

Jenni Karjalainen

**MONIAMMATTILISEN YHTEISTYÖN TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN
IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN PALVELU- JA KUNTOUTUSTARPEEN ARVIOIN-
NISSA**

Kuusamon kaupungin ikäihmisten palvelut

**MONIAMMATTILISEN YHTEISTYÖN TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN
IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN PALVELU- KUNTOUTUSTARPEEN ARVIOIN-
NISSA**

Kuusamon kaupungin ikäihmisten palvelut

Jenni Karjalainen
Opinnäytetyö
Kevät 2017
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

Tekijä: Jenni Karjalainen

Opinnäytetyön nimi: Moniammatillisen yhteistyön toimintamallin kehittäminen ikääntyneen asiakkaan palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnissa. Kuusamon kaupungin ikäihmisten palvelut.

Työn ohjaaja: Yliopettaja Mika Paldanius, Lehtori Pirjo Ylikauma

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Helmikuu, 2017 Sivumäärä: 55+ 6

Suomalaisen yhteiskunnan ikärakenteen muutos ja vanhusväestön määrän voimakas lisääntyminen edellyttävät ikääntyneiden toimintakykyä tukevien toimintatapojen kehittämistä. Kuusamon kaupungin ikäihmisten palveluissa on käynnistymässä kotikuntoutusmalli vuoden 2017 alussa. Kotikuntoutuksen kehittämistyön yhtenä osa-alueena on asiakkaan palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointikäytännön kehittäminen. Tavoitteena on, että palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointi suoritetaan jatkossa systemaattisesti, moniammatillisesti ja kokonaisvaltaisesti, jolloin asiakkaan toimintakyky arvioidaan toimintakyvyn eri osa-alueet huomioiden, sovittuja arviointimenetelmiä käyttäen.

Kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin asiakkaan palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin nykykäytäntöjä ryhmämuotoisena teemahaastatteluna. Toisen vaiheen osallistavissa työpaikoissa työstettiin moniammatillista toimintamallia.

Kehittämistyönä laaditussa toimintamallissa rakennettiin toimintamalli palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin työnjaosta, asiakkaan palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnissa käytettävistä toimintakyvyn arviointimenetelmistä sekä palvelu- ja kuntoutussuunnitelman kirjaamisesta.

Kehittämistyön tuloksena laadittiin toimintaohjeet asiakkaan moniammatillisesta kuntouttavasta arviointijaksosta toimintakyvyn laskiessa, palvelutarpeen lisääntyessä tai ennen pysyvään palveluasumiseen hakeutumista, sekä moniammatillisesta kuntoutusjaksosta asiakkaan kotiutuessa akuutin sairastumisen jälkeen. Toimintamalliin sisältyy myös toimintaohjeet uuden omaishoidon asiakkaan palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnista, muistisairaana asiakkaan sairauden alkuvaiheen kuntoutuksen tehostamisesta sekä fysio- ja toimintaterapeutin vastaanottotoiminnan käynnistämisestä.

Toimintamallin kautta työskenneltäessä asiakkaan toimintakykyä arvioidaan systemaattisesti huomioiden toimintakyvyn eri osa-alueet ja yhdenvertaiset mahdollisuudet palveluihin. Kuntoutuksen ammattilaisten osallistuminen arviointiin vahvistaa toimintakyvyn edistämisen ja ylläpitämisen mahdollisuuksien havaitsemista. Uusi toimintatapa vaatii työyhteisön osaamisen kehittämistä ja kouluttamista sekä työyhteisön sitouttaminen uuteen toimintatapaan edellyttää merkittävää panostusta työyhteisön johdolta.

Asiasanat: Ikääntynyt, moniammatillisuus, palvelutarpeen arviointi, kuntoutustarpeen arviointi, toimintakyvyn arviointi, toimintatutkimus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Master's degree in the development and management of social and health care sectors

Author(s): Jenni Karjalainen

Title of thesis: The development of operational model of multi-professional co-operation in evaluation of the need for services and rehabilitation of senior client. The city of Kuusamo's senior services.

Supervisor(s): Mika Paldanius, Pirjo Ylikauma

Term and year when the thesis was submitted: 2017, February Number of pages:55+6

The change in Finnish age structure and intensive increase in number of senior citizens requires the development of procedures that support the performance of the elderly people. A home rehabilitation model is commencing in the city of Kuusamo's senior services in the beginning of year 2017. One field in developing home rehabilitation is improving the evaluation methods of client's needs for services and rehabilitation. The goal is to perform the evaluation of needs for services and rehabilitation systematically, multi-professionally and comprehensively in the future, so the client's performance is evaluated paying attention to different aspects of performance and according to appointed evaluation methods.

In the first phase of the development, current methods of evaluating client's needs for services and rehabilitation were defined by arranging a themed group interview. In the second phase, the agenda was to work on multi-professional operational model in involvement encouraging workshops.

The operational model was created as a development process to address work distribution and performance evaluation methods in evaluation of client's needs for services and rehabilitation, as well as documentation of service and rehabilitation plan.

As the result of the development, directives for client's multi-professional rehabilitating evaluation period were made for use in cases of decreased performance, increased need for services, before applying for permanent facility accommodation as well as when client is settling in after acute illness. Operational model also includes directives for the evaluation of needs for services and rehabilitation of new dependent care client, for improvement of rehabilitation of clients suffering from early stages of dementia as well as for initiating the reception operations of physiotherapist and occupational therapist.

Through the operational model, client's performance is evaluated systematically while paying attention to different aspects of performance and equal opportunities for using services. The participation of rehabilitation professionals in evaluation reinforces the detection of opportunities for improving and maintaining performance. The new method requires developing the competence and education of the work community. Also, indenting the work community to a new method requires significant effort from the head of work community.

Keywords: senior citizen, multi-professional, evaluation of the need for services, evaluation of the need for rehabilitation, evaluation of performance, functional study

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	IKÄÄNTYNEEN PALVELU- JA KUNTOUTUSTARPEEN ARVIOINTI MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ	8
2.1	Ikäännytynyt henkilö.....	8
2.2	Moniammatillinen yhteistyö	10
2.3	Palvelutarpeen arviointi	11
2.4	Toimintakyvyn arviointi	12
2.5	Kuntoutustarpeen arviointi.....	15
3	AIKAISEMMAT HANKKEET JA TUTKIMUKSET	18
4	TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ.....	20
4.1	Kehittäminen osallistavasti yhteistyönä	20
4.2	Kehittäjänä omassa työyhteisössä	21
5	TOIMINTATUTKIMUKSEN TARKOITUKSEN JA TEHTÄVIEN MUOTOUTUMINEN	23
6	TOIMINTATUTKIMUS PROSESSINA	25
6.1	Ideointi- ja suunnitteluvaihe	25
6.2	Toteutusvaihe.....	26
6.2.1	Nykyisen toimintakäytännön kuvaaminen	26
6.2.2	Uuden toimintamallin kehittäminen	30
7	KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOKSET	33
8	KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI	41
8.1	Kehittämistoiminnan prosessin arviointi.....	41
8.2	Kehittämistoiminnan luotettavuuden arviointi	43
8.3	Kehittämistoiminnan eettisyyden arviointi.....	45
9	POHDINTA	47
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomalaisen yhteiskunnan ikääntymisen taustalla vaikuttavat suurten ikäluokkien eläköityminen sekä syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen. Ikärakenteen muutoksesta johtuen on yhteiskunnassa edistettävä terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia toimia. Päätöksenteossa tarvitaan eri alojen yhteistyötä sekä ikääntyneiden näkemyksen huomiointia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 15). Palveluissa on jatkossa paneuduttava sairauden hoidon sijaan erityisesti hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 6).

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen kuntaliiton yhdessä laatimassa ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa korostetaan terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista sekä oikea-aikaisia ja monipuoliseen palvelujen tarpeen selvittämiseen perustuvia palveluita. Ikääntyvien toimintakyvyn turvaaminen on tärkeimpiä varautumistoimia, joilla voidaan vaikuttaa julkisen talouden kestävyteen ikärakenteen muuttuessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 5.) Hyvinvointia ja terveyttä edistävillä palveluilla voidaan vaikuttaa toimintakyvyn säilymiseen ja näin siirtää muiden palvelujen tarvetta myöhempään vaiheeseen, parantaa iäkkäiden elämänlaatua sekä hillitä sosiaali- ja terveystalouden menojen kasvua. Oikeaan aikaan tarjottavat sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ovat merkittävässä roolissa tuettaessa itsenäistä suoriutumista. Erityistä huomiota tulee kiinnittää kuntoutuspalvelujen kokonaisuuteen, koska ikääntyneiden kuntoutuspalveluja lisäämällä ja monipuolistamalla voidaan mahdollistaa asuminen kotona. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 24-25.) Sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisten osaamista tulee lisätä ennalta ehkäisevän työn osalta sekä ennalta ehkäisevien palveluiden saatavuutta on kehitettävä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 11).

Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudellisuudesta laaditun lain tarkoituksena on mm. parantaa iäkkään henkilön mahdollisuuksia saada laadukkaita sosiaali- ja terveystaloudellisuutta sekä ohjausta palvelujen käyttöön riittävän ajoissa yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudellisuudesta 980/2012 1:1.) Kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveystaloudellisuutta oikea-aikaisesti ja riittävästi. Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat muun muassa iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Erityistä huomiota on kiinnitettävä kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin

palveluihin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 3:13.) Asiakkaan tarpeita vastaava yksilöllinen palvelukokonaisuus voidaan laatia arvioimalla asiakkaan tarpeet ja voimavarat huolellisesti. Tarpeiden kasvaessa on tärkeää kustannussyistäkin kohdentaa palvelut täsmällisesti. (Voutilainen & Marjamaa 2005, 34.)

Ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi sekä kotona asumisen turvaamiseksi on kehitetty uusia toimintamalleja. Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden luomasta mallista järjestettiin koulutus Kuusamossa helmikuussa 2016. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä kotikuntoutusta on kehitetty mallikkaasti viime vuosina. Kotikuntoutusta toteutetaan Eksotessa kolmella eri tasolla, jotka ovat varhainen puuttuminen, kotihoitoa koordinoiva kuntoutus sekä monialainen kotikuntoutus. Toiminnan tavoitteena on ikääntyneiden toimintakyvyn paraneminen ja säilyminen, jotta he voisivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Ympäri vuorokautisen hoidon tarvetta pyritään viivästyttämään ennaltaehkäisevillä toimilla, jotka parantavat ikääntyneiden elämänlaatua sekä turvallisuudentunnetta. Eksoten toimintamallilla saavutetut tulokset näkyvät mm. pienempinä sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksina, asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn kehittymisenä sekä kotihoidon määrän ja sen sisällön muuttumisena. (Suomelainen 2016, 4, 8.)

Eksote- mallista järjestetyn koulutuksen jälkeen aloitettiin Kuusamon ikäihmisten palveluissa palvelutarpeenarvion ja kuntoutustiimin yhteistyön kehittäminen. Tässä kehittämistyössä on tarkoituksena luoda toimintamalli toimintaohjeineen asiakkaan palvelutarpeen- ja kuntoutustarpeen arvioinnista systemaattisesti, moniammatillisesti sekä kokonaisvaltaisesti.

Tutkimus- ja kehitystyön strategiseksi lähestymistavaksi on valittu toimintatutkimus. Toimintatutkimuksella tarkoitetaan yleensä ajallisesti rajattua tutkimus- ja kehittämisprojektia, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja (Heikkinen 2006, 17). Onnistuneen toimintatutkimuksen jälkeen asiat ovat eri tavalla kuin ennen tutkimuksen aloittamista. Muutos koskee sekä ajattelutapoja, sosiaalisen toiminnan käytäntöjä, että tutkijan omia ajatuksia. (Heikkinen, Rovio, Kiilakoski 2006, 86.)

2 IKÄÄNTYNEEN PALVELU- JA KUNTOUTUSTARPEEN ARVIOINTI MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ

Toimintakyvyn arviointi palvelutarpeen arvioinnin osana on väline yksilölliseen ja koordinoituun palveluun. Ikääntyneen yksilöllinen voimavarojen tukeminen ja auttaminen eivät onnistu ilman, että asiakkaaksi tulo ja palvelujen saanti perustuvat kattavaan arviointiin sekä tavoitteelliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Tämä edellyttää moniammatillista palvelutarpeenarviointia, interventiota sekä seuranta. (Voutilainen & Marjamaa 2005, 33.) Voutilainen & Marjamaa (2005, 31) korostavat, että asiakkaan näkökulmasta toimintakyvyn arvioinnin yhtenäinen ohjeistus on hyvin tärkeää, jolloin se turvaa asiakkaiden yhdenvertaisen mahdollisuuden saada palveluita. Ammattilaisten näkökulmasta taas yhtenäinen ohjeistus toimii palveluiden yhdenmukaista myöntämistä edistävä tekijänä.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema tilannekatsaus monialaisesta kuntoutuksesta (2015,19) korostaa, että toimintakyvyn arviointi tulisi tehdä aikaisemmassa vaiheessa kuin nykyään tehdään. Kuntoutustarve- sekä toimintakykyarvioin perustana on oltava selviytyminen asiakkaan omassa arjessa. Katsauksen mukaan tarvitaan vakiintuneita toimintamalleja, joiden avulla eri alojen ammattilaiset tunnistavat asiakkaan kuntoutustarpeen sekä heillä on riittävästi osaamista ohjata asiakas oikeisiin palveluihin. Avaintoimijat, jotka kohtaavat työssään potentiaalisia kuntoutusasiakkaita, tulisi kouluttaa perusarvion tekemiseen. Tärkeää on, että jokainen viranomainen ammatistaan riippumatta käynnistää kuntoutusarvioprosessin tunnistessaan mahdollisen kuntoutustarpeen.

Kansallisen muistiohjelman (2012, 7) mukaan vuonna 2010 ympärivuorokautisen hoidon kustannukset yhtä henkilöä kohden olivat keskimäärin 46 000 euroa vuodessa. Kotihoidon vastaavat kustannukset olivat keskimäärin 19 000 euroa. Kustannusten säästäminen on mahdollista, jos ennaltaehkäisyyn ja kotona asumisen tukemiseen tehdään järjestelmällisiä toimia.

2.1 Ikääntynyt henkilö

Ikääntymiseen liittyvät muutokset voidaan jakaa normaalista vanhenemisestä johtuviin muutoksiin sekä sairauksien aiheuttamiin muutoksiin. Normaali vanheneminen voidaan jakaa tavanomaiseen

sekä onnistuneeseen ikääntymiseen. Tavanomaiseen ikääntymiseen liittyvät muutokset ovat väestössä tapahtuvia ikään liittyviä muutoksia, joihin ei liity sairauksia. Onnistuneeseen ikääntymiseen kuuluvat sairauksien ja niistä aiheutuvien toiminnanvajavuuksien pieni todennäköisyys, hyvä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky sekä aktiivinen elämäntote. (Heikkinen 2010, 402.)

Biologisella ja fysiologisella tasolla ihmisen elimistössä tapahtuu ikääntymisen myötä muutoksia, jotka vähentävät elimistön suoritus-, vastustus- ja sopeutumiskykyä. Normaalin vanhenemisen taustalla toimii sekä geneettisiä tekijöitä että ajan myötä elimistöön kasautuneita vaurioita ja kulumista molekyyli- ja solutasolla. Toimintakyky, toiminnan vajavuudet ja raihnaisuus ovat keskeisiä käsitteitä selvittäessä muutoksia, joilla on merkitystä esimerkiksi itsenäisen selviytymisen ja elämänlaadun kannalta. Toimintakyvyn heikentyminen sekä toiminnanvajaudet ovat keskeisiä ikääntymiseen liittyviä ilmiöitä, joiden seurauksena vanhimmilla ikäryhmillä esiintyy vaikeuksia esimerkiksi liikkumisessa ja asioiden hoitamisessa. Toimintakyvyn heikentyminen on ikääntyneiden oman arvioinnin mukaan keskeinen elämänlaatua heikentävä tekijä, joka vaikuttaa mm. terveyden ja elämän tarkoituksellisuuden kokemiseen sekä elämään tyytyväisyyteen. Vaikeudet liikuntakyvyssä puolestaan kaventavat sosiaalisen osallistumisen mahdollisuuksia ja aiheuttavat yksinäisyyden tunnetta. (Heikkinen 2010, 402, 403-404.)

lakkään väestön määrän ja suhteellisen osuuden kasvaessa haasteeksi nousee ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen ylläpitäminen ja parantaminen. Toimintakyky alkaa heikentyä vähitellen, mutta tätä heikentymistä voidaan jarruttaa. (Heikkinen 2010, 407.) Pyrittäessä edistämään onnistunutta vanhenemista nousee sairauksien ehkäisyn ja hoidon ohella fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen tärkeään asemaan. Fyysistä toimintakykyä voidaan ylläpitää terveellisillä elämäntavoilla, jossa fyysinen aktiivisuus ja liikunnan harrastaminen ovat tärkeitä. Psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseen sisältyy esimerkiksi kognitiiviset kyvyt, joita voidaan ylläpitää koulututtamalla tai harjoittamalla muita toimintoja. Kognitiivisten kykyjen ohella psyykkiseen toimintakykyyn sisältyvät mm. sisäinen kontrolli sekä henkilökohtainen kypsyyt, jotka ovat tekijöitä, joihin vaikuttavat koko elämäntulkun sisältyvät taipumukset sekä ulkoiset tekijät. (Heikkinen 2010, 406.)

Onnistuvaan vanhenemiseen sisältyy myös aktiivisen elämäntoteen säilyttäminen, jonka on tutkimuksissa havaittu tärkeäksi käsitteeksi pyrittäessä ylläpitämään ja edistämään itsenäistä selviytymistä. Tähän käsitteeseen sisältyvät fyysinen aktiivisuus, ajan tasalla pysyminen ja uusien asioiden omaksuminen, sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen sekä harrastukset. Tuettaessa aktiivisena

vanhenemista, voidaan myös ehkäistä yksinäisyyttä, masentuneisuutta ja elämän tarkoituksettomuuden tunnetta. (Heikkinen 2010, 407)

lökkään ihmisen terveyttä voidaan kuvata tasapainona omien voimavarojen, tavoitteiden ja elinympäristön ominaisuuksien kesken. Iäkkään voimavaroihin sisältyvät fyysinen ja psyykinen toimintakyky ja terveys, joita on mahdollisuus ylläpitää ja esimerkiksi kuntoutuksen avulla palauttaa. Tavoitteet ovat yksilöllisiä ja niitä voidaan muuttaa vastaamaan iäkkään voimavaroja pyrkien kuitenkin saavuttamaan merkityksellisimmät tavoitteet. Sosiaalisen ympäristön tukea on mahdollisuus lisätä ja puolestaan fyysistä ympäristöä muuttaa esteettömäksi ja iäkkään toimintaa tukevaksi. Kun näiden kolmen ulottuvuuden välillä on tasapaino, voi iäkäs ihminen tuntea terveytensä riittävän hyväksi ja elämänlaadun kannalta hyväksyttäväksi. (Heikkinen 2010, 405.)

2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisuudella tarkoitetaan aktiivista, vastavuoroista ja tasavertaista yhteistyötä eri toimijoiden välillä, jonka tavoitteena on saavuttaa yhteinen päämäärä. Moniammatillisuuden lähtökohdaksi tulisi ensisijaisesti olla yhteistyö asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. (Pikkarainen 2013, 93.) Isoherranen (2012, 22) määrittelee moniammatillisen yhteistyön sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöiseksi työskentelyksi, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan elämän kokonaisuus ja hänen hoitopolkunsa. Eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tavoitteet ja yhteinen käsitys asiakkaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelman ratkaisusta. Tiedot kootaan yhteen joustavasti, sovitulla välineillä ja foorumeilla. Asiakas ja/tai hänen läheisensä on tarvittaessa mukana keskustelussa.

Moniammatillisessa yhteistyössä haasteina ovat eri ammattilaisten työn rajapinnoilla olevien asioiden käsittely ja hoitaminen tarkoituksenmukaisesti. Moniammatillisuus vaatii asioiden sopimista yhdessä sekä oman ja toisten asiantuntijoiden tuntemista ja tunnustamista. Yhteisöllisellä moniammatillisuudella tarkoitetaan kokonaisosaamista, johon vaikuttavat kaikki eri alojen toimijat sekä heidän yksilöllinen ja yhteinen osaamisensa. Lisäksi yksittäisen työntekijän täytyy hallita moniammatillisuuden vaatimia työelämävalmiuksia, kuten oikeanlaista asennetta, ongelmanratkaisu- ja vuorovaikutustaitoja sekä päätöksentekotaitoja. (Pikkarainen 2013, 94.)

Moniammatillinen osaaminen syntyy tai kehittyy, kun työryhmä sitoutuu yhteiseen kumppanuuteen ja vuorovaikutukseen. Kehittyessään työryhmä saavuttaa vaativampia tavoitteita, jolloin asiakkaan hyötyvät tiimityön kehittymisestä. Tavanomaista on, että moniammatillinen työryhmä rakennetaan jotain työtehtävää varten ulkoisesta määräyksestä tai työssä esiin nousseesta tarpeesta. Työryhmän toimintakulttuuri kehittyy asteittain sen jäsenten toiminnan seurauksena. (Pikkarainen 2013, 94.)

2.3 Palvelutarpeen arviointi

Kunnan vastuulla on selvittää iäkkään henkilön palvelujen tarve kokonaisvaltaisesti yhdessä asiakkaan, tarvittaessa hänen omaisensa sekä palvelutarpeen selvittämisestä vastaavan työntekijän kanssa. Palvelutarvetta selvitettäessä arvioidaan ikääntyneen henkilön fyysistä, kognitiivista, psyykkistä sekä sosiaalista toimintakykyä luotettavia arviointimenetelmiä hyödyntäen. Toimintakykyä arvioitaessa huomioidaan asiakkaan selviytyminen arjen toiminnoistaan elinympäristössään sekä tuen ja avun tarve. Huomioitava on myös ympäristön esteettömyys, asumisen turvallisuus sekä lähipalvelujen saavutettavuus. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 3:15)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämä TOIMIA-tietokanta sisältää suosituksen iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnista palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Suositusta voidaan soveltaa mm. arvioitaessa lakisääteistä palvelutarpeen arviointia, omaishoidon tukea, kotihoidon tai tukipalvelujen tarvetta sekä asiakkaan kotiutuessa sairaalasta tai muusta hoidosta. Suosituksen mukaan iäkkäälle henkilölle tehdään palveluiden sekä tuen tarpeen monipuolinen, moniammatillinen ja systemaattinen arviointi silloin, kun iäkäs henkilö ei selviä arjestaan ilman toisen henkilön apua tai tällainen tilanne on odotettavissa. Palvelutarvetta arvioitaessa asiakkaan elämäntilanne, toimijuus ja tarpeet ovat keskiössä. Toimintakyky arvioidaan mittarein, keskustellen ja havainnoiden. Arvioinnin tulee sisältää aina toimintakyvyn fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Mittareilla saadaan arvokasta tietoa asiakkaan tarpeista ja niiden raja-arvot informoivat arjesta suoriutumisen vaikeusastetta. Raja-arvon ylittävä tulos edellyttää aina taustalla vaikuttavien sairauksien, tilojen tai elämäolosuhteiden tunnistamista tai niihin puuttumista. (Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011. Viitattu 27.11.2016.)

iäkkään henkilön tarvitsemien palveluiden suunnittelun ja toteutuksen pohjana toimii palvelusuunnitelma, joka tehdään yhdessä iäkkään henkilön ja/tai tarvittaessa hänen omaisen/ läheisen kanssa. Palvelusuunnitelma on työkalu, joka kattaa kaikki iäkkään henkilön hyvinvointiin ja avun tarpeeseen liittyvät toimet ja niitä toteuttavat tahot. Suunnitelmassa on tärkeää huomioida kuntoutumiseen liittyvät mahdollisuudet, jotta kotona asuminen voidaan turvata. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 29-30)

Palvelusuunnitelman on oltava ajantasainen ja sen tehtävänä on tukea iäkkään henkilön palvelujen kokonaisuuden hallintaa, tavoitteellista kuntoutumista ja osallisuutta. Palvelusuunnitelman tulee sisältää palvelujen laatu ja määrä, iäkkään henkilön ja ammattihenkilöiden yhdessä asettamat tavoitteet, vastuualueet eri toimijoille, ennakoitujen riskien varalle laaditut suunnitelmat sekä suunnitelman seurantaan ja uudelleen arviointiin liittyvät tiedot. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 32.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 30-31) laatiman laatusuosituksen mukaan palvelusuunnitelmassa haasteena on, että kuntoutumisen mahdollisuuksia jää tunnistamatta suunnitelmassa, koska kuntoutuksen asiantuntemusta ei käytetä tai sitä ei ole käytettävissä. Suosituksessa korostetaan, että palvelutarvetta selvitettäessä huomio kiinnitetään sekä nykyisiin että ennakoitaviin tarpeisiin. Tämä koskee erityisesti toimintakyvyn palauttamisen, ylläpitämisen ja edistämisen sekä kuntoutumisen mahdollisuuksien huomioimista, sekä iäkkään tarpeita ja mahdollisuuksia ylläpitää sosiaalisia verkostoja, turvallista lääkehoitoa, ravitsemusta ja suun terveyttä sekä hoitoon osallistuvien omaisten ja läheisten tarpeiden ja voimavarojen huomioimista.

2.4 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämänsä toiminnoista kotona, työssä tai vapaa-ajalla. Toimintakyky jaetaan perinteisesti fyysiseen ja psyykkiseen ulottuvuuteen. Fyysiseen toimintakykyyn sisältyvät lihaskunto, yleiskestävyys ja liikkeiden hallintakyky. Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyvät sekä kognitiiviset kyvyt että psyykkiset voimavarat ja kestävyys. Usein puhutaan myös sosiaalisesta toimintakyvystä, johon sisältyy esimerkiksi toiminta vuorovaikutussuhteissa ja osallistuminen yhteisöjen ja yhteiskunnan toimintaan. (Järvikoski & Härköpää 2011, 92.)

Toimintakyvyn arviointi toimii pohjana kuntoutuksen suunnittelulle sekä kuntoutuksen tulosten arvioinnille. Toimintakykyä ja sen osa-alueita selvitetään sekä ihmisen oman kokemuksen pohjalta sekä objektiivisena asiantuntija-arviona. Muutos toimintakyvyssä voidaan havaita sekä ihmisen oman kokemuksen perusteella sekä objektiivisilla mittausmenetelmillä. Myös toimintaympäristöllä on olennainen merkitys toiminnoissa suoriutumiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92-94.)

Asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisen välineeksi on kehitetty RAI- arviointijärjestelmä. RAI-arviointi on monipuolinen ja järjestelmällinen sen avulla selvitetään mm. asiakkaan arjesta suoriutuminen, psyykinen ja kognitiivinen vointi, sosiaalinen toimintakyky, terveydentila, ravitsemus ja kipu. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2016. Viitattu 12.1.2017.) RAI- arviointimenetelmän avulla asiakkaan toimintakykyä voidaan arvioida luotettavasti huomioiden sekä toimintakyvyn eri osa-alueet. Systemaattisesti suoritettu toimintakyvyn arviointi RAI-menetelmän avulla takaa sen, että kokonaistilanne käydään huolellisesti läpi ja havaittuihin oireisiin, toimintakyvyn vajeisiin ja mahdollisiin riskitekijöihin puututaan mahdollisimman nopeasti. (Heikkilä, Hammar, Sohlman, Andreasen & Finne-Soveri 2015, 49.)

RAI- arvioinnin kautta saatu tieto yhdessä muun tiedon kanssa kertoo hoidon ja palvelujen tarpeesta sekä luo pohjan hoidon ja palvelujen suunnittelulle ja arvioinnille. (Heikkilä ym. 2015, 46.) Kunta myöntää asiakkaalle hänen tarvitsemansa palvelut palvelutarpeen arvioinnin perusteella, jolloin asiakkaalle on laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka pohjalta hoito ja palvelut toteutetaan. (Heikkilä ym. 2015, 55.)

RAI-arvioinnin yhteistyössä asetetut tavoitteet kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Nämä tiedot ohjaavat hoidon ja palvelujen toteutusta sekä sitä, miten ja milloin tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Yksilöllisen ja tavoitteellisen suunnitelman rakentaminen alkaa tulosten tarkastelulla. (Heikkilä ym. 2015, 52).

Toimintakyvyn osa-alueista fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on olemassa erilaisia menetelmiä. Psyykkisen toimintakyvyn sekä etenkin sosiaalisten edellytysten mittaamiseen on vaikeampi löytää arviointimenetelmiä. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi on yksi keino kartoittaa toimintakykyä. Päivittäisistä perustoiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta selviytymisessä arvioidaan pääasiassa fyysistä toimintakykyä. Kodin ulkopuolisesta toiminnasta ja asioiden hoitamisesta selviytymistä arvioitaessa, arvioidaan myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Laukanen 2010, 261-262, 264.) Toimintakyvyn heiketessä ensimmäiseksi vaikeuksia alkaa yleensä

ilmetä IADL- toiminnoissa (instrumental activities of daily living), joihin luetaan esimerkiksi ruuanvalmistus, kaupassa asiointi tai puhelimen käyttö). Toimintakyvyn heikentyessä edelleen vaikeutuvat myös perustoiminnot, kuten pukeutuminen, peseytyminen tai wc-käynnit. (Laukkanen 2010, 265-266.)

Katzin adl-indeksi on tunnetuin ensimmäinen varsinainen ADL-mittari, jossa arvioidaan selviytymistä kuudesta päivittäisestä perustoiminnoista: syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen, wc:ssä käynti ja pidätyskyky. Tiedot voidaan kerätä tutkittavalta, ammattihenkilöltä tai asiakirjoista. Arviointimenetelmä on yksinkertainen ja sen reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi. (Laukkanen 2010, 298.)

IADL-asteikko puolestaan on laadittu selvittämään kotihoidon asiakkaiden päivittäisten asioiden hoitamiseen liittyvää toimintakykyä ja niihin liittyvää ulkopuolisen avun tarvetta. Asteikko toimii myös palvelujen suunnittelun ja hoidon vaikutusten arviointivälineenä. Kyselylomakkeen osioita ovat puhelimen käyttö, kaupassa käynti, ruoan valmistus, siivouustyöt, pyykinpesu, liikkuminen kulkuvälineillä, lääkkeitä huolehtiminen, raha-asioiden hoito, jotka pisteytetään siten, että kokonaispisteiden vaihteluväli on 0-8 pistettä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, TOIMIA-tietokanta. Viitattu 27.11.2016.)

Psyykkisen toimintakyvyn arvioimiseksi on olemassa esimerkiksi GDS-15- mittari, joka on kehitetty erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen. Mittariin sisältyy 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä tai ei. Mikäli kyllä vastauksia kertyy 10, mittaustulos viittaa mahdolliseen masennukseen. Mittarin katsotaan soveltuvan hyvin palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä masennusoireiden tunnistamiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Toimia- tietokanta. Viitattu 8.1.2017.)

ADL-mittarit eivät kuitenkaan tuo esille sitä, millaisten tekijöiden vuoksi asiakkaalla on selviytymisongelmia arjen toiminnoissa, eivätkä ne näin ollen ohjaa henkilöstöä kuntouttavaan ja toimintakykyä ylläpitävien harjoitteiden ohjaamiseen. Konkreettisen ja tavoitteellisen toimintakyvyn edistämiseksi täytyy fyysistä toimintakapasiteettia kuvaavia lihaskunnon, liikkumiskyvyn, tasapainon sekä käden puristusvoiman mittareita liittää fyysisen toimintakyvyn arviointeihin. (Helin 2010, 432.) Liikkumisen kannalta tärkeitä fysiologisia järjestelmiä ovat lihasvoima, tasapaino, aistitoiminnot ja näitä koordinoiva keskushermoston toiminta. Portaiden kiipeämisen tai tuolista ylösnousemisen edellytys on, että lihasten tuottama voima on suurempi kuin maan vetovoima. Lihaskunnon ohella

liikkuminen edellyttää riittävää tasapainoa. Liikkumiskyvyssä esiintyvät vaikeudet ovat toiminnan-
vajauksien ja myös laitoshoidon tarpeen riskitekijä se usein ensimmäinen merkki siitä, että toimin-
takyky on alkanut heikentyä. (Rantanen & Sakari-Rantala 2010, 287-288.)

SPPB eli lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (Short Physical Performance Battery), on yksinker-
tainen ja myös kotiloissa toteutettava testistö, joka mittaa iäkkään henkilön seisomatasapainoa,
kävelyä ja alaraajojen lihasvoimaa. Testi koostuu kolmesta osiosta, joita ovat tasapaino, kävelyn-
opeus ja tuolilta nousutesti. Jokaisen testiosion tulos pisteytetään asteikolla 0-4 ja testin kokonais-
pistemäärä on 12 pistettä. Tutkimusten mukaan, mikäli testin kokonaispistemäärä jää alle 10 pis-
teen, testattavan alaraajojen suorituskyky on jo alkanut heikentyä ja siihen on syytä kiinnittää hu-
miota. Mitä pienempi summapistemäärä on, sitä suurempi on testattavan riski toimintakyvyn hei-
kentymiseen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Toimia-tietokanta. Viitattu 8.1.2017.)

Puristusvoiman mittaus tehdään tarkoitukseen kehitetyllä dynamometrillä. Heikon käden puristus-
voiman on katsottu ennustavan esimerkiksi aikaisempaa kuolleisuutta, päivittäisten toimintojen ja
kognition heikentymistä. Puristusvoima on hyvä yleisen lihasvoimatason mittaaja, koska sen on
katsottu korreloivan useiden eri lihasryhmien voimatason kanssa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos,
Toimia-tietokanta. Viitattu 8.1.2017.)

Toimintakyvyn arviointi on keskeinen osa palvelutarpeen arviointia, mutta sen ohella on arvioitava
myös asiakkaan terveydentila sekä asiakkaan ympäristöön liittyvät tekijät, kuten esteettömyys ja
turvallisuus. (Heikkilä ym. 2015, 49.) Toimintakyvyn laaja-alaisen arvion toteuttaminen moniamma-
tillisena yhteistyönä tuo parhaat tulokset jokaisen osa-alueen asiantuntijan kyetessä parhaiten tun-
nistamaan ja arvioimaan asiakkaan voimavarat ja mahdolliset ongelmat sekä antamaan jo arvioin-
nin yhteydessä neuvontaa selviytymisen edistämiseksi. (Helin 2010, 427.)

2.5 Kuntoutustarpeen arviointi

Valtioneuvoston Kuntoutusselonteossa (2012, 3) kuntoutus määritellään ihmisen tai ihmisen ja ym-
päristön muutosprosessiksi, jossa tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvin-
voinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jossa
tavoitteena on auttaa asiakasta hallitsemaan elämäntilannettaan.

Kuntoutus määritellään perinteisesti toimenpiteiksi, joilla voidaan vaikuttaa sairauden, vian tai vamman aiheuttamien toiminnanvajeiden ennaltaehkäisyyn, korjaamiseen, lievittämiseen tai kompensoitiin. Näin määriteltynä vaarana on, että kuntoutustarpeen arviointi jää liian mekaaniseksi. Kuntoutuksella tulisi pyrkiä vaikuttamaan fyysisen suorituskyvyn lisäksi yksilön elämänlaatuun, psyykkiseen toimintakykyyn ja sosiaaliseen selviytymiseen. Voimavarakeskeinen ajattelutapa on nousut kuntoutuksessa uudeksi näkökulmaksi, jolloin toiminnanvajeiden rinnalla pyritään näkemään asiakkaan vahvuudet, joihin kuntoutuksessa tukeudutaan. (Lönroos 2008, 279.)

Ikääntyneen kuntoutuksessa ajoitus on hyvin tärkeässä asemassa. Kuntoutusprosessissa tulee tehdä oikeita interventioita oikeaan aikaan. (Lönroos 2008, 284.) Kuntoutuksen keinoin ikääntyneiden toimintakyvyn palauttamista, säilymistä tai edistämistä sekä iäkkään toimijuutta tulee jatkossa korostaa. Kuntoutus tulee toteuttaa oikea-aikaisesti ikääntyneiden kuntoutukseen perehtyneiden kuntoutusalan ammattilaisten asiantuntijuutta käyttäen. Kuntoutusta on lisättävä ennakkoivana ja tavoitteellisena palveluna. Erilaisten siirtymävaiheiden, esimerkiksi kotiutusten yhteydessä on arvioitava kuntoutustarvetta ja järjestettävä tarpeenmukaisia kuntoutuspalveluita sekä huolehdittava apuvälineiden hankinnasta ja asunnonmuutostöiden suorittamisesta. Tulevaisuudessa myös veteraanien kuntoutukseen kehitettyjä toimintamalleja tulee hyödyntää muun ikääntyneen väestön kotona selviytymisen ja toimintakyvyn edistämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 33.) Asiakkaan fyysinen ympäristö on myös kuntoutuksen toimenpiteiden kohde (Lönroos 2008, 279).

Yksilöllisellä kuntoutustarpeella voidaan tarkoittaa tilannetta, jossa asiakkaan olemassa oleva tilanne on ristiriidassa hänen tavoitteiden ja odotusten kanssa. Yhteiskunnallinen kuntoutustarve toisaalta perustuu tarpeeseen huolehtia mm. siitä, että yhteiskunnassa on riittävästi työkykyistä työvoimaa saatavilla tai yhteiskunnan sosiaaliturva- tai huoltokustannukset eivät nouse liian suuriksi. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 159.)

Kuntoutustarvetta arvioitaessa kuntoutuksen ammattihenkilöstö arvioi asiakkaan yksilöllisen ongelman tai sairauden vaikeusasteen mukaan, vaaditaanko tilanteessa palvelujärjestelmän väliintuloa ja puuttumista. Kuntoutustarpeen arvioon vaikuttavat ongelman tuottama haitta yksilölle, toimintakyvyn rajoitukset sekä kuntoutuksella saavutettavissa oleva hyöty asiakkaalle. Kuntoutujan oma näkemys tilanteestaan voi olla rajallinen, jonka vuoksi ulkopuolinen asiantuntija arvioi kuntoutustarvetta objektiivisemmin. Kuntoutustarve kirjataan asiakkaan ja ammattilaisen yhdessä laatimaan

kuntoutussuunnitelmaan. (Hurri, Säilä, Orenius & Ristolainen 2014, 40-41.) Kuntoutussuunnitelmalla tarkoitetaan asiakkaan kuntoutumisen tueksi laadittua kirjallista asiakirjaa, joka sisältää kuntoutustutkimukset sekä päätetyt toimenpiteet (Kuntoutusportti, 2016. Viitattu 30.1.2017). Kuntoutuksen tulokset ovat usein merkittävästi parempia silloin, kun asiakas itse on mukana päättämässä kuntoutuksen tavoitteista ja ottaa kantaa käytettäviin keinoihin (Järvikoski & Härkäpää 2011, 15).

3 AIKAISEMMAT HANKKEET JA TUTKIMUKSET

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kotikuntoutusmallin kuvaus

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kotikuntoutusta on kehitetty mallikkaasti viime vuosina. Kotikuntoutusta toteutetaan Eksotessa kolmella eri tasolla, jotka ovat varhainen puuttuminen, kotihoitoa koordinoiva kuntoutus sekä monialainen kotikuntoutus. (Suomelainen 2016, 8.) Varhaiseen puuttumiseen sisältyvät hyvinvointia edistävät kotikäynnit, matalan kynnyksen vastaanotto toiminta, omaishoitajien tuki, ryhmäkuntoutus, palvelutarpeen arvioinnin tuki, muistisairaiden varhaisvaiheen tuki sekä terveyden edistämisen yhteistyö. Kotihoitoa koordinoivan kuntoutuksen toiminnan painopiste on uusien kotihoidon asiakkaiden palvelun käynnistymisessä. Uudet kotihoidon asiakkaat käyvät aluksi läpi kotihoidon neljän viikon kuntouttavan arviointijakson. Monialaisen kotikuntoutuksen tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja arjessa selviytymistä sekä turvallisuuden tunnetta moniammatillisesti asiakkaan tarpeen mukaan. Kuntoutusta toteuttavat fysio- ja toimintaterapeutit sekä kotihoidon hoitajat asiakkaalle laaditun kuntoutussuunnitelman mukaisesti. (Eksoten kotikuntoutus 2015. Viitattu 7.1.2017.)

Kaste-hanke 2012-2015

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman eli Kaste-hankkeen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakasta kuunnellen. Painopiste on ongelmien hoidon sijaan fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiivisessa edistämisessä sekä ongelmien ehkäisemisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 4.)

Vuoden 2012-2015 Kaste- ohjelman mukaan ikääntyneiden kotona asumisen edellytys on toimintakyvyn säilyminen mahdollisimman pitkään. Erityisesti huomiota on kiinnitettävä riskiryhmien tunnistamiseen, sekä tukea ja palveluja tarvitsevien löytymiseen. Palvelut tulee kohdentaa oikeudenmukaisesti ja -neuvontapalveluja, kotiin saatavia palveluita sekä kuntoutuksen osuutta on lisättävä. Nykyisen palvelujärjestelmän heikkoutena on, että se on sirpaleinen, palveluiden kokonaisuus voi olla heikosti koordinoitu ja palveluketju katkeaa helposti. Kaste-hanke korostaa, että kuntoutuksen ja muiden hyvinvointia ja terveyttä tukevien yksilöllisesti suunniteltujen palveluiden osuutta tulee lisätä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 24.)

Kelan ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke

Kelan ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa eli IKKU-hankkeessa on tutkittu gerontologisen kuntoutuksen toteutusta ja kehittymistä, kuntoutuksen vaikuttavuutta sekä kuntoutujaa koskevan tiedon välittymistä. Hankkeessa laadittiin gerontologista kuntoutusta koskevia suosituksia tutkimustulosten pohjalta. Suosituksena nimettiin ikääntyneiden ihmisten kuntoutuksen järjestäminen viipymättä yhteistyössä heidän verkostojen kanssa huomioiden ikääntyneen ikävaiheen erityispiirteet ja –haasteet. Ikääntyneen ihmisen kuntoutustarve on arvioitava terveyteen tai toimintakykyyn vaikuttavan muutoksen yhteydessä. Ikääntyneelle ihmiselle on laadittava kuntoutussuunnitelma, jota arvioidaan säännöllisesti. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan kuntoutuksen tavoitteet, suunnitellut toimenpiteet sekä vastuutahot tehtävineen. (Pikkarainen, Luoma, Vaara, Salmelainen & Röberg 2013, 293-295.)

Voutilainen & Marjamaa, 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa

Voutilainen & Marjamaa (2005, 14) ovat tutkineet toimintakyvyn arviointiin tarkoitettujen mittareiden käyttöä osana asiakkaan palvelutarpeen arviointia. Tutkimuksen mukaan palvelujen saantiin liittyvät päätökset perustuivat toimintakyvyn systemaattiseen arviointiin vain osittain. Aktiivisimmin toimintakyky arviointiin omaishoidon tuen asiakkuutta hakevien henkilöiden kohdalla, päivätoimintat tai päiväsairaalapalveluista tehdyt päätökset perustuivat harvoin toimintakyvyn arviointiin.

Fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytettiin useimmiten RAVA-järjestelmää, muiden mittareiden käyttö oli huomattavan vähäistä. Kognitiivista toimintakykyä arviointiin useammin mittarin avulla kuin muita toimintakyvyn osa-alueita. Yleisin mittari oli MiniMental State Examination- testi. Psykkisen toimintakyvyn arviointiin käytettiin vain vähän mittareita ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin mittareita käytettiin kaikkein vähiten. Myös ympäristötekijöiden arviointiin, kuten asuin- ja lähiympäristön esteettömyyden arviointi oli tutkimuksen mukaan hyvin vähäistä (Voutilainen & Marjamaa 2005, 31).

4 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ

4.1 Kehittäminen osallistavasti yhteistyönä

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarve voi lähteä liikkeelle esimerkiksi organisaation kehittämistarpeesta tai halusta muuttaa toimintatapoja. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä asioille etsitään toimivampia vaihtoehtoja vieden asioita käytännössä eteenpäin. Tutkimukselliseen kehitystyöhön kuuluu käytännön ongelmien ratkaisua ja uusien ideoiden tai käytäntöjen tuottamista ja toteuttamista. Pääpaino toiminnassa on kehittämistehtävän tavoitteiden saavuttamisessa. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009, 19-20). Kehittämishanke kohdistuu tavanomaisesti työn kehittämiseen, jolloin tarkoituksena on aikaan saada konkreettinen muutos (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009, 24).

Kehittämistyön tutkimukselliseksi lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus. Toimintatutkimus on laadullisen tutkimuksen muoto (Kananen 2014, 27). Toimintatutkimukseen sisältyy sekä tutkitun tiedon tuottaminen, että käytännön muutoksen aikaansaaminen ihmisten tai organisaation toiminnassa. Toimintatutkimuksessa organisaatiossa toimivilla ihmisillä on aktiivinen rooli kehittämistyössä. Käytettävät menetelmät valitaan siten, että ne mahdollistavat ihmisten aktiivisen osallistumisen sekä keskinäisen vuorovaikutuksen hyödyntämisen. (Ojasalo ym. 2009, 38.) Toimintatutkimuksessa tavoitteena on nykyisen tilanteen muuttaminen ratkaisemalla organisaatiossa ilmenevä käytännön ongelma ja saaden samalla uutta tietoa ja ymmärrystä asiasta. Toimintatutkimuksessa tutkimuksen ja kehittämisen kohteina ovat yhteisön toimintatavat ja – tilanteet. Tyypillistä on ongelman keskeisyys, tutkijan ja tutkittavien aktiivinen rooli sekä heidän välinen yhteistyö. (Ojasalo ym. 2009, 58).

Osallistavan kehittämismenetelmän etuna on, että työskentelyssä yhteisön jäsenet voivat itse osallistua ratkaisemaan kehittämisiongelmaa sen sijaan, että ratkaisu tulisi työyhteisön ulkopuoliselta taholta. Toisaalta työyhteisön jäsenet myös tuntevat toiminnan haasteet paremmin. Kehittämisiongelman ratkaisu voi myös olla helpommin hyväksyttävissä, silloin kun ratkaisun löytymiseen on itse osallistuttu. (Ojasalo ym. 2009, 59.)

4.2 Kehittäjänä omassa työyhteisössä

Käytännön työtä kehitettäessä kehittäjä voi toimia erilaisissa rooleissa. Kehittäjän toiminta voi perustua asiantuntemukseen, jolloin hän kerää tietoa, analysoi sitä ja tekee perusteluja ehdotuksista päättävälle taholle. Kehittäjä voi toimia myös kehittäjä-työntekijänä, jolloin hän kehittää omaa työtään tai työyhteisöään työskennellen, keräten tietoa ja analysoiden sitä reflektiivisesti yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Kehittäjä voi toimia myös fasilitaattorina, jolloin hän kannustaa toimijoita muutostyöhön toimien muutosprosessin asiantuntijana, jolloin hänen asiantuntemustaan käytetään hyväksi kehittämistyössä. (Toikka & Rantanen 2009, 91.)

Tässä kehittämistyössä tutkijan rooliksi valittiin kehittäjä-työntekijän rooli, jolloin kehittäjä toimi yhteistyössä työyhteisönsä kanssa yhteisen toimintamallin kehittämiseksi. Toikka & Rantasen (2009, 91) mukaan osallistavassa toimintatutkimuksessa kehittäjän roolina on toimia aktiivisina toimijoina samalla kun toimijat työskentelevät aktiivisina kehittäjinä. Kehittäjät, tutkijat ja toimijat osallistuvat yhdessä kehittämiseen, jolloin jokainen tuo omat näkökulmansa yhteiseen keskusteluun. He kehittävät samaa kohdetta, mutta jokainen omista lähtökohdistaan käsin.

Toimintatutkimusta tehtäessä kehittäjän ei tarvitse olla käsiteltävän ilmiön asiantuntija, mutta hänen tulee hallita tutkimusprosessi, sen vaiheet, tutkimusmetodologia ja ryhmäkäyttäytyminen. Ihmissuhdetaidot ovat avainasemassa. Kehittäjän tulee kannustaa ryhmäläisiä avoimeen vuorovaikutukseen ja vastuulliseen kuuntelemiseen. (Kananen 2014, 68-69.)

Tutkimuksen kenttätyö sisältää osallistujien työskentelyn seuraamista ja havaitun reflektointia yhdessä heidän kanssaan. Työskentelyn perustana on toimivien, luottamuksellisten suhteiden rakentaminen osallistujiin. Tutkijan tehtävänä on kannustaa ja eläytyä osallistujien kokemuksiin, samalla kuitenkin ottaa etäisyyttä ja arvioida tilannetta kriittisesti ja neutraalisti. Tutkija ei ratko ongelmia osallistujien puolesta, mutta voi esittää rakentavia näkökulmia kehittämisen perustaksi. Parhaimmillaan kenttätyö on osallistujien tasavertaista keskustelua, ongelmanratkaisua ja tiedonmuodostusta. (Huovinen & Rovio 2006, 101-103.)

Tutkijana omia uskomuksia sekä ennako-oletuksia on tarkasteltava kriittisesti, mutta on myös oltava valmis ottamaan vastaan omaa näkemystä koskevaa kritiikkiä. (Huovinen & Rovio 2006, 104.) Tärkeää on tutkimukseen osallistuvien antaman tiedon arvostaminen ja usko siihen, että asioilla voi olla useita eri näkökulmia, joista jokainen on tärkeä. Asioiden eri puolet tulevat parhaiten esille,

kun niistä keskustellaan yhdessä. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkimukseen osallistuvia ja heidän tietämystään sekä mahdollistaa osallistujien oppiminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 83.) Osallistavassa toimintatutkimuksessa pyrkimyksenä on edistää osapuolten välistä vuorovaikutusta toiminnan kehittämiseksi (Heikkinen 2006, 33).

5 TOIMINTATUTKIMUKSEN TARKOITUKSEN JA TEHTÄVIEN MUOTOUTUMINEN

Kuusamon kaupungin ikäihmisten palveluihin sisältyvät vanhussosiaalityö, seniorineuvola, palvelutarpeen arviointi, omaishoito, kuntoutus, päivätoiminta, kotihoito ja kotisairaala sekä asuminen. Tavoitteena on kehittää ennalta ehkäisevän työn muotoja ja parantaa kotona asumista tukevia toimintatapoja. (Kuusamon kaupunki. Viitattu 13.4.2016.) Kuusamon kaupungin ikäihmisten palveluiden tavoitteeksi on asetettu, että vuonna 2017 yli 75-vuotiasta kuusamolaisista kotona asuu 93%. Palvelutarpeen arvioinnissa työskentelevät sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja. Omaishoidosta vastaa oma työntekijä ja kuntoutuksen tiimissä työskentelee neljä fysioterapeuttia ja kaksi toimintaterapeuttia. Muistityössä työskentelee muistikoordinaattori sekä seniorineuvolassa kaksi terveydenhoitajaa.

Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä toimii yhdenmukainen, keskitetty malli uusien asukkaiden palvelutarpeen arviointiin. Palvelutarpeenarviointitiimiin kuuluu palveluohjaajia, jotka ovat koulutukseltaan sosionomeja, sairaanhoitajia, geronomeja sekä fysioterapeutteja. Toiminnan tavoitteena on, että asiakas saa tarpeenmukaiset sekä hänen toimintakykyään vastaavat palvelut ja samalla tunnistetaan kuntoutumisen mahdollisuudet. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaille järjestetään tarpeen mukaan neljän viikon kuntouttava arviointijakso. Eksotessa kotihoidon kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on tukea ja arvioida asiakkaan toimintakykyä. Kuntouttavan arviointijakson lopussa arvioidaan asiakkaan todellinen palvelutarve. Näillä toimenpiteillä pyritään vähentämään palvelutarvetta, lyhentämään säännöllisen asiakkuuden kestoa sekä siirtämään ympärivuorokautisen hoivan tarvetta myöhemmäksi. (Tepponen 2015. Viitattu 12.1.2017.)

Kuusamon kaupungin ikäihmisten palveluissa ollaan käynnistämässä kotikuntoutustoimintaa vuoden 2017 alussa, jossa kehittämistyön taustalla toimii Eksoten kotikuntoutusmalli. Kotikuntoutusmallin kehittämistyössä yksi osa-alue on kehittämistyöhön valittu palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin toimintamalli. Tässä kehittämistyön tarkoituksena on laatia toimintamalli, jonka avulla asiakkaan palvelu- ja kuntoutustarve arvioidaan systemaattisesti, moniammattillisesti sekä kokonaisvaltaisesti. Toimintamallissa määritellään toimintaohjeet liittyen esimerkiksi työnjakoon, arvioinnissa käytettäviin arviointimenetelmiin sekä kirjaamiskäytäntöihin.

Kehittämistyössä tutkimustehtävinä on

1. Selvittää millainen käytäntö palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnissa on tällä hetkellä?
2. Selvittää millainen toimintamalli luodaan?

Laadullinen tutkimus mielletään usein joustavaksi tutkimuskäytännöksi, jossa tutkimusongelmat asetetaan väljästi, koska tutkimusongelmien ja –kysymysten vakiintuminen ajatellaan jo osaksi tuloksia. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 82). Alustavat näkökulmat ja hypoteesit ohjaavat tutkimuksen kulkua, mutta niiden tarkastelu kohdentuu tutkimuksen edetessä tutkijan löytäessä uusia kysymyksiä ja tutkimustehtäviä. Aineiston hankinnan ja kokeilun kautta löytyy uutta informaatiota, joka ohjaa tutkijaa tutkimuksen jatkamiseksi. (Heikkinen, Rovio, Kiilakoski 2006, 85-86.)

6 TOIMINTATUTKIMUS PROSESSINA

6.1 Ideointi- ja suunnitteluvaihe

Syksyllä 2015 toimintatutkijan aloittaessa YAMK-opinnot sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa käytiin keskustelua opinnäytetyön aiheesta esimiehenä toimivan vanhustyön johtajan kanssa. Tällöin syksyn aikana käytyjen kehityskeskusteluiden pohjalta nousi esille ajatus lähteä rakentamaan toimintamallia kuntoutukseen ohjautumisen tehostamiseksi. Tämän jälkeen kuitenkin kaupungissamme toteutettiin koulutus Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveysyhtymän kotikuntoutusmalliin liittyen. Koulutuksen myötä kaupungissamme aloitettiin kotikuntoutusmallin kehittäminen. Kotikuntoutusmallissa yhdeksi kehittämisen osa-alueeksi muodostui palvelutarpeen arvioinnin ja kuntoutuksen yhteistyön tiivistäminen asiakkaan palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin yhteydessä, josta muotoutui lopulta opinnäytetyöni aihe.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveysyhtymän kotikuntoutusmallia koskeneen koulutuksen jälkeen, tehtiin Kuusamon kaupungin ikäihmisten palveluissa toimintatapoihin nopeasti muutoksia palvelutarpeen arvioinnin sekä kuntoutustiimin yhteistyön tiivistämiseksi, josta kehittämistyö sai alkunsa. Laadittiin käytäntö, jossa uuden omaishoitoperheen luona tehdään tulevaisuudessa ensimmäinen arvioiva kotikäynti yhdessä omaishoidon vastaavan sekä fysio- tai toimintaterapeutin kanssa. Jatkossa palvelutarpeen arviointiin ohjautuvan uuden asiakkaan arviointikäynti suoritetaan palvelutarpeen arvioinnin työntekijän sekä terapeutin yhteistyönä aina, mikäli työntekijöiden arvioinnin perusteella se on tarpeen. Yhteistyön muotona sovittiin viikoittainen yhteinen palaveri, jossa uudet asiakaspyynnöt käsitellään ja sovitaan arviointikäyntiajat.

Toimintatutkimuksen suunnitteluvaiheessa toimintatutkija hahmottelee tutkimusasetelmaa ja –tehtävää ja ideoi kenttätöitä. Tähän vaiheeseen sisältyy aihetta koskevaan kirjallisuuteen perehtyminen sekä näkökulman täsmentäminen aikaisempien tutkimusten ja aihetta koskevien käsitteiden pohjalta. Laadittavasta suunnitelmasta käyvät esille tutkimuksen toteuttamisen käytännön asiat, kuten tutkimuslupien hankinta, toimiminen kentällä, aikataulut sekä aineiston hankinta ja käsittely. (Huovinen & Rovio 2006, 96.)

Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa toimintatutkija perehtyi erityisesti palvelutarpeen arviointia sekä ikääntyneiden toimintakykyä ja toimintakyvyn arviointia koskevaan kirjallisuuteen. Suunnitelma kehittämistyön toteuttamiseksi laadittiin toukokuussa 2016.

6.2 Toteutusvaihe

Toteutusvaiheessa tutkimustehtävien mukaisesti ensimmäisenä selvitettiin palvelu- ja kuntoutustarpeen käytäntöjä ennen kehittämistyön aloittamista ja toisessa vaiheessa toteutettiin uuden toimintamallin kehitystyö.

6.2.1 Nykyisen toimintakäytännön kuvaaminen

Ensimmäisen tutkimustehtävän mukaisesti lähdettiin ryhmämuotoisen teemahaastattelun avulla etsimään vastauksia kuntoutus- ja palvelutarpeenarvioinnin käytännöistä lähtötilanteessa. Ryhmämuotoinen teemahaastattelu toteutettiin kesäkuussa 2016 kuntoutuksen tiimin kehittämispäivän yhteydessä. Haastatteluun osallistui koko kehittämistyöhön suunniteltu työryhmä, johon kuuluivat neljä fysioterapeuttia ja kaksi toimintaterapeuttia sekä lähihoitaja kuntoutuksen tiimistä, palvelutarpeen arvioinnista sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä, omaishoidosta vastaava sairaanhoitaja sekä muistikoordinaattori.

Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat etukäteen määritellyt ja haastatteliija varmistaa, että kaikki suunnitellut aihepiirit käydään haastateltavien kanssa läpi. Teemahaastattelu luo haastattelutilanteelle rajat, mutta antaa myös mahdollisuuksia yksilöllisten tulkintojen esittämiseen. Ryhmähaastattelussa tavoitteena on ryhmäkeskustelu tutkijan valitsemista aiheista tai teemoista. (Eskola & Suoraranta 2008, 86, 88, 94.)

Toikan & Rantasen (2009, 121) mukaan kehittämistoiminnassa tutkimuksellisiin asetelmiin sisältyy haasteita. Kehittämisprosessi etenee usein tilannekohtaisesti, jolloin aikaa ja resursseja yhtä perusteelliseen asetelman määrittelyyn ja aineistojen analyysiin ei ole. Toisaalta kehittämistoiminnassa aineistoja voidaan hyödyntää kapeammasta näkökulmasta kuin varsinaisessa tutkimuksessa. Usein kehittämistoiminnan tiedontuotannon tehtävänä on ohjata kehittämissuunnitelmaa, jolloin

aineistolta odotetaan nopeita vastauksia ja näin ollen joudutaan pohtimaan eri vaiheiden kannalta relevantin tiedon keruun ja analyysin tapoja.

Laadullisessa tutkimuksessa analyysivaihe koetaan usein haastavaksi, koska analyysitapoja on useita eikä selkeitä tiukkoja sääntöjä ole olemassa. Tavallisimpia analyysimenetelmiä ovat teemoittelu, sisällönerittely, tyypittely, diskurssi- sekä keskusteluanalyysi. Analysoinnin jälkeen tulokset tulee selittää ja tulkita, eli tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 224, 229, 237.) Tavoitteena voi olla vain ilmiön pintapuolinen kuvailu, jolloin analyysin ei tarvitse olla intensiivinen. Tällöin riittää, että tutkija perehtyy materiaaliin, laatii karkeat teema-alueiset tiivistelmät ja valitsee joitakin haastattelunäytteitä raporttiinsa tuloksia kuvaamaan. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 116.)

Teemahaastattelu on suositeltavaa nauhoittaa ja litteroida haastattelun jälkeen. Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun aineiston puhtaaksi kirjoittamista. Aineiston analysointi aloitetaan lukemalla litteroitu aineisto useaan kertaan, jonka jälkeen siitä pyritään löytämään yhteyksiä käytettyyn teoriaan. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 99.) Teemahaastattelurunko on hyvä työkalu litteroidun aineiston käsittelyssä. Aineistosta seulotaan haastattelurungon avulla tekstikohtia, jotka koskevat kyseistä teemaa. (Eskola & Suoraranta 1998, 152.)

Ryhmämuotoisessa teemahaastattelussa vastauksia haluttiin kysymyksiin, kuinka moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys ovat toteutuneet asiakkaiden kuntoutus- ja palvelutarpeen arvioinnissa? Mitä mittareita ja arviointimenetelmiä arvioinneissa on käytetty? Kuinka työntekijät hallitsevat eri arviointimenetelmien ja -mittareiden käytön? Miten arvioinnin tulokset on kirjattu? Haastattelu nauhoitettiin ja haastattelun aikana laadittiin mind map- kaaviot teemoittain haastattelun vastauksista. Teemoja haastattelussa oli yhteensä 7, joita täydennettiin apukysymyksillä haastattelun aikana. (ks. Liite 1.)

Ryhmämuotoinen teemahaastattelu litteroitiin karkealla otteella, jossa ei huomioitu esimerkiksi äänenpainoja. Haastatteluaineisto käytiin kokonaisuudessaan läpi ja se jaettiin teemoihin haastattelurungon teemojen mukaisesti. Analyysiyksikkönä käytettiin sekä yksittäisiä sanoja, lauseita tai lauseiden osia. Teemoihin jaetusta aineistosta poimittiin yhteen kuuluvat sisällöt, joista muodostettiin luokkia.

Haastattelun vastauksissa tuli esille, että työntekijän yhteydenottoon on useita erilaisia yhteydenottokeinoja työryhmän sisällä riippuen työntekijästä. Osa työntekijöistä käyttää aktiivisesti asiakastietojärjestelmään sisältyvää yhteydenottokeinoa, osan työntekijöistä tavoittaa ainoastaan puhelimitse sekä sähköpostin välityksellä. Asioita viestitetään myös tavattaessa sekä viikottain kokouksissa yhteisessä palaverissa.

Työryhmässä toimintakyvyn arviointikeinoina on käytetty esitietojen tarkastelua, haastattelua, havainnointia sekä erilaisia mittareita. Työryhmässä on työntekijän työnkuvasta riippuen ollut käytössä kattavasti erilaisia toimintakyvyn arviointiin käytettäviä mittareita. Muistityössä toimintakyvyn arviointiin käytettyjä mittareita ovat mm. MMSE, CERAD, GDS-15, Trail-Making- A, muistikyselyt, ADL-IADL- haastattelu. Kuntoutuksen työntekijöistä fysioterapeutit ovat käyttäneet fyysisen suoriutumisen arviointiin käytettäviä arviointimenetelmiä, mm. Ikinä, Berg, SPPB sekä puristusvoiman mittaus. Toimintaterapeuttien käytössä on yläraajan motoriikkaa arvioivia testejä, mm. Box & Block, The Nine Hole Peg, Grooved Pegboard, tunnon arvioinnin mittarina monofilamentit sekä kognitiivisia valmiuksia arvioivina mittarina D-Lotca- G arviointi. Palvelutarpeen arvioinnissa sekä omaishoidossa käytössä on tällä hetkellä RAVA. Yksistään RAVA:n antama tieto koettiin riittämättömäksi kuvaamaan asiakkaan arkea, sen ohella työntekijät käyttävät asiakkaan ja omaisen haastattelua sekä havainnointia. RAVA:sta saatavan tuloksen kerrottiin kuitenkin antavan rajat tarvittavien palveluiden järjestämiseksi.

Arviointimenetelmien käytön hallinnasta keskusteltaessa tuotiin esille, ettei esimerkiksi fyysisen suoriutumisen arviointiin koeta ammattitaidon riittävän ja lisäksi testin kirjaaminen koetaan haastavaksi. Haastattelussa nousi esille, että arviointimittareihin sisältyviä asioita on voitu arvioida ilman virallista mittaria haastatellen ja havainnoiden. Esille kuitenkin nostettiin, että tällöin tulosten vertaaminen on mahdotonta arviointikertojen välillä. Lisäksi mittarin kautta saatava testitulokset antaa selkeän viitteen, onko testitulokseen reagoitava tietyin toimenpitein.

Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmasta keskusteltaessa esille nousi suunnitelmien kirjaamiseen liittyvät käytännöt sekä haasteet. Kuntoutussuunnitelma sekä hoito- ja palvelusuunnitelma koettiin pirstaleiseksi, jokaisen ammattilaisen omalle ammattinsa lehdelle kirjaamaksi suunnitelmaksi. Ajantasaisen suunnitelman löytäminen asiakkaan tiedoista koettiin aikaa vieväksi ja hankalaksi. Palvelu- ja kuntoutustarpeenarvioinnin kirjaukset hukkuvat asiakkaan tekstien joukkoon, erityisesti silloin, kun asiakkaalla on paljon kontakteja eri palveluihin.

Moniammatillisuuden koettiin toteutuvan tiettyjen asiakasryhmien kohdalla sujuvasti, joista esimerkiksi nimettiin veteraanikuntoutusasiakkaat tai kuntoutusyksiköiden kuntoutusasiakkaat. Moniammatillisia palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin kotikäyntejä on tehty säännöllisesti. Näissä osallistujina on ollut esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnin työntekijät ja terapeutti tai esimerkiksi kotihoidon, kotisairaalan, omaishoidon, vammais- tai aikuissosiaalityön edustajia. Työryhmän mukaan yksittäiset työntekijät ohjaavat omia asiakkaitaan esimerkiksi kuntoutuksen työntekijöille tai muistikoordinaattorille, jos kokevat, että asiakkaan tilannetta on tarvetta arvioida tarkemmin.

Kuitenkin haastattelussa esille nousi kokemus siitä, että asiakkaiden kohdalla tehdään osittain päällekkäistä työtä tai asioita voi jäädä hoitamatta, kun ajatellaan toisen ammattilaisen hoitavan työn. Työryhmän mukaan kuntoutus- tai hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnassa ei vielä hyödynnetä riittävästi moniammatillista osaamista. Myös asiakaslähtöisyyden huomioimiseen suunnitelmaa laadittaessa tulee kiinnittää huomiota. Moniammatillisuudesta puhuttaessa esille nousi, että kuntoutuksen osuutta palvelutarpeen on tarvetta kehittää siten, että kuntoutus on mukana systemaattisesti ja oikea-aikaisesti. Lisäksi esille nostettiin, että myös kuntoutustarpeen arvioinnissa terapeuttien on jatkossa syytä systemaattisemmin pohtia asiakkaidensa kohdalla, onko asiakkailla tarvetta palvelutarpeen arviointiin.

Kehiteltävän toimintamallin haasteiden koettiin liittyvän tietotekniikkaan, kun tämän hetkisen käytössä olevan tietojärjestelmän kirjauskäytännön ei koettu tukevan yhteistyötä. Yhteistyöhön liittyviksi haasteiksi koettiin mm. yhteisen ajan löytyminen, tiedonkulkuun liittyvät haasteet, sen pohtiminen kuka lähtee asiakkaan kotikäynnille sekä toisten ammatin arvostaminen. Organisaatioon liittyviksi haasteita nousivat raha ja resurssien riittävyys.

Kokonaisvaltainen toimintakyvynarviointi vaatii työryhmän mukaan töitä, verkostoitumista, yhteistyötä, valppautta, aktiivisuutta, ammattitaitoa, kokemusta, tietoa, toisten asiantuntijuuden hyödyntämistä. Työryhmän näkemät mahdollisuudet uudessa toimintamallissa jakaantuivat sekä yksittäisen työntekijän ja työyhteisön mahdollisuuksiin, asiakkaan mahdollisuuksiin sekä koko organisaation mahdollisuuksiin. Asiakkaan mahdollisuuksina nähtiin mm. tyytyväiset asiakkaat, asiakkaiden elämänlaadun parantuminen ja asiakkaiden mahdollisuus asua mahdollisimman pitkään kotona ja he selviäisivät kotonaan kevyemmällä palveluilla. Työntekijän ja työyhteisön näkökulmasta

mahdollisuuksiksi nimettiin oman ammattitaidon kehittyminen, koko työryhmän kehittyminen, kaikkien osaamisen hyödyntäminen sekä hyvä fiilis tehdä työtä. Organisaatiotasolla uuden toimintamallin koettiin tuottavan säästöä, resurssien hyödyntämistä.

”asiakkaat saa mahdollisimman pitkään olla siellä kotona, jos se moniammatillinen tiimi toimii hyvin ja kaikkien osaamista hyödynnetään”

6.2.2 Uuden toimintamallin kehittäminen

Toisen tutkimustehtävän mukaisesti lähdettiin etsimään vastauksia siihen, millainen toimintamalli luodaan. Haastattelujen aineistoa käytettiin pohjana, kun toimintamallin kehittäminen aloitettiin työryhmänä työpajassa. Kehittämistyö toteutui kahdessa kestoltaan kolmen tunnin työpajassa. Ensimmäisessä työpajassa osallistujia oli suunnittelusta yhdeksästä työntekijästä seitsemän ja toisessa työpajassa kuusi. Ensimmäinen työpaja toteutui syyskuussa 2016. Ensimmäisessä työpajassa aiheeseen virittäydyttiin palaamalla ryhmähaastattelun tuloksiin powerpoint-esityksen muodossa. Samalla powerpoint-esityksessä kerrattiin Eksoten kotikuntoutusmallia. Ennen varsinaisen työskentelyn aloittamista toimintatutkija ohjasi työryhmälle toiminnallisen paperitorni-harjoituksen, jonka tarkoituksena oli virittää työryhmä työskentelyyn, aktivoida ryhmäläisiä osallistumaan sekä vapauttaa tunnelmaa.

Kehittämishankkeisiin voidaan pyrkiä tuottamaan uusia näkökulmia, ideoita ja ratkaisuja erilaisten luovien menetelmien- ja työkalujen avulla. Ideoinnin tavoitteena on löytää parhaat ideat toteutettaviksi. Määrä ideoinnissa tuo usein myös laatua. Ideointimenetelmille yhtenäistä on pyrkimys poistaa normaalin ajattelun rajoitukset, jakaa huonoiltakin tuntuvat ideat sekä kehittää muiden ideoita. (Ojasalo ym. 2009, 143, 145.) Menetelmänä käytettiin 8x8- menetelmää, joka on ajatuskartan tapainen, mutta kurinalaisempi ideointikeino. Menetelmässä ongelma kirjoitetaan A4-paperille, jonka jälkeen paperin ympärille sijoitetaan kahdeksan paperia. Näille papereille kirjoitetaan jokin ongelmasta esille nouseva näkökulma. Esille nousseet näkökulmat siirretään uusiksi aloituspisteiksi, joista jälleen tuotetaan kahdeksan uutta ideaa. (Ojasalo ym.2009, 147-148.)

Idea 1.	Idea 2.	Idea 3.
---------	---------	---------

<i>Idea 4.</i>	<i>Ongelma</i>	<i>Idea 5.</i>
<i>Idea 6.</i>	<i>Idea 7.</i>	<i>Idea 8.</i>

?	?	?
?	<i>Idea 1.</i>	?
?	?	?

KUVIO 2. Esimerkki 8x8- tekniikasta. (mukaillen Ojasalo ym. 2009, 148).

Työryhmästä muodostettiin kaksi ryhmää, joille annettiin tehtäväksi 8x8- menetelmän avulla pohtia tilanteita, joissa asiakas hyötyisi moniammatillisesta toimintakyvynarviosta sekä palvelu- ja kuntoutussuunnitelmasta. Menetelmän kautta nousseita asiakastilanteita olivat mm. sairaalan osastolta kotiutuva asiakas, asiakkaan yleistila on laskenut, syrjäytyminen (päihdeasiakkaat), leskeytyminen, kotoa siirtyminen palveluasumisen piiriin, alkava muistisairaus, vammautuminen, ikäihmisen muutto uudelle paikkakunnalle (syrjäkylältä kaupungin keskustaan), uusi omaishoidon asiakas tai omaishoidon tilanteen muutos. (Ks. LIITE 2.)

Työskentelyä jatkettiin seuraavaksi 8x8- menetelmän avulla siten, että jokaisesta ideakohdasta (asiakaskontakti/- tilanne) kirjattiin kahdeksan huomioitavaa asiaa. Toimintatutkija antoi työryhmälle apukysymyksiä työskentelyyn. Näitä olivat esimerkiksi: kuinka asiakas ohjautuu palveluihin (yhteydenotto), kuka työntekijöistä on palvelun suorittaja, millaisia toimenpiteitä tehdään, minkä ajan kuluessa, miten ja mihin kirjataan.

Tämä työskentely herätti runsaasti keskustelua. Työskentelylle varattu aika päättyi kesken siten, että toinen ryhmistä ehti käydä läpi kaikki kahdeksan asiakaskohtaa. Toinen ryhmistä paneutui tarkemmin viiteen kohtaan. Koska työskentelyyn varattu aika ei riittänyt, toinen työpaja pidettiin lokakuussa 2016, jolloin työskentelyä jatkettiin.

Toisessa työpajassa palattiin edellisessä työpajassa tuotettuun materiaaliin. Työskentelyssä päädyttiin jatkokyöstmään tarkemmin muutamia asiakastilanteita, jotka olivat nousseet molempien ryhmien ensimmäisessä 8x8- kartassa esille ja joissa koettiin olevan enemmän tarkastelua vaativia kohtia. Näitä asiakastilanteita olivat sairaalasta kotiutuvan asiakkaan moniammatillinen kuntoutusjakso, arvioiva kuntoutusjakso asiakkaan toimintakyvyn heikennyttä tai harkittaessa pysyvään palveluasumiseen siirtymistä sekä muistisairaana asiakkaan alkuvaiheen kuntoutuksen tehostaminen.

Työpajoissa tuotetusta materiaalista laadittiin kirjallinen, yksityiskohtainen yhteenveto, joka esiteltiin vanhustyön johtajalle sekä kotisairaalan ja -kuntoutukselta vastaavalle esimiehelle. Toimintamallia tarkennettiin kotisairaalan- kuntoutuksen esimiehen kanssa, jonka jälkeen toimintamalli esiteltiin vanhustyön talvipäivillä vanhustyön henkilöstölle joulukuussa 2016. Mallista laadittu kirjallinen yhteenveto lähetettiin sähköpostitse kehittämistyöhön osallistuneelle henkilöstölle ja samassa yhteydessä pyydettiin kirjallista palautetta työskentelystä kehittämistyöhön osallistuneelta työryhmältä.

7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOKSET

Kehittämistyölle tyypillistä on, että tuloksia jaetaan prosessin edetessä sen sijaan, että ne julkais-taisiin vasta prosessin päättyessä. Prosessikirjoittamisessa kirjoittaminen etenee versiosta toiseen ja kehitystyötä viedään kirjoittamalla eteenpäin. Kehittämistyön loppuraportissa pääpaino on usein kehittämistehtävän, siihen liittyvän tietoperustan sekä prosessin tarkassa kuvaamisessa sekä aikaansaannosten arvioinnissa. (Ojasalo ym. 2009, 47.)

Kehittämistyön tarkoituksena on laatia toimintamalli, jonka avulla asiakkaan palvelu- ja kuntoutus-tarve arvioidaan systemaattisesti, moniammatillisesti sekä kokonaisvaltaisesti. Toimintamallissa määritellään toimintaohjeet liittyen esimerkiksi työnjakoon, arvioinnissa käytettäviin arviointimene-telmiin sekä kirjaamiskäytäntöihin.

Palveluita kohdennettaessa on kiinnitettävä erityistä huomioita ryhmiin, joilla esiintyy eniten toimin-takyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä. Näiden ryhmien tunnistamisella voidaan merkittä-västi estää tai vähentää palveluiden tarvetta. Tällaisia riskitekijöitä ovat mm. aistitoimintojen heik-keneminen, alttius kaatumisille, liikunnan vähentyminen ja siihen liittyvät ongelmat, tasapainovai-keudet ja lihasvoiman heikentyminen, ravitsemustilan poikkeamat, muistihäiriöt, mielialan lasku, yksinäisyys, puolison/ elämäntoverin menettäminen sekä suuret elämänmuutokset, ympäristön lii-kuntaesteet, terveydentilan heikkeneminen, omaishoitajuus ja sen päättymisen. (Sosiaali- ja ter-veysministeriö 2013, 25-26.) Lönnroos (2008, 283) listaa tärkeiksi geriatrisen arvioinnin ja kuntou-tuksen kohderyhmiksi ikääntyneet, joilla on akuutin sairauden aiheuttama tai selittämätön toiminta-kyvyn lasku sekä ikääntyneet, joilla on toistuvia kaatumisia, lonkkamurtumapotilaat, aivoverenkier-tohäiriöpotilaat sekä ikääntyneet, joiden siirtymistä laitoshoitoon harkitaan.

Tässä kehittämistyössä moniammatillisen palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin tärkeiksi asia-kasryhmiksi nousivat sairaalasta akuutin sairastumisen jälkeen kotiutuvat asiakkaat, sekä asiak-kaat, joiden toimintakyky on heikentynyt kotioloissa ja palveluiden tarve lisääntynyt, uudet omais-hoidon asiakkaat sekä asiakkaat, joiden siirtymistä palveluasumiseen harkitaan. Lisäksi kehittä-miskohteeksi valittiin muistisairaana asiakkaan varhaisvaiheen kuntoutusarvioinnin tehostaminen.

Kaikissa näissä asiakastilanteissa laadittiin systemaattinen ohjeistus toimintakyvyn arvioinnista moniammatillisesti ja systemaattisesti eri arviointikeinoja hyödyntäen. Käytettäväksi arviointikeinoiksi valittiin RAI-arviointi, joka tällä hetkellä ei vielä ole työyhteisön käytössä, mutta käyttöönotto on suunnitelmassa vuodelle 2017. RAI-arviointi haluttiin nyt jo lisätä mukaan toimintamalliin. RAI-arvioiti sisältää mittareita ADL- ja IADL- toimintojen suoriutumisen arviointiin, mielialan, kognition, kivun ja ravitsemuksen arviointiin. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2016. Viitattu 14.1.2017.) Ennen RAI:n käyttöönottoa palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnissa valittiin käytettäväksi Katzin indeksi, IADL- arviointi sekä GDS-15- mittaria. Nämä mittarit ovat työyhteisössä olleet käytössä mm. muistityössä sekä kuntoutusyksiköiden asiakkailla. RAI- mittaria täydentämään valittiin SPPB- mittari sekä puristusvoiman mittaus, koska havaittiin, että RAI ei sisällä tarkkaa mittaria esimerkiksi lihaskunnon ja tasapainon mittaukseen, jotka ovat kuitenkin tärkeitä tekijöitä arjen toiminnoissa suoriutumiseksi.

Ensimmäisenä interventiona pidetyssä teemahaastattelussa nousi selkeänä kehittämishaasteena esille palvelu- ja hoitosuunnitelman tai kuntoutussuunnitelman kirjaukseen liittyvät haasteet. Suunnitelma koettiin hyvin pirstaleiseksi ja sen löytäminen oli haastavaa. Näin ollen työryhmätyöskentelyssä kirjaamishaasteista keskusteltiin paljon. Käytännöksi työpajojen jälkeen sovittiin, että hoito- ja palvelusuunnitelma sekä kuntoutussuunnitelma kirjataan jatkossa terveystietojärjestelmässä erilliselle lehdelle, josta se on selkeästi kaikkien luettavissa ja helposti löydettävissä. Tälle lehdelle kirjataan ainoastaan tehdyt arvoinnit ja arviointien pohjalta laaditut suunnitelmat. Päivittäiskirjauksille käytetään jatkossa terapeuttien ja hoitajien omia kirjauslehtiä entiseen tapaan. Samoin mittareista saatavat pistetulokset kirjataan jatkossa systemaattisesti niille tarkoitetulle lehdelle, josta mitaustulosten löytäminen ja vertailu ovat helppoa.

Sairaalasta kotiutuva asiakas- Moniammatillinen kotikuntoutusinterventio

Äkillinen sairastuminen aiheuttaa ikääntyneelle huomattavan riskin toimintakyvyn heikkenemiselle ja viatonkin sairaus voi hetkessä romahduttaa toimintakyvyn (Uusitalo 2013,148). Elimistön normaalit ikääntymiseen liittyvät muutokset sekä erilaiset pitkäaikaissairaudet heikentävät osaltaan sairauksista toipumista. Esimerkiksi heikentynyt immuunivaste, heikentynyt ravitsemustila, vuodelevossa nopeasti heikentävä lihasvoima voivat yhdessä esimerkiksi infektioiden kanssa aiheuttaa ikääntyneelle romahdusmaisen toimintakyvyn laskun. Akuutista sairastunut ikääntynyt henkilö, jolla entuudestaan on toiminnan rajoitteita ja jonka sairaalahoito pitkittyy ja kotiuttaminen vaikuttaa haastavalta, tarvitsee kuntoutusta. (Lönroos 2008, 281-282.)

Akuutin sairastumisen jälkeen sairaalahoidosta kotiutuvan asiakkaan kohdalla pyritään varmistamaan nopea kotiutus sairaalasta kotisairaalan ja -kuntoutuksen turvin. Yhteydenotto sairaalasta tapahtuu suoraan kotisairaalaan kotiutumisprosessin käynnistyessä. Ennen kotiutumista arvioidaan asiakkaan apuväline- ja asunnonmuutostyötarve kotiutumisen kannalta välttämättömien apuvälineiden ja muutostöiden osalta. Kotiutumisen yhteydessä tehdään moniammatillinen toimintakyvyn arviointi sovittuja arviointimenetelmiä hyödyntäen. Arvioinnin suorittavat kotikuntoutuksen sairaanhoitaja/ lähihoitaja, fysioterapeutti ja tarvittaessa toimintaterapeutti.

Arvioinnin pohjalta laaditaan kotikuntoutusjakson tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa ja laaditaan suunnitelma kuntoutuksessa käytettävistä menetelmistä tavoitteiden saavuttamiseksi. Kotikuntoutusjakso on ajallisesti, yksilöllisesti määritelty ajanjakso, joka kestoltaan on noin neljästä kahdeksaan viikkoa. Kuntoutukselle asetettavat tavoitteet tulee aina määritellä yksilöllisesti asiakkaan tilanteen pohjalta ja niiden tulee olla saavutettavissa. Tavoitteiden saavuttamiselle tulee asettaa aikaraja, joka määrittelee toimintaa. Käytettävät menetelmät ja toimenpiteet tulee esittää selkeästi, jotta ulkopuolinenkin ymmärtää kokonaisuuden. Lopulta tavoitteiden tulee olla yksinkertaisesti arvioitavissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 194.)

Kuntoutusintervention aikana asiakkaan toimintakyvyn arviointia voidaan vielä tarkentaa, esimerkiksi arvioimalla tarkemmin ravitsemustilaa, terveydentilaa, mielialaa, apuväline- ja asunnonmuutostyötarvetta tai muistitoimintoja. Näiden pohjalta asiakkaalle suunnitellaan esimerkiksi ravinto-ohjausta tai asiakas ohjataan muistikoordinaattorille. Lisäksi kuntoutusinterventio sisältää tavoitteiden pohjalta fysio- ja toimintaterapeutin suunnittelemat yksilölliset toimenpiteet ja harjoitteet. Terapeuttien ohjeistuksen mukaisesti kuntouttavat lähihoitajat toteuttavat näitä harjoitteita asiakkaan kanssa. Jakson aikana seurataan kuntoutusjaksolle asetettujen tavoitteiden saavuttamista.

Kotikuntoutusjakson päättyessä asiakkaan toimintakyky arvioidaan uudelleen samoin menetelmin kuin jakson alussa, jolloin arvioidaan toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia sekä tavoitteiden saavuttamista. Samalla laaditaan asiakkaalle yksilöllinen jatkosuunnitelma, joka voi sisältää esimerkiksi suosituksen lääkinnälliseen kuntoutukseen, kuntoutusryhmiin, avoimiin ryhmiin, kolmannen sektorin tarjoamiin palveluihin sekä omaharjoitteluohjeet. Seurantakäynti järjestetään aina noin kahdeksan viikon päähän kuntoutusjakson päättymisestä. Palvelutarpeen arviointi suoritetaan asiakkaalle, mikäli kuntoutusjakson päätyttyä asiakkaalla havaitaan säännöllisten palveluiden, esimerkiksi kotihoidon tarve.

Toimintakyvyn lasku kotiloissa/ Lisääntynyt palveluiden tarve- Arvioiva kotikuntoutusjakso

Kotona asuvan asiakkaan toimintakyvyn laskiessa tai palveluiden tarpeen lisääntyessä yhteydenotto tapahtuu palvelutarpeenarvioinnin yksikköön. Palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointi tehdään moniammatillisena yhteistyönä kotikäyntinä. Arviointikäynnin suorittavat työntekijät valitaan tiimin arvioinnin perusteella riippuen siitä, minkä vuoksi asiakkaan toimintakyky on laskenut.

Toimintakyvyn arviointi suoritetaan sovitulla arviointimenetelmällä. Mikäli arvioinnin perusteella todetaan selkeästi avun tarpeen lisääntyneen, aloitetaan asiakkaalle arvioiva kotikuntoutusjakso, joka on moniammatilliseen kotikuntoutusjakson tavoin ajallisesti rajattu noin neljän viikon ajanjakso kotikuntoutuksen toteuttamana. Arviointijaksolle laaditaan alkuarvioinnin perusteella yksilölliset, selkeät ja mitattavissa olevat tavoitteet ja tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitellaan toimenpiteet. Jakson aikana voidaan tehdä asiakkaan toimintakyvyn tarkempi arviointi, esimerkiksi ravitsemuksen, mielialan, terveyden ja lääkityksen tai kognitiivisen valmiuksien osalta. Lisäksi jaksolle pyritään järjestämään lääkärin arvioi terveydentilasta.

Asuminen tutussa ympäristössä luo ikääntyneelle edellytyksiä omatoimisuuden säilymiselle. Toimintakyvyn heikentyessä ikääntynyt usein rakentaa selviytymiskeinoja selviytyäkseen arjen toiminnoista. Toisaalta toimintakyvyn heikentyessä ikääntynyt on myös alttiimpi ympäristönsä vaikutuksille. Esteetön ja turvalliseksi koettu ympäristö edistävät kotona selviytymisen kokemusta. Jotta asiakkaan toimintakykyä ja kotona selviytymistä voitaisiin luotettavasti arvioida, on tunnettava hänen asuin- ja elinympäristön vaatimukset sekä mahdollisuudet. (Valvanne 2001, 345.) Toiminta- ja tai fysioterapeutin tehtävänä on arviointijakson aikana arvioida asiakkaan apuväline- ja kodinmuutostyötarvetta sekä laatia suunnitelma ympäristössä selviytymisen edistämiseksi. Terapeutit arvioivat asiakkaan suoriutumista arjen toiminnoista havainnoimalla, haastattelemalla ja tarvittaessa mittareita käyttäen. Lisäksi asiakkaalle laaditaan yksilölliset harjoitteet/ toimenpiteet toimintakyvyn edistämiseksi.

Arviointijakson päätyttyä tehdään toimintakyvyn arviointi palvelutarpeen ja kuntoutuksen yhteistyönä. Arvioinnin tulosten pohjalta kuntoutusneuvottelussa yhdessä asiantuntijoiden, asiakkaan ja tarvittaessa omaisen kanssa laaditaan jatkosuunnitelma, johon voi sisältyä asiakkaan ohjaus esimerkiksi kuntoutusryhmiin, avoimiin ryhmiin tai kolmannen sektorin palveluihin. Asiakas voi myös

arvioinnin perusteella siirtyä säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi tai mikäli hän on kotihoidon asiakas, hänen tukitoimiin tehdään muutoksia kotona asumisen turvaamiseksi. Kotihoidon työntekijät arvioivat säännöllisesti asiakkaan toimintakykyä puolen vuoden välein tai mikäli asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia.

RAI-arviointi on myös suositeltavaa tehdä sekä hoidon alkaessa sekä säännöllisesti hoidon aikana vähintään kaksi kertaa vuodessa tai mikäli asiakkaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Systemaattinen arviointi takaa, että saatavilla on ajantasainen kuvaus asiakkaasta, hänen voinnista ja elämäntilanteestaan. Arvioinnin kautta seurataan asiakkaan tilanteen muuttumista edelliseen arviointiin verrattuna, arvioidaan tavoitteiden saavuttamista sekä päivitetään hoito- ja palvelusuunnitelma. Ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset edellyttävät hoitoon osallistuvilta herkkyyttä havaita henkilön muuttuva elämäntilanne ja kykyä muokata asiakkaan palveluita. (Heikkilä ym. 2015, 55).

Arvio ennen siirtymistä palveluasumisen piiriin

Asiakkaan elämässä sekä kustannusten muodostumisessa otetaan suuri askel siirryttäessä ympärivuorokautiseen hoitoon (Finne-Soveri & Nurme 2007, 24). Kansallisen laatusuosituksen tavoite on, että vuoteen 2017 mennessä 92 prosenttia 75-vuotta täyttäneistä asuisi kotonaan. Tämä edellyttää, että kotona asumista tukevat palvelut ovat uskottavia myös paljon apua tarvitseville, jolloin ympärivuorokautisen hoidon tulisi olla viimeinen vaihtoehto. (Mäkelä, Finne-Soveri & Noro 2014. Viitattu: 31.1.2017.) Ikääntyneen asiakkaan kuntoutumiseen on varattava riittävästi aikaa, eikä päättöstä esimerkiksi laitosasumiseen siirtymiseksi tule tehdä, ennen kuin kuntoutumiseksi on tehty kaikki voitava (Valvanne, Huusko & Sulkava 2001, 350).

Harkittaessa asiakkaan siirtymistä pysyvän palveluasumisen piiriin yhteydenotto tulee palvelutarpeen arvioinnin yksikköön. Ennen asiakkaan palveluasumisen hakemuksen lisäämistä jonoon, tehdään asiakkaille systemaattisesti moniammatillinen toimintakyvyn arviointi. Arviointi tehdään sovituin menetelmin käyttäen arviointikeinoina haastattelua, havainnointia sekä mittareina sovittuja menetelmiä, joihin kuuluvat RAI-arviointi, SPPB, puristusvoima. Ennen RAI-arvioinnin käyttöönottoa, arvioidaan Katzin indeksi, IADL-indeksi sekä GDS-15. Mikäli asiakas asuu arviointihetkellä kotona, arvioinnin suorittamisesta vastaavat palvelutarpeen arviointi, fysio- ja/ tai toimintaterapeutti, kotikuntoutuksen tai kotihoidon hoitajat tai mikäli asiakas arviointihetkellä on kuntoutusyksikössä jatkokuntoutuksessa, arvioinnin suorittavat kuntoutusyksikön hoitajat yhteistyössä terapeuttien

kanssa. Arviointi toteutetaan suunnitelmallisesti, painottaen arvioinnissa erityisesti niitä haasteita, joiden perusteella asiakkaan avun tarve on lisääntynyt siten, että kotona asuminen ei olisi enää turvallista tai mielekästä. Tarvittaessa asiakas ohjataan muistikoordinaattorille sekä terveydentilan arvioimiseksi pyritään asiakkaalle järjestämään lääkärin arvio terveydentilasta.

Arviointijakson jälkeen tulosten läpikäymiseksi ja jatkosuunnitelman laatimiseksi pidetään kuntoutusneuvottelu, jossa paikalla on arvioinnin suorittaneet työntekijät, asiakas ja tarvittaessa omainen. Arvioinnin perusteella asiakas siirtyy jonottamaan pysyvää palveluasumisen paikkaa tai hänen kotona asumisensa tueksi suunnitellaan tarvittavat tukitoimenpiteet, esimerkiksi kotihoidon, omaishoidon tai kuntoutuksen kautta.

Uusi omaishoidon asiakas/ omaishoidon asiakkaan tilanteen muutos

Laadukas omaishoito perustuu moniammatillista osaamista hyödyntävään hoidettavan ja omaishoitajan kokonaistilanteen kartoitukseen. Omaishoidon tuen myöntämiseksi on arvioitava monipuolisesti hoidettavan sekä hoitajan toimintakykyä sekä voimavaroja. Arviointimenetelminä toimivat sekä hoidettavan että hoitajan haastattelu, kotikäynnillä tehtävä havainnointi sekä toimintakyvyn arviointi mittarein. Kotikäynnillä hoidettavan ja hoitajan selviytymistä arvioidaan aidossa tilanteessa ja samalla tulee arvioida kodinmuutostöiden sekä apuvälineiden tarve. Yhdenmukainen omaishoidon tuen tarpeen arviointi mahdollistaa asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 24, 35.)

Uuden omaishoidon asiakkaan kohdalla laadittiin toimintamalli omaishoidon käynnistymistä edeltävistä toimenpiteistä. Yhteydenotto omaishoidon tarpeen arvioinnista tulee omaishoidosta vastaavalle työntekijälle. Tämän jälkeen tehdään omaishoidosta vastaavan sekä tarpeen mukaan fysio- tai toimintaterapeutin kanssa moniammatillinen toimintakyvyn arviointi kotikäyntinä, johon sisältyvät haastattelu, havainnointi sekä kodinmuutostyö- ja apuvälinetarpeen arviointi sekä sovitut systemaattiset arviointimittarit. Arvioinnin pohjalta laaditaan asiakkaalle sekä hänen omaiselleen yksilöllinen suunnitelma. Suunniteltaessa yksilöllisiä tukimuotoja omaishoitotilanteisiin on tärkeää tunnistaa omaishoitoperheen voimavarat ja vahvistaa niitä, jotta niitä voidaan käyttää tietoisesti omaishoitotilanteessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 25). Asiakkaan suunnitelmaan sisältyy terapeutin ohjeistuksen mukaan toimenpiteitä toimintakyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi, joita voivat olla esimerkiksi omaharjoitteluohjeet, ohjaus kuntoutusryhmiin tai suositus lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Omaisen suunnitelmaan sisältyy mm. ohjausta asiakkaan toimintakykyä edistäviin ja

ylläpitäviin toimenpiteisiin. Lisäksi tärkeää on omaisen toimintakyvyn ja jaksamisen tueksi suunniteltavat toimenpiteitä, joita ovat mm. omaishoitajan terveystarkastukset ja kuntoutusryhmät tai omaishoidon vapaisiin sisältyvät palvelut tai vertaistuen saannin mahdollisuudet eri ryhmissä tai tapahtumissa. Laadittua suunnitelmaa seurataan säännöllisesti puolivuositain.

Uusi muistisairaus diagnoosi

Muistisairaana elämäntilaa voidaan parantaa sekä turvata hänelle toimintakykyinen ja suhteellisen itsenäinen elämä hänen omassa elinympäristössä, mikäli interventiot osoitetaan oikeaan aikaan. Varhaisessa vaiheessa tehty diagnoosi ja oikea lääkitys ylläpitävät toimintakykyä. Samoin yksilöllisesti suunniteltu kuntoutus tehostaa toimintakyvyn säilymistä. (Virjonen & Kankare 2013, 77).

Muistipoliklinikalla toimii muistikoordinaattori tiiviissä yhteistyössä geriatrin kanssa. Muistipoliklinikan asiakasprosessi on sairautta epäiltäessä selkeä ja asiakkaan toimintakyvyn arviointi tehdään muistikoordinaattorin ja geriatrin yhteistyönä. Muistikoordinaattori arvioi asiakkaan toimintakykyä muistipoliklinikalla sovittujen käytäntöjen mukaisesti eri arviointimenetelmin ja mittarein. Geriatrin vastuulla on sairauden diagnosointi ja asiakkaan kuntoutussuunnitelman laadinta. Kehittämistyössä prosessin kuntoutuksen osuutta haluttiin vahvistaa siten, että uuden muistisairausdiagnoosin myötä asiakas ohjataan systemaattisesti fysio- tai toimintaterapeutille toimintakyvyn arviointia ja asiakkaan kuntoutussuunnitelman laadintaa varten.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 34) suosituksen mukaan muistisairaiden kuntoutusta tulee lisätä siten, että kuntoutus käynnistetään viivytyksettä sairauden diagnosoinnin jälkeen. Muistisairauksiin perehtyneiden kuntoutusalan ammattilaisten asiantuntemusta on käytettävä kuntoutustarpeen selvittelyyn, kuntoutuskokonaisuuksien suunnitteluun ja arviointiin. Kuntoutuksen suunnittelussa tulee huomioida muistisairauden eri vaiheissa olevien erilaiset tarpeet ja mahdollisuudet, joiden tunnistaminen vaatii kuntoutusalan ammattilaisten keskuudessa asiantuntemuksen lisäämistä muistisairauksista.

Toiminta- ja fysioterapeutin vastaanotto toiminta

Ensimmäisen työpajatyöskentelyn jälkeen sekä kuntoutuksen tiimissä käytyjen keskustelujen perusteella, toimintatutkija alkoi suunnitella kuntoutuksen asiantuntijoiden vastaanotto toiminnan ke-

hittämisestä. Kuntoutuksen vastaanotto toiminnan tarkoituksena olisi mahdollistaa asiakkaan toimintakyvyn nopea arviointi tarpeen havaitsemisen jälkeen sekä mahdollistaa ohjaus- ja neuvontapainotteinen ennalta ehkäisevä työskentely. Terveyttä edistävien elämäntapojen vahvistaminen ja ohjaus ovat painopisteenä ennalta ehkäisevässä kuntoutuksessa. Usein ikääntyneillä on erilaisia pitkäaikaisia sairauksia tai vammoja, jotka voivat vaikeuttaa liikkumista tai arkiaskareiden suorittamista. Näissä tilanteissa tarvitaan ohjausta mm. säännölliseen liikuntaan ja ravitsemukseen. Lisäksi voidaan opastaa mm. arjen töiden rytmittämistä, uudenlaisia liikeratoja tai erilaisia työskentelytapoja omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukemiseksi. (Hartikainen & Kivelä 2003, 449.)

Kuntoutuksen tiimissä keskustelua oli herättänyt asiakkaiden ohjautuminen oikeisiin ryhmätoimintoihin, jolloin asiakkaalle saattaa muodostua useita kontakteja eri työntekijöiden kanssa ennen tarvitsemaansa interventiota tai kuntoutusryhmää. Vastaanotto toiminnan tarkoituksena on tehostaa asiakkaan ohjautumista suoraan oikeaan, asiakkaan tarpeita vastaavaan ryhmään. Vastaanotto käynnillä asiakkaan voidaan päätyä myös esimerkiksi ohjaamaan omaharjoitteita tai havaitaan tarve kotikäynnillä tehtävälle asunnonmuutostyö- tai apuvälinetarpeelle. Vastaanotto toiminnan tarkoituksena on myös toimia jouhevana väylänä uuden muistisairausdiagnoosin saaneelle asiakkaalla ensikontaktin saamiseksi kuntoutuksen työntekijään, jolloin hänellä on mahdollisuus saada ohjausta ja neuvontaa sairauteen liittyvissä kuntoutusasioissa.

Toimintatutkija esitteli idean vastaanotto toiminnasta toisessa työpajassa ja se sai työryhmässä positiivisen vastaanoton. Vastaanotto toiminnan hyöty näkyisi nimenomaan asiakkaan mahdollisuutena päästä nopeasti kuntoutustyöntekijän arviointi- tai ohjaus- ja neuvontakäynnille, jolloin akuuttiin tilanteeseen voitaisiin reagoida nopeasti. Vastaanotto toiminnalla pyritään selkeyttämään asiakkaan polkua, jolloin toinen ammattilainen voisi suoraan antaa asiakkaalle ajan terapeutin vastaanotolle, eikä hänen tarvitse jäädä odottamaan kuntoutuksen yhteydenottoa ja ajanvarausta.

8 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI

Tutkimuksellisen kehittämistyön viimeinen vaihe on arviointi. Loppuarvioinnin tarkoitus on osoittaa, kuinka kehittämistyössä onnistuttiin. Tulosten pohjalta voidaan arvioida kehittämistoimien vaikutuksia sekä kehittämisen etenemistä. Arviointi tyypillisesti painottuu kehittämistyön panoksiin, muutosprosessiin sekä lopputuotokseen. Arvioinnissa tarkastellaan esimerkiksi kehittämistyön suunnittelua, tavoitteiden selkeyttä ja niiden saavuttamista, kehittämistyössä käytettyjä menetelmiä, toiminnan johdonmukaisuutta, vuorovaikutusta sekä sitoutumista. Menetelmänä voidaan käyttää esimerkiksi havainnointia, haastattelua tai kyselyä. (Ojasalo ym. 2009, 47-48.)

Tämän kehittämistyön loppuarvioinnin välineeksi olen valinnut kyselyn. Kysely soveltuu monenlaisen ilmiöiden tutkimiseen ja se on menetelmänä nopea ja tehokas (Ojasalo ym. 2009, 119). Kyselyssä käytetään määrällisiä kysymyksiä, joiden pistetyksen vaihteluväli oli 1-5 (erittäin huono- erittäin hyvä). Määrällisten kysymysten lisäksi kyselyyn on mahdollista lisätä perusteluja ja kommentteja. Kysely lähetettiin työryhmälle kirjallisen toimintamallin yhteenvedon yhteydessä. Palautekyselyyn vastasi yhdeksästä työryhmän jäsenestä neljä määräaikaan mennessä.

8.1 Kehittämistoiminnan prosessin arviointi

Kehittämisprosessin arviointi kohdistuu kehittämistoiminnan perustelujen, organisoimien ja toteutuksen analysointiin. Arviointiaineistona voivat toimia viralliset ja epäviralliset kehittämistoiminnan dokumentit, joiden perusteella toimintaa, sen lähtökohtia ja tavoitteita pohditaan kriittisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 83.) Toimintatutkimuksena toteutettua kehittämishanketta ei voida arvioida toteutuksen kriteerein vaan ainoastaan vertaamalla tuloksia hankkeen omiin tavoitteisiin. Toimintatutkimuksen arvioinnin suorittavat ne, jotka ovat olleet prosessina osallisina. (Kananen 2014, 137.)

Kyselyn mukaan työskentelyn alkaessa työryhmän jäsenet kokivat saaneensa ennakkotietoa aiheesta työskentelystä hyvin. Yhdessä palautteessa olisi toivottu enemmän ennakkotietoa prosessin alkuvaiheesta. Työskentelyn toteutuksesta olisi toivottu tarkempaa aikataulua, joka olisi ollut aikaisemmin työryhmän tiedossa. Työpajojen aikataulut oli haastavaa, koska työpajojen aikoina oli useammalla työryhmän jäsenellä suunniteltuja vuosilomia sekä sovittuja virkavapaapäiviä

sekä lisäksi sattui yllättäviä sairastumisiakin, jolloin työryhmäläisten ei ollut mahdollista osallistua jokaiseen työpajaan. Työpajojen työskentelypaikan olisi toivottu olevan mielellään irrallaan työpajasta.

Toimintatutkimus asettaa kehittäjälle lisävaatimuksia, jotka liittyvät toimintatutkimuksen peruselementteihin. Toimintatutkimuksessa kehittäjän täytyy tutkimuksellisten seikkojen ohella hallita myös ryhmäkäyttäytyminen. Pelkkä kehittäjän passiivinen rooli ei riitä toimintatutkimuksessa, vaan kehittäjästä riippuu koko prosessin onnistuminen. Samoin myös toimijoilta odotetaan aktiivisuutta ryhmämuotoisessa työskentelyssä. Kehittämistoiminta on ennen kaikkea sosiaalinen prosessi, joka edellyttää aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Sosiaaliset taidot nousevat avainasemaan työskenneltäessä yhdessä erilaisten ihmisten kanssa. Osallistumisen perustana on dialogi, joka perustuu haluun kysyä ja oppia toisilta. Dialogin avulla eri osapuolet avoimesti tarkastelevat kehittämistoiminnan perusteita, toimintatapoja ja tavoitteita. (Kananen 2014, 67; Toikko & Rantanen 2009, 89, 93.)

Työryhmien keskustelu ja työryhmän jäsenten välinen keskinäinen vuorovaikutus koettiin työryhmissä hyväksi. Yhden palautteen mukaan ensimmäisessä teemahaastattelussa keskusteluun osallistui aktiivisemmin muutamia työryhmän jäseniä. Työpajoissa keskustelu koettiin vireäksi ja mukavan rönsyileväksi ja idearikkaaksi. Ilmapiiri koettiin välittömäksi ja hyväksi ja jokainen jäsen toi esille ajatuksiaan ja mielipiteitään. Jäsenet kokivat olleensa aktiivisesti mukana keskusteluissa ja tulleensa kuulluksi työryhmän sisällä.

Toimintatutkija koki myös ilmapiirin työpajoissa innostuneeksi ja innovatiiviseksi. Ensimmäisessä työpajassa pidetty toiminnallinen harjoitus ennen varsinaisen työskentelyn aloitusta toimi selkeästi ilmapiiriä vapauttavana. Toiminnallisen harjoituksen jälkeen työryhmän jäsenet vaikuttivat innostuneilta ja ideointi työpajatyöskentelyyn ryhdyttäessä sujui helposti. Ensimmäisessä työpajassa työryhmä jaettiin kahteen ryhmään, jolloin pienessä ryhmässä työskenneltäessä jokaiselta ryhmäläiseltä vaadittiin aktiivista otetta ja jokainen sai myös mielipiteensä tuotua esille. Ryhmiä havainnoitaessa keskustelu oli aktiivista ja jokainen ryhmän jäsen osallistui keskusteluun tasavertaisesti ja aktiivisesti.

8x8- menetelmä työskentelyn työkaluna osoittautui hyväksi keinoksi toimintamallin suunnittelussa. Ensimmäinen 8x8- menetelmän osatehtävä, jossa pohdittiin asiakastilanteita, joissa asiakkaat hyötyisivät moniammatillisesta palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnista, tuotti työryhmiltä helposti

vastauksia. Seuraavassa vaiheessa jokaisesta asiakastilanteesta tuli ideoita vielä kahdeksan kohta. Tämä tehtävä tuotti paljon keskustelua ja ryhmät tuottivat tarkasti paljon tietoa jokaiseen kahdeksasta ruudusta. Näin ollen tehtävä muodostui aika työlääksi ja ensimmäiseen työpajaan varattu aika ei täysin riittänyt. Työpajassa todettiin, että tämän kaltaiseen työpajatyöskentelyyn aika tulee valita tarkasti, koska ensimmäinen työpaja toteutui perjantai-iltapäivänä, joka selkeästi vaikutti siihen, että työryhmäläisten keskittyminen herpaantui työpajan loppupuolella.

Toisessa työpajassa käytiin aluksi läpi ensimmäisestä työpajasta kerätty materiaali ja työskentelyä jatkettiin nyt yhtenä ryhmänä, koska työpajaan ei päässyt paikalle kaikki edelliseen työpajaan osallistuneet henkilöt. Työskenneltäessä kerättiin yhteen kahden ryhmän tuotoksia samasta aiheesta ja tarkennettiin vastauksia. Työpajan ilmapiiri oli jälleen innostunut ja työryhmän jäsenet osallistuvat työskentelyyn aktiivisesti.

Toimintatutkijat tavoitteena oli omalta osaltaan mahdollistaa jokaisen työryhmän jäsenen aktiivinen osallistuminen ideointiin ja keskusteluun. Lisäksi tavoitteena oli, että ryhmän jäsenet tulisivat tasavertaisesti kuulluksi ryhmän jäsenenä ja ryhmäläisten ajatuksia ja ideoita huomioitaisiin tasavertaisesti. Tässä toimintatutkija oman arvioinnin mukaan onnistui. Työryhmässä toimintatutkijan havaitsi ryhmäläisten osallistuvat aktiivisesti keskusteluun ja toimintatutkija kirjasi jokaisen ryhmäläisen ideat ylös tasavertaisesti. Toimintatutkijalla koettiin olleen riittävästi osaamista aihealueeseen liittyen aikaisemman työkokemuksenkin kautta.

Kyselyyn vastanneiden mukaan toimintamalli saavutti sille asetetut tavoitteet hyvin. Vastauksissa tuotiin esille, että on tärkeää, että yhteistyökumppaneita informoidaan toimintamalliin sisältyvien eri asiakastilanteista vastaavista henkilöistä. Vastauksissa tuotiin esille, että mallin käyttöönottoa odotetaan, mutta huoli toimintamallin käytäntöön saamisesta on, jotta asiakkaat lähtevät todella ohjautumaan oikeisiin prosesseihin ja näin mallista nouseva hyöty saadaan asiakkaan käyttöön.

8.2 Kehittämistoiminnan luotettavuuden arviointi

Luotettavuutta voidaan pitää tieteellisen tiedon keskeisenä tunnusmerkkinä. Luotettavuuden arvioinnissa keskitytään erityisesti tutkimusmenetelmien, tutkimusprosessin ja tutkimustulosten luotettavuuteen. Määrällisissä tutkimuksissa käytetään reliabiliteetin ja validiteetin käsitteitä, kun taas

laadullisessa tutkimuksessa käytetään vakuuttavuuden käsitettä. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnan kautta tuotetun tiedon tulee olla hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121-122.)

Tiedon käyttökelpoisuutta voidaan tarkastella prosessi- tai kehittämistulosten näkökulmasta. Prosessin arvioinnissa keskeistä on, kuinka arviointia ja sen aineistoja on käytetty projektin ohjaamisessa ja tavoitteiden täsmentämisessä. Tämä vastaava ajatus sisältyy myös toimintatutkimuksen spiraaliin, jossa havainnointi ja arviointi toimivat uuden syklin suunnittelun lähtökohtana. Kehittämistulosten kannalta käyttökelpoisuus tarkoittaa kehittämisprosessissa syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä. (Toikko & Rantanen 2009, 125).

Toimintatutkimuksella ei pyritä samankaltaiseen yleistämiseen kuin määrällisessä tutkimuksessa. Toimintatutkimuksen tulosten voidaan katsoa pätevän vain tapaukseen, jota tutkimus käsitteli. Laadullisen tutkimuksen varsinainen tarkoitus ei ole siirrettävyys, vaan tulokset ovat siirrettävissä ainoastaan tapauksiin, jotka vastaavat tutkimustulosten tapausta. Tällöin siirrettävyys edellyttää tutkimustilanteen hyvin tarkkaa kuvausta. (Kananen 2014, 134-135.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyy havaintojen luotettavuus sekä niiden puolueettomuus. Puolueettomuudella tarkoitetaan sitä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja tiedonantajia itsensä vai vaikuttaako tutkijan oma asema, sukupuoli ikä tms. siihen mitä hän kuulee tai havainnoi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Puolueettomuus on haaste toimintatutkijalle erityisesti silloin, kun toimintatutkija kehittää omaa työtään tai oman työyhteisönsä työskentelymenetelmiä. Henkilökohtaiset mielipiteet ja ennakoajatukset ja -oletukset ovat haastavaa syrjäyttää siten, että ne eivät vaikuttaisi työskentelyyn tai esimerkiksi vuorovaikutustilanteisiin tutkimustilanteissa. Toimintatutkijana tässä kehittämistyössä pyrkimys oli huomioida jokaisen työryhmäläisen mielipide tasavertaisesti. Toteutetun kyselyn perusteella työryhmän jäsenet kokivat tulleen kuulluksi toimintatutkijan osalta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen toteuttamisesta laadittu tarkka selostus, jossa aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottu mahdollisimman tarkasti totuudenmukaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232.) Toimintatutkimuksessa tutkimustulosten luotettavuuden arvioinnin lähtökohtana on tulosten, menetelmien ja tiedonkeruun tarkka dokumentaatio. Myös tulosten yleistettävyys perustuu dokumentaatioon, sillä tulosten siirrettävyyttä voidaan tarkastella tut-

kimuksen lähtökohtatilanteen ja kuvauksen pohjalta. (Kananen 2014, 134.) Tässä toimintatutkimuksena toteutetussa kehittämistyön loppuraportissa pyrkimyksenä oli kuvata ja dokumentoida tarkasti sekä kehittämistoiminnassa käytettyjä työskentelymenetelmiä, että menetelmien avulla saavutettuja tuloksista.

Luotettava toimintatutkimus edellyttää myös objektiivisyyttä, eli sitä, että tehdyt tulkinnat nousevat aineistosta. Tutkija ei saa sekoittaa omia mielipiteitään tutkimustuloksiin. Laadullisessa tutkimuksessa tulkintoja voi kuitenkin olla erilaisia, jolloin tutkimus ei voi koskaan olla täysin objektiivinen. Kuitenkin tutkimuksen aikana tehdyillä perustelluilla valinnoilla tiedonkeruumenetelmiin, tutkittaviin tai analyysimenetelmiin liittyen, subjektiivisuutta voidaan pienentää. (Kananen 2014, 136.)

Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi on tärkeää, että tutkijalla on riittävästi aikaa tutkimuksensa tekemiseen. Tutkimuksen julkisuudella voidaan myös parantaa luotettavuutta, jolloin tutkija raportoi työskentelyään ja tutkijakollegoilla on mahdollisuus arvioida prosessia. Face-validateetiksi kutsutaan sitä, että tiedonantajat arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.) Kehittämistyössä työryhmälle jaettiin tietoa työskentelyn tuloksista palaten työpajoissa edellisen kerran tuloksiin ennen työskentelyn jatkamista, jolloin työryhmällä oli mahdollisuus arvioida ja ottaa kantaa tuloksiin.

8.3 Kehittämistoiminnan eettisyyden arviointi

Etiikan peruskysymykset liittyvät kysymyksiin hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä. Tutkimustoimintaan liittyy useita eettisiä kysymyksiä, joita on huomioitava tutkimusprosessin aikana. Eettisesti laadittu tutkimus tarkoittaa, että tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia voivat olla esimerkiksi muiden tutkijoiden vähättely julkaisuissa, puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimuksiin, tutkimustulosten tai käytettyjen menetelmien huolimaton tai harhaanjohtava raportointi, tulosten puutteellinen kirjaaminen ja säilyttäminen tai samojen tulosten julkaiseminen uusina useamman kerran näennäisesti uusina. Lisäksi tieteellisellä vilpillä tarkoitetaan sepitettyjen, vääristelyjen tai luvattomasti lainattujen tulosten esittämistä omina. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 129-130.)

Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Tässä kehittämistyössä työskentelyä aloitettaessa työryhmää informoitiin alustavasti sähköpostilla tulevasta työskentelystä. Samalla tuotiin esille, että kehittämistyö sisältyy opinnäytetyöhön, josta tul- laan julkaisemaan loppuraportti. Työskentelyn aikana kerättyjä tietoja luvattiin käsitellä luottamuk- sellisesti ja loppuraportissa on pyritty kuvaukseen, jossa yksittäisen työntekijän ajatuksia tai mieli- piteitä julkaista siten, että henkilö olisi niistä tunnistettavissa.

9 POHDINTA

Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistäviin palveluihin, oikea-aikaisiin ikääntyneen toimintakykyä vastaaviin toimenpiteisiin sekä kuntoutumista edistäviin ja kotona asumista turvaaviin palveluihin panostaminen ovat merkittäviä toimenpiteitä ikääntyneiden toimintakyvyn säilymiseksi ja kotona asumisen turvaamiseksi. Ikääntyneen asiakkaan tarpeita vastaavan yksilöllisen palvelukokonaisuuden laatiminen edellyttää, että asiakkaan tarpeet ja voimavarat arvioidaan huolellisesti. Kuntoutumista tukeviin palveluihin panostaen voidaan tukea ikääntyneiden hyvinvointia, toimintakykyä ja osallisuutta.

Kehittämistyönä laaditun moniammatillisen toimintamallin taustalla toimi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen laatima malli kotikuntoutuksesta. Eksoten mallissa on panostettu erityisesti kuntoutuksen vahvistamiseen ikääntyneiden kotona asumista turvaavana keinona. Kuusamon ikäihmisten palveluissa moniammatillisella erityisosaamisella on jo pitkät perinteet, kun eri ammattialojen erityisosaamista on ollut käytettävissä. Moniammatillisen osaamisen hyödyntäminen ja eri alojen ammattilaisten yhteistyön vahvistaminen osana asiakkaan palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointia koettiin kuitenkin tärkeäksi toiminnan kehittämiskohteeksi panostettaessa ikääntyneiden kotona asumisen turvaamiseen ja erityisesti kuntoutusmahdollisuuksien tunnistamiseen ja hyödyntämiseen. Tavoitteena oli, että kuntoutuksen asiantuntijoiden osaamista hyödynnettäisiin arvioinneissa ja suunnitelmissa systemaattisesti.

Moniammatillisuus

Kehittämistyönä laaditun toimintamallin keskeisenä ajatuksena on, että aina uuden asiakkaan tullessa palvelujen piiriin, asiakkaan toimintakyky arvioidaan moniammatillisesti eri alan asiantuntijoiden yhteistyönä. Työryhmän arvioi asiakkaan tilanteen mukaisesti arvioinnin suorittavat työntekijät sen mukaan, kenellä työntekijöistä on asiakkaan tilanteen vaatimaa erityisosaamista.

Tehtäessä systemaattisesti yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä lisääntyy myös tietoisuus eri ammattien osaamisesta, osaamisen mahdollisuuksista ja toimintatavoista. Tämä mahdollistaa asiakkaiden ohjautumisen vahvistumisen ammattilaiselle, joka parhaiten osaamisensa puolesta voi auttaa asiakasta hänen erityishaasteissaan.

Moniammatillisen osaamisen sujuva yhteistyö ei kuitenkaan ole itsestäänselvyys. Toisen ammattiryhmän ammattitaidon hyödyntäminen asiakkaan parhaaksi vaatii työntekijöiltä yhteisten sopimusten mukaan toimimista, toisten ammattitaidon tuntemista sekä ennen kaikkea toisen työn arvostamista.

Kokonaisvaltaisuus

Laaditun toimintamallin avulla asiakkaan toimintakyky tullaan arvioimaan kokonaisvaltaisesti palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin yhteydessä. Toimintamalliin valitut arviointimenetelmät ovat valittu siten, että ne huomioivat toimintakyvyn eri osa-alueet. Mittareiden tulokset tuottavat tietoa havainnoinnin ja haastattelun tueksi. Haastattelu ja havainnointi ovat mittareiden ohella tärkeitä työkaluja asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa. Haastattelun avulla asiakkaan ja mahdollisuuksien mukaan myös omaisen näkemys asiakkaan tilanteesta ja arjen sujumisesta saadaan esille. Havainnoimalla asiakkaan ulkoista olemusta, asiakkaan ympäristöä sekä asiakkaan toimintaa ympäristössään saadaan myös arvokasta tietoa asiakkaan toimintakyvystä. Haastattelun ja havainnoinnin kautta saatavan tiedon mahdollisimman hyvä informatiivisuus edellyttävät myös henkilökunnan osaamisen vahvistamista ja ohjausta tiedonkeräämiseksi sekä kerätyn tiedon dokumentoimiseksi. Arviointitilanteisiin on suunnitelmana laatia ohjeistus huomiota kiinnitettäviin asioihin. Kirjaamisesta laaditaan myös selkeä ohjeistus, jotta tarvittavat tiedot käyvät kirjauksista esille.

Systemaattisuus

Toimintamallin mukaan toimittaessa asiakkaan palvelu- ja kuntoutustarve arvioidaan systemaattisesti samalla tavalla jokaisen asiakkaan kohdalla. Tämä selkeyttää ammattilaisten työskentelyä sekä myös asiakkaan palvelupolkua. Lisäksi toimintamallin mukaan toimittaessa asiakkaille taataan yhdenvertaiset mahdollisuudet palveluihin. Kokonaisvaltainen arviointi, jossa käytetään systemaattisesti samoja arviointikeinoja ja -mittareita mahdollistaa myös asiakkaiden toimintakyvyn seuraamisen, jolloin muutokset toimintakyvyssä on vertailtavissa aiempiin arviointituloksiin antaen tietoa toimintakyvyn muutoksista. Tämä toimii myös asiakkaan palvelu- ja kuntoutussuunnitelmia laadittaessa päätösten perusteena.

Kuntouttava arviointijakso toimintakyvyn muuttuessa sekä moniammatillinen kuntoutusjakso akuutin sairastumisen jälkeen toimivat asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksia edistävinä toimintatapoina. Suunnitelmallinen, kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin perustuva asiakaslähtöinen kuntoutussuunnitelma ja sen toteuttaminen yhdessä moniammatillisen tiimin, asiakkaan ja mahdollisuuksien mukaan hänen verkostonsa kanssa luovat mahdollisuuden asiakkaan kuntoutumiselle,

jolloin asiakas ei suunnitelmallisesti toteutuneen kuntoutusjakson jälkeen mahdollisesti tarvitse säännöllistä ulkopuolista apua tai selviää arjessaan kevyemmällä palveluilla tai siirtymistä pysyvään palveluasumiseen pystytään siirtämään eteenpäin.

Kehittämistyönä laadittu toimintamalli on hyvin laaja kokonaisuus, sisältäen useampia pienempiä kokonaisuuksia. Näin ollen kehittäminen ei missään nimessä ole vielä valmis. Nyt laadittu toimintamalli tarjoaa suuntaviivat työskentelyyn ja toimintamallin tarkentaminen pienempiin kokonaisuuksiin vaatii kehittämistä. Palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin kohdalla tällaisia pienempiä kokonaisuuksia on esimerkiksi uuden kirjauslehden käyttöönottoon liittyvät, johon sisältyy esimerkiksi rakenteisen kirjaamisen otsikointien yhtenäinen käyttö palvelu- ja kuntoutustarvetta arvioitaessa sekä palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa kirjattaessa. Oma kokonaisuutenaan on kotikuntoutusmallin kehittäminen, jonka sisällön kehittämisestä vastaa kotikuntoutuksen esimies.

Mallin käyttöönotto vaatii myös tietoisuuden lisäämistä uudesta toimintatavasta. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat esimerkiksi terveyskeskuksen osastot, joista akuutisti sairastuneet asiakkaat ovat kotiutumassa mahdollisesti moniammatillisen kotikuntoutuksen asiakkaiksi sekä vanhustyön kuntoutusyksiköt. Fysio- ja toimintaterapeutin vastaanotto toiminnan käynnistyminen luo yhteistyökumppaneille mahdollisuuden ohjata asiakas saumattomasti ja nopeasti kuntoutuksen ammattilaisen arviointiin ja ohjaukseen.

Työpajojen yhteydessä keskusteltiin koulutustarpeista mallin käyttöönottoon liittyen. Henkilöstö kaipasi koulutusta eri arviointimenetelmien käyttöön. Vanhustyön talvipäivien yhteydessä sovittiin, että Katzin indeksin, IADL- arvioinnin, SPPB- mittarin sekä puristusvoiman mittauksesta koulutus järjestetään sisäisenä koulutuksena. Lisäksi koulutusta kaivattiin rakenteiseen kirjaamiseen sekä palveluohjaukseen, joiden toteutustapaa ei ole vielä sovittu. RAI-menetelmän käyttöönotto vaatii oman menetelmään sisältyvän koulutuksen, joka toteutetaan menetelmän käyttöönoton yhteydessä.

Alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa tarkoituksena oli, että toimintamallia koekäytettäisiin ja käyttökokemuksista kerättäisiin kokemuksia. Kotikuntoutukseen panostaminen nousi kuitenkin tärkeäksi päämääräksi ja siihen sisältyi sekä organisaatiomuutoksia että henkilöstömuutoksia vuoden 2017 alusta. Lisäksi toimintamalliin suunniteltu RAI-menetelmän käyttöönoton aikataulu ei toteutunut siten, että kehittämistyön näkökulmasta olisi ollut järkevää jäädä odottamaan käyttöönottoa. Henkilöstöltä nousi myös tarpeita osaamisen kehittämiseksi esimerkiksi arviointimenetelmien käy-

tön suhteen, joihin suunnittelut koulutukset vaativat oman aikansa. Näin ollen toimintamallin arvioiminen suunniteltuna kokonaisuutena ei ollut mahdollista vielä, ennen kuin malliin sisältyvät muutokset henkilöstössä ja arviointimenetelmien suhteen toteutuvat.

Toimintamalli syntyi suunnitelman mukaisesti työyhteisön yhteistyönä, joka voi helpottaa mallin käyttöönottoa työyhteisössä. Kuitenkin mallin vakiintuminen käytäntöön vaatii jokaiselta työntekijältä valmiutta muuttaa aikaisempia työtapojaan ja opetella uudenlaisia työskentelymenetelmiä. Johdon rooli kehittämistoiminnan käynnistämisessä on tärkeä. Samoin tärkeää on ylläpitää kehittämiselle myönteistä ilmapiiriä, jotta henkilöstö sitoutuisi kehittämistyöhön. (Kirjonen 2009, 119, 130.)

Kotikuntoutuksen kehittäminen on kehittämishankkeena valtakunnallisesti useassa eri kaupungissa. Tässä kehittämistyössä laaditun toimintamallin mukainen toimintatapa on mahdollista ottaa käyttöön eri organisaatioissa, mutta toimintamalli vaatii organisaatiolta panostamista moniammatillisen henkilöstöön ja erityisesti kuntoutuksen osaamisen vahvistamiseen rekrytoimalla toiminta- ja fysioterapeutteja. Moniammatillinen osaaminen organisaatiossa on merkittävä voimavara toteuttaessa laadukasta ja kokonaisvaltaista toimintakyvyn eri osa-alueet huomioivaa ikääntyneen asiakkaan palvelua. Eri ammattiryhmillä on oma erityisosaamisalueensa, joka on vahvuus toimittaessa yhdessä ikääntyneen asiakkaan turvallisen, mielekkään ja toimintakykyisen arjen turvaamiseksi.

LÄHTEET

Eksoten kotikuntoutus, 2015. http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/seniorikaste/kuntoutus/eksote_080915. Viitattu 7.1.2017.

Eskola, J. & Suoraranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino: Tampere.

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. TOIMIA-tietokanta. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>. Viitattu 27.11.2016.)

Hartikainen, S. Kivelä, S-L. 2003. Ikääntyvien ja iäkkäiden kuntoutus. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Duodecim: Helsinki. 440-451.

Heikkilä, R., Hammar, T., Sohlman, B., Andreasen, P. & Finne-Soveri, H. 2015. Organisaatiolähtöisistä asiakkaan näköisiin palveluihin. Teoksessa Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (Toim.) Onnistumisen- RAI- vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Raportti 9/2015. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvointilaitos.

Heikkinen, H. L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura: Helsinki. 16-38.

Heikkinen H. L. T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura: Helsinki. 78-93.

Heikkinen, E. 2010. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim: Helsinki. 402-408.

Helin, S. 2010. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim: Helsinki. 416-435.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Yliopistopaino: Helsinki.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H. L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura: Helsinki. 94-113.

Hurri, H., Säilä, H., Orenius, T. & Ristolainen L. 2014. Kuntoutustarve ja sen tunnistaminen. Kuntoutus. 3:2014. Kuntoutussäätiö. 37vuosikerta.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOYPro: Helsinki.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus- moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Jyväskylä.

Kirjonen, J. 2009. Kehittäminen asiantuntijatyönä. Teoksessa Seppänen- Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyksiä. Stakes: Helsinki.

Kuntoutusportti. 2016. Kuntoutussuunnitelma. <https://kuntoutusportti.fi/kuntoutus/kuntoutussuunnitelma/>. Viitattu 30.1.2017.

Kuusamon kaupunki. Viitattu 13.4.2016, <http://www.kuusamo.fi/vanhustyö>.

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

Laukkanen, P. 2010. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim: Helsinki. 294-309.

Lönnsroos, E. 2008. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnsroos, E. Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Edita: Helsinki. 277-320.

Mäkelä, M., Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2014. Kun laitoshoidon on saatavilla runsaasti, laitoksissa hoidetaan myös vanhuksia, jotka voisivat asua kotona. Terveystieteiden tutkimuskeskus. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120417/URN_ISBN_978-952-302-389-5.pdf?sequence=1. Viitattu 31.1.2017.

Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYPro: Helsinki.

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159.

Pikkarainen, A., Luoma, M-L., Vaara, M., Salmelainen, U. & Röberg, M. 2013. IKKU-hankkeen johtopäätökset ja gerontologisen kuntoutuksen tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. (toim.) Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikäntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Kelan tutkimusosasto: Helsinki. 291-316.

Rantanen, T. & Sakari-Rantanen, R. 2010. Toimintatellit. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim: Helsinki. 286-293.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. WSOYPro: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:18: Helsinki.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

Suomalainen, T. 2016. Kotikuntoutus onnistuu yhteistyöllä. Fysioterapia 2:2016. 4-8.

Tepponen, M. 2015. Eksoten kotikuntoutusmalli ja ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen. Viitattu: 12.1.2017. www.ymparisto.fi/download/noname/%7B8D9AB35A-736A-4DFC-8D84.../114705.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimia- tietokanta. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2016. Viitattu 12.1.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2016. Viitattu 14.1.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita#RAI-jarjestelman-mittareita>.

Toikka, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino: Tampere.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Uusitalo, T. 2013. Muistisairaahan hoidon kokonaisuus. Teoksessa Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. PS-Kustannus: Jyväskylä. 117-183.

Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko 2002.

Valvanne, J. 2001. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Duodecim: Helsinki. 343-357.

Virjonen, K. & Kankare, H. 2013. Palveluita muistipolulle. Teoksessa Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. PS-Kustannus: Jyväskylä. 59-86.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. STAKES: Helsinki.

1. Kokonaisvaltainen toimintakyvyn arviointi?
 - miten/ mitä arvioidaan?
 - mitä arviointimenetelmiä on käytössä?
 - ovatko eri arviointimenetelmät tuttuja/ kuinka käyttö hallitaan
 - kokonaisvaltaisuus (fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen, sosiaalinen, ympäristötekijät?)
 - miten hyödynnetään moniammatillisen tiimin asiantuntijuutta toimintakyvyn arvioinnissa
2. kuntoutussuunnitelma/ hoito- ja palvelusuunnitelma
 - mitä kuntoutus-/ palvelusuunnitelma pitää sisällään? mitä asioita siinä huomioidaan?
 - hyödynnetäänkö? /miten hyödynnetään moniammatillisen tiimin asiantuntijuutta palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa
 - miten/ minne/ kuka kirjaa
3. asiakaslähtöisyys
 - kuinka asiakas osallistuu kuntoutussuunnitelman/ hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan
 - kuinka omaiset osallistuvat?/ keitä muita osallistuu?
4. moniammatillisuus
 - miten yhteydenotto tapahtuu?
 - millaisia kokemuksia yhteistyöstä?
5. kriittiset asiakasryhmät
 - mitkä nousevat kriittisiksi asiakasryhmiksi
6. mitä haasteita näette kokonaisvaltaisessa, moniammatillisessa, asiakaslähtöisessä palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnissa
7. millaisia mahdollisuuksia näette?

8x8- MALLI TYÖPAJA 1.

LIITE 2.

osastolta kotiutus, esim. leikkausepotilas	yleistilan lasku jostain syystä	syrjäytyminen (päihdeasiakkaat)
leskeytyminen	haasteellinen kokonaistilanne (suku, perhe, kaukana asuvat lapset)	kotoa siirtyminen palveluasumisen piiriin
alkava muistisairaus	vammautuminen	ikäihmisen muutto uudelle paikkakunnalle (syrjäkylältä)

Uusi omaishoidon asiakas ja omaishoidon tilanteen muutos	Alkava muistisairaus- myös kaikissa muistisairauden vaiheissa	Vuorohoito/ kotihoito
Sairaalasta kotiutumisvaiheessa		Arvio ennen tehostettua palveluasumista ja päivävastoin
Yleiskunnan lasku kotioiloissa	Päivätoiminnan asiakkaat, esim. kuntoutus kotikuntoiseksi	Palveluiden monikäyttäjät

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

Kokonaispistemäärä: _____

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

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

TOIMINTAMALLI

LIITE 5.

