollinen tarve tai mielenterveydellinen syy. (Sallan kunnan kotihoitopalvelun kriteerit 2017, 9.)

3.3 Palvelutarpeen arviointi kotihoidossa

Vanhuspalvelulaissa (980/2012 3:15 §) määrätään, että kunta vastaa iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palveluiden tarpeen kokonaisvaltaisesta selvittämisestä. Palvelutarpeen selvittäminen on aloitettava viipymättä sen jälkeen, kun iäkäs henkilö on joko itse tehnyt kunnalle sosiaalipalveluja koskevan hakemuksen saadakseen palveluja toimintakykynsä tai tavanomaisista elämäntoiminnoista suoriutumisensa tueksi tai joku muu on tehnyt ilmoituksen hänen palveluntarpeestaan ja kokee sen selvittämisen tarpeelliseksi. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014 4:36.2 §) määrää, että 75 vuotta täyttäneille palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun kunnan sosiaalipalveluista vastaavaan viranomaiseen on otettu yhteyttä palvelujen saamiseksi ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) kiteyttää tiedotteessaan palvelutarpeen arvioinnin hyvät käytännöt viiteen pääkohtaan, jotka ovat palvelutarpeen ja toimintakyvyn kattava arviointi, arvioinnin toteuttaminen yhteistyössä, työvälaineiden huolellinen valinta sekä toimintakyvyn arviointiin, menetelmien käyttöön, kerättyjen tietojen analysointiin ja tulosten tulkintaan perehtyminen. Kotikäynneillä haastatteleamalla saatua tietoa tulee täydentää erilaisilla toimintakyvyn mittareilla ja arviointijärjestelmillä. Palvelutarpeen arviointi tulee tehdä asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen ja hänen mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa huomioon ottaen. Sen tulee sisältää yhteenveto asiakkaan tilanteesta mukaan lukien sosiaalipalvelujen ja erityisen tuen tarpeen, sosiaalihuollon ammattihenkilön johtopäätökset asiakkuuden edellytyksistä, asiakkaan mielipiteen ja näkemyksen omasta palveluiden tarpeestaan, ellei arvioinnin tekemiseen yhdessä asiakkaan kanssa ole ilmeistä estettä, sekä asiakkaan ja sosiaalihuollon ammattihenkilön arvion omatyöntekijän tarpeesta. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 4:37 §.) Kotihoiton asiakkaan palveluiden tarvetta tulee arvioida aina tarpeen vaatiessa ja vähintään puolen vuoden välein (Rysti 2016a). Ikääntyvien kohdalla pitäisi ottaa huomioon, että toimintakyky voi vaihdella, ollen välillä parempi ja välillä huonompi, mikä tekee avuntarpeesta vaihtelevaa (Myllymäki 2014, 46).

Palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on mahdollistaa tehokas ennaltaehkäisy puuttumalla ajoissa ikääntyneen toimintakyvyssä ilmenneisiin ongelmiin ja riskitekijöihin sekä turvata oikea-aikaisesti annetut ja oikean sisältöiset palvelut, joilla voidaan tukea henkilön kykyä toimia itsenäisesti ja päättää omista asioistaan turvallisesti. Lisäksi sen tavoitteena on luoda yhteiskunnalle edellytykset oikeudenmukaiseen voimavarojen jakamiseen. (Finne-Soveri ym. 2011.) Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä tulee kiinnittää huomiota ikäihmisen henkiseen vointiin, hänen kokemuksiinsa terveydellisiin ongelmiin ja sosiaalisiin tarpeisiin sekä siihen, että hän on ymmärtänyt hänelle annetun informaation oikein. (Janlöv, Rahm Hallberg & Petersson 2006, 26; Karlsson, Edberg & Rahm Hallberg 2009, 1217.)

Turjanmaan, Hartikaisen, Kangasniemen ja Pietilän (2014, 317) hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöjä analysoineen tutkimuksen mukaan suunnitelmat oli tehty hoitajan näkökulmasta eikä niissä otettu tarpeeksi huomioon ikääntyneen omaa näkökulmaa asioihin. Ikäihmiset ja heidän läheisensä myös kokivat hoito- ja palvelusuunnitelman sisällön muuttamisen avuntarpeen muuttumisen myötä

joustamattomaksi (Hautsalo ym. 2016, 8). Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan kotona selviytymisen tukemiseksi on tärkeää, että hoito- ja palvelusuunnitelmat tehdään yksilöllisesti, kokonaisvaltaisesti ja perustuen hoidon suunnittelun suositukseen. Suunnitelmassa tulee ottaa huomioon asiakkaan näkökulma ja toiveet koskien mielekkäitä aktiviteetteja ja sosiaalisia suhteita. Tällöin asiakkaalle turvataan myös parhaiten perustuslain 19 §:n tarkoittamat riittävät ja tarpeelliset sosiaalipalvelut (Karvonen-Kälkäjä 2012, 249). Sekä asiakkaiden että hoitajien kokemusten mukaan yhtenäiset toimintatavat asiakkaan itsenäisen toiminnan edistämässä ovat tärkeä asia yhteistyön onnistumisen kannalta. Tämä ilmenee asiakkaan kannustamisena itsenäiseen toimintaan, toiminnasta suoriutumisen arvioimisena sekä ohjaamisena, rohkaisemisena ja kehumisena. (Eloranta 2009, 38; Eloranta, Arve & Routasalo 2009, 141; Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012, 19.)

Laadukas palvelutarpeen arviointi tulisi tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden, asiakkaiden ja heidän läheistensä yhteistyönä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Ikäihmisten oman kokemuksen mukaan heillä ei palvelutarpeen arviointitilanteessa ole juuri vaikutusmahdollisuuksia saamiensa kotihoidon palveluiden suhteen tehtäviin päätöksiin, vaan arvion tekevä henkilö kertoo heille, mitä palveluita heidän on mahdollista saada. He kokevat myös, että heidän täytyy vain olla tyytyväisiä ja tasapainotella tarpeidensa ja saatavilla olevan avun välillä. Ammattihenkilön tulisi keskittyä enemmän ikäihmisen tarpeisiin kokonaisuutena ja edistää hänen tunnettaan siitä, että hän hallitsee tilannetta. (Janlöv, Rahm Hallberg & Petersson 2006, 26.)

Omaisiet kokevat palvelutarpeen arviointitilanteessa huomion kohdistuvan avun tarvitsijaan eli asiakkaaseen jättäen huomiotta omaisten roolin avun tarjoajina ja hankkijoina. Palvelutarpeen arvioinnin on tärkeää olla kokonaisvaltainen ja rakenteeltaan sellainen, että se huomioi ja tukee perhettä kokonaisuutena. (Janlöv, Rahm Hallberg & Petersson 2006, 1033.) Omaisia pitäisi aktivoida osallistumaan enemmän vanhusten arkeen ja toimimaan yhteistyössä julkisten palveluiden työntekijöiden kanssa (Laatikainen 2009, 25).

3.4 Toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia

Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä on tehtävä monipuolinen arvio iäkkään henkilön toimintakyvystä luotettavia välineitä käyttäen. Toimintakyvyn arvioinnin tarkoituksena on selvittää, miltä osin henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista päivittäisistä toiminnoistaan omassa asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arviointia tehtäessä on otettava huomioon fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä ympäristön esteettömyys, asumisen turvallisuus ja lähipalvelujen saatavuus. (Vanhuspalvelulaki 980/2012 3:15.8 §.)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä edellytyksiä selvitä omasta arjestaan. Siihen sisältyy kyky liikkua sekä aistitoiminnoista näkö ja kuulo. Fyysisen toimintakyvyn kannalta olennaisia elimistön fysiologisia ominaisuuksia ovat muun muassa lihasvoima ja -kestävyys, nivelten liikkuvuus, kehohallinta sekä keskushermoston toiminta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa huomioon otettavia osa-alueita ovat esimerkiksi liikkuminen ja tasapaino, näkö ja kuulo, virtsan- ja ulosteenpidätyskyky, kipurien arviointi, mahdolliset hengitykseen liittyvät apuvälineet, tupakan ja alkoholin käyttö, pukeutuminen, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, asiointi kodin ulkopuolella, lääkkeiden säilyttäminen ja ottaminen sekä ravitsemuksesta huolehtiminen. (Jämsén 2012; Rysti 2016b.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan voimavaroja, joilla ihminen selviytyy arjen ja sosiaalisen ympäristön haasteista ja kriisitilanteista. Siihen sisältyy ihmisen persoonallisuuden lisäksi muun muassa kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa, tuntea ja muodostaa käsityksiä omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta sekä suunnitella elämäänsä ja tehdä ratkaisuja ja valintoja sitä koskien. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen luottaa kykyynsä selviytyä jokapäiväisestä elämästään ja kykenee tekemään järkeviä päätöksiä siihen liittyen. Hän myös arvostaa itseään ja pystyy suhtautumaan luottavaisesti tulevaisuuteen ja ympäröivään maailmaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Psyykinen toimintakyky on mielensisäistä toimintaa ja tämän vuoksi sitä ei voida suoraan havainnoida tai mitata, vaan sen arviointi ja mittaaminen perustuvat pääasiassa yksilön omaan kokemukseen. Sen arviointiin käytettävät mittarit ovat yleensä itsearviointiin perustuvia kyselylomakemittareita, jotka arvioitava henkilö itse täyttää. (Aalto 2011.)

Sana kognitiivinen tarkoittaa tiedollista, tietoon perustuvaa sekä tiedon hankintaan, varastointiin ja käyttöön liittyvää toimintaa (Tuulio-Henriksson 2011). Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan psyykkisiä, esimerkiksi tiedonkäsittelyyn ja ajatteluun liittyviä toimintoja. Sitä käsitellään kuitenkin yleensä erillään psyykkisestä toimintakyvystä varsinkin silloin, kun käsitellään kognitiivisia perustoimintoja, joita ovat esimerkiksi muisti ja oppiminen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.) Kognitiivisia toimintoja tutkitaan yleensä neuropsykologisen tutkimuksen avulla, jotka koostuvat muun muassa neuropsykologisista tehtävistä, haastattelusta ja havainnoinnista. Kognitiivisen toimintakyvyn arvioiminen edellyttää monipuolista tiedonkeruuta. Arviointia tehtäessä tulisi kiinnittää huomiota siihen, että mikään tekijä ei arviointihetkellä heikennä henkilön kognitiivista toimintakykyä. Masennus ja ahdistuneisuus voivat heikentää kognitiivista toimintakykyä, samoin kuin esimerkiksi se, että arvioitava on syönyt tai nukkunut huonosti. (Tuulio-Henriksson 2011).

Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi voimavarojen ja sosiaalisen tukiverkoston kartoitus, elämänarvot, tottumukset ja tavat, kyky kommunikoida ja ilmaista itseään, asumismuoto ja asuinolot, asuin- ja lähiympäristön esteettömyys ja turvallisuus sekä osallistuminen kodin ulkopuolisiin tapahtumiin (Jämsén 2012; Rysti 2016b). Turvattomuus on yleinen ikäihmisten kotona asumisesta vaikeuttava tekijä, jota voivat aiheuttaa monenlaiset asiat. Turvattomuuden, yksinäisyyden ja masennuksen on katsottu liittyvän usein yhteen ja myös yksinäisyys ja masennus vaikeuttavat kotona selviytymistä. (Laatikainen 2009, 21.) Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen on haasteellista ja se edellyttää monien ulottuvuuksien tarkastelua. Sitä voidaan mitata sosiaalisena aktiivisuutena, sosiaalisen verkoston kokona ja kontakteina toisten ihmisten kanssa sekä yksinäisyyden kokemuksena. Sosiaalisen toimintakykyyn liittyy myös läheisesti psyykkisen, fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn piirteitä. (Tiikkainen & Heikkinen 2011.)

Lopes ym. (2012, 52) ovat tutkineet fyysiseen toimintakykyyn liittyen ikääntyneiden toiminnallisuutta arvioiden sitä kansainväliseen toiminnallisuusluokitukseen perustuen. Tutkimuksessa selvisi, että ravitsemukseen, asumiseen ja terveyteen liittyvät tarpeet eivät täytyneet kaikkien ikääntyneiden kohdalla. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista koki niin kovaa kipua, että se vaatisi hoitoa. Lisäksi yli

70 prosentilla ei ollut toimivaa hampaistoa. Toimintakyvyn taso oli kuitenkin lähes 80 prosenttia luokitukseen liittyvissä toiminnoissa, joita olivat peseytyminen, wc-toiminnot, pukeutuminen, syöminen ja juominen. Tutkimuksessa todettiin, että vaikka toiminnallisuudessa havaitaan heikkenemistä ikääntymisen myötä, säilyy suurin osa sen ulottuvuuksista noin 75 vuoden ikään saakka. Toiminnallisuutta testattaessa on tärkeää huomata, että sellaisten ikääntyneiden kohdalla, joilla ei ole ongelmia liikkumisessa, suorituskyky-keskeisillä fyysisen toimintakyvyn testeillä on vain vähän merkitystä ennustettaessa todellista toimintakykyä. Tämä tulisi ottaa huomioon toimintakyvyn vajeita diagnosoitaessa ja hoidettaessa. (Gianouli, Bock, Mellone & Zijlstra 2016, 1.)

Psyykkiseen toimintakykyyn liittyen voidaan todeta, että Suomessa 65-vuotta täyttäneistä kahdesta kolmeen prosenttia kärsii vakavasta ja yli 10 prosenttia lievästä masennuksesta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2012, 13). Masennusta ja alakuloa pidetään virheellisesti ikääntymiseen kuuluvina tiloina. Nämä käsityksen heijastuvat myös siihen, miten ikääntyneiden mielenterveyden häiriöt tunnistetaan ja miten niitä hoidetaan. Lievät mielialaoireet ja vakavat mielenterveysongelmat heikentävät ikääntyneiden hyvinvointia ja toimintakykyä sekä lisäävät perusterveydenhuollon palveluiden käyttöä lähes saman verran. Mielenterveyden edistämiseksi neuvontapalveluiden ja kotikäyntien sisällöissä pitäisi kiinnittää huomiota mielekkääseen toimintaan, sosiaalisiin suhteisiin, itsenäiseen asumiseen, taloudelliseen turvallisuuteen, terveellisiin elämäntapoihin ja siihen, miten omalla suhtautumisella ja toiminnalla voi ylläpitää hyvää mielialaa. Mielenterveysneuvontaa tulisi tarjota sekä julkisen terveydenhuollon, että kolmannen sektorin toimintana. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2012, 10; Heimonen 2013, 5.)

Kognitiivisten toimintojen arviointi on fyysisen toimintakyvyn arvioinnin lisäksi yksi palvelutarpeen arvioinnin peruselementeistä. Sen arvioiminen on olennainen asia, jos ikäihmisen tuen ja palvelujen tarve halutaan määrittää kattavasti, koska kognition aleneminen liittyy tiiviisti muihin toimintakyvyn osa-alueisiin ja näin myös elämän laadukkuuteen. (Finne-Soveri, Noro, Heimonen & Voutilainen 2008, 228, 235.) Dementoivat sairaudet ovat yleisin syy ikäihmisten laitoshoidon joutumiselle (Laatikainen 2009, 20). Myös kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan hyvä kognitiivinen tila ja erityisesti muistitoiminnot ovat yhteydessä päivittäisistä

perustoiminnoista suoriutumiseen (Valta 2008, 62). Fyysisen toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta ikäihminen voi selvitä vielä pitkään kotona oikeanlaisen tuen avulla. Muistamattomuuden lisääntyessä kotona selviytyminen vaarantuu tuesta huolimatta, koska ikäihminen ei välttämättä osaa enää toimia yhteistyössä esimerkiksi kotipalvelun kanssa. Omaisten panos sekä kodin tuttu ja turvallinen ympäristö tukevat selviytymistä. (Laatikainen 2009, 20.) Suomessa kognitiivisten toimintojen käytännön työvälineeksi on vakiintunut MMSE-testi (Minimental State Examination), joka on lyhyt ja helppokäyttöinen muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu testi. Sen psykometrinen ominaisuus katsotaan olevan riittävät seulontatarkoituksiin. Sen rajoitukset tulee kuitenkin muistaa ääripäissä, jolloin tulee käyttää syventäviä mittareita ja kliinistä arviointia. (Finne-Soveri ym. 2008, 235; Tuulio-Henriksson 2014.)

Sosiaalisen toimintakyvyn eri osa-alueilla on vaikutusta kotona mahdollisimman pitkään selviytymiseen ja kuolleisuuden vähenemiseen. Ikäihmisillä, jotka eivät osallistu aktiivisesti sosiaalisiin toimintoihin on tuplaantunut riski joutua pitkäaikaiseen laitoshoittoon verrattuna sosiaalisesti aktiivisiin ikätovereihinsa, kun otetaan huomioon sosiodemografiset tiedot, pitkäaikaissairaudet ja koettu toimintakyky sekä muisti. Naissukupuolen taas on todettu vähentävän kuolemanriskiä ja naisten kohdalla nimenomaan avun tarvitsemattomuus ja positiivinen elämänsäsenne vaikuttavat kuolemanriskiin. Lisäksi päivittäiset ulkoilma-aktiviteetit, itsenäinen selviytyminen päivittäisistä toiminnoista ja tulevaisuuden suunnitelmat on yhdistetty pienentyneeseen kuolleisuuden riskiin. Iäkkäiden ihmisten sosiaalisen aktiivisuuden ja osallistumisen mahdollisuuksien tukeminen on tärkeää sekä laitoshoittoon joutumisen ennaltaehkäisemiseksi, että kuolleisuuden vähentämiseksi. (Pynnönen, Sakari-Rantala & Lyyra 2007, 27; Arve, Lavonius, Savikko, Lehtonen & Isoaho 2009, 137.) Läheisen ystävän viikoittainen yhteydenpito parantaa iäkkään mahdollisuuksia suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista (Valta 2008, 67).

Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä toimintakykyä arvioidaan pääasiassa keskustellen ja havainnoiden, käyttäen tarvittaessa apuna valittuja mittareita (Finne-Soveri ym. 2011). Arviointia tehtäessä on tärkeää kiinnittää huomiota sekä ikään-tyneen toimintakyvyn vahvuuksiin, että heikkouksiin. Olisi tärkeää tunnistaa ne asiat, joita tukemalla voidaan vahvistaa henkilön omia voimavaroja. (Rysti 2016a.) Ikäihmiset kokevat mahdollisimman itsenäisen suoriutumisen tärkeäksi

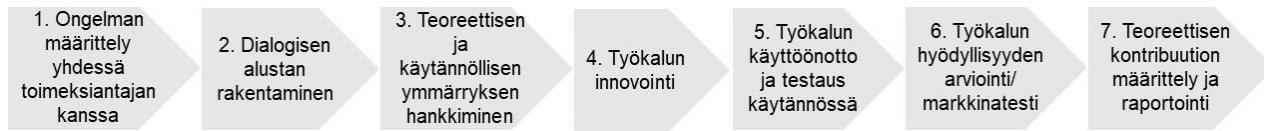
asiaksi ja haluavat ylläpitää toimintakykyään tekemällä sellaisia asioita, joihin se vielä riittää. Heidän mielestään toimintakyky ja omatoimisuus vaikuttavat olennaisesti oman elämän hallintaan ja turvallisuuteen sekä lisäävät itseluottamusta ja kokemusta itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. (Lanne 2013, 270; Myllymäki 2014, 42–43.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

4.1 Konstruktiivinen tutkimus

Tämä kehittämistyö mukailee konstruktiivista tutkimusta, koska tarkoituksena oli kehittämistyöryhmän kanssa luoda konkreettinen tuotos eli uusi arviointimenetelmä palvelutarpeen arvioinnille. Konstruktio tarkoittaa kokonaisuutta, joka tuottaa ratkaisun täsmälliseen ongelmaan (Kasanen, Lukka & Siitonen 1993, 244). Konstruktiivinen tutkimus sopii lähestymistavaksi, kun luodaan konkreettinen tuotos eli konstruktio, joka voi olla esimerkiksi uusi tuote, työkalu, järjestelmä, malli tai suunnitelma tai myös rakenne, joka parantaa edeltävän ominaisuuksia, tekniikkaa tai toimintaprosessia. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 65–66.) Konstruktiivisessa tutkimuksessa myös tutkija itse osallistuu työkalun kehittämiseen (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 283). Konstruktiivisen tutkimuksen tavoitteena on ratkaista ongelma ja rakentaa uusi merkityksellinen ja käytännössä hyödynnettävä rakenne, joka pohjautuu sekä teoreettiseen että käytännöstä kerättävään tietoon. Lisäksi siinä on tärkeää, että ratkaisu osoittautuu toimivaksi myös muualla kuin kohdeorganisaatiossa. (Ojasalo ym. 2009, 65–66.) Kehitetyn arviointimenetelmän on tarkoitus olla sellainen, että sitä pystytään hyödyntämään myös muissa kunnissa.

Konstruktiivisen tutkimuksen prosessissa on seitsemän vaihetta (Kuvio 1). Ensimmäisessä vaiheessa etsitään ja määritellään mielekäs ongelma, jota lähdetään ratkaisemaan. Toisessa vaiheessa rakennetaan dialoginen alusta, eli selvitetään mahdollisuudet pitkän aikavälin yhteistyöhön kohdeorganisaation kanssa. Tämän jälkeen seuraa kolmas vaihe, jossa lähdetään etsimään syvällistä teoreettista ja käytännöllistä tietoa tutkimuksen ja kehittämisen kohteesta. Neljäs vaihe on työkalun innovointivaihe, jossa siitä luodaan esiversio. Viidennessä vaiheessa työkalu otetaan käyttöön ja testataan käytännössä. Kuudennessa vaiheessa arvioidaan työkalun hyödyllisyys ja tehdään markkinatesti. Viimeisessä eli seitsemännessä vaiheessa määritellään ja raportoidaan teoreettinen kontribuutio. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 286–289.) Koska tässä kehittämistyössä konstruktiona toimi arviointimenetelmä, käytetään tässä työssä jatkossa termiä arviointimenetelmä työkalu-termin sijaan.



Kuvio 1. Konstruktiivisen tutkimuksen prosessi (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287)

4.2 Ongelman määrittely yhdessä toimeksiantajan kanssa

Ongelman määrittelyvaiheessa etsitään aito käytännön ongelma, joka vaatii lisää kehittämistä ja tutkimista (Lukka 2001; Ojasalo ym. 2009, 67; Uusitalo & Kohtamäki 2011, 286–287). Aidosti uutuusarvoisen konstruktion luomiseksi tutkijalla tulee olla kykyä nähdä tutkimustarve sekä organisaation että aiempien tutkimusten näkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijan tulee pohtia ongelmaa sekä käytännön että teorian kannalta. Ihanteellisella tutkimusaiheella on käytännön merkitystä, mutta samalla se on paradoksaalinen tai alianalysoitu. (Lukka 2001; Uusitalo & Kohtamäki 2011, 286.) Ongelman määrittely voidaan tehdä yhteistyössä kohdeyrityksen tai organisaation kanssa tai se voi myös perustua aiempaan tapausaineistoon tai kirjallisuuteen. Kehittämishaaste ja tutkimustyön tavoitteet tulee perustella ja kirjata selkeästi. (Ojasalo ym. 2009, 67; Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287–288.)

Sallan kunta antoi kehittäjälle toimeksiannon kehittää kotihoidon palvelutarpeen arviointiin yhtenäinen arviointimenetelmä. Kunnassa ongelmansa oli se, ettei palvelutarpeen arvioinnissa ollut olemassa yhtenäistä arviointimenetelmää, vaan jokainen terveydenhoitaja teki arvioinnit omalla tavallaan, mikä asetti asiakkaat eriarvoiseen asemaan. Palvelutarpeen arviointeja tekevät työntekijät kokivat, että arviointeja tehtäessä jäi joskus siihen kuuluvia asioita käymättä läpi, koska heillä ei ollut mitään kirjallista runkoa, mitä seurata arviointia tehdessään.

Sallan kotihoidossa oli jo pidemmän aikaa käyty keskustelua siitä, että palvelutarpeen arviointiin pitäisi saada yhtenäinen arviointimenetelmä. Tässä kehittämistyössä kehitetyn palvelutarpeen arviointimenetelmän kehittämistyöryhmän jäseniksi valikoituivat kolme kotihoidon terveydenhoitajaa, joista yksi oli kehittämistyön tekijä. Lisäksi kehittämistyöryhmässä olivat mukana kotihoidon lääkäri sekä vanhus- ja vammaistyönjohtaja. Arviointimenetelmää haluttiin kehittämään hen-

kilöt, jotka palvelutarpeen arviointeja tekevät ja lisäksi henkilöt, jotka ovat päivittäin työssään tekemisissä arviointimenetelmän kohderyhmään kuuluvien asiakkaiden kanssa.

4.3 Dialogisen alustan rakentaminen

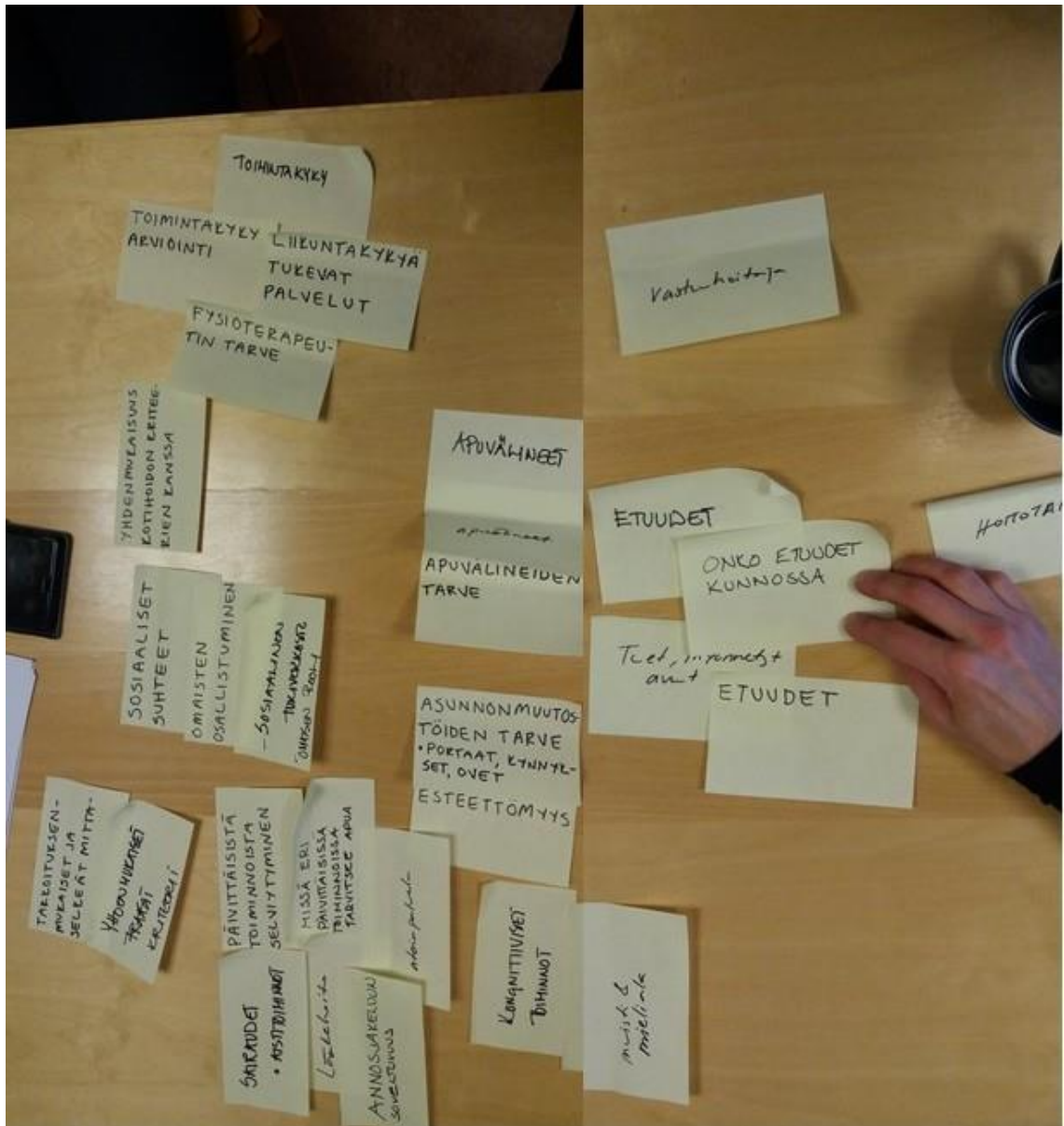
Konstruktivisen tutkimusprosessin onnistuminen edellyttää sekä tutkijan että käytännön toimijoiden sitoutumista prosessiin. Heidän tulee tehdä hyvin läheistä yhteistyötä, joka johtaa kokemukselliseen yhdessä oppimiseen. Projektiryhmän tulee koostua tutkijasta ja kohdeorganisaation tärkeistä avainjäsenistä. Tutkija voi toimia ryhmän vetäjänä, mutta tämä ei kuitenkaan ole välttämätöntä. Hänen tehtävänsä on kuitenkin vakuuttaa kohdeorganisaation henkilöstö siitä, että kyseiseen projektiin kannattaa panostaa. Tässä vaiheessa on molempien osapuolten edun mukaista tehdä kirjallinen tutkimussopimus. Tutkimuksen akateemisen kontribuution toteutumiseksi tutkijan tulee varmistaa mahdollisuutensa julkaista projektin lopputulokset. (Lukka 2001; Uusitalo & Kohtamäki 2011, 286.)

Tässä kehittämistyössä osallistavana menetelmänä käytettiin aivoriihtä. Aivoriihi on luovan ongelmanratkaisun menetelmä, jossa pyritään ryhmässä vetäjän johdolla ideoimaan uusia lähestymistapoja tai ratkaisuja johonkin ongelmaan. Ryhmässä on yleensä vetäjän lisäksi kuudesta kahteentoista jäsentä. (Ojasalo ym. 2009, 146.) Molemmat aivoriihet nauhoitettiin kehittämistyöryhmän jäsenten luvalla, litteroitiin ja muokattiin työtä varten sellaiseen muotoon, ettei niistä ole tunnistettavissa yksittäisten henkilöiden ilmaisuja.

Aivoriihen vaiheita ovat esivaihe, lämmittelyvaihe, ideointivaihe ja valintavaihe. Esivaiheessa selkiytetään aivoriihen tavoitteet. Tämän jälkeen alkaa lämmittelyvaihe, jonka aikana pyritään vapautumaan ennakkoluuloista ja mieltä rajoittavista tekijöistä. Ryhmän vetäjä kertoo toimintaperiaatteet, jonka jälkeen aloitetaan vapaa ideointi. Vetäjä kirjaa ideat ylös esimerkiksi taululle ja niitä pyritään koko ajan yhdistelemään ja kehittämään. Tässä vaiheessa ryhmän vetäjän tulee huolehtia, että ideoita ei vielä arvioida. Lopuksi syntyneitä ideoita tarkastellaan kriittisesti ja arvioidaan. Vetäjä voi huolehtia puheenvuorojen jakamisesta, jotta kaikki saavat äänensä kuuluville. Ryhmän vetäjällä on olennainen rooli aivoriihen onnistumisessa. Hänen tulee pitää huolta sääntöjen noudattamisesta, kiihdyttää prosessia

tarvittaessa ja rytmittää ideointia. Vetäjän on myös oltava herkkävaistoinen ja pyrittävä ohjaamaan ryhmän työskentelyä. (Ojasalo ym. 2009, 146.)

Ensimmäinen kehittämistyöhön liittyvä aivoriihi pidettiin 21.2.2017 kotihoidon ti-loissa. Sen tavoitteena oli määrittää yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin arviointimenetelmän sisältöalueet. Aivoriiheen osallistui kolme kehittämistyöryhmän jäsentä ja aivoriihen vetäjä, joka tuotti muiden osallistujien tapaan sisältöjä. Yksi jäsenistä ei päässyt osallistumaan aivoriiheen, joten hän kirjoitti etukäteen lapuille ajatuksiaan palvelutarpeen arvioinnin sisältöalueista. Aivoriihen aluksi osallistujille kerrottiin, että tarkoituksena on kehittää yhtenäinen arviointimenetelmä kotihoidon palvelutarpeen arviointiin Sallan kunnassa ja tämän aivoriihen tarkoituksena on määrittää osallistujien mielestä olennaiset palvelutarpeen arvioinnin sisältöalueet. Osallistujat miettivät aluksi kyseisiä sisältöjä itsekseen, jonka jälkeen he kirjasivat asiat ylös erillisille papereille. Tämän jälkeen osallistujien kirjoittamat sisällöt ryhmiteltiin. Ryhmittelyn aikana käytiin vilkasta keskustelua aiheesta ja esiin nousi sekä yhtenäisiä että eriäviä mielipiteitä sisältöihin liittyen. Kuviossa 2 näkyy ryhmittelyjen lopputulos.



Kuvio 2. Ensimmäisen aivoriihen tulos

Aivoriihessä tehdyssä ryhmittelyssä pääluokkia muodostui 12. Ensimmäinen luokka oli toimintakyky, jonka alaluokkia olivat toimintakyvyn arviointi, liikuntakykyä tukevat palvelut ja fysioterapeutin tarve. Toinen luokka oli tarkoituksenmukaiset ja selkeät mittarit, jonka alaluokkana olivat yhdenmukaiset fraasit ja kriteerit. Kolmas luokka oli sosiaaliset suhteet, jonka alaluokkia olivat omaisten osallistuminen ja sosiaalinen toimintakyky. Neljäs luokka oli sairaudet, jonka alaluokkia olivat lääkehoito ja annosjakeluun soveltuvuus. Viides luokka oli päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, jonka alaluokkia olivat missä eri päivittäisissä toiminnoissa tarvitsee apua sekä ateriapalvelu. Kuudes luokka oli kognitiiviset toiminnot, jonka alaluokkia olivat muisti ja mieliala. Seitsemäs luokka oli asunnonmuu-

tostöiden tarve, jonka alaluokkana oli esteettömyys. Kahdeksas luokka oli apuvälineet, jonka alaluokkana oli apuvälineiden tarve. Yhdeksäs luokka oli etuudet, jonka alaluokkia olivat tuet ja myönnettyt avut ja onko etuudet kunnossa. Kymmenes luokka oli hoitotahto, yhdestoista luokka yhdenmukaisuus kotihoidon kriteereiden kanssa ja kahdestoista luokka vastuuhoidaja.

4.4 Teoreettisen ja käytännöllisen ymmärryksen hankkiminen

Konstruktiiivisen prosessin kolmannessa vaiheessa tutkittavasta aiheesta hankitaan tietoa teoreettisen ja käytännöllisen ymmärryksen saavuttamiseksi (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287). Tutkijan tulee hankkia tietoa alan aiemmista teorioista, jotta hän voi perustaa kehitystyön aiempaan tietämykseen, ja jotta hän pystyy myöhemmin tunnistamaan ja analysoimaan tutkimuksen teoreettista kontribuutiota. (Lukka 2001.)

Ensimmäisen aivoriihen jälkeen oli varattu noin kuukausi aikaa tiedonhakuun. Tietoa haettiin siitä, miten palvelutarpeen arviointia on muissa kunnissa ja kaupungeissa toteutettu. Tarkoituksena oli myös koota erilaisia mittareita ja testejä, joista kehittämistyöryhmän oli tarkoitus valita mielestään parhaat palvelutarpeen arviointimenetelmään. Tietoa haettiin internetistä ja palvelutarpeen arviointiin liittyen löytyi kolme erilaista mallia, jotka kaikki otettiin mukaan seuraavaan aivoriiheen arviointimenetelmän luomista varten, koska sen luomisessa haluttiin käyttää mahdollisimman laajaa taustamateriaalia. Käytetyt mallit olivat Väli-Suomen IKÄKASTE – ÄLDRE-kaste II -hankkeen Palvelutarpeen arviointi – Työntekijän avuksi -opas, Ikäihmisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi Etelä-Kymenlaaksossa -opas sekä Posion kunnan Kotihoito Posiolla -esite. Lisäksi TOIMIA-tietokannasta, joka on Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) ylläpitämä toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioinnista luotettavaa tietoa etsivien ammattilaisten työväline, haettiin toimintakyvyn eri ulottuvuuksien testaamiseen liittyviä testejä. Ennen toista aivoriihtä jokaiselle osallistujalle koottiin paketti, joka sisälsi valitut mallit palvelutarpeen arvioinnista sekä esimerkkejä mittareista ja testeistä.

4.5 Arviointimenetelmän innovointi

Konstruktiiivisen tutkimusprosessin neljäs vaihe on innovointivaihe, jossa luodaan esiversio arviointimenetelmästä. Arviointimenetelmän mallinnus- ja kehittämis-

vaiheessa työskennellään vuorovaikutteisesti yhdessä toimeksiantajan edustajien kanssa ja tämä vaihe tulisivin nähdä ryhmätyönä, johon molemmat osapuolet vaikuttavat. Tätä vaihetta voidaan pitää kokeellisena, mutta samanaikaisesti tulee tuotosta perustella teoreettisesti. (Lukka 2001; Ojasalo ym. 2009, 67; Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287.)

Toinen aivoriihi pidettiin 20.3.2017 kotihoidon tiloissa. Paikalla oli yksi osallistuja, joka ei ollut mukana ensimmäisessä aivoriihessä, joten hänelle kerrottiin ensimmäisen aivoriihen tuloksista. Samalla kerrattiin koko kehittämistyöryhmän kesken ensimmäisen aivoriihen lopputulos. Tämän aivoriihen tarkoituksena oli koota ensimmäinen versio palvelutarpeen arviointimenetelmästä. Aivoriihen aluksi jokainen sai rauhassa perehtyä materiaaleihin ja tehdä halutessaan muistiinpanoja. Seuraavaksi hahmoteltiin potilastietojärjestelmään tulevia fraaseja. Tämän työtön aikana käytiin paljon keskusteluja. Tähän aivoriiehen oli varattu aikaa kaksi tuntia. Tämän aivoriihen jälkeen kehittämistyön etenemiseen tuli noin kuukauden tauko. Huhtikuun 2017 lopussa luodun palvelutarpeen arvioinnin sisällöt siirrettiin potilastietojärjestelmään fraaseiksi (Liite 3).

Edellä kuvatun lisäksi toisen aivoriihen sisältönä oli tuottaa sisältöjä palvelutarpeen arviointimenetelmän arviointi- ja palautelomakkeen sisällöiksi. Arviointimenetelmän testaajat keskustelivat palautelomakkeen sisällöistä ja käydyn keskustelun perusteella muodostettiin lomake. Tavoitteena oli saada aikaan lyhyt ja helposti täytettävä lomake, jolla kuitenkin saadaan kerättyä tarvittava palaute palvelutarpeen arviointimenetelmän arvioimiseksi ja kehittämiseksi.

4.6 Arviointimenetelmän käyttöönotto ja testaus käytännössä

Tässä vaiheessa konstruktivisen tutkimuksen prosessia aloitetaan arviointimenetelmän testaaminen käytännössä. Tämä vaihe on tärkeimpiä konstruktivisen tutkimuksen ominaispiirteitä, koska kehitetyn konstruktion toteuttamiskelpoisuus ja toimivuus testataan toisin kuin esimerkiksi analyyttisessä mallinnuksessa, jossa konstruktiot usein vain rakennetaan ilman käytännön toimivuuden testausta. (Lukka 2001.) Arviointimenetelmän innovointi, mallintaminen, käyttöönotto ja kehittäminen voivat viedä aikaa. Kehitystyötä jatketaan, kunnes arviointimenetelmän koetaan olevan riittävän pitkälle kehittynyt. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 288.)

Toukokuussa 2017 aloitettiin palvelutarpeen arviointimenetelmän testaaminen käytännössä. Heti ensimmäisellä testauskerralla kävi ilmi, että fysiologiset mittaukset -kohtaan tulee lisätä kohta, jossa sovitaan, kuka huolehtii kuukausittaisen mittausten ottamisesta. Tämä kohta lisättiin lomakkeeseen heti tässä vaiheessa. Muutaman testauskerran jälkeen kävi lisäksi ilmi, että arvioinnin tekeminen ilman mittareiden ja testien täyttämistä kesti 1,5 – 2 tuntia riippuen siitä, paljonko keskustelua eri kohtien käsittelemiseen liittyi. Tämän vuoksi sovittiin, että eri mittareita liittyen esimerkiksi masennuksen, muistin ja ravitsemustilan arviointiin ei tarvitse tehdä jokaiselle asiakkaalle, vaan tarpeen mukaan. Koska monesti arviointitilanteessa oli paikalla myös omaisia, sovittiin myös, että testaaajan harkinnan ja potilaan- ja/tai omaisen tarpeen mukaan mittareiden täyttämiseksi voidaan sopia uusi kotikäynti kahdestaan asiakkaan kanssa. Pilotoinnin aikana lisättiin myös lääkehoito-kohtaan rokotukset, koska palvelutarpeen arviointia tehtäessä on hyvä tarkistaa, ovatko tärkeät rokotukset (esimerkiksi jäykkäkouristus- ja influenssarokotus) voimassa.

Huhtikuussa 2017 kotihoitoon saatiin oma fysioterapeutti ja siinä vaiheessa hänet otettiin mukaan kommentoimaan fyysisen toimintakyvyn arvioinnin osuutta palvelutarpeen arvioinnissa. Alun perin tarkoituksena oli arvioinnin yhteydessä tehdä sekä FROP eli lyhyt kaatumisvaaran arviointi -testi että SPPB eli lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. Pilotoinnin perusteella päädyttiin siihen, että SPPB kattaa molemmat asiat ja FROPia ei tarvitse tehdä erikseen. Fyysisen toimintakyvyn arvioinnin testaaminen tulisi viemään aikaa palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Tämän vuoksi päädyttiin siihen, että fysioterapeutti voisi osana palvelutarpeen arviointia käydä kotona tekemässä fyysisen toimintakyvyn arvioinnin SPPB-testin avulla, koska hänellä on ammattitaito tähän asiaan liittyen. Sovittiin, että palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä asiakkaalta kysytään suostumus antaa hänen yhteystietonsa fysioterapeutilla, joka voi sopia oman kotikäyntinsä fyysisen toimintakyvyn arvioimiseksi. Kyseiseen toimintatapaan saatiin lupa kotihoiton esimieheltä. Sovittiin myös, että asiakkaat, joille ei aloiteta kotihoitoa palveluita, ohjataan tarvittaessa terveyskeskuksen fysioterapeuttien vastaanotolle.

4.7 Arviointimenetelmän hyödyllisyyden arviointi

Konstruktivisessa tutkimuksessa kehitetyn ratkaisun toimivuutta arvioitaessa puhutaan markkinatestistä. Markkinatestejä on olemassa kolmea eri tasoa. Heikon markkinatestin arviointimenetelmä läpäisee, jos se käytännössä toimii kohdeorganisaatiossa. (Ojasalo ym. 2009, 68.) Heikossa markkinatestissä haetaan käyttäjien kokemuksia kehitetyn konstruktion hyödyllisyydestä ja toimivuudesta (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 288). Jos useat organisaatiot ottavat arviointimenetelmän käyttöön, läpäisee se keskivahvan markkinatestin. Vahvan markkinatestin läpäisemiseksi arviointimenetelmän käyttöönotaneiden organisaatioiden tulee menestyä paremmin kuin sellaisten organisaatioiden, jotka eivät ole ottaneet arviointimenetelmää käyttöön. (Ojasalo ym. 2009, 68.)

Palvelutarpeen arvioinnista pyydettiin pilotointivaiheessa palautetta asiakkailta ja omaisilta. Palautelomakkeen ensimmäisessä versiossa (Liite 4) heitä pyydettiin antamaan kirjallinen palaute nimettömänä. Palautteet jäivät kuitenkin lyhytsanaisiksi, joten kesken pilotoinnin palautelomakkeen sisältöä muokattiin ja toiseen versioon (Liite 5) osallistujilta pyydettiin suullinen palaute, jonka arvioinnin tekijä kirjasi lomakkeelle suorina lainauksina.

Asiakkailta ja omaisilta saatiin yhteensä 16 palautetta pilotointivaiheen aikana. Palautteet on käsitelty koostamalla ne samalla lomakkeelle ja ottamalla sieltä esille keskeiset sisällöt. Muutamissa palautteissa nousi esille, että arvioinnin lopuksi asiakas ei enää muistanut, mitä kaikkea oltiin käyty läpi, koska asiaa oli niin paljon.

” En tiää sanoa, totta me käytiin, kuka niitä kaikkia muistaa sanoa.”

Silti palautteen antajat kokivat hyvänä asiana sen, että asiakkaan tilanne selvitetään arvioinnin yhteydessä perusteellisesti, jotta jatkossa on helpompi huomata, jos tilanteessa tapahtuu muutosta.

” Onhan se hyvä, että tähän asti on kunto selvitetty, tietää sitten, jos jatkossa tulee jotain.”

Arvioijan tekemiä palvelutarpeen arviointimenetelmän kysymyksiä pidettiin ymmärrettävinä ja selkeinä ja kiitosta tuli myös asiakkaan hyvästä huomioimisesta arviointitilanteessa.

”Kyllä, kaikki kysymykset ymmärrettäviä ja selkeitä”

” Arvioija erittäin miellyttävä, ja otti hyvin huomioon asiakkaan.”

Palvelutarpeen arvioinnin sisältöön ei ollut tarvetta tehdä muutoksia asiakkaiden ja omaisten palautteiden perusteella.

” Kaikki tarpeellinen tuli käytyä läpi.”

Pilotointivaiheen loppumisen jälkeen arviointimenetelmän testaajat eli terveydenhoitajat sekä fysioterapeutti kokoontuivat viimeisin kerran antamaan suullisen palautteen arviointimenetelmästä. Tämä kokoontuminen nauhoitettiin ja litteroitiin, minkä jälkeen kehittäjä koosti annetun palautteen litteroidusta tekstistä. Tässä kokoontumisessa ei tullut esille mitään, mitä palvelutarpeen arviointimenetelmän sisällöstä vielä puuttuisi tai mitä pitäisi muuttaa. Kaikki esille nousseet muutostarpeet toteutettiin jo pilotointivaiheen aikana. Arviointimenetelmän testaajien palautteen mukaan sen perusteella saadaan kattavat perustiedot asiakkaasta, minkä ansiosta fyysisen toimintakyvyn arviointi on helppo mennä tekemään ennestään tuntemattomillekin asiakkaille.

Tässä yhteydessä käytiin keskustelua siitä, pitäisikö fysioterapeutille antaa suullinen raportti asiakkaasta ennen kuin hän menee kotikäynnille. Päädyttiin siihen lopputulokseen, että se ei ole välttämätöntä, ellei ole jotain erityistä kerrottavaa, joka ei ilmene palvelutarpeen arvioinnista. Fysioterapeutin arviointikäynti palvelutarpeen arvioinnin jälkeen koettiin hyvänä asiana varsinkin siinä tapauksessa, jos kotihoidon palvelut aloitetaan, koska silloin asiakkaalle saadaan heti tehtyä kuntoutussuunnitelma. Keskustelussa nousi myös esille, että sellaiset asiakkaat, joille palveluita ei aloiteta, ovat yleensä niin hyväkuntoisia, että hyötyvät yhdestä arviointikäynnistä ja esimerkiksi kotijumppaliikkeiden ohjauksesta pitkän aikaa.

Palvelutarpeen arvioinnin lomakkeisiin liittyen tuli kehittämistyöryhmältä palautetta siitä, että pilotointia aloitettaessa olisi pitänyt kaikille olla arvioinnissa tarvittavat lomakkeet tulostettuna valmiiksi. Arvioinnissa tarvittavista lomakkeista jaettiin vain lista arvioinnin tekijöille ja tarvittavat lomakkeet on mahdollista tulostaa kotihoidon omasta kansioista potilastietojärjestelmästä. Arviointi koettiin helpoksi ja sujuvaksi tehdä fraasien avulla eikä mitään unohtunut käsitellä. Koettiin myös, että asiat tulee käytyä läpi kattavasti. Arvioinnin yhteydessä tulee annettua kattavasti myös palveluohjausta ja vaikka kotihoidon palveluita ei aloitettaisi, jää asiakkaalle tietoa, mihin voi ottaa yhteyttä, jos tilanteessa tapahtuu muutosta. Keskustelussa nousi myös esille, että palvelutarpeen arvioinnin myötä kotihoidon myöntämiskriteereihin on alettu kiinnittää tarkemmin huomiota ja sellaisia asiakkaita on karsiutunut pois, jotka eivät oikeasti kotihoidon palveluita tarvitse.

Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeen yhteistyöverkoston kuuluvien henkilöiden palautteiden perusteella osa palautteen antajista piti arviointimenetelmää liian raskaana ja pitkänä. Toisten mielestä taas kaikki sisältöalueet olivat arvioinnin kannalta olennaisia. Lisäksi keskustelussa kävi ilmi, että monilla paikkakunnilla on hyvin samansisältöisiä arviointimenetelmiä käytössä.

4.8 Teoreettisen kontribuution määrittely ja raportointi

Konstruktiiivisen tutkimuksen prosessin lopuksi tutkijan tulee analyysin perusteella määritellä teoreettinen kontribuutio eli kertoa rehellisesti siitä, mikä kehityksessä tuotoksessa toimii tai ei toimi. Ollakseen merkittävä, tulee tuotoksella olla tieteellistä uutuusarvoa. Tämä voidaan todentaa vertaamalla kehitettyä tuotosta aiempiin tutkimuksiin tai kehitettyihin tuotoksiin. Pelkkä hyödyllisyys kohdeorganisaatiolle ei riitä tieteellisen kontribuution todentamiseen, vaan konstruktion tulisi olla hyödynnettävissä tai vähintäänkin sovellettavissa myös muissa tapauksissa. (Puusa & Juuti 2011, 289.) Jos kuitenkin on todettavissa, että kehitetty uusi konstruktio toimii alkuperäisessä kohdeorganisaatiossa, katsotaan sen tuottavan luonnollisen tietämyksen lisän aikaisempaan olemassa olevaan kirjallisuuteen. Täten se on uusi käytännöllistä relevanssia omaava keino tietyn tavoitteen saavuttamiseksi. (Lukka 2001.)

Kehitetty konstruktio eli palvelutarpeen arviointimenetelmä toimii kohdeorganisaatiossa, joten se tuottaa luonnollisen tietämyksen lisän aikaisempaan olemassa olevaan kirjallisuuteen. (Lukka 2001.) Lisäksi se on hyödynnettävissä ja sovellettavissa myös muissa tapauksissa, esimerkiksi toisissa organisaatioissa. Arviointimenetelmä on toimiva, koska sitä kehitettäessä on otettu huomioon kehittämistyöryhmän, arviointimenetelmän käyttäjien, asiakkaiden sekä omaisten näkemykset ja mielipiteet liittyen sen sisältöihin ja toimivuuteen. Arviointimenetelmää on verrattu aiempiin tutkimuksiin, lakeihin ja suosituksiin pohdinnan keskeiset tulokset ja johtopäätökset -osiossa.

5 POHDINTA

5.1 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Tämä palvelutarpeen arviointimenetelmä on luotu palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointia koskevat lait ja suositukset huomioon ottaen. Näitä ovat laki ikään-tyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystal-veluista (980/2012), sosiaalihuoltolaki (1301/2014) sekä Sosiaali- ja terveystal-ministeriön palvelutarpeen arvioinnin hyvät käytännöt (Sosiaali- ja terveystal-ministeriö 2006) ja suositus toimintakyvyn arvioinnista osana palvelutarpeen arviointia (Finne-Soveri ym. 2011). Arviointi on laadukas, koska se toteutetaan yhteis-työssä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden, asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa (Sosiaali- ja terveystal-ministeriö 2006).

Arviointimenetelmässä on noudatettu palvelutarpeen arvioinnin hyviä käytäntöjä, jotka ovat palvelutarpeen ja toimintakyvyn kattava arviointi, arvioinnin toteuttami-nen yhteistyössä, työvälineiden huolellinen valinta sekä toimintakyvyn arviointiin, menetelmien käyttöön, kerättyjen tietojen analysointiin ja tulosten tulkintaan pe-rehtyminen (Sosiaali- ja terveystal-ministeriö 2006). Arviointimenetelmässä kysytään omaisen roolia ikääntyvän elämässä, koska omaisia pitäisi aktivoida osallis-tumaan enemmän ikäihmisten arkeen ja toimimaan yhteistyössä julkisten palve-luiden työntekijöiden kanssa (Laatikainen 2009, 25).

Luodussa palvelutarpeen arviointimenetelmässä (Liite 3) käydään ensimmäisenä läpi esitiedot, joita ovat päivämäärä, paikka, läsnäolijat, lähiomainen/omai-nen/edunvalvoja ja asuminen (yksin/yhdessä). Tässä vaiheessa kootaan lisäksi asiakkaan diagnoosit ja tarkistetaan, milloin hän on viimeksi käynyt lääkärin mää-räaikaistarkastuksessa ja laitetaan hänet tarvittaessa potilastietojärjestelmän kautta jonoon kontrolliaikaa varten. Arvioinnin edetessä tarkistetaan myös, milloin asiakas on viimeksi käynyt hammas- ja silmälääkärissä. Nämä asiat on myös tärkeää käydä läpi, koska Lopesin ym. (2012, 52) tutkimuksen mukaan yli 70 pro-sentilla heidän tutkimukseensa osallistuneista ikääntyvistä ei ollut toimivaa ham-paistoa.

Palvelutarpeen arvioinnin pääluokat ovat fyysinen toimintakyky, aistitoiminnot, psyykkinen toimintakyky, kognitiivinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky,

ympäristötekijät, taloudelliset tekijät, lääkehoito, mittarit, apuvälineet, etuudet, fysiologiset mittaukset ja yhteenveto arvioinnin tuloksista. Näissä pääluokissa on otettu huomioon suositus, jonka mukaan arviointia tehtäessä on otettava huomioon fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä ympäristön esteettömyys, asumisen turvallisuus ja lähipalvelujen saatavuus. (Vanhuspalvelulaki 980/2012 15 §; Finne-Soveri ym. 2011.) Mielenterveyden edistämiseksi neuvontapalveluiden ja kotikäyntien sisällöissä pitäisi kiinnittää huomiota mielekkääseen toimintaan, sosiaalisiin suhteisiin, itsenäiseen asumiseen, taloudelliseen turvallisuuteen, terveellisiin elämäntapoihin ja siihen, miten omalla suhtautumisella ja toiminnalla voi ylläpitää hyvää mielialaa. (Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim & Suomen Akatemia 2012, 10; Heimonen 2013, 5.) Arviointimenetelmässä on huomioita myös nämä osa-alueet.

Tässä palvelutarpeen arviointimenetelmässä yhteenveto-osioon on sosiaalihuoltolain (1301/2014 4:37 §) määräyksen mukaan koottu yhteenveto asiakkaan tilanteesta mukaan lukien sosiaalipalvelujen ja erityisen tuen tarpeen, sosiaalihuollon ammattihenkilön johtopäätökset asiakkuuden edellytyksistä sekä asiakkaan mielipiteen ja näkemyksen omasta palveluiden tarpeestaan. Palvelut tulee pyrkiä järjestämään asiakkaan toiveiden mukaisesti, mikäli ne vastaavat asianmukaisesti selvitettyä hoidon ja palveluiden tarvetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 19). Arviointimenetelmästä pyydettyjen palautteiden perusteella asiakkaat ja omaiset kokivat, että asiakas otettiin hyvin huomioon arviointitilanteessa.

Ikäihmisen oma kokemus tilanteestaan on tärkeää huomioida parhaalla mahdollisella tavalla, koska heidän oman kokemuksen mukaan heillä ei palvelutarpeen arviointitilanteessa ole juuri vaikutusmahdollisuuksia saamiensa kotihoidon palveluiden suhteen tehtäviin päätöksiin, vaan arvion tekevä henkilö kertoo heille, mitä palveluita heidän on mahdollista saada. He kokevat myös, että heidän täytyy vain olla tyytyväisiä ja tasapainotella tarpeidensa ja saatavilla olevan avun välillä. Ammattihenkilön tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja keskittyä ikäihmisen tarpeisiin kokonaisuutena edistäen hänen tunnettaan siitä, että hän hallitsee tilannetta. (Janlöv, Rahm Hallberg & Petersson 2006, 26.)

Kehitettyssä arviointimenetelmässä otetaan suositusten mukaan huomioon kaikki neljä toimintakyvyn ulottuvuutta eli fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen (Finne-Soveri ym. 2011). Fyysistä, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä arvioidaan tarvittaessa sopivalla mittarilla Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) suosituksen mukaan, mutta sosiaaliseen toimintakykyyn kehittämistyöryhmä ei löytänyt mielestään hyvää mittaria, joten sitä arvioidaan keskustellen. Mittareina käytetään tarvittaessa MMSE-testiä, Mini Nutritional Assessment eli MNA-testiä, joka on ikääntyneiden virhe- ja aliravitsemuksen riskiä arviointiin tarkoitettu kysymyssarja (Strandberg 2013) VAS-kipumittaria, GDS-15 myöhäsiän depressioeulaa, Audit-C/yli 65-vuotiaiden alkoholimittaria ja SPPB-testiä.

Jos asiakkaalla on omaishoitaja, käydään läpi hänen voimavaransa, hoitotaitonsa, sosiaalinen tukensa, hoidon ja huolenpidon sitovuus sekä omaishoitajan vapaiden toteutuminen. Yhteenvedo-osiossa kuunnellaan myös omaisen näkemys asiakkaan tilanteesta ja hoidon tarpeesta. Arviointia tehtäessä on tärkeää ottaa huomioon ikääntyneen hoitoon aktiivisesti osallistuvan omaisen näkemys, koska omaiset voivat kokea palvelutarpeen arviointitilanteessa huomion kohdistuvan avun tarvitsijaan eli asiakkaaseen jättäen huomiotta omaisten roolin avun tarjoajina ja hankkijoina (Janlöv ym. 2006, 1033). Arviointimenetelmästä pyydettyissä palautteissa ei noussut esille, että omaiset olisivat kokeneet jääneensä huomiotta arviointia tehtäessä.

5.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla lainsäädännön määrittelemissä rajoissa. Tutkimuksessa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys sekä yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen vastaa ensisijaisesti itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Tässä kehittämistyön prosessissa eettisyys eli hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen on kulkenut koko kehittämistyön prosessin läpi. Tämä tarkoittaa

eettisesti kestävien ja tiedeyhteisön hyväksymien tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmien käyttöä. Kehittäjä on noudattanut rehellisyyttä huolellisuutta ja tarkkuutta kehittämistyön jokaisessa vaiheessa. Toisten tutkijoiden saamat tulokset ja saavutukset on huomioitu käyttämällä tarkkoja lähdeviittauksia ja osoittamalla selkeästi, mitkä tulokset ovat kehittäjän omia ja mitkä toisten tutkijoiden saavuttamaa tietoa. (Vilkka 2015, 27.) Kehittäjä on tarkastellut lähteitä kriittisesti ja pyrkinyt käyttämään mahdollisimman tuoreita ja luotettavia lähteitä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114).

Laadullisen tutkimuksen aiheen eettisyyttä pohdittaessa tulee selkiyttää se, kenen ehdoilla aihe on valittu ja miksi tutkimukseen on ryhdytty. Kehittämistyölle asetettujen tavoitteiden tulee olla linjassa korkean moraalin kanssa ja tulosten käytäntöä hyödyttäviä. Tehdyn työn täytyy olla rehellistä, huolellista ja tarkkaa. Tutkijan täytyy tehdä selväksi kehittämisen kohteena oleville henkilöille, mitä ollaan kehittämässä, mitkä ovat toiminnan kohde ja tavoitteet, ja mikä näiden henkilöiden rooli kehittämistyössä on. Todellisten ja rehellisten vastausten saamiseksi vastaajien yksilöimistä tulee välttää ja heidän nimettömyytensä tulee taata. (Ojasalo ym. 2009, 48–49; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129, 132–133.)

Tämän kehittämistyön aihetta valittaessa haluttiin saavuttaa hyötyä sekä arviointimenetelmän käyttäjille eli kotihoidon terveydenhoitajille, että arvioinnin kohteille eli asiakkaille. Arviointimenetelmällä haluttiin helpottaa arvioinnin tekijöiden työskentelyä ja taata asiakkaille tasalaatuinen palvelutarpeen arviointi arvioinnin tekijästä riippumatta. Kehittämistyöryhmän jäsenille kerrottiin selkeästi ensimmäisessä kokoontumisessa, mitkä kehittämistyön tavoitteet ovat ja mikä heidän roolinsa kehittämistyön prosessissa on. Asiakkailta ja omaisilta pyydettiin arviointitilanteessa palautetta arviointimenetelmässä ja heille kerrottiin tässä yhteydessä, minkä vuoksi palautetta pyydetään. Kehittämistyöryhmän kokoontumisien tulokset on dokumentoitu tähän kehittämistyöhön rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti varmistaen kuitenkin, ettei tekstistä ole mahdollista tunnistaa yksittäisien henkilöiden ilmaisuja. Asiakkailta ja omaisilta palautteet pyydettiin nimettöminä, joten edes kehittäjä ei tiedä, kuka minkäkin palautteen on antanut.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden sekä siirrettävyyden näkökulmista. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuuden osoittamista tutkimuksessa. Tutkimustulosten on vastattava tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden näkemyksiä tutkimuskohteesta. Tutkija voi varmistaa tämän esimerkiksi keskustelemalla tutkimustuloksista osallistujien kanssa tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimusselosteita voi myös vahventaa suorilla lainauksilla ja haastattelulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128; Hirsjärvi ym. 2009, 233.)

Laadullisessa tutkimuksessa ollaan aina erityisen kiinnostuneita tutkimukseen osallistujan näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128). Myös konstruktivisessa tutkimusprosessissa käytännön toimijoiden aktiivinen osallistuminen prosessiin on välttämätöntä ja siinä korostetaan kehittäjän ja toteuttajien välisen kommunikaation ja vuorovaikutuksen tärkeyttä. (Ojasalo ym. 2009, 65.) Tässä kehittämistyössä tuloksia on käyty läpi kehittämistyöryhmän jäsenien kanssa koko kehittämistyön prosessin ajan. Kehittämistyöryhmän tapaamisista ei ole raportoinnissa käytetty suoria lainauksia, mutta tapaamisten kulku on selostettu mahdollisimman tarkasti. Asiakkaiden ja omaisten antamista palautteista sen sijaan löytyy suoria lainauksia kehittämistyön raportoinnista.

Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimusprosessin kirjallista dokumentointia niin, että lukija pystyy seuraamaan koko prosessin kulun alusta loppuun (Kylmä & Juvakka 2007, 128; Hirsjärvi ym. 2009, 232). Tutkija on velkaa lukijoille uskottavan selityksen aineiston kokoamisesta ja analysoinnista. Tekemisien kertominen yksityiskohtaisesti ja tarkkaan tekee tutkimustuloksista selkeämmät ja ymmärrettävämmät. Lukijoiden tulee saada riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta he voivat arvioida sen tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.) Tutkijan kannattaa raporttia kirjoittaessaan hyödyntää tutkimusprosessin eri vaiheissa tekemiään muistiinpanoja (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Myös konstruktivisessa tutkimuksessa korostetaan eri vaiheiden dokumentoinnin tärkeyttä sekä tutkijan tekemien ratkaisujen perustelemista ymmärrettävästi. (Ojasalo ym. 2009, 67.)

Tämän kehittämistyön prosessissa on kerrottu tarkkaan, mitä prosessin eri vaiheissa on tapahtunut ja pyritty perustelemaan tehdyt päätökset. Kehittäjä on teh-

nyt muistiinpanoja koko kehittämistyön prosessin ajan, jotta mitään ei jäisi kertomatta lopullisessa raportissa. Koska kehittämistyöryhmä koostui vain neljästä henkilöstä, täytyi prosessia selostaessa kiinnittää erityisen tarkkaa huomiota osallistujien anonymiteetin säilyttämiseen. Vahvistettavuuden kannalta ongelmallista voi olla, että laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija voi samaa aineistoa tulkitessaan päätyä erilaiseen lopputulokseen. Tämä ei kuitenkaan heikennä tutkimuksen luotettavuutta, vaan lisää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Vilka 2015, 126.)

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Hänen on arvioitava oma vaikutuksensa aineistoon ja tutkimusprosessiin sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämän kehittämistyön luotettavuutta tarkastellaan ottaen huomioon kehittäjän puolueettomuusnäkökulma, koska hän osallistui kehittämistyön tekemiseen sekä kehittämistyöryhmän vetäjänä, että jäsenenä ja lisäksi hän on kohdeorganisaation jäsen. Kysymys puolueettomuudesta herää esimerkiksi siinä vaiheessa, kun mietitään, kuinka paljon kehittäjän henkilökohtaiset ominaisuudet, esimerkiksi sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus tai virka-asema, vaikuttavat siihen, miten hän kuulee ja ymmärtää tiedonantajien kertomukset. Tässä kehittämistyössä kehittäjän henkilökohtaisilla ominaisuuksilla myönnetään olevan vaikutusta, koska hän on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Kehittäjällä oli kehittämistyön alkaessa henkilökohtaisia mielipiteitä ja kokemuksia liittyen kehitettävään aiheeseen. Nämä ovat voineet vaikuttaa siihen, miten kehittäjä on tiedonantajien antamaa informaatiota tulkinut.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimustuloksien tulee olla sovellettavissa myös muissa vastaavissa tilanteissa. Tutkijan on kuvailtava riittävästi osallistujia ja ympäristöä, jotta lukija voi itse arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Siirrettävyys on myös konstruktivisen tutkimusprosessin onnistumista arvioiva tekijä (Ojasalo ym. 2009, 65). Tämän kehittämistyön tulokset ovat hyödynnettävissä koko Suomen laajuisesti kaikissa palvelutarpeen arvioin-teja tekevissä organisaatioissa.

5.3 Kehittämistyön merkitys

Tämä kehittämistyö helpottaa palvelutarpeen arviointeja tekevien henkilöiden työskentelemistä, koska selkeän arviointimenetelmän avulla arviointi on helppo tehdä ja sitä seuraamalla asioita ei jää käymättä läpi esimerkiksi unohduksen vuoksi. Arviointimenetelmä takaa tasalaatuisen ja oikeudenmukaisen arvioinnin kaikille asiakkaille arvioinnin tekijästä riippumatta. Sen ansiosta kaikki asiakkaat ovat samalla viivalla kotihoidon palveluiden myöntämisestä päätettäessä. Arviointimenetelmän sisältöä suunniteltaessa on kiinnitetty huomiota myös siihen, että vaikka kotihoidon palveluita ei olisi tarvetta aloittaa tai myöntämisen kriteerit eivät täytyisi, saa asiakas kuitenkin ohjausta ja neuvontaa liittyen palveluihin ja etuuksiin, joihin hän on oikeutettu. Kaikki asiakkaan hoitotyöhön osallistuvat hyötyvät myös arviointimenetelmästä, koska arvioinnista on helposti luettavissa kattava kuvaus asiakkaan tämän hetkisestä tilanteesta ja tarpeista. Lisäksi siinä on selkeästi määritelty asiakkaan hoitoon osallistuvien eri osapuolien tehtävät ja vastualueet.

Kehittämistyön tekijä on oppinut prosessin aikana paljon eri asioista. Kehittämistyön suunnitelmavaiheesta lähtien tiedonhaku eri tietokannoista ja lähteiden kriittinen arviointi ovat olleet olennaisessa roolissa ja tiedonhaku on myös välillä tuntunut kovin haastavalta. Aiheeseen liittyviin lakeihin, suosituksiin ja tutkimuksiin perehtyessään kehittäjä on luonut syvällisen ymmärryksen aiheeseen liittyen, mistä on tämän kehittämistyö lisäksi paljon hyötyä myös jatkossa työelämää ajatellen. Ikääntyneiden kotona pärjäämisen tukeminen ja mahdollisiin ongelmiin ajoissa puuttuminen on olennainen osa kotihoidossa työskentelevien ammattitaitoa ja näistä asioista on tärkeää olla laaja tutkimustietoon perustuva ymmärrys.

Konstruktiiivisen tutkimuksen prosessi oli kehittämistyön alkuvaiheessa kehittäjälle uusi asia, joka on myös vaatinut paljon perehtymistä käytännön kehittämistyön onnistumiseksi. Perehtymisestä huolimatta prosessia ensimmäistä kertaa läpi viedessään kehittäjä huomasi muutaman kerran vasta prosessin vaiheen jälkeen, mitä olisi kannattanut tehdä toisin. Tämä on arvokasta oppia tulevaisuutta varten, jotta seuraavan kerran prosessi sujuisi virheettömämmin.

5.4 Jatkokehittämisaiheet

Kehitetyn palvelutarpeen arviointimenetelmän kohdalla on mietitty, onko se liian pitkäkestoinen ja raskas. Arviointimenetelmän testaajat eivät kuitenkaan testaamisen myötä havainneet mitään, mitä siitä olisi voinut jättää pois, eikä asiakkaiden ja omaisten palautteistakaan noussut tällaisia asioita esille. Kun arviointimenetelmä on ollut käytössä jonkin aikaa, voisi kehittämistyöryhmä kokoontua vaihtamaan pidemmän aikavälin ajatuksiaan siitä, onko arviointimenetelmä edelleen hyvä sellaisenaan, vai olisiko sitä syytä jotenkin muokata. Tuolloin myös asiakkailta ja omaisilta voitaisiin uudelleen pyytää palautetta.

Sallan kotihoidossa tehdään tällä hetkellä hoito- ja palvelusuunnitelma paperiversiona. Jos suunnitelmaan tulee muutoksia, joutuu sen kirjoittamaan uudelleen, ellei samaan paperiin mahdu kirjoittamaan korjauksia. Hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen sähköiseen muotoon poistaisi tämän ongelman. Sen myötä suunnitelmaa olisi helppo korjata ja päivittää tarvittaessa nopeasti ja vaivattomasti.

Käytössä olevaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa on kritisoitu siitä, että siinä käydään samat asiat hieman eri muodossa läpi toistaen ja siinä ei oteta juuri lainkaan huomioon kuntoutukseen liittyvää puolta. Hoito- ja palvelusuunnitelman sisällöt voisi miettiä samalla periaatteella kuin kehitetyn arviointimenetelmän sisällöt kehittämistyöryhmässä ja myös siitä voitaisiin samalla periaatteella pyytää palautetta asiakkailta ja omaisilta.

LÄHTEET

- Aalto, A-M. 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksissa. Viitattu 4.1.2017 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psykkinen_vt_110126.pdf.
- Arve, S., Lavonius, S., Savikko, N., Lehtonen, A. & Isoaho, H. 2009. Social functioning and survival: A 10-year follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 48, 137–141. Viitattu 30.9.2017 https://ez.lapinamk.fi:2902/S0167494307002427/1-s2.0-S0167494307002427-main.pdf?_tid=e98d7834-a5c5-11e7-ba41-00000aab0f01&acdnat=1506765690_cbe6308ddf8b49638de057455aeb1e8e
- Autio, T. 2012. RAVA™ -mittari. TOIMIA-toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 10.11.2017 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>.
- Eloranta, Sini. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and healthcare collaboration. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 28.10.2017 <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/47133/AnnalesD869Eloranta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Eloranta, S., Arve, S. & Routasalo, P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* No 3, 136–145.
- Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H., Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* Vol. 22 No 2, 14–26.
- Finnish Consulting Group Oy. s.a. Ravatar. RAVA-lomakkeen tietojen syöttö. Viitattu 22.10.2017 <https://www.ravatar.fi/RAVA/InputForm.do>.
- Findikaattori 2014. Ikääntyneiden toimintakyky. Viitattu 26.10.2017 <http://findikaattori.fi/fi/64>.
- Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muurinen, S., Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 23.12.2016 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_110609.pdf.
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2008. Toimintakyvyn kognitiivisen ulottuvuuden arviointi osana tuen ja palvelujen tarpeen arviointia. *Gerontologia* 4/2008, 228–237. Viitattu 30.9.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2105/se/g/0784-0039/22/4/toiminta.pdf>.
- Giannouli, E., Bock, O., Mellone, S. & Zijlstra, W. 2016. Mobility in Old Age: Capacity Is Not Performance. *BioMed Research International* Volume 2016, Article ID 3261567, 1–8. Viitattu 15.10.2017 <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2016/3261567/>.

- Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 14 No 1, 4–12.
- Heimonen, S. 2013. Ikäihmisten mielen hyvinvointi ajankohtaisena teemana. Teoksessa S. Fried, S. Heimonen & P. Jokinen (toim.) *Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi: Katsaus kirjallisuuteen*. Oraita 1/2013.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Huovinen, S., Varhila, K., Haatainen, T. & Myllärinen, T. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus* 2013:11.
- Janlöv, A-N., Rahm Hallberg, I. & Petersson, K. 2006. Family members' experience of participation in the needs of assessment when their older next of kin becomes in need of public home help: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies* 43, 1033–1046. Viitattu 15.10.2017 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074890500218X>.
- Janlöv, A-N., Rahm Hallberg, I. & Petersson, K. 2006. Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it? *Health and Social Care in the Community* Vol. 14. No 1, 26–36.
- Jämsén, S. 2012. Hoito- ja palvelusuunnitelma. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 23.12.2016 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02251.
- Karlsson, S., Edberg, A-K. & Rahm Hallberg, I. 2009. Professional's and older person's assessments of functional ability, health complaints and received care and service. A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies* 47, 1217–1227.
- Karvonen-Kälkäjä, A. 2012. Unohtuuko vanhus? Oikeustieteellinen tutkimus hallintosopimuksen asianosaissuhteista vanhuksen vaikuttamismahdollisuuksien näkökulmasta. *Vanhustyön keskusliiton tutkimuksia* 1/2012. Viitattu 15.10.2017 http://www.vtkl.fi/document/1/1972/6b79107/Unohtuuko_vanhus.pdf.
- Kasanen, E., Lukka, K. & Siitonen, A. 1993. The Constructive Approach in Management Accounting Research. *Journal of Management Accounting Research* 5: 243–264. Viitattu 1.1.2017 https://mycourses.aalto.fi/pluginfile.php/183797/mod_resource/content/1/Kasanen%20et%20al%201993.pdf.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 66/2009. Helsinki: Kela. Viitattu 28.10.2017 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/8156/Selosteita66.pdf>.

- Laine, V., Sinko, P. & Vihriälä, V. 2009. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. Viitattu 8.10.2017 http://vnk.fi/documents/10616/622958/J0109_Ik%C3%A4%C3%A4ntymisraportti.pdf/a316a9d5-9fbc-46b8-8ad2-496477b9624a?version=1.0.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980.
- Lanne, M. 2013. Käsitvksiä kotona asuvan ikäihmisen turvallisuuteen liittyvistä tarpeista ja palveluista. Gerontologia Vol. 27 No 3, 262–276.
- Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C. & Fonseca, C. 2012. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.spe Ribeirão Preto Jan./Feb. 2013, 52–60. Viitattu 29.9.2017 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/08.pdf>.
- Lukka, K. 2001. Konstruktiivinen tutkimusote. Metodix. Menetelmäartikkelit. Viitattu 24.10.2017 <https://metodix.fi/2014/05/19/lukka-konstruktiivinen-tutkimusote/>.
- Myllymäki, S. 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Jyväskylän yliopisto. Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Sosiaalityö. Pro gradu. Viitattu 27.10.2017 <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43096/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201403211390.pdf?sequence=1>.
- Niskala, A. 2016. Toimiva kotihoito Lappiin -hankehakemus. Viitattu 1.1.2017 http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/hankesuunnitelma_toimivakotihoitolappiin.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, M. 2009. Kehittämistyön menetelmät: uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYPro.
- Parjanne, M-L. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18. Viitattu 26.10.2017 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113699/Selv200418.pdf>.
- Pynnönen, K., Sakari-Rantala, R. & Lyyra, T-M. 2007. Sosiaalinen inaktiivisuus ennustaa iäkkäiden ihmisten laitoshoidon sijoittumista. Gerontologia 1/2007. Viitattu 22.10.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2105/se/g/0784-0039/21/1/sosiaali.pdf>.
- Rysti, M. 2016a. Ikääntyneen palvelutarpeen arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 23.12.2016 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02230&p_haku=palvelutarpeen%20arviointi.
- Rysti, M. 2016b. Toimintakyvyn arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 23.12.2016 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02230&p_haku=palvelutarpeen%20arviointi.

- Sallan kunnan kotihoitopalvelun kriteerit 2017. Viitattu 29.9.2017
<http://www.salla.fi/cgi-bin/wafnet3.pl?id=10437&kid=1>.
- Silventoinen, K. 2015. Väestön ikääntyminen on Suomen tulevaisuuden haaste. Uutistamo. Viitattu 8.10.2017 <https://www.uutistamo.fi/vaeston-ikaantyminen-on-suomen-tulevaisuuden-haaste/>.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. s.a. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 4.6.2017
<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. s.a. Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoito. Viitattu 4.6.2017 <http://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoito>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn selvittäminen osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Viitattu 23.12.2016
http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/utredning-av-aldres-funktionsformagason-del-av-bedomningen-av-servicebehovet-inom-socialvarden.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Viitattu 15.10.2017 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114386/Selv200708.pdf?sequence=1>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Viitattu 12.10.2017 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113944/Julk_2008_3_ikaihmiset_verkko.pdf?sequence=1.
- Strandberg, T. 2013. Ravitsemustilan arviointi MNA. Gernet. Viitattu 25.10.2017
<http://www.gernet.fi/artikkelit/44/ravitsemustilan-arviointi-mna>.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2012. Konsensuslausuma: Kohti parempaa vanhuutta. Viitattu 28.10.2017 <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/konsensuslausuma20122.pdf>.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. 2015. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 8.10.2017
http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 4.1.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 17.11.2017
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta>.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Viitattu 4.1.2017 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf.

- Timonen, V. 2008. Ageing Societies: A Comparative Introduction. McGraw-Hill Education. Viitattu 21.10.2017 <https://ez.lapinamk.fi:2856/lib/ramklibrary-ebooks/reader.action?docID=345141>.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Turjanmaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A-M. 2014. Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol 29, 317–324.
- Turjanmaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A-M. 2014. Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 23, 3206–3217.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 25.10.2017 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Tuulio-Henriksson, A. 2014. Mini Mental State -asteikko. TOIMIA-toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 16.11.2017 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/>.
- Tuulio-Henriksson, A. 2011. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. Viitattu 4.1.2017 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositus_vt_kognitio_110126.pdf.
- Uusitalo, K. & Kohtamäki, M. 2011. Konstruktiivisen tutkimusotteen rooli menetelmien kentässä. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint, 281–295.
- Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 28.10.2017 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66409/978-951-44-7521-4.pdf?sequence=1>.
- Valtonen, L. 2002. RAVA-toimintakykymittari. Opas sisältöön ja käyttöön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilko, A., Finne-Soveri, H. & Heinola, R. 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, 44–59. Viitattu 12.10.2017 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1>.
- Voutilainen, P., Noro, A., Karppanen, S. & Raassina, A-M. 2016. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Sosiaali- ja

terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:41. Viitattu 4.1.2017 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RA-PORTTI.pdf?sequence=1.

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2017. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016: Tilastorapotti. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.10.2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134680/Tr19_17.pdf?sequence=3.

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantositoumus
- Liite 2. Tutkimuslupahakemus
- Liite 3. Palvelutarpeen arvioinnin sisältö
- Liite 4. Palautelomake 1.versio
- Liite 5. Palautelomake 2. versio

LIITE 1. Toimeksiantositoumus

Liite I (I/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

I Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi: Sallan kotihoito	
Yhteyshenkilö Aila Raatikka-Metsänen	Asema/ ammattinimike: kotihoidon ohjaaja
Osoite [redacted]	Puhelin [redacted]
Sähköposti [redacted]	
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteenä)	
Opinnäytetyön aihe: Palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen Sallan kotihoidossa	
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto: Aivoriihien materiaali	Valmis: 10/2017
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten? Aila Raatikka-Metsänen, Terttu Hannula (vanhustyönjohtaja)	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input checked="" type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjoitus <i>Aila Raatikka-Metsänen</i>	

II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhän

Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: Anniina Sumukari	Opiskelijan numero [redacted]
Osoite [redacted]	Puhelin [redacted]
Sähköposti [redacted]	
Koulutus ja suuntaumisvaihtoehto: Työelämän kehittäminen ja esimiestyö, terveydenhoitaja (YAMK)	
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen, <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen, <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihtoehtoisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjoitus <i>Anniina Sumukari</i>	

Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava opettaja	
Ohjaavan opettajan nimi:	Marika Kunnari
Koulutus ja toimipaikka:	YTM, TtT-jatko-opiskelija, Jokiväylä 11
Puhelin:	[REDACTED]
Sähköposti:	[REDACTED]
Koulutuksen ylioopettaja	
Koulutuksen ylioopettajan nimi:	Outi Törmänen
Puhelin:	[REDACTED]
Sähköposti:	[REDACTED]
Allekirjoitus:	<i>Outi Törmänen</i>

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.

LIITE 2. Tutkimuslupahakemus

LAPIN AMK¹
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi Anniina Sumukari	Henkilötunnus [REDACTED]
	Katuosoite [REDACTED]	Postinumero [REDACTED]
	Puhelin [REDACTED]	Postitoimipaikka [REDACTED]
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Lapin AMK	Sähköpostiosoite [REDACTED]
Opinnäytetyön ohjaaja(t)	Nimi Marika Kunnari	Hakijan tehtävä/virka-asema terveydenhoitaja
	Toimipaikka ja osoite Lapin AMK Rantavitikka Jokiväylä 11 96300 Rovaniemi	Oppiarvo ja ammatti YTM, TtT-jatko-opiskelija, päätoiminen tuntiopettaja
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite [REDACTED]
Toimeksiantaja	Toimeksiantaja Sallan kotihoito, kotihoidon ohjaaja Aila Raatikka-Metsänen	
	Yhteystiedot [REDACTED]	
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Salla 7/2/2017	Allekirjoitus Anniina Sumukari
Luvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään
	Perustelut	
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Salla 7/2/2017	Allekirjoitus Salla Mäkelä-Rautanen
	Myöntämisen ehdot	
Myöntämisen ehdot	<input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti	
	<input checked="" type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita	
Päätöksestä tiedottaminen	<input type="checkbox"/> Muu ehto	
	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille <input checked="" type="checkbox"/> ohjaaville opettajille <input checked="" type="checkbox"/> yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee <input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?	

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä

Tutkinto, johon tutkimus sisältyy	Työelämän kehittäminen ja esimiestyö, terveydenhoitaja (YAMK)	
Opinnäytetyön tekijät tekijä(t)	Anniina Sumukari	
Opinnäytetyön nimi	Palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen Sallan kotihoidossa	
Opinnäytetyön tausta	<p>Sallan kunta osallistuu Sosiaali- ja terveysministeriön Toimiva kotihoito Lappiin - kärkihankkeeseen ja saimme valita neljästä eri osa-alueesta, mitä olisimme kiinnostuneita kehittämään omassa kunnassamme. Valitsimme yhteisen yleisen palveluneuvonta ja -ohjausmallin kehittämisen, jonka yhtenä osa-alueena ovat yhteiset työvälineet palvelutarpeen arviointiin. Tässä kehittämistyössä keskityn Sallan kotihoidon osalta yhteisten palvelutarpeen arvioinnin työvälineiden kehittämiseen.</p> <p>Kunnassamme ei ole tällä hetkellä olemassa yhtenäistä palvelutarpeen arvioinnin mallia.</p>	
Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja mahdolliset tutkimus-ongelmat	<p>Kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa Sallan kotihoidon palvelutarpeen arvioinnille yhtenäinen toimintamalli. Tavoitteena on helpottaa kotihoidon terveydenhoitajien työskentelyä ja taata asiakkaille yhtenäinen arviointi arvioinnin tekijästä riippumatta. Näin parannetaan hoidon laatua, kun kaikilla asiakkailla on tasavertaiset lähtökohdat kotihoidon palveluita myönnettäessä. Kehittämistyössä vastataan seuraavaan kysymykseen:</p> <p>Millaisella toimintamallilla toteutetaan laadukas palvelutarpeen arviointi Sallan kotihoidossa?</p>	
Opinnäytetyön alustava aikataulu	Toimintamalli kehitetään helmi-maaliskuussa. Kehittämistyöryhmä kokoontuu kaksi kertaa tänä aikana. Huhti-toukokuussa toimintamallia testataan käytännössä noin kaksi kuukautta. Tämän jälkeen toimintamallia muokataan palautteiden perusteella. Palautetta kerätään asiakkailta, joille palvelutarpeen arviointia tehdään ja lisäksi toimintamallin käyttäjät itse antavat palautteet.	
Tarvittaessa opinnäytetyön rahoitus, rahoittajat ja budjetti		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Salla 7/2/2017	Allekirjoitus Anniina Sumukari

 Liitteenä hyväksytty opinnäytetyösuunnitelma (tarvittaessa)

LIITE 3. Palvelutarpeen arvioinnin sisältö

Esitiedot Päivämäärä:

Paikka:

Läsnäolijat:

Lähiomainen/omaishoitaja/edunvalvoja:

Asuminen: (yksin/yhdessä)

DIAGNOOSIT

Sairaudet, milloin viimeksi käynyt määräaikaistarkastuksessa, saako laittaa jonoon:

Nykytila FYYSSINEN TOIMINTAKYKY

Liikkuminen sisällä ja ulkona:

Kaatumiset kuluneen vuoden sisällä/huimaus:

Kuntoutuksen tarve:

Pukeutuminen ja vaatehuolto:

Peseytyminen ja henkilökohtainen hygienia:

Ihon kunto:

Kivut:

Ravitsemus: (syöminen, ateriarytmi, ruuanlaitto, ruokahalu):

WC-toiminnot: (inkontinenssisuojan käyttö):

Kotitöistä selviytyminen: (palvelusetelin/aurauspalvelun tarve):

Asiointi kodin ulkopuolella: (liikkuminen kulkuvälineillä, info palveluliikenteestä):

Puhelimen ja internetin käyttö:

AISTITOIMINNOT:

Näkö: (milloin viimeksi käynyt silmälääkärissä):

Kuulo:

Puhe:

Suun terveys ja hoito: (milloin viimeksi käynyt hammaslääkärissä):

PSYYKKINEN TOIMINTAKYKY

Mieliä:

Unirytm:

Mieltä painavat asiat:

Päihteiden käyttö:

Mielenterveyden häiriöt/sairaudet/käyttösoireet:

Voimavarat:

KOGNITIIVINEN TOIMINTAKYKY

Onko muistissa ongelmia? Huolta itsellä tai omaisilla?:

SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY

Kyky ilmaista itseään:

Sosiaalinen verkosto:

Omaisien/läheisen rooli:

Osallistumismahdollisuudet kodin ulkopuoliseen toimintaan: (infoa kerhoista, päivätoiminnasta):

Harrastukset:

Tulevaisuuden toiveet:

YMPÄRISTÖTEKIJÄT

Asunnon tyyppi ja etäisyys keskustasta:

Asunnon varustetaso:

Muutostöiden tarve:

Asuin- ja lähiympäristön esteettömyys:

TALOUDELLISET TEKIJÄT:

Kyky huolehtia raha-asioistaan/kuka hoitaa:

Edunvalvontavaltuutus (onko, annetaan info):

Lääkehoito Lääkelistan ajantasaisuus:

Annostelu:

Ottaminen:

Reseptien uusiminen:

Apteekissa asioiminen:

Lääkkeiden säilyttäminen:

Annosjakeluun soveltuvuus:

Rokotukset (tetanus, prevenar, kausi-influenssa):

Mittarit Rava:

MMSE:

MNA:

VAS:

GDS-15:

Audit-C/Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari:

SPPB (Pyydä kotihoidon fysioterapeuttia tekemään kotikäynti, jos tälle tarvetta)

Apuvälineet Mitä on käytössä tällä hetkellä:

Mitä tarvitsee jatkossa:

Turvapuhelin, ovihälytin, turvalukko?:

Etuudet Eläkkeensaajan hoitotuki:

Omaishoidon tuki:

Asumistuki:

Toimeentulotuki:

Hoitotahto

Onko? Annetaan info:

OMAISHOIDON TUKEA HAETAESSA Omaishoitajan voimavarat:

Omaishoitajan hoitotaidot:

Omaishoitajan sosiaalinen tuki:

Hoidon ja huolenpidon sitovuus:

Lomajaksot:

Fysiologiset mittaukset Verenpaine ja pulssi:

Paino:

Verensokeri:

Kuka huolehtii seurannat? (omainen/kotihoito)

Yhteenveto Asiakkaan oma kokemus terveydentilasta ja palvelutarpeesta:

Kotihoidon palvelut myönnetään/ei myönnetä/perustelut. Palveluiden sisältö.
Asiakas ohjataan muiden palveluiden piiriin/mihin?:

Ohjataan hakemaan etuuksia?

LIITE 4. Palautelomake 1. versio

1. Käytiinkö arvioinnissa mielestänne läpi kaikki tarpeelliset asiat? Jos ei, mitä jäi käymättä?

2. Käytiinkö arvioinnissa mielestänne läpi jotain turhaa? Jos käytiin, mitä?

3. Oliko arviointi mielestänne riittävän selkeä?

4. Onko teillä jotain muuta sanottavaa arvioinnista?

LIITE 5. Palautelomake 2. versio

Hyvä palvelutarpeen arvioinnin tekijä. Pyydä palaute arviointiin osallistuneilta henkilöiltä suullisesti. Kirjoita annetut palautteet lomakkeeseen suoraan, niin kuin ne on sanottu. Erittele, mikä palaute on omaisen ja mikä asiakkaan tai hoitajan antamaa. Esitä tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä.

1. Minkälainen kokemus teille jäi tästä arviointitilanteesta?

2. Tuleeko teille mieleen vielä joku aihepiiri, jota olisitte toivonut tässä arvioinnissa käsiteltävän?

3. Otettiin teidät riittävästi huomioon arviointia tehtäessä? (Esitä tämä kysymys jokaisella osallisella).
