

Tuomas Alatalo, Varpu Ilvesluoto, Maria Joonas, Aino-Maria Koistinaho, Riina Kortelainen, Suvi Penttilä-Sirkka & Irja Vääräniemi

”Näkkeehän ne minkälaista apua tartten”

Kattava palvelutarpeen
arviointi Vanhuspalvelulain tavoitteena

”Näkkeehän ne minkälaista apua tartten”

Kattava palvelutarpeen
arviointi Vanhuspalvelulain tavoitteena

Tuomas Alatalo

Varpu Ilvesluoto

Maria Joonas

Aino-Maria Koistinaho

Riina Kortelainen

Suvi Penttilä-Sirkka &

Irja Vääräniemi

Pro gradu -tutkielma/ YAMK

Sosiaalityö/ YAMK:n alat

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu Oy ja Lapin yliopisto Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kuntoutuksen sekä Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämissä ja johtamisen koulutusohjelma,
ylempi (AMK), Sosiaalityön koulutusohjelma

Tekijä(t): Alatalo Tuomas, Ilvesluoto Varpu, Joonas Maria, Koistinaho Aino - Maria,
Kortelainen Riina, Penttilä - Sirkka Suvi ja Vääräniemi Irja

Opinnäytetyön laji: Pro gradu - tutkielma / opinnäytetyö (YAMK)

Opinnäytetyön nimi: ”Näkkeehän ne minkälaista apua tartten”. Kattava palvelutarpeen
arviointi Vanhuspalvelulain tavoitteena

Työn ohjaaja(t): Yliopettaja TtT Arja Veijola, YTT Petri Kinnunen, FM Petri Vuorijärvi
ja YTL Arja Honkakoski

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2014 Sivumäärä: 128+ 19

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus: Tutkimus kiinnittyy yhteiskunnassa tapahtuvaan
väestön ikääntymisen mukanaan tuomiin haasteisiin. Näihin haasteisiin vastataan
uudella Vanhuspalvelulla. Tutkimuksen tarkoituksena on normatiivisten ja
teoreettisten lähtökohtien pohjalta kuvata Vanhuspalvelulain mukaisen palvelutarpeen
arvion toteutumista. Tutkimus toteutettiin iäkkäiden henkilöiden haastatteluilla ja
työntekijöille suunnatulla kyselyllä. Näin kerättiin kokemuksia iäkkään henkilön
monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin ja osallisuuden toteutumisesta sekä
vastuutyöntekijän tarpeellisuuden määrittämisestä.

Aineisto ja menetelmät: Aineisto on kerätty Webropol – kyselyllä ja
teemahaastattelulla. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin perusmenetelmien lisäksi
pääkomponenttianalyysin perusteella tehdyillä summamuuttujilla tietoa tiivistäen ja
lopuksi moniulotteisella korrespondenssianalyysillä (MCA) hyödyntäen SPSS-
ohjelmaa. Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Kvantitatiivisen ja
kvalitatiivisen aineiston tulokset yhdistettiin loppuanalyysissä.

Tulokset: Mitä kattavammin toimintakyvyn eri osa-alueet huomioitiin palvelutarpeen
arvioinnissa, sitä monipuolisemmin palvelutarpeen arviointi toteutui ja johti hyvään
palvelusuunnitelmaan sekä palveluiden toteutumiseen. Palvelutarpeen arvioinneissa
fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky painottuivat selvästi eniten ja vastaavasti
sosiaalinen sekä psyykinen toimintakyky ja toimijuus jäivät vähemmälle huomiolle.
Erityisesti riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat jäivät katveeseen palvelutarpeen
arvioinnissa. Työntekijän ammattitausta vaikutti jonkin verran siihen, mikä
toimintakyvyn osa-alue painottuu eniten palvelutarpeen arvioinnissa. Palveluiden oikea-
aikaisuus nousi haasteeksi molemmista aineistoista.

Johtopäätökset: Ikääntyneiden palveluihin tarvitaan toimintamallien uudistamista ja
asennemuutosta. Palvelutarpeen arviointi on liiaksi palvelujärjestelmälähtöistä ja näin
ollen iäkkäät henkilöt eivät aina koe saavansa tarkoituksenmukaisia palveluita. Erityistä
huomiota on kiinnitettävä myös palveluiden oikea-aikaisuuteen. Iäkkäiden henkilöiden
osallisuus mahdollistuu eri palveluvaihtoehtoja monipuolisesti esittämällä. Oma
aktiivisuutta pidetään lähtökohtana osallisuuden toteutumiselle, mikä toimijuudeltaan
heikentyneillä ikääntyneillä henkilöillä ei toteudu. Vastoin yleisiä käsityksiä läheis- ja
naapuriapu toimivat ja ovat merkittävässä osassa iäkkäiden henkilöiden kotona
selviytymisessä. Vastuutyöntekijän rooli korostuu etenkin ikääntyneen henkilön
kohdalla sosiaalisten turvaverkkojen puuttuessa ja toimijuuden ollessa heikentynyt.

Tulosten hyödyntäminen: Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Vanhuspalvelulain
toimeenpanossa ja iäkkäiden henkilöiden palvelujärjestelmän kehittämisessä.

Asiasanat: vanhuspalvelulaki, ikääntyminen, iäkäs henkilö, palvelutarpeen arviointi, toimintakyky, toimijuus, osallisuus ja vastuutyöntekijä

Muita tietoja:

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi X

Suostun tutkielman luovuttamiseen Oulun ja Lapin maakuntakirjaston käytettäväksi X

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
University of Lapland

Master's Degree Programme in Social and Health care and Master's Degree Programme in Social Work

Authors: Alatalo Tuomas, Ilvesluoto Varpu, Joonas Maria, Koistinaho Aino-Maria, Kortelainen Riina, Penttilä - Sirkka Suvi and Vääräniemi Irja

Title of thesis: "Surely they see the help that I need" Comprehensive Service Needs Investigation of Older Persons as Objective of the 'Act on Older Persons' services'

Supervisors: Arja Veijola and Petri Kinnunen

Spring 2014

Number of pages: 128+ 19 appendices

The aim and purpose of this study is how to attach the challenges of ageing of the population in a Finnish society. These challenges are responded by a new Act on Older Person's service. The purpose of this study is, based upon normative and theoretical starting points, to describe how the Act on Older Person's Service, according to the service needs assessment is implemented. The study was conducted by interviewing older people and workers with a targeted questionnaire survey. Thus data collected, the experiences of the older people, their diverse service needs assessment and implementations of participation and also to determinate the need of employee who is in charge.

Method: The data were collected by implementing Webropol - survey and theme interviews. The quantitative data were analyzed, in addition to the basic methods of principal component analysis, which was based to the summation variable data that were summarized and finally, using the multi-dimensional correspondence analysis (MCA) utilizing the SPSS program. The qualitative data was analyzed using content analysis. Quantitative and qualitative data were combined in the final stage as one analysis.

Results: The more comprehensive way the capabilities of various aspects of the service were taken into account in the assessment of the service need, the more diversely it was completed and it resulted to a good service plan, as well as realization of the services. According to the service needs assessments the physical and cognitive capacity were most emphasized factors, and correspondingly, social- and mental functioning and being participant were paid less attention. In particular, addictions and interpersonal problems were left with less attention in the service needs assessment. The employee's professional background had some effect on what functional aspects were focused on in the most service needs assessment. The right timing of the services emerged as a challenge within the both material

Conclusions: Within the services for the elderly, there are needed new approaches and attitude change. Service needs assessment is too service-oriented and, therefore, older people do not always feel they receive the appropriate services. Particular attention needs to be paid to the right timing of the services. The participation of the older people becomes a possibility when one presents diverse options of the services. Older peoples own activity is considered to be the starting point for the realization of inclusion, which is compromised when the individual's functional ability and agency is debilitated and thus is not realized. Contrary to general perceptions that regards the close and neighborly help, it does function, and it is an important part of the coping of older people at their

home. Employee who is responsible, his/hers role is emphasized particularly when older people are lacking of their social safety nets and their personal functions are impaired. The results can be utilized in the implementation of the Act on Older Person's Service, and developing the service system for the older people.

Keywords: The Act on Older Person's Service, ageing, agency, older person, service needs assessment, functional capacity, participant, participation and employee in charge.

SISÄLLYS

ESIPUHE.....	9
1 JOHDANTO	13
1.1 Väestön ikääntymiseen valmistautuminen	13
1.2 Ikääntyneen väestön palveluiden uudistamisen taustaa	17
1.3 Yhteiskunnallinen konteksti ja vanhuspalvelulain voimaantulo	18
2 TUTKIMUKSEN NORMATIIVISET LÄHTÖKOHDAT JA TEOREETTISET NÄKÖKULMAT	22
2.1 Monipuolinen palvelutarpeen arviointi	22
2.2 Toimintakyky ja sen arviointi osana palvelutarpeen arviointia	25
2.3 Toimijuus toimintakyvyn näkökulmana	34
2.4 Iäkkään henkilön osallisuus	40
2.5 Vastuutyöntekijä	48
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSAINEISTOT	54
3.1 Kyselyaineisto	57
3.2 Haastatteluaineisto	61
4 TUTKIMUSAINEISTOJEN ANALYYSI	67
4.1 Määrällisen aineiston analyysi	67
4.2 Laadullisen aineiston analyysi	69
4.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	72
5 TUTKIMUSTULOKSET JA TULOSTEN TULKINTAA	76
5.1 MCA-peruskenttä	76
5.2 Monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin toteutuminen	79
5.3 Osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet palvelutarpeen arvioinnissa	97
5.4 Vastuutyöntekijä iäkkäiden palveluprosessissa	104
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	109
LÄHTEET	115

KUVIOLUETTELO

KUVIO 1.	Sosiaalinen toimintakyky. Tiikkainen & Heikkinen 2011.	30
KUVIO 2.	Osallisuuden portaat Shierin mukaan. 2001.	43
KUVIO 3.	Osallisuuden tasot Clarkin ym. mukaan. 2008.	43
KUVIO 4.	Kansalainen ja kunnalliset palvelut –kolme näkökulmaa asiakkuuteen. Niiranen 2002.	46
KUVIO 5.	Tutkimuksen normatiivinen ja teorettinen kehys.	52
KUVIO 6.	Tutkimusasetelma.	54
KUVIO 7.	Palvelutarpeen arvioinnin kohteena olevien ikä luokiteltuna.	55
KUVIO 8.	MCA- peruskentän muodostuminen.	75
KUVIO 9.	Toimintakyvyn osa- alueiden vaikutus palvelutarpeen kokonaisarviossa.	78
KUVIO 10.	Periaatteiden toteutuminen palvelutarpeen arvioinnissa I.	81
KUVIO 11.	Periaatteiden toteutuminen palvelutarpeen arvioinnissa II.	83
KUVIO 12.	Menetelmien ja menettelyiden käyttö palvelutarpeen arvioinnissa.	85
KUVIO 13.	Palvelutarpeen arvioinnin vaikutus palvelusuunnitelmaan.	87
KUVIO 14.	Mahdollisuus turvalliseen ja mielekkääseen elämäkokemukseen sekä toimijuuden ja toimintakyvyn edistäminen.	89
KUVIO 15.	Työntekijän koulutus.	92
KUVIO 16.	Palvelujärjestelmän ja palvelutarjonnan tuntemus sekä moniammatillisen työtavan ja kokonaisarvion osaaminen.	93
KUVIO 17.	Iäkkään henkilön osallisuus palvelutarpeen arvioinnissa.	94
KUVIO 18.	Osallisten palvelutarvearvioiden yhteensovittaminen.	95
KUVIO 19.	Iäkkään henkilön osallisuuteen vaikuttavat tekijät.	97
KUVIO 20.	Vastuutyöntekijän tarpeellisuutta määrittävät tekijät.	101
KUVIO 21.	Vastuutyöntekijän määrittämisen perusteet.	102
KUVIO 22.	Vastuutyöntekijän tarve.	103

ESIPUHE

Tämän Oulun seudun ammattikorkeakoulun ja Lapin yliopiston opiskelijoiden yhteistyönä tehdyn opinnäytetyön taustalla on heinäkuussa 2013 voimaan astunut Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Lain epäviralliseksi nimeksi on vakiintunut Vanhuspalvelulaki. Vuoden 2012 syksyllä käynnistyi lain keskeisten sisältöjen pilotointi valtakunnallisessa kehittämishankkeessa osana sosiaali- ja terveydenhuollon Kaste-kehittämishanketta. Pohjoisen pilottialueen tutkimusryhmä on toiminut Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen alaisuudessa. Valmisteluvaiheessa lain työnimenä käytettiin lyhennettä "ikälaki", minkä mukaisesti hankkeen nimeksi muotoutui Ikälain pilotointi. Hankkeessa on rakennettu arvioituja toimintamalleja lain keskeisistä teemoista, jotka pohjoisella pilotointialueella ovat seuraavanlaisia: monipuolinen palvelutarpeen arviointi, iäkkään henkilön osallisuuden vahvistaminen ja kunnan vastuutyöntekijän tehtävä.

Tutkimusprosessi käynnistyi syksyllä 2012, jolloin tutkimusryhmä koottiin aiheesta kiinnostuneista opiskelijoista. Syyskuussa 2012 pidettiin aloituspalaveri ja sovittiin aikatauluista. Tutkimusavusteiseen kehittämiseen päädyttiin tutkimuksen laajuuden vuoksi. Joulukuussa 2012 järjestettiin ensimmäinen pohjoisen pilottialueen yhteinen työseminaari, johon tutkijat osallistuivat. Projektin alkuvaiheessa tutkimusryhmä työskenteli tiiviisti yhdessä suunnitellen pilotoinnin osa-alueita ja kyselylomaketta. Myös haastattelulomakkeet rakennettiin yhdessä, ja haastatteluja sekä niiden litterointeja tekivät kaikki tutkijat.

Aineiston keräämisen rinnalla tutkijat perehtyivät tutkimuksen normatiivisiin lähtökohtiin ja teoreettisiin viitekehyksiin. Monipuolista palvelutarpeen arviointia tutkivat Maria Joonas ja Varpu Ilvesluoto, toimintakykyä ja sen arviointia Suvi Penttilä-Sirkka ja Irja Vääräniemi, osallisuutta tutki Aino-Maria Koistinaho, toimijuutta Riina Kortelainen ja vastuutyöntekijään perehtyi Tuomas Alatalo. Kolmas mukaan lähtenyt Lapin yliopiston opiskelija irrottautui projektin alkuvaiheessa tekemään yhdestä aihealueen osiosta omaa, erillistä opinnäytetyötään. Johdanto on kirjoitettu tutkijoiden

yhteistyönä. Työ on edennyt prosessimaisesti ja vastuualueista huolimatta jokainen tutkija on perehtynyt vuorollaan jokaiseen osa-alueeseen. Merkittävää tutkijoiden kannalta on se, että tutkimusprosessin aikana tutkijoilta on edellytetty perehtymistä sekä määrälliseen että laadulliseen tutkimukseen.

Keväällä 2013 tutkijaryhmä hajaantui siten, että osa alkoi analysoida litteroituja haastatteluja. Tuomas Alatalo, Aino-Maria Koistinaho ja Irja Vääräniemi perehtyivät keväällä 2013 syvällisemmin kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmiin ohjaajanaan Arja Veijola. Kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään perehtyivät Lapin yliopiston tutkijan Petri Vuorijärven ohjauksessa kyselylomakeaineistoa analysoinut ryhmä, johon kuuluivat Varpu Ilvesluoto, Maria Joonas, Riina Kortelainen ja Suvi Penttilä-Sirkka.

Tulosten tulkinnan jälkeen sekä haastattelu- että kyselyaineiston alustavat tulokset esitettiin kesäkuussa 2013 pidetyssä työseminaarissa pilottiin osallistuneille palvelutarpeen arvioijille. Posken tutkija Arja Honkakoski kokosi tulokset ja kirjoitti alustavat johtopäätökset väliraporttiin ja esitti ne Sosiaali- ja terveysministeriön järjestämällä Vanhuspalvelulain toimeenpanon aluekierroksella syksyllä 2013. Tässä vaiheessa tutkijaryhmä tiivistyi siten, että tuloksia yhdistettiin ja analysoitiin koko tutkimusryhmän voimin Petri Vuorijärven ja Arja Honkakosken avustuksella. Tulosten tulkinnan jälkeen opinnäytetyön kirjallinen osuus on kirjoitettu tutkijoiden yhteistyönä syksyn 2013 ja kevään 2014 aikana.

Tutkimusta varten kerätty aineisto on laaja ja aluksi siitä oli tarkoitus tehdä useampi erillinen opinnäytetyö. Koska tutkimusryhmä oli työskennellyt yhdessä jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, aineiston keruussa ja analyysissa, ja koska tutkimusintressit olivat toisiaan tukevia, päädyttiin loppukesästä 2013 tekemään yksi yhteinen opinnäytetyö. Tutkimusta on tehty seitsemän opiskelijan voimin hyvässä yhteistyössä. Projektin yhtenä keskeisenä ja onnistuneena tavoitteena on ollut vahvistaa korkeakoulujen välistä yhteistyötä. Työskentelytapoina ovat olleet niin kasvotusten keskustelu ja kirjoittaminen koko ryhmän voimin kuin myös yksilö-, pari- ja pienryhmätyöskentelykin. Työskentelyssä on hyödynnetty nykyaikaista tietotekniikkaa: tutkijat ovat tavanneet myös virtuaalisesti ja kirjoittaneet reaaliaikaisesti samaa dokumenttia. Tutkimus on monitieteinen, sillä siinä yhdistyvät terveys-, hoito- sekä sosiaalitieteet. Kaikki tutkijat ovat voineet kertoa omat näkemyksensä teorioihin, tuloksiin ja tulkintoihin sekä

työskentelytapoihin liittyen. Kaikki kommentit on huomioitu ja jokaisen tutkijan ammatillinen osaaminen on näkynyt työskentelyssä. Neuvotteluja on käyty ja kompromisseja tutkimuksen teossa tehty, jotta laaja yhteinen työ on saatu muodostettua moniammatillisessa ja -tieteisessä opiskelijaryhmässä.

Tutkimusryhmä haluaa kiittää YTL Arja Honkakoskea mahdollisuudesta päästä mukaan Vanhuspalvelulain pilotointiin, hankkeen vetämisestä ja siihen innostamisesta sekä yhteistoiminnasta tutkimuksessa. FM Petri Vuorijärvelle kiitokset pitkäaikaisesta SPSS:n ohjauksesta ja moniulotteisen korrespondenssianalyysin ja muiden monimuuttujamenetelmien opettamisesta, tutkimusmenetelmän kehittamisestä ja sen toimivuuden testaamisesta. Lapin Yliopiston opettaja YTM Maarit Kairalalle kiitokset gerontologisesta asiantuntemuksesta ja kommentteista kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa. Oulun seudun ammattikorkeakoulun yliopettaja Anja Hennerille kiitokset rakentavasta palautteesta työn sisältöä koskien. Työn ohjaajille, yliopettaja TtT Arja Veijolalle ja professori YTT Petri Kinnuselle, kiitokset yhteisen opinnäytetyömme mahdollistamisesta, asiantuntemukseenne jakamisesta sekä suuresta ja aikaa vievästä paneutumisesta tutkimuksen ohjaamiseen. Kiitokset kaikille ohjaajille rennosta ilmapiiristä ohjaustilanteissa, aiheellisesta kritiikistä sekä vankkumattomasta uskosta opinnäytetyön valmistumiseen. Kiitokset haastatelluille ikäihmisille ja omaisille sekä Oulun kaupungin, Ylä-Savon ja Kainuun ammattilaisille, jotka ahkeran työnteon lomassa annoitte aikaanne ja vastasitte kyselyyn. Ilman teidän panostanne ei tätä työtä olisi. Kiitokset myös Savonian ja Kajaanin ammattikorkeakoulun opiskelijoille, jotka osallistuitte haastatteluihin omilla paikkakunnillanne.

Tutkimusryhmä on toteuttanut tutkimuksen töiden ja arkikiireiden ohessa, minkä vuoksi tutkijoiden kotijoukot ansaitsevat erityiskiitokset. He ovat mahdollistaneet tutkimuksen tekemisen osoittaen tukea, kärsivällisyyttä ja loputonta venymistä. Laajan tutkimusryhmän aikataulujen yhteensovittaminen ei aina ole ollut helppoa. Tutkimustyö on ollut kuitenkin mielekäästä ja tutkimusryhmä on löytänyt yhteisen sävelen helposti. Tutkimuksen toteutumisen tärkeimpänä tekijänä pidämmekin mahtavaa ilmapiiriä tutkimusryhmän kesken. Se on kantanut meitä tutkimuksen alusta loppuun saakka. Yhdessä olemme olleet enemmän.

Oulussa 26.5.2014

Alatalo Tuomas

Ilvesluoto Varpu

Joona Maria

Koistinaho Aino-Maria

Kortelainen Riina

Penttilä-Sirkka Suvi

Vääräniemi Irja

1 JOHDANTO

Tutkimus liittyy lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980) pohjoisella pilottialueella. Uusi laki astui voimaan kesällä 2013, ja sen lyhenteeksi oli julkisessa keskustelussa vakiintunut “vanhuspalvelulaki” jo lain valmisteluvaiheessa. Tässä tutkimuksessa laista käytetään molempia edellä mainittuja nimityksiä. Pohjoisen pilottialueeseen kuuluvat Kainuu, Ylä-Savon sote-kuntayhtymät sekä Oulun kaupunki, ja se muodostaa yhden kolmesta vanhuspalvelulakia pilotoivasta alueesta. Pilotoitaviin sisältöihin kuuluvat palvelutarpeen monipuolinen arviointi, iäkkään henkilön osallisuuden vahvistaminen oman palvelunsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin sekä vastuutyöntekijän rooli ja tehtävät. Tutkimusryhmä toimii Kaste-hankkeessa toimivan Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (Poske) alaisuudessa tehden yhteistyötä Lapin yliopiston sekä Oulun, Kajaanin ja Savonian ammattikorkeakoulujen kanssa (Poske 2013, 23). Poske on hyvinvointitoimijoiden yhteinen innovatiivinen kehittäjä. Sen toiminta kattaa koko sosiaalialan, mutta erityisinä painopisteinä ovat hyvinvointipoliittiseen ohjelmatyöhön sekä hyvinvointia koskevaan päätöksentekoon vaikuttaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon kestävä kehittämisrakenteen luominen ja palvelumallien uudistaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulogistiikan ja teknologian kehittäminen sekä saamelaiserityisten ja saamenkielisten hyvinvointipalveluiden kehittäminen. (Sosiaalikallega 2013.)

1.1 Väestön ikääntymiseen valmistautuminen

Suomalaisessa yhteiskunnassa on meneillään laaja muutosprosessi, jonka merkittävimmät taustatekijät ovat väestön ikärakenteen, työmarkkinoiden ja työllisyyden muutokset, sekä eriarvoisuuden ja syrjäytymisen lisääntyminen (STM 2001:4, 28). Anneli Sarvimäen ja Sirkkaliisa Heimosen (2010, 14 - 16) mukaan tämän päivän Suomea kutsutaan ikääntyväksi yhteiskunnaksi. Yli 65-vuotiaita on tällä hetkellä Suomessa noin 19 % väestöstä ja heistä säännöllisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttää noin 14 % (STM 2013:11, 13; THL 2013).

Vanhuspalvelulain (28.12.2012/980) 3 §:ssä iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. Tässä tutkimuksessa käytetään samaa määritelmää kuin Vanhuspalvelulaissa. Lisäksi tässä tutkimuksessa iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan myös sellaista iäkästä henkilöä, jonka toimintakyky ei ole vielä oleellisesti laskenut ja joka pärjää kotona ilman palveluita.

Ennusteen mukaan iäkkäiden henkilöiden määrä erityisesti vanhimmassa ikäluokassa kasvaa voimakkaimmin, kun taas lasten ja työikäisen väestön määrä vastaavasti vähenee. Väestönkehitys on maan eri osissa erilaista, minkä vuoksi kunnilla on erilaiset lähtökohdat ja tarpeet suunnitella iäkkäiden henkilöiden elämään liittyviä ratkaisuja. (STM 2013, 13; THL 2013.) Seuraavien vuosikymmenten aikana yli 65-vuotiaiden määrä ja osuus väestöstä kasvavat voimakkaasti. Heidän osuutensa väestöstä arvioidaan nousevan 18 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Väestön ikääntymisen ennustetaan taittuvan vuosien 2030 – 2040 välisenä aikana. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden nousee lähitulevaisuudessa. Väestöllinen huoltosuhde oli vuoden 2011 lopussa 52,9. Ennusteen mukaan 60 huollettavan raja ylittyisi vuonna 2017 ja 70 huollettavan raja vuoteen 2028 mennessä. Vuonna 2060 väestöllinen huoltosuhde on ennusteen mukaan 77. (Tilastokeskus 2012.)

Ikääntyneen väestön kasvuun valmistaudutaan Suomessa kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla. Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980 3 §). Ikääntyneen väestön palveluita tarkasteltaessa tarvitaan kattavaa yksilön kokonaistilanteen arviointia ja sen pohjalta tehtyjä yksilöllisiä ratkaisuja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi tuottaa paitsi yksilökohtaista myös kunnan tasolla hyödynnettävää tietoa. Tätä tietoa voidaan käyttää vanhuspoliittisia strategioita ja palvelurakenteen kehittämisohjelmia laadittaessa. (Koskinen 2012, 249 – 250; Voutilainen 2009, 124.) Vanhuuseläkeikä on pitkä aikaväli 65-vuodesta aina yli 100 vuoteen, joten yksilötason palveluiden liittäminen tiettyyn ikään aiheuttaa usein virheellisiä tulkintoja. Korkea ikä ei ole ainoa, eikä paras peruste vanhuus-käsitteelle,

vaan sellaisena voidaan pitää yksilön kykenemättömyyttä sopeutua omasta kehosta tai ympäristöstä aiheutuviin muutospainaisiin. Iäkkäät henkilöt eroavat toisistaan terveydentilansa, toimintakykyisyytensä, elämäkokemustensa sekä taloudellisten ja sosiaalisten voimavarojensa suhteen. Iäkkäät henkilöt käyttävät palvelujärjestelmän palveluita laajasti, eivät pelkäästään niin sanottuja vanhuspalveluita. Vanhenemisen erityispiirteiden huomioimisen tuleekin kuulua palvelujärjestelmässä toimivan ammattilaisen osaamiseen ja kiinnostuksen kohteisiin. (Helin 2002, 37 – 39.)

Sosiaali- ja terveystalitiikan strategian mukaisesti sosiaali- ja terveystalvelujen painopistettä siirretään entistä enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan. Palvelujärjestelmän on tarkoitus auttaa varhain ja tehokkaasti silloin, kun ihmisen omat voimavarat eivät riitä. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien ennaltaehkäisevän työn osaamista pyritään lisäämään ja ehkäisevien talvelujen saatavuutta parantamaan. Talveluja uudistetaan kokonaisuuksina siten, että käyttäjät ovat aktiivisesti mukana niiden kehittämisessä. Talvelujen käyttäjille tarjotaan ajantasaista ja puolueetonta tietoa hoitovaihtoehdoista ja talveluntarjoajista esimerkiksi talveluhakemistojen avulla. Tällöin käyttäjän kyky kantaa vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan kasvaa. Vahvoilla perustalveluilla kyetään jo varhain puuttumaan ongelmiin ja sairauksiin, sekä tukemaan käyttäjiä itsenäisessä selviytymisessä. Vaikeissa olosuhteissa elävät sekä vähemmistöryhmät tarvitsevat lisäksi kohdennettuja talveluja. Iäkkäiden henkilöiden itsenäistä elämää, toimintakykyä ja osallisuutta tuetaan ensisijaisesti heidän omassa asuinympäristössään. Apuna tässä voidaan käyttää uutta teknologiaa. Lähtökohtana ovat saavutettavat, yhdenvertaiset, vaikuttavat ja asiakaskeskeiset talvelut. (Koskinen 2012, 251; THL 2012, 5 – 6.)

Voutilaisen (2009, 130) mukaan iäkkään henkilön toimintakyvyn laskiessa on arvioitava kotona selviämistä ja tukitoimien tarvetta. Iäkkään henkilön toimintakyvyn arviointi edellyttää osaamista ja moniammatillista yhteistyötä, jossa hyödynnetään hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntemusta. Iäkkään henkilön ja hänen läheisensä arvio toimintakyvystä on keskeinen. Toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä varten suunnitellut toimenpiteet ja talvelut edellyttävät paitsi iäkkään henkilön itsensä, myös hänen läheisensä halua ja motivaatiota aikaansaada muutos toimintakyvyssä. Tärkeää on myös selvittää niitä tekijöitä, jotka vahvistavat tai estävät toimintakyvyn myönteistä muutosta. Iäkkään

henkilön toimintakyvyn arviointi tuottaa tietoa useisiin erilaisiin käyttötarkoituksiin. Arviointituloksia voidaan hyödyntää työvälineenä palveluja hakevan asiakkaan palvelutarpeen selvittämisessä, samoin kuin palveluiden ja voimavarojen kohdentamisen tukena. Toimintakyvyn arviointi on osa asiakkaan hoidon ja palvelujen suunnittelua, toteutusta ja arviointia (hoito- ja palvelusuunnitelma). Sitä voidaan käyttää arvioitaessa ja seurattaessa kuntoutuksen tai muiden toimintakyvyn parantamiseksi tehtyjen toimenpiteiden tai annettujen palvelujen vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn.

Kotona asuminen on iäkkäälle henkilölle tärkeää ja suurin osa haluaa asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotona asuminen mahdollistaa sen, että iäkkään henkilön itsenäisyyden tunne säilyy. Samoin kotona asuminen mahdollistaa oman rauhan ja omaan tahtiin tehtävät päivittäiset askareet. Iäkkään henkilön kotona asumiseen liittyy vapauden rinnalla voimakas kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Iäkkään henkilön merkittävimpiä voimavaroja ovat kotona asuminen, tuttu ympäristö sekä pitkäaikaiset ystävyysuhteet. Turvallisuuden tunne eli tietoisuus avun saamisesta ”jos jotain sattuu”, on tärkeää kodissaan asuville iäkkäille henkilöille, sekä heitä hoitaville omaisille ja läheisille. Keskeistä on nähdä omaiset voimavarana iäkkäiden henkilöiden hoidossa ja palveluissa kaikissa toimintaympäristöissä, sekä tunnistaa omaisten yksilölliset voimavarat ja mahdollisuudet kantaa vastuuta ja osallistua iäkkään henkilön hoitoon. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002.)

Aktiivisella, omaehtoisella toiminnalla on suuri merkitys mahdollisimman hyvän kunnon, virikkeellisen elämän ja toimivan arjen ylläpitämiseksi ja säilyttämiseksi. Asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät korostuvat iäkkäiden henkilöiden kotona selviämässä ja vaikuttavat siten toimintakykyyn. Ympäristön asettamat vaatimukset ovat riippuvaisia siitä, missä ympäristössä tutkittava asuu: maalla vai kaupungissa, omakotitalossa vai kerrostalossa, palvelutalossa vai hoivayksikössä. (Pohjalainen 2007, 7; STM 2006, 11.)

1.2 Ikääntyneen väestön palveluiden uudistamisen taustaa

Iäkkään henkilön asiakkuus on suuren poliittis-hallinnollisen mielenkiinnon kohteena, ja iäkkäiden henkilöiden palveluiden kehittämiseen on linjattu monenlaisia kansallisia ja kuntatason suosituksia, strategioita ja ohjelmia. Iäkkään väestön palvelujen kehittämistä koskevia laatusuosituksia on annettu Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton toimesta vuosina 2001, 2008 ja 2013. Ne ovat tarkoitettu kehittämisen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Laatusuositus edellyttää kuntia muodostamaan kuntatason strategian lähtökohtanaan paikalliset palvelut sekä iäkkäiden ihmisten tarpeet ja voimavarat. Vuoden 2008 suositus korostaa julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuutta. Se painottaa kuntalaisten, asiakkaiden ja omaisten osallistumismahdollisuuksien lisäämistä, sekä osallisuutta palvelujen laadun kehittämisessä. Ihmisarvoisen elämän turvaavia eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. (STM 2008:3, 10, 12.)

Vuoden 2013 laatusuosituksessa otettiin huomioon ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja uusin tutkimustieto sekä vanhuspalvelulain toimeenpanon tukeminen. Kokonaistavoitteena uudella laatusuosituksella on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko iäkkäälle väestölle, sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Laatusuosituksessa korostuva terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen mielletään tärkeimmäksi varautumistoimeksi nopeasti ikääntyvässä yhteiskunnassa. Lisäksi esiin nousevat oikea-aikaiset ja monipuoliset palvelujen tarpeen selvittämiseen liittyvät palvelut, palvelurakenteen muutos, tarkoituksenmukainen henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen. Kaikkia suosituksen osa-alueita yhdistää kokonaisuutena iäkkäiden henkilöiden osallisuus. Terve ikääntyminen mahdollistaa iäkkäiden henkilöiden täysivaltaisen osallisuuden yhteiskunnassa, parantaa heidän elämänlaatuaan ja vaikuttaa sitä kautta sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen sekä kustannuksiin. (STM 2013:11, 3, 5, 24; THL 2013.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua on mahdollista hillitä, mikäli laatusuosituksen mukainen palvelurakenteiden ja palveluprosessien uudistus toteutuu. Haasteellista uudistamisessa on se, että julkisia sosiaali- ja terveyspalveluita ei ole

perinteisesti pidetty innovatiivisina, vaan kunta-alan kulttuuriin on kuulunut pitäytyminen vanhoissa hyvissä käytännöissä ja kansallisessa lainsäädännössä. Kunta-ala on perinteisesti tuottanut sosiaali- ja terveyspalvelut yksin omana tuotantonaan ja omalla organisaatiollaan. Palveluissa tuottavuuden, tuloksellisuuden ja kilpailutuksen korostuminen on lisännyt innovatiivisuutta myös kunta-alalla. (Karvonen – Kälkäjä 2012, 342.)

Palveluiden kehittämiseen tarvitaan tietoa palveluiden nykytilasta sekä väestöä koskevasta numero- ja kokemustiedosta. Esimerkkinä tiedonkeruututkimuksesta on laaja eurooppalainen yhteistyötutkimus COURAGE, jonka päämääränä on kuvata ikääntyvän väestön terveyttä, elämänlaatua ja sosiaalisten suhteiden sekä ympäristön vaikutuksia. (EC Comission 2009.) Viimeaikaisia suomalaisia valtakunnallisia sosiaali- ja terveysalan kehittämisohjelmia ja -hankkeita ovat muun muassa Raha-automaattiyhdistyksen avustusohjelmat Eloisa ikä -ohjelma ja KÄKÄTE-projekti, joiden käytännön toteutuksesta vastaavat terveys- ja sosiaalialan liitot tai järjestöt. Niiden toimintaa ohjaa yhteiskunnassa tapahtuva ikärakenteen muutos sekä palveluiden oikea kohdentaminen, riittävyyden turvaaminen ja innovatiivinen ajattelu. (KÄKÄTE 2010 – 2014; Eloisa ikä 2012 – 2017.)

KASTE-ohjelma on Sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen ohjausväline sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen. Siinä määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet. Tavoitteena on kuntalaisten osallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen, syrjäytymisen ja alueellisten erojen vähentäminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen. KASTE-ohjelmaan sisältyneellä IKÄKASTE-hankkeella on kehitetty ikääntyvän väestön palveluja vuoteen 2011 saakka. IKÄKASTE II on jatkanut kehittämistyötä koostuen yhdestä valtakunnallisesta ja viidestä maakunnallisesta “Ikälain pilotointi” -osahankkeesta, joista yhteen tämä tutkimus kiinnittyi. Osahankkeissa on kehitetty vanhuspalvelulain toimeenpanoa tukevia ja laajasti kuntien hyödynnettävissä olevia toimintamalleja. (STM 2011.)

1.3 Yhteiskunnallinen konteksti ja vanhuspalvelulain voimaantulo

Ikääntymisen aiheuttamat yhteiskunnalliset ongelmat alkoivat kärjistyä 2000-luvun alussa, jolloin tarve ikääntyviä ja ikääntyneitä henkilöitä koskevalle laille tuli ajankohtaiseksi. Pelkät laatusuosituksot eivät enää riittäneet turvaamaan ikääntyvien oikeuksia yhteiskunnassamme. Vanhuspalvelulain valmistelu aloitettiin vuonna 2010. Lähtökohtana lakiluonnoksen valmistelulle oli valtioneuvoston vastaus välikysymykseen (välikysymys 3/2009), joka liittyi ikääntyneen väestön palveluihin, perusoikeuksien turvaamiseen sekä riittäviin palveluresursseihin. Välikysymystä edelsi laaja yhteiskunnallinen keskustelu ikääntyvän väestön palveluista ja niihin liittyvistä epäkohdista. Välikysymyksen pohjalta ikääntyneen väestön palveluiden kehittämistyö annettiin sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistavan työryhmän käsittelyyn. Sen hetkisten laatusuositusten ei enää katsottu riittävän iäkkäiden henkilöiden palveluiden järjestämiseksi. Lisäksi lainsäädännön nähtiin olevan pirstaleista, minkä vuoksi suositusten sijasta päätettiin siirtyä normiohjaukseen. (STM 2012:12, 9; STM 2010:19, 55, 59.) Uuden lain tarkoitus oli nostaa laatusuosituksot lain tasolle, yhdistää eri laeissa olevat iäkkäitä henkilöitä koskevat säädökset sekä mahdollistaa valvontaviranomaisille edellytykset vanhuspalvelujen laadunvalvonnalle. Lainsäädännöllä pyrittiin vahvistamaan asiakkaan asemaa sekä itsemääräämisoikeutta. (STM 2010a.)

Vanhuspalvelulain lakiluonnos luovutettiin peruspalveluministerille vuonna 2011. Iäkkään henkilön oikeus sosiaali- ja terveystalveluihin järjestettiin ennen lain voimaantuloa kaikille kansalaisille suunnatun yhteisen palvelujärjestelmän ja lainsäädännön mukaan. Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalveluja ohjaava lainsäädäntö on pitkään velvoittanut tuottamaan asiakaslähtöisiä palveluita ja ohjannut työntekijöitä toimimaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Esimerkiksi iäkkään henkilön itsemääräämisoikeus ja mahdollisuus vaikuttaa omiin palveluihinsa pohjautuu Suomen perustuslain 7 §:n säännöksiin henkilökohtaisesta vapaudesta. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa Sosiaalihuollon asiakaslain 8 § 1 momentin mukaan asiakkaan toivomukset on otettava ensisijaisesti huomioon, ja asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Karvonen – Kälkäjä 2012, 294; 378; Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, 7 §; Sosiaalihuollon asiakaslaki 22.9.2000/812, 8§.)

Keväällä 2011 julkistetun lakiluonnoksen valmisteluun osallistui aktiivisesti niin sanottu Ikäfoorumi, jossa arvioitiin lakiluonnoksen versiota monipuolisesti. Ikäfoorumi

koostui iäkkäiden henkilöiden lisäksi iäkkäiden henkilöiden kanssa toimivista tahoista, kuten kuntien, järjestöjen sekä eri asiantuntijoiden edustajista. Ikäfoorumista saatu palaute toimi jatkovalmistelun pohjana. Seuraavaksi lakiluonnoksesta annettiin lausuntoja laajasti erilaisilta yksityisiltä ja yhteiskunnallisilta sektoreilta. Lakiluonnoksen sisältämiä kokonaisuuksia pidettiin merkittävänä ja ne herättivät laajaa keskustelua. (STM 2010a; STM 2012:12, 10.)

Lain tarkoitusta ja pyrkimyksiä pidettiin yleisesti tarpeellisina. Lakiluonnos ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sosiaali- ja terveystalvuluista tehtiin sosiaali- ja terveystministeriön toimikaudeksi 24.11.2011 – 31.3.2012 asettamassa ohjausryhmässä. Pohjana ohjausryhmän työlle oli aiempi lakiluonnos ja siitä saadut lausunnot. Hallituksen esitys annettiin eduskunnalle vuoden 2012 aikana. Samana vuonna käynnistyi lain keskeisten sisältöjen pilotointi valtakunnallisessa kehittämishankkeessa, joka toteutettiin osana sosiaali- ja terveydenhuollon Kaste-kehittämishanketta. (STM 2012:1, 24; STM 148/2011.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveystalvuluista tuli voimaan heinäkuussa 2013, jolloin suurinta osaa pykälistä alettiin soveltaa. Loppujen lakipykäliden tulee astua voimaan 1.1.2015 mennessä. Lain tarkoituksena on ensimmäisen luvun mukaisesti parantaa iäkkään henkilön hyvinvointia, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Toiseksi laki parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuuksia osallistua heitä koskevien päätösten valmisteleamiseen ja palveluiden kehittämiseen kunnassa. Kolmanneksi laki parantaa iäkkään henkilön mahdollisuuksia saada ajoissa tukea sekä laadukkaita ja yksilöllisiä sosiaali- ja terveystalvuluista heikentyneen toimintakykynsä niin edellyttäessä. Neljänneksi iäkkäällä henkilöllä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa sosiaali- ja terveystalvuluidensa sisältöön ja toteuttamistapaan, sekä tehdä niihin liittyviä itseään koskevia valintoja. (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980 1 §.)

Lakia sovelletaan vanhuseläkeikäiseen väestöön sekä sellaiseen iäkkääseen henkilöön, jonka toimintakyky on merkittävästi heikentynyt ikääntymisen myötä alkaneen tai pahentuneen sairauden tai rappeutumisen vuoksi. Vanhuspalvelulain tavoitteena on, että iäkkäät henkilöt kokevat elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Lähtökohtana palvelujen saannille on iäkkään henkilön toimintakyky, ei ikä sinällään. Lain mukaan kunnan on laadittava valtuustokausittain suunnitelma toimenpiteistään

ikäntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi, sekä ikäntyneiden tarvitsemien palvelujen järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Myös palvelujen laadun ja riittävyyden arviointi sisältyisi tähän suunnitelmaan. (STM 2010b, 19.)

Vanhuspalvelulain (28.12.2012/980) toisessa luvussa määritellään kunnan yleiset velvollisuudet. Lain luku kolme kiinnittyy keskeisesti käsillä olevaan vanhuspalvelulain pilotoinnin tutkimukseen. Luku käsittelee iäkkään henkilön palvelun tarpeita ja niihin vastaamista. Luku sisältää palvelutarpeisiin vastaamista ohjaavat yleiset periaatteet (13 §), pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavat periaatteet (14 §), palvelutarpeiden selvittämisen (15 §), palvelusuunnitelman (16 §), vastuutyöntekijän (17§) sekä päätöksen sosiaalipalvelujen myöntämisestä ja oikeudesta palveluihin (18 §). Pilotoitavia alueita olivat monipuolinen palvelutarpeen arviointi, iäkkään henkilön osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien toteutuminen palvelutarpeen arvioinnissa, sekä vastuutyöntekijän tarpeellisuuden määrittäminen.

Vanhuspalvelulaki (28.12.2012/980) raamittaa siis ne rajat, normit ja perusteet, joiden puitteissa työntekijä kohtaa vanhuspalvelulain mukaiseen palvelutarpeen arviointiin oikeutetun iäkkään henkilön. Työntekijän ja asiakkaan kohtaaminen, ja siinä mahdollistuva iäkkään henkilön osallisuus, ohjautuvat hyvin pitkälle yksittäisen työntekijän toimintaa ohjaavan käsitteellisen ja teoreettisen viitekehyksen mukaan. Näin palvelujen tuottamisen todellisuudessa on aina kyse sekä normiohjatusta että teoreettisesti ohjautuvasta toiminnan kokonaisuudesta. Tämä tutkimus tarkastelee iäkkään henkilön osallisuuden ja monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin toteutumista iäkkään henkilön ja työntekijän kokemana, sekä vastuutyöntekijän tarpeellisuutta.

2 TUTKIMUKSEN NORMATIIVISET LÄHTÖKOHDAT JA TEOREETTISET NÄKÖKULMAT

Vanhuspalvelulaki (28.12.2012/980) tuo keskeiset ohjaavat eli normatiiviset lähtökohdat tälle tutkimukselle. Ennen lain voimaantulon toteutumista pilotoinnin kohteena olivat lain keskeiset sisällöt: palvelutarpeen monipuolinen arviointi, iäkkään henkilön osallisuuden vahvistuminen oman palvelunsa suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa, sekä vastuutyöntekijän rooli ja tehtävä. Tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet olivat toimintakyky, toimijuus ja osallisuus. Nämä ovat olleet teoreettisen tutkimuksen kohteena pitkään ja näin ollen ne ovat teoreettisesti perusteltavissa. Palvelutarpeen arviointi ja kunnan vastuutyöntekijä ovat lainsäädännön ilmaisemia palveluprosessiin liittyviä pyrkimyksiä. Näihin ilmiön tasoisiin asioihin ei liity teorianmuodostusta ja käsitteellistämistä, kuten edellä mainittuihin toimintakykyyn, toimijuuteen ja osallisuuteen. Tämä ei kuitenkaan sulje pois sitä, ettei niitä voisi kiinnittää teoreettiseen keskusteluyhteyteen: palvelutarpeen arviointia toimintakykyyn ja toimijuuteen, ja kunnan vastuutyöntekijää palveluohjaukseen.

2.1 Monipuolinen palvelutarpeen arviointi

Tutkimuksen keskiössä olivat iäkkäiden henkilöiden ja työntekijöiden kokemukset palvelutarpeen arvioinnista ja sen monipuolisuudesta. Vanhuspalvelulaissa (28.12.2012/980) palvelutarpeen arvioinnista säädetään 15§:ssä. Palvelutarpeen arvio on kunnan palvelua, johon kaikilla 75 vuotta täyttäneillä tai niillä, joiden toimintakyky on selkeästi alentunut, on lakisääteinen oikeus. Sama oikeus on myös Vammaisetuksista annetun lain (11.5.2007/570) 9 §:n mukaista eläkettä sekä ylintä hoitotukea saavilla henkilöillä.

Iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnilla tarkoitetaan toimintakyvyn kokonaisvaltaista selvittämistä ja arjesta suoriutumisen kattavaa, moniammatillista ja monipuolista arviointia sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä sosiaalitukien saamiseksi. (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980 15§). Isoherrasen (2005, 14) ja Paltamaan,

Karhulan, SuomelaMarkkasen ja Autti-Rämön (2011, 37) mukaan moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveystalouden asiakastyössä eri asiantuntijoiden työskentelyinä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. Asiantuntijan oman erityisosaamisen tunnistaminen ja hallinta sekä kyky kertoa muille omasta osaamisestaan ja asiantuntijuudestaan, on moniammatillisen yhteistyön perusta.

Palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on luoda iäkkäälle henkilölle edellytykset toimia ja päättää asioistaan itsenäisesti ja turvallisesti. Lisäksi tavoitteena on turvata asiakkaalle oikea-aikaisesti annetut palvelut tehokkaan ennaltaehkäisyyn, varhaisen tuen, sekä riskitekijöihin ja ongelmiin puuttumisen avulla. Palvelutarpeen arvioinnin tavoite on myös auttaa ammattilaisia hahmottamaan korjaavien toimenpiteiden sekä tarvittavien palveluiden määrää ja luonnetta. Kunnallisella tasolla palvelutarpeen arviointia voidaan hyödyntää muun muassa tuottavuuden ja laadun tutkimuksessa ja tilastoinnissa. Yhteiskunnallisena tavoitteena on luoda edellytykset suunnitella ja jakaa yhteisiä voimavaroja oikeudenmukaisesti. (STM 2006.)

Palvelutarpeen arviointi on siis vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa tarkastellaan asiakkaan toimintakykyä ja toimijuutta, arjesta suoriutumista ja elämäntilannetta laajalaisesti ja moniulotteisesti. Palvelutarpeen arvioinnin lähtökohtana on asiakkaan ja mahdollisesti myös omaisen, kuten omaishoitajan, toimintakyvyn arviointi. Jyrkämän (2007, 206 – 207; 2008, 195) mukaan toimijuus on viitekehys, jonka avulla voidaan ymmärtää ja analysoida ikäihmisiä heidän arkensa ja elämäntilanteensa kautta, sekä vuorovaikutusta suhteessa palvelujärjestelmään ja tarkoituksenmukaisiin palveluihin.

Palvelutarpeen arvioinnissa ja päätöksenteossa on syytä korostaa päätöksentekijän ammatillista vastuuta siitä, että hän toimii eettisten ohjeiden mukaisesti asiakkaan parhaaksi. Jokaisella on oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta tai hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Keskeisenä perusarvona voidaan pitää ihmisarvon kunnioittamista, johon kuuluu itsemääräämisoikeuden, osallisuuden, yksilöllisyyden, turvallisuuden ja oikeudenmukaisuuden kunnioittaminen. Palvelutarpeen arvioinnissa ihmisarvon kunnioittamista voidaan vahvistaa asiakaslähtöisillä toimintakäytännöillä. Ihmisarvon kunnioittamisen periaatteen toteutumista voidaan edistää iäkkään henkilön voimavaroja tunnistamalla ja vahvistamalla sekä käyttäytymällä voimavaralähtöisyyden periaatteen mukaisesti.

Yksilöllisyyden periaate korostaa ihmisen näkemistä ainutlaatuisena ja yksilöllisenä persoonana, jolla on vapautta ja valinnanmahdollisuuksia, mutta myös vastuu omasta elämästään. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi ikääntyneen ihmisen tulee saada riittävästi tietoa ja tukea valintoja ja päätöksentekoa varten. Osallisuuden periaate korostaa sosiaalisen toimintakyvyn ja yhteenkuuluvuuden ylläpitämistä sekä vahvistamista. (STM 2013, 10 – 11; Koskinen 2004, 24 – 26.)

Lisäksi osallisuus liittyy vahvasti ihmisen rooliin palvelujensa suunnittelijana. Turvallisuuteen kuuluu sosiaalinen tuki, asuin- ja hoitoympäristöjen turvallisuudesta huolehtiminen, sekä tapaturmien, väkivallan ja kaltoinkohtelun ehkäiseminen. Palvelujen saatavuus, laatu sekä luottamus tuovat turvallisuutta palveluntuottajien ja kuntalaisten välille. Turvallisuuden toteutumista voidaan edistää osaavan ja kattavan palvelutarpeen arvioinnin avulla. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa erilaisuuden hyväksymistä, syrjinnän estämistä ja epäoikeudenmukaisuuteen puuttumista. Kun palvelut kohdennetaan oikeudenmukaisesti, edellyttää se iäkkäiden henkilöiden yhdenvertaisuuden turvaavaa palvelutarpeen arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita. (STM 2013, 10 – 11; Koskinen 2004, 24 – 26.)

Palvelutarpeen arviointi koskee sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja, kuten koti- ja asumispalveluja ja laitoshoidtoa, sekä myös sosiaalihuollon erityislakien mukaisia palveluja kuten vammaispalveluja, omaishoidon tukea, päihdehuollon palveluja ja toimeentulotukea. Palvelutarpeen arvioinnin suorittavat hoito- ja sosiaalityön sekä lääketieteen ja kuntoutuksen ammattilaiset yhteistyössä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen edustajansa kanssa. Palvelutarpeen arvioinnissa otetaan huomioon myös yksityisten tahojen, säätiöiden, järjestöjen tai muun kolmannen sektorin tarjoamat palvelut. Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta laaditaan palvelusuunnitelma ja tehdään päätökset kunnan vastuulla olevista sosiaali- ja terveystalvelujen myöntämisestä (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980 16 §).

Palvelusuunnitelmassa määritellyt asiakkaan kiireellisesti tarvitsemat palvelut on kunnan järjestettävä viipymättä, ei-kiireellisesti tarvitsemat palvelut 3 kuukauden sisällä palvelun myöntämisestä (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980 18§). Kun palvelutarpeen arviointi ja suunnittelu tehdään huolellisesti ja oikea-aikaisesti, iäkäs henkilö saa määrältään ja laadultaan juuri sellaisia palveluja, joita hän kulloinkin tarvitsee (STM

2012:12, 15; Finne – Soveri 2011). Palvelusuunnitelmasta säädetään myös Sosiaalihuollon asiakaslain 7§:ssä. Suunnitelma on laadittava aina sosiaalihuoltoon toteutettaessa edellä mainittujen ehtojen täytyessä, ja sitä muutetaan jatkuvasti asiakkaan palvelujen tarpeen mukaan (STM 2001:11, 31 – 32).

Asiakkaan tai hänen omaisensa yhteydenoton lisäksi palvelutarpeen arviointi tehdään henkilön hakiessa julkisia palveluita, kuten omaishoidon tukea tai taloudellisia etuuksia, kuten Eläkettä saavan hoitotukea. Palvelutarpeen arvioinnin aloitteentekijänä voi toimia myös viranomaiset. Omaishoidon tuen laajuutta määritettäessä palvelutarpeen arviointi ei poikkea mitenkään muista syistä tehtävistä palvelutarpeen arvioinneista hoidettavan osalta. Tässä tilanteessa edellytetään iäkkään hoidettavan lisäksi myös häntä kotona hoitavan hoitajan tarpeiden arvioimista. Lakisääteisesti tulee arvioida omaishoitajan voimavarat ja kodin soveltuvuus. Arviota tarvitaan myös apu- ja hoitovälineiden, kodin muutostöiden sekä erilaisten tukipalveluiden, kuten ateria- ja turvapalveluiden tarvetta selvittäessä. Palvelutarpeen arviointi suoritetaan lääketieteellisten tutkimusten, hoitojen, monialaisen kuntoutuksen aloittamisen tai sairaalasta kotiutumisen yhteydessä monisairailta henkilöillä samoin ennen kotihoidon aloittamista tai muuttoa palveluja tarjoavaan asumiseen. (STM 2011, 24 – 25; THL 2011.)

2.2 Toimintakyky ja sen arviointi osana palvelutarpeen arviointia

Toimintakykyä voidaan tarkastella useista eri näkökulmista, joko kuvaten todettuja toiminnanvajauksia tai jäljellä olevaa toimintakyvyn tasoa. Iäkkään henkilön oma arvio toimintakyvystään on tärkeä huomioida, koska hän arvioi omaa toimintaansa identiteettinsä sekä ympäristön määrittelemien normien ja kulttuurin kautta. Toimintakyky liittyy laajasti iäkkään henkilön hyvinvointiin ja se ilmenee työkykynä, päivittäisistä toiminnoista selviytymisenä ja harrastuksissa toimimisena. (Laukkanen 2003; 2008). Pikkarainen (2005) ja Sainio ym. (2013) tarkoittavat toimintakyvyllä sitä, että iäkäs henkilö selviytyy omassa arkiympäristössään hänelle itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista itseään tyydyttävällä tavalla. Toimintakyky on parhaimmillaan tasapainotila omien kykyjen ja tavoitteiden sekä toimintaympäristön kanssa. Tärkeintä on kiinnittää huomio siihen, mihin ja miten toimintakyvyn käsitettä käytetään (Talo 2001, 33).

Vanhuspalvelulain mukaisesti merkittävin palvelujen tarpeeseen ja käyttöön vaikuttava tekijä ei ole ikä, vaan toimintakyky. Mitä korkeamman iän ihminen saavuttaa, sitä todennäköisempää kuitenkin on, että hänen toimintakykynsä ja jaksamisensa heikkenevät. Vakavat sairaudet, toimivien ihmissuhteiden puuttuminen, yksinäisyys, puutteelliset elinolot sekä yksin asuminen altistavat palvelujen tarpeelle. (Heikkilä & Parpo 2002, 79.) Aiemmat tutkimukset osoittavat ikääntyneen väestön palvelujen käytön liittyvän voimakkaasti ikään sekä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, yksin asumiseen, asuin- ja elinympäristöön, sosiaalisten verkostojen toimivuuteen ja läheisten tarjoamaan apuun (Vaarama & Kaitasaari 2002, 75).

Toimintakyky on keskeistä myös vanhuspolitiikan ja vanhustyön näkökulmasta. Yhteiskunnallisena peruslinjauksena on iäkkäiden henkilöiden asuminen kotona niin pitkään kuin mahdollista. Kotona asumisen mahdollisuudet ovat pitkälti kiinni iäkkäiden henkilöiden toimintakyvystä. Toimintakyvyssä todetut vajeet ja avuntarve ovat lähtökohtana erilaisten palvelujen tarpeelle. (STM 2013, 15, 24 – 25.) Moniulotteista toimintakyvyn käsitettä on perinteisesti tarkasteltu iäkkään henkilön kohdalla neljän eri osa-alueen avulla: fyysinen toimintakyky, psyykinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky sekä kognitiivinen toimintakyky. Toiminnanvajausta tarkoittaa sitä, että henkilöllä on vaikeuksia tai avuntarvetta edellä mainituilla osa-alueilla. (Laukkanen 2003.)

Laajasti ymmärrettävien toimintakyvyn osa-alueiden hahmottamiseksi ja niiden riittävän monipuolisen ja kattavan arvioinnin tueksi Maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (International classification of functioning, disability and health, ICF), joka tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun viitekehyksen toiminnallisen terveyden kuvaamiseen (ICF 2004, 8 – 17). ICF-luokituksen mukaan toimintakyky nähdään laajuutensa vuoksi yleisenä sateenvarjona, joka antaa yhtenäisen viitekehyksen ja kielen toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvien toiminnallisten tilanteiden kuvaamiseen. Tämän mallin mukaan toimintakyky ja sosiaalinen osallistuminen ovat yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta, jonka mukaan sairaus tai muu häiriö terveydentilassa aiheuttaa elimistössä muutoksia, minä myötä aktiivinen osallistuminen kapeutuu ja näin ollen johtaa omatoimisuuden vähenemiseen ja avuntarpeen kasvuun.

Tässä voimavaralähtöisessä mallissa otetaan esiin myös aktiviteetin ja osallistumisen rajoitukset toiminnanvajavuuksien sijaan. (Voutilainen 2008, 60 – 61; Talo 2001, 35.)

ICF-luokitus tuo käyttöön yhteisen kielen sovellettavaksi käytännön työhön, palveluiden kehittämiseen sekä tutkimukseen kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 56; Voutilainen 2008, 126 – 127; ICF 2004, 8 – 17.) Matinvesi (2010, 51, 153) esittää kuitenkin aiheesta kritiikkiä, jonka mukaan ICF:n viitekehyksessä on yhdistetty lääketieteellinen ja sosiaalitieteellinen näkökulma, mutta se ei tuo esille kokemuksellisuutta ja yksilöllisyyttä. Pohjalainen (2009, 21) taas pitää ICF-luokituksen luokitus- ja koodausjärjestelmää varsin monimutkaisena ja yksityiskohtaisena toimiakseen terveydenhuollon eri tarpeita varten.

Toimintakyvyn eri osa-alueista on pisimpään tutkittu fyysistä toimintakykyä. Biologisten vanhenemisprosessien on ensisijaisesti ajateltu rajoittavan toimintakykyä ja näin vanhenemisen seuraukset on selvemmin nähtävissä fyysisillä alueilla. Iäkkään henkilön fyysistä toimintakykyä pidetään elämänlaadun keskeisenä tekijänä, koska fyysinen kunto ja liikuntakyky mahdollistavat omassa kodissa selviytymisen, osallistumisen kodin ulkopuolisiin toimintoihin sekä sosiaalisten kontaktien ylläpitämisen. Tämän vuoksi fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisellä on merkitystä myös psyykkis-sosiaalisena tekijänä. (Helin 2002, 346.) Iäkkään henkilön fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen johtuu sekä biologisista vanhenemismuutoksista että elimistön fysiologisten toimintojen heikkenemisestä (Hervonen, Kuure & Pohjolainen 1998, 130). Iän lisääntyessä aistit, motoriikka ja kognitiiviset taidot heikentyvät ja selviytyminen itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista vaikeutuu (Elo 2006, 37).

Fyysisen toimintakyvyn kannalta olennaista on, millaisia muutoksia tapahtuu hengitys- ja verenkierto- sekä tuki- ja liikuntaelimistössä. Liikkumiskyvyn heikkeneminen johtaa ensin vaativimpien toimintojen (AADL) heikentymiseen, ja lopulta voivat vaikeutua myös päivittäiset perustoiminnot (ADL) kuten pukeutuminen ja peseytyminen. Myös sisällä liikkuminen voi muuttua ongelmalliseksi (Voutilainen & Vaarama 2005, 6; Pohjolainen 2009, 49). Iäkkään henkilön oma kokemus toimintakyvystään suhteessa ympäristöönsä ja sosiaaliseen verkostoonsa onkin tärkeämpi näkökulma kuin pelkkä toimintakyvyn yksilöllinen mittaaminen.

ICF-viitekehyksessä fyysinen toimintakyky sisältää ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet kokonaisuudessaan, sekä suoritusten ja osallistumisen alueelta pääluokat ”Liikkuminen”, ”Itsestä huolehtiminen” ja ”Kotielämä”. Ruumin/kehon toiminnot ja niiden vajaavuudet vaikuttavat henkilön suoriutumiseen muun muassa itsestä huolehtimisen toiminnoissa ja kotiaskareissa. Ruumiin/kehon toimintojen tai ruumiinrakenteiden vajavuus voi alentaa suorituskykyä (kyky toteuttaa jokin tehtävä tai toimi vakioidussa ympäristössä) ja sitä kautta heikentää suoritustasoa (mitä yksilö tekee nyky-ympäristössä). Lisäksi yksilö- ja ympäristötekijät vaikuttavat oleellisesti fyysiseen toimintakykyyn. (ICF 2004, 19, 30.)

Heimosen (2009, 55) mukaan psyykkisen toimintakyvyn käsite kattaa yksilön elämänhallinnan ja tyytyväisyyden sekä mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät. Hän määrittelee psyykkisen toimintakyvyn laajasti tarkoittaen iäkkään henkilön kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, motivoitua sekä kokea itsearvostusta. Lisäksi huomioidaan iäkkään henkilön kyky muodostaa käsityksiä ympärillä olevasta maailmasta. Myös kyvyt kokea ja tuntea kuuluvat psyykkiseen toimintakykyyn. Ruoppilan (2002) mukaan erityispiirteenä psyykkisessä toimintakyvyssä pidetään sitä, miten iäkäs henkilö on suhteessa sisäiseen todellisuuteensa; siihen, miten hän liittyy omaan toimintaansa tavoitteet, tiedonkäsittelytoimintonsa, sekä minäkäsityksensä. Toiminnan ohjaus ja sen säätely ovat tässä keskiössä.

Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueeseen sisältyy iäkkään henkilön persoonallisuus, millä tarkoitetaan hänelle tyypillisiä, suhteellisen pysyviä käyttäytymistäipumuksia. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa rakentuu myös iäkkään henkilön minäkäsitys, joka sisältyy persoonallisuuteen. Tiedostettu käsitys itsestä, minäkäsitys, mahdollistaa sen, että henkilö kykenee ohjaamaan ja vaikuttamaan omaa elämäänsä. Pystyvyyden ja pätevyyden ulottuvuudet kuuluvat myös minäkäsitykseen, ja niitä iäkäs henkilö tarvitsee arvioidessaan voimavarojensa riittävyttä. Elämänhallinnallisesta näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, millä tavalla iäkäs henkilö saa psyykkisiä hallintakeinoja ja strategioita selviytyäkseen erilaisista arjen ristiriitailanteista. (Uotinen, Suutama & Raitanen 2004; Ruoppila 2002.)

Tiedon käsittelyssä tarvittavat toiminnot kuten havaitseminen, oppiminen, muistaminen, kielelliset toiminnot, ajattelu, päätöksenteko ja ongelman ratkaisu ovat kognitiivisten

toimintojen keskiössä. Valikointi ja tulkinta liittyvät myös oleellisesti kognitiiviseen toimintakykyyn, jossa iäkäs henkilö liittyy havaintoihinsa merkityksiä aiemmasta elämäkokemuksestaan. (Suutama & Ruoppila 2007.) Tuulio – Henrikssonin (2011) mukaan kognitiivisen toimintakyvyn arviointi edellyttää monipuolista tiedonkeruuta, kuten haastattelua, havainnointia ja neuropsykologisten tehtävien teettämistä. Kognitiiviseen toimintakykyyn sisältyvät tiedon vastaanotto ja sen käsittely ja säilyttäminen, sekä sen käyttöön liittyvät psyykkiset toiminnot. Siihen vaikuttavat muun muassa mieliala ja vireystila, univalverytmi, elämäntilanne, stressi, aistitoiminnot (näkö, kuulo) sekä erilaiset psyykkiset ja somaattiset sairaudet. Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointia tehtäessä on tarpeen arvioida toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivat riskitekijät, kuten terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien vähyys ja kipu. Iäkkään henkilön voimavarat arvioidaan suhteessa arkeen vaikuttaviin vajeisiin sekä niiden vaikeusasteeseen. (Tuulio – Henriksson 2011.)

ICF-viitekehyksessä psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky sisältävät ruumiin/kehon osa-alueelta ensisijaisesti ”Mielentoiminnot”, toisaalta myös kaikki muutkin pääluokat siltä osa-alueelta vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ihmisen elämäntilanteeseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Suoritusten ja osallistumisen alueelta psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä kuvaavat lähinnä pääluokat ”Oppiminen ja tiedon soveltaminen”, ”Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet”, ”Kommunikointi” ja ”Keskeiset elämäntilanteet”. Ympäristö- ja yksilötekijät vaikuttavat psyykkiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn esimerkiksi ”Asenteiden” ja ”Tuen ja keskinäisten suhteiden” kautta. (ICF 2004, 29 – 30.)

Sosiaalista toimintakykyä on vaikea määritellä yksiselitteisesti sen monikerroksisuuden ja moniulotteisuuden vuoksi. Määritelmälle on useita malleja ja teorioita. (Rissanen 1999, 40.) Alla olevassa kuviossa (kuvio 1) on esitetty sosiaalisen toimintakyvyn keskeiset osa-alueet ja niiden keskinäinen vuorovaikutus.



KUVIO 1. Sosiaalinen toimintakyky. Tiikkainen & Heikkinen 2011.

Kuviossa yksilön potentiaalinen sosiaalinen toimintakyky muodostuu yksilön sekä erilaisten yksilötekijöiden ja sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön ja yhteiskunnan välisessä muuttuvassa vuorovaikutuksessa. Toimintakyky muodostuu niiden tarjoamien mahdollisuuksien ja rajoitteiden puitteissa. Aktuaalinen sosiaalinen toimintakyky ilmenee vuorovaikutuksena sosiaalisen verkoston kanssa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina. Esimerkiksi kanssakäyminen ystävien, sukulaisten ja tuttavien kanssa voi vaikuttaa sosiaalisten taitojen kehittymiseen. Eli yksilö saa jatkuvaa palautetta toiminnastaan. (Tiikkainen & Heikkinen 2011.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ”ihmisen kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä niistä rooleista, jotka hänellä on omassa toimintaympäristössään”. Sosiaaliseseen toimintakykyyn kuuluvat suhteet omaisiin ja ystäviin eli kyky toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Sosiaalisten suhteiden sujuvuus, osallistuminen, harrastukset, vastuu läheisistä

ja elämän mielekkyys kuuluvat sosiaalisen toimintakyvyn alueelle. (STM 2006; Voutilainen 2009, 126.)

Sosiaalisen toimintakyvyn kuvaaminen ICF:n viitekehyksessä tuo esille sosiaalisen toimintakyvyn moniulotteisuuden ja sen kiinteän yhteyden ympäristöön ja yksilötekijöihin. Sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta osa-alue ruumiin/kehon toiminnot sisältää monia toimintoja, joita tarvitaan sosiaalisessa kanssakäymisessä, muun muassa temperamentti ja persoonallisuustoiminnot sekä aistitoiminnot. Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueen pääluokista sosiaalista toimintakykyä kuvaavat lähinnä ”Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet” ja ”Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä”. Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä -pääluokka kuvaa ihmistä aktiivisena toimijana, mihin liittyy mm. harrastukset ja osallistuminen erilaisiin yhteisöihin. Suoritustasoa kuvataan osallisuutena elämän tilanteisiin eli ihmisen käytännön kokemuksina omassa elinympäristössään. Kontekstuaaliset tekijät sisältävät yksilön koko elämän ja elämisen taustoineen. (ICF 2004, 39 – 42, 209 – 211).

Sosiaalinen toimintakyky toteutuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, eikä siten ole vain yksilön potentiaalinen kyky. Simosen (2010, 187 – 188) esittelemässä Terveys 2000-tutkimuksen sosiaalisen toimintakyvyn kysymykset tuottivat keskeisiä vuorovaikutusilmiöitä, jotka ovat merkittäviä sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa. Ilmiöitä olivat osallistujan ymmärrysvaikeudet ja niiden käsittely, haastattelutilanteen sosiaalisten jännitteiden käsittely, haastattelutilanne resurssina sosiaalisia vuorovaikutustaitoja arvioitaessa, sekä ikäänntyneiden ja keski-ikäisten osallistujien erilaiset tulkinnat. (Simonen 2010, 187 – 188, 200.)

Toimintakyvyn arviointi

Tärkeitä kysymyksiä toimintakyvyn arvioinnin näkökulmasta ovat, miten iäkkään henkilön nykyisen elämän kokonaisuus ja historia tunnetaan, miten kattavasti otetaan huomioon hänen elämäänsä vaikuttavat muut tekijät, kuten esimerkiksi sosiaaliset suhteet ja ympäristö, miten nähdään hänen kykynsä ja voimavaransa, ja miten ymmärretään haavoittuvuutta aiheuttavat seikat hänen näkökulmastaan. (Sarvimäki &

Heimonen 2010, 22.) Koskisen (2011) mukaan vanhenemistutkimuksessa korvataan entistä enemmän toimintakyvyn käsitettä puhumalla iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistämisestä ja elämänlaadun parantamisesta. Iäkkäiden henkilöiden erilaiset voimavarat (kollektiiviset, kulttuuriset, sosiaaliset ja persoonalliset voimavarat) ja niiden tukeminen ovat nousseet esille sosiaaligerontologiassa. Iäkkäällä henkilöllä terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttaa ratkaisevasti se, miten hän selviytyy jokapäiväisestä elämästään. Siksi oma kokemus omasta toimintakyvystä suhteessa terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa ja asenteisiinsa sekä tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista päivittäisissä perustoimissa ja arjen askareissa, on ensiarvoisen tärkeää. (Voutilainen 2009, 125.)

Koska hyvässä arviointitilanteessa iäkkään henkilön oma subjektiivinen arvio on keskiössä, on tärkeää huomioida hänen kykynsä ja mahdollisuutensa käyttää jäljellä olevaa toimintakykyään arkielämässään. Iäkkään henkilön tulee antaa tehdä itse itseään koskevia ratkaisuja ja valintoja, ja näin elää toimintakyvyn heiketessäkin tarpeidensa ja tavoitteidensa mukaista elämää. (Jyrkämä 2008; THL 2011.) Jotta iäkkäiden henkilöiden toimintakyvystä saataisiin riittävän laaja kuva, tulisi arvioinnissa huomioida toimintakyvyn eri ulottuvuudet eli fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky (STM 2006). Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudet ovat kiinteästi sidoksissa toisiinsa (Pohjalainen 2009, 21).

Suomessa on käytössä paljon fyysisen toimintakyvyn mittaamisen arviointiin liittyviä menetelmiä ja mittareita, kun taas henkisten ja sosiaalisten edellytysten mittaamiseen käytettäviä mittareita on vähemmän. Yhtenäinen ja yleisesti hyväksytty arviointi- ja mittaamiskäytäntö siis puuttuu. Vastaamaan tähän haasteeseen Terveystieteiden tutkimuskeskus on kehittänyt kansallisen Toimia-tietokannan toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin mittaripankiksi. Mittaripankista löytyy laaja-alaisemmin toimintakyvyn mittareita tavoitteena parantaa toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua. Tietokannan mittarit sisältävät ICF -luokituksen. Henkilön toimintakyky arvioidaan käyttämällä mittareita, keskustellen ja havainnoiden. Arvioinnin tulee käsittää aina vähintään neljä toimintakyvyn ulottuvuutta: fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen. Lopputulos arvioinnista on aina yksilöllinen eli työntekijän ja iäkkään henkilön, sekä hänen läheistensä vuorovaikutuksen summa. (THL 2013; Laukkanen 2013, 303 – 304).

ICF ei ole sellaisenaan mittari, vaan ohjausväline toimintakyvyn osa-alueiden luokitteluun. Sen toistettavuutta tai validiteettia ei voi tarkastella samaan tapaan kuin yhden yksittäisen mittarin. ICF-luokituksen mukainen käsitteiden määrittäminen ei ole toimintakyvyn arvioimista tai mittaamista, vaan se on edellyttävä luokituksen käsitteitä vastaavien arviointimenetelmien käyttämisestä. (Paltamaa, Karppi, Smolander, Koho & Hurri 2006, 459 – 463). Ikääntyneiden toimintakyvyn arvioinnissa korostuu päivittäisistä toiminnoista (ADL, IADL) suoriutuminen (Lawton & Brody 1969; THL 2013). ICF-luokituksen avulla tarkasteltuna päivittäiset toiminnot sijoittuvat suorituksen ja osallistumisen alueelle (ICF 2004,14). Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen arviointiin on käytössä useita standartoituja mittareita, joita käytetään usein hyvin rutiininomaisesti (Lawton & Brody 1969), ja verrattuna toiminnallisiin testeihin (esim. kävelynopeuteen) ne ovat heikompia luotettavuudeltaan, toistettavuudeltaan sekä sensitiivisyydeltään (Fieo, Watson, Deary & Starr 2011).

Toimiatietokannassa (THL 2011) psyykinen toiminta määritellään mielen sisäiseksi toiminnaksi: ajatteluksi ja tunteiksi. Tämän vuoksi sitä ei voida suoraan havainnoida tai mitata, vaan henkilön psyykkisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen perustuvat pääasiassa yksilön omaan kokemukseen siitä, miten asia hänen kohdallaan on. Psyykkistä toimintakykyä on tärkeää mitata laajasti siten, että sen eri komponentit tulevat huomioituiksi, eikä vain kartoiteta psyykkisen toimintakyvyn vajeita (tunteet ja persoonallisuuteen liittyvät suhteellisen pysyväisluonteiset ajattelu- ja suhtautumistavat).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on perinteisesti ollut oma, tieteenalansa mukainen näkökulma työhönsä. Terveydenhuollon ammattilaiset tekevät työtään terveyden, sairauden ja toimintakyvyn näkökulmasta, sosiaalialan ammattilaiset taas huomioivat ensisijaisesti arjen sujumisen, toimeentulon ja psykososiaalisen tilanteen. Molemmat tahot näkevät asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesti, mutta oma ammattiala usein määrää sen, mitä asioita he painottavat ja mihin huomio asiakastyössä ensimmäisenä kiinnittyy. Dialogisuus moniammatillisessa työskentelyssä on kuitenkin enemmän kuin rinnakkain työskentelyä. Syvimmillään on kyse tasavertaisesta, taitavasta vuorovaikutuksesta. (Ikonen & Julkunen 2008, 20; Paltamaa ym. 2011, 37; Isoherranen 2005, 25 – 26)

Toimijuuden ulottuvuus, jota käsitellään lähemmin seuraavassa luvussa, avaa toimintakyvyn arvioinnille ja erityisesti arvioinnin tulosten tulkinnalle ja hyödyntämiselle asiakkaan näkökulmasta tarkoituksenmukaisen ulottuvuuden. (Voutilainen 2008, 128). Voimavarojen tukeminen on aina myös toimintakyvyn tukemista. Laajasti toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa siis sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää (Voutilainen 2009, 125).

2.3 Toimijuus toimintakyvyn näkökulmana

Sosiaaligerontologi Jyrkämän (2008, 194 – 195) mukaan toimijuus rakentuu kuuden modaliteetin eli ulottuvuuden keskinäisestä vuorovaikutuksesta: kykeneminen, osaaminen, haluaminen, täytyminen, voiminen ja tunteminen. Hän on kehittänyt modaliteetteja toimintatilanteiden, toiminnan ja toimintakyvyn tutkimisessa. Modaliteettiteoria on peräisin A.J. Greimasin Pariisin koulukunnan semiotiikasta ja semioottisesta sosiologiasta. Osaaminen on hankittu ominaisuus: toimijan tiedot, taidot, kykeneminen ovat psyykkisiä ja fyysisiä kykyjä, tilannekohtaista toimintakykyä. Haluaminen viittaa motivaatioon, täytyminen fyysisiin ja sosiaalisiin pakkoihin sekä rajoituksiin, voiminen mahdollisuuksiin. Tunteminen liittyy arvostuksiin ja tunteiden liittämiseen toimijan kohtaamissa tilanteissa ja asioissa. Suomessa modaalisuuden käsitteen sosiologiseen keskusteluun ovat tuoneet Sulkunen ja Törrönen (1997, 72 – 95), ja Jyrkämä on kehitellyt heidän kirjoitustensa pohjalta modaliteetteja niin, että myös tunteminen on hänen mukaansa itsenäinen modaliteetti (Jyrkämä 2008, 194 – 195; Romakkaniemi 2010, 138 – 139).

Toimijuus-käsite viittaa aktuaaliseen, käytössä olevaan toimintakykyyn potentiaalisen toimintakyvyn sijaan. Toimintakyvyltään heikentyneellä iäkkäällä henkilöllä on voimavaroja ja toimijuutta, minkä arviointiin ammattilaisten olisi tarpeellista paneutua osallisuuden toteutumiseksi. Ikääntyneet ihmiset tarkkailevat ja rakentavat elämänsä ja vanhenemistaan toimien ja tehden valintoja niissä rakenteellisissa, kulttuurisissa ja ajallis-paikallisissa puitteissa, joissa he elämäänsä ikääntyessään elävät. Toimimatta jättämisen voi nähdä myös ikäihmisen toimijuutena ja

itseäänmäärittämisoikeuden toteuttamisena. Perinteisesti sosiaaligerontologinen tutkimus on painottunut iäkkäiden henkilöiden sosiaalisen toimintakyvyn tutkimukseen, mutta Jyrkämä peräänkuuluttaa siirtymistä sosiaalisen toimintakyvyn tutkimisesta toimintakyvyn sosiaalisuuden tutkimiseen. (Jyrkämä 2007, 196 – 197; Koivula 2008, 204.)

Kuten ICF-luokitus, jota edellisessä luvussa käsiteltiin, toimijuuskin korostaa toimintakyvyn tilanne- ja kontekstisidonnaisuutta. Toimijuuden taustalla on gerontologiselle tutkimukselle keskeisenä kohteena toimintakyky sekä ikääntymisen yksilötason teorit: aktiivisuus- ja irtaantumisteorit, jotka voidaan käsittää toiminnan teorioina (Jyrkämä 2008, 196 – 199). Gerontologinen tutkimus on aiemmin sivuuttanut toiminnan tutkimuksen ikääntymisen tutkimuksessa (Jyrkämä 2007, 196). Toimijuus on ymmärrettävissä ikääntymisen tutkimuksen paradigmatoksi tai teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi, jonka avulla voi ymmärtää ja analysoida iäkkäitä henkilöitä arkitilanteissaan, mutta myös palvelujärjestelmää ja sen sisältämiä ja tuottamia toimintakäytäntöjä. (Jyrkämä 2008, 196).

Toimijuus-käsitteen taustalla on ihmisen käyttäytyminen ja toiminta suhteessa yhteiskunnallisiin rakenteisiin ja lainalaisuuksiin, mikä on keskeistä sosiologisessa keskustelussa (Jyrkämä 2007, 202). Jyrkämän (2008, 191) mukaan toimijuudesta on käyty monipolvista keskustelua (Campbell 1996; Archer 2000, Parker 2000 ja David ja Julia Jary 2000). Jaryt (2000) pitävät toimijuutta kykynä toimia riippumatta yhteiskuntarakenteiden luomista rajoituksista, kun taas Giddens (1984, 25) korostaa toiminnan ja yhteiskunnan rakenteen liittyvän kiinteästi yhteen.

Giddens esittelee teoksessaan *Constitution of Society* vuonna 1984 rakenteistumisteorian, jonka ydinajatuksen mukaan yhteiskunnallinen todellisuus muodostuu rakenteista, jotka ovat muistijälkinä yhteiskunnallisten tekijöiden (agent) tajunnassa. Nämä rakenteet ovat yhteiskunnallisista toimijoista riippumattomia siten, että ollessaan yhteiskunnallisesti vallitsevia, yksittäinen tekijä ei voi olla niistä riippumaton. Rakenteet ovat pakottavia yksittäiselle toimijalle, mutta rakenteet säilyvät vain toiminnan vuoksi. (Giddens 1984, 25.) Vanhuspalvelujärjestelmän voi nähdä tällaisena rakenteena, johon yksittäinen ikäihminen on sidoksissa, ja jota hän ei yksin omalla toiminnallaan voi muuttaa. Kuitenkin Giddensin ajattelussa yksittäisellä

toimijalla, myös iäkkään henkilön toiminnalla, on merkitystä rakenteiden pysyvyydessä tai muutoksessa. Kun iäkäs henkilö tiedostaa toimintansa ja sen sisältämän vallan, hän voi vaikuttaa muiden toimijoiden, jopa järjestelmän, toimintaan.

Giddens jättää rakenteistumisteoriassaan avoimeksi toimijuuden ja tekijyyden määrittelyn ja näiden analyysi on päällekkäistä, minkä vuoksi rakenteet näyttävät joustavammilta kuin ovatkaan. Kuitenkin perusolettamuksina Giddensillä on, että toimija on intentionaalinen ja että refleksiivinen toimijuus on intentionaalista. Toimijalla on valtaa toimia tai olla toimimatta, kun taas tekijä ei tiedosta valtaansa toiminnassaan (Giddens 1984, 25; Heiskala 2000, 189).

Jyrkämä (2008, 191) viittaa Giddensiin todetessaan, että rakenteet ovat duaalisia, kaksitahoisia, ja että ne määräävät ja mahdollistavat ihmisen toimintaa ja toimijana ihminen omaksuu, uusintaa kuin rakentaakin rakenteita. Ääripäässä toimijuus merkitsee siis valtaa toimia toisin, yhteiskuntarakenteista huolimatta. Realistisempaa on ajatella rakenteiden, kuten palvelujärjestelmän, myös rajoittavan ikääntyneiden toimintaa. Rakenteet, joihin toimijuus on sidoksissa, voidaan jakaa toimijuuden koordinaatteihin, joita ovat ajankohta, ikä, sukupuoli, kohortti/sukupolvi, yhteiskuntaluokka, ympäristö ja kulttuurinen tausta tai ryhmä. Toimijuuden koordinaatit ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja jonkin koordinaatin muuttuminen voi olla olennaista toimijuuden kannalta. Toimintakyvyltään heikentyneiden iäkkäiden henkilöiden toimijuus toteutuu usein huomattavasti rajatummissa rakenteissa kuin nuorempien ihmisten toimijuus, joten yhteiskuntarakenteilla on vaikutuksensa yksilön toimijuuteen. (Tulle 2004, 186; Jyrkämä 2008, 191).

Giddensin (1984, 9) toimijuuden määritelmään liittyvät toimijan aikomukset ja valta toimia toisin. On perusteltua nähdä toimintakyvyn alentumisen vuoksi hyvin rajallisissa mahdollisuuksissa elävä iäkäs henkilö toimijana, joka kykenee vähintäänkin olemaan tekemättä häneltä oletettuja toimintoja. Tällainen on Koivulan (2008, 211 – 212) tutkimuksessa toimijuuden rakentumisesta esimerkkinä käytetty Margit, jonka toimijuus rakentuu laitoksen arjen toiminnassa päivittäin. Margitilla on heikko fyysinen toimintakyky, eikä hän kykene puhumaan, ja hänen toimintaansa lounasruokailussa rajoittaa laitoksen aikataulut ja käytännöt. Hän kuitenkin valitsee ruokailupaikakseen sänkynsä ja jättää halutessaan ruokaa syömättä. Hän siis toimii valitsemallaan tavalla mahdollisuuksien mukaan.

On tärkeää pyrkiä näkemään iäkäs henkilö toimivana subjektina, muutoin pohja voimavaroja korostavalta työskentelyltä ja iäkkään henkilön osallisuudelta menetetään. Kotiranta ja Virkki (2011) käsittelevät toimijuutta ja sosiaalisen toiminnan teoriaa, suomalaisen sosiaalityön uranuurtajien Eskolan ja Viheriärannan vuonna 1983 käyttöön ottaman, psykologi Leontjevin toiminnan käsitteen kautta. Heidän mukaansa sosiaalityön kohde on ihmisen ongelmatilanteeseen liittyvä toiminta. Ihminen toimivana subjektina on Eskolan ja Viheriärannan käsittelemä teema, joka pohjautuu myös Leontjevin ja kollegansa, psykologi Vygotskin ajatteluun. Ihminen on yhtä aikaa sekä yhteiskunnan jäsen että subjekti. Mahdollisista rajoitteista huolimatta hän on toimiva subjekti, jonka käsittämätöntäkin toimintaa tulee auttajan pyrkiä ymmärtämään. (Kotiranta & Virkki 2011, 123 – 124.) Iäkkään henkilön toiminnan ymmärtämiseen tarvitaan aikaa ja halua ymmärtää. Oletus siitä, että toisen ihmisen toiminnalla on mielekäs pyrkimys, vaikka se ei olisikaan ensi alkuun ilmeistä, on lähtökohta ymmärrykselle.

Toimijuuden näkökulmasta ihminen ei elä Jyrkämän (2007, 32 – 33) mukaan yhteiskunnallisessa tyhjiössä, vaan yhteiskunnalliset rakenteet ovat läsnä niin menneessä, nykyisessä kuin tulevassa. Toimijuus tapahtuu tietyssä ajassa ja paikassa ja sitä määrittää ikä, ajankohta, paikallisuus sekä ikäryhmään ja sukupolveen kuuluminen. Tulle (2004, 186) korostaa myös ikääntymisestä ja iäkkäistä henkilöistä käytävän yhteiskunnallisen keskustelun merkitystä sille, miten iäkkäät henkilöt ja iäkkäiden henkilöiden toimijuus nähdään. Ikääntyminen on nähty negatiivisena ja sen tuomat toimintakyvyn vajeet lääketieteellisenä ongelmana. Toimijuuden näkökulma pyrkii siis tuomaan esiin ihmisen omaa osuutta toimijana toimintakykynsä käytössä.

Kilpeläinen & Romakkaniemi (2013) viittaavat Kosciulekiin (2007, 41 – 42) todetessaan toimijuuden olevan nimenomaan mahdollisuutta toimia toisin, mikä taas edellyttää tietoa ja mahdollisuutta tiedon pohjalta kontrolloida tarvitsemiaan palveluja. Ollakseen toimijana palvelujärjestelmässä asiakasta täytyy kuunnella ja arvostaa hänen asiantuntemustaan omassa asiassaan, ja hänen tulee olla mukana kaikissa itseään koskevilla keskusteluissa ja päätöksenteossa (Kilpeläinen & Romakkaniemi 2013, 263 – 264; Shier 2001, 113 – 115.) Yksi ryhmä, jonka toimijuus voi olla heikkoa, on muistisairaajat iäkkäät henkilöt. Valokivi (2013, 146 – 162) on tutkinut apua, hoivaa ja

palveluja tarvitsevan muistisairaana iäkkään henkilön toimijuutta kansalaisuuden näkökulmasta. Muistisairaana iäkkään henkilön toimijuus näyttäytyy heikkona aktiiviseen toimijuuteen ja palvelumarkkinoilla kuluttajana toimivaan kansalaiseen verrattuna. Kansalaisen odotetaan hankkivan aktiivisena kuluttajana tarvitsemiaan palveluja itsenäisesti ja ottavan vastuun selviytymisestään kotonaan. Muistisairaana iäkkään henkilön toimijuutta voidaan kutsua jaetuksi toimijuudeksi, mikä toteutuu läheisten avulla. Muistisairaana läheinen näyttäytyy aktiivisena toimijana, joka kykenee arvioimaan tarjolla olevia palveluja.

Toimijuutta voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, havainnoimalla iäkästä henkilöä itseään sekä haastatteleamalla hänen läheisiään, analysoimalla asiakirjatietoa ja konsultoimalla eri ammattilaisia. Mittarit, kuten erilaiset fyysistä, kognitiivista ja psyykkistä toimintakykyä mittaavat mittarit, antavat selkeää numeraalista faktaa toimintakyvystä eli kertovat, millainen toimintakyky on. Ne eivät kuitenkaan vastaa miksi-kysymyksiin, eivätkä avaa toimijuuden näkökulmasta syy- seuraamussuhteita eri toimintakyvyn vajeista. Etenkään sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin näkökulmasta mittarit eivät sellaisenaan riitä, koska sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin tarvitaan myös vuorovaikutuksen arviointia.

Haastattelun arvo toimijuuden arvioinnissa on merkittävä. Haastattelutilanteissa voidaan kysyä, mistä jokin toimintakyvyn vaje on seurausta, mihin se johtaa ja millainen apu olisi tarpeen. Iäkäs henkilö voi itse kertoa kykenemisestään, osaamisestaan, haluamisestaan, tuntemisestaan, täytymisestään ja voimisestaan, mutta tämä vaatii ammattilaiselta aikaa, perehtymistä ja todennäköisesti enemmän kuin yhden tapaamisen. Iäkkään henkilön toimijuuden arviointiin on tarpeellista ottaa mukaan myös hänen läheisensä etenkin muistisairaana henkilön kohdalla. Usein toimintakykyarvio tehdään yhdessä ainoassa kohtaamisessa, eikä esimerkiksi tilannetta, ympäristöä ja tunteita oteta huomioon systemaattisesti. Palvelujärjestelmä on kuormittunut, ja asiakkaan ja työntekijän suhteet ovat lyhytaikaiset ja pintapuoliset muun muassa työntekijöiden vaihtuvuuden vuoksi. (Saarenheimo & Pietilä 2007, 79.)

Vanhuspalvelulain tarkoituksena on tukea iäkkään henkilön toimintakykyä ja osallisuutta, minkä toteutumiseksi toimintakyvyn arvioinnin laajentaminen toimijuuden arvioinnin suuntaan on tarpeellista. Toimijuuden modaliteettien läpikäyminen yhdessä

iäkkään henkilön kanssa auttaa selvittämään niitä tunteita ja motiiveja toimintakyvyn käytössä, joita sinänsä hyödylliset mittaristot eivät tavoita. Olennaista on kiinnittää huomio myös ympäristöön ja olosuhteisiin, joissa toimintakyvyn ja toimijuuden arviointi tehdään. Miten vaikuttaa se, tehdäänkö arviointi iäkkään henkilön kotona vai laitososuhteissa, kasvotusten tai puhelimitse? Laitosmaisissa olosuhteissa verrattuna oman kodin olosuhteisiin toimijuus voi näyttäytyä hyvin erilaisena; jopa niin erilaisena, että voidaan puhua ”kotitoimintakyvystä” ja ”laitostoimintakyvystä”. (Jyrkämä 2008, 199.) Jos esimerkiksi nämä edellä mainitut kotitoimintakyvyn ja laitostoimintakyvyn yhdistäisi, niistä voisi ajatella muodostuvan iäkkään henkilön kokonaistoimintakyvyn ja toimijuuden.

Iäkkään henkilön toimijuuden tunnistaminen mahdollistaa iäkkään henkilön osallisuuden ja tarvittaessa osallistamisen. Osallistamiseen pyritään kysymällä iäkkäiltä henkilöiltä kokemuksia palveluista, palveluntarpeesta ja palveluntarpeen arvioinnista. Valokivi (2004, 214, 223) on tutkinut ikääntyneiden palvelukokemuksia ja jaotellut vastaajat kolmeen eri ryhmään: oikeuksistaan tietoiset ja vaativat kansalaiset, aktiiviset palveluiden käyttäjäkansalaiset sekä alamaiskansalaiset. Näistä ryhmistä osallisuus on toteutunut parhaiten aktiivisten palveluiden käyttäjäkansalaisten kohdalla, ohuesti oikeuksistaan tietoisien ja vaativien asiakkaiden kohdalla ja jäänyt toteutumatta alamaiskansalaisten kohdalla. Aktiiviset palveluiden käyttäjäkansalaiset ovat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja liittoutuvat niin kunnallisten, yksityisten kuin kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Oikeuksistaan tietoiset ja vaativat asiakkaat ovat ikääntyneitä, jotka vaativat palvelujärjestelmältä palveluja sillä perusteella, että ovat ikänsä maksaneet veroja ja hoitaneet velvoitteensa. Julkiset toimijat ovat etäisiä oikeuksistaan tietoisille ja vaativille asiakkaille ja he saattavat kritisoida näitä voimakkaastikin. Alamaiskansalaisten kohdalla näyttää toimintakyky ja jaksaminen olevan heikkoa; on tietämättömyyttä ja huolta tulevaisuudesta sekä tyytymistä tarjottuihin palveluihin.

Aiemman tutkimuksen perusteella vaikuttaa siis siltä, että etenkin toimintakyvyltään heikkojen, kuten muistisairaiden toimijuuden arviointi ja tunnistaminen olisivat olennaisia asioita osallisuuden varmistamiseksi. Toimijuuden näkökulma korostaa toimintakyvyn todellista käyttöä iäkkään henkilön yksilöllisessä elämäntilanteessa. Sen arvioiminen kytkeytyy palvelutarpeen arviointiin ja numeraalisen mittaamisen lisäksi

tarvitaan iäkkään henkilön ja mahdollisten omaisten haastatteluja ja havainnointia eri tilanteissa. Toimintakyvyltään heikentyneen iäkkään henkilön toimijuus on tärkeää tunnistaa, jotta vanhuspalvelulain mukainen osallisuus voi toteutua. Osallisuuden toteutumiseksi vanhuspalvelulaki velvoittaa kuntia nimeämään vastuutyöntekijän varmistamaan, että toimijuudeltaan heikentynyt iäkäs henkilö saa tarvitsemansa palvelut. Osallisuuteen paneudutaan tarkemmin seuraavassa luvussa.

2.4 Iäkkään henkilön osallisuus

Ikääntyminen ja sen mukanaan tuoma toimintakyvyn lasku ovat elämässä taitekohta, jolloin iäkäs henkilö ei ehkä enää selviydy arjestaan totutulla tavalla. Aiemmin itsestään selvän perustarpeen, osallisuuden, toteutuminen ei olekaan enää itsestäänselvyys. Jotta iäkäs henkilö saa elää mielekästä ja arvokasta elämää toimintakyvyn heikentyessä, osallisuuden toteutuminen hänen elämässään ja tarvitsemisissaan palveluissa on tärkeää.

Toimintakyvyn lasku ei voi olla peruste sille, ettei iäkäs henkilö saa osallistua tai päättää itseään koskevista asioista. Pelkkä kuunteleminen ei riitä, vaan iäkkään henkilön täytyy saada myös vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin. Laajemmin ajateltuna asiakkaan osallisuudella uskotaan päästävän parempiin hoito- ja kuntoutumistuloksiin, sekä vahvistettavan asiakkaan itsemääräämisoikeutta, motivaatiota, kuntoutumismyönteisyyttä ja vastuunottoa omasta elämästään.

Koska arvokkaan elämän toteutuminen on vahvasti kytköksissä siihen, kuinka iäkäs henkilö kokee saavansa vaikuttaa palveluihinsa ja olevansa niissä osallinen, Vanhuspalvelulain yhtenä tavoitteena on vahvistaa iäkkään henkilön osallisuutta oman palvelunsa suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Laissa johtoajatuksena on järjestää palvelut niin, että iäkkäällä henkilöllä olisi mahdollista elää arvokasta elämää. Iäkkään henkilön osallisuuden taso ja hänen saamansa palvelun laatu vaikuttavat hänen koko elämäänsä. (STM 2012:12.)

Osallisuuden määrittely on haastavaa, sillä sitä voidaan lähestyä monesta suunnasta (Julkunen & Heikkilä, 2007). Osallisuus-käsite irrallisena on vähämerkityksinen, eikä kerro paljon. Se liitetäänkin yleensä osaksi tiettyä kontekstia, kuten esimerkiksi iäkkään henkilön osallisuuteen hänen käyttämissään palveluissa. Tästä voi päätellä, että osallisuuden todellinen määritelmä on kytköksissä siihen, kuka ja missä yhteydessä

määrittelee käsitteen (Salmikangas 2002, 94). Usein osallistuminen (participation) ja osallisuus (involvement) sekoittuvat ja käsitteitä saatetaan käyttää synonyymeina (Kujala 2003, 46). Käsitteiden välillä on kuitenkin selkeä ero ja osallisuus mielletään laajemmaksi käsitteeksi kuin osallistuminen. Osallisuuden toteutuessa palvelun käyttäjän toiminnalla nähdään olevan vaikutus palveluprosessiin ja asiakas voi ottaa osaa päätöksentekoon (Laitila 2011, 6). Niiranen (2002, 69) näkee osallisuuden olotilana ja osana osallistumisen prosessia. Hänen mukaansa osallisuuden tunne on osallistumisen edellytys ja tuottaa lisää halukkuutta osallistumiseen. Ajatus on vietävissä myös iäkkään henkilön palveluihin. Jos iäkkäällä henkilöllä on tunne omasta osallisuudestaan käyttämässään palveluissa, hän myös todennäköisesti osallistuu aktiivisemmin niihin.

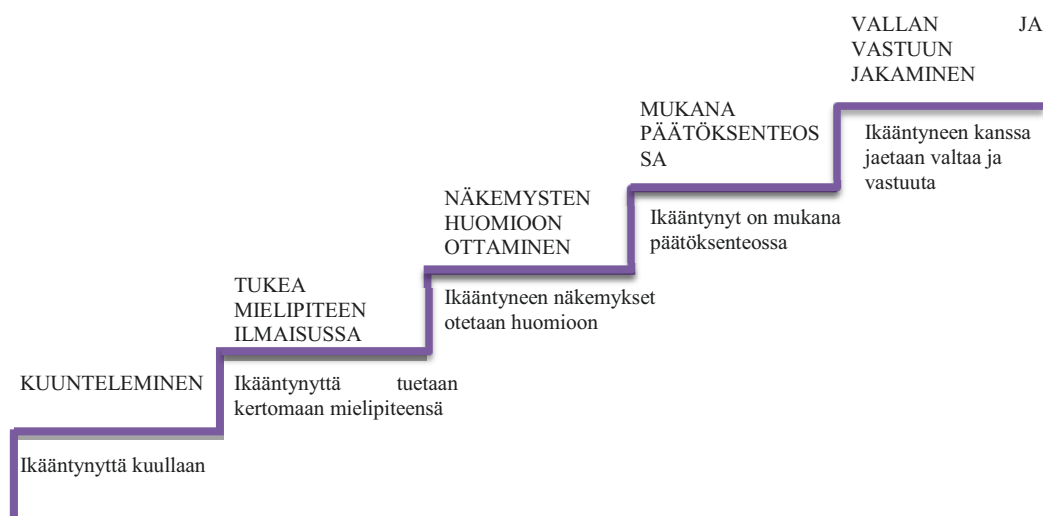
Yksilötasoinen osallisuus liittyy vahvasti yhteisöön osallistumiseen. Jossakin osallisena oleminen tuottaa hyvinvointia ja terveyttä osallisuuden tuodessa merkitystä elämään. Osallisuuden käänköpuolena voidaan nähdä sosiaalinen syrjäytyminen ja osattomuus, jotka puolestaan ovat johtamassa yhteisöllisen toiminnan ulkopuolelle jäämiseen ja ongelmien kasautumiseen (Karjalainen & Karjalainen 2010, 14). Voidaan siis todeta, että osallisuuden kokemus tuo ihmiselle useita positiivisia merkityksiä. Ihannetilanne olisi, että kaikki ihmiset kokisivat olevansa osallisia lähiyhteisössään, yhteiskunnassa ja sen palveluissa. Yhteiskunnallisen osallisuuden näkökulmasta osallisuuskokemus on tukemassa yhteiskuntaan integroitumista ja vähentää samalla leimautumista ja syrjintää. Palvelujärjestelmän näkökulmasta osallisuus lisää halua tuottaa laadukkaita ja asiakkaiden tarpeita ja toiveita vastaavia palveluita. (Laitila 2011, 3.)

Osallisuudesta on tehty runsaasti erilaisia osallisuuden portaita, kehikkoja ja malleja. Klassinen Sherry Arnsteinin (1969) kahdeksanvaiheinen tikapuumalli osoittaa osallistumistason nousevan vaiheittain ylöspäin edetessä. Ihanteena Arnsteinilla on korkeimmalla tikkaalla tapahtuva täysvaltainen osallistuminen, jolloin kansalaiset toimivat itse, eikä yhteiskunta juurikaan puutu toimintaan. Tikkaiden keskivaiheille sijoittuu kuuleminen, kumppanuus ja kansalaisten osallistuminen päätöksentekoon tasarvoisina toimijoina. Alimmalla tikkaalle sijoittuu yksisuuntainen valta, joka voi ilmetä manipulointina tai passiivisena osallistumisena. (Arnstein, 1969, 243 – 244.) Suomessa lasten osallisuutta tutkinut Horelli (1994, 39) on verrannut manipulaation porrasta

osattomuuteen ja korostaa ylimmälle portaalle noustessa osallistumisen muuttuvan osallisuudeksi.

Hierarkkisen osallisuuden mallia on kritisoitu laajemmin, muun muassa Tritter ja McCallumb (2006, 157) ovat osoittaneet kritiikkiä Arnsteinin tikapuumallia kohtaan, jossa osallisuutta mitataan pelkästään sillä, kuinka paljon asiakkaalla on mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon. Tikapuumalli ei ota huomioon sitä, että erilaisia osallistumisen malleja tarvitaan, ja että erilaisilla palveluiden käyttäjillä olisi osallistumisen mahdollisuudet. Jos vain aktiivisimmat ja eniten kykenevät pääsevät käyttämään valtaa, voivat vähemmistöjen tarpeet jäädä huomioimatta. Tällöin voidaan ajatella, että heikoimmassa asemassa olevat iäkkäät henkilöt jäävät kuulematta. Muuttuvassa, monikulttuurisessa ja –kompleksisessa maailmassa tarvitaan moniulotteista osallisuuden määrittelyä, joka koostuu erilaisista toimijoista, kuten palvelujen käyttäjien, yhteisöjen, vapaaehtoisjärjestöjen ja virallisen sektorin välisestä kanssakäymisestä.

Myös Harry Shier (2001) on määrittänyt osallisuutta portaittain nousevaksi. Osallisuuden portaita voidaan soveltaa myös ikääntyvän ihmisen palvelutarpeen arviointitilanteeseen. Viisiaskelmaiset portaat määrittävät osallisuuden tasoja niin, että alemmilla portailla ikääntyvällä on vain vähän tai ei lainkaan mahdollisuuksia vaikuttaa, ja mitä korkeammalle hän kiipeää, sitä enemmän valtaa hänellä on. Ensimmäisellä portaalla osallisuus on sitä, että ikääntyvää henkilöä kuunnellaan. Vaikka pelkkä ikääntyneen kuunteleminen ei takaa osallisuutta, on se lähtökohta sen toteutumiseksi. Toisella portaalla ikääntyvää tuetaan kertomaan mielipiteensä. Mielipiteen kertominen voi olla haasteellista iäkkäälle, jolla on heikko toimintakyky, joten mielipiteen kertomista on tuettava erityisesti. Kolmannen portaan osallisuus on tasolla, jossa ikääntyvän näkemykset otetaan huomioon ja neljännellä portaalla osallisuus on ikääntyvän ottamista mukaan päätöksentekoon. Viidennellä portaalla osallisuus on korkeimmillaan, kun ikääntyvän kanssa jaetaan valtaa ja vastuuta. Palvelutarpeen arvioinnin tekevällä työntekijällä on suuri vaikutus siihen, millaiseksi ikääntyneen osallisuus tilanteessa muodostuu. Alla on esitetty osallisuuden portaat:



KUVIO 2. Osallisuuden portaat Shierin mukaan. 2001.

Osallisuutta voidaan selittää myös lineaarisesti etenevinä tasoina. Clark & Davis & Fisher & Glynn & Jefferies (2008, 11) ovat luoneet viisi tasoa palvelujen käyttäjille, joiden mukaan osallistuminen toteutuu. Iäkkään henkilön osallisuus mahdollistuu sitä paremmin, mitä korkeammalle tasolle hän pääsee. Tasolta voi palata myös taaksepäin alemmalle tasolle. Iäkkään henkilön osallisuutta voidaan lähestyä Clarkin ym. mukaan seuraavan kuvion kautta:



KUVIO 3. Osallisuuden tasot Clarkin ym. mukaan. 2008.

Ensimmäisellä tasolla iäkäs henkilö ei osallistu. Palvelut on suunniteltu ja ne toimitetaan sekä hallinnoidaan ikääntynyttä kuulematta. Toisella tasolla iäkkäät henkilöt saavat jonkin verran tietoja palvelusta, mutta tarjolla ei ole mahdollisuutta olla aktiivisesti mukana muokkaamassa palvelukokonaisuuksia. Käyttäjät saattavat olla joskus mukana palvelujen suunnittelussa epäsystemaattisesti. Kolmannella tasolla osallistuminen kasvaa. Käyttäjryhmiä kuullaan säännöllisesti palvelun näkökohtien

kehittämiseksi, esimerkiksi toiveita toiminnasta tai tilojen suunnittelusta. Asiakkaat saavat myös tietoa palveluista. Kuitenkin keskeiset päätökset palvelujen suunnittelusta, henkilöstön rekrytoinnista tai taloudellisista päätöksistä tehdään foorumeilla, joissa palvelujen käyttäjät eivät ole edustettuina. Neljättä tasoa kutsutaan yhteistyötasoksi. Tällöin palvelun käyttäjät ovat täysin mukana palvelujensa suunnittelussa. Palvelun käyttäjille tarjotaan mahdollisuutta yhteistyöhön, tukeen ja koulutukseen yhteistyön parantamiseksi sekä palveluita käytettäessä että niiden ulkopuolella. Viides taso on kumppanuustaso. Palvelujen käyttäjät ja henkilöstö työskentelevät yhteistyössä kaikilla palvelualueilla, jolloin tärkeimmät päätökset tehdään yhteisesti. Palvelun käyttäjät ovat mukana arvioimassa palveluja. Palvelun käyttäjillä on mahdollisuudet työskennellä palvelujen parissa vapaaehtoisina, mikä voi edesauttaa työllistymistä palvelujen ulkopuolella. (Clark ym., 2008, 11.)

Clarkin ym. (2008, 11) mallia sovellettaessa ikääntyneen väestön palvelutarpeen arviointiin ensimmäisellä tasolla iäkäs henkilö ei osallistu palvelutarpeen arviointiin itsemillään lailla. Tämä vaihtoehto on vastoin iäkkään henkilön oikeuksia (Sosiaalihuollon asiakaslaki 22.9.2000/812, 8 § 1 mom), eikä takaa arvioinnin laadukasta toteutumista, mikäli palvelut suunnitellaan ja hallinnoidaan ilman iäkkään henkilön kuulemista. Toisella tasolla iäkäs henkilö saa jonkin verran tietoa palveluista, mutta edelleenkään osallisuutta ei pääse syntymään. Kolmannella tasolla sen sijaan voidaan alkaa puhua osallisuudesta, kun iäkästä henkilöä kuullaan ja hänellä on mahdollisuus esittää mielipiteensä palvelujensa suhteen ja hän saa tietoa palveluista. Neljättä tasoa kutsutaan yhteistyötasoksi. Tällöin iäkäs henkilö on mukana palvelujen suunnittelussa ja hänelle tarjotaan mahdollisuus yhteistyöhön ja tukeen yhteistyön parantamiseksi sekä palvelutarpeen arvioinnissa että niiden ulkopuolella. Viides taso on kumppanuustaso. Iäkäs henkilö ja moniammatillinen henkilöstö työskentelevät yhteistyössä, jolloin tärkeimmät päätökset tehdään yhteisesti. Iäkäs henkilö pääsee myös mukaan arvioimaan toteutettuja palveluja.

Osallisuuden eri muodot sopivat palvelun käyttäjille eri aikoina eri lailla ja jopa saman tilanteen aikanakin. Iäkkäiden henkilöiden tilanteet voivat vaihdella niin, että jossain tilanteessa informaation antaminen ja saaminen voi tuoda osallisuuden kokemuksen, kun taas toisessa tilanteessa iäkäs henkilö voi kokea osallisuutta kyetessään osallistumaan päätöksentekoon itseään koskevissa asioissa. Osallisuuden erilaisia

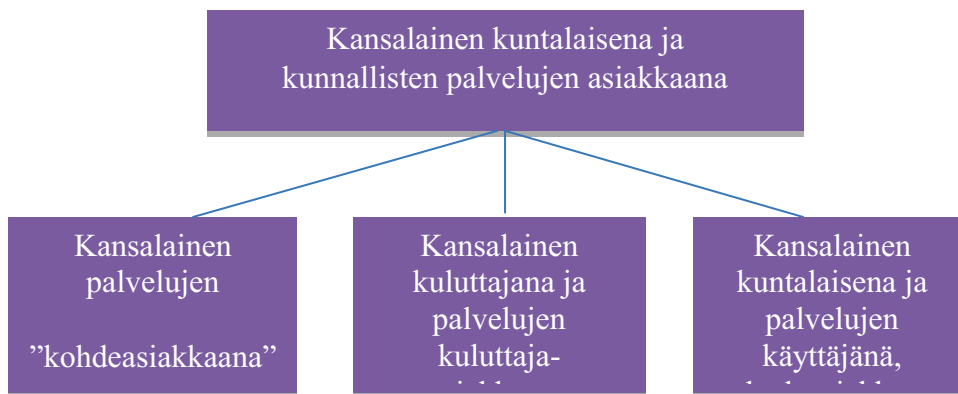
muotoja tarvitaan juuri sen vuoksi, että asiakkaiden elämäntilanteet ja voimavarat ovat erilaisia. Osallistumisen ja osallisuuden ihannetilän mittaaminen ei ole siis suoraviivaista. Jotta valinnan mahdollisuus toteutuu, ei ole aina tarpeellista, että kaikkien henkilöiden osallisuus tapahtuisi ylimmillä tasoilla. Henkilö ei ehkä halua tai kykene toimimaan osallisuusmallien ylempillä tasoilla. Vallan tai kontrollin saaminen ei ole aina välttämätöntä ihmisen voimaantumisprosessissa (Zimmerman 1995, 580).

Samaan asiaan viittaa myös Kirsi Juhila (2011, 151) asiakkaan ja työntekijän välisellä huolenpitosuhteella, joka perustuu siihen, että henkilöllä on oikeus huolenpitoon esimerkiksi toimintakyvyn heikentyessä. Joskus iäkäs henkilö ei jaksakaan olla esimerkiksi uupumuksen vuoksi kuin vastaanottavassa tilanteessa. Aktiivista osallisuutta ei aseteta lähtökohdaksi, vaan jokaisella ajatellaan olevan sosiaaliset oikeudet, joiden toteuttamiselle ei voida asettaa ehtoja. Suhteen lähtökohtana on, että asiakkaat eivät kaikissa elämänvaiheissa selviä ilman apua ja tukea. (Juhila 2011, 151.) Tämä ei tarkoita, että henkilö ei voisi huolenpitoa saadessaan kokea osallisuutta, sillä osallisuuden kokemus on vahvasti subjektiivinen ja toteutuu henkilön itse kokiessa olevansa osallinen yhteisön elämästä ja sen tarjoamista mahdollisuuksista, sekä toiminnasta ja vuorovaikutuksesta. (Nivala 2008, 168 – 172). Iäkkään henkilön osallisuutta määriteltessä on huomioitava erityisesti se, että mahdolliset toimintakyvyn muutokset muuttavat osallisuuden tasoa nopeastikin. Tärkeintä on, että iäkkään henkilön osallisuuden toteutumista tuetaan tarvittaessa ja sille annetaan tilaa.

Tarkoituksenmukaista on tarkastella myös, miksi osallisuus käsitteenä ja tavoitteena on noussut yhteiskunnalliseen keskusteluun ja miksi osallisuuden tavoittelu nähdään tärkeänä. Kansalaisten osallisuus on noussut Suomessa yhteiskunnallisesti merkittäväksi päämääräksi 1990-luvulta alkaen. (Suomi & Hakonen 2008, 132). Osallisuuden merkityksen nousun taustalla voidaan ajatella olevan suomalaisen hyvinvointivaltion kolmiosaisen muutoksen, joka on saanut vaikutteita brittiläisestä julkisten palvelujen reformista. Ensinnäkin 1990-luvulla sosiaalipalveluiden valtiojohtoisuus purkautui, tuotanto keskittyi kuntiin ja samalla alettiin painottaa paikallista päätöksentekoa. Toiseksi sosiaalipalveluiden tuotanto on saanut piirteitä markkinaehtoisista palveluista, jolloin julkiset palvelut ovat muuttuneet enemmän ulkoistettujen palveluiden suuntaan. Kolmantena vaiheena tämän kehityksen myötä asiakkaan aktiivista roolia sekä oikeuksia ja mahdollisuuksia on alettu korostaa. (Toikko 2012, 47; 57; 68.) Nykyään

asiakslähtöisyys nousee palveluprosesseissa esiin ja siihen liitetään vaade yksilöllisesti räätälöidyistä palvelukokonaisuuksista, joissa asiakkaalla olisi aktiivinen rooli (Günther, Raitakari, Juhila, Saario, Kaartamo & Kulmala 2013, 56).

Markkinasuuntautunut näkökulma korostaa asiakkaan valintoja ja aktiivista roolia, demokraattinen näkökulma puolestaan asiakkaan osallisuuden ja tasa-arvoisuuden merkitystä. Demokraattisen näkökulman mukaan palveluiden tulisi tukea kansalaisuuden toteutumista ja osallisuutta. (Toikko 2012, 111 – 112.) Niiranen (2002, 67 – 68) on hahmottanut kansalaisen rooleja sosiaalipalvelujen asiakkaana ja käyttäjänä. Kuviosta voi erottaa sekä markkinasuuntautuneen että demokraattisen asiakkuuden mallit:



KUVIO 4. Kansalainen ja kunnalliset palvelut –kolme näkökulmaa asiakkuuteen. Niiranen 2002.

Eri asiakkuuden ulottuvuudet voidaan nähdä osittain päällekkäisinä ulottuvuuksina. Ensimmäisen näkökulman mukaan kuntalainen voidaan nähdä palvelujen kohteena, ”kohdeasiakkaana”, jolloin asiakas on toimenpiteiden kohteena ja passiivisena palveluiden vastaanottajana. Jotta asiakkuus syntyy, täytyy olla riittävä määrä ongelmia. Toinen näkökulma määrittelee kansalaisen kuluttajaksi ja palvelujen kuluttaja-asiakkaaksi, mihin liitetään valinnanmahdollisuus ja maksuvalmius. Kuitenkaan sosiaali- tai terveyspalveluiden asiakkaat eivät ole automaattisesti tilanteessa, jossa voisivat valita palvelujaan tai kuluttaa haluamallaan tavalla. Aktiivisuus ja osallistuminen koskevat omien palveluiden käyttöä ja palveluiden uskotaan parantuvan käyttäjien valinnan seurauksena. Mikäli markkinalähtöinen kuluttajamalli siirrettäisiin hyvinvointipalvelujen käyttämiseen ja tuottamiseen, se edellyttäisi kansalaisilta riittäviä

kuluttajan valmiuksia, sekä työntekijältä valmiuksia kohdata kuluttaja-asiakas. Kolmannen, palveluasiakkuuden näkökulman mukaan, palvelun käyttäjän aktiivinen rooli korostuu, sillä palveluja ei ole ilman käyttäjän aktiivista osallistumista. Asiakkuudessa keskitytään asiakkaan palvelutarpeen ratkaisemisen ohella äänen kuuluville saamiseen. Asiakkaalla on oikeus tietää kuntayhteisön tekemiset ja suunnitelmat sekä yhteisillä verovaroilla tuotetut aikaansaannokset. (Niiranen 2002, 67 – 69; Hakonen & Suomi 2008, 101.) Palveluasiakkuuden mallia voidaan verrata osallisuusmallinnuksien korkeimpiin tasoihin ja se tulisi nähdä lähtökohdaksi myös palvelutarpeen arvioinnissa.

Jos iäkäs henkilö nähdään palveluiden kohteena passiivisena ja toimintakyvyttömänä, häntä ei osallisteta, ja jos taas hänet nähdään omista asioista päättävänä toimijana, hänet osallistetaan. Silloin vaarana on, että heikompiuntoiset iäkkäät henkilöt ajautuvat kohdeasiakkuuteen. Osallistumisen ja osallisuuden odotukset vaihtelevat eri asiakkuusmalleissa kunkin mallin tarjotessa erilaisen osallistumistavan. Erikuntoisten iäkkäiden henkilöiden vaihtelevat voimavarat täytyy tunnistaa, sillä osallistumisen ja itseään koskevan päätöksenteon taidot kasaantuvat, samoin kuin vajeetkin. Kohdeasiakkaana itsensä nähdessään henkilön on vaikea toimia aktiivisesti ja tuoda esiin omia odotuksiaan varsinkin, jos toimintakyky on heikentynyt. (Niiranen 2002, 69 – 70.) Tällä hetkellä nähdään, että asiakkaan mahdollisuus valita palvelujen tuottaja ja sisältö on vain hypoteettinen. (Toikko 2012, 69). Toimintakyvyltään heikommillaan olevan iäkkään henkilön voi helposti nähdä putoavan kohdeasiakkaaksi, mikäli hänen osallisuuttaan ei tueta.

Se, millaisena toimijana iäkäs henkilö nähdään palvelujen käyttäjänä ja myös palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä, vaikuttaa osallisuuden tasoon. Jo pienetkin asiakkuudessa saadut kuulluksi tuleminen tai osallisuuden kokemukset voivat nostaa iäkkään henkilön elämänhallintaa ja omaa osallistumistasoa. Iäkkään henkilön ja työntekijän keskinäinen kohtaaminen ja vuorovaikutus palvelutarpeen arvioinnissa vaikuttavat siihen, millaiseksi osapuolten ja erityisesti iäkkään henkilön osallisuus muodostuu. Merkityksellistä kohtaamisessa on, kuinka iäkäs henkilö kohdataan, kuinka häntä kuullaan ja kunnioitetaan, sekä kuinka työntekijä on tilanteessa läsnä. Ensimmäinen kohtamiskerta on merkityksellinen iäkkääseen henkilöön ja hänen

taustoihinsa tutustumisen vuoksi, samoin tapaamisiin käytetty riittävä aika. (Järvinen 2007, 54.)

Iäkkään henkilön palveluissa osallisuus toteutuu sekä asiakkaan että työntekijän kautta. Iäkkään henkilön kanssa työskentelevällä työntekijällä on suuri merkitys sille, kuinka osallisuus toteutuu. Iäkkään henkilön osallisuuden toteutuminen on haasteellista, mikäli hänen toimintakykynsä on huono esimerkiksi muistisairauden vuoksi. Myös leimautumisen pelko palveluiden käyttäjänä tai psyykinen ja fyysinen vointi voivat olla hankaloittamassa osallisuuden toteutumista. Iäkkään henkilön toimintakyky ja samalla osallisuuden taso voi myös vaihdella esimerkiksi sairastamisen tai elämän kriisien vuoksi, jolloin osallisuutta ei voida ajatella tapahtuvan Arnsteinin tikapuumallin mukaisesti portaittain yksisuuntaisesti nousevana, vaan ennemminkin osallisuus näyttäytyy iäkkäällä henkilöllä vaihtelevina edestakaisina hyppäyksinä tasolta toiselle Shierin portaiden tai Clarkin ym. viisitasoisen mallin mukaisesti.

Iäkäs henkilö voi siirtyä yhteistyötasolta osallistumattomuuden tasolle äkillisen sairauden vuoksi ja nousta tervehtyttyään viidennelle kumppanuustasolle, jossa palvelut suunnitellaan yhteistyössä ja iäkäs henkilö tuntee osallisuutta. Huolimatta siitä, että iäkkään henkilön toimintakyky on heikentynyt, hänet tulee nähdä edelleen aktiivisena toimijana ja tukea osallisuutta voimavaroista käsin. Toimijuuden kokemus lisää iäkkään henkilön omanarvontuntoa ja elämäntunnetta. Viljarannan (1992, 15) mukaan mitä huonommassa kunnossa iäkäs henkilö on, sitä aktiivisemmaksi nousee työntekijän rooli. Iäkkään henkilön kuntoisuuden salliessa oman elämän päätösvalta ja asiantuntijuus tulisi siirtää hänelle takaisin. (Järnström 2011, 52).

2.5 Vastuutyöntekijä

Vanhuspalvelulain (28.12.2012/980) 17 §:n mukaan vuoden 2015 alusta lähtien kunnan on nimettävä iäkkäälle henkilölle vastuutyöntekijä, jos hän tarvitsee apua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen. Vastuutyöntekijän tehtävänä on neuvoa ja auttaa palvelujen saantiin liittyvissä asioissa, sekä seurata palvelusuunnitelman toteutumista ja iäkkään henkilön palvelutarpeiden muutoksia yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheistensä tai edunvalvojan kanssa. Laatusuosituksen mukaan ikäihmiselle tehdyn

palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä arvioidaan mahdollinen vastuutyöntekijän tarve. Vastuutyöntekijätoiminnalla pyritään vastaamaan nykyisiin ongelmiin sekä asiakkaan että palvelujärjestelmän näkökulmasta. Ratkaisuja pyritään saamaan aikaan sektoroituneen palvelujärjestelmän tuottamiin ongelmiin, entistä heikkokuntoisempien kotihoidon asiakkaiden haasteisiin sekä sosiaalisten riskitekijöiden yleistymisestä aiheutuviin ongelmiin. Erityisesti haasteena pidetään sitä, miten saadaan tarkoituksenmukaiset palvelut monitoimijaisesta palvelujärjestelmästä niille ikäihmisille, jotka ovat moninaisen tuen tarpeessa ja elävät ilman sosiaalista tukiverkkoa. (Moisio, Heikkinen, Honkakoski, Nurmio & Pakanen 2013, 34, 37.)

Vastuutyöntekijän kaltaista toimintaa on kunnissa tehty jo ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa. Suomessa erilaista koordinoitua toimintaa on tehty muun muassa nimikkeillä palveluohjaaja, omahoitaja, asiakasvastaava ja potilasvastaava. Nimikkeitä on käytetty vaihtelevasti toiminnan laadusta riippuen. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 6 – 7.) Näistä saatuja hyviä käytäntöjä ja malleja on hyödynnetty vastuutyöntekijän tehtävää koskevassa kehittämistyössä. (Moisio ym. 2013, 34, 37). Vanhuspalvelulain vastuutyöntekijäsäädöksen tarkoittamaa koordinoitua toimintaa vastaa eniten nykyisistä malleista palveluohjaustyö. Se on asiakkaan etua korostava ja asiakaslähtöinen työtapa, millä tarkoitetaan asiakastyön menetelmää (case management) ja palveluiden yhteensovittamista palvelujärjestelmän tasolla (service coordination). Työtapa on kuvattu sateenvarjoksi, jonka sisään mahtuvat erilaiset työotteet, asiakkaat tarpeineen, auttajatahot eri tukimuotoineen ja palveluineen sekä palvelujen tuottajat. Näitä eritasoisia työotteita voidaan käyttää asiakkuuden eri vaiheissa ja soveltaa asiakasryhmien tarpeita vastaaviksi. (Hänninen 2007, 11 – 18.)

Suomessa palveluohjaus on vakiintunut tarkoittamaan yksilökohtaista ohjausta, missä suunnitellaan tarvittavat palvelut yhdessä asiakkaan kanssa, huolehditaan palvelujen hankinnasta ja yhteensovittamisesta sekä seurataan suunnitelman toteutumista. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 10). Työmenetelmät, tavoitteet, tuki ja palvelut räätälöidään erikseen jokaisen asiakkaan tarpeiden mukaan. Toiminnan avulla pyritään tukemaan asiakkaan itsenäistä elämää yhdistämällä asiakkaan, hänen sosiaalisen verkostonsa sekä työntekijän ja eri palvelutuottajien mahdollistamat voimavarat. (Hänninen 2007, 11 – 12; Ala-Nikkola & Sipilä 1999.) Laajimmallaan ohjaus- ja neuvontapalvelut käsittävät erilaiset kansalaisneuvonnat, mutta

vastuutyöntekijätoiminnan on tarkoitus olla intensiivistä iäkkään henkilön ohjaustyötä. Vastuutyöntekijä antaa erityisapua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa (Moisio ym, 2013, 36 – 37).

Intensiivisessä ohjausmallissa vastuuhenkilön tarve liittyy vahvasti ikäihmisen vaikeaan elämäntilanteeseen. Palvelut pyritään järjestämään ikäihmisen lähiympäristössä ja ohjaukseen saattaa sisältyä paljon arkipäivän käytäntöön liittyviä asioita. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 10.) Kunnan vastuutyöntekijän rooli on auttaa kotona asuvia runsaasti tukea tarvitsevia iäkkäitä henkilöitä, jotka hyötyvät palvelukokonaisuutensa koordinoinnista. (Moisio ym. 2013, 34). Vastuutyöntekijän rooli korostuu erityisesti silloin, kun iäkäs henkilö tarvitsee runsaasti erilaisia palveluja ja hänen toimintakykynsä on alentunut merkittävästi, eikä hänellä ole lähipiirissään auttavia henkilöitä. Kyseisissä tapauksissa vastuutyöntekijä ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vastaaviin, ja tarvittaessa muihinkin tahoihin, jotta iäkkään henkilön palvelut saadaan järjestettyä kuntoon. Esimerkiksi muistisairaalle iäkkäälle henkilölle, joka asuu kotiin tuotavien palvelujen avulla yksin, voitaisiin nimetä vastuutyöntekijä. Sen sijaan esimerkiksi tehostetun palveluasumisen yksikössä asuvalle ei nähdä vastuutyöntekijän tarvetta, koska iäkkäällä henkilöllä on usein tukenaan omahoitaja ja muuta henkilöstöä. (STM 2013:5; Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980.)

Tutkimusten mukaan sopivien palvelujen tarjoaminen ja kokoaminen asiakkaalle edellyttää työntekijältä koulutusta, taitoja sekä kokemusta. Vastuuhenkilötoiminnan määritelmät ja sisällöt vaihtelevat usein terveys- ja sosiaalitoimen kesken. Terveystieteiden kirjallisuudessa vastuutyöntekijä mielletään usein joko lääkäriksi, sairaanhoitajaksi tai sosiaalityöntekijäksi riippuen toiminnan luonteesta. Kirjallisuudessa viitataan usein tautikohtaisiin toimijoihin, jolloin työntekijä on lisäkoulutettu hoidettavan sairauden, kuten diabeteksen hoitamisessa. Käytössä on myös vastuutyöntekijän kaltaista toimintaa, missä asiakasta ei lähestytä sairaus kerrallaan, vaan kohdataan koko ihminen erilaisine tarpeineen ja ongelmineen. Silloin korostuu moniammatillinen yhteistyö ja tiimin erilaisen osaamisen hyödyntäminen on näin ollen erittäin tärkeää. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 6 – 13.) Vanhuspalvelulaki (28.12.2012/980) edellyttää kunnan vastuutyöntekijältä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmiin ja ikääntymiseen liittyvää asiantuntemusta sekä

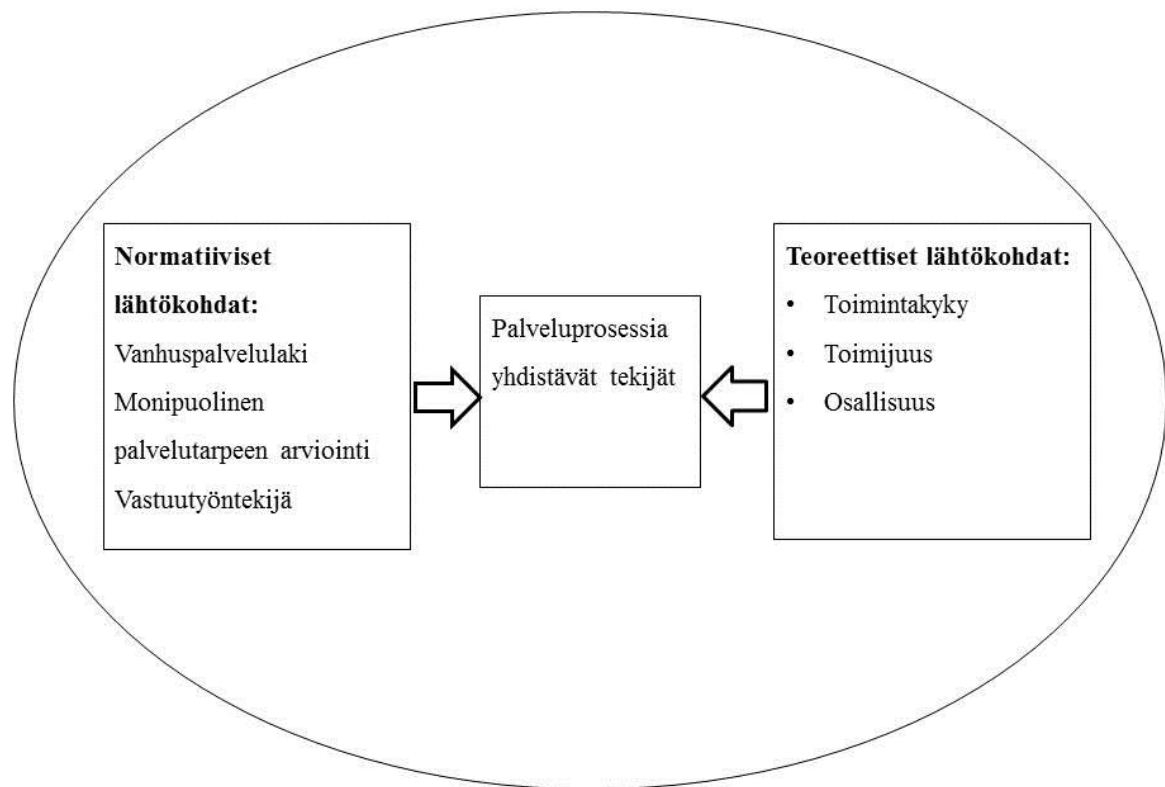
palvelukokonaisuuteen nähden tarkoituksenmukaista sosiaali- tai terveydenhuollon ammatillista koulutusta.

Vastuutyöntekijän on oltava palveluverkoston asiantuntija, joka auttaa ikäihmistä monimutkaisessa palveluverkostossa. Hänen tulee hallita hyvin palvelujärjestelmä sekä sen mahdollisuudet ja rajoitteet. Työhön kuuluu seurata iäkkään henkilön asian etenemistä, löytää sopivat palvelut, yhteensovittaa eri vaihtoehtoja ja varmistaa eri organisaatioissa tarvittavat päätökset. Iäkkään henkilön asia tai tarve ratkaisee käsittelyyn tarvittavan panostuksen, mutta jokaisen vastuuhenkilöä tarvitsevan iäkkään henkilön kanssa tehtävä työ on paljolti samankaltaista tukemista, ohjaamista, palveluiden ja suunnitelmien koordinoitua sekä yhteensovittamista. Työ määräytyy viimekädessä iäkkään henkilön sen hetkisten voimavarojen ja tavoitteiden mukaan. Vastuutyöntekijää ei tarvita asian ollessa yksinkertainen, tai jos tilanteessa ei ole tosiasiasa vaihtoehtoja, joko ikäihmisestä tai palvelujen saatavuudesta johtuvista syistä. Vastuuhenkilöä tarvitaan, jos selvittelyyn ja palveluntarpeiden määrittelyyn tarvitaan kokonaisvaltaista pohdintaa, tai jos tuen tarve vaatii monien eri tahojen panostusta ja näiden yhteistyön koordinoitua. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 12 – 13; Hänninen 2007, 16.)

Vastuutyöntekijätoiminnan tarkoituksena on suunnitella ja sovitella yhteen sekä arvioida palveluja, joita ikäihminen tai hänen perheensä tarvitsevat elämänhallintansa tueksi (Pietiläinen & Seppälä 2003, 13). Vastuutyöntekijä arvioi ikäihmisen tilanteen, tarvittavat palvelut sekä etuudet yhteen ja varmistaa kokonaisuuden toimivuuden. Työntekijän on tarvittaessa toimittava yli hallintorajojen palvelujen yhteensovittajana. (Muurinen & Mäntyranta. 2011, 6.) Tavoitteena ovat järkevä työnjako ja selkeät vastuualueet. Vastuutyöntekijä seuraa tehtyjen tuki- ja palveluratkaisujen toimivuutta ja muokkaa niitä tarvittaessa. Työntekijällä on valtuudet tehdä palveluihin liittyviä päätöksiä tai ainakin hänellä on tiivis yhteistyö päätöksiä tekeviin tahoihin. Vastuutyöntekijä pyrkii löytämään asioihin ratkaisuja, jotka ovat ikäihmisen näkökulmasta tarkoituksenmukaisia ja toimivia. Tarkoituksena on nimenomaan yksilöllisten palveluiden ja tukitoimien yhteensovittaminen ikäihmisen tarpeita vastaaviksi. Ei riitä, että palveluja etsitään vain olemassa olevasta palveluvalikoimasta, vaan vastuutyöntekijällä on oltava mahdollisuus etsiä tai tarvittaessa luoda uusia palveluita ja uusia toimintatapoja, jotka vastaavat paremmin ikäihmisen tarpeisiin.

Oman organisaation palveluiden ollessa riittämättömät on vastuutyöntekijällä oltava valtuuksia etsiä tarvittavia palveluja muualta, tehden luovaa yhteistyötä yli hallintorajojen sekä kolmannen sektorin kanssa. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 11 – 16; Hänninen 2007, 15, 35 – 36.)

Seuraavassa kuvassa näkyy tutkimuksen normatiiviset ja teoreettiset lähtökohdat, jotka yhdistyvät palveluprosessissa.



KUVIO 5. Tutkimuksen normatiivinen ja teoreettinen kehys.

Tutkimuksen normatiivisena lähtökohtana on vanhuspalvelulaki (28.12.2012/980) ja sitä taustoittavat yhteiskunnalliset muutokset. Tutkimuksessa hyödynnettiin sekä

hoitotieteellistä että sosiaalitieteellistä teoreettista kirjallisuutta, jotta päästiin tutkimusaiheen mahdollisimman monipuoliseen tarkasteluun. Koska vanhuspalvelulaissa (28.12.2012/980) keskeistä ovat ikääntyneen väestön ja iäkkäiden henkilöiden osallisuus sekä toimintakyvyn tukeminen, valikoitui tutkimuksen teoreettiseksi pohjaksi osallisuus-, toimintakyky- ja toimijuus -käsitteet. Palveluprosessia yhdistäviä tekijöitä ovat vastuutyöntekijä ja palvelutarpeen arviointi.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSAINEISTOT

Tutkimuksen tarkoituksena on edellä esiteltyjen normatiivisten ja teoreettisten lähtökohtien pohjalta kuvata ikälain pilotoinnissa mukana olleiden iäkkäiden henkilöiden ja työntekijöiden kokemuksia iäkkään henkilön monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin ja osallisuuden toteutumisesta, sekä vastuutyöntekijän tarpeellisuuden määrittämisestä. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten iäkkään henkilön monipuolinen palvelutarpeen arviointi ja palveluiden suunnittelu toteutuvat työntekijän ja iäkkään henkilön kokemana?
2. Miten iäkkään henkilön osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet toteutuvat palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluiden suunnittelussa työntekijän ja iäkkään henkilön kokemana?
3. Millaisia perusteita työntekijä ja iäkäs henkilö kokevat vastuutyöntekijän tarpeellisuudelle?



KUVIO 6. Tutkimusasetelma.

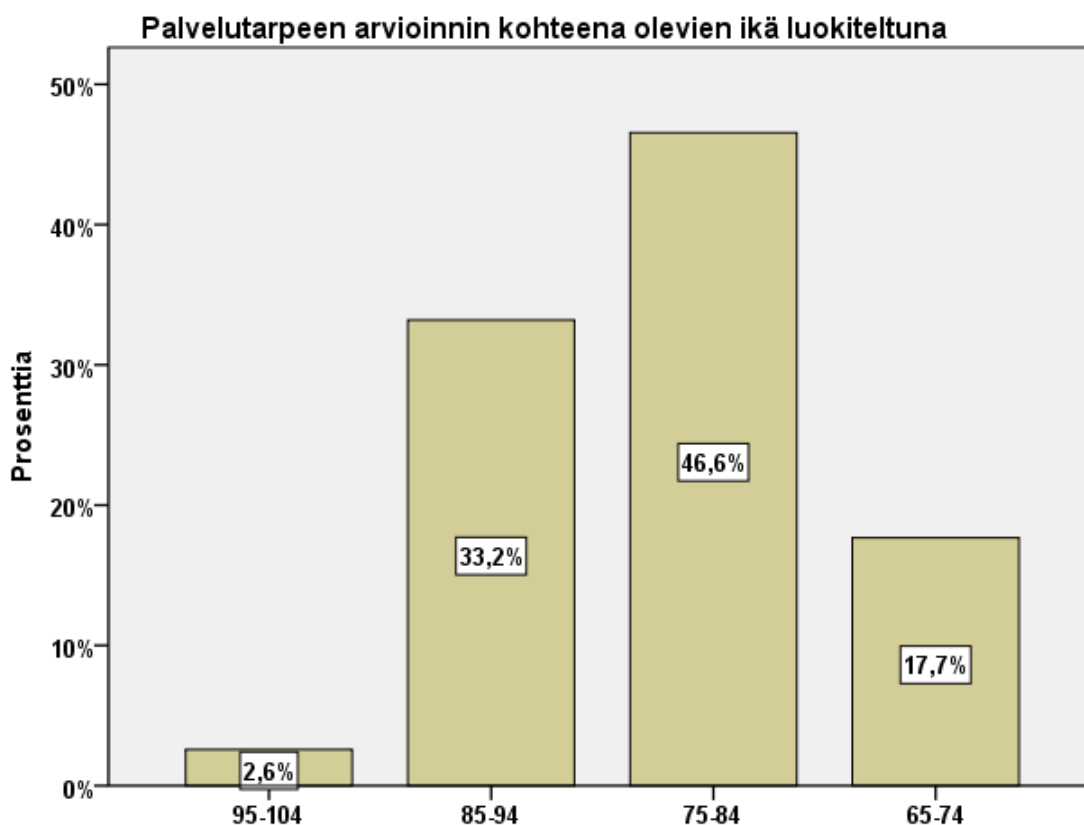
Ikälain pilotointi osahanke -tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä ja tuottaa tietoa iäkkäiden henkilöiden ja palveluohjauksen työntekijöiden kokemuksista kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen avulla ja siten edistää pilotoitavien osa-alueiden toteutumista Vanhuspalvelulaissa (28.12.2012/980). Tutkimuksessa kerättiin aineistoa kyselylomakkeilla työntekijöiltä palvelujen suunnittelusta, sekä ikäihmisten haastatteluilla heidän kokemuksistaan omasta osallisuudestaan omiin palveluihinsa liittyen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kerättyjen aineistojen avulla siitä, miten iäkkään henkilön monipuolinen palvelutarpeen arviointi ja iäkkään henkilön osallisuus toteutuivat palvelutarpeen arvioinnissa. Lisäksi tavoitteena oli selvittää vastuutyöntekijän tarpeellisuutta. Tehtyjen johtopäätösten perusteella annettiin

toimenpide-ehdotuksia pilotoinnin sisältöihin. (POSKE 2013, 18 – 19; POSKE 2012, 23.)

Tutkimukseen osallistujat

Kvantitatiiviseen tutkimukseen osallistuivat pilotissa mukana olleet, palvelutarpeen arviointeja tehneet työntekijät Oulun kaupungin palveluohjausyksiköstä, Ylä-Savon Sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymästä sekä Kainuun Sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymästä. He osallistuivat kvantitatiivisen aineiston tuottamiseen tekemällä yhteensä 239 palvelutarpeenarviointia ja vastaamalla näistä jokaisen osalta Webropol-kyselylomakkeeseen helmi-maaliskuun 2013 aikana. Yli puolet aineiston vastauksista (129) on Oulun kaupungista, Kainuusta on 87 ja Ylä-Savosta 23 vastausta.



KUVIO 7. Palvelutarpeen arvioinnin kohteena olevien ikä luokiteltuna.

Haastatteluihin osallistui iäkkäitä henkilöitä Oulusta, Kajaanista ja Iisalmesta. Haastateltavia oli Oulusta 25, Kajaanista 9 ja Iisalmesta 12. Naisia haastatteluihin

osallistui yhteensä 32 ja miehiä 14. Ikäjakauma haastateltavien välillä oli 66 – 93 vuotta. Kaikille haastateltaville oli hiljattain tehty kaupungin työntekijän toimesta palvelutarpeen arviointi, joten aihe oli tuoreeltaan mielessä myös haastateltavilla.

3.1 Kyselyaineisto

Tutkimuksen toisena tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää, jonka avulla tutkimusaineistosta saatiin yleinen kuva muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Tutkimuksen kvantitatiivinen osuus kohdistuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Kvantitatiiviselle tutkimukselle ominaisesti aineiston analysoinnissa vastattiin numeraalisesti kysymyssanoihin: mikä, missä, paljonko, kuinka usein. Tarkoituksena oli selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla sekä ennustaa ihmisiä koskevia ominaisuuksia ja asioita. Näitä kuvattiin numeerisilla suureilla ja tuloksia havainnoitiin taulukoin ja kuvioin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarvittavat aineistot voidaan hankkia erilaisista muiden keräämistä tilastoista, rekistereistä tai tietokannoista, tai tiedot voidaan kerätä itse, kuten tässä tutkimuksessa tehtiin. (Heikkilä 2008, 16 – 18; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41 – 46.)

Tutkimusryhmä kokoontui joulukuussa 2012 pohtimaan Ikälain pilotointiin liittyviä asioita teoreettisesta, normatiivisesta sekä käytännön näkökulmasta. Keskeisiksi sisältöalueiksi nousivat Ikälain pilotoinnin pohjalta tavoitteiden mukaisesti palvelutarpeen arviointi, iäkkään henkilön osallisuus ja vastuutyöntekijän rooli. Näiden aihealueiden pohjalta muodostettiin tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset, joihin aineistolta haluttiin vastauksia. (Vilkkä 2005, 84). Tiedonkeruumenetelmäksi eli mittariksi valittiin verkossa tehtävä www-kysely, Webropol-kysely. Myös Vilkan (2005, 84) mukaan aineiston keruuseen tarkoitettu kyselylomakkeen suunnittelu edellyttää, että tutkijat tietävät tutkimuksensa tavoitteen eli mihin kysymyksiin ollaan etsimässä vastauksia. Webropol-kyselyyn päädyttiin, koska vastaajajoukko oli hyvin homogeenista ja kaikki vastaajat oli mahdollista ohjata täyttämään Webropol-kyselylomakkeet. Lisäksi vastaajat olivat motivoituneita kyselylomakkeen täyttämiseen oman työnsä puitteissa. Kyselytutkimuksen etuna oli mahdollisuus saada riittävän laaja tutkimusaineisto ja aikataulun arviointi etukäteen oli mahdollista. (Webropol 2013).

Webropol on helppokäyttöinen internetkyselyihin erikoistunut palvelu, jonka avulla voidaan luoda erilaisia kyselyjä. Ohjelman helppokäyttöisyyttä lisää myös mahdollisuus katsella tulosten raportointia reaaliaikaisesti. Tämän tutkimuksen mittarin laadinnassa pyrittiin ottamaan huomioon sen kyky kattaa tutkittava asiakokonaisuus, selkeys vastaajan näkökulmasta sekä nopea vastattavuus. Kyselyn toteuttaminen Webropolin avulla osoittautui kustannustehokkaaksi ja aikaa säästäväksi, muun muassa kyselyaineiston siirtäminen Webropolista analyysiohjelma SPSS:ään nopeutti työtä. (Webropol 2013).

Kysymysten teko lomakkeelle vaatii aina asiantuntemusta ja sen onnistuminen riippuu paljon kyselyn teknisestä toteutuksesta. Kysymysten tulee olla helposti ymmärrettäviä niin, että jokaisen vastaaja ymmärtää kysymyksen samalla tavalla. Jos kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään avoimia kysymyksiä, niiden käyttäminen edellyttää tarkkaa kysymyksen rajausta, jotta vastaus saadaan nimenomaan tutkimuksen ongelmaan. (Heikkilä 2008, 49 – 52; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 184; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 69 – 71.)

Kyselylomakkeesta pyrittiin laatimaan mahdollisimman selkeä ja kattava. Torstin (2009, 42) mukaan kyselytutkimuksessa mittaus perustuu lomakkeen kysymyksiin ja siksi lomakekysymysten tekemisen lähtökohtana oli myös tässä tutkimuksessa olemassa oleva teoria ja tutkimustieto sekä tutkimuskysymykset, ja oletus asioista, joiden rakennetta ja sisältöä haluttiin selvittää. Kyselyä tehtäessä käsitteet siis operationalisoitiin lomaketasolle eli konkreettisiksi kysymyksiksi. Operationalisointi sisälsi tutkimuksen käsitteiden ja teemojen systemaattisen erittelyn ja eri käsitteiden ulottuvuuksien erittelyn. Vasta sitten voitiin rakentaa yksittäisiä kysymyksiä eli osioita. Onnistunut operationalisointi takaa abstraktin ja konkreettisen, teoreettisen ja empiirisen mahdollisimman hyvän vastaavuuden. Abstraktit yläkäsitteet jaettiin useiksi pienemmiksi käsitteiksi ja niiden avulla rakennettiin mittari, jolla käsitteitä voitiin mitata. (Metsämuuronen 2009, 108; Vehkalahti 2008, 17, 20.)

Kyselylomakkeen sisällön kehittäminen jaettiin aihealueittain tutkimusryhmän työpareille, jotka työstivät eri osioiden sisältöä. Tammikuussa 2013 tutkimusryhmä kokoontui ohjaajineen tarkastelemaan kysymyslomakkeen kysymysten asiasisältöä ja

luotettavuutta. Kyselylomake testattiin kymmenellä vastaajalla Ylä-Savossa ja Kainuussa. Sähköinen kyselylomake testattiin myös ennen kuin siihen ohjaava linkki laitettiin sähköpostin kautta jakeluun palvelutarpeen arviointeja tekeville henkilöille Oulussa, Ylä-Savossa ja Kainuussa.

Kyselylomakkeen kysymykset sisälsivät 34 valinta-, monivalinta- sekamuoto- sekä avointa kysymystä. Viimeisimpään vastaaja saattoi kirjoittaa sanalliset vastaukset vapaasti. Suljetuissa kysymyksissä annettiin valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaajat rastittivat sopivan tai sopivat vaihtoehdot. Yleensä kvantitatiivisessa tutkimuksessa, kuten tässäkin tutkimuksessa, käytettiin strukturoituja eli monivalintakysymyksiä, lisäksi pieni osa kysymyksistä oli sekamuotoisia kysymyksiä, joissa osa vastausvaihtoehdoista oli annettu valmiiksi ja osa (yleensä yksi) oli avoimia. Vaihtoehto ”muu, mikä?” kysyttiin silloin, kun oltiin epävarmoja, onko kysymyksiä laadittaessa huomioitu kaikki vastausvaihtoehdot. Osa kysymyksistä oli myös dikotomisista, jolloin vastausvaihtoehtoja oli vain kaksi. (Heikkilä 2008, 49 – 52; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 184; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 69 – 71.)

Tutkimuskysymyksiin haettiin vastauksia työstämällä kysymyslomake palvelutarpeen arvioijille, jotka tekevät palvelutarpeen arviointeja työssään. Kysymyksistä tehtiin sellaisia, että ne vastasivat tutkimuskysymyksiin ja olivat lähtöisin käytännön tarpeista. Lomakkeen kohtuullisen pituuden eli kysymysten määrän katsottiin vaikuttavan vastaushalukkuuteen sekä tulosten analysointiin. Tutkimuslomakkeelle suunniteltiin kysymykset aihealueittain käyttäen pohjana työseminaarien ryhmätöissä esiin tulleita aiheita eli pilottiin osallistuneet ovat olleet mukana tekemässä kyselylomaketta.

Kyselylomakkeessa oli kysymyksiä 34. Taustatietoja kysyttiin kysymyksillä 1 – 11, iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja palvelusuunnitelmaa kysymyksillä 12 – 27, iäkkään henkilön osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien toteutumista kysymyksillä 28 – 29, vastuutyöntekijän tarpeellisuutta kysymyksillä 30 – 31 ja palvelutarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelman laatimiseen käytettyä aikaa ja osaamista kysymyksillä 32 – 34.

Kyselylomake otsikoitiin ja väliotsikot asetettiin aihealueittain selkeyttämään lomakkeen täyttämistä. Aihealueista ensimmäinen koski taustatietoja, joiden kohdalla

pyrittiin pysyttelemään vain tarpeellisissa kysymyksissä ja luomaan kysymyksistä mahdollisimman selkeitä ja yksiselitteisiä. Taustatiedoissa kysyttiin tarpeellisia tietoja sekä palvelutarpeen arvioijaa että asiakasta, ja itse palvelutarpeen arviointitapahtumaakin koskien.

Toinen aihealue koski iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja palvelusuunnitelmaa. Lomakkeessa näitä kysymyksiä oli 16, asiakkaan toimintakykyä arvioivat kysymykset 15 – 22. ”Toimintakykyä arvioitaessa huomio tulee kiinnittää iäkkään henkilön olemassa oleviin voimavaroihin ja siihen, mistä jokapäiväisen elämän toiminnoista hän pystyy suoriutumaan itsenäisesti ja missä hän tarvitsee ulkopuolista apua. Monipuolinen arviointi tarkoittaa, että siinä otetaan huomioon henkilön fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös hänen kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakykynsä. Näitä arvioidaan muun muassa suhteessa hänen elinympäristönsä esteettömyyteen, asumisen turvallisuuteen ja lähipalvelujen saatavuuteen.” (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980, 15§.)

Palvelusuunnitelmaa käsittelevät kysymykset 23 – 27.

”Kunnalla on velvollisuus huolehtia, että iäkkäälle henkilölle laaditaan asiakaslain 7§:ssä tarkoitettu palvelusuunnitelma. Suunnitelma olisi tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun iäkkään henkilön palvelutarpeet on selvitetty.” (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980, 16§.)

Kysymykset olivat pääasiassa valintakysymyksiä, jolloin vastaaja pystyi valitsemaan vain yhden vastausvaihtoehdon Likertin asteikon mukaisista vaihtoehdoista. Vastaajaa pyydettiin arvioimaan mm. miten seuraavat asiat toteutuivat iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnissa asteikolla: 1= huonosti, 5= hyvin ja x= en osaa sanoa. Arvioitavat asiat olivat asiakaslähtöisyys, voimavaralähtöisyys, oikea-aikaisuus, toimintakyvyn eri osa-alueiden huomioon ottaminen, sekä palvelutarpeen kokonaisarvio (yhteenveto toimintakyvystä, elämäntilanteesta ja olosuhteista). Lomakkeen yhtenä tarkoituksena oli myös herätellä vastaajia miettimään aiemmin käyttämiään menetelmiä palvelutarvetta arvioidessaan, sekä käytettyjen menetelmien merkitystä. Ajatuksena oli, että kun eri menetelmiä on lueteltu lomakkeelle, ne voivat jatkossa ohjata käyttämään aiempaa useampia menetelmiä palvelutarpeen arviointitilanteissa. Lisäksi vastaajalla oli

mahdollisuus luetella käyttämänsä toimintakykymittarit lomakkeen tekstikenttään. (Jokivuori & Hietala 2007, 13 – 14.)

Kysymyslomakkeen kolmannen aihealueen kysymykset 28 – 29 käsittelivät osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia. ”Ikälain tarkoituksena on vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista.” (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980, 1§)

Neljäntenä aihealueena kysymyslomakkeessa oli vastuutyöntekijän tarpeellisuus. ”Iäkkäälle henkilölle on nimettävä vastuutyöntekijä, jos hänen arvioidaan tarvitsevan apua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa. Vastuutyöntekijä on nimettävä erityisesti silloin, kun iäkäs henkilö tarvitsee runsaasti erilaisia palveluja ja kun hänen toimintakykynsä on alentunut merkittävästi, eikä hänellä ole lähipiirissä häntä auttavia henkilöitä”. (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980, 17§). Kysymyslomakkeessa tähän vastasivat kysymykset 30 ja 31.

Viidentenä aihealueena tarkasteltiin palvelutarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelman laatimiseen käytettyä aikaa ja osaamista kysymyksillä 32 – 34.

Lomakkeen lopussa kiitettiin vastauksista ja annettiin mahdollisuus kirjoittaa vapaasti kommentteja kokemuksista liittyen kyselylomakkeen kysymyksiin ja vastaamiseen

3.2 Haastatteluaineisto

Tutkimuksen toisena tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista menetelmää, jonka avulla tutkimusaineistosta tuotettiin iäkkäiden henkilöiden kokemustietoa kotona pärjäämisestä, avusta ja palveluista sekä osallisuudesta palvelujen suunnitteluun. Aineistoa varten haastateltiin Oulussa 25, Kajaanissa 19 ja Iisalmessa 12 iäkästä henkilöä. Haastatteluihin osallistui yhteensä 32 naista ja 14 miestä. Haastateltavat olivat iältään 66 – 93 vuotiaita. Heille kaikille oli kaupungin työntekijä tehnyt palvelutarpeen arvioinnin.

Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna, jolla haettiin iäkkäiden henkilöiden omaa kokemustietoa palvelutarpeen arviointitilanteesta. Teemahaastattelua käytetään usein, kun aihe on arka tai kun halutaan selvittää heikosti tiedettyjä asioita (Metsämuuronen 2009, 247). Haastattelu sopii iäkkäiden henkilöiden tiedonkeruumenetelmäksi, sillä haastateltaessa voidaan tarvittaessa toistaa kysymys ja esittää lisäkysymyksiä. Se mahdollistaa myös perusteluiden pyytämistä esitettyihin mielipiteisiin. Mahdollisuus toistaa kysymyksiä vähentää myös väärinkäsityksiä. Joustavuutena pidetään myös sitä, että kysymykset voidaan esittää tutkijan mielestä aiheellisessa järjestyksessä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35, 47; Tuomi & Sarajarvi 2004, 74 – 75.)

Haastattelutilanteesta pyrittiin rakentamaan sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa tutkimuksen kohteena oli haastateltavan puheen sisältö. Tilanteessa tiedostettiin, että haastateltavan vastauksissa saattoi heijastua myös haastattelijan läsnäolo ja vaikutus tilanteeseen. Etukäteen ei voinut tietää, miten haastateltavan ja haastattelijan vuorovaikutussuhteet sopivat yhteen. Ikäero huomioitiin etukäteen, joten haastateltavia teiteltiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48 – 53; Eskola & Vastamäki 2010, 32; Lumme – Sandt 2005, 125 – 129.) Aineiston keräämisessä kiinnitettiin erityistä huomiota haastattelijoiden puhetyyliin, haastateltavien mahdollisiin kuulovajeisiin ja hänen jaksamiseensa. Ennen haastattelua iäkkäille henkilöille kerrottiin haastattelun tarkoituksesta sekä tutkimustyön eettisistä periaatteista. Heille jätettiin haastattelutilanteessa kirjallista informaatiota tutkimuksesta, jotta esimerkiksi omaiset saavat tarvittaessa tiedon haastatteluista. (Lumme – Sandt 2005, 128). Kaikilta haastateltavilta pyydettiin lisäksi kirjalliset suostumukset haastatteluun ja nauhurin käyttöön. Tarvittaessa heille kerrottiin tallentamisen perusteista ja tutkimuksen eettisyydestä enemmänkin. Ennen haastattelun aloittamista haastateltaville kerrottiin, että ennakkosopimuksista huolimatta haastattelu on mahdollista keskeyttää tai haastateltavalla on oikeus kieltäytyä haastattelusta niin halutessaan. (Mäkinen 2006, 94 – 95.)

Teemahaastattelu toteutettiin puolistrukturoituna haastattelumenetelmänä, joten haastattelujen aihepiirit valittiin ennakkoon, mutta kysymysten muotoa tai esittämisjärjestystä ei määritelty tarkasti. (Metsämuuronen 2009, 40 – 41.) Tutkimuksessa suunniteltiin teemahaastattelujen pohjaksi teemoja avaava ”kysymysluettelo”. Tarkoitus ei ollut, että kysymysluettelosta luetaan suoraan

kysymykset, vaan että siitä saadaan tukea haastattelutilanteessa. Luettelon tehtävänä oli helpottaa haastattelijoita perehtymään siihen, millaisiin kysymyksiin haastattelulta halutaan vastauksia ja millaisten teemojen ympärillä haastattelua tulisi käydä. Teemahaastattelussa ei voi siis kysyä mitä tahansa, vaan tarkoituksena on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti. Teemoittelulla saadaan väljyyttä, mutta se myös mahdollistaa haastattelujen rajaamista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66 – 67, 200 – 201.) Haastattelija varmistaa, että kaikki suunnitellut teema-alueet käydään haastateltavan kanssa läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus voivat vaihdella haastattelusta toiseen. (Eskola & Vastamäki 2010, 28 – 29).

Tutkimus liittyi pilotoitavaan vanhuspalvelulakiin, joten haastattelukysymysten teemat valittiin vanhuspalvelulain teemojen mukaan. Haastatteluteemojen suunnittelu on yksi tärkeimmistä tehtävistä ennen aineiston keräämistä. Ilman teoriapohjaa teema-alueet jäävät helposti puutteellisiksi ja tutkijan vahvimpiin ennakkokäsityksiin pohjautuviksi. Silloin myös aineiston analysointi on hankalaa, koska teoreettiset kytkennät puuttuvat. Valittujen teema-alueiden tulisi olla niin väljiä, että tutkittavan ilmiön monipuolisuus paljastuu. Teemojen puitteissa haastattelua voidaan jatkaa ja syventää niin pitkälle kuin tutkimusintressit edellyttävät ja haastateltavan kiinnostus sallii. Haastattelijan lisäksi haastateltava omilla vastauksillaan tarkentaa ja syventää teema-alueita. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66 – 67; Eskola & Vastamäki 2010, 28 – 29, 35.)

Haastatteluteemat olivat seuraavat:

1. Kokemukset elämäntilanteesta (asiakkaan tausta, kotona selviytyminen). Vastauksia haettiin seuraavanlaisiin kysymyksiin: ”Miten normaali päivänne sujuu?” ja ”Mitä teette tavallisesti päivän aikana?”
2. Kokemukset kotona pärjäämisestä (kotona selviytymisen mahdollisuudet ja haasteet) Vastauksia haettiin seuraaviin kysymyksiin: ”Miten omasta mielestänne selviätte kotona?”; ”Missä koette tarvitsevanne apua?”; ”Mikä auttaa pärjäämään?”; ”Mikä on vaikeinta?” ja ”Miten selviätte kodin ulkopuolella?”
3. Kokemukset avusta ja palveluista (suunnitellun palvelukokonaisuuden ja avun/tuen sopivuus). Vastauksia haettiin seuraavanlaisiin kysymyksiin: ”Mitä varten palvelutarpeen arviointi tehtiin?”; ”Ketkä olivat huolissaan?”; ”Mistä he olivat huolissaan?”; Miten koitte ammattilaisten tekemän arvioinnin vastaavan teidän omaa näkemystä avun tarpeesta?”

4. Kokemukset osallisuudesta ja vaikutusmahdollisuuksista palvelutarpeen arviointiin ja suunnitteluun sekä toteutukseen. Vastauksia haettiin seuraavanlaisiin kysymyksiin: ”Kenen aloitteesta kotona selviämistänne alettiin tarkemmin selvittää?”; ”Miten omat näkemyksenne otettiin huomioon?”; ”Miten otettiin huomioon omat näkemyksenne siitä, millaista apua tarvitsette?”; ”Kuka päätti, millaista apua tulette saamaan?” ja ”Olitteko tyytyväinen päätökseen?”

Haastateltavien yhteystiedot saatiin heidät tuntevan työntekijän kautta. Luontevinta onkin, että ensimmäinen yhteydenotto haastateltavaan tapahtuu hänen ennalta tuntemansa työntekijän kautta. Varsinaisen haastattelun ajankohta ja haastatteluihin sopiva paikka on sovittava erikseen haastateltavan kanssa riittävän ajoissa. (Eskola & Vastamäki 2010, 29, 38; Hirsjärvi & Hurme 2008, 73 – 74.) Tutkimukseen valituille haastateltaville oli tehty hiljattain palvelutarpeen arviointi. Jokainen oli saanut tietoa tutkimuksesta ja vapaaehtoisuudesta osallistua haastatteluun. Haastateltaviin oltiin yhteydessä puhelimitse, jolloin vielä kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta, toteutuksesta, sekä mahdollisuudesta kieltäytyä osallistumisesta. Tämän jälkeen sovittiin aika, jolloin haastattelu tullaan tekemään haastateltavan kotiin. (Lumme – Sandt 2005, 128). Niiden henkilöiden, joiden kanssa haastattelu saatiin sovittua, haastattelutilanne sujui hyvin ja he kertoivat mielellään kokemuksistaan. Haastattelujen kesto vaihteli puolesta tunnista kahteen tuntiin riippuen pitkälti haastateltavasta. Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 74 – 75) mukaan haastattelu-aikaa ei voi ennakoida kovin tarkasti, koska haastattelu-aikojen suuret erot johtuvat ensisijaisesti haastateltavasta ja vasta toissijaisesti haastattelijasta. Haastattelutilannetta pidentävät ennen ja jälkeen haastattelua käytävät keskustelut. Alun keskustelulla pyritään tutustuttamaan haastattelija ja haastateltava toisiinsa, mikä edesauttaa haastattelulle välttämättömän ilmapiirin luomisessa. Teemahaastattelu on usein luonteeltaan henkilökohtaista, joten ei ole sopivaa myöskään lopettaa keskustelua äkkinäisesti omien tavoitteiden täytyttyä.

Haastatteluja tekivät lisäksi Iisalmessa Savonian ammattikorkeakoulun ja Kajaanissa Kajaanin ammattikorkeakoulun opiskelijat. Näiden ammattikorkeakoulujen tutkimustyön opettajat tekivät yhteistyötä Ikälain pilottihankkeen Oulun toimijoiden kanssa. Opiskelijat perehdytettiin aiheeseen ja he saivat ohjausta haastattelutilanteessa toimimisesta. Haastattelijan on pyrittävä selkeään puheeseen ja esitettävä selviä ja yksinkertaisia kysymyksiä. Lisäksi haastattelijan on tärkeä tuntea haastattelua koskeva

aihepiiri, jotta keskustelu aiheesta on luontevaa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 68 – 69.) Savonian ja Kajaanin haastatteluja tekeville opiskelijoille esitettiin työstämämme kysymysluettelo, jota hyödyntäen he laativat omat teema-alueuettelot tai tukilistan käsiteltävistä asioista. Näitä oli mahdollisuus hyödyntää tarvittaessa haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66 – 67.) Haastateltaessa ei saa käyttää liian ohjaavia kysymyksiä, koska se voi siirtää vastausten painopisteen haastateltavan omista ajatuksista haastattelijan näkemyksiin. Teemahaastattelussa mielenkiinto kohdistuu nimenomaan haastateltavaan ja hänen kokemuksiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 93.) Haastatteluissa pyrittiin siihen, että kysymykset olisivat olleet mahdollisimman avoimia. Pääasiassa kysyttiin avoimia kysymyksiä, joihin ei voisi vastata pelkästään ”kyllä” tai ”ei”, vaan vastaukset olisivat haastateltavan kuvailevaa kerrontaa. (Laine 2007, 37 – 38.)

Haastattelujen alkuvaiheessa tutkijat olivat tiiviisti yhteydessä haastattelujen sujumisesta ja tarkoitus oli keskustella mahdollisista haasteista. Suunnitellun haastattelurungon ja teema-alueiden suhteen varsinaisia ongelmia ei haastatteluissa ilmennyt (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72). Erityispiirteensä haastatteluihin toivat kuitenkin osan haastateltavan muistamattomuus. Näissä tilanteissa omaisten rooli haastatteluissa korostui. Tutkijat pohtivat, otetaanko kyseisiä haastatteluja analyysivaiheessa huomioon, koska haastatteluista tuli ennemminkin esiin omaisen mielipide ikäihmisen sijaan. Tutkimuksessa päädyttiin kuitenkin siihen, että kaikki haastattelut huomioidaan tutkimuksessa, koska usein omaisen rooli oli merkittävä ikäihmisen kotona selviämässä, ja näin ollen omaisen mielipide koettiin myös erityisen tärkeäksi. (Lumme – Sandt 2005, 131 – 133.) Haastattelut tuottivat runsaasti mielenkiintoista tietoa myös tutkimusalueen ulkopuolelta, mutta analyysiin rajattiin vain tutkimuskysymyksiin liittyviä ikääntyneiden kokemuksia.

Nauhoittaminen säilyttää keskusteluista olennaiset seikat, kuten haastateltavan sanatarkan puheen, äänenkäytön ja mahdollisen tunnelatauksen. Ennen ensimmäistä haastattelua tutkijat harjoittelivat nauhureiden käytön, sillä nauhureiden oikeaoppinen käyttö tuo varmuutta ja lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 75, 92, 108). Jokainen haastattelu numeroitiin järjestyksen ylläpitämiseksi. Haastattelujen tallennetiedot saneltiin nauhurille yhtenäisellä tavalla ennen haastatteluja.

Lopputuloksena voidaan todeta, että aineistojen kerääminen onnistui suunnitelmien mukaisesti sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen aineiston osalta. Tarkka suunnittelu ja esivalmistelu tuottivat tarkoituksenmukaisen lopputuloksen ja aineistoksi saatiin toivottua materiaalia analyyseja varten.

4 TUTKIMUSAINEISTOJEN ANALYYSI

Aineistot analysoitiin kvantitatiivisella ja kvalitatiivisella menetelmällä. Kvantitatiivisessa analysoinnissa hyödynnettiin SPSS-ohjelman versiota 19 (IBM SPSS statistics 19). Kvalitatiivisessa analysoinnissa käytettiin sisällön analyysia, jonka avulla empiirisestä aineistosta saatiin käsitteellinen analyysi. Näitä analyysimenetelmiä käsitellään seuraavissa kappaleissa.

4.1 Määrällisen aineiston analyysi

Kvantitatiivinen aineisto käsiteltiin tässä tutkimuksessa erilaisilla monimuuttujamenetelmillä. Monimuuttujamenetelmät ovat tilastollisia analysointimenetelmiä, joissa yhtäaikaaisesti tarkastellaan useiden muuttujien välisiä yhteyksiä. Monimuuttujamenetelmien käytön tavoitteena oli laajan aineiston sisältämän informaation pelkistäminen. (Heikkilä 2008, 243.) Aineiston lopullinen analysointi toteutettiin moniulotteisella korrespondenssianalyysimenetelmällä, toiselta nimeltään usean muuttajan korrespondenssianalyysillä, jota kuvataan tarkemmin tutkimuksen tulososiossa luvussa 6. Korrespondenssianalyysi sopii kuvailevaan luokitellun aineiston analyysiin. Korrespondenssianalyysissä ei ole mitta-asteikollisia rajoituksia ja aineistoksi sopivat mm. binääriset tiedot. Tulokset esitetään usein kaksiulotteisena graafisena esityksenä, joten tulkinta on havainnollista. Moniulotteisessa korrespondenssianalyysissä on olennaista luokkien ja luokittelijoiden väliset suhteet ja niiden sijoittuminen ”korrespondenssiavaruuteen” (Heikkilä 2008, 251, Vehkalahti 2008, 191- 193.)

Ennen korrespondenssianalyysivaihetta aineistoa esikäsiteltiin muun muassa tekemällä sille ryhmittelyanalyysi, jossa havainnot luokiteltiin ennalta luokittelemattomiin ryhmiin siten, että saman ryhmän jäsenet muistuttavat toisiaan ja ryhmien välillä on selvät erot. (Heikkilä 2008, 248; Metsämuuronen 2009, 875.) Ryhmittelyn pohjana käytettiin pääkomponenttianalyysin kautta muodostettuja summamuuttujia. Käytännössä summamuuttujat muodostuivat sen perusteella (faktorianalyysin

erikoistapaus), miten eri muuttujat sijoittuivat eri pääkomponentteihin. Yhteiskuntatieteellisissä tutkimuksissa rakennetaan summamuuttujia yksinkertaisesti laskemalla yksittäisten muuttujien arvot yhteen esimerkiksi siten, että kolmesta Likert-asteikollisesta väittämästä syntyy $3 \times (1 - 5)$ eli summamuuttuja, jonka vaihteluväli on 3 – 15. Faktorianalyysi siis etsii suuresta määrästä muuttujia ne tekijät, jotka korreloivat keskenään muita enemmän ja muodostavat kokonaisuuden. Analyysillä on mahdollista tiivistää useiden mitattujen muuttujien informaatio keskeisiin faktoreihin eli vähentää muuttujien määrää. Faktorianalyysi muokkaa syötetyn aineiston useaksi faktoriksi, joihin jokaiseen latautuu tietty määrä muuttujia. Näistä faktoista muodostuvien summamuuttujien sisäistä yhdenmukaisuutta testattiin vielä laskemalla muuttujajoukon Cronbachin alfa. (Metsämuuronen 2009, 145 – 150.)

Monimuuttujamenetelmän perusominaisuus on aineiston muuttujajoukon tai -vaihtelun tiivistäminen, koska harvoin on mahdollisuus välttyä usean yhtäaikaisen muuttujan tarkastelulta. Monimuuttujamenetelmien käyttöön liittyy selittävä analyysi, jonka olennainen osa on todellisten ja näennäisten yhteyksien erottaminen. Pelkkä tilastollinen yhteys ei riitä osoittamaan kahden ilmiön todellista yhteyttä keskenään, vaan todellinen yhteys on osoitettava siten, ettei kolmas, kahteen alkuperäiseen muuttujaan yhteydessä oleva tekijä, synnytä tätä yhteyttä. Kolmannen muuttujan vakioiminen on sitä, että kvantitatiivisen aineiston analyysin täsmentämisessä häivytetään kolmannen tekijän vaikutus kahden alkuperäisen muuttujan havaitusta yhteydestä (elaboraatio). (Jokivuori & Hietala 2007, 15 – 16.)

Monimuuttujamenetelmän peruslähtökohtana on numeerisen tiedon hankinta tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä. Analyysin keskeisimmät asiat ovat havaintoyksikkö, muuttuja ja arvo. Kysely- ja haastattelututkimuksessa havaintoyksikkö on yleensä kyselyyn vastannut ihminen eli yksilö, ja muuttujat ovat yksilöstä mitattuja ominaisuuksia. Arvot ovat muuttujien luokkia, ja esimerkiksi sukupuolimuuttujassa arvona on nainen (1)/ mies (2). Asenneväittämässä käytetään usein Likert-asteikkoa: 1= täysin samaa mieltä, 2= melko samaa mieltä, 3= en samaa enkä eri mieltä, 4= melko eri mieltä ja 5= täysin eri mieltä. Lisäksi annetun vastausulottuvuuden ulkopuolelle on hyvä antaa vielä kuudes vaihtoehto, ”en osaa sanoa”. (Jokivuori & Hietala 2007, 13 – 14). Likert-asteikko on yhteiskuntatieteen tutkimuksissa ehkä yleisimmin käytetty väittämäskaalaus, jossa on tavallisimmin käytetty neljä- tai viisiportaista

järjestysasteikkoa. Asteikon ääripäinä ovat vaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. (Jokivuori & Hietala 2007, 116.)

Vertailustrategiana muuttujaorientoituneessa vertailussa keskiössä ovat havaintoyksiköistä mitatut, eri ominaisuuksia indikoivat tunnusluvut eli erilaiset ilmiöt, eivät yksittäiset havaintoyksiköt. Näin ollen suurestakin havaintojoukosta mitattujen ominaisuuksien keskinäisiä yhteyksiä ja eroja voidaan tarkastella taloudellisesti ja tehokkaasti erilaisten kvantitatiivisten analyysimenetelmien avulla. Aineiston käsittely aloitetaan kuvailevasta analyysistä eli kerättyä aineistoa käsitellään frekvenssi- ja prosenttijakaumien kautta. Seuraavaksi lähdetään tarkastelemaan muuttujien välistä yhteyttä analyysitasolla. (Jokivuori & Hietala 2007, 13 – 14)

4.2 Laadullisen aineiston analyysi

Haastattelujen jälkeen nauhoitetut aineistot litteroitiin sanatarkasti. Aineistoa litteroi tutkijoiden lisäksi myös ulkopuolinen henkilö, minkä vuoksi oli tarpeellista ohjeistaa litterointi tarkasti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138 – 141.) On tärkeä ymmärtää, että litterointi ei ole pelkkä pakollinen, kuivakas rutiini, vaan se käynnistää lukemisen ja analyysin. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11.) Litteroinnin jälkeen tekstiä luettiin useaan kertaan, jotta haastattelujen sisällöt alkoivat hahmottua selkeämmin. Hirsjärvi ja Hurme (2008, 141 – 143) kuvaavat, kuinka aineisto alkaa puhutella tutkijaa aineiston alkaessa synnyttää mielenkiintoisia kysymyksiä ja ajatuksia. Perusteellinen aineistoon tutustuminen on lähtökohta onnistuneelle analysoinnille.

Analyysivaiheessa tutkijat jakaantuivat kahteen pienryhmään siten, että puolet tutkijoista siirtyi analysoimaan tutkimuksen kvantitatiivista aineistoa. Kvalitatiivisen haastatteluaineiston analysointiin osallistui kolme tutkijaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan mahdollisimman avoimesti esimerkiksi kysymällä aineistolta, mitä se kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto ja tutkimusongelma ovat tiiviissä vuoropuhelussa keskenään. Tutkijat analysoivat aineistoa sisällönanalyysin avulla aluksi tarkoituksenaan aineiston tiivistäminen ja nostaminen abstraktitasolle. (Kylmä & Juvakka 2007, 66; Ruusuvoori ym. 2010, 13.) Haastatteluista haettiin ikääntyneiden kokemuksia hyödyntäen fenomenologista lähestymistapaa. Aluksi

litteroidut haastattelut jaettiin kaikille tutkijoille. Tämä vaihe sisälsi yhteisen tekemisen lisäksi paljon tutkijoiden itsenäistä työtä. Laadullisen aineiston analyysi sisältää useita vaiheita ja keskeisiltä osiltaan se on sekä analyysiä että synteesiä. Analyysissä aineistoa eritellään ja luokitellaan, synteessillä pyritään kokonaiskuvan luomisen lisäksi esittämään tutkittava ilmiö uudessa perspektiivissä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143 – 144.)

Haastattelujen raakadatat luokiteltiin neljään teema-alueeseen haastatteluteemojen mukaisesti. Teemat eroteltiin koodaamalla ne eri värein, minkä jälkeen koodatut tekstit siirrettiin kuhunkin teemaosioon. Näin aineistosta saatiin karsittua tutkimukselle epäolennainen osa pois. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 110 – 111.) Eri osioihin saattoi tässä vaiheessa tulla myös samaa informaatiota. Vaikka litteroiduista haastatteluista siirrettiin informaatiota teema-alueisiin, haastattelunumerot säilytettiin informaation yhteydessä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 141). Tämä mahdollisti palaamisen mahdollisuuden tiettyyn haastatteluun myöhemmässä analysointivaiheessa.

Analyysin edetessä tutkijat huomasivat, että teemaosiot I ja II on järkevä liittää yhdeksi teema-alueeksi, koska niiden tuottama informaatio on suurelta osalta päällekkäistä. Tämän jälkeen jäljelle jäi kolme teemaa, joista kukin tutkija alkoi analysoida tahollaan yhtä. Kuitenkin kaikkien työvaiheiden aikana tutkijat kokoontuivat säännöllisesti reflektomaan ja saamaan ohjausta opettajalta. Koska litteroidut haastattelut sisälsivät pitkiä lauseita, raakadata pelkistettiin säilyttäen keskeinen informaatio ja sanoma. Näin raakadata mahtui neliosaisen taulukon ensimmäiseen sarakkeeseen. Seuraavaksi raakadata tiivistettiin pelkistettyihin ilmaisuihin, jotka siirrettiin edellä mainitun taulukon toiseen sarakkeeseen. Tässäkin vaiheessa haastattelunumerot kulkivat informaation perässä. Pelkistettyjä ilmaisuja ryhmiteltiin teema-alueiden sisällä vielä eri aihepiireihin. Näin tutkijat näkivät, mitkä asiat nousivat esiin selkeimmin ja näihin asioihin kiinnitettiin analysoinnissa enemmän huomiota. Kolmanteen sarakkeeseen ryhmiteltiin nämä usein toistuvat asiat alaluokiksi. Neljänteen sarakkeeseen yhdisteltiin kaikki luokat vielä edellistekin pelkistetyimmässä muodossa yläluokiksi ja siitä edelleen yhdistäviksi luokiksi, jolloin saatiin vastauksia tutkimustehtävään.

Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 151 – 152) mukaan aineiston luokittelu esimerkiksi erillisiin sarakkeisiin luo pohjan haastatteluaineiston tulkinnalle, sillä sen avulla

aineiston eri osia voidaan myöhemmin vertailla, yksinkertaistaa ja tulkita. Ryhmittelyn jälkeen seurasi aineiston käsitteellistäminen, jossa eroteltiin tutkimuksen kannalta olennainen tieto, ja tiedon perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatkettiin yhdistelemällä luokituksia niin, että analyysissä päästiin johtopäätöksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 145 – 150, Tuomi & Sarajärvi 2004, 110 – 115.) Näin sisällönanalyysi on perustunut tutkijoiden tulkintaan ja päättelyyn, jossa on edetty empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkimusaiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112 – 115.)

Näistä analyysivaiheista kootut tulokset tutkijat kokosivat alustaviksi tulkinnoiksi ja ne työstettiin esitysmuotoon. Esityksessä nostettiin esiin kotona pärjäämisen, palveluiden ja avun, osallisuuden sekä kuljetuspalveluiden edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä. Alustavat tulokset esitettiin pilottialueen työntekijöille suunnatussa seminaarissa Oulussa kesäkuussa 2013. Tutkijat ottivat etäisyyttä tutkimuksen analyysivaiheeseen muutamien viikkojen ajan, jonka jälkeen palasivat aiheeseen aloittaen analyysin auki kirjoittamisen. Tässä vaiheessa tulosten rikastuttamiseksi tutkijat päättivät hyödyntää määrällisen tutkimuksen keinoja SPSS-ohjelman avulla. Tutkijat keräsivät aineistosta materiaalia teemoittain taulukoihin, jonka jälkeen määrälliseen aineistoon perehtynyt tutkija keräsi ja tulkitsi informaation. Tulkintoja hyödynnettiin laadullisen aineiston analyysissä.

Analyysissä tutkijoiden päämääränä oli päästä onnistuneisiin tulkintoihin. Tulkintaa pidetään onnistuneena, mikäli lukija löytää saman näkökulman tutkijan kanssa. Aineiston tulkinta on tutkijan tekemää, jolloin lukija lukeekin haastattelua tutkijan tulkinnasta käsin. Tutkimuksen luotettavuuden ja oikeiden tulkintojen varmistamiseksi tutkijat kirjoittivat tarkan kuvauksen siitä, miten tulkintaan on päädytty. Myös usean tulkitsijan käyttö varmisti tulkinnan luotettavuutta ja koko tutkimuksen laadukkuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 151 – 152, 186.) Seuraavaksi perehdytään tarkemmin tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen.

4.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Luotettavuus

Luotettavuus eli reliabiliteetti tarkoittaa sitä, missä määrin mittari mittaa tutkittavaa ominaisuutta, kuinka luotettava ja pysyvä mittari on ja kuinka pysyviä ja johdonmukaisia mittaustulokset ovat. Reliabiliteetin toteutuessa uudelleenmittauksessa saadaan sama tulos. (Mäkinen 2006, 87.) Tutkimuksessa on kahdenlaista aineistoa. Ensimmäiseksi on kyselylomakkeella kerättyä kvantitatiivista aineistoa viranomaistoiminnasta, jossa työntekijät eli palvelutarpeen arvioijat arvioivat tekemäänsä palvelutarpeen arviointia sekä omasta, että arvioimansa asiakkaan osallisuuden näkökulmasta. Toiseksi on kvalitatiivista haastatteluaineistoa, jossa palvelutarpeen arviointiin osallisena ollut ikääntynyttä henkilöä haastateltiin palvelutarpeen arviointiin ja osallisuuteen liittyen. Kysely palvelutarpeen arvioijille olisi toteutettavissa uudelleen ja saadut tulokset olisivat samoja, jos arvioitujen asiakkaiden elämäntilanne ja palveluiden tarve olisivat pysyneet samoina, ja jos kyselyyn vastaisivat samat työntekijät. (Metsämuuronen 2009, 76). Kyselyaineiston analyysi tehtiin SPSS-tilasto-ohjelmalla ja monimuuttajamenelmiä hyödyntävä analyysi on toistettavissa kerätylle aineistolle.

Tilastollisessa tutkimuksessa on mahdollista laskea ennalta tarvittava, riittävän suuri aineisto. Tutkimuksen kyselyaineisto koostui 239 kyselylomakkeesta ja eri vastaajista. Haastatteluaineiston analyysin luotettavuutta lisäsi se, että haastatteluja tehtiin eri paikkakunnilla yhteensä 56. Haastatteluaineiston osalta analyysin toistettavuus ei ole yhtä suoraviivaista kuin kyselyaineistossa. Perusteellisen analyysin tuotoksena saatiin kuitenkin yhdensuuntaisia tuloksia esimerkiksi kuljetuspalvelujen saatavuuden suhteen, vaikka luotettavuutta heikensi se, että haastattelijoiden koulutustausta vaihteli perustutkinto-opiskelijoista pitkään ammatissa toimineisiin, ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittaviin opiskelijoihin. Huomionarvoista on kuitenkin se, että tutkijat valitsivat aineistosta sen, mihin huomio kiinnitettiin. (Metsämuuronen 2009, 259.)

Pätevyys eli validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin pätevyyttä eli sitä, mittaako se tarkoitettua asiaa. Kyselylomakkeen laadinnassa validiteetti tulee esiin

siinä, mittaako kyselylomake asiaa, josta halutaan tietoa ja ovatko kysymykset ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä. (Mäkinen 2006, 87.) Tutkimusryhmä kokoontui ohjaajineen tarkastelemaan kysymyslomakkeen kysymysten asiasisältöä ja luotettavuutta tammikuussa 2013. Kyselylomake testattiin kymmenellä vastaajalla Ylä-Savossa ja Kainuussa. Sähköiseen muotoon saatettu kyselylomake testattiin myös ennen kuin siihen ohjaava linkki laitettiin sähköpostin kautta jakeluun palvelutarpeen arviointeja tekeville henkilöille Oulussa, Ylä-Savossa ja Kainuussa helmi-maaliskuussa 2013. Testaamisen jälkeen kyselylomakkeeseen ei tehty mainittavia muutoksia. Kysymyksistä tehtiin sellaisia, että ne olivat lähtöisin käytännön tarpeista ja vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tutkimuslomakkeelle suunniteltiin kysymykset aihealueittain käyttäen pohjana työseminaarien ryhmätoissa esiin tulleita aiheita, joten vanhuspalvelulain pilaointiin osallistuneet tutkijat ja työntekijät ovat olleet vaikuttamassa kyselylomakkeen suunnitteluun. Haastatteluaineistossa teemahaastattelut tehtiin ilman esihaastatteluja. Tutkijoilla oli aiempaa kokemusta ikääntyneiden kanssa käytävästä vuorovaikutuksesta, joten he esimerkiksi osasivat varata riittävästi aikaa haastatteluille ja toimia niissä luontevasti ikääntyneiden tarpeet huomioiden. Omaa näkemystä ja kokemusta pidettiin luotettavuutta parantavana tekijänä.

Metsämuurosen (2009, 52) mukaan tutkimukseen liittyvät käsitteet tulee määrittellä yksiselitteisesti. Käsitteet toimijuus ja osallisuus operationalisoitiin tarkasti niiden ollessa tutkimuksen teoreettisina viitekehyksinä. Voidaan olettaa, että toimintakyky käsitteenä on työntekijöille niin tuttu käytännön työn kautta, että se ymmärretään. Tutkimuksessa käsitteiden määrittelyjä ei kuitenkaan annettu kyselyyn vastaajille, eikä myöskään niille haastattelijoille, jotka eivät olleet tutkimusryhmän jäseniä. Haastattelujen litterointivaiheessa kävi ilmi, että tutkimusryhmän ulkopuoliset haastattelijat olivat sekoittaneet osallisuus-käsitteen osallistumis-käsitteeseen. Lisäksi osallisuudesta ei ollut kysytty kaikissa haastatteluissa ollenkaan. Tästä voidaan päätellä, että osallisuus on käsitteenä abstrakti ja määritelmä on kytköksissä siihen, missä yhteydessä se määritellään. (Salmikangas 2002, 94). Epäselväksi jää, miten kyselyyn vastanneet työntekijät käsittivät toimijuuden käsitteen ja sen suhteen toimintakyvyn käsitteeseen. Kyselylomakkeessa osallisuus-käsitettä ei määritelty, mutta se oli selkeämmin luettavissa kysymyksistä. Käsitteiden kompleksisuus ja päällekkäisyys saattavat vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Tulosten luotettavuutta saattoi vähentää myös se, että osassa ryhmän ulkopuolisten haastattelijoiden tekemissä haastatteluissa

haastatteluisillöt olivat puutteellisia, eikä niistä saatu aineistoon analysoitavaa. Toisaalta haastatteluja oli niin paljon, että keskeiset tulokset toistuivat suurimmassa osassa haastatteluja.

Eettisyys

Henkilötietolain 11§:n mukaan arkaluontoisia tietoja ovat muun muassa henkilön terveydentilaa, sairautta tai vammaisuutta taikka häneen kohdistettuja hoitotoimenpiteitä, henkilön sosiaalihuollon tarvetta, palveluja, tukitoimia sekä etuuksia koskevat asiat. Sekä kysely- että haastatteluaineistossa yksityisyyden suoja varmistettiin siten, että haastateltavien ja kyselyyn vastanneiden nimiä ei kerätty kirjallisesti, vaan aineistot numeroitiin. Haastatteluaineiston litterointiin ei kirjoitettu haastateltavien nimiä, jolloin vastaajien tunnistaminen aineistosta oli mahdotonta. Taustatietoja ei poistettu kuitenkaan kokonaan, vaan aineistoista luokiteltiin haastateltavien ikä, sukupuoli ja siviilisääty. Kuulan (2006, 219) mukaan arkaluontoisia asioita sisältävien aineistojen tunnistamisriskit vähenevät luokittelun avulla. Aineistot on säilytetty jatkotutkimuksen mahdollistamiseksi ja ne ovat tutkijoiden tiedostoissa salasanalla suojattuna.

Tutkimuksessa haluttiin saada iäkkäiden henkilöiden ja työntekijöiden ääni kuuluviin heitä kuulemalla. Etenkin iäkkäät henkilöt ovat usein asemassa, jossa heitä ei kuulla heidän palvelutarpeisiinsa liittyen. (Valokivi 2008, 42). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat ohjeet ”Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen” (2009) määrittelee ihmistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet kolmeen osa-alueeseen. Niitä ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. Nämä periaatteet ovat ohjanneet tutkimuksen kulkua. Haastateltavien yhteystiedot saatiin palvelutarpeen arviointeja tekeviltä työntekijöiltä ja tähän oli saatu lupa asianomaisten esimiehiltä. Tutkijat sopivat haastatteluista pääasiassa iäkkäiden henkilöiden itsensä kanssa. Joissakin tapauksissa iäkkään henkilön läheinen totesi, ettei haastattelua voi tehdä iäkkään henkilön olemattoman muistin vuoksi. Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista on noudatettu siten, että haastateltavia on informoitu tutkimuksesta ja tutkimukseen on saatu heiltä kirjallinen suostumus. Vahingoittamisen välttäminen on tarkoittanut sitä, että haastateltavia on kohdeltu arvostavasti, eikä haastattelutilanteessa

ole haluttu kuormittaa haastateltavaa liikaa. Lisäksi haastateltavan läheisellä oli mahdollisuus olla mukana haastattelutilanteessa. Yksityisyyden suojan periaatetta on noudatettu siten, että tunnistetietoja ei ole säilytetty tarpeettomasti. Sekä kyselyyn vastaajia että haastateltavia informoitiin etukäteen tutkimuksesta ja suostumus tutkimukseen osallistumiseksi pyydettiin kirjallisesti.

Yksi tutkijaryhmän tutkija oli juuri ennen ryhmään liittymistään työskennellyt sosiaalityöntekijänä Oulun kaupungin Palveluohjausyksikössä, jonka työntekijöistä osa vastasi kyselyyn. Lisäksi kolme tutkimusryhmän tutkijaa työskentelee iäkkäiden henkilöiden parissa Oulun kaupungilla. Vastaajien anonymiteetin säilymiseksi tutkijat pidättäytyivät tietoisesti keskustelemasta tutkimuksesta ja kyselystä työtovereidensa kanssa, eikä heillä ole ollut käytössään minkäänlaisia tunnistetietoja vastaajista. Tutkijaryhmän tutkijat eivät myöskään haastatelleet oululaisia iäkkäitä henkilöitä, joihin heillä oli ollut hoito- tai asiakassuhde. Kuulan (2006, 145 – 146) mukaan tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus voi vaarantua, jos tutkimukseen osallistuva, kuten haastateltava tässä tutkimuksessa, suostuu tutkimukseen vaaliakseen suhdetta viranomaiseen. Tutkimuksessa tämä siis vältettiin tiedostamalla asia sekä informoimalla tutkimukseen osallistujat hyvin siitä, että tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta heidän hoitoonsa tai palveluihinsa.

Tämä tutkimus on opinnäytetyö, jonka tekijät ovat osallistuneet työn kirjoittamiseen samanarvoisesti. Edellä mainitun vuoksi tutkijoiden nimet on esitetty aakkosjärjestyksessä. (Mäkinen 2006, 124). Tutkijat ovat yhdessä tehneet parhaansa, jotta tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset olisivat luotettavia ja ymmärrettäviä ja teksti selkeää. Mäkinen (2006, 123- 124) kirjoittaa myös eettisyydestä ja tutkimuksen raportointiin liittyen kirjoittajan vastuusta, oikeakielisyydestä ja totuudenmukaisista johtopäätöksistä. Tutkimuksemme on tarkoitus antaa hyödyllistä informaatiota jokaiselle sen lukijalle ja kuvata todenmukaisesti kyselyyn vastanneiden työntekijöiden ja haastateltujen iäkkäiden henkilöiden kokemuksia, ja tehdä niistä johtopäätöksiä, jotka perustuvat myös aiemmissa tutkimuksissa tehtyihin luotettaviin päätelmiin, ja jotka kuvaavat todellisuutta.

5 TUTKIMUSTULOKSET JA TULOSTEN TULKINTAA

Seuraavassa tutkimustulososiossa kerromme ensin kyselyaineiston tulosten tarkastelussa käytettävästä metodista. Sen jälkeen tarkastelemme tutkimustuloksia ja johtopäätöksiä tutkimuskysymyksittäin, kyselyaineiston ja haastatteluaineiston käydessä vuoropuhelua keskenään.

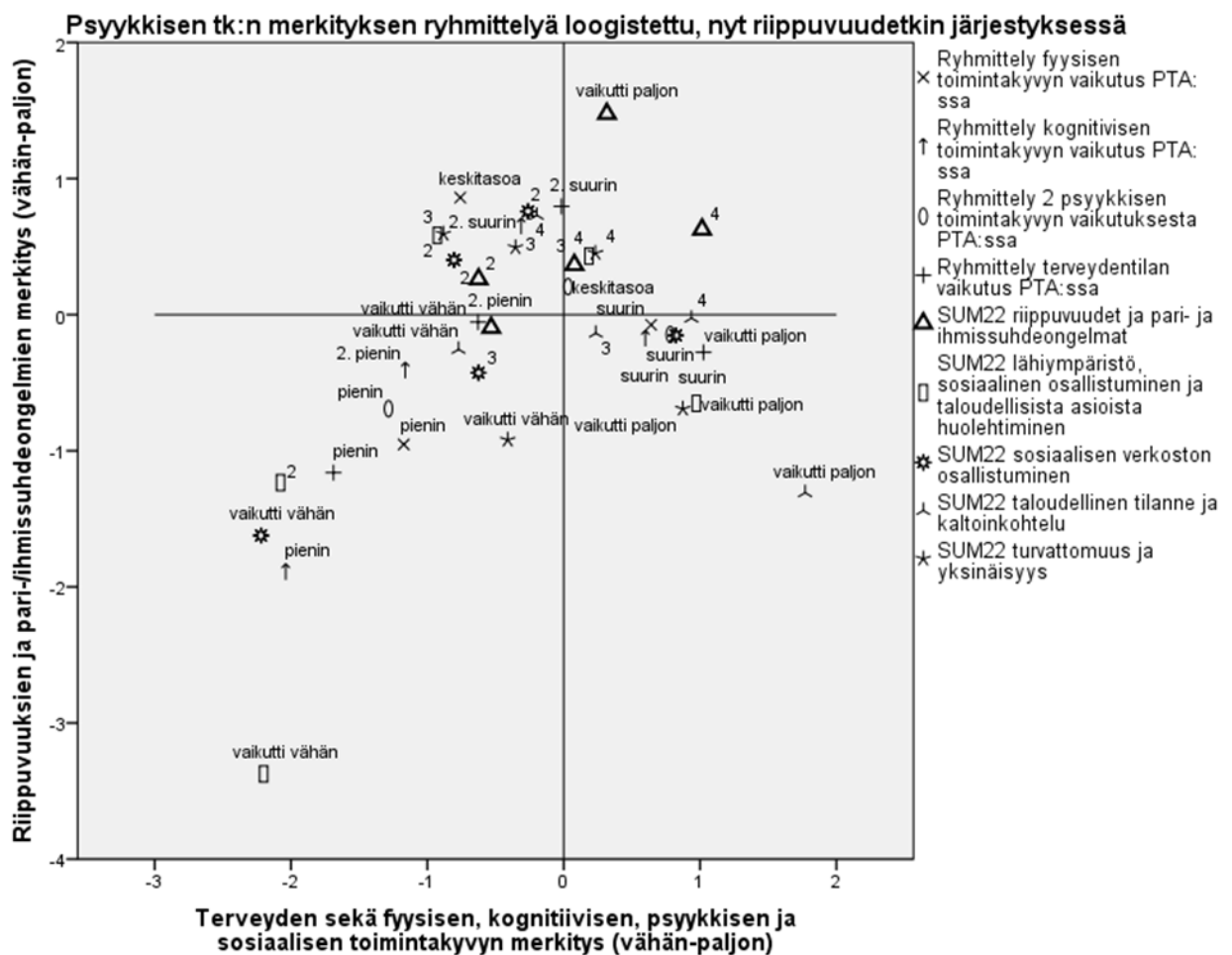
5.1 MCA-peruskenttä

Määrällisten tulosten kokoavassa tarkastelussa metodina käytettiin moniulotteista korrespondenssianalyysiä (Multiple Correspondence Analysis, MCA). Säännönmukaisuuksien löytämiseksi tarkastelu aloitettiin asettamalla kaikki aiemmassa analyysissä muodostetut summamuuttujat samaan kenttään. Tällöin havaittiin, että valtaosa toimintakyvyn eri osien vaikutusta palvelutarvearviossa (PTA) kuvaavista summamuuttujista asettui järjestykseen ulottuvuudelle 1 eli MCA-kuvion vaaka-akselille. Huomionarvoista oli, että ainoastaan yksi summamuuttuja, joka kuvasi riippuvuuksien ja ihmissuhdeongelmien vaikutusta palvelutarpeen arviossa, asettui järjestykseen ulottuvuuden 2 eli MCA-kuvion pystyakselin suuntaan.

Tämä MCA-kenttä vaikutti lupaavalta ja sitä lähdettiin kehittämään edelleen. Aluksi poistettiin yksi täysin poikkeava tapaus, joka venytti kuvion skaalaa huomattavasti tiettyyn suuntaan. Tapauksen tarkempi läpikäynti antoi aiheita epäillä vastausvirhettä. Tämän jälkeen MCA-analyysistä poistettiin muut kuin toimintakyvyn eri osia kuvaavat summamuuttujat eli toimintakyky valittiin muotoutuvan peruskentän keskeiseksi sisällöksi. Kentän ulottuvuuden 2 eli pystyakselin erotteluvoiman riittävydestä heräsi tässä vaiheessa huoli, koska sen suhteen järjestykseen asettui vain yksi summamuuttuja. Tämän vuoksi vaaka-akselille järjestykseen asettuvien terveyden sekä fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn merkitystä kuvaavien summamuuttujien määrää supistettiin ryhmittelyanalyysillä. Näin muodostettiin ryhmittelytulos jokaiselle toimintakyvyn ulottuvuuden merkitykselle palvelutarpeen arviossa, jotka parin ryhmien määrään kohdistuvan tutkijavalinnan jälkeen asettuivatkin edeltäjiensä tapaan

järjestykseen vaaka-akselille. Samalla riippuvuuksien ja ihmissuhdeongelmien merkitystä palvelutarpeen arvioinnissa kuvaava summamuuttuja asettui pystyakselin suuntaan täydelliseen järjestykseen. Analyysiin valittu MCA-peruskenttä, johon muut määrälliset tulokset sitten projisoitiin, näkyy seuraavassa kuvassa.

MCA:n peruskentän x-akselille ryhmittivät vastaajien arviot iäkkään henkilön terveyden sekä fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vaikutus palvelutarpeen arvioinnissa (vähän – paljon). Vastaavasti y-akselille ryhmittivät vastaajien arviot iäkkään henkilön riippuvuuksien sekä ihmissuhdeongelmien vaikutuksesta palvelutarpeen arvioinnissa (vähän – paljon).



KUVIO 8. MCA-peruskentän muodostuminen.

MCA:n peruskentän x-akselille ryhmittivät vastaajien arviot iäkkään henkilön toimintakyvyn vaikutuksesta (terveyden sekä fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja

sosiaalisen toimintakyvyn vaikutus) palvelutarpeen arvioinnissa (vähän – paljon). Vastaavasti y-akselille ryhmittyvät vastaajien arviot iäkkään henkilön riippuvuuksien sekä ihmissuhdeongelmien vaikutuksesta palvelutarpeen arvioinnissa (vähän – paljon). Alusta asti y-akselin sijoitusvoimakkuuden riittävyys herätti huolta, mutta alkukokeilujen jälkeen projisointi näytti tuottavan tarkkoja tuloksia, kun niitä tarkastettiin ristiintaulukoimalla projisoitua tulosta/muuttujaa y-akselia määrittävän summamuuttujan suhteen. Valitettavasti myöhemmässä analyysissä paljastui, että projisoinnin tulokset voivat olla paikkansapitämättömiä y-akselin suhteen ja sen nimeäminen täytyi purkaa. Kuitenkin havainto, jonka mukaan nimenomaan riippuvuuksien ja ihmissuhdeongelmien vaikutus palvelutarpeen arvioinnissa on erisuuntainen kaikkien muiden toimintakyvyn ulottuvuuksien suhteen, oli merkittävä ja keskeinen tulos tutkimuksessa. Lisäksi voimakkaasti y-akselin mukaan vaihtelevat projisoinnit paljastivat ristiintaulukoitaessa edelleen sisällöllisesti merkittäviä yhteyksiä projisoidun tuloksen/muuttujan sekä riippuvuuksia ja ihmissuhdeongelmia kuvaavan muuttujan välillä. Vaikka y-akselin sijoitus projisoinneissa osoittautui epäluotettavaksi akselin sijoitusvoiman heikkouden vuoksi, x-akselin sijoitus pysyi täysin pätevänä. Tämän lisäksi jatkoanalyysissä täytyi vain tarkistaa ristiintaulukoimalla erikseen tarkasteltavan, eli tässä tapauksessa projisoitavan, asian mahdollinen yhteys riippuvuuksien ja ihmissuhdeongelmien vaikutukseen palvelutarpeen arvioinnissa.

Peruskenttään projisoitiin seuraavia summamuuttujia/ryhmiteltyjä muuttujia:

- 1) Taustatiedoista: palvelutarpeen arvioijan koulutus, organisatorinen konteksti, taho/reitti, jonka kautta asiakas hakeutui palvelutarpeen arviointiin
- 2) Vanhuspalvelulain periaatteiden toteutuminen palvelutarpeen arvioinnissa
- 3) Palvelutarpeen arvioinnissa käytetyt menetelmät ja menettelyt
- 4) Kulttuuri-, taide- ja liikuntaharrastusten huomioon ottaminen
- 5) Palvelusuunnitelma ja palvelupäätökset ikälain periaatteiden turvaajana
- 6) Iäkkään henkilön osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet palvelutarpeen arvioinnissa
- 7) Vastuutyöntekijän tarpeellisuuden arviointi
- 8) Ajan ja osaamisen riittävyys palvelutarpeen arvioinnissa

Edellä kuvatulla analyysillä tulkinnan kohteena olevat ilmiöt on mahdollista hahmottaa suhteessa toisiinsa, mikä antaa perustan kokonaiskuvan luomiselle ja johtopäätösten tekemiselle. Seuraavassa tulososiossa käsittelemme tuloksia neljän pääalueen

(palvelutarpeen arviointi, toimintakyky, iäkkäiden osallisuus ja vastuutyöntekijä) mukaisesti. Jokaisen osa-alueen alla on käsitelty ensin kvantitatiivinen aineisto (työntekijöiden kokemukset) ja sen jälkeen kvalitatiivinen aineisto (iäkkäiden henkilöiden kokemukset).

5.2 Monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin toteutuminen

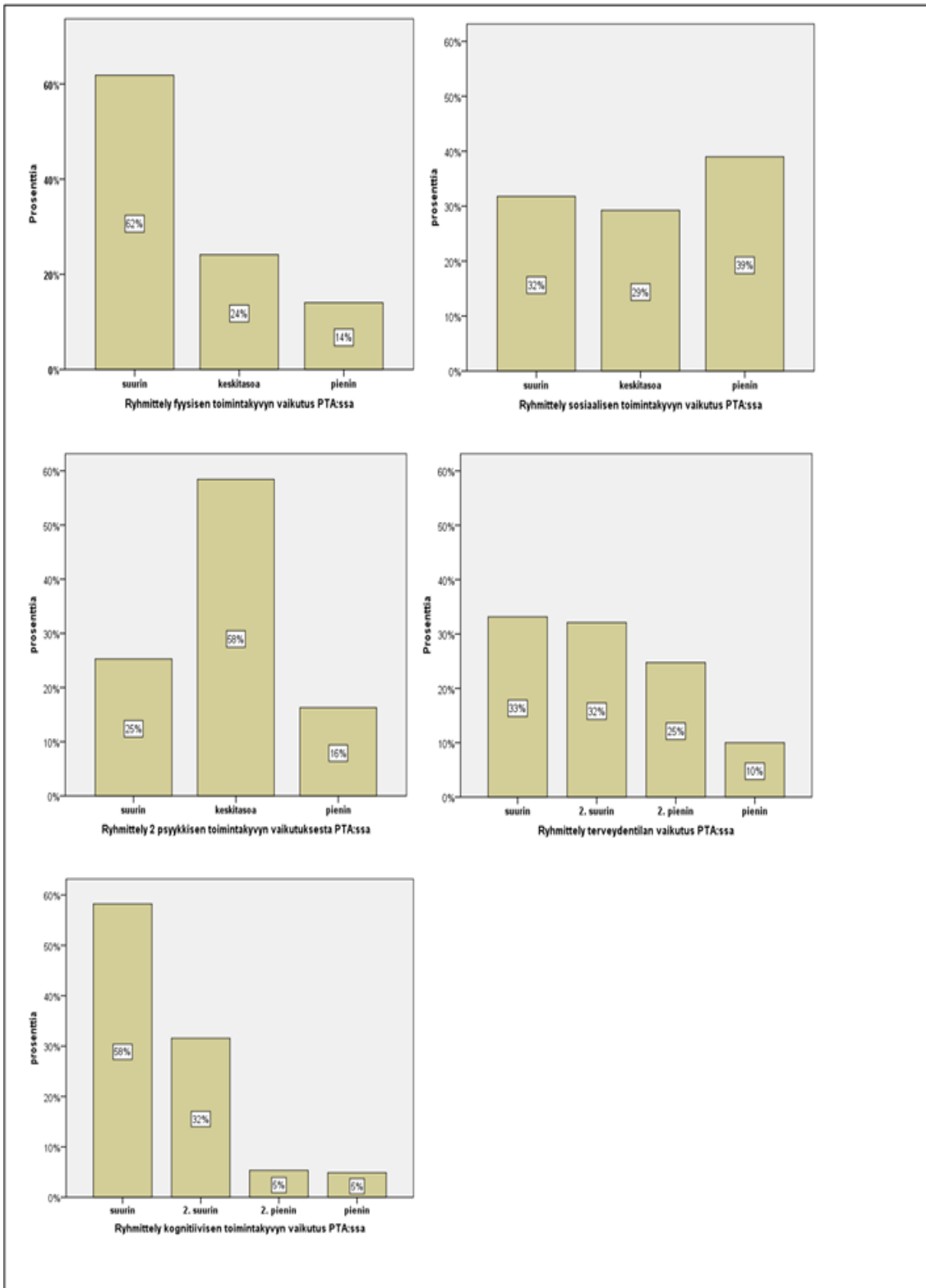
Syy/reitti palvelutarpeen arvioinnin aloittamiseen

Iäkkäät henkilöt tulivat palvelutarpeen arviointiin joko hakeutumalla itse (SHL 40§) sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin (n=38, N=240), omaisen tai läheisen yhteydenoton perusteella (n=106, N=240), hyvinvointia edistävän toiminnan kautta, sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön ilmoituksen johdosta (n=52, N=240), jo palvelujen piirissä olevan henkilön osalta toimintakyvyssä tai olosuhteissa tapahtuneiden muutosten vuoksi (n=19, N=240) tai muu syy (n=24, N=240). Tulosten perusteella palvelutarpeen arvioinnin monipuolisuudessa ei ole merkittäviä eroja, tulipa iäkäs henkilö arviointiin minkä reitin kautta tahansa. Haastateltujen iäkkäiden henkilöiden kokemus oli, että arviointipyyntöihin vastattiin riittävän nopeasti. Sosiaaliset ongelmat, ja niistä erityisesti riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat, toimivat tässä tapauksessa muuten loogisesti ristiintaulukoinnin perusteella eli riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat ovat vaikuttaneet eniten silloin, kun sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö on tehnyt ilmoituksen. Vähiten riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat vaikuttavat silloin, kun ikäihminen hakeutuu arviointiin itse tai hakeutumistapa on ”muu”.

Toimintakyvyn osa-alueiden painottuminen

Toimintakyvyn osa-alueista fyysinen ja kognitiivinen (ilmeisesti muistisairauksien vuoksi) painottuvat eniten. Sosiaalinen toimintakyky vaikuttaa vähiten, ja myös psyykkinen toimintakyky jää jossain määrin katveeseen. Kaikista vajavaisimmaksi eri toimintakyvyn ulottuvuuksien kartoituksessa jää kuitenkin riippuvuuksien sekä ihmissuhdeongelmien vaikutus palvelutarvearvioinnissa. Noin puolet arvioinnin tekijöistä ilmoittaa, ettei heillä ole tietoa näistä asioista, kun kaikkien muiden arvioinnin kohteena olevien asioiden osalta tietämättömyys on tyypillisesti 5 – 10 %:n luokkaa.

Sosiaalisen toimintakyvyn osalta muita enemmän katveeseen jää myös kaltoinkohtelu tai sen uhka, samoin kuin psyykkisen toimintakyvyn osalta mielenterveyttä vaarantavat tekijät. Tulos vahvistaa yleisesti tiedossa olevaa tilannetta. Sosiaalisen toimintakyvyn osalta tulosta voi tulkita osaamisen ja sopivien mittareiden puuttumisella. Mittarit tosin eivät riitä yksistään sosiaalisen toimintakyvyn kartoittamisessa, vaan tarvitaan myös systemaattista havainnointia ja haastattelua. Samanlaisia havaintoja on tehnyt Tarvainen (2011).



KUVIO 9. Toimintakyvyn osa - alueiden vaikutus palvelutarpeen kokonaisarviossa

Olaison (2010) osoittaa, että palveluohjaajien kirjauksissa on puutteita sosiaalisen toimintakyvyn osalta. Toisaalta kyse on myös siitä, mitkä iäkkään henkilön tarpeista tunnustetaan sellaisiksi, että ne välttämättä edellyttävät tuen ja palvelujen järjestämistä. Tarpeiden priorisoinnissa psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet tulevat huomioituiksi

fyysisten ja terveydentilan vakauden kannalta välttämättömien tarpeiden jälkeen. Toimijuuden näkökulmasta tulisi ottaa huomioon iäkkään henkilön kokonaisuus suhteessa hänen yksilölliseen elämäntilanteeseensa. Johtopäätöksenä voi esittää kaksi kysymystä: Mitä vaikutuksia toimintakyvyn eri osa-alueiden epätasaisella huomioon ottamisella ja toimijuuden huomiotta jättämisellä on 1) iäkkään henkilön pärjäämisen ja omatoimisuuden ja 2) palvelujen kehittämisen ja palvelurakenteiden keventämisen kannalta?

Ikääntyneiden haastatteluista ei selvinnyt, mikä toimintakyvyn osa-alue painottui eniten. Merkittäväksi tekijäksi nousi kuljetuspalvelujen saatavuus. Kuljetuspalvelut mahdollistavat pääsyn sosiaalisiin tilanteisiin kodin ulkopuolella, mutta kuljetuspalvelujen saaminen on ikääntyneiden kokemuksen mukaan erittäin haasteellista. Niillä ikääntyneillä, jotka saivat kuljetuspalveluja, kokemus palvelun riittävydestä vaihteli. Osa ikääntyneistä koki, että matkakerrat riittävät vain välttämättömiin asiointeihin, eikä esimerkiksi kyläilyyn tai harrastuksiin. Ikääntyneet, jotka saivat kielteisen päätöksen kuljetuspalvelusta, kokivat tullessa eristetyksi muusta maailmasta. Vallan (2008, 132) mukaan ikääntyneiden mahdollisuuksia osallistua kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin tulisi edistää. Tukeminen liikkumiseen kodin ulkopuolella, erityisesti kuljetuspalveluiden ja ulkoilun osalta, koettiin ikääntyneiden osalta riittämättömiksi. Lisäksi osallistumisen tukeminen erilaisiin asiointeihin ja aktiviteetteihin ei toteutunut ikääntyneiden mukaan riittävällä tasolla. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saanut Laatikainen (2009, 25), jonka mukaan aktivoivista palveluista ei ole hyötyä, jos niihin ei pääse osallistumaan.

Haastateltujen iäkkäiden henkilöiden toimijuus toteutui siten, että he kykenivät ilmaisemaan tärkeän tarpeensa, sosiaalisen osallistumisen, jonka kuljetuspalvelut mahdollistavat. Potentiaalista sosiaalista toimintakykyä eli halua harrastaa ja kyläillä oli, mutta kuljetuspalvelujen evääminen saattoi johtaa tilanteeseen, jossa iäkäs henkilö jäi toimijana ilman mahdollisuuksia osallistua.

Palvelutarpeen arvioinnin kohteena olevista iäkkään henkilön terveyden ja toimintakyvyn osa-alueista fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen sekä pääosin sosiaalinen toimintakyky muodostavat keskenään samansuuntaisesti ilmeneviä

ulottuvuuksia, jotka vaikuttavat palvelutarpeen arvioinnissa joko vähän, keskimäärin tai paljon.

Kokonaiskuvaa ”häiritsee” sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyvät riippuvuudet (esim. päihteet, pelit) sekä ihmissuhdevaikeudet, jotka ilmenevät keskenään samansuuntaisesti, mutta täysin muista toimintakyvyn osa-alueista poikkeavalla tavalla. Lisäksi nämä viimeksi mainitut sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudet huomataan radikaalilla tavalla harvemmin kuin kaikki muut asiakkaiden toimintakyvyn ulottuvuudet. Tähän voidaan nähdä syynä organisaatiolähtöinen toimintatapa, koska tällä hetkellä palvelujärjestelmältä puuttuvat keinot vastata näihin haasteisiin.

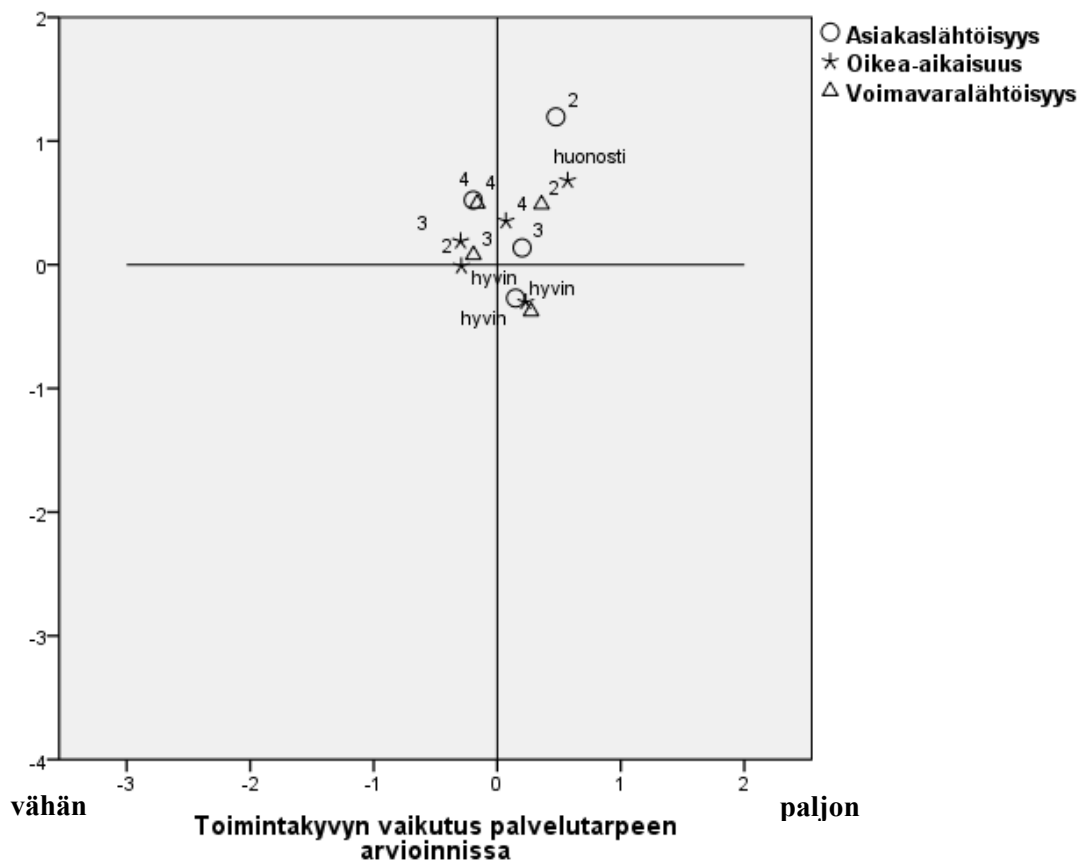
Tulosta voi pitää merkittävänä ja sitä on mahdollista tulkita eri näkökulmista. Ohittaako palvelujärjestelmä vaikeat sosiaaliset ja inhimilliset ongelmat? Vai onko niin, että riippuvuuksien ja ihmissuhdevaikeuksien puheeksi ottamista vältetään, eikä niihin siksi kiinnitetä huomiota iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen selvittämisessä. Palvelutarpeen arviointia ohjaa todennäköisesti edelleen vahva jako toimintakyvyn eri osa-alueisiin ja fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen, jolloin ihmisen yksilöllinen toimijuus ja elämän kokonaisuus saattavat jäädä huomaamatta. Mahdollisesti vain äärimmäiset tilanteet tulevat esille. Kaikissa palvelutarpeen arviointitilanteissa ei ole tarkoituksenmukaista selvittää tämänkaltaisia asioita. Mahdollisesti palvelujärjestelmällä ei ole tarjota riippuvuuksiin ja ihmissuhdevaikeuksiin palveluja iäkkäille henkilöille, minkä vuoksi ongelmat ohitetaan. Laatikainen (2009, 24) on havainnut, että ikääntyneiden erityisiä päihdepalveluita ei ole tarjolla, vaikka niille olisi tilausta.

Palvelutarpeen arviointi kytkeytyy sosiaalihuoltolain ja sosiaalihuollon erityislakien mukaisiin palveluihin, ja järjestelmän ja palvelujen lähtökohta voi ohjata palveluntarpeiden tunnistamista. Esimerkiksi perheneuvola on kunnallinen palvelu, mutta se palvelee yleensä lapsiperheitä eli nuorten aikuisten perheitä, joten sinne voi olla vaikea ohjata ihmissuhdevaikeuksissa eläviä iäkkäitten perheitä. Kyse voi olla myös ongelmien tunnistamiseen tarvittavan osaamisen puutteista. Osaamisen puute voi liittyä esimerkiksi siihen, että työntekijä tuntee huonosti palvelujärjestelmän ja ei esimerkiksi tunne kunnan ulkopuolisten toimijoiden, kuten järjestöjen palveluja. Johtopäätöksenä voi todeta, että erilaisten riippuvuuksien ja ihmissuhdevaikeuksien

varhaiseen tunnistamiseen ja tuen järjestämiseen on tarvetta kiinnittää nykyistä enemmän huomiota, sillä hoitamattomina ongelmien inhimilliset ja taloudelliset kustannukset kasvavat nopeasti. Suuriin ikäluokkiin kuuluvien ikääntyminen tuo jo 5 – 10 vuoden sisällä palvelujen piiriin ihmisiä, joille päihde- ja ihmishuhdevaikeudet ovat aikaisempia vuosikymmeniä yleisempiä.

Vanhuspalvelulain mukaisten periaatteiden toteutuminen palvelutarpeen arvioinnissa

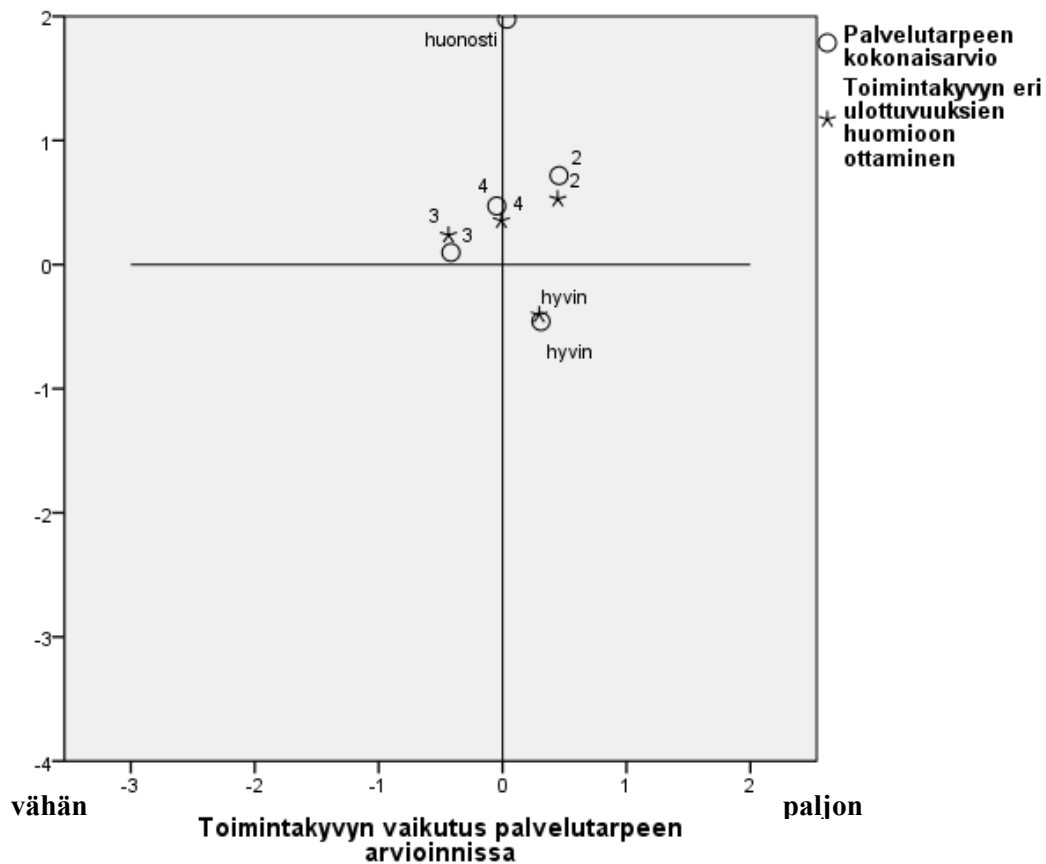
Periaatteet, joiden tulisi vaikuttaa monipuolisessa palvelutarpeen arvioinnissa, ovat asiakaslähtöisyys, voimavaralähtöisyys, oikea-aikaisuus, toimintakyvyn eri ulottuvuuksien huomioon ottaminen sekä kokonaisarvio/yhteenveto toimintakyvystä, arjen olosuhteista ja elämäntilanteesta.



KUVIO 10. Periaatteiden toteutuminen palvelutarpeen arvioinnissa I

Oikea-aikaisuus on muuten kasvava trendi, mutta yllättäen se toteutuu huonoimmin, kun toimintakyvyn vaikutus on suurimmillaan. Oikea-aikaisuus on toteutunut huonoimmin silloin, mitä enemmän toimintakyvyn eri ulottuvuudet ovat vaikuttaneet palvelutarpeen arvioinnissa. Itse asiassa tulkinta tilanteesta voi tällöin olla yhtäkkisesti kaksisuuntainen. Kun toimintakyvyn vaikutus palvelutarpeen arvioinnissa on suuri, palvelutarpeen arviointi on luonnollisesti syvä ja kattava, mutta toisaalta on todennäköistä, että juuri tällöin arvioitavan asiakkaan tilanne on enemmän tukea tarvitseva. Tästä voimme päätellä, että huonoiten toteutunut oikea-aikaisuus palvelutarpeen arvioinnissa on ajoittunut tilanteeseen, jossa toimintakyky on jo heikentynyt. Kun asiakaslähtöisyys ja voimavaralähtöisyys ovat toteutuneet huonoiten ja parhaiten, toimintakyvyn ulottuvuudet ovat vaikuttaneet keskimääräistä enemmän palvelutarpeen arvioinnissa.

Tutkimuksessa ikääntyneet kokivat, että oikea-aikaisuus palvelutarjonnassa ei toteudu kaikilta osin. Palveluja tarjotaan vasta sitten, kun niitä ei ole toimintakyvyn puolesta enää mahdollista käyttää. Tutkimuksessa ilmeni iäkkään henkilön kokemus siitä, ettei palvelutarpeen arviointi johtanut omasta mielestä tarvetta vastaaviin palveluihin. Tarjotut palvelut olivat ikääntyneiden mielestä palvelujärjestelmälähtöisiä. Ikääntyneiden mielestä palveluvalikoimasta puuttui asiakkaan näkökulmasta oleellisia palveluita, kuten kodinhoitopalvelut. Kotona yksin asuvat, huonokuntoiset ikääntyneet, joilla oli heikko sosiaalinen verkosto, kokivat tarvitsevansa eniten kotihoidon palveluita. Samansuuntaisia päätelmiä on saanut Hammar, Perälä ja Rissanen (2007, 146.)



KUVIO 11. Periaatteiden toteutuminen palvelutarpeen arvioinnissa II

Kun palvelutarpeen kokonaisarvio on toteutunut parhaiten, toimintakyvyn eri ulottuvuuksien vaikutus palvelutarpeen arviointiin on ollut keskimääräistä suurempaa. Kuitenkin toimintakyvyn eri ulottuvuudet ovat vaikuttaneet eniten silloin, kun palvelutarpeen kokonaisarvio on toteutunut huonoiten. Tarkoittaako tämä mahdollisesti sitä, että kun toimintakyky on arvioitu erillisinä ulottuvuuksina, toimijuus ja ihmisen palvelutarpeen kokonaisuus ovat jääneet katveeseen? Painottuuko mahdollisesti toimintakyvyn mittaaminen, eikä mittarien antamia tuloksia osata suhteuttaa ihmisen toimijuuteen ja kokonaisvaltaiseen palvelutarpeeseen?

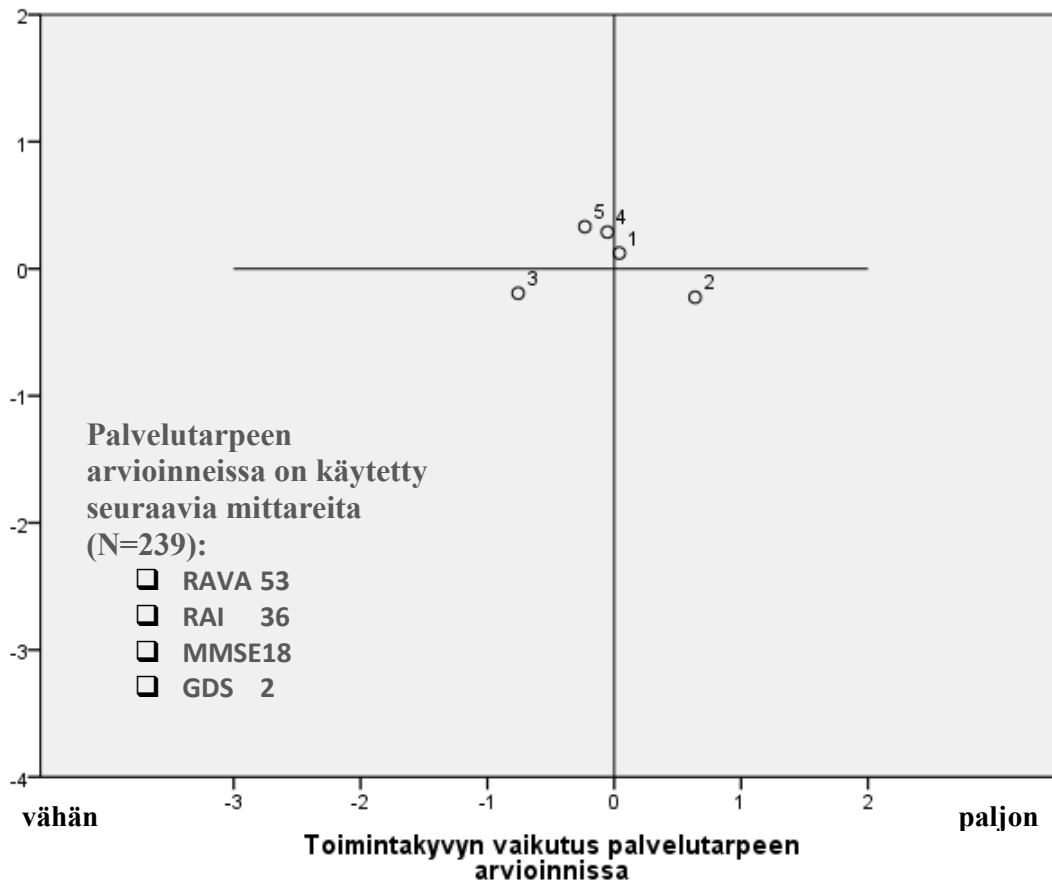
Silloin, kun palvelutarpeen kokonaisarvio toteutuu toiseksi parhaiten, toimintakyvyn ulottuvuuksien vaikutus palvelutarpeen arvioon on lähellä keskimääräistä tasoa. Toimintakyvyn eri ulottuvuuksien huomioon ottaminen toteutuu parhaiten silloin, kun toimintakyvyn eri ulottuvuuksien vaikutus palvelutarpeen arviointiin on ollut keskimääräistä suurempi. Kuitenkin toimintakyvyn eri ulottuvuuksien vaikutus on ollut

suurinta silloin, kun toimintakyvyn eri ulottuvuuksien huomioon ottaminen on toteutunut toiseksi huonoiten.

Edellä esitellyt monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin periaatteet – asiakaslähtöisyys, voimavaralähtöisyys, oikea-aikaisuus, toimintakyvyn eri ulottuvuuksien huomioon ottaminen, kokonaisarvio / yhteenveto toimintakyvystä, arjen olosuhteista ja elämäntilanteesta – näyttävät olevan vahvasti sidoksissa monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin kanssa. Palvelutarpeen arviointien laadukkuuteen vaikuttavat samanaikaisesti sisällöllinen kattavuus ja asiakaslähtöisten periaatteiden toteutuminen.

Voidaankin todeta, että iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arvioinnin laadun takeita ovat monipuolisuus, oikea-aikaisuus sekä asiakas- ja voimavaralähtöisyys, sekä eri näkökulmista ja eri keinoin hankitun tiedon koostaminen asiakastilanteen kokonaisarvioksi. Tämä näyttää pätevän myös palvelutarpeen arvioinnissa käytettyjen menetelmien ja menettelyjen merkitykseen.

Palvelutarpeen arvioinnissa käytetyt menetelmät ja menettelyt



KUVIO 12. Menetelmien ja menettelyiden käyttö palvelutarpeen arvioinnissa

1. ”vähän toimintakykymittareita, vähän konsultaatiota, muuten kattava”
2. ”menetelmällisesti kattavin”
3. ”läheinen ei mukana, vähän toimintakykymittareita, vähän konsultaatiota”
4. ”ei toimintakykymittareita, muuten kattava”
5. ”asiakas vähäisessä roolissa, omainen keskeisessä, ei toimintakykymittareita, ei konsultaatioita”

Menetelmiä ja menettelyitä tarkasteltaessa huomataan, että silloin kun palvelutarpeen arvioinnissa ei ole läheinen mukana ja toimintakykymittareita ja konsultaatioita on käytetty vähän (3), on toimintakyvyn eri ulottuvuudet huomioitu kaikkein vähiten (x-akseli). Mitä enemmän toimintakyvyn ulottuvuudet (x-akseli) ovat vaikuttaneet

palvelutarpeen arvioinnissa, sitä menetelmällisesti kattavampi palvelutarpeen arviointi on ollut.

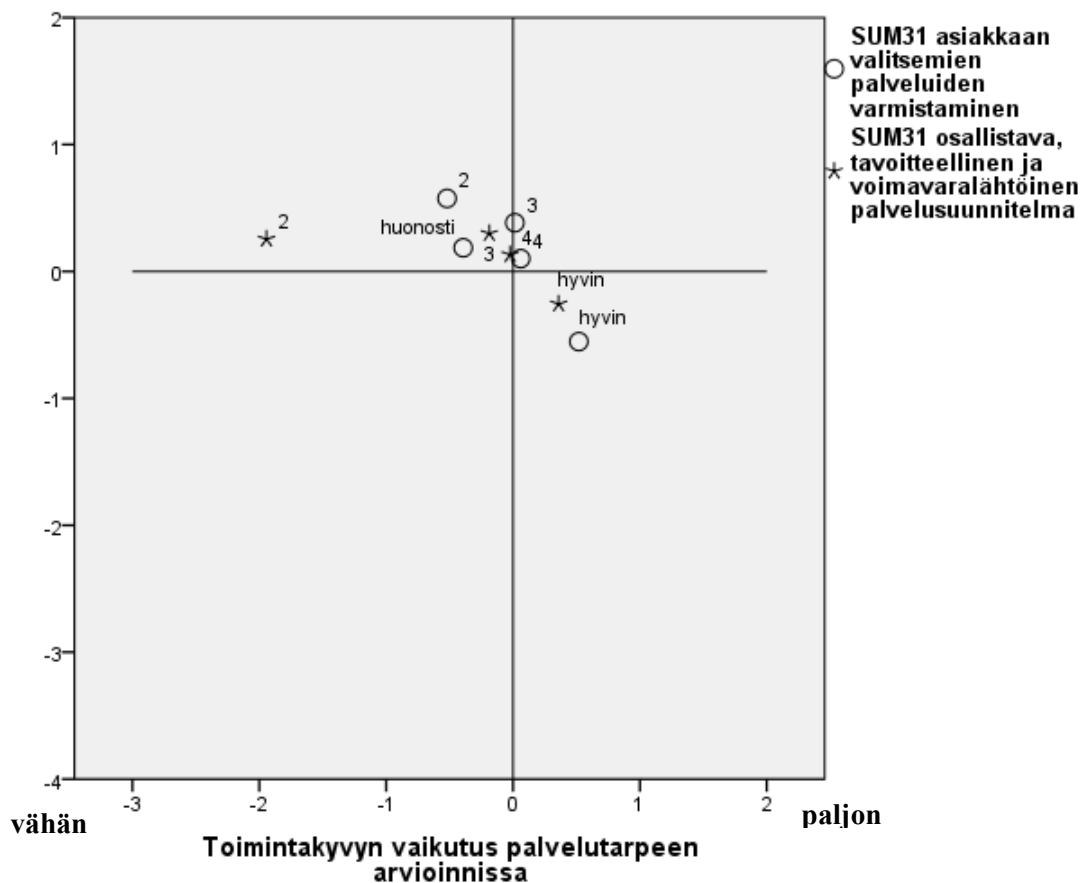
Kun asiakas on ollut vähäisessä roolissa ja omainen keskeisessä, eikä toimintakykymittareita ja konsultaatioita ole käytetty (5), toimintakyvyn eri ulottuvuudet ovat vaikuttaneet keskimääräistä vähemmän palvelutarpeen arvioinnissa.

Silloin kun palvelutarpeen arvioinnissa on käytetty vähän toimintakykymittareita, mutta se on ollut muuten kattava (4), toimintakyvyn ulottuvuudet ovat vaikuttaneet keskimääräistä vähemmän. Aiemmissa tutkimuksissa on nostettu esille omaisten merkitys ikääntyneen puolestapuhujana. Topo (2007) nostaa esille muistisairaiden henkilöiden palvelutarpeen arvioinnin eettiset haasteet. On syytä miettiä, kuka puhuu sairastuneen puolesta ja millä välineillä sairastuneen tilannetta arvioidaan, sekä arvioidaanko esimerkiksi ikääntyneen vai häntä hoitavan omaisen elämänlaatua. Valokivi (2013) kuitenkin kirjoittaa muistisairaiden ikääntyneiden kohdalla jaetusta toimijuudesta, jossa läsnäoleva omainen mahdollistaa toimijuudeltaan heikentyneen ikääntyneen toimijuuden.

Palvelutarpeen arvioinnissa käytettyjä menetelmiä tarkasteltaessa voidaan kysyä, miksi palvelutarpeen arviointi on tehty. Onko kyseessä ollut esimerkiksi kuljetuspalvelun tarve tai omaishoidon tuki? Omaishoidon tuen ja kuljetuspalvelun tarpeen arvioinnit poikkeavat toisistaan ainakin siten, että omaishoidon tuen tarvetta arvioidessa arvioidaan aina vähintään kahden henkilön tarpeita; iäkkään henkilön ja hänen hoitajanaan toimivan toimijuutta, sekä heidän välistä vuorovaikutustaan. Kuljetuspalvelun arvioinnissa korostuu ympäristö, kuten asuminen ja liikenneyhteydet. Samoin kuin kohdassa 1, jossa on käytetty vähän toimintakykymittareita ja vähän konsultaatioita, mutta muutoin se on ollut kattava. Taustalla voi vaikuttaa monen muun tekijän lisäksi arvioijan koulutus. Terveystieteiden koulutuksen saanut palvelutarpeen arvioija käyttää todennäköisemmin mittareita toimintakykyarvioinnissa kuin sosiaali-alan koulutuksen saanut.

Palvelutarpeen arvioinnin ja tarvearvion vaikutus palvelusuunnitelmaan

lökkään henkilön palvelusuunnitelman tulisi perustua palvelutarpeen monipuoliseen arviointiin, jossa ammatillinen arvio palvelun ja tuen tarpeesta on tasapainossa asiakkaan oman arvion kanssa. Tulokset viittaavat siihen, että monipuolinen ja muutoinkin laadukas palvelutarpeen arviointi johtaa valtaosin hyvään palvelusuunnitelmaan ja palvelujen toteutumiseen. Tämä näkyy niin osallistavuuden, tavoitteellisuuden ja voimavaralähtöisyyden toteutumisena palvelusuunnitelmassa kuin asiakkaan valitsemien palvelujen käynnistymisen varmistumisenakin.



KUVIO 13. Palvelutarpeen arvioinnin vaikutus palvelusuunnitelmaan

Palvelusuunnitelman osallistavuus, tavoitteellisuus ja voimavaralähtöisyys vaihtelevat eniten sen mukaan, miten paljon eri toimintakyvyn ulottuvuudet (x-akselin sijoitus) ovat vaikuttaneet palvelutarpeen arviointiin. Mitä enemmän toimintakyvyn ulottuvuudet ovat palvelutarpeen arviointiin vaikuttaneet, sitä paremmin edellä mainitut periaatteet toteutuvat palvelusuunnitelmassa.

Palvelusuunnitelmassa asiakkaan valitsemien palveluiden varmistaminen toteutui sitä paremmin, mitä enemmän toimintakyvyn eri ulottuvuudet (x-akseli) vaikuttivat palvelutarpeen arvioinnissa.

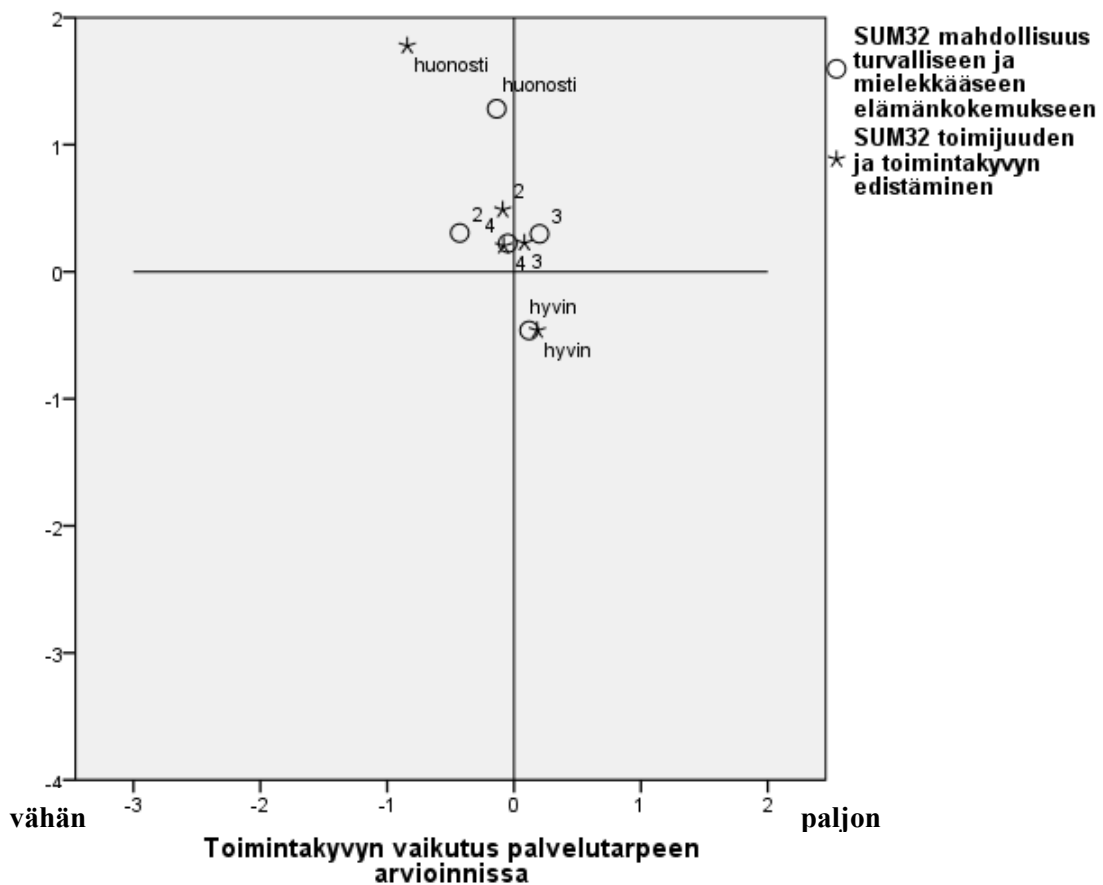
Ikääntyneiden mielestä monipuoliseen palvelutarpeen arviointiin pitäisi sisältyä palveluvaihtoehtojen laaja-alainen esittäminen. Ikääntyneillä ei ole useinkaan tietoa eri palveluvaihtoehtoista. Tärkeänä pidettiin, että informaatiota palveluiden suhteen annettiin riittävästi. Usein kuitenkin koettiin, että informaatio on epäselvää tai riittämätöntä. Lisäksi palvelujen toteutumisen seuranta ja arviointia kaivattiin enemmän. Osa ikääntyneistä koki, etteivät he saa kotihoidosta tarpeenmukaisia palveluja tai palvelut puuttuivat kokonaan. Lisäksi ikääntyneet kokivat, etteivät työntekijät vastaa heidän tarpeisiinsa, eivätkä he kiireen vuoksi jouda juurikaan keskustelemaan. Selviytymisen seuranta koettiin myös puutteelliseksi. Ikääntynyt olisi esimerkiksi kaivannut yhteydenottoa kriisitilanteessa. Taloudellisten tukien riittämättömyys nousi myös esille haastatteluista kotona selviämistä vaikeuttavana tekijänä.

Johtopäätöksenä voidaan esittää, että palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnilla on vaikutuksensa palvelusuunnitelmaan saakka. Hyvän palvelusuunnitelman perusteena on monipuolinen ja kattava palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi. Kun toimintakyky ja palvelutarvetta on arvioitu kattavasti, on päästy toimijuuden arviointiin. Toimijuuden näkökulma eli toimintakyvyn todellisen käytön arviointi ja iäkkään henkilön kokonaistilanteen huomioiminen auttavat tunnistamaan palvelutarpeen ja johtavat hyvään palvelusuunnitelmaan.

Palvelusuunnitelma ja palvelupäätökset vanhuspalvelulain periaatteiden turvaajana

Seuraavassa ovat lueteltuina Vanhuspalvelulain mukaiset periaatteet, joiden toteutumista kysyttiin työntekijöiltä: tuen ja palvelujen oikea-aikaisuus, tuen ja palvelujen riittävyys, kuntoutumisen edistäminen, itsenäisen selviytymisen edistäminen, osallisuuden vahvistaminen, raskaamman palvelutarpeen ennaltaehkäiseminen, mahdollisuus kokea elämänsä turvalliseksi, mahdollisuus kokea elämänsä

merkitykselliseksi, mahdollisuus kokea elämänsä arvokkaaksi, mahdollisuus ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta, mahdollisuus osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan, käytettävissä olevan palvelutarjonnan sopivuus suhteessa palvelutarpeisiin sekä käytettävissä olevan palvelutarjonnan riittävyys suhteessa palvelutarpeisiin. Periaatteista muodostettiin analyysien jälkeen kaksi summamuuttujaa: mahdollisuus turvalliseen ja mielekkääseen elämäkokemukseen sekä toimijuuden ja toimintakyvyn edistäminen.



KUVIO 14. Mahdollisuus turvalliseen ja mielekkääseen elämäkokemukseen sekä toimijuuden ja toimintakyvyn edistäminen

Mahdollisuus turvalliseen ja mielekkääseen elämäkokemukseen on toteutunut silloin, kun toimintakyvyn eri ulottuvuudet ovat vaikuttaneet palvelutarpeen arvioinnissa keskimääräistä enemmän. Vaihteluväli x-akselilla on kuitenkin suhteellisen pieni. Riippuvuuksien ja ihmissuhdeongelmien vaikutus turvalliseen ja mielekkääseen elämäkokemukseen on päinvastainen. Mitä enemmän riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat vaikuttivat palvelutarpeen arvioinnissa, sitä huonompi on

mahdollisuus turvalliseen ja mielekkääseen elämäkokemukseen. Mitä vähemmän riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat vaikuttivat palvelutarpeen arvioinnissa, sitä paremmin mahdollisuus turvalliseen ja mielekkääseen elämäkokemukseen on toteutunut.

Toimijuus ja toimintakyvyn edistäminen on toteutunut silloin, kun toimintakyvyn eri ulottuvuudet ovat vaikuttaneet palvelutarpeen arvioinnissa keskimääräistä enemmän. Vaihteluväli x-akselilla on kuitenkin suhteellisen pieni. Edelliseen verrattuna kuitenkin niin, että mitä vähemmän toimintakyvyn eri ulottuvuudet vaikuttivat palvelutarpeen arvioinnissa, sitä huonommin toimijuus ja toimintakyvyn edistäminen toteutui. Toimijuuden näkökulmalla tarkoitetaan juuri toimintakyvyn eri ulottuvuuksien huomioon ottamista monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti palvelutarpeen arvioinnissa. Kyselylomakkeessa ei kuitenkaan kysytty vastaajilta toimijuuden määritelmää, joten emme tarkoin tiedä, mitä kysymykseen vastaava palvelutarpeen arvioija on toimijuudella käsittänyt. Tulos vahvistaa aiemmasta tutkimuksesta saatua tietoa siitä, että toimintakyvyn edistämiseksi tarvitaan kattavaa tietoa toimintakyvyn osa-alueista, ja kun ne vaikuttavat palvelutarpeen arviointiin, palvelutarpeen arviointi tulee kattavasti tehdyksi. Toimintakyvyn edistäminen ja palvelutarpeen arviointi kytkeytyvät toisiinsa.

Osallisuuden ja itsemääräämisen ikääntyneet kokivat toteutuneen joko positiivisena tai negatiivisena palvelutarpeen arviointitilanteessa. Edistävinä tekijöinä osallisuuden ja itsemääräämisen suhteen koettiin se, että heitä kuunnellaan, heille esitetään vaihtoehtoja ja he pääsevät vaikuttamaan päätettyihin palveluihin. Lisäksi tärkeänä pidettiin sitä, että ikääntyneiden elämä huomioidaan kokonaisvaltaisesti palvelutarpeen arvioinnissa, jotta tarpeen mukaiset palvelut toteutuvat ja ne voidaan räätälöidä tarpeenmukaisesti. Osallisuus ja toimijuus liittyvät olennaisesti toisiinsa. Kilpeläinen & Romakkaniemi (2013) toteavat, että ollakseen toimijoina palvelujärjestelmässä, asiakkaita täytyy kuunnella, heidän asiantuntemustaan omassa asiassaan tulee arvostaa ja heidän tulee olla mukana kaikissa heitä koskevissa keskusteluissa ja päätöksenteossa. Tämä pätee myös ikääntyneisiin haastateltuihin. Osa ikääntyneistä luotti siihen, että ammattilainen tietää ja tekee päätökset asiakkaan parhaaksi. He eivät välttämättä halunneet osallistua juurikaan päätöksentekoon.

”Näkkeehän ne, minkälaista apua tartten.”

Ikäihmisten haastatteluista kävi ilmi, että osa ikääntyneistä koki saaneensa sanottua mielipiteensä palvelutarpeen arviointitilanteessa. Tästä huolimatta ikäihmiset eivät olleet kuitenkaan aina tyytyväisiä palvelupäätöksiin. Kaikki ikääntyneet eivät ymmärtäneet, miksi palveluista tuli hylkäävä päätös, tai miksi yhteiskunta ei anna apua oikea-aikaisesti.

Muutamat ikääntyneistä tunsivat, ettei palvelutarpeen arvioitsija ollut kuullut heitä ollenkaan ja näissä tilanteissa ikääntyneet kokivat, ettei palvelujen saanti ole tasapuolista ja reilua. Haastatteluissa nousi esiin aktiivisten ikääntyneiden huoli siitä, miten toimintakyvyltään heikompien on mahdollista vaatia ja saada apua. Kritiikin esittäminen ja oman tyytymättömyyden ilmaiseminen palvelutarpeen arvioijalle koettiin hyödyttömäksi:

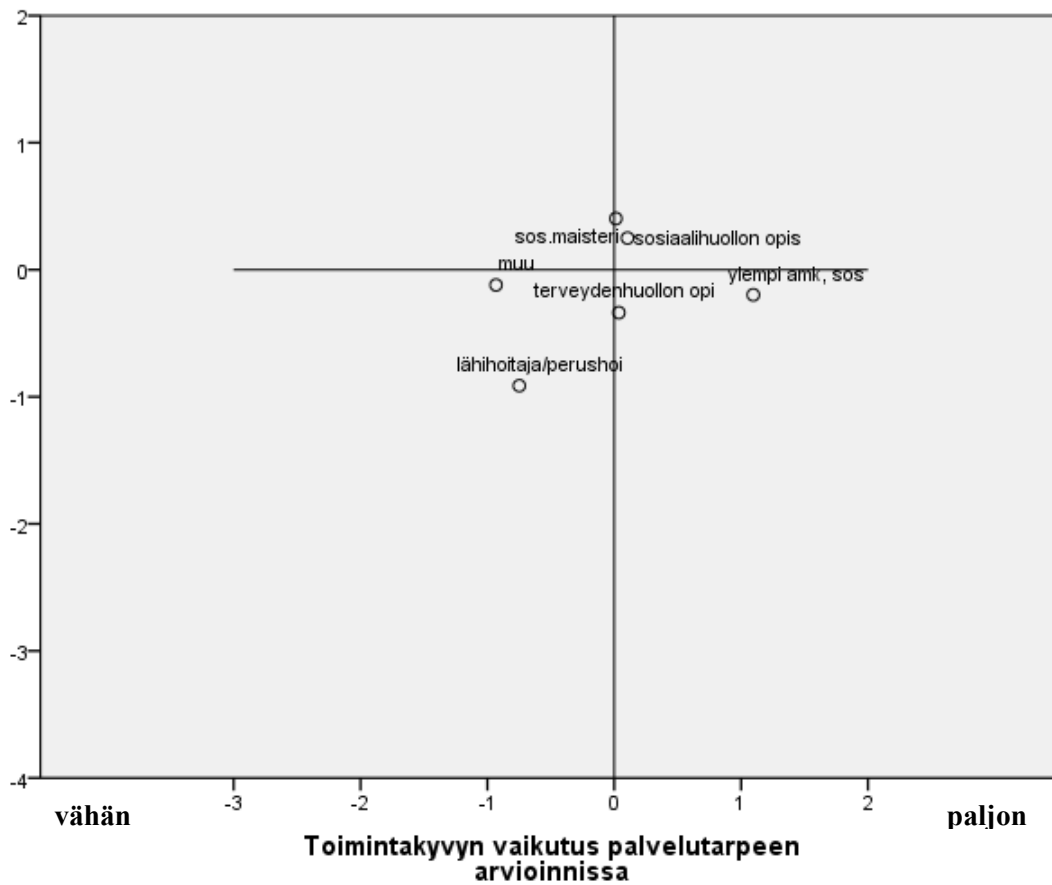
”Työntekijälle ei kannata valittaa, sillä hän ei lopulta päätä käytettävissä olevista resursseista”.

Osa ikääntyneistä oli pettyneitä siihen, että ammattilaisen tai omaisen mielipide oli merkittävämpi kuin ikääntyneen näkemys omista tarpeistaan arviointitilanteessa. Ilmiö on tuttu aiemmasta tutkimuksesta. Esimerkiksi Järnström (2011) kirjoittaa roolista, johon iäkäs henkilö asiakkaana on perinteisesti joutunut. Iäkästä henkilöä on usein pyydetty kuuntelemaan valmiita ehdotuksia sen sijaan, että häntä itseään olisi kuunnelta ja toiveita huomioitu.

Palvelutarpeen arvioijan koulutus ja työkokemus sekä osaamisen riittävyys

Laki vaatii palvelutarpeen arvioinnissa työntekijältä laaja-alaista asiantuntemusta, moniammatillista työotetta sekä eri toimintakyvyn osa-alueiden ulottuvuuksien arviointimenetelmien käyttöä. Laaja-alaisen palvelutarpeen arvioinnin katsotaan tuovan parhaat perusteet iäkkään henkilön tarpeisiin vastaamiseksi (Helin 2010.)

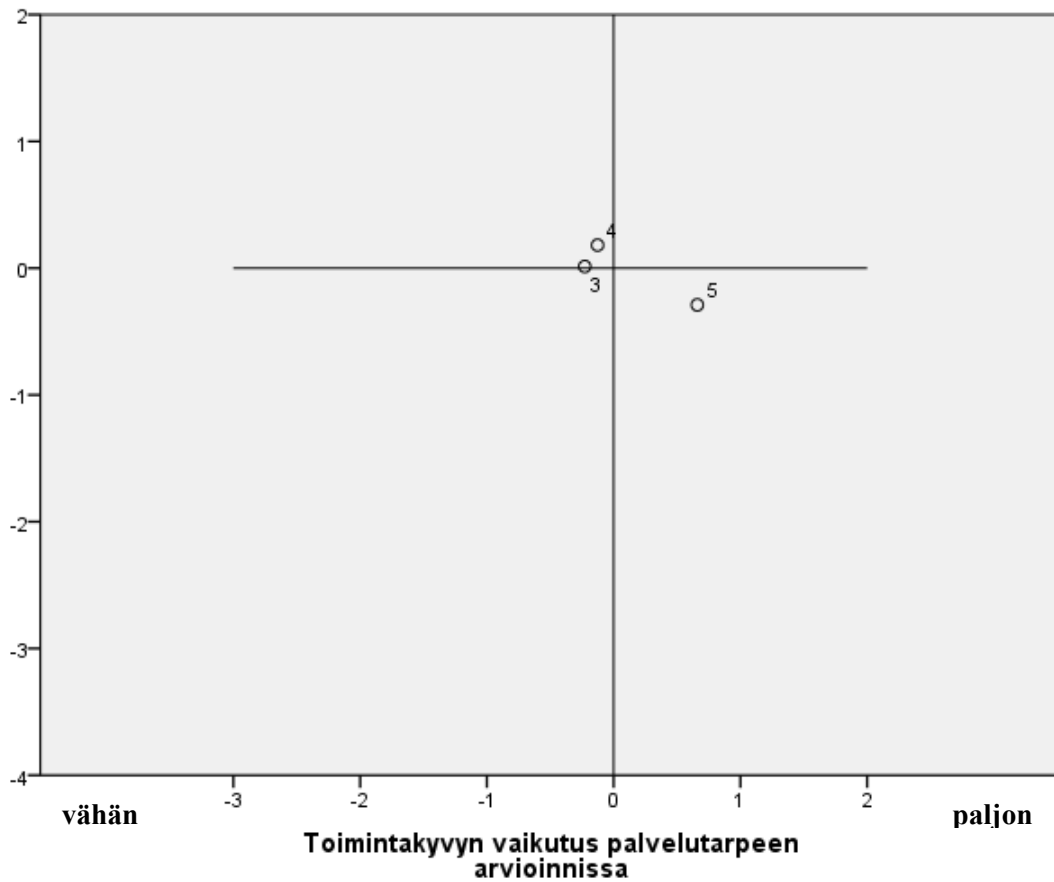
Työntekijän koulutus ja sen välittämä ammatillinen viittekehys vaikuttavat siihen, mitkä asiat painottuvat iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnissa.



KUVIO 15. Työntekijän koulutus

Tämä näkyy kahdella tavalla: terveydenhuollon koulutuksen (amk, opisto) saaneiden työntekijöiden arvioinneissa toimintakyvyn eri osa-alueet vaikuttavat keskimääräisellä tasolla, mutta riippuvuuksiin ja ihmissuhdeongelmiin kiinnitetään vähemmän huomiota. Vastaavasti sosiaalialan koulutuksen saaneiden (sosiaalityön maisteri, sosionomi (amk), sosiaalialan opistotason tutkinto) tekemät palvelutarpeen arvioinnit poikkeavat edellisistä siinä, että niissä riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat vaikuttavat keskimääräistä enemmän. Koulutustaustan vaikutus työntekijän havaintoihin, painotuksiin ja tulkintoihin ei sinänsä ole yllättävä, mutta sen kahtiajakautuneisuus on. Iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnin monipuolisuuden ja luotettavuuden kannalta tuloksella on merkitystä. Johtopäätöksenä tämä tarkoittaa, että iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnissa on huolehdittava riittävän asiantuntemuksen toteutumisesta joko työparityöskentelyn tai moniammatillisen konsultaation avulla.

Palvelujärjestelmän, palvelutarjonnan tuntemus sekä moniammatillisen työtavan ja kokonaisarvion osaaminen vaihtelevat sen mukaan, miten paljon eri toimintakyvyn ulottuvuudet (x-akselin sijoitus) ovat vaikuttaneet palvelutarpeen arviointiin. Mitä enemmän eri toimintakyvyn ulottuvuudet ovat vaikuttaneet palvelutarpeen arvioinnissa, sitä vahvempi on vastaajien palvelujärjestelmän ja palvelutarjonnan tuntemus ja moniammatillisen työtavan ja kokonaisarvion osaaminen



KUVIO 16. Palvelujärjestelmän, palvelutarjonnan tuntemus ja moniammatillisen työtavan ja kokonaisarvion osaaminen

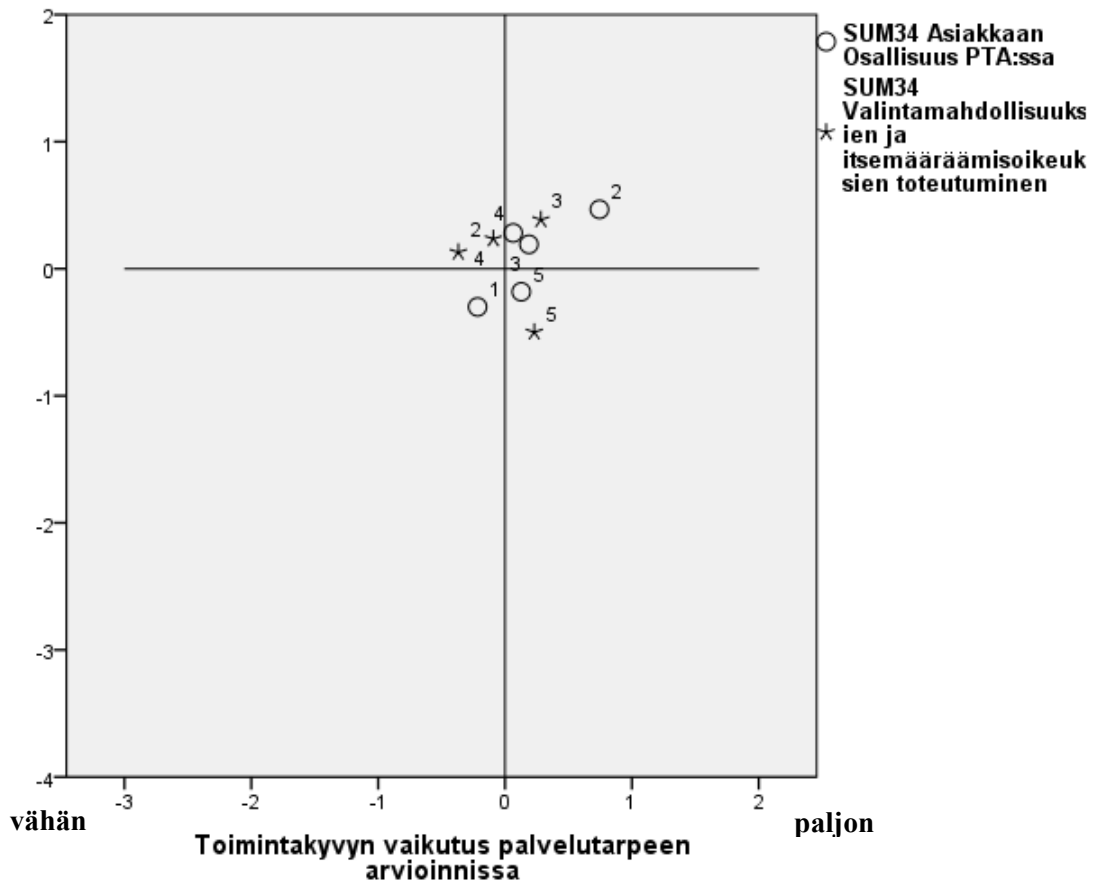
lääkkään henkilön palvelusuunnitelman tulisi perustua palvelutarpeen monipuoliseen arviointiin, jossa ammatillinen arvio palvelun ja tuen tarpeesta on tasapainossa asiakkaan oman arvion kanssa. Tulokset viittaavat siihen, että monipuolinen ja muutoinkin laadukas palvelutarpeen arviointi johtaa valtaosin hyvään palvelusuunnitelmaan ja palvelujen toteutumiseen. Tämä näkyy niin asiakkaan

valitsemien palvelujen käynnistymisen varmistumisena kuin osallistavuuden, tavoitteellisuuden ja voimavara-aktiivisuuden toteutumisen palvelusuunnitelmassa.

5.3 Osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet palvelutarpeen arvioinnissa

lääkään henkilön osallisuudesta palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen suunnittelussa muodostui analyysissä kolme sisältöaluetta:

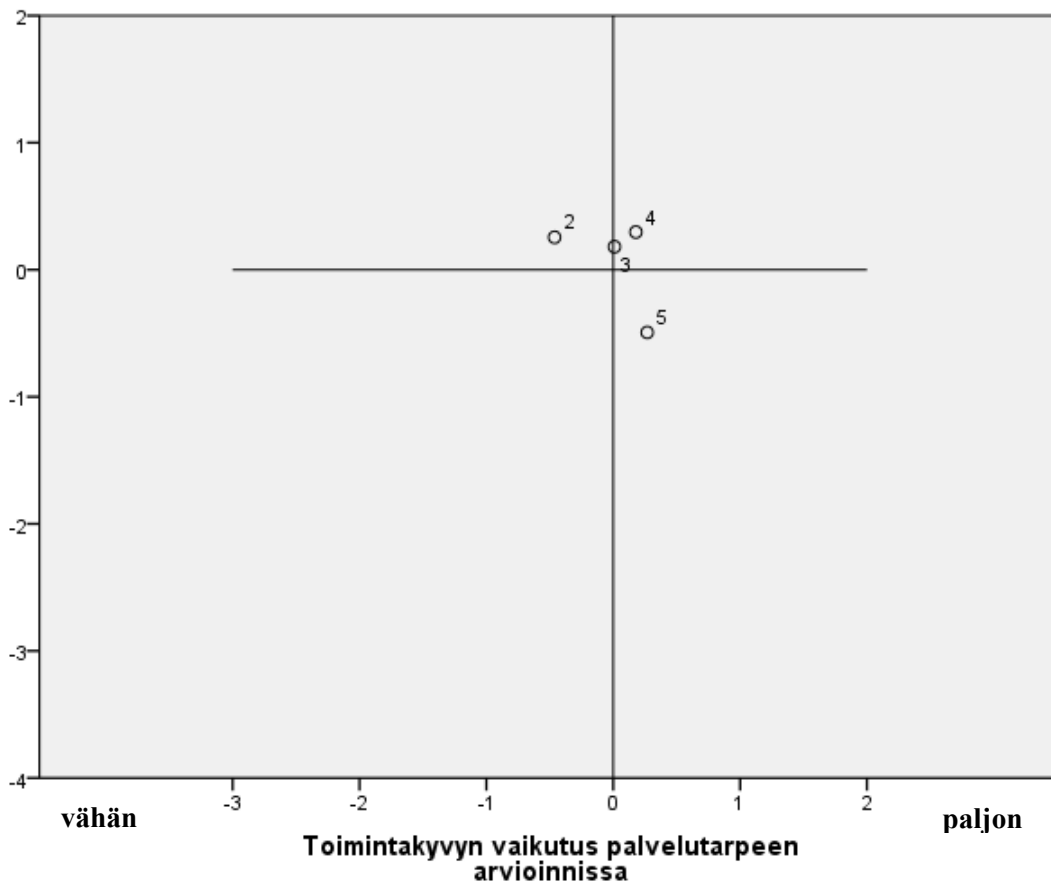
- Asiakkaan osallisuus: kuulluksi tuleminen, luottamuksen rakentuminen, aktiivinen kuuntelu
- Valinnanmahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen: palveluvaihtoehtojen ja niiden vaikutusten esittely asiakkaalle ymmärrettävällä tavalla, neuvottelu vaihtoehdoista, mahdollisuudet valintoihin, itsemääräämisoikeus
- Osapuolten arvioiden ja näkemysten yhteensovittaminen: asiakkaan, omaisten ja ammattilaisten arviot ja näkemykset palvelutarpeesta ja palvelukokonaisuudesta; asiakkaan ja ammatillisen näkemyksen kirjaaminen palvelusuunnitelmaan.



KUVIO 17. Iäkkään henkilön osallisuus palvelutarpeen arvioinnissa

Asiakkaan heikoin osallisuus palvelutarpeen arvioinnissa (1) sijoittuu yllättävästi keskiarvoa vasemmalle ja alapuolelle, jossa eri toimintakyvyn ulottuvuuksien vaikutus on hieman keskimääräistä pienempi, sekä riippuvuuksien ja ihmissuhdeongelmien vaikutus myös keskiarvoa vähäisempi. Melko huonosti osallisuus toteutuu keskikohdan oikealla ja yläpuolella, jossa eri toimintakyvyn ulottuvuuksien vaikutus on keskimääräistä suurempi. Voidaan olettaa, että kysymys on ehkä ”kevyemmästä” palvelutarpeen arvioinnista, jossa osallisuus toteutuu vähäisesti.

Melko huonosti osallisuus toteutuu keskikohdan oikealla ja yläpuolella, jossa eri toimintakyvyn ulottuvuuksien vaikutus on keskimääräistä suurempi, sekä riippuvuuksien ja ihmissuhdeongelmien vaikutus myös keskiarvoa suurempi.



KUVIO 18. Osallisten palvelutarvearvioiden yhteensovittaminen

Osallisten palvelutarvearvioiden yhteensovittamisen summamuuttuja koostuu kolmesta muuttujasta:

- Asiakkaan/tarvittaessa omaisen ja ammatillisen tarvearvion yhteensovittaminen

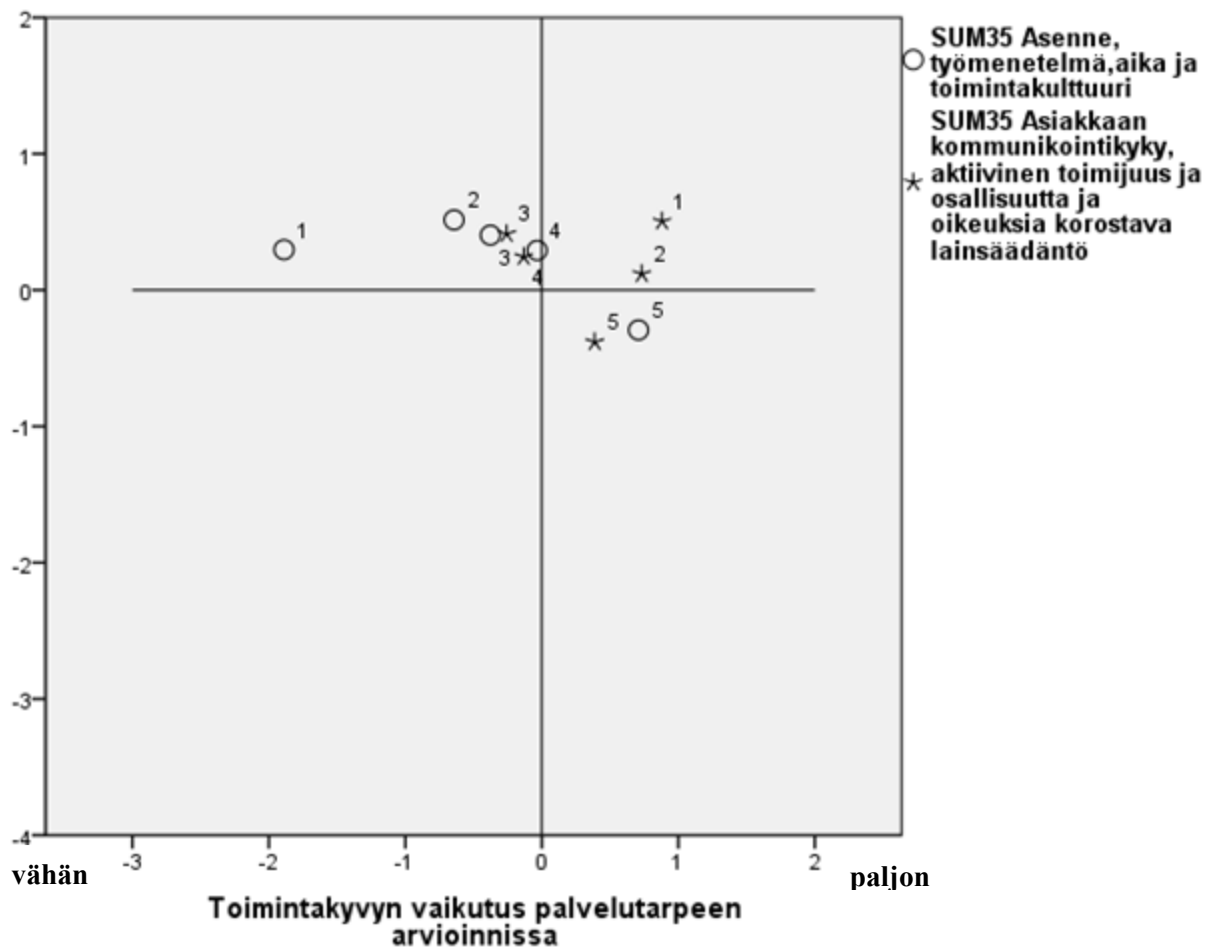
- Asiakkaan ja omaisen tarvearvion yhteensovittaminen
- Omaisen ja ammatillisen tarvearvion yhteensovittaminen

Osallisten palvelutarpeen arvioiden yhteensovittamisessa nähdään vaihtelu x-akselin suunnassa. Mitä enemmän toimintakyvyn ulottuvuudet vaikuttivat palvelutarpeen arvioon, sitä paremmin toteutui osallisten palvelutarpeen arvioiden yhteensovittaminen.

Tulokset osallisuuden eri sisältöalueiden suhteen ovat erisuuntaiset. **Heikoiten toteutuu 1) osallisuus ja 2) itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus silloin, kun on pintapuolisin palvelutarpeen arviointi ja toiseksi heikoiten silloin, kun on kaikista kattavin palvelutarpeen arviointi ja oletettavasti hoitoisuudeltaan raskain tilanne. Parhaiten osallisuus toteutuu näiden ääripäiden välissä.** Kuitenkin osapuolten arvioiden yhteensovittaminen toteutuu parhaiten silloin, kun toimintakyvyn ulottuvuudet ovat monipuolisesti mukana palvelutarpeen arvioinnissa. Kokonaiskuvaan oman ulottuvuutensa puolestaan tuovat riippuvuudet ja ihmissuhdevaikeudet. Silloin kun osallisuus, valinnanmahdollisuudet, itsemääräämisen toteutuminen sekä osapuolten arvioiden yhteensovittaminen ovat parhaimmillaan, on riippuvuuksien ja ihmissuhdeongelmien määrä keskivertoa alhaisempi. Tulos vahvistaa jo edellä esitettyä johtopäätöstä polarisaation mahdollisuudesta. Jos iäkkäiden henkilöiden toimijuuden, osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien toteutuminen riippuu tarpeiden sisällöstä, huoli palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujen suunnittelun eriarvoistavista käytännöistä on vakava.

Iäkkään henkilön osallisuuteen vaikuttavat tekijät muodostivat analyysissä kaksi sisältöaluetta:

- Työntekijästä ja toimintakulttuurista nousevat tekijät: työote, työmenetelmät, käytettävissä oleva aika, organisaation toimintakulttuuri.
- Asiakkaasta nousevat tekijät: asiakkaan aktiivinen toimijuus, kommunikointikyky, omaisen rooli puolestapuhujana, asiakkaan osallisuutta ja oikeuksia korostava lainsäädäntö



KUVIO 19. Iäkkään henkilön osallisuuteen vaikuttavat tekijät

Työntekijän asenne, työmenetelmä, käytetty aika ja toimintakulttuuri nähdään vaihteluna x-akselin suunnassa. Mitä enemmän toimintakyvyn ulottuvuudet vaikuttivat palvelutarpeen arvioon, sitä enemmän työntekijän asenne, työmenetelmä, käytetty aika ja toimintakulttuuri vaikuttivat iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen suunnittelussa.

Kun toimintakyvyn eri ulottuvuudet ovat vahvasti mukana palvelutarpeen arvioinnissa, työntekijän työote, työmenetelmät ja toimintakulttuuri vaikuttavat asiakkaan osallisuuden toteutumiseen. Sosiaalisten ongelmien vaikuttaessa palvelutarpeen arvioinnissa tilanne on päinvastainen: työntekijästä nousevien tekijöiden vaikutus osallisuuden toteutumisessa heikkenee. Tulos on samansuuntainen asiakkaasta ja osallisuutta korostavasta lainsäädännöstä nousevien tekijöiden suhteen.

Tämä on sama ilmiö kuin asiakkaan osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden/valinnanvapauden osalta on aiemmin havaittu: kaikkein monipuolisimmassa palvelutarpeenarvioinnissa asiakkaan kommunikointikyvyn, aktiivisen toimijuuden ja osallisuutta ja oikeuksia korostavan lainsäädännön vaikutus onkin alhaisimmillaan, joten on perusteltua olettaa kyseessä olevan raskashoitoinen tilanne, ja palvelujen tarpeen olevan suurta.

Ikäään henkilön osallisuuden toteutumiseen näyttää tulosten perusteella vaikuttavan asiakkaan toiminta, työntekijän ammatillinen ote ja organisaation asettamat puitteet, sekä asiakkaan turvaksi ja työntekijöiden noudatettavaksi tarkoitettu lainsäädäntö. Kun työntekijät kyselyyn vastatessaan arvioivat asiakkaan osallisuuden toteutumista, he samalla refleктоivat ammatillisuutensa eettisiä ytimiä.

Ikäihmiset pitivät omaa aktiivisuutta lähtökohtana sille, että osallisuus palvelutarpeen arvioinnissa toteutui. Ne ikääntyneet, jotka olivat uskaltaneet kertoa mielipiteensä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä, kokivat voineensa vaikuttaa päätöksiin. He olivat tyytyväisiä siihen, että heidän mielipiteensä otettiin päätöksenteossa huomioon. Osa ikääntyneistä koki, ettei heidän rohkeutensa riittänyt kertoa mielipidettään omiin asioihinsa liittyen. Näin ollen heidän oli hankala saada äänensä kuuluviin palveluja suunniteltaessa ja he alistuivat hiljaisesti päätöksiin. Kuitenkin, jos vaihtoehtoja tarjottiin runsaasti, koettiin itselle sopivien vaihtoehtojen valitsemisen olevan helppoa. Ikääntyneet eivät itse kuitenkaan osanneet vaatia palveluita, joista heillä ei ollut tietoa, sillä harvat osasivat etsiä tietoa itsenäisesti.

Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Valokiven (2004, 214, 223) tutkimuksessa ikääntyneiden palvelukokemuksista, missä hän on jaotellut vastaajat kolmeen eri ryhmään: oikeuksistaan tietoiset ja vaativat kansalaiset, aktiiviset palveluiden käyttäjäkansalaiset sekä alamaiskansalaiset. Näistä ryhmistä osallisuus on toteutunut parhaiten aktiivisten palveluiden käyttäjäkansalaisten kohdalla ja myös haastatellut ikääntyneet korostavat omaa aktiivisuutta. Ohuesti osallisuus toteutuu oikeuksistaan tietoisien ja vaativien asiakkaiden kohdalla, ja on jäänyt toteutumatta alamaiskansalaisten kohdalla. Alamaiskansalaisten kohdalla näyttää toimintakyky ja jaksaminen olevan heikkoa; on tietämättömyyttä ja huolta tulevaisuudesta sekä tyytymistä tarjottuihin palveluihin. Haastatelluista ikääntyneistä osan voi tulkita olevan

Valokiven luokituksen mukaisia alamaiskansalaisia, jotka ovat tietämättömiä palveluista ja alistuvat hiljaa päätöksiin. Osa haastatelluista on taas aktiivisia palveluiden käyttäjäkansalaisia, jotka pääsevät kiipeämään Shierin & Thomasin (2001) viisiportaisilla osallisuuden portailta kolmannelle tasolle eli tulevat kuulluiksi ja kokevat, että heidän näkemyksensä tulevat huomioon otetuiksi.

Myös läheisten tuki osallisuuden toteutumisessa koettiin tärkeäksi ja jopa välttämättömäksi. Omaiset koettiin usein turvana ja osallisuuden tukijoina tilanteissa, jotka ikääntyneet kokivat haastavana.

”Ja enhän minä tässä pärjäis jos ei olis tuota naapurin Marjattaa. Sehän se paljon auttaa ja pitää huolta.”

Valokiven (2013, 159 – 161) tutkimuksessa, jossa hän haastatteli muistisairaita ikäihmisiä, tuli ilmi omaisten tuki ja osallisuuden mahdollistaminen. Läheiset hakevat tietoa avuista ja palveluista sekä toimivat avun järjestäjinä ja neuvottelijoina. Läheisten kanssa jaettu toimijuus turvaa ikäihmisen asumisen omassa kodissaan ja osallisuuden omaan arkeensa.

Osa ikääntyneistä koki, ettei vaihtoehtoisista palveluista löytynyt sellaisia, joista olisi hyötyä itselle. Osa sen sijaan koki, ettei vaihtoehtoja ole esitetty ollenkaan. Yksittäinen haastateltava koki jopa itsetuhoisia ajatuksia saatuaan hylkäävät päätökset. Tärkeänä pidettiin, että informaatiota palveluiden suhteen annettiin riittävästi. Usein kuitenkin koettiin, että se on epäselvää tai riittämätöntä.

Muutamit ikääntyneistä kokivat, ettei palvelutarpeen arvioija ollut kuullut heitä ollenkaan, ja näissä tilanteissa ikääntyneet kokivat, ettei palvelujen saanti ole tasapuolista ja reilua. Haastatteluissa nousi esiin aktiivisten ikääntyneiden huoli siitä, miten toimintakyvyltään heikompien on mahdollista vaatia ja saada apua. Kritiikin esittäminen ja oman tyytymättömyyden ilmaiseminen palvelutarpeen arvioijalle koettiin hyödyttömäksi.

”Työntekijälle ei kannata valittaa, sillä hän ei lopulta pääätä käytettävissä olevista resursseista”

Osa ikääntyneistä oli pettynyt siihen, että ammattilaisen tai omaisen mielipide oli merkittävämpi kuin ikääntyneen näkemys omista tarpeistaan arviointitilanteessa.

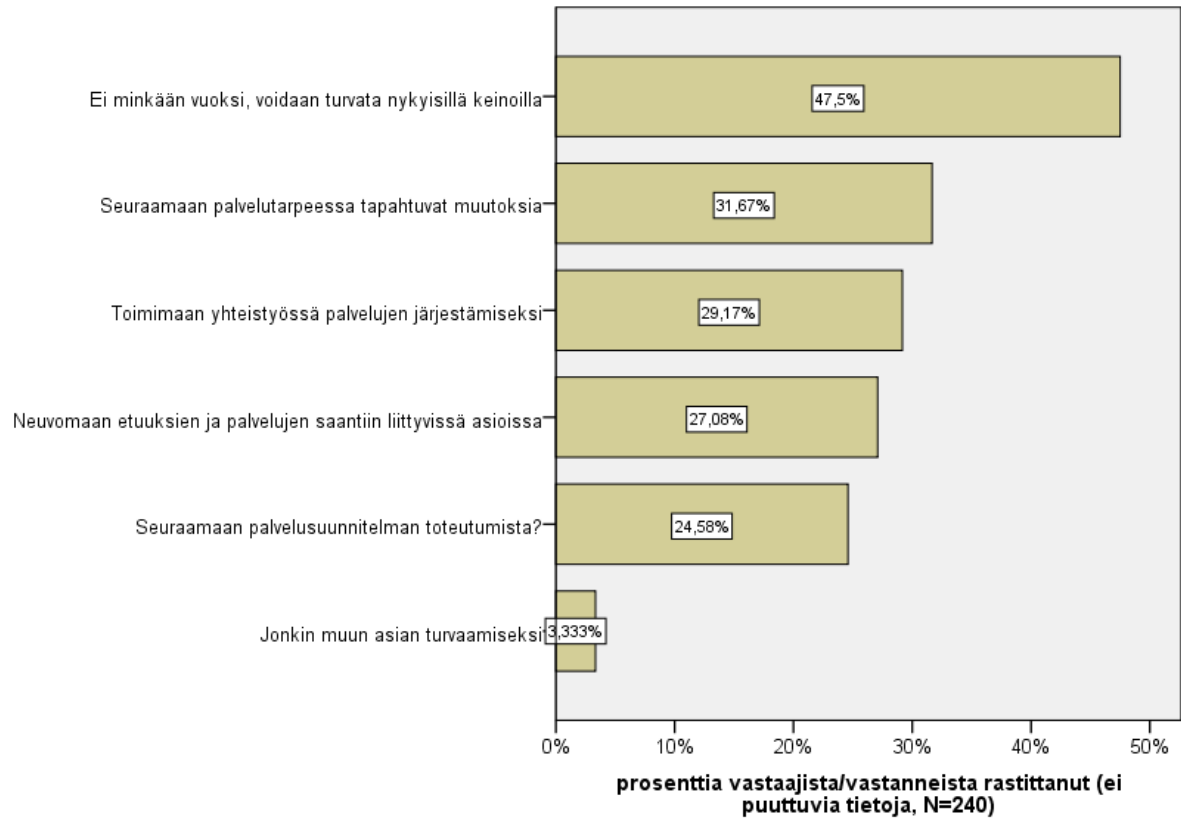
”...ei hänelle tarvinnut kertoa mitään, missä kunnossa minä oon tai mitään, tiesi kaikki. Se oli vähän semmonen viisas ihminen.”

”Mitä se hyvää, ei mitään, en minä viitti. Se oli tämän, mikä se nyt oli sen naisen nimi? Niin, hänen asenteensa oli semmonen, että, minä tulin siihen tulokseen, että ei. Ensin minä kuohahin ja aattelin, että minä kyllä valitan tästä, mutta sitten minä, että en. Se on pöyvän takkaa heleppo päättää.”

Edelliset haastatteluvastaukset kertovat aiempien tutkimusten tunnistamasta ongelmasta. Muun muassa Valokiven (2008, 65 – 66) ja Niirasen (2002, 67 – 68) mukaan asiakas jää passiivisen kohteen ja vastaanottajan asemaan, jolloin työntekijän ja järjestelmän äänet kuuluvat vahvimpina palveluntarpeen arvioinnissa. Järjestelmä näyttää tunnistavan asiakkaan elämän kokonaisuudesta ja moninaisuudesta vain organisaation omaan toimintakenttään kuuluvat ongelmat, jotka työntekijä, tai joissain tapauksissa omainen, määrittää. Valokiven luokittelussa haastateltujen kokemukset kuvastavat alamaiskansalaisuutta, jossa asiakkailla ei ole mahdollisuutta olla, tai he eivät kykene olemaan, aktiivisia toimijoita omien palveluntarpeidensa esille tuomisessa. Alamaiskansalaisuuteen liittyviä piirteitä on Valokiven mukaan arkuus, neuvottomuus ja tiedonvaje palvelujärjestelmien kentillä. Niirasen luokittelussa alamaiskansalaisuus vastaa kohdeasiakkuutta, jossa asiakkaan rooliksi jää toimenpiteiden kohteena oleminen ja palveluiden passiivinen vastaanottaminen.

5.4 Vastuutyöntekijä iäkkäiden palveluprosessissa

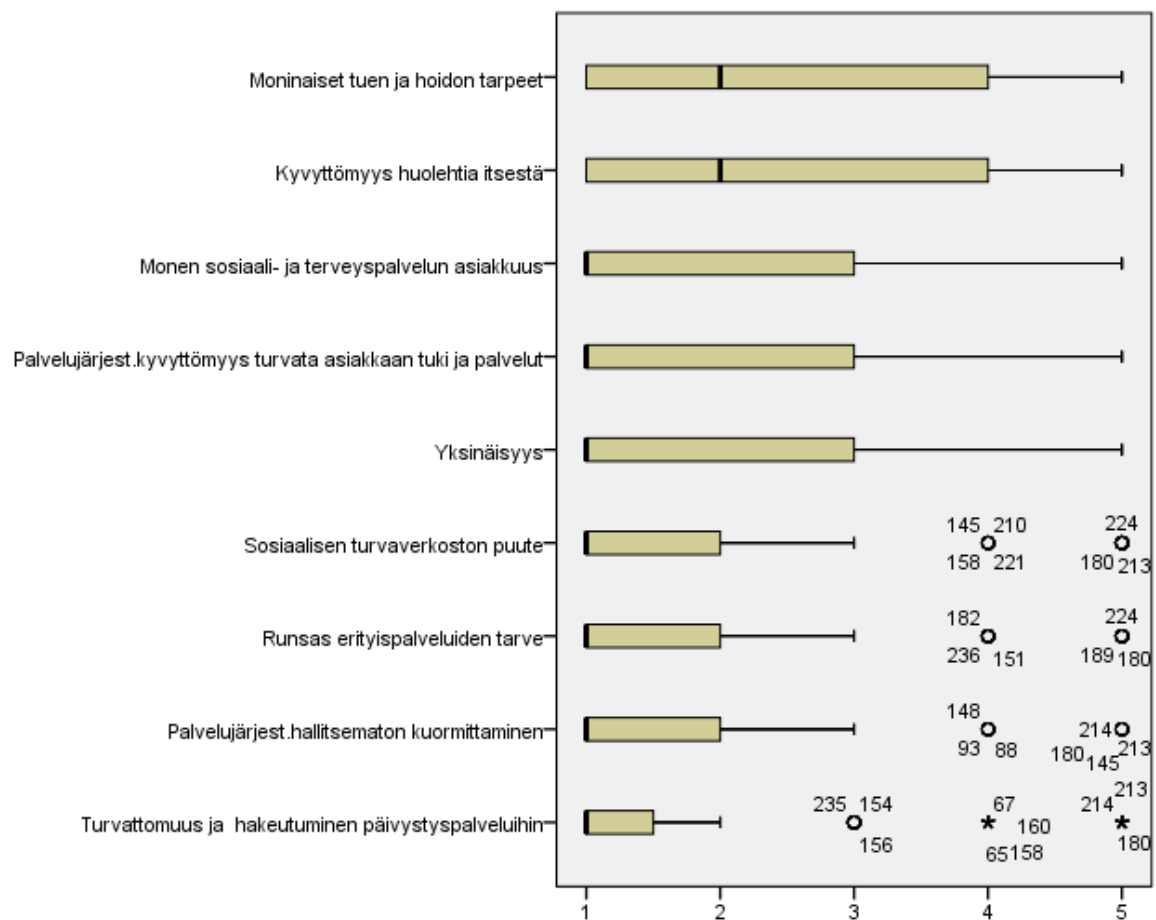
Lähes puolet kyselyyn vastanneista (47,5 prosenttia vastaajista) koki, ettei vastuutyöntekijää tarvita. Kuitenkin vanhustalvelulaki velvoittaa kuntia järjestämään tarvittaessa vastuutyöntekijän.



KUVIO 20. Vastuutyöntekijän tarpeellisuutta määrittelevät tekijät

Voisiko olla niin, että kyselyyn vastanneissa on sellaisia palvelutarpeen arvioijia, jotka kokevat jo toimivansa yhdenlaisena vastuutyöntekijänä vai oliko palvelutarpeen arvioinneissa ikääntynyt asiakas, jonka palveluntarve oli suhteellisen yksinkertainen ja helposti ratkaistavissa? Keskitetyssä palveluohjauksessa ideana on, että yksi palveluohjaaja koordinoi palvelusuunnitelma apunaan yhden ja saman asiakkaan kaikki palvelut, ja asiakas voi ottaa yhteyttä omaan ohjaajaansa uuden avuntarpeen ilmetessä. Palveluohjaustyö muistuttaa vanhustalvelulain mukaista vastuutyöntekijän työtä, joka on Hännisen (2007, 11 – 18) mukaan yksilökohtaisen asiakastyön menetelmä ja palvelujen sovittamista järjestelmän tasolla.

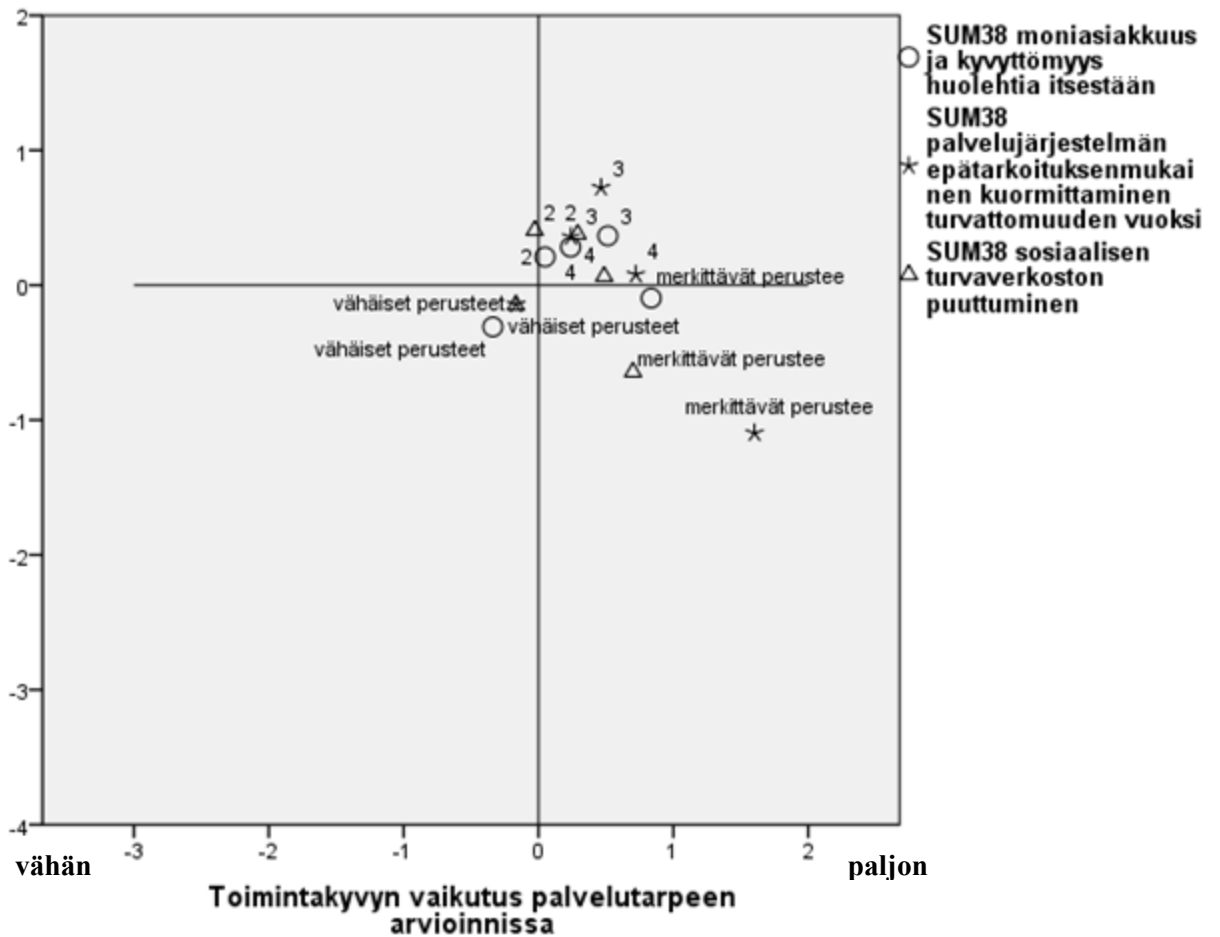
Allaolevassa kuvassa on kuvattu yhdeksän perustetta vastuutyöntekijän määrittämiselle. Moninaiset tuen ja hoidon tarpeet sekä kyvyttömyys huolehtia itsestä ovat yleisimmät työntekijöiden vastaukset vastuutyöntekijän määrittämisen perusteena. Muita perusteita ovat monen sosiaali- ja terveyspalvelun asiakkuus, palvelujärjestelmän kyvyttömyys turvata asiakkaan tuki ja palvelut, yksinäisyys, sosiaalisen turvaverkoston puute, runsas erityispalveluiden tarve, palvelujärjestelmän hallitsematon kuormittaminen sekä turvattomuus ja hakeutuminen päivystyspalveluihin.



KUVIO 21. Vastuutyöntekijän määrittämisen perusteet

Moninaiset tuen ja hoidon tarpeet sekä kyvyttömyys huolehtia itsestä ovat työntekijöiden havaintojen mukaan työntekijän aikaa ja paneutumista vaativia tekijöitä. Iäkkäät henkilöt, joilla on moninaisia tuen ja avun tarpeita, tarvitsevat vastuutyöntekijän, joka näkee palveluiden kokonaisuuden. Kun asiakas on kyvytön huolehtimaan itsestään, kuten muistisairas iäkäs henkilö, jonka toimijuus on heikentynyt, vastuutyöntekijä voi toimia asiakkaan asioiden ja etujen ajajana.

Tutkimuksessa on tunnistettu vastuutyöntekijän tarve, kun iäkkäällä henkilöllä on runsaasti palvelujen tarvetta ja hän näyttää hyötyvän palvelujen koordinoinnista.



KUVIO 22. Vastuutyöntekijän tarve

Mitä enemmän toimintakyvyn ulottuvuudet ovat palvelutarpeen arvioinnissa vaikuttaneet, sitä merkittävämmät perusteet vastuutyöntekijän määrittämiselle on sosiaalisen turvaverkon puuttumisen osalta. Silloin kun perusteita vastuutyöntekijän määrittämiselle sosiaalisen turvaverkoston puuttumisen vuoksi on vähiten, ollaan alueella, jossa eri toimintakyvyn ulottuvuuksien vaikutus on keskimääräistä vähäisempi.

Tulokset vaikuttavat loogisilta: kun asiakkaan toimintakykyä ja toimijuutta on selvitetty kattavasti palvelutarpeen arvioinnissa, on työntekijä huomannut asiakkaan sosiaalisen turvaverkoston puutteen ja sitä kautta tarpeen vastuutyöntekijälle.

Vastuutyöntekijän määrittämisen perusteita tarkasteltaessa palvelujärjestelmän epätarkoituksenmukainen kuormittaminen perusteena vastuutyöntekijän määrittämiselle lisääntyy tasaisesti (x-akseli) sitä mukaa, mitä enemmän toimintakyvyn eri ulottuvuudet ovat vaikuttaneet palvelutarpeen arvioinnissa. Mitä enemmän toimintakyvyn eri ulottuvuudet ovat palvelutarpeen arvioinnissa vaikuttaneet, sitä merkittävämmät perusteet vastuutyöntekijän määrittämiselle on.

Vastuutyöntekijän määrittämisen perusteita tarkasteltaessa moniasiakkuus ja kyvyttömyys huolehtia itsestään ovat perusteina vastuutyöntekijän määrittämiselle sitä enemmän, mitä enemmän toimintakyvyn eri ulottuvuudet ovat vaikuttaneet palvelutarpeen arvioinnissa. Poikkeuksena tästä on yksi arvo 4, mutta trendi on nähtävissä x-akselin sijoituksissa.

Laatusuositus (STM 2013:11) määrittelee vastuutyöntekijän tehtäviksi ikääntyneen palvelujen hakemisen tukemisen ja seurannan. Vastuutyöntekijä seuraa palvelusuunnitelman toteutumista, koordinoi palveluja ja varmistaa tiedon kulkemisen eri tahojen välillä. (STM 2013:11.) Tutkimustulosten perusteella tunnistettiin tekijöitä, jotka lisäävät vastuutyöntekijän tarvetta. Näitä ovat ikääntyneet, jotka eivät kykene huolehtimaan itsestään, haasteellisessa elämäntilanteessa olevat ikääntyneet, palveluista kokonaan kieltäytyvät ikääntyneet tai monipalveluasiakkaat. Karvonen – Kälkäjän (2005, 114) mukaan yksin asuminen sekä omaisten ja läheisten puute lisäävät palvelujen tarvetta.

Laadullisessa aineistossa vastuutyöntekijän tarpeellisuus ei suoraan nouse esille, koska sitä ei systemaattisesti kysytty kaikissa haastatteluissa. Yksittäisiä vastauksia, joissa ikääntynyt vastaa, että ”voisihan sellainen olla hyvä” on, mutta epäselväksi jää, miten ikääntynyt mieltää käsitteen. Vastuutyöntekijän tarpeellisuutta ikääntyneen asiakkaan kannalta voidaan tulkita muiden vastausten kautta. Haastatteluvastauksista käy ilmi, että aktiiviset ikääntyneet tuovat esiin huolta siitä, miten toimintakyvyltään heikommät voivat saada palveluja itselleen, jos eivät osaa niitä vaatia. Ikääntyneet siis tiedostavat, että palvelujen saaminen vaatii omaa aktiivisuutta ja tietoa. Tämän voisi tulkita siten, että vastuutyöntekijän tarpeellisuus olisi suuri toimintakyvyltään heikommilla ikääntyneillä.

Haastatteluissa tuli ilmi myös se, että ikääntyneet toivoivat kriisitilanteessa palvelujärjestelmältä yhteydenottoa ja selviytymisen seurantaa, ja kotihoidolta kiireetöntä aikaa keskustella. Vastaukset jakautuivat siten, että osa ikääntyneistä koki, että palveluja on tarpeeksi ja niitä lisätään tarpeen mukaan, kun taastoiset kokevat jäävänsä paitsi tarvitsemiaan palveluja. Vastuutyöntekijä voisi mahdollisesti olla tällaisissa tilanteissa se taho, joka täyttää palvelujen vajeen. Tutkimushaastatteluissa esitetty kysymys vastuutyöntekijästä oli haastateltaville ikääntyneille uusi, vaikka iäkkäät kokivat mielekkääksi ajatuksen henkilökohtaisesta vastuutyöntekijästä, joka tarpeen mukaan koordinoisi palveluja. Vanhuspalvelulain tarkoituksena onkin nimetä vastuutyöntekijä kotona asuville, erityistä tukea ja palveluja tarvitseville ikääntyneille, jotka hyötyvät palvelukokonaisuutensa koordinoinnista. (17§)

Aiemmassa tutkimuksessa, esimerkiksi Saarenheimo & Pietilän (2007, 68 – 79) tutkimuksessa iäkkäiden omaishoitoperheiden, jossa puoliso hoitaa dementoitunutta puolisoaan, haastatteluista käy ilmi, että ikääntyneet ovat hukassa monimutkaisessa palvelujärjestelmässä. Heillä vaikeuksia löytää henkilöä, jolle he voisivat kertoa moninaisista avuntarpeistaan. Jokainen ongelma vaatii soittokierroksen palvelujärjestelmän eri henkilöille. Ikääntyneillä ei ole useinkaan tietoa, kuka palvelujärjestelmässä vastaa mistäkin asiasta ja yhteydenotot avun saamiseksi ovat hakuammuntaa. Palvelujärjestelmän kannalta edellä mainittu soittokierros voi vaikuttaa palvelujärjestelmän epätarkoituksenmukaiselta kuormittamiselta. Omaishoitoperheen palvelujen tarve voi olla moninaista, ja etenkin alkuvaiheessa palveluihin hakeuduttaessa vastuutyöntekijä voisi toimia merkittävänä apuna palvelujen koordinoinnissa.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Periaatteet palvelutarpeen arvioinnille on säädetty Vanhuspalvelulaissa ja niitä ovat asiakaslähtöisyys, voimavaralähtöisyys, oikea-aikaisuus, toimintakyvyn eri ulottuvuuksien huomioiminen ja palvelutarpeen kokonaisarvio. Palvelutarvetta arvioivat työntekijät kokevat, että palvelutarpeen arvioinnin laadun takeena ovat monipuolisuus ja asiakaslähtöisyyden periaatteen toteutuminen. Monipuolinen palvelutarpeen arvio johtaa palvelutarpeen arvion periaatteiden toteutumiseen, hyvään palvelusuunnitelmaan ja palvelujen toteutumiseen. Palvelutarpeen arvioinnissa toimintakykyä on tarkoitus arvioida fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn kautta. Pyrkimyksenä on turvata ikääntyneiden kotona selviäminen oikea-aikaisten palvelujen avulla. Oikea-aikaisuus ja ennaltaehkäisevät palvelut nousevat esiin myös ikääntyneiden kokemuksissa. Ennaltaehkäisyä korostetaan yhteiskunnallisissa keskusteluissa ja myös Vanhuspalvelulaki painottaa ennaltaehkäisyn merkitystä. Tarvitaan rohkeita päätöksiä nähdä pidemmälle ja tehdä poliittisia päätöksiä kauaskantoisemmin. Ikääntyneiden palveluihin tarvitaan toimintamallien uudistamista ja asennemuutosta. Tällä hetkellä ennaltaehkäisyssä on runsaasti kehittämisen varaa kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla. Usein painotetaan kotiin tuotavia palveluja, vaikka ne eivät kata kokonaisvaltaisesti ikääntyneiden tarpeita esimerkiksi sosiaalisten ja fyysisten tarpeiden osalta.

Palvelutarvetta arvioitaessa sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky sekä erityisesti riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat jäävät usein muita osa-alueita vähemmälle huomiolle, ja ikääntyvät kokevat, ettei sosiaalista osallistumista tueta riittävästi. Liikkumisen tukeminen kodin ulkopuolella, erityisesti kuljetuspalveluiden ja ulkoilun osalta, koetaan riittämättömäksi. Lisäksi osallistumisen tukeminen erilaisiin asiointeihin ja aktiviteetteihin ei toteudu ikääntyneiden mukaan riittävällä tasolla. Palvelutarpeen arvioinneissa fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky painottuvat selvästi muita osa-alueita enemmän. Tähän syyksi arvellaan sitä, että fyysiseen ja kognitiiviseen arviointiin on olemassa mittareita, kun taas sosiaaliseen arviointiin mittareita on vähemmän. Kognitiivisen osa-alueen huomioimiseen vaikuttaa myös muistisairauksien yleisyys. Toimintakyvyn mittarit ovatkin saaneet kritiikkiä siitä, että ne eivät huomioi ikääntyneen sosiaalista toimintakykyä, johon kuuluu esimerkiksi kyky olla

vuorovaikutuksessa toisten kanssa, sekä suhteet ja vastuuntunne omaisiin ja läheisiin. (Liikanen & Kaisla 2007, 5). Vanhuspalvelulain mukaan palvelutarpeen arvioinnissa on otettava huomioon tasapuolisesti kaikki toimintakyvyn osa-alueet. Erilaisista käytetyistä toimintakyvyn mittareista huolimatta ikääntyneet arvioivat omaa toimintakykyään kokonaisvaltaisemmin kuin toimintakykymittareilla saadut tulokset kertovat. (Laukkanen 2009, 193). Näin ikääntyneen omaa arviota toimintakyvystään on tärkeä kuulla palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Finne – Soverin ym. (2011, 1) mukaan palvelutarpeen arviointi onkin vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa mittarit ovat apuvälineenä ja asiakkaan elämäntilanne, toimijuus ja tarpeet sen sijaan keskiössä.

Palvelutarvetta arvioivan työntekijän ammattitausta vaikuttaa jonkin verran siihen, mikä toimintakyvyn osa-alue painottuu eniten palvelutarpeen arvioinnissa. Sekä sosiaali- että terveydenhuollon työntekijät näkevät arviointitilanteessa ikääntyneen tilanteen kokonaisvaltaisesti, mutta toimintakyvyn painotuksen määrää oma ammattiala. (Ikonen & Julkunen 2008, 20; Paltamaa ym. 2011, 37; Isoherranen 2005, 25 – 26.) Selkeimmin erot näkyvät siinä, että sosiaalialan koulutuksen saaneiden työntekijöiden tekemissä palvelutarpeen arvioinneissa huomioidaan riippuvuuksia sekä ihmissuhdeongelmia enemmän kuin terveydenhuollon koulutuksen saaneiden työntekijöiden arvioinneissa. Moniammatillinen parityöskentely voitaisiin nähdä mahdollisuutena monipuolisuuden kehittämiseksi, ja totutuista täysin poikkeavia työparimalleja tulisi käyttää rohkeammin palvelutarpeen arviointitilanteissa. Näin eri koulutuksen saaneet palvelutarpeen arvioijat voisivat oppia toisiltaan eri näkökulmia avun tarjoamisesta ja mahdollisuuksista. Laaja-alainen osaaminen lisää myös palvelutarpeen arvioinnin kattavuutta, jolloin apu ikääntyneelle kohdentuisi tarkoituksenmukaisemmin.

Toimijuuden näkökulmasta laaja-alaisessa palvelutarpeen arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön kokonaisuus suhteessa hänen yksilölliseen elämäntilanteeseensa. Ikääntynyt tulee nähdä aktiivisena toimijana, muutoin pohja voimavaralähtöiseltä toiminnalta ja ikääntyneen henkilön osallisuudelta menetetään. Palvelutarpeen arvioinnissa yhtenä keskeisenä monipuolisuuden mittarina pidetään sitä, kuinka hyvin ikääntynyt saa olla osallisena arviointitilanteessa ja kuinka hän pääsee vaikuttamaan itselleen järjestettäviin palveluiden sisältöihin ja toteutumistapoihin. Palvelutarvetta arvioivien työntekijöiden mukaan tällä hetkellä osallisuus toteutuu heikoiten palvelutarpeen arvioinnin ollessa suppea tai ikääntyneen toimintakyvyn

ollessa alhainen. Parhaiten osallisuus toteutuu toimintakyvyn ollessa keskitasolla. Ikääntyneiden kokemuksissa osallisuus mahdollistuu palveluvaihtoehtoja esittämällä ja informaatiota jakamalla. Ikääntyneet kokevat, että heitä kuunnellaan palvelutarpeen arviointitilanteessa, mutta he eivät pääse aina vaikuttamaan haluamallaan tavalla päätöksiin. Osallisuuden ajatellaan olevan korkeimmillaan, kun ikääntyneen kanssa jaetaan valtaa ja vastuuta. (Shier 2001). Ikääntyneiden tilanteet kuitenkin vaihtelevat siten, että joskus informaation antaminen ja saaminen riittävät osallisuuden kokemukseksi, toisissa tilanteissa ikääntynyt kokee osallisuutta vain, kun pääsee mukaan päätöksentekoon. (Juhila 2011,151; Zimmerman1995, 580.) Tärkeää on, että ikääntyneen osallisuutta tuetaan. Ikääntyneet harvoin osaavat etsiä itse tietoa tai tunnistaa omia tarpeitaan suhteessa palvelujärjestelmän tarjoamiin palveluihin. Palvelujärjestelmä voi näyttäytyä ikääntyneelle vaikeasti hahmotettavana, joten edellytyksinä osallisuudelle ovat hyvät neuvonta- ja ohjauspalvelut sekä niiden esteetön saatavuus. (Günther 2013, 125). Jatkossa tarvitaan enemmän tiedottamista ja matalan kynnyksen palveluja jo ennen palvelutarpeen arviointiin päättämistä. Näin ikääntyneellä on mahdollisuus suunnitella omaa selviytymistään ennen kuin palvelujen tarve on ajankohtainen. Osallistuminen omien palvelujen määrittämiseen lisää motivaatiota niiden käyttämiseen.

Ikääntyneiden kokemuksissa omaa aktiivisuutta ja rohkeutta vaatia palveluita pidetään lähtökohtana osallisuuden toteutumiseksi. Asiakaslähtöisyys sekä yksilölliset palvelukokonaisuudet korostuvat palveluja suunniteltaessa ja asiakkaan aktiivista roolia, oikeuksia sekä mahdollisuuksia nostetaan esille. (Günther ym. 2013, 56; Toikko 2012, 47; 57; 68). Kaikilla ikääntyneillä ei ole rohkeutta tai kykyä vaatia palveluja, jolloin omaisten ja läheisten rooli korostuu. Ikääntyneen on vaikea toimia aktiivisesti ja tuoda esiin omia tarpeitaan, etenkin jos toimintakyky on heikentynyt. (Niiranen 2002, 69 – 70). Omaisten rooli palvelutarpeen arvioinnin toteutuksessa ja ikääntyneen kotona selviämisen tukemisessa on merkittävä. Läheisten kanssa jaettu toimijuus, jossa läheinen toimii ikääntyneen asioiden ajajana, varmistaa toimijuuden ja sen kautta osallisuuden. (Valokivi 2013, 146 – 162.) Niin työntekijät kuin ikääntyvät kokevat, että omaisten mukaan ottaminen palvelutarpeen arviointiin lisäsi sen onnistumista. Tällöin työntekijän ja ikääntyneen arvio palvelujen ja tuen tarpeesta on useammin yhdenmukainen ja johtaa valtaosin hyvään palvelusuunnitelmaan ja palvelujen toteutumiseen.

Vastoin yleisiä käsityksiä, läheis- ja naapuriapu toimii ja ikääntyneet kokevat omaisen tuen edistävän osallisuutta. Haastatelluista kaikki ikääntyneet, joilla oli omaisia, kokivat, etteivät selviä kotona ilman läheisten apua. Suomalainen myytti siitä, etteivät aikuiset lapset huolehdi ikääntyvistä vanhemmistaan, ei näyttäisi pitävän paikkaansa. On tärkeää, että nuorempi sukupolvi auttaa ikääntyneitä päivittäisten toimintojen lisäksi myös muuttuvan yhteiskunnan haasteissa. Esimerkiksi lapset ja nuoret voivat ohjata ja avustaa ikääntyneitä tietotekniikan käytössä. Myös teknologian mukaanotto palvelujärjestelmään yleistyy, jolloin teknologian käytön sujuva osaaminen korostuu. Teknologian mukaan ottaminen tulisi nähdä nykyistä enemmän mahdollisuutena ikääntyneiden palveluissa. Ikääntyneiden kanssa työskentelevät pitäisi saada mukaan kehitystyöhön, esimerkiksi hyvinvointiteknologian kehittämishankkeisiin.

Kaikilla toimintakyvyltään heikentyneillä ikääntyneillä ei ole sosiaalista turvaverkkoa, eikä apua arjessa läheistensä kautta. Tämä lisää usein palvelujen tarvetta. (Karvonen – Kälkjä 2005, 114). Palvelutarpeen arviointia vaikeuttaa myös tilanne, jossa ikääntyneellä on vajeita usealla eri toimintakyvyn alueella. Tällöin tarve eri alojen osaamiselle lisääntyy ja moniammatillinen yhteistyö korostuu. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 6 – 13). Ikääntyneet huolehtivatkin, miten toimintakyvyltään heikot saavat tarvitsemansa palvelut, jos eivät itse pysty niitä vaatimaan. Näissä tilanteissa työntekijän rooli ohjauksessa ja neuvonnassa korostuu ja vastuutyöntekijän nimeäminen ajankohtaistuu. Perusteita vastuuhenkilön nimeämiselle nähdään, jos palvelutarpeen arviointiin tarvitaan kokonaisvaltaista pohdintaa, ja tuen tarve vaatii monien eri tahojen panostusta ja palvelujen koordinoitua. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 12 – 13; Hänninen 2007, 16.) Palvelutarpeen arvioijat harvoin kokevat vastuutyöntekijää tarpeelliseksi, mutta tarve ilmenee useimmiten juuri ikääntyneen ollessa moninaisen tuen tarpeessa tai eläessä ilman sosiaalista tukiverkkoa. Vanhuspalvelulain tarkoituksena onkin, ettei vastuutyöntekijää nimetä kevein perustein, vaan sen nimeämiselle täytyy olla erityiset syyt. (17§).

Sektoroitunut palvelujärjestelmä on aiheuttanut sen, että ikääntyneillä on harvoin tietoa, kuka monimutkaisessa palveluverkostossa vastaa mistäkin asiasta. Palvelujen selvittäminen on työlästä ikääntyneelle ja kuormittaa runsaasti myös palvelujärjestelmää. (Saarenheimo & Pietilä 2007, 68 – 79.) Palvelujärjestelmän

epätarkoituksenmukainen kuormittuminen vähenee vastuutyöntekijän auttaessa palvelujen koordinoinnissa seuraamalla palvelusuunnitelman toteutumista, sekä varmistamalla tiedon kulkemisen palvelujärjestäjien välillä. (STM 2013:5, 11; Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980). Vastuutyöntekijän on siis hallittava monimutkainen palveluverkko sekä palvelujärjestelmän mahdollisuudet ja rajoitteet. Vastuutyöntekijän on pystyttävä toimimaan yli hallintorajojen oman organisaation palveluiden ollessa riittämättömät. Tarvittaessa vastuutyöntekijä etsii tai luo uusia palveluita ja uusia toimintatapoja, jotka vastaavat paremmin ikääntyneen tarpeisiin. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 11 – 16; Hänninen 2007, 15, 35 – 36; Muurinen & Mäntyranta. 2011, 6.)

Sosiaalisten turvaverkkojen puuttumisten ja moninaisen tuen tarpeen lisäksi palvelutarpeen arviointia vaikeuttavat ikääntyneiden riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat. Esimerkiksi päihteiden käyttö vähentää muiden toimintakyvyn osa-alueiden huomioon ottamista arviointitilanteessa. Päihteiden käyttöön puuttumiseen täytyisi löytää keinot, jotta kaikkiin eri toimintakyvyn osa-alueisiin voitaisiin vastata tarkoituksenmukaisesti. Haastavaksi tilanteen tekee se, että ikääntyneille tarkoitettuja riippuvuuksiin ja ihmissuhdeongelmien selvittämiseen suunnattuja palveluita ei ole riittävästi tarjolla samassa suhteessa kuin nuorille aikuisille ja lapsiperheille. Ikääntyneille ei myöskään välttämättä ole luontevaa ottaa ammattiapua vastaan riippuvuus- ja ihmissuhdeongelmissa. Näihin ongelmakohtiin tulisi kehittää keinoja, jotta palvelutarpeen arvioinnissa olisi mahdollisuus tarjota tarkoituksenmukaisia palveluja. Näihin seikkoihin täytyisi reagoida erityisesti, koska ikääntyneiden päihteiden käyttö on lisääntynyt Suomessa sallivamman päihdekulttuurin seurauksena.

Palvelujärjestelmän puutteiksi nousevat ikääntyneiden kokemuksissa myös kodinhoitoon ja asiointiin liittyvät tarpeet, joihin palvelujärjestelmällä ei usein ole mahdollisuutta vastata. Kodinhoitopalveluja on tarjolla monipuolisesti, mutta ikääntyneet eivät välttämättä ole valmiita kustantamaan niitä itse. Osalla ikääntyneistä saattaa olla maksukykyä tarvittaviin palveluihin, mutta tietämättömyys esimerkiksi mahdollisuudesta kotitalousvähennykseen voi olla esteenä palveluiden ostolle. Usein ikäihmiset eivät osaa huolehtia etuisuuksistaan itse, eivätkä tiedä esimerkiksi hoitotuen hakemisen mahdollisuudesta hoitoisuuden ja lääkityksen lisääntyessä. Taloudellisella neuvonnalla ja taloudellisen tilanteen turvaamisella sekä laaja- alaisella

psykososiaalisella tuella voitaisiin saavuttaa turvallisuuden tunne, ja turvallisuuden tunteen lisäämisellä sekä yksinäisyyden vähentämisellä voitaisiin mahdollisesti vähentää muiden palveluiden kuormittamista. Ikääntyneet hakevat terveystalvveluista kompensatiota vajaalle palvelujärjestelmälle.

Ikääntyneillä on kokemus, että vain välttämättömiin kotona selviämistä tukeviin asioihin puututaan. Lisäksi koetaan, että palvelut eivät täysin vastaa tarpeita tai niitä tarjotaan vasta silloin, kun niitä ei enää ole toimintakyvyn puolesta mahdollista käyttää. Toimintakykyä tulisi tukea varhaisessa vaiheessa, koska usein toimintakyvyn lasku lisää ikääntyneiden arkuutta osallistua tarkoituksenmukaisiin palveluihin. Jos ikääntynyt on tottunut hyvässä kunnossa ollessaan käymään erilaisissa ryhmämuotoisissa toiminnoissa, olisi esimerkiksi päivätoimintaan osallistuminen helpompaa myös toimintakyvyn laskiessa. Tällä hetkellä saatavat palvelut auttavat ikääntyneitä selviämään kotona, mutta ikääntyneen kokemus elämänlaadusta saattaa jäädä puutteelliseksi. Korkea ikä ei saisi olla esteenä mielekkäälle elämälle. Useat ikääntyneet kokevat yksinäisyyttä, eristymistä maailmasta ja sosiaalisten kontaktien puutetta. Ryhmämuotoisilla palveluilla pystyttäisiin mahdollisesti vastaamaan sosiaalisiin tarpeisiin ja toisaalta kotiin tuotavien palveluiden määrää voitaisiin mahdollisesti vähentää. Toiminta voi olla lyhyellä aikavälillä kalliimpaa, mutta pidemmällä aikavälillä se vähentää yksinäisyyttä, sekä edistää ikääntyneen toimintakykyä laaja-alaisesti. Jotta ikääntyneet kykenisivät asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään, hyötyisivät he kodin ulkopuoliseen toimintaan ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen keskittyvistä palveluista.

LÄHTEET

Ala – Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma 1999: Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) - Uusi ratkaisu palvelujen yhteen sovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Nurminen, Eija (toim.): Sosiaalityö ristipaineissa. Helsingin yliopiston avoin yliopisto. Helsinki, 63 – 76.

Alkula, Tapani & Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 2002: Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WS Bookwell Oy. Juva.

Archer, Margaret 2000: Being Human. The Problem of Agency. Cambridge. Cambridge University Press.

Arnstein, Sherry 1969: A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Planning Association. 35 (4). 216 – 224.

Campbell, Colin 1996: The Myth of Social Action. Cambridge. Cambridge University Press.

Clark, Marion & Davis, Ann & Fisher, Adrian & Glynn, Tony & Jefferies, Jean 2008: Transforming services: Changing lives. A Guide for Action. Working for user involvement in mental health services paper 3. Centre of Excellence in Interdisciplinary Mental Health. Birmingham; University of Birmingham.

<http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/CEIMH/guide-transforming-services-2010.pdf>. Hakupäivä 29.1.2014.

EU Commission 2009: Collaborative research on Ageing in Europe. A project funded by EU Commission within the Seventh Framework Programme Number HEALTH-F2-2009-223071

<http://www.courageproject.eu/>. Hakupäivä 23.2.2014.

Elo, Satu 2006: Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun Yliopisto. Oulu.

Eloisa ikä -ohjelma 2012 – 2014: Innokylä. <http://www.eloisaika.fi/>. Hakupäivä 6.1.2014.

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2010: Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittavalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos. 1. painos 2001. PS-kustannus. Juva. 26 – 44.

Finne – Soveri, Harriet & Leinonen Raija & Autio, Tiina & Heimonen, Sirkkaliisa & Jyrkämä, Jyrki & Muurinen, Seija & Räsänen, Riitta & Voutilainen, Päivi 2011. Toimintakykykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes, raportteja. Helsinki.
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_110609.pdf Hakupäivä 13.4.2013.

Finne – Soveri, Harriet 2012: Kohti parempaa vanhuutta. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5951525&name=DLFE-22603.pdf. Hakupäivä 18.1.2014.

Fieo, Robert & Starr, John M., & Deary, Ian J., 2011: A Systematic Review: Confirming a hierarchy of functional decline in older adults. BMC Geriatrics 2011;11: 42

Giddens, Anthony 1984: Constitution of society. Outline of the Theory of Structuration. Polity Press. Cambridge. UK

Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa & Kaartamo, Riina & Kulmala, Anna 2013: Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla. Etnometodologinen tapaustutkimus. Tampereen yliopisto. Tampere.

Hakonen, Sinikka & Suomi, Asta 2008: Kuluerastä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. PS-kustannus. Juva.

Hammar, Teija & Perälä Marja-Leena & Rissanen Pekka 2007: Kotihoidon asiakkaiden avuntarve, palveluiden käyttö ja kustannukset. Gerontologia 2007; 21: 145 – 146.

Heikkilä, Tarja 2008: Tilastollinen tutkimus. 7. Uudistettu painos. Oy Edita Ab. Helsinki.

Heikkilä, Matti & Parpo, Antti (toim) 2002: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 1236 – 0740;268. Gummerrus, Saarijärvi.

Heiskala, Risto 2000: Toiminta, tapa ja rakenne: kohti konstruktionistista synteesiä yhteiskuntateoriassa. Helsinki. Gaudeamus.

Helin, Satu. 2002: Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen Eino & Marin Marjatta (toim.). Vanhuuden voimavarat. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

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

Heimonen, Sirkkaliisa 2009: Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Toim. Pohjolainen Pertti ja Heimonen Sirkkaliisa. ORAITA 1/2009, Ikäinstituutti, 57.

Henkilötietolaki 22.4 1999/523

Hervonen, Antti & Kuure, Kari & Pohjolainen, Pertti 1998: Vanhene viisaasti. WSOY. Porvoo.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008: Tutki ja kirjoita.13 – 14, osin uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

Horelli, Liisa 1994: Lasten näköinen elinympäristö. Kokemuksia yhdyskuntasuunnittelun, ympäristökasvatuksen ja ehkäisevän sosiaalipolitiikan välisestä yhteistyöstä Kiteen Rantalan ala-asteella. Ympäristöministeriö, Alueidenkäytön osasto Tutkimusraportti 3. Helsinki.

Hänninen, Kaija 2007: Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007. Valopaino Oy. Helsinki.1 – 18.

ICF 2004:4: WHO & Stakes. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija. 2008. Kehittyvä kotihoito. Edita, Helsinki.

Ikäkaste 2013: <http://www.pikassos.fi/168-ikaekaste-ii-hankkeen-uusi-osahanke-qikaelain-pilotointiq-on-aloittanut-toimintansa>. Hakupäivä 18.1.2013.

Isoherranen, Kaarina. 2005: Moniammatillinen yhteistyö. Dark Oy. Vantaa.

Jary, David & Jary, Julia (toim.) 2000: Collins Dictionary of Sociology.Third edition.Glasgow.HarperCollins.

Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto 2007: Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Juhila, Kirsi 2011: Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino; Tampere.

Julkunen, Ilse & Heikkilä, Matti 2007: User Involvement in personal social services. Teoksessa van Berkel, R. & Valkenburg, B. (toim.): Making it personal. Individualising activation services in the EU. The Policy Press University of Bristol, UK. 87 – 103.

Jyrkämä, Jyrki 2007: Toimijuus ja toimintatilanteet -aineksia ikääntymisen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen, Marjaana, Karisto Antti & Kröger Teppo (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Ws Bookwell Oy. Juva.

Jyrkämä, Jyrki 2008: Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä. Hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehikseksi. Gerontologia 4, 190 – 203.

Järnström, Sanna 2011: ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Acta Universitatis Tamperensis 1635. Tampereen yliopistopaino Oy; Tampere.

Järvinen, Minna-Kaisa 2007: Asiakas-työntekijäsuhteen dialoginen arviointi kriminaalihuollossa. Vammalan kirjapaino. Vammala.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen – Julkunen Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy. Helsinki.

Karjalainen Jarno & Karjalainen Vappu 2010: Kuntouttava työtoiminta – aktiivista sosiaalipolitiikkaa vai työllisyyspolitiikkaa? Empiirinen tutkimus pääkaupunkiseudulta. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino.

Karvonen – Kälkäjä, Anita 2005: Ikääntyneen henkilön oikeus saada kuntoutuspalveluita. Julkaisussa: Pitkälä, K, Savikko, N; Routasalo, P. (toim.) Kuntoutuspolun solmukohtia. Helsinki. Vanhustyön keskusliitto. 2005, 114 – 121.

Karvonen – Kälkäjä, Anja 2012: Unohtuuko vanhus? Oikeudellinen tutkimus hallintosopimuksen asianosaissuhteista vanhuksen vaikuttamismahdollisuuden näkökulmasta. Vanhustyön keskusliiton tutkimuksia1. Vanhustyön keskusliitto; Sastamala.

Kilpeläinen Arja & Romakkaniemi, Marjo 2013: Asiakkuus terveydenhuollon sosiaalityössä - Terveidenhuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen

rakentajina. Teoksessa Laitinen, Merja & Niskala, Asta (toim.): Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.

Koivula, Riitta 2008: Vanhuksen toimijuus ja pitkäaikaisosaston lounasruokailu. Gerontologia 4, 204 – 214

Kosciulek, John F. 2007: A Test of Theory of Informed Consumer Choice in Vocational Rehabilitation. Journal of Rehabilitation 73:2, 41 – 49

Koskinen, Simo 2004: Ikääntyneiden voimavarat. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33

Koskinen, Simo 2011: Ikääntyvien voimavarat ja niiden merkitys hyvinvointipalveluille. Luentomateriaali Ikääntyminen voimavarana -seminaari Kauhava 3.5.2011.
https://www2.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/vanhustyonkehittamishanke/.tilaisuuksien_materiaali.html/39343.pdf. Hakupäivä 2.2.2014

Koskinen, Simo 2012: Yhteiskuntapolitiikan ja vanhustalvelujen muutokset Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n 30-vuotistaipaleella. Gerontologia 4, 247 - 252

Kotiranta, Tuija & Virkki Tuija 2011: Toimijuus ja sosiaalisen toiminnan teoria. Teoksessa Kotiranta Tuija, Niemi Petteri, Haaki Raili (toim.): Sosiaalisen toiminnan perusta. Gaudeamus. Helsinki University Press. Helsinki.

Kujala, Eila 2003: Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Acta Universitas Tamperensis 914. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere.

Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka, Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

KÄKÄTE-projekti 2010 – 2014: Innokylä.

<http://www.ikateknologia.fi/>. Hakupäivä 6.1.2014

Laatikainen Tanja, 2009: Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. 2009/66. Kela. Helsinki.

Laine, Timo 2007: Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalletutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. korjattu ja täydennetty painos. PS kustannus. Jyväskylä.

Laitila, Minna 2011: Asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä osallisuudesta ja sen toteutumisesta. Kaste-hanke. Sosiaali- ja terveysministeriö.

<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMINTA/LANSI2012/PILOTIT/SALO/MINNA%20LAITILA.PDF>

Hakupäivä 16.2.2014.

Laki vammaisetuuksista 11.5.2007/570.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070570?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=11.5.2007%2F570>. Hakupäivä 18.1.2014.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Hakupäivä 28.1.2014.

Laukkanen, Pia 2003: Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. Duodecim. Helsinki. 235-266.

Laukkanen, Pia 2008: Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki. 261-272.

Laukkanen, Pia 2013: Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat menetelmät. Teoksessa Heikkinen, Eino, Jyrkämä Jyrki ja Rantanen Taina (toim.) Gerontologia. 3, uudistettu painos.

Lawton, M. Powell & Brody, Elaine M. 1969: Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9, 179 – 186.

Lumme- Sandt, Kirsi 2005: Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusuvoori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.): Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Gummerus. Jyväskylä. 125 – 144.

Liikanen, Hanna-Liisa & Kaisla, Susanna 2007. Gerontologisen sosiaalityön menetelmistä. Gerontologisen sosiaalityön kehittämishanke pääkaupunkiseudulla 2005-2007. Helsinki.
http://www.socca.fi/files/95/Gerontologisen_sosiaalityon_menetelmista.pdf Hakupäivä 26.3.2013.

Lumme – Sandt, Kirsi 2005: Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusuvoori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.): Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus. 125 – 144.

Matinvesi, Seppo 2010: Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa ICF:n tulkintaa. Juvenes Print. Tampere.

Metsämuuronen, Jari 2009: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Moisio, Päivi & Heikkinen, Sari & Honkakoski, Arja & Nurmio, Kirsi & Pakanen, Mira 2013: Vanhuspalvelulain pilotointi. Ikälain pilotointi-osahankkeen raportti. 34 – 43.

Muurinen, Seija & Mäntyranta, Taina. 2011: Asiakasvastaava-toiminta. pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. 1 – 21.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf. Hakupäivä 29.1.2014.

Mäkinen, Olli 2006: Tutkimusetiikan ABC. Tammi. Helsinki.

Niiranen, Vuokko 2002: Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivainen Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivainen (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Kopijyvä Oy. Jyväskylä, 63 – 80.

Nivala, Elina 2008: Kansalaiskasvatus globaalin ajan hyvinvointiyhteiskunnassa. Snellman-instituutti. Kuopio.

Olaison, Anna. 2010: Creating Images of Old People as Home Care Receivers. Categorizations of Needs in Social Work Case Files. *Qualitative Social Work* 9(4): 500 – 518.

Paltamaa, Jaana & Karhula, Maarit & Suomela-Markkanen, Tiina & Autti-Rämö, Ilona (Toim.). 2011: Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Vammalan Kirjapaino Oy. Sastamala.

Paltamaa, Jaana & Karppi Sirkka-Liisa & Smolander, Juhani & Koho, Petteri & Hurri, Heikki 2006: Suomessa käytössä olevien fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. *Suomen Lääkärilehti* 5/2006 vsk 61, 459 – 463.

Parker, John 2000: Structuration. Buckingham. Open University Press.

Pietiläinen, Erja & Seppälä, Heikki 2003: Palveluohjaus. Asiakastyössä ja organisaatiossa. Painopörssi 2003.

Pikkarainen, Aila 2005: Monialainen ja innovatiivinen gerontologinen kuntoutus osana uudistuvia vanhuspalveluja. *Kuntoutus* 1/2005.

Poske 2012: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Toimintakertomus. Rovaniemi 2013.

<http://www.sosiaalikallega.fi/poske/kokousasiakirjat/poskenneuvottelukunta/liite-poske-toimintakertomus>. Hakupäivä 19.1.2014.

Poske 2013: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Rovaniemi 2013. <http://www.sosiaalikallega.fi/poske/kokousasiakirjat/posken-neuvottelukunta/liite-posken-toimintasuunnitelma>. Hakupäivä 19.1.2014.

Pohjolainen Pertti, 2007: Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen vanhuudessa. Esityksiä VI Gerontologian päivillä 4. -5.5.2007. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/17/>. Hakupäivä 18.1.2014.

Pohjolainen, Pertti 2009: Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Toim. Pohjolainen Pertti ja Heimonen Sirkkaliisa. ORAITA 1/2009, Ikäinstituutti.

Rissanen, Lea 1999: Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen koettu tarve. Väitöskirja Acta Univeritatis Ouluensis D 560. Oulun yliopisto.

Romakkaniemi, Marjo 2010: Toimijuus masennuksen sosiaalisuutta jäsentämässä. Janus vol.18 (2) 2010, 137 – 152

Romakkaniemi, Marjo & Kilpeläinen Arja 2013: Asiakkuus terveydenhuollon sosiaalityössä - Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen rakentajina. Teoksessa Laitinen, Merja & Niskala, Asta (toim.): Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.

Ronkainen Raili, Ahonen Sari, Backman Kaisa & Paasivaara Leena. 2002. Teoksessa Voutilainen Päivi, Vaarama Marja, Backman Kaisa, Paasivaara Leena, Eloniemi-Sulkava Ulla, Finne-Soveri U. Harriet (toim.) Ikäihmistien hyvä hoito ja palvelu: Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki. 82 – 100.

Ruoppila, Isto 2002: Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Heikkinen, Eino & Marin, Marjatta (toim.) Vanhuuden voimavarat. Tammi. 119-150. Helsinki.

Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen Matti 2010: Haastattelun analyysi. Vastapaino. Tampere.

Saarenheimo, Marja & Pietilä, Minna 2007: Omaishoito ja palvelujärjestelmä teoksessa Omaishoito yhteistyönä – Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus kirjapaino Oy. Helsinki.

Sainio, Päivi, Koskinen Seppo, Sihvonen Ari-Pekka, Martelin Tuija & Aromaa Arpo 2013: Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, Eino, Jyrkämä Jyrki ja Rantanen Taina (toim.) Gerontologia. 3., uudistettu painos.

Salmikangas, Anna-Kaisa 2002: Näkökulmia osallisuuteen. Teoksessa Kohonen, Kirsi. & Tiala, Tomi. (toim.) Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi. Osallisuushanke. Sisäasiain ministeriö. Suomen kuntaliitto. Helsinki, 13 – 22.

Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa 2010: Teoksessa Vanhuus ja haavoittuvuus. Sarvimäki A., Heimonen S. & Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.). Edita Prima. Helsinki.

Shier, Harry 2001: Pathways to participation: openings, opportunities and obligations. Children & Society, 15, 2, 107 – 117, Thomas, Nigel 2002: Children, family and the state. Decision-making and child participation. Policy Press. Bristol.

Simonen, Mika 2010: Sosiaalisen toimintakyvyn arviointitilanne tutkimushaastattelussa. Gerontologia 2, 187 – 202.

Sosiaalihuoltolaki: Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Hakupäivä 18.1.2014

Sosiaalikallega 2013: http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana. Hakupäivä 18.1.2014.

STM 2001:11. Sosiaali- ja terveysministeriö oppaita. Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Helsinki.

STM 2006: Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Perhe- ja sosiaaliosasto. Tiedote 7.6.2006. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf. Hakupäivä 23.2.2014.

STM 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf. Hakupäivä 1.3.2014.

STM 2010a: Sosiaali- ja terveysministeriö: Lausuntoyhteenvedo luonnoksesta laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalvelujen saannin turvaamiseksi. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-16249.pdf. Hakupäivä 18.1.2014.

STM 2010:19. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä: Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Helsinki 2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11731.pdf. Hakupäivä 29.1.2014.

STM 2010: Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020: Sosiaali- ja terveystalviikan strategia, Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf. Hakupäivä 23.2.2014.

STM 148/2011: Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 148/2011: Lainsäädäntöä iäkkäiden palvelujen turvaamisesta pidetään tarpeellisena. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1566754#fi>. Hakupäivä 18.1.2014.

STM 2011: Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma: Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma (Kaste), Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. Hakupäivä 19.1.2014.

STM 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma KASTE 2012-2015. Helsinki 2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. Hakupäivä 18.1.2014.

STM 2012:12. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Ohjausryhmän muistio. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Helsinki 2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf. Hakupäivä 18.1.2014.

STM 2013/5: Sosiaali- ja terveysministeriön kuntainfo: "Vanhuspalvelulaki". Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi. Sosiaali- ja terveysministeriö ja kuntaliitto 28.6.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf. Hakupäivä 29.1.2014

STM 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi.

Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka 1997: Arvot ja modaalisuus sosiaalisen todellisuuden rakentamisessa. Teoksessa Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.) Semioottisen sosiologian näkökulmia : sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys Helsinki. Gaudeamus. 72 – 95

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Hakupäivä 18.1.2014.

Suomi, Asta & Hakonen, Sinikka 2008: Kuluerastä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. PS-kustannus. Juva.

Suutama, Timo & Ruoppila, Isto 2007: Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa: Lyyra, Tiina-Mari & Pikkarainen Aila & Tiikkainen Pirjo (toim.) Vanheneminen ja terveys. Edita. Helsinki. 116 – 128.

Talo, Seija 2001: Prologi seminaarin sisällöstä ja tavoitteista. Teoksessa Talo Seija (toim.) Toimintakyky-viitekehystä arviointiin ja mittaamiseen. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49.

Tarvainen, Minna. 2011: Onko teillä ystäviä? –ja kymmeniä muita kysymyksiä. Sosiaalitieto 1/2011: 22 – 23.

THL 2011:Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Toimia. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>. Hakupäivä 19.1.2014.

THL 2012: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus. Hankesuunnitelma, Versio 1.

http://www.thl.fi/attachments/Valtionavustukset/Hankesuunnitelma_versio_1_0.pdf.

Hakupäivä 6.1.2014.

THL 2013: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos: Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet.

http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html. Hakupäivä 22.2.2014.

Tilastokeskus 2012: http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html. Hakupäivä 1.3.2014.

Tiikkainen, Pirjo & Heikkinen, Asta 2011: Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Kommentoijat: Jylhä, Marja & Nieminen, Tarja & Seppänen, Marjaana. Toimia tietokanta.

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf. Hakupäivä 5.4.2014.

Toikko, Timo 2012: Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampereen yliopistopaino Oyj. Tampere.

Topo, Päivi 2007: Eettiset kysymykset dementiaoireisen asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa. *Gerontologia* 3/2007: 266 – 269.

Torsti, Pilvi 2009: Survey-kysely historiatietoisuuden tutkimisen välineenä. *Kasvatus & Aika* 1 (3). http://www.kasvatus-ja-aika.fi/dokumentit/artikkeli_pilvi_1804091049.pdf. Hakupäivä 19.1.2014.

Tritter, Jonathan Quetzal. & McCallumb, Alison 2006: The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76. 156 – 168.

Tulle, Emmanuelle 2004: Rethinking agency in later life. Teoksessa *Old Age and Agency*. Emmanuelle Tulle (toim.) Nova Science. New York.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Jyväskylä.

Tuulio – Henriksson, Annamari 2011: Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa.

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositus_vt_kognitio_110126.pdf Hakupäivä 23.2.2014

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009): Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvion järjestämiseksi. Helsinki.

http://www.mv.helsinki.fi/home/niskanen/ihmistiet_eettiset_periaatteet.pdf. Hakupäivä 23.3.2014

Uotinen, Virpi & Suutama, Timo & Raitanen Tarjaliisa 2004: Persoonallisuuspsykologian näkökulmia ikääntymiseen. Teoksessa: Raitanen, Tarjaliisa & Hänninen, Tuomo & Pajunen, Hannu & Suutama, Timo (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. WSOY. Helsinki. 109 – 131.

Vaarama, Marja & Kaitasaari, Tuula 2002: Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.) Suomalainen hyvinvointi 2002. Stakes. Jyväskylä.

Valokivi, Heli 2004: Vaativista kansalaisista alamaisiin - Ikääntyneet kommentoivat palvelukokemuksiaan. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2004: 41, 214 – 227.

Valokivi, Heli 2008: Kansalainen asiakkaana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Valokivi, Heli 2013: Muistisairautta sairastava kansalainen vanhustalossa. Teoksessa Laitinen, Merja & Niskala, Asta (toim.): Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.

Valta Anja, 2008: Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Vehkalahti, Kimmo 2008: Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi. Helsinki.

Viljaranta, Liisa 1992: Itsemääräämisoikeutta vanhuksille – Kokemuksia vanhainkotien kehittämisprojekteista. Teoksessa Kemppainen, Erkki (toim.) Yksilön vastuu ja sosiaaliset oikeudet. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 76; Helsinki, 11 – 20.

Vilka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Tammi. Helsinki.

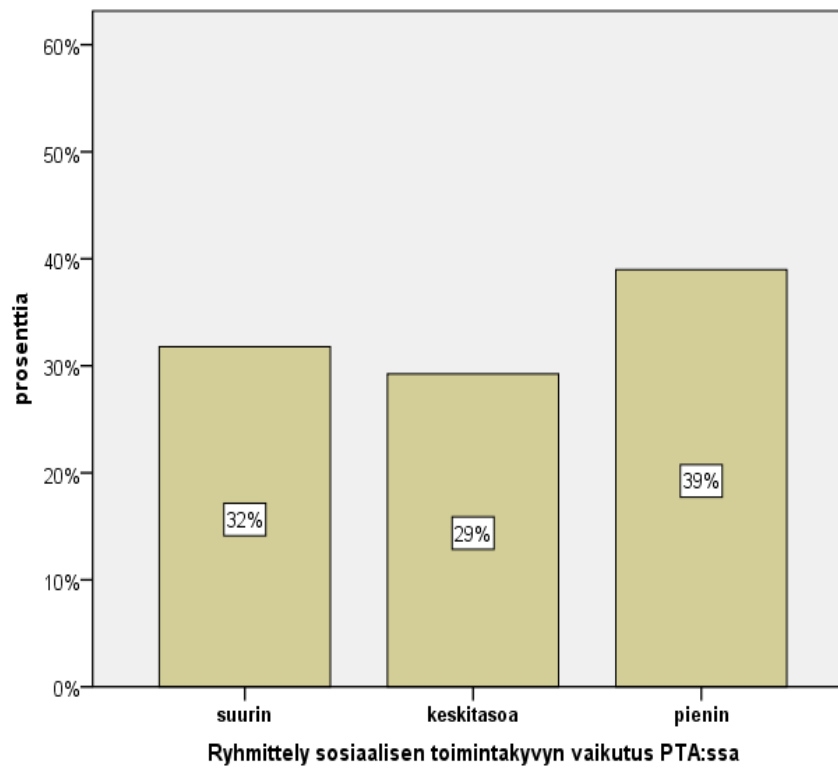
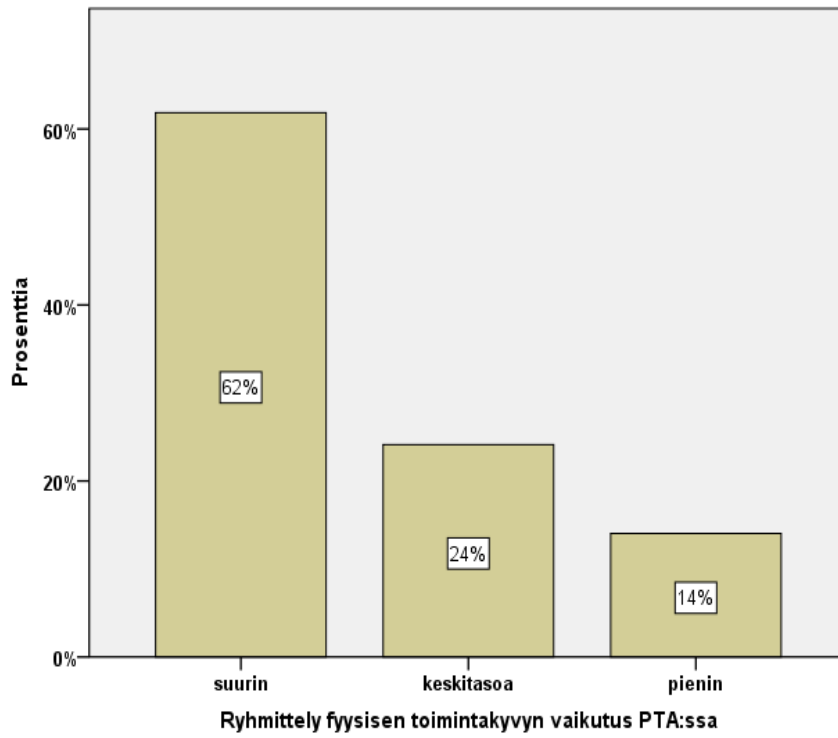
Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja 2005: Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes. Raportteja 7/2005. Helsinki.

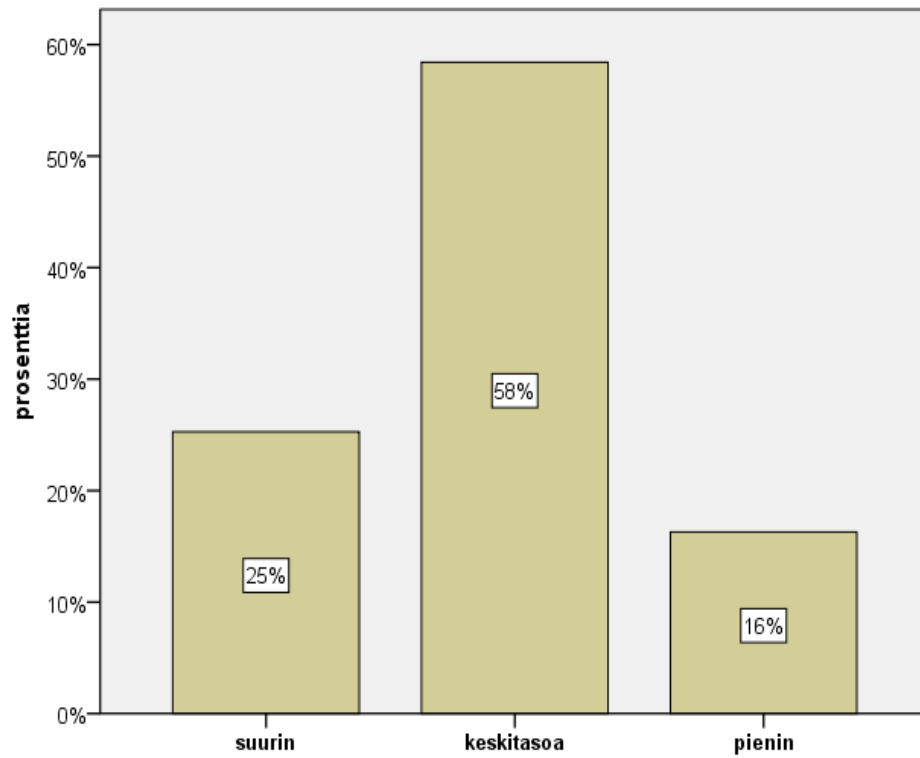
Voutilainen,Päivi 2008: Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali-ja terveysministeriön selvityksiä 2008:47

Voutilainen Päivi. 2009: Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen Päivi & Tiikkainen Pirjo (toim.). WSOY. Helsinki.

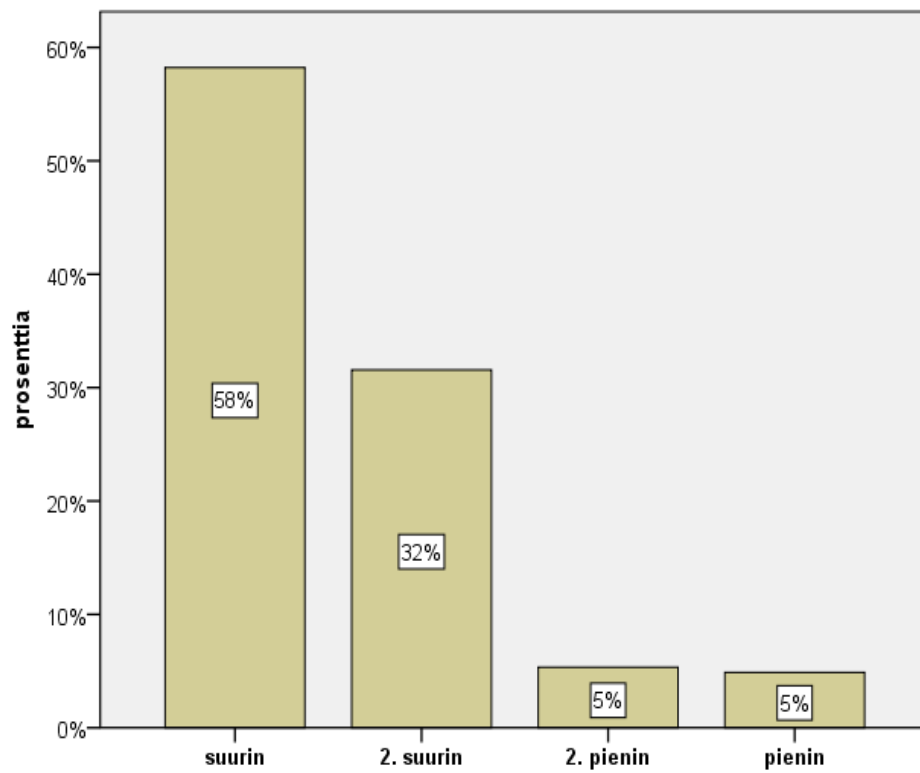
Zimmerman, Marc A. 1995. Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. American Journal of Community Psychology 1990 (23) 5.

Webropol 2013. Käyttöopas. <http://www.webropol.com/materiaalit/w-pol.pdf>. Hakupäivä 23.2.2014.

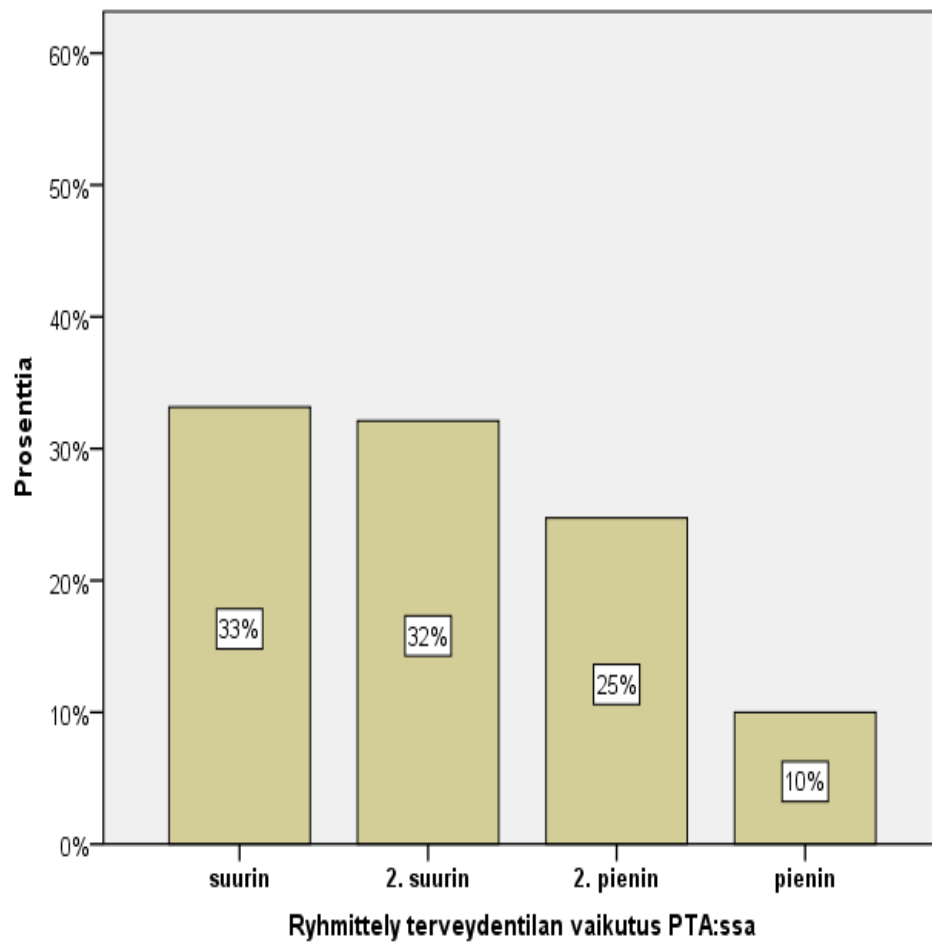




Ryhmittely 2 psyykkisen toimintakyvyn vaikutuksesta PTA:ssa



Ryhmittely kognitiivisen toimintakyvyn vaikutus PTA:ssa



LIITE 1. Kyselylomake palvelutarpeen arvioijalle

Ympyröi tilannettasi tai mielipidettäsi vastaavan vaihtoehdon numero tai kirjoita vastaus sille varatulle riville. Useissa kysymyksissä vastaukselle on annettu numeeriset vaihtoehdot, jolloin voit antaa vastauksesi viisiportaisella asteikolla 1–5. Mikäli et osaa arvioida tilannettasi tai näkemystäsi tällä asteikolla, voit ympyröidä vaihtoehdon x = ”en osaa sanoa”.

I TAUSTATIEDOT

1. Minkä ikäinen henkilö on, jolle palvelutarpeen arviointi tehtiin?

_____ vuotta

2. Onko iäkäs henkilö

- 1 nainen
- 2 mies

3. Milloin palveluntarpeen arviointi tehtiin?

pv ____ kk ____ 2013

4. Millä alueella työskentelet?

- 1. Kainuu
- 2. Oulu
- 3. Ylä-Savo

5. Mikä on ylin suorittamasi koulutus?

- 1. Lähihoitaja- / Perushoitajatutkinto
- 2. Sosiaalihuollon opistoasteen tai amk -tutkinto
- 3. Terveystieteiden opistoasteen tai amk -tutkinto
- 4. Ylempi amk -tutkinto, sosiaaliala
- 5. Ylempi amk -tutkinto, terveystieteet
- 6. Sosiaalityön maisteritutkinto
- 7. Terveystieteiden maisteritutkinto
- 8. Muu, mikä? _____

6. Kuinka kauan olet työskennellyt sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä?

_____ vuotta ____ kuukautta

7. Kuinka kauan olet tehnyt palvelutarpeen arviointeja?

_____ vuotta ____ kuukautta

8. Minkälaisessa organisaatiossa työskentelet?

1. Keskitetty palveluohjaus
2. Eriytymätön palveluohjaus
3. Keskitetty palveluohjaus tilaaja-tuottajaorganisaatiossa
4. Muu, mikä? _____

9. Millä perusteella iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointi ensisijaisesti aloitettiin?

1. Iäkäs henkilö hakeutui sosiaalihuoltolain 40 a §:n mukaiseen sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin
2. Iäkkään henkilön läheinen / omainen otti yhteyttä
3. Iäkkään henkilön säännöllisen avun tarve tuli esille hyvinvointia edistävässä toiminnassa
4. Sosiaali- tai terveydenhuollon tai muu ammattihenkilö teki ilmoituksen
5. Iäkäs henkilö saa säännöllisesti kunnan järjestämiä sosiaalipalveluja, mutta hänen palvelutarpeessaan / olosuhteissaan on tapahtunut olennaisia muutoksia
6. Muu, mikä? _____

10. Miksi asiakas hakeutui palvelutarpeen arviointiin?

1. Kotona selviytymisen tukeminen
2. Omaishoito
3. Ei-yövalvottu palveluasuminen
4. Tehostettu palveluasuminen
5. Laitoshoidto
6. Mikä, muu? _____

11. Missä palvelutarpeen arviointi tapahtui?

1. Asiakkaan kotona
2. Asumispalveluyksikössä
3. Laitoksessa/sairaalassa
4. Puhelimessa
5. Muualla, missä _____

II IÄKKÄÄN HENKILÖN PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PALVELU-SUUNNITELMA

12. Arvioi, miten seuraavat asiat toteutuivat iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnissa?

	Huonosti					Hyvin	En osaa sanoa
Asiakaslähtöisyys	1	2	3	4	5	x	
Voimavaralähtöisyys	1	2	3	4	5	x	
Oikea-aikaisuus	1	2	3	4	5	x	
Toimintakyvyn eri ulottuvuuksien huomioon ottaminen	1	2	3	4	5	x	
Palvelutarpeen kokonaisarvio (yhteenveto toimintakyvystä, elämäntilanteesta ja olosuhteista)	1	2	3	4	5	x	

13. Mitä menetelmiä/keinoja käytit iäkkään henkilön palvelutarpeita arvioidessasi. Arvioi, mikä merkitys käyttämilläsi menetelmillä/keinoilla oli palvelutarpeen arvioinnissa?

	En käyttänyt	Pieni merkitys					Suuri merkitys	En osaa sanoa
		1	2	3	4	5		
Asiakkaan haastattelu	x	1	2	3	4	5	x	
Läheisen / omaisen haastattelu	x	1	2	3	4	5	x	
Havainnointi	x	1	2	3	4	5	x	
Toimintakykymittarit	x	1	2	3	4	5	x	
Asiantuntijoiden konsultointi	x	1	2	3	4	5	x	
Asiakasta koskevat asiakirjat	x	1	2	3	4	5	x	
Muu, mikä? _____	x	1	2	3	4	5	x	

14. Jos iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin toimintakykymittaria, mitä mittaria/mittareita käytettiin?

1. Toimintakykymittareita ei käytetty
2. Seuraavia toimintakykymittareita käytettiin: _____

15. Miten seuraavat fyysisen toimintakyvyn osa-alueet vaikuttivat palvelutarpeen kokonaisarviointiin?

	Vaikutti vähän					Vaikutti paljon	En osaa sanoa
	1	2	3	4	5		
Kyky liikkua							
liikkuminen apuvälineiden kanssa	1	2	3	4	5		x
liikkuminen ulkona	1	2	3	4	5		x
liikkuminen portaissa	1	2	3	4	5		x
liikkuminen kulkuneuvolla	1	2	3	4	5		x
Itsestä huolehtiminen							
peseytyminen	1	2	3	4	5		x
pukeutuminen /riisuminen	1	2	3	4	5		x
ruokaileminen/ juominen	1	2	3	4	5		x
wc:ssä käyminen	1	2	3	4	5		x
Kodin askareista selviytyminen							
siivous	1	2	3	4	5		x
ruuan laitto	1	2	3	4	5		x
pyykinhuolto	1	2	3	4	5		x
kauppa-asiat	1	2	3	4	5		x
apteekkiasiat	1	2	3	4	5		x
puhelimien käyttö	1	2	3	4	5		x

16. Miten asiakkaan terveydentilaan liittyvät tekijät vaikuttivat palvelutarpeen kokonaisarviointiin?

	Vaikutti vähän	Vaikutti paljon	En osaa sanoa
--	----------------	-----------------	---------------

	vähän			paljon		sanoa
Kotiympäristö (Kodin esteettömyys, siisteys, turvallisuus)	1	2	3	4	5	x
Asuinympäristö (Liikenneyhteydet, palvelut, alueen turvallisuus, ulkoilumahdollisuudet)	1	2	3	4	5	x
Sosiaalinen osallistuminen	1	2	3	4	5	x
Yksinäisyys	1	2	3	4	5	x
Turvattomuus	1	2	3	4	5	x
Kaltoinkohtelu tai sen uhka	1	2	3	4	5	x
Taloudellinen tilanne/taloudellisen tuen tarve	1	2	3	4	5	x
Valmiudet huolehtia talousasioista	1	2	3	4	5	x
Riippuvuudet, jotka haittaavat ikääntyneen tai lähiympäristön toimintaa (esim. päihteet, pelaaminen)	1	2	3	4	5	x
Elämäntilanne; odottamaton tai järkyttävä tapahtuma tai elämänmuutos	1	2	3	4	5	x
Omaisten osallistuminen päivittäiseen tukemiseen ja hoitoon	1	2	3	4	5	x
Muun sosiaalisen verkoston osallistuminen tukemiseen ja hoitoon	1	2	3	4	5	x
Parisuhdeongelmat	1	2	3	4	5	x
Muut ihmissuhdeongelmat	1	2	3	4	5	x

20. Mitkä seuraavista kulttuuri- ja liikuntaharrastuksista, joissa iäkäs henkilö on tällä hetkellä itse toimijana, olivat huomion kohteena palvelutarpeen arvioinnissa?

	Ei otettu puheeksi	Huomioitiin vähän			Huomioitiin paljon		En osaa sanoa
Teatteritoiminta	x	1	2	3	4	5	x
Musiikki	x	1	2	3	4	5	x
Elokuva	x	1	2	3	4	5	x
Tanssi	x	1	2	3	4	5	x
Kuvataide	x	1	2	3	4	5	x
Kirjallisuuden lukeminen	x	1	2	3	4	5	x
Äänikirjojen kuunteleminen	x	1	2	3	4	5	x
Luova kirjoittaminen							
Liikunta	x	1	2	3	4	5	x
Urheilu	x	1	2	3	4	5	x
Muu harrastus, mikä? _____	x	1	2	3	4	5	x

21. Mitkä seuraavista kulttuuri- ja liikuntaharrastuksista, joihin iäkäs osallistuu katsojana/ seuraajana, olivat huomion kohteena palvelutarpeen arvioinnissa?

	Ei otettu puheeksi	Huomioitiin vähän					Huomioitiin paljon	En osaa sanoa
		1	2	3	4	5		
Teatteriesitykset	x	1	2	3	4	5	x	
Musiikkikonsertit	x	1	2	3	4	5	x	
Elokuvat	x	1	2	3	4	5	x	
Tanssiesitykset	x	1	2	3	4	5	x	
Urheilukilpailut	x	1	2	3	4	5	x	
Taidenäyttelyt	x	1	2	3	4	5	x	
Muut, mitkä?	x	1	2	3	4	5	x	

22. Minkälainen painoarvo toimintakyvyn eri ulottuvuuksilla oli palvelutarpeen kokonaisarvioinnissa?

	Pieni			Suuri		En osaa sanoa
	1	2	3	4	5	
Fyysinen toimintakyky	1	2	3	4	5	x
Psyykinen toimintakyky	1	2	3	4	5	x
Kognitiivinen toimintakyky	1	2	3	4	5	x
Sosiaalinen toimintakyky	1	2	3	4	5	x

23. Johtiko iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointi palvelusuunnitelman laatimiseen?

1 Kyllä

2 Ei

3 Palvelusuunnitelman valmistelu jatkuu myöhemmin sovittuna ajankohtana

24. Jos vastasit Ei, miksi palvelutarpeen arviointi ei johtanut palvelusuunnitelman laatimiseen?

25. Mikäli palvelutarpeen arviointi johti palvelusuunnitelman laatimiseen, arvioi, miten seuraavat asiat toteutuvat palvelusuunnitelmassa?

	Huonosti			Hyvin		En osaa sanoa
	1	2	3	4	5	
Palvelusuunnitelma pohjautuu monipuoliseen palvelutarpeen arviointiin	1	2	3	4	5	x
Ammatillinen arvio palvelun tarpeesta on tasapainossa asiakkaan oman arvion kanssa	1	2	3	4	5	x
Palvelusuunnitelma sisältää yksilöidyt, arvioitavissa olevat tavoitteet	1	2	3	4	5	x
Tavoitteiden asettaminen yhdessä asiakkaan kanssa	1	2	3	4	5	x
Asiakkaan voimavarojen huomioon ottaminen	1	2	3	4	5	x
Omaisten tuen huomioon ottaminen	1	2	3	4	5	x
Sosiaalisten verkostojen tuen huomioon ottaminen	1	2	3	4	5	x
Kolmannen sektorin toiminnan huomioon ottaminen	1	2	3	4	5	x
Asiakkaan mahdollisuus valita palveluntuottaja	1	2	3	4	5	x
Suunnitelman mukaisten palvelujen käynnistymisen varmistaminen palveluntuottajan kanssa	1	2	3	4	5	x
Palvelusuunnitelman arvioinnista sopiminen	1	2	3	4	5	x

26. Arvioi, miten laadittu palvelusuunnitelma palvelupäätöksineen turvaa kyseiselle iäkkäälle henkilölle seuraavat asiat?

	Huonosti					Hyvin	En osaa sanoa
	1	2	3	4	5		
Tuen ja palvelujen oikea-aikaisuus	1	2	3	4	5		x
Tuen ja palvelujen riittävyys	1	2	3	4	5		x
Kuntoutumisen edistäminen	1	2	3	4	5		x
Itsenäisen selviytymisen edistäminen	1	2	3	4	5		x
Osallisuuden vahvistaminen	1	2	3	4	5		x
Raskaamman palvelutarpeen ennalta ehkäiseminen	1	2	3	4	5		x
Mahdollisuus kokea elämänsä turvalliseksi	1	2	3	4	5		x
Mahdollisuus kokea elämänsä merkitykselliseksi							
Mahdollisuus kokea elämänsä arvokkaaksi							
Mahdollisuus ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta	1	2	3	4	5		x
Mahdollisuus osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan	1	2	3	4	5		x
Käytettävissä olevan palvelutarjonnan sopivuus suhteessa palvelutarpeisiin	1	2	3	4	5		x
Käytettävissä olevan palvelutarjonnan riittävyys suhteessa palvelutarpeisiin	1	2	3	4	5		x

27. Jos arvioit nykyisen palvelutarjonnan riittämättömäksi tai ei-sopivaksi kyseisen iäkkään henkilön tarpeisiin nähden, mitä palveluja hän erityisesti tarvitsisi?

III IÄKKÄÄN HENKILÖN OSALLISUUDEN JA VAIKUTUSMAHDOLLISUUKSIEN TOTEUTUMINEN

28. Arvioi, miten iäkkään henkilön osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet toteutuivat kyseisessä palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen suunnittelussa?

	Huonosti					Hyvin	En osaa sanoa
	1	2	3	4	5		
Asiakkaan mahdollisuus kertoa käsityksensä avun tarpeestaan	1	2	3	4	5		x
Asiakkaan näkemysten aktiivinen kuunteleminen	1	2	3	4	5		x
Keskinäisen luottamuksen rakentuminen	1	2	3	4	5		x
Asiakkaan / tarvittaessa omaisen ja ammatillisen tarvearvion yhteensovittaminen	1	2	3	4	5		x
Asiakkaan ja omaisen tarvearvion yhteensovittaminen	1	2	3	4	5		x
Omaisen ja ammatillisen tarvearvion yhteensovittaminen	1	2	3	4	5		x
Palveluvaihtoehtojen ja niiden vaikutusten esittely asiakkaalle ymmärrettävällä tavalla	1	2	3	4	5		x
Neuvottelu asiakkaan kanssa vaihtoehtoista palvelukokonaisuuden muodostamiseksi	1	2	3	4	5		x

Asiakkaan mahdollisuudet valintoihin	1	2	3	4	5	x
Asiakkaan itsemääräämisoikeus						
Asiakkaan yhdenvertaisuus suhteessa muihin asiakkaisiin	1	2	3	4	5	x
Asiakkaan ja ammatillisen näkemyksen kirjaaminen palvelusuunnitelmaan	1	2	3	4	5	x

29. Arvioi, miten seuraavat tekijät vaikuttivat kyseisen henkilön osallisuuden ja vaikuttamis- mahdollisuuksien toteutumiseen palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen suunnittelussa?

	Vaikutti vähän		Vaikutti paljon			En osaa sanoa
Asiakkaan aktiivinen toimijuus	1	2	3	4	5	x
Asiakkaan kommunikointikyky	1	2	3	4	5	x
Käyttämäsi työote /-menetelmät	1	2	3	4	5	x
Oma asenteesi	1	2	3	4	5	x
Käytettävissäsi ollut aika	1	2	3	4	5	x
Omaisien rooli asiakkaan puolestapuhujana	1	2	3	4	5	x
Organisaatiosi toimintakulttuuri	1	2	3	4	5	x
Asiakkaan osallisuutta ja oikeuksia korostava lainsäädäntö	1	2	3	4	5	x

IV VASTUUTYÖNTEKIJÄN TARPEELLISUUS

30. Arvioi, tarvitseeko kyseiselle iäkkäälle henkilölle nimetä vanhuspalvelulain tarkoittama vastuutyöntekijä seuraavien asioiden vuoksi, joita ei kyetä nykyisillä käytännöllä turvaamaan? Voit tarvittaessa vastata useampaan kohtaan.

- 1 Seuraamaan palvelusuunnitelman toteutumista tuen ja palvelujen takaamiseksi
- 2 Seuraamaan palvelutarpeessa tapahtuvia olennaisia muutoksia
- 3 Toimimaan tarvittaessa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi
- 4 Neuvomaan ja auttamaan etuuksien ja palvelujen saantiin liittyvissä asioissa
- 5 Jonkin muun asian turvaamiseksi. Minkä? _____
- 6 Ei minkään edellä mainitun asian vuoksi, sillä asiakkaan tuen ja palvelun tarpeisiin vastaaminen voidaan turvata nykyisin käytössä olevilla keinoilla.

31. Millaisia perusteita juuri tälle henkilölle on vastuutyöntekijän nimeämiseen?

	Vähäiset perusteet		Merkittävät perusteet			En osaa sanoa
Yksinäisyys	1	2	3	4	5	x
Sosiaalisen turvaverkoston puute	1	2	3	4	5	x
Moninaiset tuen ja hoidon tarpeet	1	2	3	4	5	x
Monen sosiaali- ja terveyspalvelun asiakkuus	1	2	3	4	5	x

Runsas erityispalveluiden tarve	1	2	3	4	5	x
Turvattomuuden aiheuttama jatkuva hakeutuminen päivystyspalveluihin	1	2	3	4	5	x
Kyvyttömyys huolehtia itsestä	1	2	3	4	5	x
Palvelujärjestelmän hallitsematon kuormittaminen	1	2	3	4	5	x
Palvelujärjestelmän kyvyttömyys turvata asiakkaan tuki ja palvelut nykyisillä työnjaollisilla järjestelyillä	1	2	3	4	5	x
Muu peruste, mikä _____	1	2	3	4	5	x

V PALVELUTARPEEN ARVIOINTIIN JA PALVELUSUUNNITELMAN LAATIMISEEN KÄYTETTY AIKA JA OSAAMINEN

32. Kuinka kauan käytit/käytitte yhteensä aikaa kyseisen iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelman laatimiseen? Vastaa ½ tunnin tarkkuudella. ”Yhteensä” tarkoittaa yksin tehdyn tai työparin tai useamman henkilön kanssa tehdyn arvioinnin ja suunnitelman yhteenlaskettua aikaa.

_____ tuntia yhteensä

33. Kuinka monta kertaa yhteensä tapasit/tapasitte kyseisen iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelmaan liittyen?

_____ kertaa

34. Arvioi käytettävissä olevan ajan ja oman osaamisesi riittävyttä kyseisen iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelusuunnitelman laatimisessa.

Riittämätön Riittävä En osaa sanoa

	1	2	3	4	5	x
Aika palvelutarpeen arviointiin	1	2	3	4	5	x
Aika palvelusuunnitelman laatimiseen	1	2	3	4	5	x
Aika tarvittavan asiantuntemuksen kokoamiseen	1	2	3	4	5	x
Gerontologinen osaaminen	1	2	3	4	5	x
Osaaminen toimintakyvyn monipuolisessa arvioinnissa	1	2	3	4	5	x
Osaaminen asiakkaan kokonaistilanteen arvioinnissa	1	2	3	4	5	x
Osaaminen osallistavien arviointimenetelmien soveltamisessa	1	2	3	4	5	x
Ikälain osaaminen	1	2	3	4	5	x
Muun lainsäädännön osaaminen	1	2	3	4	5	x
Palvelujärjestelmän tuntemus	1	2	3	4	5	x
Nykyisen palvelutarjonnan tuntemus	1	2	3	4	5	x
Moniammatillisen työtavan osaaminen	1	2	3	4	5	x
Muu osaaminen, mikä _____	1	2	3	4	5	x

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Tähän voit kirjoittaa vapaasti kommenttejasi kyselylomakkeen kysymyksistä ja vastaamiseen liittyvistä kokemuksistasi.

LIITE 2. Haastatteluteemat

Iäkkään henkilön

Teema 1: Kokemukset elämäntilanteesta (asiakkaan tausta, kotona selviytyminen)

Teema 2: Kokemukset kotona pärjäämisestä (kotona selviytymisen mahdollisuudet ja haasteet)

Teema 3: Kokemukset avusta ja palveluista (suunnitellun palvelukokonaisuuden/ avun ja tuen sopivuus)

Teema 4: Kokemukset osallisuudesta ja vaikuttamismahdollisuuksista palvelutarpeen arviointiin ja suunnitteluun/ toteutukseen

Kaikilta vastaajilta kerätään seuraavat tiedot: ikä, sukupuoli, asuinpaikka, siviilisäätö (kenen kanssa asuu), sairaudet – toimintakyky, rajoitteet.

Teema	Ensimmäistä kertaa palvelutarpeen arviointi/KYSYMYKSIÄ
1 Kokemukset avusta ja palveluista (suunnitellun palvelukokonaisuuden/ avun ja tuen sopivuus)	Teille on tehty täällä kotona kartoitus/selvitys siitä miten te täällä pärjätte/selviätte – Mitä varten se selvitys tehtiin? Ketkä olivat huolissaan teidän selviytymisestä? Mistä he olivat huolissaan?
2 Kokemukset kotona pärjäämisestä (kotona selviytymisen mahdollisuudet ja haasteet)	Miten te omasta mielestänne selviätte täällä kotona? Miten selviätte kodin ulkopuolella? Missä koette tarvitsevanne apua?
3 Kokemukset osallisuudesta ja vaikuttamismahdollisuuksista palvelutarpeen arviointiin ja suunnitteluun/ toteutukseen	Kenen aloitteesta teidän kotona selviytymistä alettiin tarkemmin selvittää? Miten teidän omat näkemykset otettiin huomioon? Miten teidän omat mielipiteet siitä, minkälaista apua te tarvitsette otettiin huomioon?

	Kuka päätti minkäläistä apua te jatkossa tulette saamaan?
4 Kokemukset elämäntilanteesta (asiakkaan tausta, kotona selviytyminen)	Miten normaali päivänne sujuu? Mitä te teette tavallisesti päivän aikana?

LIITE 3. Ristiintaulukoinnit projisoiduista aineistoista

		PTA_syy						
		sosiaali-tai terveydenhuollon tai muu ammattihenkilö teki ilmoituksen	iäkäs henkilö saa säännöllisesti kunnan sosiaalipalveluja mutta pt:ssa/olosuhteissaan on tapahtunut muutoksia	iäkkään henkilön läheinen/omainten otti yhteyttä	iäkäs henkilö hakeutui sosiaalihuoltolain 40§:n mukaiseen sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin	muu	Yhteensä	
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde-ongelmat	vaikutti paljon	0	0	1	0	0	1	
		0%	0%	3%	0%	0%	1%	
	4	1	0	1	0	0	2	
		7%	0%	3%	0%	0%	2%	
	3	0	2	2	0	0	4	
		0%	15%	6%	0%	0%	4%	
	2	4	2	3	3	2	14	
		29%	15%	9%	21%	13%	15%	
	vaikutti vähän	9	9	28	11	14	71	
		64%	69%	80%	79%	88%	77%	
Yhteensä (%)	(n)	14	13	35	14	16	92	
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	

		Ryhmittely PTA:n periaatteiden toteutumisesta			
		melko hyvä	hyvä	keskitasoa	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde-ongelmat	vaikutti paljon	1	0	0	1
		3%	0%	0%	1%
	4	1	0	0	1
		3%	0%	0%	1%
	3	1	3	0	4
		3%	8%	0%	5%
	2	6	6	1	13
		15%	15%	13%	15%
	vaikutti vähän	30	31	7	68
		77%	78%	88%	78%
Yhteensä (%)	(n)	39	40	8	87
		100%	100%	100%	100%

		SUM31 asiakkaan valitseminen palveluiden varmistaminen					
		4	2	3	hyvin	huonosti	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde- ongelmat	vaikutti paljon	1	0	0	0	0	1
		5%	0%	0%	0%	0%	1%
	4	0	0	2	0	0	2
		0%	0%	7%	0%	0%	3%
	3	3	0	0	1	0	4
		16%	0%	0%	7%	0%	5%
2	2	3	3	2	0	10	
	11%	38%	11%	13%	0%	14%	
	vaikutti vähän	13	5	22	12	4	56
		68%	63%	81%	80%	100%	77%
Yhteensä (%)	(n)	19	8	27	15	4	73
		100%	100%	100%	100%	100%	100%

		SUM31 osallistava, tavoitteellinen ja voimavaralähtöinen palvelusuunnitelma				
		4	3	hyvin	2	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde- ongelmat	vaikutti paljon	0	1	0	0	1
		0%	5%	0%	0%	1%
	4	1	1	0	0	2
		2%	5%	0%	0%	2%
	3	3	0	1	0	4
		7%	0%	5%	0%	5%
2	9	1	3	0	13	
	21%	5%	14%	0%	15%	
	vaikutti vähän	29	17	17	1	64
		69%	85%	81%	100%	76%
Yhteensä (%)	(n)	42	20	21	1	84
		100%	100%	100%	100%	100%

		SUM32 mahdollisuus turvalliseen ja mielekkääseen elämäkokemukseen				
		2	3	4	hyin	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde-ongelmat	vaikutti paljon	0	1	0	0	1
		0%	5%	0%	0%	1%
	4	0	1	1	0	2
		0%	5%	3%	0%	3%
	3	0	1	2	1	4
		0%	5%	6%	4%	5%
	2	1	1	6	4	12
		50%	5%	18%	16%	15%
	vaikutti vähän	1	15	24	20	60
		50%	79%	73%	80%	76%
Yhteensä (%)	(n)	2	19	33	25	79
		100%	100%	100%	100%	100%

		SUM32 toimijuuden ja toimintakyvyn edistäminen				Yhteensä
		2	hyin	4	3	
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde-ongelmat	vaikutti paljon	1	0	0	0	1
		50%	0%	0%	0%	1%
	4	0	0	1	1	2
		0%	0%	3%	4%	2%
	3	0	1	2	1	4
		0%	4%	6%	4%	5%
	2	0	6	5	2	13
		0%	25%	14%	9%	15%
	vaikutti vähän	1	17	27	19	64
		50%	71%	77%	83%	76%
Yhteensä (%)	(n)	2	24	35	23	84
		100%	100%	100%	100%	100%

		Koulutus						
		sos. maisteri	sosiaalihuollon on opistoaste tai AMK	terveyden- huollon opistoaste tai AMK	muu	lähihoitaja / perushoitaja	ylempi amk, sos	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde- ongelmat	vaikutti paljon	0	1	0	0	0	0	1
		0%	3%	0%	0%	0%	0%	1%
	4	0	1	1	0	0	0	2
		0%	3%	3%	0%	0%	0%	2%
	3	2	2	0	0	0	0	4
		20%	5%	0%	0%	0%	0%	4%
	2	1	6	6	1	0	0	14
		10%	16%	15%	25%	0%	0%	15%
	vaikutti vähän	7	27	32	3	1	1	71
		70%	73%	82%	75%	100%	100%	77%
Yhteensä (n)	10	37	39	4	1	1	92	
(%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

		SUM34 Asiakkaan Osallisuus PTA:ssa				
		1	3	5	4	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde- ongelmat	vaikutti paljon	0	1	0	0	1
		0%	9%	0%	0%	1%
	4	0	0	1	1	2
		0%	0%	2%	5%	2%
	3	0	1	3	0	4
		0%	9%	6%	0%	5%
	2	1	1	9	3	14
		33%	9%	17%	16%	16%
	vaikutti vähän	2	8	41	15	66
		67%	73%	76%	79%	76%
Yhteensä (n)	3	11	54	19	87	
(%)	100%	100%	100%	100%	100%	

		SUM34 Valintamahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuksien toteutuminen				
		3	5	4	2	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde-ongelmat	vaikutti paljon	0	0	1	0	1
		0%	0%	3%	0%	1%
	4	0	1	1	0	2
		0%	4%	3%	0%	3%
	3	1	1	2	0	4
		6%	4%	6%	0%	5%
2	5	5	2	0	12	
	28%	19%	6%	0%	15%	
	vaikutti vähän	12	19	29	1	61
		67%	73%	83%	100%	76%
Yhteensä (%)	(n)	18	26	35	1	80
		100%	100%	100%	100%	100%

		SUM34 Osallisten palvelutarvearvioiden yhteensovittaminen				
		2	3	5	4	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde-ongelmat	vaikutti paljon	0	1	0	0	1
		0%	4%	0%	0%	1%
	4	0	1	0	1	2
		0%	4%	0%	4%	2%
	3	0	1	3	0	4
		0%	4%	11%	0%	5%
2	1	2	4	3	10	
	50%	8%	15%	11%	12%	
	vaikutti vähän	1	19	20	24	64
		50%	79%	74%	86%	79%
Yhteensä (%)	(n)	2	24	27	28	81
		100%	100%	100%	100%	100%

		Työskentely_org			
		keskitetty palveluohjaus tilaaja/tuottaja	keskitetty palveluohjaus	eriytymätön palveluohjaus	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde- ongelmat	vaikutti paljon	0	1	0	1
		0%	4%	0%	1%
	4	2	0	0	2
		4%	0%	0%	2%
	3	3	0	1	4
		5%	0%	10%	4%
2	10	4	0	14	
	18%	16%	0%	15%	
	vaikutti vähän	42	20	9	71
		74%	80%	90%	77%
Yhteensä (%)	(n)	57	25	10	92
		100%	100%	100%	100%

		SUM35 Asenne, työmenetelmä, aika ja toimintakulttuuri				
		4	2	5	3	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde- ongelmat	vaikutti paljon	1	0	0	0	1
		2%	0%	0%	0%	1%
	4	2	0	0	0	2
		5%	0%	0%	0%	3%
	3	3	0	1	0	4
		7%	0%	5%	0%	5%
2	8	1	3	1	13	
	19%	33%	16%	7%	16%	
	vaikutti vähän	29	2	15	13	59
		67%	67%	79%	93%	75%
Yhteensä (%)	(n)	43	3	19	14	79
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		SUM35 Asiakkaan kommunikointikyky, aktiivinen toimijuus ja osallisuutta ja oikeuksia korostava lainsäädäntö				
		4	2	5	3	Yhteensä
SUM22 riippuvuudet ja pari- ja ihmissuhde- ongelmat	vaikutti paljon	1	0	0	0	1
		3%	0%	0%	0%	1%
	4	2	0	0	0	2
		5%	0%	0%	0%	2%
	3	1	0	1	2	4
		3%	0%	4%	10%	5%
	2	9	1	4	0	14
		24%	33%	16%	0%	16%
	vaikutti vähän	25	2	20	18	65
		66%	67%	80%	90%	76%
Yhteensä	(n)	38	3	25	20	86
(%)		100%	100%	100%	100%	100%