
Janakkalan

**Arvoikä-hankkeen
arviointi**



JANAKKALAN ARVOIKÄ-HANKKEEN ARVIOINTI
Kokemuksia ikääntyvien toimintakyvyn
kartoittamisesta

Ikäinstituutin arviointiryhmä:

Jere Rajaniemi
Pertti Pohjolainen
Arto Tiihonen
Anneli Sarvimäki
Tuire Parviainen

Hämeen ammattikorkeakoulu
Hyvinvointialan osaamiskeskittymä, Ikitoimi-hanke

JANAKKALAN ARVOIKÄ-HANKKEEN ARVIOINTI
Kokemuksia ikääntyvien toimintakyvyn kartoittamisesta

Ikäinstituutin arviointiryhmä

Jere Rajaniemi

Pertti Pohjolainen

Arto Tiihonen

Anneli Sarvimäki

Tuire Parviainen

ISBN 951-784-329-1 (PDF)

ISSN 1795-424X

HAMK:n e-julkaisuja 13/2005

JULKAISIJA

Hämeen ammattikorkeakoulu

PL 230

13101 HÄMEENLINNA

puh. (03) 6461

faksi (03) 646 4259

julkaisu@hamk.fi

www.hamk.fi/julkaisut

Ulkoasun ja kannen suunnittelu: HAMK Julkaisut

Tämän teoksen kopioiminen on tekijänoikeuslain (404/61, muut. 897/80)
ja valokuvauslain (405/61, muut. 898/80) sekä Suomen valtion ja Ko-
piosto ry:n tekemän sopimuksen mukaisesti kielletty.

Hämeenlinna, lokakuu 2005

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	5
Johdanto.....	7
1. Janakkalan arvoikä-hankkeen taustat.....	9
1.1 Hankkeen lähtökohdat	9
1.2 Toimintamallin keskeiset piirteet	10
2. Janakkalan toimintamallin arviointi	11
2.1 Arvioinnin kokonaisuus.....	11
2.2 Arvioinnin lähtökohdat ja aineistot.....	12
3. Yleiset huomiot kokeiluhankkeesta.....	17
Idean syntyminen	17
Uuden mallin kehkeytyminen.....	17
Huomionarvoiset tekijät	18
4. Hankkeen tavoitteiden arviointi.....	21
5. Haastattelujen SWOT-analyysi.....	25
Toimintamallin vahvuudet.....	25
6. Toimintamalli prosessina.....	31
6.1 Tavoiteltu toimintaprosessi.....	31
6.2 Toteutunut toimintaprosessi ja ongelmakohdat.....	34
6.3 Toimintamallin arviointi.....	37

7. Kokeiluhanke prosessina	43
7.1 Tavoiteltu kokeiluprosessi.....	43
7.2 Toteutunut kokeiluprosessi ja ongelmakohdat.....	44
7.3 Kokeiluprosessin arviointi	50
8. Toimintakykymittarin ja asiakaskyselyn analyysi	53
8.1. Kohderyhmä ja tavoitteet.....	53
8.2. Toimintakyvyn itsearvioinnin perusteet.....	54
8.3. Toimintakykymittarin käyttökelpoisuus Arvoikä-hankkeessa ...	55
9. Yhteenveto ja johtopäätökset.....	67
9.1 Toimintakykymittari	67
9.2 Toimintamallin vaikuttavuus.....	69
9.3 Hoitopolkujen kuvaus	69
9.4 Moniammatillisen tiimin toimivuus.....	70
9.5 Toimintamallin ja kokeiluhankkeen toteutus.....	71
10. Suositukset.....	73
Suositukset (malli toiminnan jatkamiselle)	73
Lähteet.....	77
Muu lähdemateriaali	78
Liitteet	79
Liite 1.	80
Liite 2.	81
Liite 3.	82
Liite 4.	86
Liite 5.	90

Tiivistelmä

Janakkalan Arvoikä-hankkeen toimintamallissa pyrittiin tavoittamaan ajoissa ne ikääntyneet henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut tai se uhkaa alentua. Malli perustui toimintakyvyn itsearviointiin kehitettyä toimintakykymittaria hyväksikäyttäen. Uuden mallin keskeisenä toimijana oli moniammatillinen tiimi, joka arvioi asiakkaiden kuntoutus- ja palvelutarpeet kerättyjen arviointitietojen pohjalta.

Tässä Ikäinstituutin suorittamassa arviointitutkimuksessa kuvataan toimintamallin taustat, tavoitteet ja toteutunut toiminta käyttämällä hyödyksi olemassa olleita dokumentteja, arvioinnin aikana suoritettuja haastatteluja ja kyselyjä sekä toimintakykymittarin käytöstä analysoituja tietoja. Arvioinnissa pyritään toimintamallin kokonaisarviointiin, vaikka myös sen jokainen osa on erikseen arvioitu.

Tärkeimmät tulokset ovat seuraavat: Janakkalassa toteutettu toimintamalli soveltuu hyvin käytettäväksi terveyskeskuksissa, koska se on yksinkertainen ja se vaatii melko vähän ylimääräiseksi laskettavaa työtä. Toimintakykyä mittaavan lomakkeen käyttö onnistui – se oli asiakkaiden mielestä helppokäyttöinen ja palautusprosentti oli suuri, vaikka kokeilussa olikin käynnistys- ja tiedotusvaikeuksia. Moniammatillisen tiimin toiminta tukea tarvitsevien asiakkaiden löytämiseksi onnistui sekin hyvin toimintakykymittaria, muita dokumentteja ja tiimin ammattitaitoa hyväksikäyttäen.

Kritiikkinä voidaan sanoa seuraavaa: Hankkeen ennakkotiedotus ei ollut riittävää sen enempää terveyskeskuksen sisällä kuin sen ulkopuolellakaan. Toimintakykyä mittaava lomake vaatii jonkin verran modifointia jatkokäyttöä varten ja varsinkin aiottu toimintakykyindeksi voidaan toteuttaa vain osittaisesti johtuen toimintakyvyn mittauksen monimutkaisuudesta. Moniammatillisen tiimin toiminnan ongelmana

oli vastuuhenkilöiden nimeämisen ja dokumentoinnin puute. Hoitopolkujen toteutumisesta ja laadusta emme voi sanoa mitään, koska hanke ei arvioinnin aikana edennyt tähän vaiheeseen. Moniammatillinen tiimi kuitenkin valitsi ja ohjasi tukea tarvitsevat erilaisille hoitopoluille.

Arvioinnin suositukset pitävät sisällään huomion siitä, että kokeiltua toimintamallia kannattaa ehdottomasti kehittää eteenpäin seuraavaksi: toimintakyvyn arviointiin käytettyä lomaketta on modifioitava, sen käyttö on ohjeistettava annettujen tarkempien suositusten mukaisesti, moniammatillisen tiimin esittely-, dokumentaatio- ja hoitopolkujen seurantavastuut on jaettava ja tarvittava työaika on osoitettava, kuntaan on saatava palveluopas hoitopolkujen löytämistä helpottamaan ja tulevaisuudessa on ratkaistava se, miten toimintakyvyn ja hoitopolkujen seuranta ja arviointi järjestetään. Arviointiraportin suosituksissa ja liitteessä 5 (arviointivälineen mallintaminen) on koottu yhteen kaikki suositukset ja se prosessi, joka Ikäinstituutin mielestä parhaiten toteuttaisi toimintamallille ennalta asetetut tavoitteet.

Johdanto

Tässä raportissa ”Janakkalan Arvoikä-hankkeen arviointi. Kokemuksia ikääntyvien toimintakyvyn kartoittamisesta” Ikäinstituutin arviointiryhmä – Jere Rajaniemi, Pertti Pohjolainen, Arto Tiihonen, Anneli Sarvimäki ja Tuire Parviainen – esittelee hankkeesta tilatun arviointitutkimuksen. Tilaajana toimi Hämeenlinnan ammattikorkeakoulu (HAMK), jonka Ikitoimi-hankkeen yksi osa tämä Arvoikä-hanke oli.

Luvussa yksi kuvataan lyhyesti Arvoikä-hankkeen lähtökohtia ja Janakkalan toimintamallin keskeiset piirteet. Arvioinnin toteuttamistapa esitellään luvussa kaksi ja alustavat huomiot kokeiluhankkeesta luvussa kolme. Luvussa neljä keskitytään hankkeen tavoitteiden arviointiin, jonka jälkeen luvussa viisi tutustutetaan lukija tehtyjen haastattelujen SWOT-analyysiin. Käytämme raportoinnissa selvyuden vuoksi jakoa toimintamalli - kokeiluhanke, koska se kuvaa paremmin tapahtunutta prosessia. Luvuissa kuusi ja seitsemän kuvataan ensin toimintamalli ja sitten kokeiluhanke prosessina. Luku kahdeksan keskittyy toimintakykymittarin ja asiakaskyselyn analyysiin. Luvussa yhdeksän tehdään yhteenveto ja johtopäätökset, kun luvusta kymmenen löytyvät tekemämme suositukset. Suositusten jälkeen seuraavat lähteet ja liitteet, joista liitteestä 5 löytyy arviointivälineen mallintaminen.

Sisällysluettelo on tehty siten, että lukijan olisi mahdollisimman helppo seurata niin toimintaprosessia kuin tässä esiteltävää arviointiprosessia-kin, koska ne tehtiin tässä tapauksessa päällekkäin. Raportoinnissakaan päällekkäisyyksiltä ei ole voitu täysin välttyä, mutta esiintyvä toisto toivon mukaan parantaa ymmärrettävyyttä.

Vaikka koko arviointiryhmä vastaa tehdystä työstä ja raportista kollektiivisesti, niin raportin kirjoittamisesta ovat vastanneet Jere Rajaniemi (muut luvut paitsi luku kahdeksan), Pertti Pohjolainen (luku kahdeksan) ja Arto Tiihonen (tiivistelmä, johdanto ja arviointivälineen mallintaminen). Mika Simonen on tehnyt toimintakykyaineistoon liittyvät SPSS-ajot.

1. Janakkalan Arvoikä-hankkeen taustat

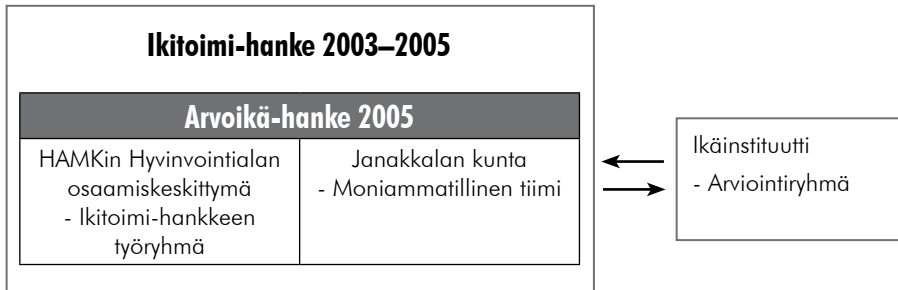
1.1 Hankkeen lähtökohdat

Janakkalan kunnan kahdessa terveystieteessä – Tervakoskella ja Turengissa – aloitettiin vuoden 2005 alussa asiakkaiden toimintakyvyn itsearviointi. Uudessa toimintamallissa lääkärin vastaanotolle tuleville 73-, 77- ja 83-vuotiaille janakkalalaisille jaettiin toimintakyvyn itsearviointilomake, joka piti täyttää ennen lääkärille menoa. Lomakkeilla kerättyjen tietojen tarkoituksena oli helpottaa lääkäreiden ja erityisesti uuden moniammatillisen tiimin työtä palvelutarpeiden arvioinnissa ja asiakaskohtaisten kuntoutussuunnitelmien laatimisessa.

Uutta toimintamallia ryhdyttiin kokeilemaan paikallisessa Arvoikä-hankkeessa, joka toteutettiin osana laajempaa seudullista Ikitoimi-hanketta (2003–2005). Toisin sanoen uutta toimintamallia oli kehittämässä Janakkalan kunnan lisäksi Ikitoimi-hankkeesta vastaava Hämeen ammattikorkeakoulun Hyvinvointialan osaamiskeskittymä.

Kokeilu päätettiin toteuttaa kevään 2005 aikana: toiminta aloitettiin 17.1.2005 ja itsearviointitietoja kerättiin toukokuun loppuun asti. Uuden mallin toimivuutta päätettiin myös arvioida samanaikaisesti kokeilun toteuttamisen kanssa. Arviointi toteutettiin ulkoisena arviointina ja arvioitsijaksi valittiin Ikäinstituutti. Arviointihanke alkoi 15.2.2005 ja se päättyi 15.9.2005. Arviointiin liittyvää aineistoa kerättiin kesäkuun lopulle asti.

Arvoikä-hankkeeseen osallistuneet keskeiset toimijat on koottu seuraavaan kuvaan (kuva 1).



Kuva 1. Arvoikä-hankkeen kokonaisuus

1.2 Toimintamallin keskeiset piirteet

Janakkalan Arvoikä-toimintamallin keskeisenä tavoitteena on löytää ajoissa ne henkilöt, joiden toimintakyky on laskenut tai uhkaa laskea, jotta heitä voitaisiin vielä auttaa avohoidollisin toimenpitein. Mitä varhaisemmassa vaiheessa ikääntyvien sairaudet ja toimintakyvyn muutokset havaitaan, sitä paremmin pystytään toimimaan ennaltaehkäisevästi ja laitoshoidon tarve voidaan siirtää myöhäisemmäksi.

Uuden toimintamallin keskeisenä toimijana on moniammatillinen tiimi (kuntoutusryhmä), joka arvioi asiakkaiden kuntoutustarpeet kerättyjen itsearviointitietojen pohjalta. Tiimiin kuuluvat avohoidon ylilääkäri, vastaava fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, kotihoidon ohjaaja, vastaava ohjaaja vanhainkodista, sairaanhoitaja vanhainkodin kuntoutusyksiköstä sekä sairaalan vastaava hoitaja. Tiimiin on siis valittu varsin laajasti paikallista asiantuntemusta. Mallin yhtenä tehtävänä onkin kehittää kunnan moniammatillista yhteistyötä ja edistää kuntouttavan työotteen omaksumista osaksi vanhustyötä.

Moniammatillisen tiimin ohella uuden mallin keskeisiä osapuolia ovat terveyskeskuksen vastaanottohenkilökunta, joka jakaa kohderyhmään kuuluville itsearviointilomakkeet ja auttaa lomakkeiden täyttämässä sekä terveyskeskuslääkärit, joille lomakkeet palautetaan ja joiden kanssa toimintakykyasioista tarvittaessa keskustellaan. Lisäksi keskeisenä henkilönä on terveyskeskuksen vastaava fysioterapeutti, joka kokoaa kerätyt itsearviointilomakkeet yhteen ja tallentaa ne lomakkeiden käsittelyä varten suunniteltuun tietokoneohjelmaan. Ohjelman tehtävänä on laskea lomakkeista toimintakykyindeksit, joita moniammatillinen tiimi käyttää oman arviointinsa pohjana. Ohjelma on suunniteltu Hämeen ammattikorkeakoulun Ikitoimi-hankkeessa.

2. Janakkalan toimintamallin arviointi

2.1 Arvioinnin kokonaisuus

Arvoikä-hankkeessa kokeillun toimintamallin arvioinnin toteutti Ikäinstituutti, joka aloitti tehtävänsä 15.2.2005. Käytännössä arvioinnilla oli tavallaan kaksi eri tasolla olevaa kohdetta: i) toimintamalli ja sen toimivuus sekä ii) kokeiluhankkeen toteutus. Lisäksi arviointi sisälsi monenlaisia osakokonaisuuksia: mm. toimintamallin vaikuttavuuden arviointi, moniammatillisen tiimityön arviointi ja uuden toimintatavan prosessiarviointi. Arviointi toteutettiin samanaikaisesti kokeilun toteuttamisen kanssa, joten sen aikataulu oli sidottu kokeilun aikatauluun.

Arvoikä-hankkeen kokeilu ei kuitenkaan pysynyt alkuperäisessä aikataulussaan eikä toimintamallia pystytty toteuttamaan täysin suunnitellulla tavalla: itsearviointitietoja ei saatukaan kerättyä kahteen otteeseen, ennen–jälkeen-asetelman mukaisesti. Tämän vuoksi toiminnan vaikuttavuuden arviointi jäi painoarvoltaan pienemmäksi kuin alun perin ajateltiin ja arvioinnin painopiste siirtyi enemmän toimintamallin ja sen toteuttamisprosessin arviointiin.

Tässä raportissa kuvataan ensin toimintamallin työprosessien ja kokeiluhankkeen arviointi. Tämän arvioinnin taustana käytettiin saatavilla ollutta kirjallista materiaalia (toimintamallin suunnittelu- yms. dokumentit) sekä arviointia varten kerättyä materiaalia (keskeisten toimijoiden haastattelut ja havainnointimuistiinpanot kuntoutusryhmän kokouksista). Tämän jälkeen pohditaan vaikuttavuuteen liittyviä kysymyksiä ja tarkastellaan lähemmin kerättyjä kyselyaineistoja: itsearviointilomakkeella (toimintakykymittari) ja asiakaskyselyllä kerätyt tiedot.

Kirjallisen materiaalin ja haastattelujen tuottama tieto kuvataan raportin luvuissa *Hankkeen tavoitteiden arviointi* ja *Haastattelujen SWOT-analyysi*. Toimintamallin työvaiheita ja työprosesseja taas arvioidaan

omana kokonaisuutenaan luvussa *Toimintamalli prosessina* ja kokeilu-hanketta luvussa *Kokeiluhanke prosessina*. Toimintakykymittaria (kyselylomake) ja toimintamallin vaikuttavuutta tarkastellaan luvussa *Toimintakykymittarin ja asiakaskyselyn analyysi*. Tässä luvussa kuvataan itsearviointilomakkeella kerätty aineisto, jossa kartoitettiin kokeiluun osallistuneiden fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä asiakaskyselyn aineisto, jossa kartoitettiin kokeiluun osallistuneiden kokemuksia toimintakyvyn itsearvioinnista.

2.2 Arvioinnin lähtökohdat ja aineistot

Toiminnan toteutumista ja moniammatillisen tiimin toimintaa arvioitiin erityisesti prosessiarvioinnin näkökulmasta. Prosessiarvioinnissa kiinnostus kohdistuu toimintaan, jolla tuloksia on saatu aikaan eli kehittämisprosessiin. Tarkoituksena on tuoda esille projektin toteuttamisessa käytetty toimintatapa sekä prosessin luonne taite- ja ongelmakohdittainen. Arvioinnissa dokumentoidaan hankkeen monivaiheinen etenemispolku ja pyritään myös tuomaan esille helposti piiloon jäävä kehittämissuorituksen kulku (hankkeen piiloinen logiikka). Arviointi tarjoaa osaltaan välineitä kehittämissuorituksen ymmärtämiseen, ohjaamiseen ja seuraamiseen. Prosessiarvioinnissa tietoa kerätään kehittämissuorituksen aikana, jotta sitä voitaisiin käyttää hankkeen ohjaamiseen ja toiminnan parantamiseen. (Seppänen-Järvelä 2003)

Käytännössä tämä arviointi perustui hankkeeseen liittyvien dokumenttien ja asiakirjojen tarkasteluun, mallissa mukana olevien toimijoiden haastatteluihin ja moniammatillisen tiimityön havainnointiin. Kyseessä ei ollut jälkikäteisarviointi, vaan aineiston keruu ja arviointi toteutettiin samanaikaisesti kokeilun toteuttamisen kanssa. Arviointia vaikeutti kuitenkin se, että kokeilu ei lähtenytkään niin ”voimallisesti” liikkeelle kuin oli suunniteltu ja kokeilulle varattu aikataulu osoittautui tiukaksi.

Vaikuttavuuden arvioinnin apuna käytettiin kerättyjä kyselyaineistoja. Samalla arvioitiin myös käytetyn toimintakykymittarin (itsearviointilomakkeen) toimivuutta. Vaikuttavuuden arviointia kuitenkin hankaloitti se, ettei itsearviointitietoja pystytty keräämään ennen-jälkeen-asetelman mukaisesti.

Dokumentit

Arvioitavat dokumentit kerättiin pääosin kokeilun alkuvaiheessa. Uudesta kokeilusta oli kuitenkin saatavilla varsin vähän dokumentoitua tietoa, joten tarkastelun kohteeksi otettiin myös sellaisia asiakirjoja, jotka eivät suoraan liittyneet uuteen hankkeeseen.

Arvioinnin kannalta tärkeimmät dokumentit olivat kokeiluhankkeen alustava projektisuunnitelma, arvioinnin tarjouspyynnön yhteydessä lähetetty hankekuvaus ja Janakkalan perusturvan henkilöstön sisäisessä tiedotuslehdessä ollut kuvaus uudesta kokeilusta.

Arviointia varten saatu projektisuunnitelma oli varsin alustava ja yleisellä tasolla hanketta tarkasteleva (asiakirjaa ei mm. ollut otsikoitu selkeästi projektisuunnitelmaksi). Hanketta kuvaavista dokumenteista toimialan sisäisessä tiedotuslehdessä ollut hankekuvaus oli kirjoitettu paikallisin voimin: muu materiaali oli työstetty ensisijaisesti Ikitoimi-hankkeessa.

Uudesta toimintamallista oli tarkoitus alun perin tiedottaa kuntalaisille paikallisissa lehdissä, mutta tämä ei toteutunut suunnitellulla tavalla. Tieto hankkeesta välittyikin asiakkaille lähinnä terveyskeskusten aulaan sijoitettujen ”hankejulistesten” kautta. (Hankejulisteen oli suunniteltu Ikitoimi-hankkeessa.)

Huomionarvoista oli erityisesti se, että moniammatillisen tiimin järjestäytymisestä ja tiimin kokouksista ei ollut saatavilla kunnan dokumentteja. Tiimin kokouksista ei siis pidetty varsinaisia kokousmuistioita, vaan kirjaamisessa keskityttiin ensisijaisesti asiakaskohtaisten arviointien ja kuntoutussuunnitelmien kirjoittamiseen suoraan Effic-ohjelmaan (terveyskeskuksessa käytössä oleva tietojärjestelmä). Kuntoutussuunnitelmista lähetettiin kuitenkin yhteenvedot kokeilun arvioitsijalle. (Yhteenvedoista oli poistettu henkilötiedot.)

Vaikka hankkeeseen suoraan liittyviä dokumentteja ja suunnitteluasiakirjoja oli suhteellisen vähän saatavissa, oli yleisempiä mainintoja hankkeen tavoitteista jäljitettävissä muista asiakirjoista: mm. Janakkalan kunnan vanhustenhuollon strategiaohjelma (2002 ja 2004), Ikikunto kylille - Ikäihmisten ennaltaehkäisevä kuntoutusneuvontaprojekti (2003) sekä seudullisen Ikitoimi-hankkeen suunnitteluasiakirjat.

Haastattelut

Kokeilun aikana haastateltiin kaikki moniammatillisen tiimin jäsenet (7), kunnan vanhustyön johtaja ja kaksi lääkäriä (toinen Turengista ja toinen Tervakoskelta). Kokeilu toteutettiin samanaikaisesti sekä Turengissa että Tervakoskella, mutta käytännössä suurin osa kokeilussa mukana olleista työskenteli Turengissa. Esimerkiksi kaikki moniammatillisen tiimin jäsenet olivat Turengista. Haastatteluissa Tervakoskea edusti toinen haastatelluista lääkäreistä.

Haastattelut toteutettiin kahden kuukauden aikana (huhti-toukokuussa) ja yleensä samoina päivinä kuin moniammatillinen tiimi kokoontui.

Haastattelijana toimi tutkija Jere Rajaniemi Ikäinstituutista. Haastattelija tapasi henkilökohtaisesti haastateltavat, paitsi lääkärit, jotka haastateltiin puhelimitse. Kaikilta haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun. Lääkärit lähettivät suostumuksensa faksilla.

Haastattelut toteutettiin keskustellen kahdeksasta etukäteen suunnitellusta teema-/kysymysalueesta. Kysyttävät asiat liittyivät sekä toimintamallin yleiseen arviointiin että kokeiluprosessin arviointiin. Kysymysrunkoa ei jaettu haastateltavalle, jotta haastattelutilanne pysyisi mahdollisimman keskustelevana.

Haastattelurungon otsikot olivat seuraavat:

1. Kuvaile omin sanoin Janakkalassa käytössä oleva toimintamalli?
 - A) Toimintamallin päävaiheet ja -toimenpiteet,
 - B) Toimijat ja vastuutahot,
 - C) Moniammatillisen tiimin rooli ja tehtävät?
2. Mitkä ovat toimintamallin keskeiset tavoitteet?
 - A) Yleinen päätavoite,
 - B) Konkreettisemmat alatavoitteet,
 - C) Tulokset / vaikutus?
3. Oma käsityksesi siitä, miksi uutta toimintamallia ryhdyttiin kehittämään?
4. Toimintamallin hyvät ja huonot puolet?
 - A) Keskeinen hyöty ja hyödynsaajat,
 - B) Toimintamallin ongelmakohdat?
5. Mikä on edustamasi ammattikunnan/toimialan tehtävä ja rooli toimintamallissa?
 - A) Toimintamallin hyöty omalle ammattikunnalle/toimialalle,
 - B) Toimintamallin ongelmat oman ammattikunnan/toimialan näkökulmasta,
 - C) Henkilökohtainen mielipide toimintamallista?
6. Mitkä ovat keskeisimmät jatkotoimenpiteet, joihin asiakkaat ohjataan?
Asiakkaille tarjottavat palvelut, apu ja tuki?
7. Asiakkaan rooli ja vaikutusmahdollisuudet?
 - A) Odotettavissa oleva asiakaskunta,
 - B) Onko kohderyhmä rajattu mielekkäällä tavalla?

8. Miten toiminta on tähän mennessä onnistunut? Tulevaisuuden odotukset?
- A) Mitä tavoitteita on saavutettu ja mitä ei,
 - B) Mitä olisi voinut tehdä toisin,
 - C) Toimintamallin vakiinnuttaminen ja idean levittäminen?

Haastattelut kestivät yleensä hiukan yli puoli tuntia. Haastattelija kirjoitti muistiinpanot haastateltavien vastauksista ja nauhoitti keskustelut muistinsa tueksi. Nauhoituksia ei litteroitu, vaan niitä käytettiin vain muistiinpanojen tarkentamiseen.

Haastattelujen toteuttamista hankaloitti hiukan se, että kaikki haastateltavat eivät olleet niin läheisesti mukana kokeiluhankkeessa, kuin alun perin oli ajateltu.

Moniammatillisen tiimityön havainnointi

Koska kokeilu lähti suunniteltua hitaammin liikkeelle, arvioinnin toteuttajat pääsivät tutustumaan moniammatilliseen tiimiin vasta maaliskuun lopulla. Ensitapaamisen yhteydessä tavattiin myös terveyskeskuksen vastaanoton henkilökuntaa ja tutustuttiin vanhainkodin uuteen kuntoutusyksikköön.

Hankkeen arviointiin kuului myös muutamien tiimikokousten havainnointi. Tiimin kokouksiin osallistui tutkija Jere Rajaniemi, joka teki kokouksista havainnointimuistiinpanot ja myös haastatteli tiimin jäseniä kokousten jälkeen.

Ensimmäisissä tiimikokouksissa, joissa arvioitsija oli mukana, käsiteltiin erityisesti kokeiluhankkeeseen liittyviä asioita. Kokouksiin saattoi tällöin osallistua muitakin kuin tiimin varsinaisia jäseniä. Työskentelytapa oli alussa hapuileva ja suuntaa hakeva: työtapoihin ja työnjakoon liittyviä kysymyksiä ei ollut selkeästi sovittu. Arvioinnin kannalta oli hankalaa, että tiimikokouksista ei tehty pöytäkirjoja tai muita muistioita. Aluksi oli epäselvää myös se, kuka on ryhmän yhteyshenkilö kokeiluun ja arviointiin liittyvissä asioissa. Keskeinen vaikutelma oli se, että tiimi näki itsensä ensisijaisesti kuntoutusarvioinnin asiantuntijaryhmänä, ei niinkään kokeiluhankkeen työryhmänä.

Loppukeväällä tiimi pääsi kuitenkin keskittymään ensisijaisesti asiakastietojen käsittelyyn ja asiakaskohtaisten kuntoutussuunnitelmien laatimiseen. Tässä vaiheessa tiimin työskentely vakiintui nopeasti, ja arvioitsija sai käsityksen tiimin työtavasta jo muutamassa kokouksessa. Kaiken kaikkiaan arvioitsija oli läsnä neljässä kokouksessa.

Tiimi pyrki kokoontumaan joka toinen viikko. Aluksi kokouksille varattiin aikaa tunti ja myöhemmin kaksi tuntia. Keskeisenä aiheena tiimikokouksissa oli asiakkaiden toimintakyvyn arviointi kokeilussa kerättyjen itsearviointilomakkeiden ja Effican asiakastietojen pohjalta. Ne asiakkaat, joilla ilmeni toimintakykyongelmia, katsottiin tarkemmin ja heille myös kirjoitettiin Efficaan henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma.

Koska kokeilu oli käynnistynyt odotettua hitaammin, ei kokouksissa keskusteltu niinkään jatkotoimenpiteiden ja hoitopolkujen toteuttamisesta ja seurannasta, vaan työ keskittyi ensisijaisesti alustavien asiakasarviointien tekemiseen. Kuitenkin ryhmästä valittiin aina yksi vastuhenkilö, jonka tehtävä oli ottaa asiakkaaseen yhteyttä ja keskustella tarkemmin jatkotoimenpiteiden mahdollisuuksista.

Edellä esitetyistä syistä johtuen myös arviointi keskittyi lähinnä toimintaprosessin alkuun eli siihen, miten uudessa toimintamallissa henkilöt valikoituvat tarkemman kuntoutusarvioinnin ja jatkotoimenpiteiden kohteiksi. Sen sijaan mahdollisuudet arvioida sitä, miten jatkotoimenpiteet toteutetaan, minkälaisin käytännöin niiden toteutumista seurataan ja miten jatkotoimenpiteet asiakkaiden tilanteeseen vaikuttavat, jäivät vähäisemmiksi.

Kyselyaineistot

Toimintakyvyn itsearviointilomake (toimintakykymittari) annettiin täytettäväksi kaikille niille 73-, 77- tai 83-vuotiaita janakkalalaisille, jotka varasivat kokeiluajana ajan lääkärille joko Turengin tai Tervakosken terveyskeskuksesta. Osalle lomake annettiin täytettäväksi suunnitelmien mukaisesti terveyskeskuksessa; osa taas sai lomakkeen postitse kotiinsa. Täytettyjä lomakkeita palautui lopulta terveyskeskuksista yhteensä 72 kappaletta. Lisäksi postituksen tuloksena saatiin kerättyä 51 lomaketta.

Itsearviointilomakkeen ja koko toimintamallin toimivuutta arvioitiin asiakaskyselyllä. Tämä kysely lähetettiin kaikille niille 138 henkilölle, jotka olivat saaneet itsearviointilomakkeen täytettäväkseen joko terveyskeskuksessa tai kotonaan. Asiakaskyselyyn vastasi kaikkiaan 88 henkilöä.

3. Yleiset huomiot kokeiluhankkeesta

Idean syntyminen

Janakkalan palvelutalosaäitiö toteutti vuosina 2001–2003 Ikikunto kylille -hankkeen, jossa pyrittiin tavoittamaan ennalta ehkäisevien kotikäyntien avulla ne 70–75-vuotiaat janakkalalaiset, joiden toimintakyky oli heikkenemässä ja joiden kotona selviytymistä voitiin vielä tukea. Hanke keskittyi erityisesti Janakkalan haja-asutusalueella asuviin ikäihmisiin. (Ikikunto kylille 2003)

Projektin päätyttyä todettiin, että kokeiltu toimintamalli oli käytössä oleviin resursseihin nähden liian ”raskas”, joten kuntoutuksen tarpeessa olevien kartoittamiseen lähdettiin etsimään ”kevyempää” mallia. Tällöin tuli esille idea, että kartoitus voitaisiin toteuttaa lääkärin vastaanottojen yhteydessä olemassa olevia resursseja hyödyntäen.

Uuden mallin kehkeytyminen

Edellä esitetty idea lähti konkretisoitumaan omaksi projektikseen seudullisesti organisoidun ja paikallisia innovaatioita tukevan Ikitoimi -hankkeen (2003-2005) puitteissa. Sekä hankkeen että Janakkalan vanhustenhuollon yhteisenä nimittäjänä oli ikääntyvien toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen sekä uusien palvelumallien kehittäminen.

Janakkalan kunnan uutta kehittämisprojektia ryhdyttiin tarkemmin suunnittelemaan syksyllä 2004 yhdessä Ikitoimi-hankkeen kanssa ja kokeilun nimeksi tuli Arvoikä-hanke. Koska hanketta ryhdyttiin toteuttamaan yhteistyössä seudullisen ”sateenvarjohankkeen” kanssa, jouduttiin Arvoikä-hankkeen toteuttamisaikataulu määrittämään Iki-

toimi-hankkeen aikataulun mukaiseksi. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että uusi malli tuli käynnistää ja arvioida vuoden 2005 kevään aikana.

Huomionarvoiset tekijät

Huomionarvoista Janakkalan uudessa kokeilussa oli se, että hankkeen tavoitteet olivat kaikkien osapuolien hyväksymiä ja toimintamallin perusidea kaikki pitivät hyvänä. Lisäksi hankkeen tavoitteet pohjautuivat johdonmukaisesti seudullisiin kehittämissuunnitelmiin, vanhustyön paikalliseen strategiaohjelmaan ja kunnassa aikaisemmin tehtyyn kehittämistyöhön (Ikikunto kylille -hanke).

Huomionarvoista oli myös se, että ideatasolla hyväksi koetun toimintamallin toteuttaminen käytännössä ei ollutkaan niin ongelmatonta kuin suunnitteluvaiheessa ajateltiin. Hankesuunnittelussa ei ollut kartoitettu toimintamallin mahdollisia ongelmakohtia, jotta ongelmien varalle olisi voinut laatia varasuunnitelmia. Yksi ennakoimaton asia oli mm. se, että kokeilun aloittamisen aikoihin (maaliskuun alussa 2005) käynnistyi ns. hoitotakuu, jonka vaatimat järjestelyt työllistivät varsinkin terveyskeskuksen henkilökuntaa. Osittain tämän vuoksi Arvoikä-hankkeeseen ei ehkä pystytty panostamaan siten kuin haluttiin.

Uuden toimintamallin täytäntöönpanoa hankaloittivat erityisesti seuraavat tekijät: tavoitteiden paljous ja laaja-alaisuus, aikataulun tiukkuus, useiden työvaiheiden rinnakkaisuus ja toimija-/intressitahojen moninaisuus. Lisäksi ongelmallista oli se, että hanketta toteuttava paikallinen työryhmä koostui tiivistä asiakastyötä tekevistä henkilöistä, joista kenellekään ei ollut varattu aikaa kehittämistyölle. Toisin sanoen kenenkään tehtäväkuvia ei ollut muutettu kokeilujakson ajaksi siten, että aikaresursseja olisi osoitettu myös kehittämistyöhön.

Yksi keskeinen ongelmatekijä oli se, että hankkeessa oli samanaikaisesti läsnä monia erilaisia toiminnan tasoja ja vaiheita, kuten suunnittelu, kehittäminen, täytäntöönpano, kokeilu, seuranta ja arviointi. Lisäksi aikataulu oli niin tiukka, ettei näiden vaiheiden perättäisyydelle ollut aikaa, vaan kaikki vaiheet toteutettiin lähes samanaikaisesti, rinnakkaisina prosesseina. Toinen ja edelliseen osittain liittyvä ongelmatekijä oli se, että suhteellisen pienessä hankkeessa oli osallisena useita erilaisia toimijoita, kuten seudullinen kehittämishanke, kunnan vanhustyön johto, terveyskeskuksen paikallinen työryhmä ja hankkeen ulkoinen arvioitsija. Käytännössä tämä toimijoiden moninaisuus ”hajotti” osittain kokeilun perustyötä ja vaikutti myös siihen, että varsinkin kehittämissuunnitelman vastuunjako jäi epämääräiseksi.

Seuraavassa on jaoteltu muutamia esimerkkejä niistä toiminnan tasoista, joita Janakkalana Arvioikä-hankkeessa oli samanaikaisesti läsnä:

- Kokeiluhankkeeseen liittyvä kehittämisprosessi / Toimintamalliin liittyvä työprosessi / Toiminnan seurantaan liittyvä arviointiprosessi
- Työyhteisön ja työkäytäntöjen kehittäminen / Paikallisen palvelujärjestelmän kehittäminen / Seudullinen kehittämistyö ja innovaatioiden levittäminen
- Uuden työkäytännön kehittäminen / Uuden työkäytännön kokeileminen ja arvioiminen / Uuden työkäytännön vakiinnuttaminen / Uuden työkäytännön levittäminen ja seutukunnallinen mallintaminen.

4. Hankkeen tavoitteiden arviointi

Hankkeen tavoitteet tulivat johdonmukaisesti esille sekä kirjallisista lähteistä että arviointihaastatteluista. Tavoitteita ei ollut kuitenkaan koottu mitenkään keskitetysti yhteen suunnitteluasiakirjaan, vaan tavoitteita jouduttiin arvioinnissa poimimaan useasta lähteestä (haastattelut / kirjalliset lähteet) ja kokoamaan ne sitten yhteen.

Keskeisiä kirjallisia lähteitä olivat alustava projektisuunnitelma, hankekuvaus arvioinnin tarjouspyynnössä sekä hanke-esittely Janakkalan perusturvan henkilöstön sisäisessä tiedotuslehdessä. Myös paikallisesta vanhustyön strategiaohjelmasta sekä Ikikunto kylille -hankkeen loppuraportista saatiin muutamia keskeisiä tietoja selville.

Haastatteluissa ilmaistut tavoitteet olivat yllättävän samansuuntaisia kuin kirjallisissakin lähteissä. Tosin kaikki haastateltavat eivät olleet kovin kiinteästi mukana itse kehittämistyössä, joten kaikki eivät osanneet selkeästi erottaa uutta hanketta muusta paikallisesta toiminnasta.

Asetetut tavoitteet esitettiin selkeästi ja niitä perusteltiin olemassa olevalla tiedolla kuntoutuksen vaikutuksesta ja merkityksestä. Toisin sanoen uuden toimintatavan tarpeellisuus pystyttiin osoittamaan mielekkäällä tavalla. Myös kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että uuden toimintatavan perusidea oli hyvä ja tällaiselle mallille oli tarvetta.

Seuraavaan taulukkoon on koottu kirjallisista lähteistä ja arviointihaastatteluista hankkeen tavoitteita ja lähtökohtia (taulukko 1).

Taulukko 1. Arvoikä-hankkeen tavoitteet

Kirjallisissa lähteissä ilmaistuja tavoitteita	Haastatteluissa esille tuotuja tavoitteita
<ul style="list-style-type: none"> - Huomion kiinnittäminen palvelujen tarvestaavuuteen, oikea-aikaisuuteen, osuvuuteen ja tehokkuuteen - Ikäihmisten kotona asumisen tukeminen - Ikääntyvien toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen - Avopalveluiden, ennalta ehkäisevän työn ja kuntouttavien toimenpiteiden kehittäminen - Toimintakyvyn heikkenemisen varhainen toteaminen, jolloin niihin vaikuttamisen mahdollisuudet paranevat ja raskaiden hoitopalvelujen tarve siirtyy myöhäisemmäksi - Edistää kuntouttavan työotteiden oppimista ja omaksumista osaksi vanhustyötä - Hyödyntää ikääntyvien toimintakyvyn itsearviointia ja kehittää moniammatillista kuntoutus- ja palvelutoimintaa - Selvittää, mihin ikäryhmään ennalta ehkäisevät toimenpiteet kannattaa suunnata - Tavoittaa ne ikääntyvät, joilla ilmenee ongelmia toimintakyvyssä ja saattaa heidät moniammatillisen tiimin arvioitaviksi - Löytää ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä kevyempi tapa tavoittaa ne henkilöt, joiden toimintakyky on heikkenemässä - Hyödyntää moniammatillista tiimityötä ja tuottaa sillä tavoin tehokkaampia kuntoutussuunnitelmia 	<ul style="list-style-type: none"> - Palvelukokonaisuuden suunnittelu - Tulevaisuuden ennakointi (väestön ikääntymiseen varautuminen) - Avun oikea kohdentaminen - Kotona asumisen mahdollistaminen ja ennaltaehkäisevä työ - Toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen - Syrjäytymisen ehkäisy - Saada ihmiset ajoissa kevyempien palvelujen piiriin, jotta liian aikainen joutuminen laitoshoitoon voidaan ehkäistä - Taloudelliset säästöt - Löytää tehokas keino seuloa ne ihmiset, joiden toimintakyky on vaarassa heiketä - Saada monipuolista tietoa ihmisten terveydentilasta (sekä fyysinen että henkinen puoli) - Löytää toimintamalli, jossa hyödynnetään olemassa olevia resursseja - Saada selville, pystytäänkö toimintamallilla parantamaan asiakkaiden toimintakykyä - Saada välineet seurata toiminnan edistymistä - Moniammatillisuuden ja tiimityön oppiminen - Kuntalaisten oman näkökulman huomiointi - Lääkärien aktivointi toimintakyky-asioissa - Vanhusten asioita käsittelevän kuntoutustyöryhmän synnyttäminen (kunnassa on jo lasten ja työikäisten kuntoutusryhmä)

Kuten taulukosta ilmenee, esille tuodut tavoitteet olivat suhteellisen helposti järjestettävissä jatkumoksi alkaen yleistavoitteista ja päättyen konkreettisempiin (osa)tavoitteisiin. Tavoitteissa siis huomioitiin sekä palvelujärjestelmän kokonaisuuteen liittyvät kehittämistarpeet että yksittäisiin työkäytäntöihin liittyvät kehittämistarpeet. Tavoitteet olivat hyvin samansuuntaisia kuin paikallisen vanhustyön strategian linjaukset.

Haastatteluissa esille tuodut tavoitteet on tiivistetty taulukon oikeanpuoleiseen sarakkeeseen. Useat haastateltavista korostivat tarvetta saada ikäihmiset ajoissa kevyempien palvelujen piiriin, jotta he eivät tulisi liian suoraan laitoshoidon asiakkaiksi. Toisin sanoen tavoitteet liittyivät palvelukokonaisuuden kannalta mielekkääseen avun kohdentamiseen. Edellisiin tavoitteisiin liittyen monet haastateltavat puhuivat ennaltaehkäisystä, kotona asumisen mahdollistamisesta, toimintakyvyn tukemisesta ja avopalvelujen kehittämisestä. Moni toi myös esille tarpeen saada käyttöön sellainen seulonnan keino, jolla löydetään ajoissa ne ikäihmiset, joiden kotona selviytyminen on vaarantumassa toimintakyvyn heikkenemisen johdosta. Myös moniammatillisen tiimityön oppiminen tuotiin tavoitteena esille. Loput taulukon oikeassa sarakkeessa mainituista asioista olivat vain muutamien tai yksittäisten haastateltavien esille tuomia ajatuksia.

Koska uuden toimintamallin kehittämisessä oli mukana erilaisia toimijoita, oli tavoitteissa ja intresseissä havaittavissa jonkin verran eroavaisuuksia. Arvoikä-hankkeen tavoitteissa toiset painottivat palvelujärjestelmän kokonaisuuden kehittämistä ja toiset uusien, käytännönläheisten työvälineiden tarvetta (moniammatillinen kuntoutussuunnittelu, uudet yhteiset kokoontumiset, helposti toteutettava seulontatapa jne.).

Myös seudullinen Ikitoimi-hanke vaikutti Arvoikä-hankkeen tavoitteisiin. Välillä oli kuitenkin vaikea saada selville, mitkä tavoitteista olivat syntyneet paikallisesti ja mitä olivat tulleet uusina vivahteina mukaan Ikitoimi-hankkeen kautta. Hiukan epäselväksi jäi mm. se, kuinka tärkeitä paikalliselle työryhmälle olivat jotkut Ikitoimi-hankkeen tavoitteista, kuten muihin kuntiin siirrettävissä olevien palvelumallien kehittäminen, uuden hyvinvointiteknologian soveltaminen sekä julkisen, yksityisen ja järjestösektorin palveluntuottajien verkostoituminen. Koska aikaa oli käytettävissä vähän, kehittämisen painopiste tuntui olevan hyvin käytännönläheisissä ja työyhteisökohtaisissa kysymyksissä: esim. asiakkaiden tehokkaampi ohjaaminen terveyskeskuksen omiin palveluihin, terveyskeskuksen henkilökunnan työnjaon kehittäminen ja uusien yhteisten kokousten aikaansaaminen.

Tavoitteiden painopiste tuntui myös olevan erityisesti niissä kysymyksissä, jotka koskivat Turengin terveystalosta ja sen yhteydessä olevaa vanhainkotiä – Tervakosken asiat eivät olleet niinkään esillä. Turengin painottuminen kokeiluna johtui erityisesti siitä, että kaikki Arvoikä-hankkeen työryhmästä – moniammatillisesta tiimistä – työskentelivät Turengissa. Lisäksi moniammatillinen tiimi oli kokoonpanoltaan hyvin samanlainen kuin Turengin vanhainkodin kuntoutusyksikön työryhmä. Yksi hankkeen tavoitteista olikin se, että kehitettävä toimintamalli auttaisi hyödyntämään paremmin vanhainkodin uutta kuntoutusyksikköä. Tarkoituksena siis oli, että uuden toimintakykyseulonnan avulla vanhainkodin kuntoutusyksikköön pystyttäisiin tehokkaammin ohjaamaan niitä asiakkaita, jotka yksikön toiminnasta aidosti hyötyisivät.

Arvoikä-toimintamallin suunnittelussa ja tavoitteiden asettelussa ei suoraan ilmaistu ketkä uudesta mallista hyötyvät. Kuitenkin tavoitteista käy ilmi, että mallista hyötyvät ainakin ne ikäihmiset, joiden toimintakyvyn heikkeneminen pystytään mallilla ehkäisemään. Muut hyödynsaajat tulevat ilmi epäsuoremmin. Yksi hyödynsaajista on esimerkiksi kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto (erityisesti vanhustenhuolto), joka toimintamallin ansiosta saa käyttöönsä helposti toteutettavan mallin ennaltaehkäisylle ja pystyy näin paremmin varautumaan väestön ikääntymiseen. Jos toimintamalli toimii odotetulla tavalla, saadaan sillä aikaan myös taloudellisia säästöjä. Tästä huolimatta kustannuksien seuranta ei ollut mallin kokeilussa mitenkään suunnitelmallisesti esillä.

5. Haastattelujen SWOT-analyysi

Janakkalan Arvoikä-hankkeessa mukana olevia henkilöitä haastateltiin huhti-toukokuussa 2005. Kokeilu oli tähän aikaan kuitenkin vielä alussa, eikä kaikista toimintamallin vaiheista vielä ollut kertynyt kokemuksia tai niitä ei ollut päästy suunnittelemaan. Etenkin asiakkaille suunnattavat jatkotoimenpiteet ja niiden toteutumisen seuranta olivat asioita, joita ei vielä ollut kunnolla mietitty.

Edellä esitetyistä syistä johtuen hanketta kuvaava puhe oli haastateluissa varsin yleisellä tasolla – käytännön kokemukset olivat vielä vähäiset. Lisäksi osa haastateltavista koki itsensä kehittämisen suhteen ulkopuoliseksi. Koska haastateluissa osattiin parhaiten vastata yleisiin kysymyksiin, keskityttiin myös analyysissä yleisempiin asioihin, eli lähinnä uuden toimintamallin heikkouksien ja vahvuuksien sekä siihen kohdistuvien uhkien ja mahdollisuuksien kartoittamiseen (SWOT-analyysi). SWOT-analyysin tulokset on kuvattu seuraavassa ja ne tarkentavat aiemmin esitettyjä hankkeen tavoitteita. Osa havaituista asioista liittyi itse toimintamalliin (idea-taso) ja osa enemmän mallin toteuttamiseen ja kokeiluun (käytännön taso).

Toimintamallin vahvuudet

- Saadaan menetelmä ennaltaehkäisylle ja keino auttaa ajoissa
 - Kuntoutuksen näkökulma tulee paremmin huomioiduksi
- Saadaan uusi keino löytää ne ihmiset, joilla on toimintakyvyn menetyksen uhka
- Mallilla saadaan kerättyä laajasti tietoa kotona asuvista ikäihmisistä ja heidän tilanteestaan

- Tietoa saadaan kerättyä sekä sairauksista ja fyysisestä toimintakyvystä että sosiaaliseen selviytymiseen liittyvistä asioista. Myös erilaiset tarpeet tulevat laajasti kartoitettua. Kaikki tämä laajentaa mm. omalääkäriin käsitystä asiakkaan elämäntilanteesta.
- Asiakkaan näkemys omasta tilanteestaan tulee huomioiduksi
 - Asiakkaiden oma asiantuntemus otetaan käyttöön. Asiakas tulee toimintakyklomakkeen myötä lääkärin vastaanotolla paremmin huomioiduksi. Lisäksi lomake saa ihmiset itse tiedostamaan tilanteensa paremmin.
- Asiakkaiden asiat saadaan vireille (asioiden hoitaminen käynnistyy)
- Työskentely on moniammatillista
 - Asiakkaan tilanteen arvioinnissa hyödynnetään kattavasti eri ammattikuntien/toimialojen näkökulmia (sekä fyysinen että henkinen puoli tulevat huomioiduiksi)
- Uudessa toiminnassa opitaan tiimityötä
 - Tiimityön oppiminen on erityisen tärkeää alalla, jolla on vahvat sektorityön perinteet
- Malli pystytään toteuttamaan hyödyntämällä olemassa olevia resursseja
 - Malli pystytään toteuttamaan lääkärin vastaanottojen yhteydessä ja se on ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä kevyempi tapa löytää henkilöt, joilla on ongelmia.
- Mallin perusidea on hyvä ja mielekäs (toimintamalli on selkeästi kuvattu)

Toimintamallin heikkoudet

- Lomakkeiden jakelu on ongelmallinen
 - Jakelussa on ollut jonkinlaisia ongelmia, koska täytettyjä lomakkeita ei alussa palautunutkaan niin paljon kuin odotettiin.
- Lomake on puutteellinen
 - Lomakkeesta puuttuu tärkeitä kysymyksiä, kuten päihteiden käyttöön sekä käytös- ja muistihäiriöihin liittyvät kysymykset. Lomakekysymykset eivät myöskään aina ole

yksiselitteisiä, eikä kaikkia kysymyksiä ymmärretä oikein. Lomake ei välttämättä kerro asiakkaan ajatuksia oikealla tavalla (siksi haastattelu on joskus parempi menetelmä). Lisäksi lomakkeen kaikkia kohtia ei osata täyttää. Lomake olisi pitänyt testata.

- Toimintakyklomakkeen analysointiin kehitetty tietokoneohjelma ei toimi odotetusti
 - Käytössä oleva ohjelma ei salli tyhjiä kohtia ja toimintakykyindeksiä ei pystytä laskemaan.
- Kaikkia avuntarpeessa olevia ei tavoiteta, koska mallissa keskitytään vain tietyn ikäisiin ja vain lääkärin vastaanotolla käyviin kuntalaisiin
 - Valittuja ikäryhmiä ei ole selkeästi perusteltu. Jotta ennalta ehkäisevä näkökulma olisi tullut paremmin esille, mukaan olisi pitänyt ottaa myös yksi nuorempi ikäryhmä. Koska mallissa keskitytään lääkärissä käyviin, sillä ei tavoiteta mm. päihdeongelmaisia ja syrjäytyneitä, jotka eivät yleensä käy lääkärin vastaanotolla.
- Lomakkeessa ei selvästi kysytä, haluaako vastaaja, että hänen asioitaan ryhdytään hoitamaan
 - Lomakkeen pohjalta ei saada tietoa, toivooko vastaaja ylipäätensä saavansa apua.
- Moniammatillisen tiimin toiminnassa on hankaluuksia
 - Työnjakoa, vastuita ja kirjaamisen käytäntöjä ei ole sovitettu tarkasti. Toimintaan sitouttaminen on hankalaa.
- Toiminta teettää työtä ja vie resursseja (vaikkei pitänyt)
- Malli on ideatasolla hyvä, mutta sen käyttöön ottaminen on hankalaa
- Informaatio ei kulje
 - Tiedotusta ja motivointia on liian vähän. Varsinkin alussa oli tiedonkulkuongelmia: mm. lääkäreitä ei informoitu tarpeeksi ja he jäivät ulkopuolisiksi.
- Toteuttamisaikataulu on liian kiireinen
 - Moniammatillisella tiimillä on liian vähän aikaa kokoon-tua: aika ei riitä asiakastietojen käsittelyyn.

Toimintamalliin kohdistuvat uhat

- Fyysinen puoli korostuu ongelmien kartoittamisessa (ja esimerkiksi yksinäisyyteen liittyvät ongelmat jäävät käsittelemättä)
- Toimintamallilla saadaan tietoa ihmisten ongelmista ja tarpeista, mutta tarpeisiin vastaamiseen ja avun antamiseen ei ehkä olekaan resursseja
 - On epäselvää, miten asiat etenevät sen jälkeen kun ongelmia löydetään: Pystytäänkö apua antamaan? Miten asiakkaan asiat etenevät ryhmäarvioinnin jälkeen? Tiedetäänkö, miten löydettyihin asioihin puututaan? Entä jos jotkut haluavat/tarvitsevat enemmän apua kuin voidaan antaa? Entä jos asiakkaita tulee liikaa?
- Toiminta jää kokeiluksi, eikä jatku
 - Resurssien niukkuudesta johtuen toimintaa ei pystytäkään jatkamaan, vaan malli unohtuu hiljalleen. Saattaa myös olla, että kokeilun tiukasta aikataulusta johtuen mallia ei saada annetussa ajassa rakennettua eikä mallin toimivuudesta saada näin riittävästi näyttöä.
- Malli on ideana hyvä mutta se ei toimikaan käytännössä
- Toiminta ei onnistu aika- ja työpaineiden vuoksi
- Mallilla ei saadakaan kerättyä riittävästi itsearviointitietoja
- Tiedottaminen kuntalaisille jää riittämättömäksi
- Avun tarvitsijat eivät haluakaan ottaa apua vastaan
- Vain ”äänekkäät” hyötyvät ja ”hiljaiset” eivät
- Laitospaikkoja tarvitsevien ikäihmisten määrä kasvaa (uudesta toiminnasta huolimatta)

Toimintamalliin liittyvät mahdollisuudet

- Palvelujärjestelmän kokonaisuuden suunnittelu ja tulevaisuuden ennakointi mahdollistuvat ikäihmisten määrän kasvaessa

- Avun oikea kohdentuminen mahdollistuu ja saadaan oikeanlaisia asiakkaita heille suunnattuihin palveluihin. Pystytään estämään se, ettei palvelujen piiriin tulla liian myöhään ja liian huonokuntoisina. Laitoshoitoon ei joututa liian aikaisin. Lisäksi kotona pärjääminen mahdollisimman pitkään ja mahdollisimman toimintakykyisenä tuottaa kunnalle taloudellista hyötyä.
- Ennaltaehkäisy mahdollistuu
 - Aikainen puuttuminen mahdollistuu. Ihmiset saadaan ajoissa hoidon piiriin. Löydetään erityisesti sellaiset ennaltaehkäisyn keinot, joilla estetään ennenaikainen laitoshoitoon joutuminen.
- Toimintakyvyn tukeminen mahdollistuu
- Kotona asumisen tukeminen mahdollistuu
- Elämänlaadun parantaminen mahdollistuu
- Syrjäytymisen ehkäisy mahdollistuu
- Kuntalaisten näkökulma tulee huomioiduksi
- Löydetään hyvä ja toimiva seulonnan keino
 - Saadaan toimiva lomakekartoitus työvälineeksi. Löydetään ajoissa ne ihmiset, joilla on vaarana joutua pois kotoa. Saadaan yleistä tietoa ihmisten terveydentilasta.
- Saadaan selville, pystytäänkö tietyillä interventioilla parantamaan asiakkaiden terveyttä ja toimintakykyä
- Kuntaan saadaan vanhusten asioita käsittelevä kuntoutusryhmä (lasten ja työikäisten ryhmät ovat jo olemassa)
- Vanhainkodin kuntoutusyksikön arviointijaksoa pystytään hyödyntämään paremmin

6. Toimintamalli prosessina

Uuden toimintamallin perusidea pidettiin hyvänä ja selkeänä. Toimintamallista olikin olemassa varsin selkeä prosessikuvaus, johon oli kirjattu toiminnan keskeiset vaiheet ja eri vaiheiden vastuuhenkilöt. Tämä prosessikuvaus esitettiin perusturvan henkilöstön sisäisessä tiedotuslehdessä Stetarissa vuoden 2005 alussa (viikolla 2).

Seuraavassa esitellään ensin tavoiteltu toimintamalli sellaisena kuin se hankkeen alkuperäissuunnitelmissa esitettiin. Tämän jälkeen katsotaan, millaisia kokemuksia mallista saatiin, kun se otettiin käyttöön. Erityisesti katsotaan niitä toimintaprosessin ongelma-kohtia, joita suunnitteluvaiheessa ei osattu ennakoita. Lopuksi arvioidaan lyhyesti toimintaprosessia ja toimintamallin eri osakokonaisuuksia. Tulkinnoissa hyödynnetään sitä arviointimateriaalia, jota kokeilun aikana kerättiin (eli keskeisten toimijoiden haastattelut, havainnointimateriaali moniammatillisen tiimin kokouksista, hankkeeseen liittyvät suunnittelu- ja muut dokumentit yms.).

6.1 Tavoiteltu toimintaprosessi

Arvoikä-kokeilun kohderyhmänä olivat 73-, 77- ja 83-vuotiaat henkilöt, jotka ottivat yhteyttä Turengin tai Tervakosken terveyskeskukseen varatakseen lääkäriaajan. Kokeilun kohderyhmänä olivat erityisesti kahden lääkärin potilaat. Aluksi kohderyhmäksi valittiin 73- ja 77-vuotiaat, mutta lopulta myös 83-vuotiaat otettiin mukaan, jotta kokeiluun saataisiin vaikkavuuden seurannan kannalta riittävän iso ryhmä. Ikäryhmiä valittiin useita myös siksi, koska tarkoituksena oli selvittää, mihin ikäryhmään ennaltaehkäisevät toimenpiteet tulisi jatkossa suunnata. Tietojen kerääminen aloitettiin 17.1.2005.

Tarkoituksena oli, että asiakkaan varatessa ajan lääkärille, Efficca-ohjelma ilmoittaa vastaanoton henkilökunnalle, kuuluuko henkilö valittuun kohderyhmään. Näin vastaanoton virkailijat saavat tietoonsa, keille asiakkaista tulee kertoa toimintakyvyn itsearviointista ja antaa toimintakyvyn kartoittamista varten suunniteltu lomake täytettäväksi.

Ohessa on lueteltu Arvoikä-toimintamallin keskeiset vaiheet sellaisena kuin ne esitettiin sisäisessä tiedotuslehdessä henkilöstölle vuoden 2005 alussa:

1. Ajanvarauksen yhteydessä asiakasta pyydetään varaamaan 15 minuuttia toimintakyvyn itsearviointiin ennen lääkärille menoa.
2. Asiakas tekee vastaanotossa toimintakyvyn itsearviointin. Terveyskeskuksen perushoitaja ohjaa ja opastaa tarvittaessa. (Kesto noin 15 min.) Vastaanoton perushoitaja kerää potilaiden toimintakykyarvion, paitsi kahden lääkärin potilaat vievät sen lääkärin vastaanotolle.
3. Asiakas siirtyy toimintakyvyn itsearviointi mukanaan lääkärin vastaanotolle (kahden sovittu lääkärin potilaat). Halutessaan/tarvittaessa lääkäri voi esittää lisäkysymyksiä toimintakyvystä, mikäli itsearvio näyttää antavan siihen aiheutta. Lääkäri arvioi kuntoutuksen tarpeen ja sisällön.
4. Perushoitajat keräävät potilaiden toimintakykyarvion ja toimittavat ne vastaavalle fysioterapeutille. Fysioterapeutti toimittaa ne moniammatilliseen tiimiin, jossa arvio käydään läpi ja lasketaan toimintakykyindeksi. Lääkärin lisäksi tiimiin kuuluvat fysioterapeutti, sairaanhoitaja, sosiaalihoitaja, kodinhoidon ohjaaja sekä vastaava hoitaja sairaalan kuntoutusmoduulista. Tiimissä käydyn keskustelun perusteella sovitaan jatkotoimenpiteistä.
5. Jatkotoimenpiteet: otetaan yhteyttä asiakkaaseen ja tehdään tarvittavat toimenpiteet.

Kuten edellisestä kuvauksesta ilmenee, toimintakyvyn itsearviointia varten suunniteltu lomake (toimintakykymittari) oli keskeinen osa uutta toimintamallia. Lomakkeeseen liittyi myös tietokoneohjelma, joka laski lomakkeen pohjalta asiakkaan toimintakykyindeksin. Toimintakykyindeksin yhtenä tarkoituksena oli auttaa tiimiä päättämään, ketkä lomakkeeseen vastanneista ohjataan jatkotoimenpiteisiin (eli keille kirjataan yksilökohtainen kuntoutussuunnitelma terveyskeskuksen Efficca-ohjelmaan). Indeksien tarkoituksena oli myös auttaa moniammatillista tiimiä seuraamaan toimintakyvyn kehittymistä jatkotoimenpiteisiin

valittujen kohdalla. Sekä toimintakykylomake että siihen liittyvä ohjelma indekseineen suunniteltiin Hämeen ammattikorkeakoulun Ikitoimihankkeessa.

Listan viimeisenä esitetty kohta – jatkotoimenpiteet – jäi hankesuunnittelussa varsin vähälle huomiolle. Alustavana ideana oli, että jatkotoimenpiteistä muodostuu asiakaskohtaisia hoitopolkuja. Tarjottavien palvelujen ajateltiin olevan seuraavanlaisia:

- fysioterapia
- liikuntatoimen ryhmät
- yksityisten palveluntuottajien liikunta- ja kuntoutuspalvelut
- vanhainkodin kuntoutusyksikön arviointijakso
- Kansaneläkelaitoksen kautta haettava laitostuntoutus
- sosiaalityöntekijöiden, psykologien ja psykiatristen avosairaanhoidtajien palvelut terveyskeskuksessa
- kotihoidon ohjaajan kotikäynti
- kotihoidon palvelujen lisääminen/aloittaminen
- päivätoiminta
- viriketoiminta
- erilaiset kurssit
- kulttuuritoimen palvelut
- yhdistysten ja järjestöjen toiminta (seurakunta, SPR, eläkeläisjärjestöt yms.).

Ohessa on vielä esitetty hieman muokattuna se prosessikaavio, joka annettiin toimintaan osallistuville hankkeen alussa tiedoksi (kuva 2). (Kuvauksesta on poistettu henkilöiden nimet.)

INFORMOINTIKuntalaiset
Perushoitajat

Lääkärit

Kuntoutusryhmä
Kotihoido
Aikuisvastaanotto / th**PROSESSI**

Asiakas varaa ajan lääkärin vastaanotolle. Pyydetään tulemaan 15 min. aikaisemmin itsearviointia varten.

Asiakas ilmoittautuu vastaanotolle ja täyttää itsearviointilomakkeen.

Asiakas palauttaa lomakkeen vastaanoton perushoitajalle tai lääkärin vastaanotolle.

Perushoitajat keräävät lomakkeet sekä lääkärin vastaanotolta että muuten täytetyt.

Lomakkeet palautetaan vastaavalle fysioterapeutille, joka kirjaa tiedot ohjelmaan ja vie lomakkeet eteenpäin.

KUNTOUTUSRYHMÄ
KUNPA-lehteen alustava suunnitelma, toimenpiteet

Fysio-
terapeuttiKotihoidon
ohjaajaSosiaali-
työntekijäTutkimus-
jaksoAikuis-
neuvontaKuntoutus-
jakso**HUOMIOITAVAA**

Asiakas voi kieltäytyä, kirjataan Effica ilmoittaa, että kuuluu kyseiseen ikäryhmään heti ajanvarauksen yhteydessä.

Arviointikaavakkeen anto merkitään Efficaan
– sopimus / lupa käytöstä

Kuntoutustarve ja toimintakyky arvioidaan YLE-lehdelle

Kuntoutussuunnitelman otsikot
→ koulutus

Suorittaja tulee esittelemään asiakkaan kuntoutusryhmään

Kuva 2. Prosessikuvaus Arvoikä-mallista

6.2 Toteutunut toimintaprosessi ja ongelmakohdat

Uusi toimintamalli ei kuitenkaan toteutunut käytännössä siten, kuin oli suunniteltu. Seuraavassa on lueteltu niitä ongelmia, joita mallin kussakin vaiheessa tuli esille. Samalla on tuotu esille myös se, miten mallia muutettiin, jotta ongelmat pystyttäisiin ratkaisemaan.

1. Ajanvarauksen yhteydessä asiakasta pyydetään varaamaan 15 minuuttia toimintakyvyn itsearviointiin ennen lääkärille menoa.
 - Kohderyhmään kuuluvien asiakkaiden (73-, 77- ja 83-vuotiaat) informointi itsearviointilomakkeesta ei toteutunut suunnitellulla tavalla. Täytettyjä lomakkeita palautui Turengissa huomattavasti vähemmän kuin kohderyhmän

koko huomioiden olisi pitänyt. Vastaanoton henkilökunnan ja lääkäreiden informointi uudesta toimintatavasta oli ilmeisesti ollut puutteellista. Lisäksi hoitajien käytössä oleva ohjelma ei ilmoittanut riittävän selkeästi kohderyhmään kuuluvia. Edellä esitetyistä ongelmista johtuen tiedotusta tehostettiin vastaanotossa, minkä jälkeen lomakkeita palautui aikaisempaa paremmin. Lisäksi lomake postitettiin jälkikäteen kaikille niille, jotka kuuluivat kohderyhmään mutta jotka eivät lomaketta terveyskeskuksessa palauttaneet.

- Aluksi päätettiin, että toiminnan kokeilussa keskitytään vain kahden lääkärin potilaisiin, mutta koska lomakkeita palautui huonosti, päätettiin itsearviointitiedot kerätä kaikkien lääkärin niiltä potilailta, jotka kuuluivat sovitun kohderyhmään.
2. Asiakas tekee vastaanotossa toimintakyvyn itsearvioinnin. Terveyskeskuksen perushoitaja ohjaa ja opastaa tarvittaessa. (Kesto noin 15 min.) Vastaanoton perushoitaja kerää potilaiden toimintakykyarvion, paitsi kahden lääkärin potilaat vievät sen lääkärin vastaanotolle.
- Osa ei halunnut täyttää lomaketta vastaanotossa, vaan mieluummin rauhassa kotonaan. Siksi osalle annettiin lupa täyttää lomake kotonaan.
 - Lomakkeiden palauttaminen kahdella tavalla (joko vastaanoton henkilökunnalle tai suoraan lääkärille) osoittautui ongelmalliseksi. Siksi päätettiin, että kaikki palauttavat lomakkeensa suoraan lääkärille.
 - Lomake ei ilmeisesti ollut kaikilta osin helppo täyttää, koska lomakkeisiin jäi tyhjiä kohtia. Myös joitain tärkeitä osa-alueita jäi kysymättä: mm. päihteen käyttö ja muistiongelmat. Lomake olisikin osan mielestä pitänyt testata ennen käyttöön ottamista.
3. Asiakas siirtyy toimintakyvyn itsearviointi mukanaan lääkärin vastaanotolle (kahden sovitun lääkärin potilaat). Halutessaan/tarvittaessa lääkäri voi esittää lisäkysymyksiä toimintakyvystä, mikäli itsearvio näyttää antavan siihen aiheutta. Lääkäri arvioi kuntoutuksen tarpeen ja sisällön.
- Lääkärin rooli oli epäselvä. Erityisesti kuntoutussuunnitelman laatimisessa lääkärin ja moniammatillisen tiimin roolit jäivät epäselviksi. Lääkärit tuntuivatkin lopulta jäävän uudessa toiminnassa suhteellisen ulkopuolisiksi.

4. Perushoitajat keräävät potilaiden toimintakykyarvion ja toimittavat ne vastaavalle fysioterapeutille. Fysioterapeutti toimittaa ne moniammatilliseseen tiimiin, jossa arvio käydään läpi ja lasketaan toimintakykyindeksi. Lääkärin lisäksi tiimiin kuuluvat fysioterapeutti, sairaanhoitaja, sosiaalihoaja, kodinhoidon ohjaaja sekä vastaava hoitaja sairaalan kuntoutusmoduulista. Tiimissä käydyn keskustelun perusteella sovitaan jatkotoimenpiteistä.
 - Fysioterapeutin tehtävänä oli viedä lomaketiedot moniammatilliselle tiimille. Käytännössä fysioterapeutin tehtäväksi tuli tallentaa kerätyt tiedot lomaketta varten suunnitellulle ohjelmalle, joka laskee asiakaskohtaisen toimintakykyindeksin, ja viedä tämän jälkeen kaikki tiedot valmiina tiimin arvioitavaksi. Ohjelma ei kuitenkaan toiminut odotetulla tavalla: ohjelma ei hyväksynyt vastaamatta jätettyjä kohtia, ja toimintakykyindeksin laskeminen ei onnistunut. Ongelmien vuoksi lomakkeita hyödynnettiin tiimin arvioinneissa ilman indeksiä: eli selaillemalla asiakaskohtaisia tietoja. Asiakaskohtainen lomakkeiden selailu toimi kuitenkin ryhmätilanteessa hyvin ja keskustelu eteni moniammatillisesti.
 - Moniammatillisen tiimin työnjakoa ja työskentelytapaa (kirjaamiskäytännöt yms.) ei ollut sovittu selkeästi etukäteen, joten ryhmän aikaa meni paljon myös muihin asioihin kuin asiakastietojen käsittelyyn ja jatkotoimenpiteiden suunnitteluun.
 - Hankkeen työryhmä oli aidosti moniammatillinen, mutta siinä ei ollut yhtään edustajaa toiselta kokeilualueelta, Tervakoskelta.
5. Jatkotoimenpiteet: otetaan yhteyttä asiakkaaseen ja tehdään tarvittavat toimenpiteet.
 - Asiakkaille tarjottavia palveluja ei ollut kokeiluhankkeessa etukäteen mietitty, vaan jatkotoimenpiteiden (hoitopolkujen) ajateltiin muotoutuvan lähinnä olemassa olevista, tutuista palveluista. Mallissa ei siis ollut keskeisimpänä tekijänä uudet ratkaisut tarjottavissa palveluissa, vaan keskeisintä oli toimintakyvyn itsearvioinnin hyödyntäminen ja moniammatillinen tiimityöskentely, joka mahdollistaisi ikäihmisten tehokkaamman ja harkitumman ohjaamisen kuntouttaviin avopalveluihin. Kokeilun arvioinnin kannalta tämä tarkoitti sitä, että mallin interventiona ei ollut uudet ratkaisut kuntouttavissa palveluissa, vaan nimenomaan tehokkaampi hoitoon ohjaaminen.

- Moniammatillisen tiimin kokouksissa laadittiin keväällä jatkotoimenpiteet sisältävät kuntoutussuunnitelmat 45 asiakkaalle.¹ Hankkeessa toteutetut jatkotoimenpiteet liittyivät lähinnä yhteydenottoihin ja tilanteen tarkempaan kartoittamiseen yhdessä asiakkaan kanssa. Kuntoutussuunnitelmiin kirjatut jatkotoimenpiteet olivat seuraavanslaisia: kuntoutuslääkärin yhteydenotto, uusi lääkäriaika, aika fysioterapeutille, fysioterapian kuntoneuvola, seniorialiryhmään ohjaaminen, apuvälinearvio, fysioterapian kotikäynti, kotihoidon kartoituskäynti, kotihoidon palvelutarpeiden arviointi, siivouspalveluista tiedottaminen, sosiaalityöntekijän yhteydenotto, ystäväpalvelutarpeen selvittäminen, päivätoiminnan tarpeiden selvittäminen, kuljetuspalvelutarpeiden kartoittaminen, arviointijakso vanhainkodin kuntoutusyksikössä, Kansaneläkelaitoksen laituskuntoutukseen ohjaaminen yms. Keskeisimmin esillä olivat fysioterapian tarjoamat palvelut ja erilaiset kuntoutuspalvelut.
- Hankkeessa ei tullut esille paikallisten palveluvaihtoehtojen laaja hyödyntäminen tai verkostoituminen yksityisten palveluntuottajien ja järjestösektorin kanssa. Painopiste oli kuntaorganisaation omissa palveluissa.

6.3 Toimintamallin arviointi

Haastatteluissa ilmeni, että Arvoikä-hankkeessa kokeiltua toimintamallia pidettiin periaatteellisella tasolla hyvänä, vaikka mallin käyttöön ottamisessa olikin ongelmia. Osa piti erityisen tärkeänä sitä, että mallissa ei rakennettu mitään täysin uutta, vaan siinä pyrittiin hyödyntämään jo olemassa olevia resursseja ja toimintatapoja. Lääkärin vastaanotto-toiminnan hyödyntämistä ikääntyvien kuntalaisten toimintakyvyn kartoittamisessa ja toimintakykyongelmien aikaisessa havaitsemisessa pidettiin luontevana ratkaisuna. Väestövastuulääkäreillä nähdään olevan hyvä valmius seuloa ne henkilöt, joita uhkaa toimintakyvyn menetys ja ohjata tällaiset henkilöt tarvittaessa eteenpäin.

Seuraavassa arvioidaan mallin kokonaisuutta yksityiskohtaisemmin tarkastelemalla mallin keskeisiä osakokonaisuuksia.

¹ Arvioinnissa keskityttiin kevään aikana laadittuihin kuntoutussuunnitelmiin. Kuntoutussuunnitelmien tekemistä jatkettiin vielä kesän jälkeenkin.

Kohderyhmä

Kohderyhmän rajauksen perusteet eivät tulleet selkeästi ilmi Arvoikä-hankkeen suunnitteluasiakirjoissa. Janakkalassa oli toteutettu vuosina 2001–2003 Ikikunto kylille -projekti, jossa oli kartoitettu 70–75-vuotiaiden haja-asutusalueella asuvien ikäihmisten toimintakykyä, mutta tämän hankkeen kokemuksiin ei kohderyhmän rajauksissa suoraan viitattu.

Kuitenkin usean ikäryhmän valintaa perusteltiin Arvoikä-hankkeessa sillä, että siten oli mahdollista saada selville, mihin ikäryhmään ennalta ehkäisevät toimenpiteet kannattaa jatkossa suunnata. Lisäksi kokeiluun haluttiin toisaalta niitä ikäihmisiä, joilla ei vielä ole toimintakykyyn liittyviä ongelmia ja toisaalta niitä, joilla on jo toimintakykyongelmia. Haastatteluissa ilmeni, että joidenkin mielestä kokeiluun olisi voinut valita vielä yhden nuoremman ikäluokan, jotta ennaltaehkäisyyn lähtökohdat olisivat tulleet paremmin esille. Pääsääntöisesti kohderyhmän rajausta pidettiin kuitenkin hyvänä, sillä toimintakyvyn tiedetään heikenevän monilla 75 ikävuoden ja etenkin 80 ikävuoden saavuttamisen jälkeen. Osa kohderyhmän rajaukseen perusteista olivat myös hyvin käytännöllisiä: kokeiluun haluttiin sen kokoinen ryhmä terveyskeskuksen asiakkaita, että tarvittaessa heidät kaikki voitaisiin ottaa mukaan hankkeen jatkotoimenpiteisiin.

Mallin toteuttamisprosessi

Toimintamallin vaiheet ja eri vaiheiden vastuuhenkilöt olivat suhteellisen selkeästi kuvattu. Kuitenkin prosessin alku, eli itsearviointilomakkeiden jakaminen, ei toteutunut Turengissa odotetusti. Haastattelutietojen mukaan syynä olivat tiedonkulkuun ja sitouttamiseen liittyvät ongelmat. Tiedotusta ei suunnattu suoraan käytännön tasolle, vaan se toteutettiin esimiesten kautta portaittain, mikä ei lopulta ollut toimiva tapa kertoa uudesta hankkeesta. Muun muassa lääkäreitä ei informoitu uudesta hankkeesta mitenkään kohdennetusti, ja he kokivatkin itsensä kokeilun suhteen ulkopuolisiksi. Myös terveyskeskuksen vastaanoton henkilökunta sai riittämättömästi informaatiota, mihin saattoi vaikuttaa mm. se, että vastaanoton esimies oli lomalla hankkeen käynnistyessä. Lisäksi terveyskeskuksen henkilökuntaa työllistävä hoitotakuu astui voimaan maaliskuun alussa, mikä osaltaan vaikutti siihen, ettei uuteen kokeiluun pystytty odotetulla tavalla panostamaan.

Lomakkeiden jakelun lisäksi myös itse itsearviointilomake tuotti ongelmia. Kaikki vastaajat eivät osanneet vastata kaikkiin kysymyksiin, joten lomakkeeseen jäi tyhjiä kohtia. Lomakkeen analysointia varten

kehitetty ohjelma ei osannut käsitellä lomakkeiden tyhjiä kohtia, joten toimintakykyindeksi jäi laskematta ja ohjelman mahdollistamat yhteenvedot muutoinkin hyödyntämättä. Moniammatillinen tiimi pystyi tämän vuoksi hyödyntämään lomakkeita lähinnä asiakaskohtaisesti selaillemalla. Lomakkeen selailu ja yhteinen keskustelu lomakkeesta löytyneistä ongelmakohdista osoittautui kuitenkin hyväksi toimintatavaksi asiakaskohtaisissa tilannekartoituksissa. Pidemmän tähtäimen seurannan ja ikäryhmittäisten tarkastelujen näkökulmasta indeksi olisi kuitenkin ollut yksi tapa saada käsitys ikäihmisten toimintakyvyn kehittämisestä.

Moniammatillinen tiimi oli keskeinen osa uutta mallia. Tiimissä oli mukana laajasti eri toimialojen edustajia, mutta toiselta kokeilualueelta, eli Tervakoskelta, ei ollut yhtään edustajaa. Tiimillä oli myös suhteellisen vähän aikaa käytettävissä (vain 1–2 tuntia joka toinen viikko). Tässä ajassa ei ehditty kunnolla käymään palautuneita lomakkeita lävitse, saati että aikaa olisi jäänyt jatkotoimenpiteiden tarkempaan suunnitteluun tai niiden toteutumisen seurantaan. Myös kokeiluhankkeeseen liittyvistä asioista keskusteluun oli vähän aikaa. Muutoinkin kokeiluun liittyvien järjestelyjen toteuttaminen oli tiimille vaikeaa, sillä kaikki tiimin jäsenistä tekivät tiivistä asiakastyötä. Lisäksi vaikutti siltä, että tiimi ei nähnyt itseään ensisijaisesti kokeiluhankkeen työryhmänä, vaan ennemmin kuntoutusarvioinnin asiantuntijaryhmänä.

Koska toiminta lähti kokeilussa odotettua hitaammin käyntiin, oli kokeilun painopiste toimintakyvyn itsearvioinnissa ja tällä tavoin kerättyjen tietojen moniammatillisessa jatkokäsittelyssä. Varsinaisten kuntouttavien jatkotoimenpiteiden suunnittelu ja toteuttaminen jäi vähemmälle huomiolle. Osa haastateltavista hieman pelkäsikin sitä, että mallilla kyllä löydetään ongelmat ja avuntarpeet, mutta ei kuitenkaan pystytäkään varmistamaan sitä, että apua tarvitsevat myös saavat apua.

Myöskään asiakkaiden ja heidän omaistensa roolia ja vaikutusmahdollisuuksia ei mallissa kunnolla mietitty, vaikka uusi toimintamalli perustuikin asiakkaiden itsearviointiin. Yhden haastateltavan mielestä itsearviointilomakkeessa olisikin pitänyt kysyä selkeämmin sitä, haluaako vastaaja, että häneen asioitaan ryhdytään viemään eteenpäin. (Kuitenkin lomakkeen suostumusosiossa tiedusteltiin sitä, voidaanko henkilöön ottaa tarvittaessa yhteyttä.)

Alkuperäinen suunnitelma oli, että uudella toimintakykylomakkeella olisi toteutettu ennen–jälkeen-mittaus ja mittausten välissä asiakkaat olisi ohjattu kuntouttaviin palveluihin. Tämä suunnitelma ei ajanpuutteen vuoksi toteutunut, vaan käytännössä kokeiluajana ehdittiin toteuttamaan ensimmäinen toimintakykymittaus, mittaustulosten mo-

niammatillinen ryhmäarviointi, asiakaskohtaisten kuntoutussuunnitelmien laadinta ja suunniteltujen toimenpiteiden vireille saattaminen. Koska jatkotoimenpiteiden toteutus jäi vaillinaiseksi ja toinen toimintakykymittaus toteutumatta, ei kokeilussa saatu kerätyksi sellaista informaatiota, jolla olisi kunnolla pystynyt arvioimaan toimintamallin vaikuttavuutta.

Mallin toteuttaminen jäi siis kokeilussa alkupainotteiseksi, eikä uuden toimintatavan vakiinnuttamiseen liittyvistä kysymyksistä ehditty keskustelemaan. Samoin kysymykset uuden toimintatavan levittämisestä ja seutukunnallisesta mallintamisesta jäivät käsittelemättä.

Toimintakykymittari (itsearviointilomake)

Toimintakyvyn itsearviointiin suunnitellussa lomakkeessa tiedusteltiin laajasti toimintakykyyn ja toimintakykyongelmiin liittyviä asioita (liite 3). Lomakkeen kysymykset oli ryhmitelty seuraavien otsikoiden alle: *Päivittäiset perustoiminnot, Asioiden hoitaminen, Sosiaaliset toiminnot* sekä *Kuinka usein käytätte seuraavia palveluja*. Lisäksi lopussa kysyttiin yksittäisillä kysymyksillä mm. sitä, minkälaiseksi vastaaja kokee oman terveydentilansa, kokeeko hän itsensä yksinäiseksi, kokeeko hän elämänsä tyhjäksi, häiritseekö kipu hänen elämänsä ja kuinka monta kertaa hän on kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana. Kysymyksissä pyrittiin siis huomioimaan sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen toimintakyky. Lisäksi lomakkeen ensimmäisellä sivulla kysyttiin selkeällä tavalla vastaajan suostumus kerättyjen tietojen jatkokäsittelyyn.

Haastatteluissa ilmaistiin kuitenkin osittaista kritiikkiä lomaketta kohtaan. Osan mielestä lomakkeesta puuttui joitakin olennaisia kysymyksiä. Lomakkeessa ei mm. kysytty päihteiden käytöstä, käytöshäiriöistä, muistiongelmista eikä omaisten antamasta avusta. Lisäksi kaikki vastaajat eivät osanneet vastata kaikkiin kysymyksiin: miehet jättivät vastaamatta varsinkin kotitöihin liittyviin kysymyksiin ja myös kerrostalossa asuvat henkilöt jättivät joihinkin kysymyksiin vastaamatta. Yhden haastateltavan mielestä lomake oli suunniteltu enemmän perheellisille kuin yksinäisille vanhuksille.

Lomakkeen suunnittelu toteutettiin ensisijaisesti Hämeen ammattikorkeakoulussa, mutta suunnittelussa oli mukana kaksi edustajaa Janakkalasta. Myös lomakkeiden analyysia varten suunniteltu ohjelma indekseineen suunniteltiin pääasiallisesti Hämeen ammattikorkeakoulussa. Haastatteluista sai vaikutelman, että kaikki moniammatillisen tiimin jäsenet eivät kokeneet lomaketta omakseen. Lisäksi lomakkeen suunnittelussa ei ilmeisesti hyödynnetty kovinkaan selvästi Janakkalan

aikaisemmassa toimintakykyhankkeessa (Ikikunto kylille) käytettyä lomaketta.

Koska kokeilun aikataulu oli tiukka, lomaketta ei ehditty testaamaan. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että lomake olisi pitänyt testata. Lomakkeen ongelmat olivat yhden haastateltavan mielestä sellaisia, että ne olisi testaamalla pystytty helposti huomaamaan. Joidenkin mielestä kokeiluun ei olisi pitänyt suunnitella lainkaan omaa lomaketta, vaan hankkeessa olisi pitänyt käyttää jotakin valmista ja jo testattua lomaketta.

Moniammatillisen tiimin kokoukset

Moniammatillisen tiimin (kuntoutusryhmän) kokoukset olivat keskeinen osa kokeilun toteuttamisprosessia. Kaiken kaikkiaan tiimi kokoontui keväällä kymmenen kertaa. Ensimmäiset kokoukset menivät lähinnä uuden hankkeen ideaan tutustumiseen ja käytännön järjestelyjen suunnitteluun. Aluksi tiimissä oli epäselvyyttä työnjaosta ja siitä, kuka ohjaa tiimin toimintaa. Myös kirjaamisen käytännöt olivat epäselviä. Vaikka tiimin työskentelytapaa ei ollut tarkasti suunniteltu, vakiintui ryhmän toiminta suhteellisen nopeasti siinä vaiheessa, kun tiimissä päästiin keskittymään itsearviointilomakkeiden käsittelyyn.

Koska toimintakykyindeksiä ei ollut käytössä, käytiin palautetut lomakkeet selaamalla lävitse. Nyt ryhmä jouti käyttämään lomakkeiden läpikäyntiin ehkä hiukan enemmän aikaa kuin siinä tapauksessa, että indeksi olisi ollut käytössä.

Käytännössä tiimi jakautui kahteen ryhmään, jotka katsoivat palautuneet lomakkeet alustavasti lävitse ja etsivät niitä henkilöitä, joilla oli toimintakykyongelmia. Jos henkilöllä oli lomakkeen mukaan selkeitä ongelmia, hänen tietonsa etsittiin Effica-ohjelmasta ja heijastettiin dataprojektorilla koko ryhmän nähtäväksi. Henkilön tietoja käytiin Efficassa selailen lävitse ja ohjelman Kuntoutuspalvelut-lehdelle kirjoitettiin Arvoikä-hankkeen kuntoutusryhmän huomiot.

Ensin kirjattiin yleiset huomiot toimintakykylomakkeen ja Effican asiakastietojen pohjalta. Huomioihin kirjattiin mm. havaitut ongelmat, avuntarve ja nykyiset palvelut. Lopuksi kirjoitettiin kuntoutuussuunnitelma jatkotoimenpiteineen. Suunnitelman kirjaamisen jälkeen sovitettiin, kuka ryhmän jäsenistä ottaa asiakkaaseen yhteyttä ja huolehtii jatkotoimenpiteistä.

Arvoikä-hankkeen kuntoutusryhmä kokoontui joka toinen viikko ja kokoukselle varattiin tunti aikaa. Yksi tunti ei kuitenkaan riittänyt asioiden käsittelyyn, joten kevään viimeiset kokoukset pidennettiin kaksituntisiksi. Ensimmäisissä kokouksissa ehdittiin kirjaamaan jatkosuunnitelmat vain muutamalle (2–4) asiakkaalle, mutta kevään viimeisissä kokouksissa ehdittiin käsittelemään jo noin kymmenen asiakkaan asiat – ja yhdessä kokouksessa lähes kahdenkymmenen henkilön asiat. Silti kaikkia kokeilun aikana kerättyjä lomakkeita ei ehditty kevään aikana käsittelemään, vaan osan käsittely jäi syksylle.

Ryhmän kaikki aika meni käytännössä lomakkeiden läpikäyntiin ja kuntoutussuunnitelmien kirjaamiseen, eikä kokouksissa ehditty tarkemmin keskustelemaan siitä, minkälaisia kuntoutus- tai muita palveluja kunnassa on tarjolla ja miten niitä voitaisiin Arvoikä-hankkeessa hyödyntää. Ryhmällä ei myöskään ollut käytössä sellaista palveluopasta, jossa olisi laajasti tuotu esille paikallisia palveluvaihtoehtoja (kunnalliset, yksityiset ja järjestösektorin palvelut). Tämän vuoksi jatkotoimenpiteiden keskiössä olivat lähinnä kuntaorganisaation ja terveyskeskuksen omat palvelut, vaikka muitakin palveluja tarjottiin. Lisäksi jatkotoimenpiteiden yksityiskohtia ei kokouksissa käsitelty, vaan ne jäivät asiakkaan ja valitun vastuuhenkilön välisiin neuvotteluihin. Kokeilun painopiste ei siis ollut jossain etukäteen suunnitellussa kuntoutusinterventiossa, vaan tarjottavat kuntoutuspalvelut saivat muotoutua asiakaskohtaisesti.

Sen lisäksi, että jatkotoimenpiteiden suunnittelu jäi alustavaksi, ei ryhmässä myöskään ehditty käsittelemään sitä, miten jatkotoimenpiteet olivat jonkin asiakkaan kohdalla edistyneet. Myöskään siitä ei keskusteltu, miten jatkotoimenpiteiden edistymistä tulisi seurata. Alun perin tavoitteena oli ollut se, että jatkotoimenpiteistä vastaava henkilö olisi tuonut asiakkaan asiat uudelleen ryhmään siinä vaiheessa, kun tarjottuista palveluista olisi ehditty saamaan kokemuksia. Tähän vaiheeseen ei kokeilussa kuitenkaan lopulta ehditty.

Vaikka seurannan kannalta keskeiset kysymykset jäivät tiimissä käsittelemättä, onnistui toimintakyöngelmien kartoittaminen suunnitellulla tavalla. Moniammatillisuus toimi ryhmätilanteessa hyvin ja asiakkaan tilanne tuli kokonaisvaltaisesti kartoitettua: fyysisten toimintakyöngelmien ohella myös sosiaalisiin ongelmiin kiinnitettiin huomiota. Asiakkaan asioiden käsittely eteni keskustelevasti ja eri toimialojen edustajat saivat tuotua oman näkökulmansa käsiteltyihin asioihin.

7. Kokeiluhanke prosessina

Arvoikä-hankkeessa oli samanaikaisesti läsnä sekä uuteen toimintamalliin liittyvä toimintaprosessi että tämän mallin rakentamiseen ja kokeiluun liittyvä kokeiluprosessi. Lisäksi kokeiluprosessiin liittyi sekä kehittämistehtävä että arviointitehtävä.

Seuraavassa kuvataan kokeiluprosessi sellaisena, kuin se alkuperäissuunnitelmissa ajateltiin. Tämän jälkeen katsotaan, miten kokeilu lopulta toteutui ja mitä ongelmia kokeilun eri vaiheissa ilmeni. Samalla tuodaan esille, miten kokeilun toteutusta jouduttiin prosessin aikana muuttamaan. Lopuksi arvioidaan kokeiluhanketta kokonaisuutena. Tulkinnoissa hyödynnetään sitä arviointimateriaalia, jota kokeilun aikana kerättiin (keskeisten toimijoiden haastattelut, havainnointimuis-tiinpanot moniammatillisen tiimin kokouksista, hankkeeseen liittyvät suunnittelu- ja muut dokumentit yms.).

7.1 Tavoiteltu kokeiluprosessi

Uutta toimintamallia ei voi katsoa irrallaan siitä kokeiluprojektista, jonka puitteissa mallia ryhdyttiin rakentamaan. Seuraavassa on esitetty tiivistetysti alkuperäissuunnitelmien mukainen prosessikuvaus Janakkalan Arvoikä-kokeilusta.

1. Kokeilua suunnitellaan syksyllä 2004. Kokeilu toteutetaan osana Hämeen ammattikorkeakoulun Ikitoimi-hanketta ja toimintamallin arviointiin haetaan ulkoinen arvioitsija.
2. Kokeilu toteutetaan kevään 2005 aikana ja arvioidaan samanaikaisesti.

3. Uuden Arvoikä-toimintamallin kokeileminen aloitetaan tammi-kuussa jakamalla lääkärin vastaanotolle tuleville 73-, 77- ja 83-vuotiaille asiakkaille toimintakyvyn itsearviointilomakkeita (toimintakyvyn 1. mittaus). Hankkeen arviointi aloitetaan samoihin aikoihin.
4. Toimintamallia varten perustettu moniammatillinen tiimi (kuntoutusryhmä) ryhtyy pitämään joka toinen viikko kokouksia, joissa käsitellään itsearviointeja ja suunnitellaan niiden pohjalta asiakaskohdattaisia kuntoutussuunnitelmia. Samalla aloitetaan kuntoutussuunnitelmien toteuttaminen (eli valitut henkilöt ohjataan suunniteltuihin jatkotoimenpiteisiin). Arviointihankkeen tehtävän on tarkastella moniammatillisen tiimin toimintaa.
5. Toiminnan vaikuttavuuden arvioimiseksi toteutetaan toimintakyvyn 2. mittaus noin kolmen kuukauden kuluttua 1. mittauksesta samalla lomakkeella kuin ensimmäiselläkin kerralla. Arviointihankkeen tehtävänä on tukea prosessia ja arvioida toiminnan vaikuttavuutta saatujen tulosten pohjalta.
6. Kokeilun lopuksi toteutetaan asiakaskysely, jolla tiedustellaan kokeiluun osallistuneiden ikäihmisten omaa kokemusta toiminnan merkityksestä. Arviointiryhmän tehtävänä on suunnitella asiakaskysely ja analysoida kyselyllä kerätty tieto.
7. Kokeilussa kerätyt tiedot kootaan yhteen ja tehdään johtopäätökset toiminnan jatkamisesta. Arvioinnin tulokset raportoidaan syyskuussa 2005.

7.2 Toteutunut kokeiluprosessi ja ongelmakohdat

Seuraavassa on tarkasteltu yksityiskohtaisemmin sitä, miten Arvoikä-hanke lopulta eteni ja mitä ongelmia kokeilussa tuli esille. Samalla tuodaan esille se, miten kokeilun toteutusta jouduttiin muuttamaan.

1. Kokeilua suunnitellaan syksyllä 2004. Kokeilu toteutetaan osana Hämeen ammattikorkeakoulun Ikitoimi-hanketta ja toimintamallin arviointiin haetaan ulkoinen arvioitsija.
 - Kokeilu päätettiin toteuttaa Ikitoimi-hankkeen puitteissa, koska seudullisella Ikitoimi-hankkeella ja Janakkalan vanhusenhuollolla oli samansuuntaisia tavoitteita (ikäihmisten toimintakyvyn tukeminen ja kotona asumisen edistäminen). Taustalla oli myös Janakkalassa aikaisem-

min toteutetun Ikikunto kylille -projektin (2001–2003) kokemukset. Lopulta kokeilua ryhdyttiin suunnittelemaan Hämeen ammattikorkeakoulun Hyvinvointialan osaamiskeskityksessä ja suunnitteluun osallistui kaksi edustajaa Janakkalasta.

- Kokeilun hankesuunnitelma jäi alustavalle ja kuvailevalle tasolle: siitä puuttuivat selkeät tunnistetiedot eikä sitä ollut myöskään otsikoitu selkeästi hankesuunnitelmaksi. Alustavassa suunnitelmasta ei käynyt selkeästi ilmi aikataulu, tarvittavat resurssit ja keskeiset vastuutahot.
- Hankkeen suunnittelussa ei pyritty tarpeeksi ennakoimaan mallin mahdollisia ongelmakohtia, eikä ongelmiin liittyviä varasuunnitelmia myöskään laadittu.
- Kokeilu haluttiin alun perin toteuttaa kolmessa kunnassa, jotta mallista saataisiin laajemmin kokemusta, mutta lopulta päädyttiin siihen, että hanke toteutetaan vain Janakkalassa.
- Käytännössä seudulliset tavoitteet laajasti mallinnettavissa olevista palveluratkaisuista ja paikalliset, lähinnä työyhteisökeskeiset tavoitteet oman työn järkiperaistamisestä eivät aina olleet lähellä toisiaan.
- Kokeilun ulkoiseksi arvioitsijaksi valittiin Ikäinstituutti vuoden 2004 joulukuussa.

2. Kokeilu toteutetaan kevään 2005 aikana ja arvioidaan samanaikaisesti.

- Kokeilu päätettiin toteuttaa kevään 2005 aikana, jotta se ehdittäisiin toteuttamaan Ikitoimi-hankkeen aikataulun puitteissa. Kokeiluun varattu aika osoittautui kuitenkin tavoitteisiin nähden riittämättömäksi.
- Toimintamallin rakentaminen ja sen ulkoinen arviointi toteutettiin samanaikaisesti. Kokeiltavaan toimintamalliin sisäänrakennettujen arviointi- ja seurantatapojen erottaminen itse kokeilun arvioinnista oli kuitenkin hankalaa. Myös kehittämisen ja arvioinnin välinen työnjako oli osittain epäselvä. Käytännössä ulkoiseen arviointiin sisältyi sekä kehittämiseen sidoksissa olevaa prosessiarviointia että ulkopuolisuutta ja neutraalisuutta vaativaa vaikuttavuuden arviointia. Vaikuttavuuden arvioinnin kannalta olisi ollut tärkeää, että eri prosessien perättäisyydelle olisi ollut enemmän aikaa.
- Virallisesti kokeilun arviointi aloitettiin 15.2.2005 ja arviointimateriaalia kerättiin aina kesäkuulle asti. Kokeilun alussa ilmenneiden ongelmien vuoksi arviointitiedon ke-

- rääminen painottui enemmän kevään loppuun ja kesän alkuun kuin alun perin oli tarkoitus.
- Uuden toiminnan käynnistämistä hankaloitti se, että aikaa oli vähän, työvaiheita oli paljon, toimijoita oli monia ja toimijoiden välinen työnjako oli osittain epäselvä.
3. Uuden Arvoikä-toimintamallin kokeileminen aloitetaan tammi-kuussa jakamalla lääkärin vastaanotolle tuleville 73-, 77- ja 83-vuotiaille asiakkaille toimintakyvyn itsearviointilomakkeita (toimintakyvyn 1. mittaus). Hankkeen arviointi aloitetaan samoihin aikoihin.
- Itsearviointilomakkeiden jakelu aloitettiin Tervakosken ja Turengin terveyskeskuksissa 17.1.2005. Seurannan kesto oli aluksi epäselvä, mutta lopulta tietoja kerättiin toukokuun loppuun asti. Seurannan alussa lomakkeiden jakelussa oli ongelmia. Kun seuranta oli kulunut noin kaksi kuukautta, vain 15 lomaketta oli palautunut ja nekin lähes yksinomaan Tervakoskelta. Turengin terveyskeskuksessa oli kuitenkin 14.3. mennessä käynyt lääkärin vastaanotolla yhteensä 44 kohderyhmään kuuluvaa, joten sieltäkin olisi pitänyt palautua useita lomakkeita. Jakelun tehostamiseksi informaation kulkua parannettiin ja lomakkeita ryhdyttiin jakamaan kaikkien lääkärin potilaille, eikä vain kahden, kuten alun perin suunniteltiin. Lopulta täytettyjä lomakkeita alkoi palautua myös Turengissa. Lomakkeita saatiin lopulta kerättyä terveyskeskuksissa yhteensä 72 asiakkaalta.
 - Koska lomakkeita ei kokeilun alussa palautunutkaan odotetulla tavalla, päätettiin itsearviointilomake lähettää toukokuussa postitse kaikille niille, jotka eivät terveyskeskuksessa lomaketta palauttaneet. Tämä jälkikäteispostitus lähetettiin kaikkiaan 66 henkilölle ja niinkin paljon kuin 51 henkilöä palautti täytetyn lomakkeen. (Postikyselyn onnistumisen vuoksi, joidenkin mielestä postitus olikin lopulta ollut parempi tapa kerätä arviointitietoja.)
 - Yksi syy alussa havaittuihin ongelmiin saattoi olla se, että terveyskeskuksen henkilökuntaa työllistävä hoitotakuu astui voimaan maaliskuun alussa, eikä uuteen hankkeeseen pystytty siksi panostamaan siten kuin haluttiin. Lomakkeiden jakelun informoinnin ongelmiin saattoi vaikuttaa myös se, että terveyskeskuksen vastaanoton esimies oli lomalla hankkeen käynnistyessä.
 - Täytetyt itsearviointilomakkeet piti alun perin tallentaa terveyskeskuksessa käytössä olleeseen analyysiohjelmaan,

jotta niistä voitaisiin tulostaa yhteenvetoja ja laskea toimintakykyindeksit moniammatillisen tiimin hyödynnettäväksi. Koska ohjelma ei toiminut odotetulla tavalla eikä indeksejä pystyttykään laskemaan, kaikkia lomakkeita ei edes tallennettu kyseiseen ohjelmaan. Tarvittavien yhteenvetotietojen saamiseksi kaikki lomakkeet lähetettiin lopulta arvioinnin toteuttajalle analysoitavaksi. (Ikäinstituutti sai lomakkeet kesäkuun lopussa.)

- Arvoikä-toimintamallista piti tiedottaa kuntalaisille paikallislehdessä tammikuussa samoihin aikoihin, kuin lomakkeiden jakelu aloitettiin. Koska toiminta ei lähtenytkään odotetusti liikkeelle, ideasta luovuttiin ja tiedotus jäi terveyskeskusten aulaan sijoitettujen ”hankejulistneiden” varaan. (Julistteet suunniteltiin Ikitoimi-hankkeessa.)
4. Toimintamallia varten perustettu moniammatillinen tiimi (kuntoutusryhmä) ryhtyy pitämään joka toinen viikko kokouksia, joissa käsitellään itsearvioita ja suunnitellaan niiden pohjalta asiakaskohdattaisia kuntoutussuunnitelmia. Samalla aloitetaan kuntoutussuunnitelmien toteuttaminen (eli valitut henkilöt ohjataan suunniteltuihin jatkotoimenpiteisiin). Arviointihankkeen tehtävän on tarkastella moniammatillisen tiimin toimintaa prosessiarvioinnin näkökulmasta.
- Moniammatillinen tiimi kokoontui kokeilun aikana kymmenen kertaa: ensimmäinen kokous pidettiin 13.1.2005 ja viimeinen 9.6.2005. Koska kokeilun alussa oli ongelmia, palautuneita lomakkeita päästiin käsittelemään ryhmässä vasta neljännessä kokouksessa (10.3.). Lopulta kaikkia palautuneita lomakkeita ei ehditty käsittelemään kevään aikana, vaan osa lomakkeista jäi käsiteltäviksi kesälomien jälkeen.
 - Alun ongelmien vuoksi myös arvioinnin toteuttajat pääsivät tutustumaan Janakkalana moniammatillisen tiimin toimintaan vasta 24.3.2005.
 - Moniammatillinen tiimi koostui tiivistä asiakastyötä tekevästä henkilöstä, joiden kenenkään työnkuvaa ei ollut muutettu kokeilun ajaksi siten, että aikaa olisi osoitettu myös kehittämistyöhön. Käytännössä tiimistä sai vaikutelman, että se näki itsensä enemmän kuntoutusarvioinnin asiantuntijaryhmänä kuin kehittämiskokeilun työryhmänä. Kaiken kaikkiaan hankkeessa oli alusta alkaen epäselvää se, kenellä on päävastuu kehittämistyöstä: moniammatillisella tiimillä, paikallisella vanhustyön johdolla vai seudullisella kehittämishankkeella.

- Moniammatillisissa tiimissä oli aluksi epäselvää, kuka on ohjausvastuussa ja miten työt jaetaan. Epäselvää oli myös se, kuka on ryhmän yhteyshenkilö arviointiin liittyvissä kysymyksissä. Myöskään kirjaamisen käytännöistä ei ollut etukäteen sovittu. Lopulta tiimin kokouksista ei pidetty varsinaisia kokousmuistioita, vaan niissä keskityttiin vain asiakaskohtaisten kuntoutussuunnitelmien kirjaamiseen.
 - Koska moniammatillisissa tiimissä ei ollut yhtään edustajaa Tervakosken kokeilualueelta, oli kokeilun painopiste Turengissa ja osin Turengin terveystieteiden keskuksen sisäisissä kysymyksissä.
5. Toiminnan vaikuttavuuden arvioimiseksi toteutetaan toimintakyvyn 2. mittaus noin kolmen kuukauden kuluttua 1. mittauksesta samalla lomakkeella kuin ensimmäiselläkin kerralla. Arviointihankkeen tehtävänä on tukea prosessia ja arvioida toiminnan vaikuttavuutta saatujen tulosten pohjalta.
- Kokeilun tarkoituksena oli, että jatkotoimenpiteisiin ohjattavat asiakkaat täyttävät itsearviointilomakkeen kahteen kertaan (1. ja 2. mittaus), jotta toiminnan vaikuttavuutta voitaisiin luotettavasti arvioida. Ajatuksena oli, että jatkotoimenpiteisiin valituille henkilöille ehdittiin kertyä kokemuksia saaduista kuntoutus- yms. palveluista jo kolmen kuukauden kuluttua 1. mittauksesta, jonka jälkeen he täyttäsivät itsearviointilomakkeen uudelleen (2. mittaus). Moniammatillisen tiimin aika meni kuitenkin täytettyjen itsearviointilomakkeiden läpikäymiseen, jatkotoimenpiteisiin ohjattavien asiakkaiden valintaan ja kuntoutussuunnitelmien kirjaamiseen. Varsinaisten jatkotoimenpiteiden toteuttamiseen ja niiden toteutumisen seurantaan aika ei kunnolla riittänyt. Tämän vuoksi 2. mittauksen ideasta luovuttiin.
 - Kahden mittauksen suorittaneita henkilöitä ei olisi lopulta kertynyt läheskään tarpeeksi, jotta ennen–jälkeen-asetelman mukainen kvantitatiivinen analyysi olisi ollut mielekästä. Lisäksi varsinaiseen interventiovaiheeseen – eli kuntouttavien palvelujen toteutukseen – ei täydessä laajuudessa edes päästy.
6. Kokeilun lopuksi toteutetaan asiakaskysely, jolla tiedustellaan kokeiluun osallistuneiden ikäihmisten omaa kokemusta toiminnan merkityksestä. Arviointiryhmän tehtävänä on suunnitella asiakaskysely ja analysoida kyselyllä kerätty tieto.

- Koska 2. mittauksesta luovuttiin, päätettiin asiakaskysely toteuttaa aiottua laajempaan. Kyselyyn päätettiin myös lisätä vaikuttavuuden arvioinnin kannalta keskeisiä kysymyksiä.
 - Asiakaskysely lähetettiin kesäkuun alkupuolella ja vastajia pyydettiin palauttamaan vastauksensa juhannukseen (24.6.) mennessä.
 - Asiakaskyselyn lomake suunniteltiin Ikäinstituutissa. Lomake lähetettiin kaikille kohderyhmään kuuluville: sekä itsearviointilomakkeen palauttaneille että niille, jotka eivät olleet sitä palauttaneet. Asiakaskyselyn saivat terveyskeskuksessa itsearviointilomakkeen täyttäneiden lisäksi ne, joille kyseinen lomake oli postitettu kotiin. Lomakkeen sai kaiken kaikkiaan 138 henkilöä, joista 72 oli täyttänyt lomakkeen terveyskeskuksessa ja joista 66 oli saanut sen postitse kotiinsa. Asiakaskyselyssä jouduttiin siis huomioidaan samanaikaisesti hyvin monenlaiset vastaajaryhmät.
 - Asiakaskyselyssä tiedusteltiin kohderyhmään kuuluneiden mielipidettä itsearviointilomakkeesta sekä heidän näkemyksiään toiminnan onnistumisesta ja mielekkyydestä. Lisäksi asiakaskyselyssä pyrittiin saamaan selville, kuinka moneen vastaajista oli otettu yhteyttä itsearvioinnin jälkeen ja minkälaista apua heille oli tarjottu. Samalla myös tiedusteltiin, olivatko he jo ehtineet saada tarjottua apua ja miten he olivat saadun avun kokeneet.
7. Kokeilussa kerätyt tiedot kootaan yhteen ja tehdään johtopäätökset toiminnan jatkamisesta. Arvioinnin tulokset raportoidaan syyskuussa 2005.
- Kokeilun aikana ei juuri ehditty miettimään, mitä tapahtuu kokeilun jälkeen ja miten uusi toimintatapa vakiinnutetaan. Myöskään idean levittämiseen ja toiminnan seutukunnalliseen mallintamiseen liittyvät kysymykset eivät juuri olleet esillä.
 - Kokeiluaika oli lopulta liian lyhyt, jotta mallin toimivuudesta olisi pystynyt keräämään riittävää ja luotettavaa näyttöä. Mallin kaikista osakokonaisuuksista ei lopulta ehditty saamaan kokemuksia.
 - Työvaiheita oli paljon ja kaikki niistä eivät olleet sellaisia, että ne olisi pystynyt toteuttamaan rinnakkain. Työvaiheiden perättäisyydelle oli kuitenkin liian vähän aikaa.

- Koska tietojen kerääminen painottui enemmän kokeilun loppupuolelle kuin oli tarkoitus, aineiston analyysille ei jäänyt riittävästi aikaa.
- Haastatteluissa kuitenkin ilmeni, että mallin perusideaa pidettiin hyvänä ja toteuttamiskelpoisena, vaikka nyt ehkä edettiin liian nopeasti. Siksi toimintaa ja sen kehittämistä kannattaakin jatkaa, mutta pienemmin askelin ja käytettävissä olevat resurssit tarkemmin huomioiden.

7.3 Kokeiluprosessin arviointi

Janakkalan Arvoikä-hankkeen idea pohjautui johdonmukaisella tavalla kunnassa aikaisemmin toteutettuun kehittämistyöhön sekä paikalliseen vanhustyön strategiaan. Mielekästä oli myös se, että idean toteuttamiseen saatiin kehittämistukea seudulliselta Ikitoimi-hankkeelta, jolla oli mahdollisuus levittää uusia toimintamalleja ja hyviä ideoita muihinkin kuntiin.

Janakkalassa oli kokeiltu aiemmin ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä ikääntyvien toimintakykyongelmien kartoittamiseen, mutta kokeiltu malli oli todettu liian raskaaksi, jotta se olisi otettu laajemmin käyttöön. Siksi kunnassa oli rohkeasti lähdetty etsimään omaan kuntaan soveltuvaa mallia, jossa voidaan huomioida paikalliset erityispiirteet ja kunnassa tarjolla olevat resurssit.

Koska kunnat ovat keskenään hyvin erilaisia, samat mallit eivät toimi kaikissa kunnissa. Kuitenkin jossain kunnassa kehitetty toimintamalli, saattaa olla juuri sopiva myös toiselle samantyyppiselle kunnalle. Siksi oli tärkeää, että Janakkalan toimintakokeilu syntyi seudullisen ”sateenvarjohankkeen” puitteissa, jolloin kertyneet kokemukset saatiin muidenkin kuntien käyttöön.

Seudullisen ja paikallisen kehittämisen yhdistämiseen liittyy luonnollisesti myös ongelmia, jotka on hyvä tiedostaa. Vaarana on, että seudullisen kehittämisen laajat tavoitteet jäävät liian etäälle paikallisista, osin työyhteisökohtaisista tavoitteista. Lisäksi kun uutta toimintaa suunnittelee ja toteuttaa useampi toimija, on vaarana, että toiminta ”hajoaa” ja kehittämisen päävastuuta on vaikea paikantaa.

Myös Arvoikä-hankkeessa tuli näkyviin, että eri toimijoiden tavoitteissa oli vivahde-eroja. Ikitoimi-hankkeelle oli tärkeää mm. tiedon seutukunnallinen levittäminen uusista palvelumalleista, eri sektorien palveluntuottajien verkottaminen ja hyvinvointiteknologian hyödyntäminen. Janakkalan kuntoutusryhmän tavoitteet taas nousivat ensisijai-

sesti paikallisista tarpeista. Esimerkiksi omaan teknologiasovellukseen pohjaavan mittarin kehittäminen ei vaikuttanut olevan paikalliselle työryhmälle keskeisintä, vaan tärkeintä oli, että käyttöön saadaan arjessa hyvin toimiva malli, hyödynnetään siinä uutta teknologiaa tai ei.

Yksi Arvoikä-kokeilun suurimmista ongelmista oli se, että toteuttamisaikataulu oli liian lyhyt asetettuihin tavoitteisiin nähden. Aikatauluun nähden liian korkealle asetetut tai muutoin epärealistiset tavoitteet ovat ongelmallisia, sillä hyvätkin saavutukset näyttävät silloin asetettujen tavoitteiden suhteen vähäisiltä, eikä hyvin tehdystä työstä saada tällöin kannustavaa palautetta.

Nyt hankkeessa oli käytettävissä olevaan aikaan nähden liikaa tavoitteita ja työvaiheita. Toteutuksen onnistuminen olisi vaatinut, että kaikki mahdolliset toteutukseen liittyvät asiat olisivat olleet kokeilun alkaessa selvillä (mm. työnjako). Hankkeen alkaessa mukana oli kuitenkin useita toimijoita ja eri toimijoiden välinen työnjako haki vasta muotoaan. Eri osapuolien välisessä tiedonkulussa oli ongelmia ja tiedotus terveyskeskuksen työntekijöille ja kuntalaisille oli puutteellista. Myöskään hankkeeseen sitouttaminen ja motivointi ei ilmeisesti ollut riittävää. Vaikka suunnitelma oli selkeä, suunnittelun dokumentoinnissa oli puutteita. Lisäksi toimintamallin ja kokeiluprosessin ongelmakohtia ei ollut pyritty ennakoimaan eikä varasuunnitelmia ollut siksi laadittu. Hiukan ongelmallista oli myös se, että hankkeen aikataulua ei laadittu Janakkalan paikallisista lähtökohdista käsin, vaan paikallinen kehittämistyö joutui sopeutumaan seudullisen hankkeen aikatauluun.

Ohessa on kuvattu tiivistetysti niitä asioita, jotka tuottivat Arvoikä-hankkeessa ongelmia ja joihin tulisi jatkokehittämisessä kiinnittää erityistä huomiota:

- Kokeilun toteutukseen varattu aika oli liian lyhyt, jotta toimintamallin toimivuudesta olisi pystytty saamaan riittävää näyttöä
- Tavoitteita ja työvaiheita oli aikaan nähden liian paljon
- Toimintamallin vaikuttavuuden arvioinnin kannalta keskeisiä työvaiheita ei pystytty toteuttamaan
- Hankkeen toteutuksessa oli mukana liian monia toimijoita eikä kehittämisen päävastuu paikantunut tarpeeksi selkeästi
- Hankkeen suunnittelua ja toteutusta ei dokumentoitu riittävästi

- Suunnitteluun, kehittämiseen, kokeiluun, toteuttamiseen, seurantaan ja arviointiin liittyvät tehtävät ja niiden keskinäiset suhteet olivat epäselviä
- Kokeiluun ja toimintamalliin liittyviä ongelmia ei ennakoitu ja varasuunnitelmat jäivät laatimatta
- Itsearviointilomake olisi pitänyt testata ja analyysiohjelman toimivuus olisi täytynyt varmistaa ennen kokeilun aloittamista
- Paikallisessa työryhmässä olisi pitänyt sopia työnjaosta selkeämmin ja riittävän ajoissa
- Tiedotus hankkeen eri osapuolille ja kuntalaisille olisi pitänyt olla tehokkaampaa
- Toimintakyvyn kartoittamisella löydettävien henkilöiden jatko-toimenpiteiden toteutus ja seuranta olisi pitänyt suunnitella tarkemmin ennen kokeilun aloittamista
- Toimintamallin vakiinnuttamiseen ja projektin jälkeiseen työskentelyyn ei ehditty kiinnittämään riittävästi huomiota.

Kuten edellisestä listasta ilmenee, moni havaituista ongelmista liittyi nimenomaan kokeiluhankkeen organisointiin. Esimerkiksi Ikitoimihankkeen ja Janakkalan kunnan roolit ja työnjako kokeilun organisoinnissa jäivät epäselviksi. Lisäksi osa havaituista ongelmista tuli esille tai korostui erityisesti siksi, että hankkeen aikataulu oli asetettu liian tiukaksi.

Vaikka Arvoikä-toimintamallin käyttöön ottamisessa ilmeni ongelmia, pitivät arvioinnissa haastatellut henkilöt mallin perusidea hyvänä ja selkeänä. Mallin lähtökohdat olivat myös mielekkäällä tavalla nykyisen vanhuspolitiikan mukaisia. Mallin tavoitteissa korostuivat mm. ikään-tyvien toimintakyvyn ja kotona asumisen tukeminen, ennaltaehkäisevä vanhustyö, moniammatillisuus sekä hoidon kohdentumisen ja palveluketjujen kehittäminen. Lisäksi mallin tarvetta perusteltiin mielekkäästi vetoamalla toisaalta yleiseen tietoon toimintakyvyn tukemisen vaikutavuudesta ja toisaalta paikallisen palvelujärjestelmän erityistarpeisiin. Kokeiluprosessin ongelmista huolimatta malli kannattaakin ottaa käyttöön, mutta siten, että kehittämistyötä jatketaan pienin askelin kerrallaan ja kokeilun aikana havaittuihin ongelmiin kiinnitetään erityistä huomiota.

8. Toimintakykymittarin ja asiakaskyselyn analyysi

8.1. Kohderyhmä ja tavoitteet

Arvoikä-hankkeessa yhtenä tavoitteena oli kehittää toimintakykymittari, jonka avulla voitaisiin tavoittaa tiettyihin ikäryhmiin kuuluvat toimintakyvyltään heikentyneet janakkalalaiset ja kohdistaa heihin sopivia kuntoutustoimenpiteitä. Kohderyhmänä olivat terveyskeskuksen lääkäreiden vastaanotolle hakeutuneet 73-, 77- ja 83-vuotiaat janakkalalaiset. Valitsemalla mukaan eri-ikäisiä henkilöitä pyrittiin selvittämään, mihin ikäryhmään ennalta ehkäisevät toimenpiteet tulisi ensisijaisesti suunnata.

Toimintakykyä koskevien tietojen keruu aloitettiin tammikuussa 2005 ja se päättyi toukokuun lopussa 2005. Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti Arvoikä-projektissa toimintakyvyn arvioinnin olisi pitänyt edetä luvussa 6 esitettyjen vaiheiden mukaisesti. Kohderyhmään kuuluvien olisi pitänyt täyttää toimintakyvyn arviointilomake terveyskeskuksessa, jonka jälkeen vastaava fysioterapeutti olisi koonnut lomakkeet ja tallentanut tiedot tietokoneelle. Kahden lääkärin potilaat olisivat menneet lomakkeen kanssa lääkärin vastaanotolle, jolloin lääkäri olisi voinut halutessaan esittää vielä tarkentavia kysymyksiä toimintakyvystä. Käytännössä suunniteltu prosessi ei toteutunut, vaan ainoastaan osa asiakkaista (n=68) täytti lomakkeen terveyskeskuksessa.² Muille kohderyhmään kuuluville lomake lähetettiin kotiin, ja he palauttivat sen postitse.

Arviointiraportin tässä luvussa tarkastellaan Arvoikä-hankkeessa kehitetyn mittarin (kyselylomakkeen) toimivuutta iäkkäiden henkilöiden

² Lomakeanalyysissä jouduttiin hylkäämään osa lomakkeista, koska ilmeisesti joitakin henkilöiltä oli kaksi lomaketta. Siksi lomakkeiden määrä on tässä 68.

toimintakykyarvioinnissa, ja sen käyttökelpoisuutta suunniteltaessa kuntoutukseen liittyviä jatkotoimenpiteitä. Arviointi perustuu yksittäisten kysymysten relevanssiin kuvata toimintakykyä sekä joidenkin toimintakykyä kuvaavien muuttujien (kysymysten) ja muutamien taustamuuttujien (sukupuoli, ikä, koettu terveydentila, kaatuminen) välisten yhteyksien selvittämiseen. Lisäksi toimintakykymittarin soveltuvuutta ja toimivuutta sekä toimintamallin vaikuttavuutta arvioitiin tutkittavilta saadun palautteen perusteella (liite 4). Varsinaisen analyysin perustaksi esitetään aluksi lyhyt kuvaus toimintakyvyn itsearvioinnin perusteista ja käsitteistä.

8.2. Toimintakyvyn itsearvioinnin perusteet

Toimintakyky voidaan määritellä yleistettävänä toimintakykynä tai toimintakykynä suhteessa tiettyihin tehtäviin ja tavoitteisiin (Heikkinen 1997). Ensin mainittu lähestymistapa tarkoittaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia valmiuksia mihin tahansa toimintaan. Toimintakyvyllä suhteessa joihinkin tehtäviin taas ymmärretään esimerkiksi iäkkään henkilön kykyä selviytyä päivittäisistä askareistaan. Ne voidaan jakaa päivittäisiin perustoimintoihin (physical activities of daily living, PADL) ja toisaalta kykyyn hoitaa erilaisia asioita (instrumental activities of daily living, IADL). PADL-toimintoja ovat esimerkiksi syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, liikkuminen sisällä, liikkuminen ulkona ja WC:ssä käyminen. IADL-toimintoja ovat esimerkiksi lääkkeiden itsenäinen käyttö, puhelimen käyttö, ruuanvalmistus, raha-asioiden hoito ja pyykin pesu. Jokapäiväisessä elämässä toimintakyky näkyy esimerkiksi työkykynä, aktiivisuutena harrastuksissa ja selviytymisenä arkipäivän askareista.

Ympäristön asettamat vaatimukset toimintakyvyille ovat erilaiset riippuen siitä, asuuko tutkittava maalla vai kaupungissa, omakotitalossa vai kerrostalossa, palvelutalossa vai vanhainkodissa. Päivittäisistä perustoiminnoista (PADL) selviytyminen vaatii lähinnä fyysistä toimintakykyä, kun taas asioiden hoitaminen ja kodin ulkopuoliset toiminnot, kuten kaupassa käynti tai pankkiasioista huolehtiminen (IADL) edellyttävät suurella määrällä myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Laukkanen 2003). Ensimmäisenä toimintakyvyn huononeminen näkyy IADL-toiminnoissa.

Toimintakykyä voidaan arvioida koettuna toimintakykynä, ulkopuolisten asiantuntija-arviointien (esim. lääkäri tai hoitaja) avulla, havainnoinnin perusteella tai erilaisilla mittauksilla. Itsearvioinnin (self-report tests) lisäksi toimintakykytutkimuksissa on käytetty paljon ns. suoritustestejä (performance-based tests). Kokemuksellinen toimin-

takyky ei aina ikääntymisen myötä heikkene samassa tahdissa kuin toimintakykymittausten perusteella voisi olettaa. Esimerkiksi 75–80-vuotiaista jyvaskyläläisistä vain noin viidesosa arvioi toimintakykynsä huonoksi, vaikka toimintakykymittausten perusteella luvun olisi voinut olettaa olevan paljon suurempi (Heikkinen 2000). Viime aikoina onkin käyty paljon keskustelua siitä, kumman tyyppiset menetelmät sopivat paremmin ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn arviointiin: objektiiviset mittaukset erilaisilla laitteilla vai tutkivan itsensä esittämä arvio toimintakyvystään (Kempen ym. 1996, Guralnik ym. 1989, Pohjolainen 1999, Rantanen ja Sakari-Rantala 2003).

8.3. Toimintakykymittarin käyttökelpoisuus Arvoikä-hankkeessa

8.3.1. Arvoikä-hankkeen toimintakykymittari

Arvoikä-hankkeen toimintakykymittari (kyselylomake) oli kehitetty tätä projektia varten (liite 3). Tosin monet kysymyksistä olivat sellaisia, joita on käytetty jo aikaisemmin lukuisissa tutkimuksissa ja selvityksissä. Tutkittavat itse vastasivat lomakkeen kysymyksiin, joten kyseessä oli itsearvioitu toimintakyky. Arvioinnissa pyrittiin kartoittamaan fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä.

Ensisijaisesti lomakkeella pyrittiin selvittämään päivittäisistä perustoiminnoista ((PADL-toiminnot) selviytymistä ja sitä, miten tutkittava kykenee hoitamaan asioitaan (IADL-toiminnot). Sosiaalista toimintakykyä kartoitettiin kysymyksillä, kuinka usein tutkittavat tapasivat lapsiaan, sukulaisiaan tai naapureitaan sekä miten usein he osallistuivat erilaisiin harrastuksiin. Lisäksi kysyttiin tutkittavien palvelujen käyttöä. Jollakin tavalla psyykkistä toimintakykyä kuvaavat kysymykset, joissa tiedusteltiin, tuntee tutkittava itsensä yksinäiseksi, elämänsä tyhjäksi ja häiritseekö kipu elämää. Lopussa kysyttiin yksittäisillä kysymyksillä vastaajan terveydentilaa, asumista ja viimeisen puolen vuoden aikana tapahtuneita kaatumisia.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan lomakkeeseen liittyi myös tietokoneohjelma, joka laski lomakkeen pohjalta asiakkaan toimintakykyindeksin. Sen tarkoituksena oli auttaa tiimiä reagoimaan ongelmiin. Toimintakykyindeksin avulla oli myös tarkoitus seurata toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia. Käytännön toiminnassa tämä ei kuitenkaan toteutunut. Toimintakykyindeksin käyttö kariutui siihen, että indeksiä ei puuttuvien tietojen takia pystytty laskemaan. Niinpä toimintakykyä koskevia tietoja ei myöskään tallennettu sähköisessä muodossa, vaan arvioinnoissa olivat käytettävissä kopiot kyselylomakkeiden paperiversioista. Toisaalta toimintakykyä yhtenä kokonaisuutena kuvaavan

indeksin laatiminen, johon tässä projektissa alun perin pyrittiin, oli sekä teoreettisesti ja käytännössä epärealistinen tavoite. Fyysisen toimintakyvyn (PADL- ja IADL-toiminnot) osalta indeksin laskeminen on mahdollisista, mutta psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat niin laajoja ja monimutkaisia käsitteitä, että muutamalla kysymyksellä niitä ei kyetä kartoittamaan. Sen sijaan yksittäisillä kysymyksillä (esim. Montako kertaa olette kaatunut viimeisen puolen vuoden aika?) voidaan kyllä löytää riskiryhmiä tai ”riskihenkilöitä”, jotka ovat suuressa syrjäytymisvaarassa heikentyneen toimintakyvyn takia.

8.3.2. Kohdejoukon kuvaus

Arvoikä-hankkeen toimintakykyarviointiin osallistui 107 henkilöä, joka oli 81 % tavoitellusta kohdejoukosta (n= 132). Naisten osuus oli 61 % (n=65) ja miesten 39 % (n=41) (yhdestä lomakkeesta puuttui merkitä sukupuolesta). Iän suhteen tutkittava joukko ei noudattanut aivan tarkasti alkuperäistä suunnitelmaa. Sen mukaan kohdejoukkoon olisi otettu 73- (syntymävuosi 1932), 77- (syntymävuosi 1928) ja 83-vuotiaita (syntymävuosi 1922). Nyt mukaan tuli myös muutamia 74-, 78- ja 84-vuotiaita. Ikäryhmien välisten toimintakykyerojen selvittämiseksi muodostettiin kolme ryhmään (73–74-vuotiaat, 77–78-vuotiaat ja 83–84-vuotiaat) (taulukko 2).

Taulukko 2. Ikäjakauma tutkitussa aineistossa

Ikä	%	n
73–74-v.	45	47
77–78-v.	30	31
83–84-v.	25	26
Yhteensä	100	104

Yksin asuvia kohdejoukossa oli 43 %, puolisonsa kanssa asui 47 % ja loput asuivat lastensa, lastenlastensa tai jonkun muun kanssa. Yksin asuvista suurin osa (85 %) oli naisia.

Erittäin tai melko hyväksi terveydentilansa arvio 20 % asiakkaista, 65 % piti terveydentilaansa tyydyttävänä ja melko huonoksi sen koki 15 %. Arvoikä-hankkeen kohdejoukko arvioi terveydentilansa jonkin verran huonommaksi kuin aikaisempaan Ikikunto kylille -projektiin osallistuneet 70–75-vuotiaat janakkalalaiset (Ikikunto kylille 2003).

Vastaajista 36 % oli kaatunut ainakin kerran viimeisen puolen vuoden aikana. Neljä heistä oli kaatunut 5–6 kertaa. Ikikunto kylille -projektissa kaatuneiden määrä oli 20 %.

Arvoikä-hankkeessa 38 % vastaajista ilmoitti, että kipu häiritsee heidän elämäänsä päivittäin. Ikikunto kylille – projektissa kivun kokemista kysyttiin hieman erilaisella kysymyksellä. Siinä 14 % vastaajista oli sitä mieltä, että kipu oli haitannut heidän elämäänsä

Asiakkaista 63 % (n=67) täytti kyselylomakkeen terveyskeskuksessa ja 37 % (n=40) vastasi siihen kotona. Jatkotoimenpiteitä (esim. kuntoutus-suunnitelma) kohdistettiin 42 henkilölle.

8.3.3. Toimintakykymittarin eri osioiden arviointia

Päivittäisistä perustoiminnoista tutkittavilla oli selvästi eniten vaikeuksia portaissa liikkumisessa, peseytymisessä sekä pukeutumisessa ja riisuuntumisessa (taulukko 3). On kuitenkin huomattava, että portaissa liikkumista lukuun ottamatta, kysytyissä toiminnoissa vain muutama henkilö ilmoitti, että oli paljon vaikeuksia tai tarvitsi toisen ihmisen apua.

Taulukko 3. Niiden henkilöiden prosenttiosuudet, joilla oli paljon vaikeuksia tai eivät selvinneet ilman apua päivittäisistä perustoiminnoista (PADL-toiminnot)

Toiminto	%
Liikkuminen portaissa	13
Peseytyminen suihkussa tai saunassa	8
Pukeutuminen ja riisuuntuminen	7
Peseytyminen (hampaat, kasvot ym.)	5
Ruokailu	5
Liikkuminen asunnossa	3
WC-toiminnot	2
Vuoteeseen meno ja sieltä ylösnousu	2

Henkilöitä, joilla on suuria vaikeuksia selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista, voidaan pitää toimintakyvyn näkökulmasta riskiryhmiin kuuluvina. Suurin osa vastaajista selvisi kuitenkin perustoiminnoista vaikeuksista tai heillä oli vain jonkin verran vaikeuksia. Näyttäisi siltä, että koko kohdejoukossa PADL-toiminnot eivät kovinkaan hyvin erotelleet vastaajia. Näihin toimintoihin liittyvät vaikeudet tulevat ilmi vasta vanhemmissa ikäryhmissä.

Taulukko 4. Niiden henkilöiden prosenttiosuudet, joilla oli paljon vaikeuksia tai eivät selvinneet ilman apua asioiden hoitamisesta (IADL-toiminnot)

Toiminto	%
Pihatyöt (puutarhan hoito tai lumityöt)	33
Autolla ajaminen	31
Yleisillä kulkuneuvoilla kulkeminen	22
Siivoaminen	21
Pyykinpesu	17
Kauppa-, pankki- yms. asioiden hoitaminen	15
½ kilometrin kävely ulkona ilman lepotaukoja	13
Ruoanlaittaminen	13

Asioiden hoitamisessa eli ns. IADL-toiminoissa kohderyhmään kuuluvilla oli selvästi enemmän vaikeuksia kuin edellä esitetyissä perustoiminnoissa. Eniten vaikeuksia aiheuttivat pihatyöt, autolla ajaminen, liikkuminen yleisillä kulkuneuvoilla sekä raskaat kotityöt (siivoaminen ja pyykinpesu (taulukko 4). Ainakin silloin, jos on vaikeuksia yleisissä liikennevälineissä liikkumisessa, kotitöissä ja kauppa-asioiden hoitamisessa, voidaan henkilön katsoa kuuluvan tietyllä tavalla riskiryhmään ja tarvitsevan palveluja.

Tämä toimintakykymittarin osa (IADL-toiminnot) näyttäisi soveltuvan varsin hyvin (on riittävän erottelukykyinen) tutkimuksen koko kohderyhmälle. Tosin joihinkin osioihin liittyy ongelmia. Autolla ajoa koskevaan kysymykseen 48 henkilöä jätti vastaamatta. Heille kysymys ei ilmeisestikään ollut relevantti. Toisaalta vastanneista 67 % oli sitä mieltä, että selviää auton ajamisesta vaikeuksista. Pihatöitä koskevaan kysymykseen jätti vastaamatta 19 % (n=21) kohdejoukosta. Suurin osa näistä henkilöistä lienee sellaisia, joilla ei ole omaa pihaa.

Muutamat kysymykset olivat ns. sukupuolispesifejä (esim. pyykinpesu, ruoanlaittaminen). Kun miehet vastaavat näihin kysymyksiin, että he eivät autettunakaan niistä selviä tai tarvitsevat toisen henkilön apua, ei se merkitse sitä, etteivätkö miehet fyysisen toimintakykynsä puolesta kykenisi näitä toimintoja tekemään. Kysymys on siitä, että he eivät ole niitä koskaan tehneet, eivätkä siis osaa kyseisiä toimintoja tehdä.

Päivittäisistä perustoiminnoista (PADL) ja asioiden hoitamisesta (IADL) on mahdollista laskea toimintakykyindeksit (summapistemäärät) ja käyttää niiden antamaa informaatiota esimerkiksi kuntoutustarvetta arvioitaessa. Tämähän oli alkuperäinen suunnitelma. Silloin eri vaihtoehdot (en pysty autettunakaan ... selviän vaikeuksista) voidaan pisteyttää 1–5 ja laskea summapistemäärät. Myös näiden kahden osa-

alueen yhteisen summapistemäärän laskeminen on teoreettisesti perusteltua. Suuri pistemäärä tarkoittaa siis hyvää toimintakykyä.

Laskimme edellä mainitulla tavalla PADL-, IADL- ja kokonaisindeksien jakaumat. PADL-indeksillä (teoreettinen vaihteluväli 8–40) lähes 80 % vastaajista sai joko arvon 39 tai 40 eli heidän toimintakykynsä oli hyvä ja he selviävät vaikeuksista kysytyistä toiminnoista. Summapistemäärän 25–38 sai noin 15 % vastaajista. Heillä on ”keskimäärin jonkin verran vaikeuksia” kysytyissä toiminnoissa, joten heidän toimintakykyään on syytä tarkastella tarkemmin eri toimintojen osalta. Selvä riskiryhmä fyysisen toimintakyvyn suhteen on 24 pistettä tai vähemmän saaneet, joita tässä aineistossa oli 4 % (neljä henkilöä). He tarvitsevat varmasti apua monissa päivittäisissä toiminnoissa. Vastaavalla tavalla voidaan tehdä luokittelu IADL-indeksin (teoreettinen vaihteluväli 8–40) suhteen. Tässä indeksissä jakauma on kuitenkin jonkin verran erilainen. Summapistemäärän 39–40 sai 20 % vastaajista. Toisin sanoen he selvisivät vaikeuksista kaikista IADL-toiminnoista. Niiden osuus, joilla oli ainakin jonkin verran vaikeuksia (summapistemäärä 25–38), oli 60 %. Tämän jaottelun perusteella riskiryhmään IADL-toimintojen suhteen (summapistemäärä 8–24) sijoittui 20 % vastaajista. Jakaumassa näyttäisi 30 pisteen paikkeilla olevan eräänlainen kynnyks.

Se on osittain selitettävissä ”pihatöillä” ja ”autolla ajamisella”. Jos jätti vastaamatta näihin kohtiin (kuten monet tekivät), niin se tarkoitti nollaa summapistemäärää laskettaessa. Kokonaisindeksi noudatti melko tarkasti IADL-indeksin jakaumaa paitsi, että siinä oli teoreettinen vaihteluväli 18–80. Indeksien laskuperusteet ja esitetyt rajat ovat tietysti sopimuksenvaraisia, mutta tarjoavat yhden esimerkin indeksien käytömahdollisuudesta.

Indeksien (summapistemäärien) laskemisessa ongelmaksi osoittautuivat puuttuvat tiedot. Yksi mahdollisuus on laskea ilmoitettujen toimintojen keskiarvo (puuttuvat toiminnot jätetään pois) ja käyttää sitä toimintakykyindeksinä. Toinen summapistemäärään liittyvä ongelma on, että kaikki kysymykset eivät ole relevantteja kaikille (esimerkiksi autolla ajaminen ja pihatyöt eivät koske läheskään kaikkia). Ongelmia syntyy myös ns. naisten tai miesten töistä, jotka eivät aina välttämättä koske molempia sukupuolia. Toimintakykyindeksiin tai summapistemäärään liittyvä ongelma on myös se, että osa informaatiosta katoaa. Riittävän suuri toimintakyvyn vajaus yhdessäkin toiminnoissa voi johtaa toimintakyvyttömyyteen, vaikka se indeksissä ei juurikaan näy. Toisaalta käytettäessä indeksiä toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten selvittämiseen, saattaa käydä niin, että joissakin toiminnoissa tapahtuu paranemista ja toisissa huononemista, jolloin indeksi saattaa pysyä muuttumattomana.

Palveluilla pyritään kattamaan sitä vajetta, joka syntyy ympäristön asettamien vaatimusten ja heikentyneen toimintakyvyn välille. Tutkimuksen kohderyhmä ei juurikaan käyttänyt palveluja, mikä johtunee pääasiassa siitä, että tutkittu joukko oli keskimäärin varsin hyväkuntoinen. He eivät vielä tarvitse palveluja. Vastaajista 21 % ilmoitti käyttäneensä ainakin muutaman kerran vuodessa siivouspalveluja ja kaupapalvelujen kohdalla vastaava luku oli 9 %. Nämä luvut näyttäisivät vastaavan suunnilleen palvelujen tarvetta. Muita palveluja käytti vain muutama henkilö. Turvapalvelut olivat suurelle osalle tuntemattomia. Jotkut vastaajista tunnistivat ne turvapuhelimiksi.

Sosiaalinen toiminta voidaan jakaa epäviralliseen (informaaliseen) ja viralliseen (formaaliseen) osallistumiseen. Informaalisia kontakteja edustavat mm. sukulaisten ja ystävien tapaaminen. Formaalista sosiaalista osallistumista kuvaa taas esimerkiksi osallistuminen kerhotoimintaan. Epäviralliset kontaktit (informaalinen osallistuminen) olivat kohdejoukossa selvästi yleisempiä kuin virallinen sosiaalinen osallistuminen. Lapsiaan vähintään kerran kuukaudessa tapasi 92 % ja lastenlapsiaan 81 % vastaajista. Sukulaisten kanssa tekemisissä ainakin kuukausittain oli 60 % ja naapureitaan tapasi päivittäin 41 % kohdejoukosta. Toisaalta ei koskaan tai vain muutaman kerran vuodessa lapsiaan tapasi 8 %, lastenlapsiaan 19 % ja muita sukulaisiaan 40 % vastaajista.

Virallista (formaalista) sosiaalista osallistumista kuvaavat toiminnot on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Erilaisiin sosiaalisiin toimintoihin osallistuneiden prosenttiosuudet kohdejoukossa

Toiminto	%
Kerhotoiminta (vähintään kerran kuukaudessa)	25
Seurakuntatoiminta (vähintään kerran kuukaudessa)	16
Ohjatut 65 vuotta täyttäneiden liikuntapalvelut (viikoittain)	13
Vapaaehtoistoiminta (vähintään kerran kuukaudessa)	11
Opintotoiminta (viikoittain)	6

Matkustus oli kohderyhmässä suosittua. Ainakin muutaman kerran vuodessa kotimaassa matkaili 78 % ja ulkomailla 34 % vastaajista.

Toimintakykymittarissa käytetyt sosiaalisia toimintoja kuvaavat osiot näyttäisivät toimivan hyvin. Ne kuvaavat kuitenkin vain yhtä sosiaalisen toimintakyvyn osa-aluetta. Kokonaisuutena sosiaalinen toiminta-

kyvyn käsite on varsin laaja ja moniulotteinen, joten sitä ei muutamalla yksinkertaisella kysymyksellä kyetä kattamaan (esim. Jyrkämä 2003).

Vastaajista 14 % koki yksinäisyyttä ainakin kerran viikossa. Toisaalta 59 % ei tuntenut itseään koskaan yksinäiseksi. Kohderyhmästä kahdeksan henkilöä oli sitä mieltä, että elämä tuntui tyhjältä päivittäin tai viikoittain, kun taas 68 % koki, ettei elämä tunnu koskaan tyhjältä. Nämä kysymykset liittyvät psyykkiseen toimintakykyyn. Varsinaisesti ei voida puhua psyykkisen toimintakyvyn mittaamisesta, sillä psyykinen toimintakyky on niin laaja ja monimutkainen kokonaisuus, että sitä ei parilla kysymyksellä voi mitenkään kuvata (vrt. Ruoppila 2002, Vanhuden voimavarat). Sen sijaan yksittäisinä kysymyksinä ne erottelevat ryhmiä. Niiden avulla voidaan löytää henkilöitä esimerkiksi yksinäiset tai mahdollisesti masentuneet (elämä tuntuu tyhjältä), jotka ovat ehkä avun tarpeessa.

8.3.4. Toimintakykymittarin yhteys taustatekijöihin

Toimintakykymittaria arvioitiin myös siitä näkökulmasta, miten hyvin se oli yhteydessä joihinkin taustatekijöihin. Voidaan ajatella, että puolen vuoden aikana usein kaatuneilla henkilöillä tai itsensä sairaaksi tuntevilla on huonompi toimintakyky kuin muilla. Tämän pitäisi näkyä myös toimintakykymittarissa. Taustamuuttujina tässä tarkastelussa olivat sukupuoli, ikä, koettu terveydentila ja kaatumiset. Analyysit on tehty käyttäen hyväksi ristiintaulukointia. Tilastollisia testejä (khinelliöanalyysi) ei ole esitetty tässä raportissa, mutta niitä on käytetty tukena tehtäessä johtopäätöksiä taustatekijöiden ja toimintakyvyn välisistä yhteyksistä.

Päivittäisistä toiminnoista (PADL-toiminnot) selviytymisessä miesten ja naisten välillä oli pieniä eroja. Tosin tutkimuksen kohdejoukko oli pieni ja valikoitunut, joten kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä ei voida tehdä. Kuitenkin näyttäisi siltä, että tässä aineistossa miehillä oli useimmissa toiminnoissa enemmän vaikeuksia kuin naisilla. Selvimät erot olivat peseytymisessä suihkussa tai saunassa, jossa oli paljon vaikeuksia tai tarvitsi toisen henkilön apua 15 % miehistä ja viisi prosenttia naisista sekä portaissa liikkumisessa (paljon vaikeuksia 17 %:lla miehistä ja 11 %:lla naisista).

Erityisen selvästi sukupuolierot olivat nähtävissä monissa asioiden toimittamiseen liittyvissä tehtävissä (IADL-toiminnot) (taulukko 6). Miehillä oli vaikeuksia ruoanlaittamisessa ja pyykinpesussa. Naisilla taas autolla ajamisessa, pihatöissä ja yleisillä kulkuneuvoilla liikkumisessa.

Taulukko 6. Niiden henkilöiden osuudet (%), joilla oli paljon vaikeuksia, tarvitsivat apua tai eivät selviytyneet autettunakaan IADL-toiminnoissa miehillä ja naisilla.

Toiminto	Miehet (n=41)	Naiset (n=65)
Ruoanlaittaminen	27	5
Pyykinpesu	31	9
Autolla ajaminen	18	44
Pihatyöt	23	39
Yleisillä kulkuneuvoilla liikkuminen	15	25
Siivoaminen	24	20
½ km kävely ulkona ilman lepotaukoja	13	11
Kauppa-, pankki- yms. asioiden hoitaminen	17	14

Sosiaalisessa toiminnassa sukupuolien välillä ei juurikaan ollut eroja. Sen sijaan yksinäisyyttä koki päivittäin tai viikoittain hieman useampi nainen (16 %) kuin mies (10 %), ja elämänsä tunsu tyhjäksi 10 % naisista ja 5 % miehistä. Terveystään piti ainakin melko hyvänä 16 % naisista ja 28 % miehistä. Kipu häiritsi päivittäin lähes joka toisen naisen (48 %) elämää. Miehillä vastaava luku oli selvästi pienempi (21 %). Kaatumisissa miesten ja naisten välillä ei ollut eroja. Ne harvat, jotka palveluja käyttivät, olivat lähes aina naisia. Poikkeuksena oli siivouspalvelu. Sitä käytti ainakin muutamia kertoja vuodessa 25 % naisista ja 13 % miehistä.

Ikäryhmittäisessä tarkastelussa aineisto jaettiin kolmeen ikäryhmään (73–74-, 77–78- ja 83–84-vuotiaat). Päivittäisissä perustoiminnoissa (PADL-toiminnot) vaikeuksia ilmeni lähinnä vanhimmassa ikäryhmässä. Selvimät ikäryhmäerot olivat peseytymisessä suihkussa tai saunassa, pukeutumisessa ja riisuuntumisessa, vuoteeseen menossa ja sieltä ylösnousussa sekä liikkumisessa asunnossa ja portaissa (taulukko 7). Näissä toiminnoissa vanhimpaan ikäryhmään kuuluvilla oli selvästi eniten vaikeuksia.

Taulukko 7. Niiden henkilöiden osuudet (%), joilla oli ainakin jonkin verran vaikeuksia PADL-toiminnoissa eri ikäryhmissä.

Toiminto	73–74-vuotiaat (n=47)	77–78-vuotiaat (n=31)	83–84-vuotiaat (n=26)
Peseytyminen suihkussa tai saunassa	11	13	31
Pukeutuminen ja riisuuntuminen	11	12	31
Vuoteeseen meno ja sieltä ylösnousu	7	10	19
Liikkuminen asunnossa	2	10	19
Liikkuminen portaissa	6	10	31
Peseytyminen (hampaat, kasvot ym.)	9	3	13
WC-toiminnot	7	3	8
Ruokailu	6	3	8

IADL-toiminnoissa selvimmät ikäryhmäerot olivat pyykinpesussa, siivoamisessa ja ½ kilometrin kävelyssä. Yleisillä liikennevälineillä kulkemisessa ja asioiden hoitamisessa (kauppa-, pankki- yms. asiat) vaikeuksia oli eniten vanhimmassa ikäryhmässä. Mielenkiintoista oli, että pihatöiden tekemisessä (niillä, jotka ilmoittivat tekevänsä pihatöitä) eniten vaikeuksia oli nuorimmassa ja vähiten vanhimmassa ikäryhmässä.

Sosiaalisia kontakteja (Kuinka usein olette tekemisissä lastenne kanssa?) oli vähiten vanhimpaan ikäryhmään kuuluvilla. Yksinäisyyttä koettiin eniten vanhimmassa ikäryhmässä. Sosiaalisissa toiminnoissa oli pieniä eroja ikäryhmien välillä. Eniten toimintoja oli nuorimmalla ja vähiten vanhimmalla ikäryhmällä. Selkein ero oli matkustamisessa ulkomaille. Nuorimmasta ikäryhmästä lähes puolet (48 %), keskimäisestä 33 %, mutta vanhimmasta ikäryhmästä vain 13 % (kolme henkilöä) oli käynyt ulkomaille viimeisen vuoden aikana. Palveluista ikäryhmittäisiä eroja oli siivouspalveluissa. Niitä käytti eniten vanhin ikäryhmä.

Koetun terveydentilan osalta muodostettiin kolme ryhmää: hyvän (n=21), tyydyttävän (n=67) ja huonon (n=16) terveyden omaavat. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen (PADL-toiminnot) kannalta tulokset olivat selkeät ja johdonmukaiset. Kaikista toiminnoista selvisivät parhaiten ne, jotka kokivat terveytensä hyväksi, ja eniten vaikeuksia oli niillä, joiden terveydentila heidän oman arvionsa mukaan oli huono. IADL-toimintojen osalta tilanne oli samanlainen.

Sosiaaliin kontakteihin koettu terveydentila ei näyttänyt juurikaan vaikuttavan. Sen sijaan yksinäisyyttä kokivat eniten ne, joiden terveydentila oli huono. Eritäin selvät erot terveydentilan suhteen olivat kivun kokemisessa. Hyvän terveyden omaavista 10 % ilmoitti kivun häirit-

sevän päivittäin, tyydyttäväksi terveytensä kokeneilla vastaava luku oli 36 % ja huonoksi terveytensä kokeneilla peräti 81 %. Sosiaalista toiminnoista selvimmän terveydentilaan oli yhteydessä ”matkustus kotimaassa”. Terveydentilansa hyväksi kokeneet matkustivat eniten ja terveytensä huonoksi kokeneet vähiten. Siivouspalvelu, joka oli oikeastaan ainoa käytetty palvelu, ei ollut yhteydessä koettuun terveyteen.

Kaatumisten suhteen kohdejoukko jaettiin kahteen ryhmään: viimeisen puolen vuoden aikana ”kaatuneet” (n=34) ja ”ei-kaatuneet” (n=60). Vaikka erot ”kaatuneiden” ja ”ei-kaatuneiden” välillä toimintakykymitararin osioissa eivät olleetkaan yhtä selviä kuin terveydentilan kohdalla, niin ne olivat kuitenkin johdonmukaisia. ”Ei-kaatuneilla” oli kaikissa PADL- ja IADL-toiminnoissa vähemmän vaikeuksia kuin ”kaatuneilla”. Erityisen selvästi erot tulivat esille peseytymisessä suihkussa tai saunassa, liikkumisessa portaissa, pihatöissä, autolla ajamisessa ja kulkemisessa yleisillä kuluneuvoilla. Sosiaalisissa kontakteissa tai sosiaalisissa toiminnoissa ryhmien välillä ei ollut eroja. Sen sijaan yksinäisyyttä ”kaatuneet” kokivat jonkin verran enemmän kuin ”ei-kaatuneet”. ”Kaatuneet” käyttivät myös joitakin palveluja (siivouspalvelu, päivätoiminta) enemmän kuin ”ei-kaatuneet”. Häiritsevää kipua päivittäin koki 30 % ”ei-kaatuneista”, mutta peräti 53 % ”kaatuneista”.

8.4. Asiakaskysely toimintakykymittarista

Vastaajien mielipiteitä toimintakykymittarista selvitettiin postikyselyllä (liite 4). Kyselylomake lähetettiin kaikille kohderyhmään kuuluville (n=138). Sen palautti 88 henkilöä, joten vastausprosentiksi tuli 64. Lomakkeen palauttaneista oli naisia 64 % (n=56) ja miehiä 36 % (n=32). Ikäjakauma oli: 73–74-vuotiaita 45 % (n=38), 77–78-vuotiaita 27 % (n=23) ja 83–84-vuotiaita 28 % (n=24). Lähes kaikki (97 %) asiakaskyselyyn osallistuneista ilmoitti palauttaneensa toimintakykylomakkeen. Heistä 87 % oli sitä mieltä, että lomakkeen täyttäminen oli helppoa. Noin puolet (48 %) terveyskeskuksessa toimintakykylomakkeen täyttäneistä vastasi, että sen täyttäminen terveyskeskuksessa oli järjestetty hyvin. Sen sijaan vain 10 % eli kolme henkilöä terveyskeskuksessa toimintakykylomakkeeseen vastanneista (n=30) ilmoitti, että toimintakykyyn liittyviä asioita käsiteltiin lääkärin vastaanotolla. Lomakkeen kysymyksiä voidaan pitää onnistuneina, sillä 81 % vastaajista sanoi, että siinä käsiteltiin toimintakyvyn kannalta olennaisia asioita, ja 85 % oli sitä mieltä, että on hyödyllistä selvittää toimintakykyä itse täytettävällä lomakkeella. Asiakaskyselyyn vastanneiden mielestä olisi pitänyt selvittää vielä seuraavia toimintakykyyn liittyviä asioita: fyysinen kunto, muistin tutkimus, kodinhoitoon liittyvät asiat, taksin käytön tarpeellisuus, selviytyminen arkielämän vaikeuksista, tasapainoon liittyvät on-

gelmat, sairauksien merkitys ja terveyshuoltoon liittyvät toimenpiteet (kynsien leikkuu, hieronta, selkäluomien tarkastus).

Vajaa kolmasosa (n=20) vastaajista halusi uusia palveluja toimintakyvyn parantamiseksi. Näitä olivat ohjattu liikunta, tietoa vanhuudesta, kylpylälomat, terveyshuoltopalvelut, fysioterapia, vammaisten taksikortti, päivätoiminta, fysikaalinen hoito ja hieronta, jutteluseura ja apu raskaissa kotitöissä. Kaikki palveluja halunneista eivät nimenneet niitä tarkemmin, ja jotkut ehdottivat useita palveluja. Noin viidesosa (n=12) vastaajista sanoi, että oli pystynyt itse vaikuttamaan siihen, millaista tukea hän kunnalta sai toimintakyvyn kehittämisessä.

Jatkotoimenpiteitä toimintakykylomakkeen täyttämisen jälkeen kohdistettiin 18 %:lle (n=13) vastaajista. Taulukossa 8 on esitetty kyseiset toimenpiteet. Jotkut olivat saaneet useampiakin palveluja.

Taulukko 8. Toimintakykyarvioinnin jälkeen tehdyt jatkotoimenpiteet

Toimenpide	Lukumäärä
Aika fysioterapeutille tai kuntoutusneuvola	6
Kuntoutuspalvelut	4
Apuvälineet	4
Kuljetuspalvelut	3
Aika sosiaalityöntekijälle	2
Asunnon muutostyöt	2
Siivouspalvelu	2
Arviointijakso Tapailakodin kuntoutusyksikössä	2
Muu laitospalvelusjakso	2
Liikuntapalvelut	1
Kodinhoidon ohjaajan käynti	1
Turvapalvelut	1
Muuta	4

Noin viidesosa (n=7) niistä, jotka olivat jatkotoimenpiteiden kohteena, oli jo saanut tarjottua apua. Viisi henkilöä oli sitä mieltä, että apu oli parantanut heidän toimintakykyään. Suunnilleen sama määrä (n=6) arveli, että he olivat itse pystyneet vaikuttamaan annettuun apuun.

9. Yhteenveto ja johtopäätökset

Seuraavassa on esitetty yhteenveto arvioinnin keskeisimmistä huomioista ja johtopäätöksistä. Tiedot on ryhmitelty arvioinnin tärkeimpien osa-alueiden mukaisesti: toimintakykymittari, toimintamallin vaikuttavuus, hoitopolkujen kuvaus, moniammatillisen tiimin toimivuus sekä toimintamallin ja kokeiluhankkeen toteutus.

9.1 Toimintakykymittari

Arvoikä-hankkeen puitteissa kehitetyn toimintakykymittarin (kyselylomake) avulla pyrittiin löytämään toimintakyvyltään heikentyneet ikäihmiset ja ohjaamaan heidät kuntoutustoiminnan piiriin. Kohderyhmänä olivat 73-, 77- ja 83-vuotiaat janakkalalaiset. Käytännön syistä kohderyhmäksi valittiin terveyskeskukseen lääkärin vastaanotolle haakeutuneet tietynikäiset henkilöt. Tämän tutkimuksen puitteissa ei ollut mahdollista selvittää, miten hyvin kohderyhmä edustaa 73-, 77- ja 83-vuotiaita janakkalalaisia. Saattaa olla, että joukosta ovat jääneet pois ne, joiden toimintakyky on hyvin huono ja jotka ehkä eniten tarvitsisivat erilaisia palveluja ja kuntoutustoimenpiteitä.

Itsearvioitua toimintakykyä mittaava kyselylomake sisälsi useita eri osa-alueita: päivittäiset perustoiminnot (PADL), asioiden hoitaminen (IADL), sosiaaliset toiminnot, palvelut, psyykinen toimintakyky ja taustamuuttujat (syntymäaika, sukupuoli, kaatumisten lukumäärä, terveydentila ja asumismuoto). Lomake oli huomattavasti lyhyempi ja yksinkertaisempi kuin aikaisemmassa Ikikunto kylille -hankkeessa käytetty toimintakykymittari. Arvoikä-hankkeen yhtenä tavoitteena olikin löytää suhteellisen yksinkertainen ja helppokäyttöinen mittari ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin.

Päivittäisistä perustoiminnoista tutkittavilla oli eniten vaikeuksia portaissa liikkumisessa, peseytymisessä sekä pukeutumisessa ja riisuuntumisessa. Suurin osa vastaajista selviytyi näistä toiminnoista vaikeuksitta. Sen sijaan asioiden hoitamisessa (IADL-toiminnot) kohderyhmään kuuluvilla oli selvästi enemmän vaikeuksia kuin edellä esitetyissä perustoiminnoissa. Eniten vaikeuksia aiheuttivat pihatyöt, autolla ajaminen, liikkuminen yleisillä kulkuneuvoilla sekä raskaat kotityöt (siivoaminen ja pyykinpesu). Vaikeudet yleisissä liikennevälineissä liikkumisessa, kotitöissä ja kauppa-asioiden hoitamisessa tarkoittavat sitä, kyseinen henkilö kuuluu tavallaan riskiryhmään ja tarvitsee palveluja. Päivittäisiä perustoimintoja kuvaava toimintakyvyn osa-alue (PADL-toiminnot) soveltui oikeastaan vain vanhimman ikäryhmän arviointiin, sen sijaan asioiden hoitamista (IADL-toiminnot) koskeneet kysymykset olivat käyttökelpoisia kaikissa ikäryhmissä.

Tarkastelu taustatekijöiden (sukupuoli, ikä, koettu terveys, kaatumiset) suhteen osoitti, että mittarin molemmat osat (PADL- ja IADL-toiminnot) ovat valideja toimintakykymittareita. Tosin sanoen käytetyt kysymykset näyttävät mittavan sitä, mitä niiden toivotaankin mittaavan. Mittarit toimivat hyvin myös siinä mielessä, että niiden avulla on mahdollista löytää toimintakyvyn suhteen ns. riskiryhmiä tai -henkilöitä.

Tutkimuksen kohderyhmä käytti palveluja hyvin, mikä johtunee pääasiassa siitä, että tutkittu joukko oli varsin hyväkuntoinen. He eivät vielä palveluja tarvitse. Ainoa palvelu, jota käytettiin suuremmassa määrin, oli siivouspalvelu.

Toimintakykymittarissa käytetyt sosiaalisia toimintoja kuvaavat osiot toimivat hyvin. Ne ilmensivät kuitenkin vain yhtä sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueita, eivät sosiaalista toimintakykyä kokonaisuutena. Sama huomautus koskee psyykkistä toimintakykyä, sitä ei voida korottaa parilla kysymyksellä.

Sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn liittyviä kysymyksiä oli siis liian vähän, joten ne antoivat vain hyvin pinnallisen kuvan näistä toimintakyvyn osa-alueista. Yksittäisinä kysymyksinä ne kyllä toimivat (esim. yksinäisyyttä tai sosiaalisia kontakteja kuvaavat kysymykset sekä kivun kokeminen), jolloin ne ovat käyttökelpoisia mm. jo edellä mainitussa riskiryhmien tai -henkilöiden etsinnässä. Sen sijaan sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn laajamittaiseen arviointiin tarvitaan uusia teoreettisia lähtökohtia ja selvästi enemmän kysymyksiä.

9.2 Toimintamallin vaikuttavuus

Kiireellisestä aikataulusta johtuen toimintamallin vaikuttavuutta ei pystytty selvittämään alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Sen mukaan toimintakykylomakkeella olisi tehty ennen–jälkeen-mittaukset ja niiden välissä asiakkaat olisi ohjattu kuntouttaviin palveluihin. Nyt vaikuttavuutta arvioitiin vain asiakkaille tehdyllä kyselyllä (liite 4). Asiakaskyselyyn vastanneista 13 oli saanut jotain ohjeita jatkotoimenpiteistä. Yleisimmät toimenpiteet olivat aika fysioterapeutille tai kuntoutusneuvolaan, kuntoutuspalveluja tai apuvälineitä. Viisi henkilöä seitsemästä jatkotoimenpiteitä saaneista oli sitä mieltä, että apu oli parantanut heidän toimintakykyään. Henkilöiden lukumäärät olivat kuitenkin niin pieniä, että kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä niistä ei voi tehdä.

9.3 Hoitopolkujen kuvaus

Moniammatillisen tiimin (kuntoutusryhmän) tarkoituksena oli laatia jatkotoimenpiteitä sisältäviä hoitopolkuja niille asiakkaille, joilla itsearviointitietojen mukaan ilmeni selkeitä toimintakykyongelmia. Tarvittavat jatkotoimenpiteet kirjattiin kuntoutussuunnitelmiksi Effica-tietojärjestelmään. Moniammatillinen tiimi ehti kevään aikana laatia jatkotoimenpiteitä sisältäviä kuntoutussuunnitelmia yhteensä 45 asiakkaalle³.

Tarkkaa kuvaa toimintamallin aikana syntyneistä hoitopoluista ei ehditty saada, sillä jatkotoimenpiteiden laajaan toteuttamiseen ja seurantaan ei aika riittänyt. Jatkotoimenpiteitä saatiin kuitenkin vireille ja asiakkaita ohjattiin tarvittavien palveluiden piiriin.

Jatkotoimenpiteet olivat luonteeltaan yhteydenottoja (esim. lääkärin, fysioterapeutin tai sosiaalityöntekijän yhteydenotto), joissa selvitetään asiakkaan tilanne tarkemmin ja tarjotaan toimintakykyä tukevia palveluja. Tarjottavat palvelut olivat pitkälti kuntaorganisaation omia – lähinnä terveyskeskuksesta tarjottavia palveluja – sekä muita julkisia palveluja. Esillä olivat etenkin fysioterapian tarjoamat palvelut ja erilaiset kuntoutuspalvelut. Sen sijaan paikallisten yritysten ja järjestöjen tarjoamien palvelujen hyödyntäminen ei tullut suunnitelmissa selkeästi esille.

³ Koska kevään aikana ei ehditty katsomaan kaikkia kerättyjä lomakkeita, laadittiin kuntoutussuunnitelmia vielä kesän jälkeen kahdessa kokouksessa. Näissä kokouksissa kuntoutussuunnitelmat laadittiin 20 asiakkaalle. Tässä vaiheessa miltei kaikki kerätyt lomakkeet oli katsottu.

9.4 Moniammatillisen tiimin toimivuus

Moniammatilliseen tiimiin (kuntoutusryhmän) tehtävänä oli valita itsearviointitietojen perusteella ne asiakkaat, joille kirjoitetaan kuntoutussuunnitelma ja jotka ohjataan näin tarvittaviin jatkotoimenpiteisiin. Ryhmään kuuluivat avohoidon ylilääkäri, vastaava fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, kotihoidon ohjaaja, vastaava ohjaaja vanhainkodista, sairaanhoitaja vanhainkodin kuntoutusyksiköstä sekä sairaalan vastaava hoitaja. Ryhmä oli siis kokoonpanoltaan varsin monipuolinen, mikä mahdollisti moniammatillisen keskustelun ja toimintakykyongelmien kokonaisvaltaisen tarkastelun. Puutteellista oli kuitenkin se, että ryhmässä ei ollut yhtään edustajaa toiselta kokeilualueelta, Tervakoskelta.

Moniammatillisen tiimin tehtäväkuva ja sisäinen työnjako ei ollut kokeilun alussa selvillä. Erityisesti tiimin rooli kehittämistyössä ja kokeiluhankkeen järjestelyissä oli epäselvä. Käytännössä tiimi koostui tiivistä asiakastyötä tekevista henkilöistä, joiden kenenkään työnkuvaa ei ollut muutettu kokeilun ajaksi siten, että aikaa olisi osoitettu myös kehittämistyöhön. Tiimistä saikin vaikutelman, että se näki itsensä enemmän kuntoutusarvioinnin asiantuntijaryhmänä kuin kehittämiskokeilun työryhmänä. Tilanteen epäselvyyttä korosti se, että ryhmän tehtäväkuvasta, kokoonpanosta ja sisäisestä työnjaosta ei ollut olemassa kirjallista dokumenttia. Myöskään ryhmän kokouksista ei kirjoitettu muistioita.

Vaikka tiimin työskentelytapaa ei ollut suunniteltu tarkasti, vakiintui ryhmän toiminta suhteellisen nopeasti siinä vaiheessa, kun ryhmässä päästiin keskittymään moniammatilliseen toimintakykyarviointiin (itsearviointitietojen läpikäyntiin ja kuntoutussuunnitelmien laatimiseen). Koska lomakkeista laskettavat toimintakykyindeksit eivät olleet käytössä, käytiin palautetut itsearviointilomakkeet selaamalla lävitse. Lomakkeiden selailu osoittautui kuitenkin toimivaksi tavaksi synnyttää moniammatillista keskustelua. Lisäksi asiakkaiden tilanteen kartoittaminen toteutui kokonaisvaltaisesti: fyysisten toimintakykyongelmien lisäksi huomiota kiinnitettiin myös sosiaalisiin ja psyykkisiin toimintakykyongelmiin.

Kuntoutussuunnitelmien laadinta toteutui ryhmässä varsin tehokkaasti. Jos henkilöllä oli lomakkeen mukaan selkeitä ongelmia, hänen tietonsa etsittiin Effica-ohjelmasta ja heijastettiin dataprojektorilla koko ryhmän nähtäväksi. Henkilön tietoja käytiin Efficassa selailen lävitse ja ohjelman Kuntoutuspalvelut-lehdelle kirjoitettiin Arvoikä-hankkeen kuntoutusryhmän huomiot.

Vaikka työskentely oli tehokasta, ei käytössä ollut aika (1–2 tuntia joka toinen viikko) riittänyt muuhun kuin kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja jatkotoimenpiteiden vireille saattamiseen. Tarjottavien palvelujen tarkempaan suunnitteluun ja jatkotoimenpiteiden toteutumisen seurantaan ei ehditty kunnolla paneutumaan. Arviointihaastatteluissa tuotiinkin esille huoli siitä, miten asiat etenevät sen jälkeen, kun toimintakykyongelmia löydetään: pystytäänkö tarvittavaa apua antamaan? Pelkona siis oli, että vaikka toimintamallilla saadaankin tietoa ihmisten ongelmista ja tarpeista, ei ole varmaa, pystytäänkö tarpeisiin vastaamaan ja onko avun antamiseen resursseja.

Jatkotoimenpiteitä suunniteltaessa palvelutarjonnan painopiste oli kuntaorganisaation omissa palveluissa. Muut paikalliset palveluvaihtoehdot, kuten yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut, eivät olleet kovin selkeästi esillä. Jotta paikallinen palvelutarjonta olisi tullut laajemmin huomioituksi, tiimi olisi tarvinnut käyttöönsä palveluoppaan, johon toimintakykyä tukevat palvelut olisi koottu kattavasti.

Kaiken kaikkiaan moniammatillisen tiimin toiminta oli kuntoutussuunnittelussa osaavaa ja asiantuntevaa. Ikääntyvien toimintakykyongelmia kartoittavalle, moniammatilliselle kuntoutusryhmälle oli haastattelujen mukaan selkeästi tarvetta.

9.5 Toimintamallin ja kokeiluhankkeen toteutus

Arvoikä-hankkeen ja hankkeessa kokeillun toimintamallin arvioinnissa kartoitettiin ensin hankkeen keskeiset tavoitteet (sekä ylätason tavoitteet että konkreettisemmat alatavoitteet). Tämän jälkeen katsottiin, miten keskeiset työvaiheet lopulta toteutuivat, mitä jäi toteutumatta ja mitkä olivat toiminnan keskeiset ongelmakohdat. Toimintamallin työvaiheiden toteutus (toimintamalli prosessina) katsottiin erikseen ja kokeiluhankkeen toteutus (kokeiluhanke prosessina) erikseen.

Arvioinnissa ilmeni, että hankkeen yleiset päätavoitteet olivat selkeät ja ne pohjautuivat johdonmukaisesti Janakkalan kunnan vanhustyön strategiaohjelmaan ja kunnassa aiemmin tehtyyn kehittämistyöhön (Iki-kunto kylille -hanke 2001–2003). Tavoiteltua toimintamallia pidettiin arviointihaastatteluissa selkeänä ja järkevänä.

Vaikka toimintamallia ja sen perusideaa pidettiin hyvänä, mallin käyttöön ottaminen ei kokeilussa sujunut ongelmitta. Toteutuksessa ilmeni mm. seuraavia ongelmia: itsearviointilomakkeiden jakelu ei aluksi sujunut, lomaketietojen käsittelyyn suunniteltu ohjelma ei toiminut odotetusti, kaikkia suunniteltuja työvaiheita ei pystytty toteuttamaan

(toimintakyvyn 2. mittaus), jatkotoimenpiteiden toteutukseen ei päästy riittävässä laajuudessa ja jatkotoimenpiteiden seuranta ei ehditty kunnolla toteuttamaan. Lisäksi moniammatillisen tiimin sisäinen työnjako ei ollut alussa selvä ja myös kokeiluhankkeen keskeisten toimijoiden (HAMK, Janakkalan kunta ja Ikäinstituutti) välisessä työnjaossa oli epäselvyyttä.

Hankkeen toteutuksessa ilmenneisiin ongelmiin vaikutti erityisesti se, että kokeilun aikataulu oli liian tiukka, jotta kokeilun monet erilaiset työvaiheet ja niihin liittyvät osatavoitteet olisi voitu toteuttaa. Käytännössä joko kokeiluaikaa olisi pitänyt pidentää tai sitten toteutusta olisi tullut rajata työvaiheita ja osatavoitteita karsimalla. Lisäksi hankkeessa oli mukana suhteellisen paljon toimijoita ja kehittämisvastuu ei jakautunut selkeästi.

Tiukan aikataulun lisäksi toteutusta vaikeutti hankkeen suunnittelun ja toteutuksen riittämätön kirjallinen dokumentointi. Kokeiltava toimintamalli työvaiheineen ja vastuutahoineen oli kuvattu suhteellisen tarkasti, mutta itse kokeiluhankkeen toteutusta (työvaiheet, aikataulut, resurssit, vastuutahot ja työnjako) ei ollut mietitty riittävän yksityiskohtaisesti.

Toteutuksen ongelmiin vaikutti myös se, että uuteen kehittämiskokeiluun liittyvä tiedotus ja motivointi jäivät puutteelliseksi sekä terveyskeskusten henkilökunnan että kuntalaisten osalta. Toimintamallin toteutuksen eri osapuolet (mm. lääkärit ja vastaanoton henkilökunta) olisivat tarvinneet kohdennetumpaa ja suurempaa tiedotusta. (Nyt tieto kulki ilmeisesti enimmäkseen esimiesportaiden kautta, eikä kaikki tieto näin kulkeutunut ”ketjun” loppupäähän asti.) Myös kokeiluhankkeen eri osapuolten välillä tiedonkulku olisi voinut olla tehokkaampaa.

Vaikka kokeilun organisoinnissa oli ongelmia, näkivät arvioinnissa haastatellut henkilöt toimintamallin ja sen perusidean hyvänä ja kannatettavana. Ikääntyvien toimintakyvyn moniammatillinen kartoittaminen osana terveyskeskuksen normaaleja työkäytäntöjä tuntui monesta haastateltavasta luontevalta ratkaisulta. Ikääntyvien toimintakyvyn kartoittamiseen ja seuraamiseen haluttiin terveyskeskuksen arjen rutiineihin soveltuvia tehokkaita ratkaisuja, joissa osataan hyödyntää jo olemassa olevia resursseja, kuten lääkäreiden vastaanottoja. Vaikka keskittyminen vain lääkärin vastaanotolla käyviin ikäihmisiin rajaa jotkut apua tarvitsevat kartoituksen ulkopuolelle, on valittu kohderyhmä sikäli hyvä, että juuri nämä ikäihmiset vaikuttaisivat olevan motivoituneita toimintakyvynsä itsearviointiin. Ikäihmisten koteihin postitetuista 66 itsearviointilomakkeesta peräti 51 palautettiin.

10. Suositukset

Arvioinnissa kartoitettiin Janakkalassa toteutettu toimintamalli eri vaiheineen ja osakokonaisuuksineen. Samalla kartoitettiin toimintamalliin liittyvät ongelmakohdat. Seuraavassa on laadittu kerättyjen tietojen pohjalta suosituksia toimintamallin käyttöön ottamiselle ja jatkokehittämiseksi. Erityistä huomiota kiinnitetään havaittuihin ongelma-kohtiin. Lisäksi tarkemmat suositukset arviointivälineen mallintamisesta esitetään liitteessä 5.

Suosituksset (malli toiminnan jatkamiselle)

1. Säännöllisesti kokoontuvan ja moniammatillisesti kootun kuntoutusryhmän toiminta vakiinnutetaan. Ryhmän tehtäväkuva, kokoonpano ja työnjako dokumentoidaan.
2. Ryhmän kokoukset ja muu toiminta kirjataan muistioiksi. (Muistioihin ei kirjata niitä asiakaskohtaisia asioita, jotka kirjataan Efficatietojärjestelmään, vaan lähinnä ryhmässä käyty keskustelu seurannan yleisistä tuloksista sekä kertyneet kokemukset tarjotusta palveluista. Lisäksi muistiot toimivat ryhmän oman toiminnan seurantavälineenä: mitä päätettiin milloinkin, kuinka monen asiakkaan asiat käsiteltiin ja miten yms.)
3. Vanhustyön johtaja osallistuu osaan kokouksista, jotta seurannassa saatu tieto hyödyttäisi myös yleisempää palvelujärjestelmän kehittämistä. Ryhmän kokoonpanoa voidaan vahvistaa myös erityisliikunnan ohjaajalla.
4. Ryhmästä valitaan yksi vastuuhenkilö, joka vastaa kerättävien itsearviointitietojen jatkokäsittelystä ja toiminnan yleisestä seura-

misesta. Tämän henkilön työnkuvaa muutetaan siten, että työaika osoitetaan myös tällaiselle seuranta- ja kehittämistyölle.

5. Ryhmä toimii pääpiirteissään Arvoikä-kokeilun mallin mukaisesti toimintaa jatkuvasti kehittäen, mutta toiminta etenee olemassa olevien resurssien ja käytettävissä olevan ajan ehdoilla. Ryhmä voi esimerkiksi keskittyä yhdellä kertaa vain yhteen ikäkohorttiin ja vaihdella tarkasteltavaa kohorttia vuosittain. Vähitellen kun seurاناتietoa kertyy enemmän, voidaan päättää mihin ikäryhmään seuranta vakiinnutetaan. Seuranta voidaan jatkossakin keskittää lääkärin vastaanotolla käyviin ikäihmisiin, sillä he ovat todennäköisesti motivoituneita täyttämään itsearviointilomakkeen.
6. Kuntoutusryhmä voi jatkossa vaihdella tietojen keräämisen tapaa käytössä olevien resurssien ja ajan mukaisesti: lomake voidaan jättää lääkärillä käynnin yhteydessä tai se voidaan postittaa suoraan kotiin niille, jotka kuuluvat kulloinkin valittuun kohderyhmään.
7. Toimintakyvyn seurannassa käytetään Arvoikä-hankkeen lomaketta, mutta indeksien laskeminen tehdään mahdolliseksi PADL- ja IADL-toimintojen osalta. Lisäksi lomakkeeseen liitetään muisti- ja päihdeongelmia sekä omaisten antamaa apua kartoittavat kysymykset.
8. Lomakkeen indeksejä hyödynnetään valittaessa ne henkilöt, joiden kirjoitetaan kuntoutussuunnitelma Effica-tietojärjestelmään. Tämän jälkeen näiden henkilöiden lomakkeet käydään yhteisesti selaten lävitse kiinnittämällä huomiota kaikkiin toimintakyvyn vaikuttaviin tekijöihin (fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät). Erityisesti yksinäisyyttä ja kaatumisia kartoittavilla kysymyksillä löydetään tiettyjä riskiryhmiä.
9. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan jatkotoimenpiteet ja valitaan jatkotoimenpiteiden käynnistämistä ja seuraamisesta vastaava henkilö. Jatkotoimenpiteitä valittaessa tarkastellaan laajasti kunnassa olevia palveluvaihtoehtoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi huomioidaan myös muiden hallintokuntien palvelut (mm. kulttuuri- ja liikuntatoimi). Lisäksi kuntaorganisaation omien palvelujen ohella huomioidaan myös yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta. Asiakkaan halukkuus olla mukana jatkotoimenpiteissä varmistetaan.
10. Jotta erilaiset palveluvaihtoehdot tulisivat paremmin huomioiduiksi, laaditaan palvelulista, johon on koottu kaikki ne paikalliset palvelut, jotka osaltaan tukevat ikääntyvien ihmisten toimintakykyä. (Myös

kattavamman ja laajempaan käyttöön soveltuvan palveluoppaan laatiminen on kannatettavaa.) Uusi toimintamalli tulee mieltää välineeksi, joka mahdollistaa erilaisten palveluvaihtoehtojen laajan hyödyntämisen ja vahvistaa julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välistä verkostoitumista.

11. Kun jatkotoimenpiteisiin ohjattu henkilö on saanut kokemuksia tarjotusta palvelusta, hänen asiansa käsitellään uudestaan kuntoutusryhmässä. Tätä ennen henkilö on täyttänyt toimintakyklomakkeen uudestaan (esim. lääkärin vastaanoton yhteydessä). Havaitut toimintakyvyn muutokset kirjataan Effica-tietojärjestelmään ja päätetään jatkosta.
12. Yksittäisten ihmisten toimintakyvyn ja hoitopolun seurannan lisäksi ikäihmisten toimintakyvyn kehitystä arvioidaan myös kokonaisuutena ja katsotaan, minkä ikäisillä on selvimmät muutokset havaittavissa. Samalla tarkastellaan sitä, mistä jatkotoimenpiteistä on saatu parhaita kokemuksia. Myös uuden toiminnan kustannusvaikutuksia ja vaikutuksia palvelujärjestelmän kehittymiseen arvioidaan. (Toiminnan edistymisen seurannassa kannattaa tarkastella mm. niitä asioita, jotka tulevat esille liitteiden 2 ja 4 kysymyksissä.)

Arvoikä-hankkeessa kokeiltuun malliin saattaa myös sisältyä mahdollisuuksia, jotka eivät ehtineet vielä tässä kokeilussa tulla esille, koska jatkotoimenpiteiden – fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä tukevien palvelujen – toteuttaminen ja seuraaminen jäivät kesken. Kuten esitetyistä suosituksista kävi ilmi, yksi mahdollisuus olisi kehittää mallista työväline, joka auttaisi kuntaa hyödyntämään tehokkaammin ja laaja-alaisemmin paikallisia palveluvaihtoehtoja, kuten yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluja. Mallin kehittyminen tähän suuntaan kuitenkin edellyttää, että moniammatillisessa tiimissä suunnitellaan ja sovitaan etukäteen tarkemmin se, minkälaisiin palveluihin asiakkaita ohjataan. Lisäksi tiimi tarvitsisi käyttöönsä palveluoppaan, johon paikalliset, toimintakykyä tukevat palvelut olisi mahdollisimman laajasti koottu.

Lähteet

- Guralnik J M, Branch L G, Cummings S R, ym: Physical performance measures in aging research. *J Gerontol: Med Sci* 44(5): M141-M146, 1989.
- Heikkinen E: Elinajan piteneminen – onni vai onnettomuus? *Gerontologia* 14:27-33, 2000.
- Ikikunto kylille. Ikäihmisten ennaltaehkäisevä kuntoutusneuvontaprojekti. Janakkalan Palvelutalosaatiö 2003.
- Janakkalan kunnan vanhustenhuollon strategiaohjelma vuosille 2003–2010. Vanhustenhuollon strategiaohjelmatyöryhmä, syyskuu 2002.
- Janakkalan kunnan vanhustenhuollon strategiaohjelma vuosille 2003–2010. Ohjelman tavoitteiden toteutumisen arviointi vuosilta 2002–2004 ja jatkotoimenpiteet vuosille 2005–2010. Vanhustenhuollon strategiaohjelmatyöryhmä, lokakuu 2004.
- Jyrkämä J: Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa: Heikkinen E, Rantanen T (toim.): *Gerontologia*. Duodecim, Tampere 2003.
- Kempen G I J M, Steverink N, Ormel J, ym: The assessment of ADL among frail elderly in an interview survey: Self-reported versus performance-based tests and determinants of discrepancies. *J Gerontol: Psychol Sci* 51B(5):P254-P260, 1996.
- Laukkanen P: Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa: Heikkinen E, Rantanen T (toim.): *Gerontologia*. Duodecim, Tampere 2003.

- Pohjolainen P: Suoritustestit ja itsearviointi ikääntyneiden toimintakyvyn mittaamisessa. *Gerontologia* 13(4):209-217, 1999.
- Rantanen T, Sakari-Rantala R: Toimintatestit. Teoksessa: Heikkinen E, Rantanen T (toim.): *Gerontologia*. Duodecim, Tampere 2003.
- Ruoppila I: Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa: Heikkinen E, Marin M (toim.): *Vanhuuden voimavarat*. Tammi, Vammala 2002.
- Seppänen-Järvelä R: Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. Stakes. Sosiaalipalvelujen evaluaatioryhmä FinSoc. FinSoc Työpapereita 1/2003. Helsinki 2003.

Muu lähdemateriaali

- Ikitoimi-hankkeen pilotti Janakkalassa 17.1.2005 alkaen. *Stetari* 1/2005. (Juttu Janakkalan kunnan perusturvan sisäisessä tiedotuslehdessä)
- Ennaltaehkäisevän ja moniammatillisen vanhustyön kehittäminen Janakkalassa. Ikääntyvien toimintakyvyn itsearviointi ja moniammatillinen kuntouttava vanhustyö. Hämeen ammattikorkeakoulu ja Janakkalan kunta. Alustava hankesuunnitelma 2004. (Moniste)
- Projektisuunnitelma. Ikääntyvien toimintakykyä edistävät ja ylläpitävät palvelumallit. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hanna Hutka & Paula Rantamaa 3.9.2003. (Moniste, Ikitoimi-hankkeen projektisuunnitelma)
- Vanhuspalveluiden arviointitutkimus ja arviointiväline. Hämeen ammattikorkeakoulu. Tarjouspyyntö 20.10.2004. (Moniste)

Liitteet

- Liite 1: Moniammatillisen tiimin ja keskeisten toimijoiden haastattelut (haastattelusuostumus)
- Liite 2: Moniammatillisen tiimin ja keskeisten toimijoiden haastattelut (haastattelurunko)
- Liite 3: Arvoikä-projektin toimintakykymittari (itsearviointilomake)
- Liite 4: Kysymyksiä toimintakyvyn arviointiin osallistuneille Janakalalaisille (asiakaskyselyn lomake)
- Liite 5: Arviointivälineen mallintaminen

Liite 1.

13.4.2005

Hyvä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen

Osana *Arvoikä*-toimintamallin arviointia haastatellaan moniammatillisen tiimin jäseniä sekä muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Haastattelujen tavoitteena on selvittää, miten uuden toimintamallin toimivuus koetaan.

Haastattelu kestää noin puoli tuntia ja haastattelijana toimii Ikäinstituutin tutkija Jere Rajaniemi. Haastattelija tekee muistiinpanoja haastattelun yhteydessä ja nauhoittaa haastattelun muistinsa tueksi. Nauhoitusta ei kirjoiteta puhtaaksi. Muistiinpanot ja nauhoitukset säilytetään Ikäinstituutissa lukitussa kaapissa niin kauan kuin arviointihanke kestää, minkä jälkeen ne tuhotaan. Muistiinpanot ja nauhoitukset ovat ainoastaan Ikäinstituutin arviointiryhmän käytössä. Niitä käytetään vain arvioinnin tukena ja arviointiraporttia laadittaessa. Raportti toimitetaan arvioinnin tilaajalle.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista.

Anneli Sarvimäki
Tutkimusjohtaja
Ikäinstituutti

Olen saanut riittävästi ja ymmärrettävää informaatiota haastattelusta ja osallistun vapaaehtoisesti.

Janakkala _____, 2005

Allekirjoitus:

Nimenselvennys:

Nauha pyyhitty, pvm:

Muistiinpanot tuhottu, pvm:

Allekirjoitus:

Liite 2.

IKÄINSTITUUTTI
Arvoikä-toimintamallin
arviointi

HAASTATTELU

Pvm: . . . 2005

JANAKKALAN ARVOIKÄ-TOIMINTAMALLIN ARVIOINTI**– Moniammatillisen tiimin haastattelut**

Haastateltavan nimi: _____

Asema organisaatiossa: _____

Yhteystiedot: _____

- 1. Kuvaile omin sanoin Janakkalassa käytössä oleva toimintamalli?**
- A) Toimintamallin päävaiheet ja -toimenpiteet, B) Toimijat ja vastuutahot, C) Moniammatillisen tiimin rooli ja tehtävät?
- 2. Mitkä ovat toimintamallin keskeiset tavoitteet?**
- A) Yleinen päätavoite, B) Konkreettisemmat alatavoitteet, C) Tulokset / vaikutus?
- 3. Oma käsityksesi siitä, miksi uutta toimintamallia ryhdyttiin kehittämään?**
- 4. Toimintamallin hyvät ja huonot puolet?**
- A) Keskeinen hyöty ja hyödynsaajat, B) Toimintamallin ongelmakohdat?
- 5. Mikä on edustamasi ammattikunnan/toimialan tehtävä ja rooli toimintamallissa?**
- A) Toimintamallin hyöty omalle ammattikunnalle/toimialalle, B) Toimintamallin ongelmat oman ammattikunnan/toimialan näkökulmasta, C) Henkilökohtainen mielipide toimintamallista?
- 6. Mitkä ovat keskeisimmät jatkotoimenpiteet, joihin asiakkaat ohjataan?**
- Asiakkaille tarjottavat palvelut, apu ja tuki?
- 7. Asiakkaan rooli ja vaikutusmahdollisuudet?**
- A) Odotettavissa oleva asiakaskunta, B) Onko kohderyhmä rajattu mielekkäällä tavalla?
- 8. Miten toiminta on tähän mennessä onnistunut? Tulevaisuuden odotukset?**
- A) Mitä tavoitteita on saavutettu ja mitä ei, B) Mitä olisi voinut tehdä toisin, C) Toimintamallin vakiinnuttaminen ja idean levittäminen?

Toimintakykytutkijat ARVOIKÄ-projekti

KÄSIEN AMMATIL-
KORJAUSLAU

Ikätoimi-hanke

Janakkalan kunta

Tutkimusno _____ Lääkäri _____

Arvoisa vastaaja!

Pyydämme Teitä vastaamaan täällä lomakkeella esitettyihin kysymyksiin. Vaitkaa vaihto-ehto, joka kuvaa parhaiten nykyistä toimintakykyänne ja elämäntilannettanne.

Pyydämme Teitä vastaamaan myös vieressä olevaan suostumusosiin.

Kysymykset liittyvät Janakkalan kunnassa vuonna 2005 toteutettavaan ARVOIKÄ-projektiin. Projektissa kerätään tietoa ikääntyvien toimintakyvystä ja arvioidaan kuntoutustarpeita. Kohde-ryhmiä ovat lääkäriin vastaanotolle tulevat 73-, 77- ja 83-vuotiaat janakkalaiset.

Voitte palauttaa lomakkeen vastaanottoon / Teitä hoitavalle lääkärille.

Vastauksistanne ystävällisesti kiittäen:

Eija Saaphanen *Tuho Pöytäkirjantekijä*
Vanhustyön johtaja Yllilääkäri

Suostumus

Suostun, että täällä lomakkeella antamani tietoja

voidaan käsitellä luottamuksellisesti kuntoutusryhmissä, jonka jäseniä ovat lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kotihoito-ohjaaja.

voidaan käyttää kokeiluun liittyvässä arviointitutkimuksessa henkilöilysyyteni paljastumatta.

Ja että

minuun voidaan tarvittaessa ottaa yhteyttä.

Päivämäärä _____ Vastaajan allekirjoitus _____

Nimenseivennys _____

Syntymäaika _____ Tutkimusno _____ Lääkäri _____
 Sukupuoli Nainen Mies Päivämäärä _____

Merkitse rastilla (x) sopivin vaihtoehto.

Päivittävät perustoiminnot	en pysty autettunakaan	tarvitsen toisen henkilön apua	on paljon vaikeuksia	on jonkin verran vaikeuksia	selviän vaikeuksista
Peseytyminen (hampaat, kasvat ym.)					
Peseytyminen suihkussa tai saunassa					
WC-toiminnot					
Pukeutuminen ja riisuutuminen					
Ruokailu					
Vuoteeseen meno ja sieltä ylösnousu					
Liikkuminen asunnossa					
Liikkuminen portaissa					

Asioiden hoitaminen	en pysty autettunakaan	tarvitsen toisen henkilön apua	on paljon vaikeuksia	on jonkin verran vaikeuksia	selviän vaikeuksista
Ruoanlaittaminen					
Pyykinpesu					
Siivoaminen					
Pihatyöt (puutarhan hoito tai lumityöt)					
1/2 km:n kävely ulkona ilman lepotaukoja					
Autolla ajaminen					
Yleisillä kulkuneuvoilla kulkeminen					
Kauppa-, pankki-, yms. asioiden hoitaminen					

SOSIAALISET TOIMINNOT

Merkitse rastilla (x) sopivin vaihtoehto.

Kuinka usein olette tekemisissä	en koskaan	muutamia kertoja vuodessa	kuukausittain	viikottain	päivittäin
Lastenlasten kanssa?					
Lasten kanssa?					
Sukulaisten kanssa?					
Ystävien/naapureiden kanssa?					

Kuinka usein	en koskaan	muutamia kertoja vuodessa	kuukausittain	viikottain	päivittäin
Osallistutte kerhotoimintaan?					
Osallistutte vapaaehtoistoimintaan?					
Osallistutte seurakunnan toimintaan?					
Osallistutte ohjattuun liikuntapalveluun 65+					
Osallistutte opintotoimintaan?					
Matkustatte kotimaassa?					
Matkustatte ulkomaille?					

Merkitse rastilla (x) sopivin vaihtoehto.

Kuinka usein käytätte seuraavia palveluja?	en koskaan	muutamia kertoja vuodessa	kuukausittain	viikottain	päivittäin
Ateriapalvelu					
Turvapalvelu					
Kauppapalvelu					
Pyykkipalvelu					
Siivouspalvelu					
Päivätoiminta					

	en koskaan	muutamia kertoja vuodessa	kuukausittain	viikottain	päivittäin
Kuinka usein koette itsenne yksinäiseksi?					
Koetteko, että elämäne on tyhjää?					
Häiritseekö kipu elämääne?					

Montako kertaa olette kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana? _____ kertaa

Onko terveydentilanne yleisesti ottaen (merkitkää yksi vaihtoehto)

erittäin hyvä melko hyvä tyydyttävä melko huono erittäin huono

Miten asutte?

yksin puolison kanssa lapsen/lasten kanssa jonkun muun kanssa

Kiitos vastauksistanne!

Liite 4.



3.6.2005

Hyvä janakkalalainen!

Olette tämän vuoden alussa tai kevään aikana täyttänyt toimintakykyä kartoittavan kysymyslomakkeen – toimintakykymittarin. Kyseisellä lomakkeella toteutettu toimintakyvyn kartoitus on osa Janakkalan kunnassa toteutettavaa ARVOIKÄ-projektia, jonka tehtävänä on kerätä tietoa ikääntyvien toimintakyvystä ja arvioida kuntoutustarpeita.

Oheisella lomakkeella keräämme tietoa siitä, millaiseksi koitte toimintakykymittarin, sekä siitä, onko Teille tarjottu uusia palveluja lomakkeen täyttämisen jälkeen ja minkälaista apua Te itse kaipaisitte toimintakykyne parantamiseksi. Tarkoituksena on kerätä sellaista tietoa, joka palvelee ikääntyvien janakkalalaisten toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista.

Toivomme, että ystävällisesti vastaisitte oheisen lomakkeen kysymyksiin ja palautatte lomakkeen palautuskuoressa Juhannukseen (24.6.2005) mennessä.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Tähdennämme kuitenkin, että mielipiteenne ovat tärkeitä, koska niiden avulla on tarkoitus edelleen kehittää ikääntyvien janakkalalaisten toimintakykyä tukevia palveluja. Teidän ei tarvitse kirjoittaa nimeänne lomakkeeseen, joten Teidän henkilöllisyytenne ei paljastu. Kyselyn tulokset raportoidaan yhteenvetoina koko hanketta arvioivassa raportissa.

Jere Rajaniemi
Tutkija
Puh. (09) 6122 1613

Anneli Sarvimäki
Tutkimusjohtaja
Puh. (09) 6122 1628

KYSYMYKSIÄ TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN OSALLISTUNEILLE JANAKKALALAISILLE

Olkaa hyvä ja vastatkaa oheisiin kysymyksiin ympäröimällä Teille sopivin vaihtoehto ja/tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan. Ympyröikää aina vain yksi vaihtoehto, ellei kysymyksen yhteydessä toisin mainita.

1) Sukupuolenne

1. Mies
2. Nainen

2) Syntymävuotenne: _____

3) Miten saitte täytettäväksenne toimintakykyä kartoittavan lomakkeen (toimintakykymittarin)?

1. Sain lomakkeen terveyskeskuksessa lääkärillä käynnin yhteydessä
2. Sain lomakkeen postitse kotiini
3. Muulla tavoin, miten? _____
4. En muista saaneeni kyseistä lomaketta

4) Palautitteko täytetyn toimintakykylomakkeen?

1. Kyllä
2. En, miksi? _____
3. En osaa sanoa

5) Oliko toimintakykylomakkeen täyttäminen mielestänne helppoa?

1. Kyllä
2. Ei, miksi? _____
3. En osaa sanoa

6) Saitteko toimintakykylomakkeen täyttämiseen apua terveyskeskuksessa?

1. Sain apua terveyskeskuksen vastaanoton henkilökunnalta
2. Sain apua terveyskeskuslääkäriltä
3. En saanut terveyskeskuksessa apua lomakkeen täyttämiseen
4. En täyttänyt lomaketta terveyskeskuksessa, vaan sain lomakkeen postitse kotiini (Voitte siirtyä suoraan kysymykseen 9.)

7) Jos saitte toimintakykylomakkeen täytettäväksi terveyskeskuksessa, oliko lomakkeen täyttäminen järjestetty terveyskeskuksessa hyvin?

1. Kyllä
2. Ei, miksi? _____
3. En osaa sanoa

8) Jos saitte toimintakyklomakkeen täytettäväksi terveyskeskuksessa, käsittelettekö lomakkeeseen liittyviä asioita lääkärin vastaanotolla?

1. Kyllä, miten? _____
2. Ei
3. En osaa sanoa

9) Kysyttiinkö toimintakyklomakkeessa Teidän mielestänne toimintakyvyn kannalta olennaisia asioita?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

10) Olisiko toimintakyklomakkeessa pitänyt kysyä vielä muita toimintakyvyn liittyviä asioita?

1. Kyllä, mitä? _____
2. Ei
3. En osaa sanoa

11) Onko mielestänne tarpeellista, että toimintakykyä selvitetään itse täytettävällä lomakkeella?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

12) Tarvitsetteko mielestänne joitakin uusia palveluja toimintakykyne parantamiseksi? (Katso kysymyksen 15 vaihtoehdot)

1. Kyllä, mitä? _____
2. Ei
3. En osaa sanoa

13) Tunnetteko, että olette voineet viime aikoina itse vaikuttaa siihen, minkälaista tukea olette kunnalta saaneet toimintakykyne ylläpitämiseksi?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

14) Onko Teihin otettu toimintakyklomakkeen täyttämisen jälkeen uudelleen yhteyttä ja ehdotettu joitakin palveluja tai muita jatkotoimenpiteitä toimintakykyne parantamiseksi?

1. Kyllä
2. Ei (Kiitos vastauksista! Voitte ohittaa loput kysymykset.)
3. En osaa sanoa

15) Jos Teihin on otettu toimintakyklomakkeen täyttämisen jälkeen uudelleen yhteyttä, minkälaista apua teille on tarjottu? (Voitte ympyröidä useamman vaihtoehdon!)

1. Aika sosiaalityöntekijälle
 2. Aika fysioterapeutille tai kuntoneuvola
 3. Kuntoutuspalvelu, mikä? _____
 4. Liikuntapalvelu, mikä? _____
 5. Apuvälineet, mitä? _____
 6. Asunnon muutostyöt, mitä? _____
 7. Kotihoidon ohjaajan kotikäynti
 8. Kotihoidon palvelujen aloittaminen/lisääminen
 9. Ateriapalvelu
 10. Turvapalvelu
 11. Kauppapalvelu
 12. Pyykkipalvelu
 13. Siivouspalvelu
 14. Päivätoiminta
 15. Kuljetuspalvelu, mitä? _____
 16. Jonkin järjestön/yhdistyksen toiminta, mitä? _____
 17. Arviointijakso Tapailakodin kuntoutusyksikössä (Neliapila)
 18. Muu laitoskuntoutusjakso, mikä? _____
 19. Muu, mikä? (Esim. yhteydenotto puhelimitse ja tilanteen selvittäminen)
-

16) Oletteko jo saanut jotain tarjotusta avusta?

1. Kyllä, mitä? _____
2. Ei
3. En osaa sanoa

17) Jos olette jo saanut jotain tarjotusta avusta, tunnetteko että saamanne apu on parantanut toimintakykyänne?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

18) Jos olette jo saanut jotain tarjotusta avusta, tunnetteko että olette saanut itse vaikuttaa siihen, minkälaista apua teille on annettu?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Liite 5.**ARVIOINTIVÄLINEEN MALLINTAMINEN**

Ikäinstituutin tehtävänä Janakkalan Arvoikä-hankkeessa oli sekä arviointitutkimuksen ja -raportin tekeminen että arviointivälineen mallintaminen. Ymmärsimme Arvoikä-hankkeen arviointivälineeksi sen toimintamallin ja kokeiluprosessin, jota edellä on arvioitu. Tämä piti sisällään seuraavat osat:

- toimintakykyä mittaavan lomakkeen
- lomakkeen käytön moniammatillisessa tiimissä
- hoitopolkujen valinnan ja seurannan
- toimintakyvyn jälkiarvioinnin

Tässä arviointivälineenä esitettävä toimintamalli on tiivistetty edellä esitetyistä suosituksista lisättyinä ehdotuksilla siitä, miten hoitopolkujen seuranta ja toimintakyvyn – ja myös hoitopolkujen – jälkiarviointi tulisi suorittaa. Arviointivälineen tarkoituksenaan on olla riittävä suhteessa tarkoitettuihin tuloksiin, mutta samanaikaisesti riittävän yksinkertainen, jotta sitä voidaan kustannustehokkaasti käyttää ilman suuria lisäresursointejä. Tämä huomioiden esitämme arviointivälineeksi seuraavaa:

1. Toimintakykyä mittaava lomake ja sen käyttö Arvoikä-hankkeeseen seulottavien ikääntyneiden valinnassa.

Esitämme, että käytettyä toimintakykyä mittaavaa lomaketta modifioidaan suosituksissa mainitsemaamme tavalla eli

- lomakkeen täydentäminen
 - muistiongelmille oma kysymys
 - päihdeongelmille oma kysymys
 - omaisten antamalle avulle oma kysymys
- indeksin käyttö
 - indeksien laskeminen tehdään mahdolliseksi kehittämällä laskentaohjelmaa niin, että se laskee indeksin keskiarvoina annetuista vastauksista, jotta mahdollisten tyhjien vastausten aiheuttamat virhetulkinnot eliminoidaisiin,
 - indeksi kannattaa laskea vain PADL ja IADL-arvioinneista, muut lomakkeen kohdat eivät sovellu indeksitarkasteluun
 - erityiset riskikysymykset (kaatumiset, yksinäisyys, arvio omasta terveydentilasta) on aina käytävä erikseen läpi moniammatillisessa tiimissä (mikään indeksi ei pysty täydellisesti seulomaan riskitapauksia)

2. Toimintakykyä mittaavan lomakkeen (myöhemmin toimintakykymittarin) täyttäminen ja käyttäminen seulonnassa, hoitopolkujen valinnassa ja toimintakyvyn jatkoarvioinnissa.

Esitämme, että toimintakykyä mittaavaa lomaketta (myöhemmin toimintakykymittaria) käytetään toimintamallissa seuraavasti:

- lomake täytetään lääkärissä käynnin yhteydessä (lomaketta voi myös tarvittaessa käyttää postikyselynomaisesti laajemmille kohderyhmille), ajanvaraushenkilöstön on tiedotettava asiasta asiakkaille ja siitä on myös laajemmin tiedotettava

- lääkäri huomioi mahdollisuuksien mukaan toimintakyklomakkeen tiedot ja antaa omat ohjeensa asiakkaalle
- nimetty vastuuhenkilö ajaa lomakkeen tiedot ohjelmaan, joka laskee lomakkeesta toimintakykyindeksit
- moniammatillinen tiimi käsittelee toimintakykymittarin yhdessä effica-tietojärjestelmän sisältämien tietojen kanssa em. tavalla huomioiden indeksin rajallisuuden
- riittävän ajan päästä (1-3 vuotta) kohderyhmälle tai sen osalle (esimerkiksi hoitopolkujen käyttäjät tai potentiaaliset riskiryhmät) lähetetään toimintakykyä mittaava lomake toimintakyvyn seurantaan ja uudelleen arviointia varten

3. Moniammatillisen tiimin toiminta Arvoikä-hankkeessa

Esitämme, että moniammatillisen tiimin toimintaa kehitetään seuraavasti:

- nimetään vastuuhenkilö, joka vastaa toimintakykyä mittaavan lomakkeen tietojen käsittelystä ja esittelystä ryhmässä. Hän myös dokumentoi tehdyt toimenpiteet. Hänelle varataan riittävästi aikaa tehdä tämä työ kunnolla
- moniammatillista tiimiä tulisi täydentää ainakin erityisliikunnan ohjaajalla että vanhustyön johtajalla
- toimintakykymittarin toimiessa optimaalisella tavalla (huom. ed. kohta) moniammatillisen tiimin tulee keskittyä mahdollisten riskihenkilöiden seulontaan omaa monialaista asiantuntijuuttaan hyväksikäyttäen
- moniammatillisen tiimin tulee valita sopivat hoitopolut kullekin apua tarvitsevalle mm. suosituksissa mainitun palveluoppaan avulla
- hoitopolkujen seurantaan ja arviointia varten tulee nimetä vastuuhenkilöt, jotka vastaavat kustakin hoitopolulle ohjatusta
- hoitopolkujen seurantaan varten tulee kehittää yksinkertainen lomake, jossa on riittävät taustatiedot asiakkaasta, tiedot hoitopolulla tehdyistä toimenpiteistä sekä asiakkaan arviointi hoitopolun vaikutuksista – nämä tiedot tulee tuoda takaisin seurantaan varten moniammatilliseen tiimiin esimerkiksi 1-2 vuoden välein

4. Toimintakyvyn ja hoitopolkujen jälkiarviointi

Esitämme, että jälki- tai väliarvioinnit suoritettaisiin seuraavasti:

- jos moniammatillisen tiimin toiminta ja toimintakykymittarin käyttö järjestyy, kuten edellä on suositeltu, niin asiakkaiden toimintakyvyn ja hoitopolkujen arvioinnin tulisi olla osa koko prosessia
- hoitopolkujen käyttäjille voidaan kuitenkin tehdä myös asiakaskysely, jolla selvitetään sitä, miten Arvoikä-hankkeen palvelut ovat parantaneet tai ylläpitäneet ko. henkilöiden toimintakykyä
- asiakaskyselyn avulla voidaan myös saada kuvaa vanhuksille suunnattujen palveluiden määrästä, laadusta ja tarpeesta

Edellä mainittujen toimintamallin modifiointien jälkeen Arvoikä-hankkeella on käsissään arviointiväline, joka vastaa asetettuja tavoitteita. Se seuloo riittävän ajoissa ja riittävällä tarkkuudella tukea tarvitsevat ennaltaehkäiseville hoitopoluille ja siinä on tarvittava seuranta niin toimintakyvyn kehittymiselle kuin hoitopolkujen arvioinnillekin. Tarvittava lisäresursointi on kohtuullinen sisältäen lähinnä yhden henkilön viikoittaisen työajan muutaman tunnin muuttamisen.



EUROOPAN
YHTEISO
Rakennerahastot



ETELÄ-SUOMEN
LÄÄNINHALLITUS



Janakkalan kunta



Hämeen ammattikorkeakoulu
Hyvinvointialan osaamiskeskittymä
Ikitoimi-hanke

Julkaisija: Hämeen ammattikorkeakoulu
ISSN 1795-424X
ISBN 951-784-329-1
HAMKin e-julkaisuja 13/2005

