

Anna Jalonen
Kaisu Karivainio
Sanna Kuusisto
Jamila Ruuskanen

NOPEAN ALKUKARTOITUKSEN ASTA-LOMAKKEISTO

Asumispalvelusäätiö ASPA:n ASTA™-lomakkeiston muokkaaminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sosionomi (AMK)
Sosiaaliala
Opinnäytetyö
26.10.2012

Tekijät	Anna Jalonen, Kaisu Karivainio, Sanna Kuusisto, Jamila Ruuskanen
Otsikko	Nopean alkukartoituksen ASTA™-lomakkeisto
Sivumäärä Aika	52 sivua + 6 liitettä 26.10.2012
Tutkinto	Sosionomi (AMK)
Koulutusohjelma	Sosiaalialan koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaaliala
Ohjaajat	Yliopettaja Jyrki Konkka Lehtori Katja Ihamäki
<p>Opinnäytetyö on tilaustyö asumispalvelusäätiö ASPA:lle. ASPA tarjoaa yksilöllistä palveluasumista eri tavoin vammaisille ihmisille sekä mielenterveyskuntoutujille tavoitteena tukea heidän itsenäistä asumista. ASPA:lla on käytössään asiakkaan fyysistä toimintakykyä ja suoriutumista kartoittava asumisen toimintojen arviointilomakkeisto ASTA™. Opinnäytetyön tuotos on nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto, joka on tehty alkuperäistä 99-kohdan ASTA™-lomakkeistoa supistaen ja muokaten. Tarkoituksena on ollut löytää avainmuuttajat. Opinnäytetyö vastaa kysymykseen: mitkä ovat alkuperäisen ASTA™-lomakkeiston 15 olennaisinta avainmuuttajaa, jotka palvelevat tässä kehittämistehtävässä haastateltuja kohderyhmiä parhaiten. Alkuperäisen ASTA™-lomakkeiston läpikäyminen vie paljon aikaa sekä työntekijän ja asiakkaan voimavaroja, siksi nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistolle on tarvetta. Opinnäytetyön lyhyen aikavälin tavoite on asiakkaiden osallisuuden lisääminen ottamalla heidät mukaan nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston luomiseen. Pitkän aikavälin tavoite on asiakkaan omatoimisen arjessa selviytymisen tukeminen sekä voimaantumisen edistäminen.</p> <p>Opinnäytetyö on monimuotoinen ja aineistonhankintamenetelmänä on haastattelu. Haastateltavia ovat eri vammaisryhmiin kuuluvat henkilöt, päihde- ja mielenterveyskuntoutujat, ikäihmiset sekä neurologisia sairauksia sairastavat henkilöt. ASTA™-lomakkeisto soveltuu käytettäväksi kaikkien edellä mainittujen asiakasryhmien kanssa. Kyseisten asiakasryhmien kanssa työskenteleviltä ammattilaisilta kysyttiin, mitkä 15 kohtaa he kokivat olennaisimmaksi alkuperäisessä ASTA™-lomakkeistossa. Vastaukset saatiin E-lomakkeen muodossa. Aineisto koostuu 27 asiakashaastattelusta ja 51 ammattilaisen vastauksista. Kehittämissuunnitelmana on yhteiskehittely.</p> <p>Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto sisältää 15 kohtaa ja kohdat jakautuvat neljään suurempaan kategoriaan, kuten alkuperäisessä ASTA™-lomakkeistossakin. Nämä neljä kategoriaa ovat ruokahuolto, itsestä huolehtiminen, kotityöt ja kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-ajan vietto.</p> <p>Opinnäytetyön jatkotutkimuskohde voisi olla nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston toimivuuden ja tarkoituksenmukaisuuden testaaminen haastattelemissamme asiakasryhmillä.</p>	
Avainsanat	fyysinen toimintakyky, toimintakyvyn alkukartoitus, ASTA-lomakkeisto, osallisuus

Authors	Anna Jalonen, Kaisu Karivainio, Sanna Kuusisto and Jamila Ruuskanen
Title	The Quick Initial Mapping ASTA-form
Number of Pages	52 pages + 6 appendices
Date	Autumn 2012
Degree	Bachelor of Social Services
Degree Program	Social Services
Specialisation option	Social Services
Instructors	Jyrki Konkka, Principal Lecturer Katja Ihamäki, Senior Lecturer
<p>The thesis was custom made for the ASPA Housing Services Foundation. ASPA offers personalized housing services for people with different disabilities as well as for people with mental health problems. ASPA aims to support independent living of its customers. ASPA uses forms called ASTA™ in order to map the customers' physical capability and management. The outcome of the thesis was a quick initial mapping form. The quick initial mapping form was based on the original ASTA™-forms with 99 questions. The original ASTA™-form was modified and the number of the questions reduced in order to find the key variables. The thesis answered the question "what are the fifteen key variables from the original ASTA™-form that best serve the interviewed target groups." The quick initial mapping ASTA-form was needed because the original ASTA™-form was too time-consuming. The short-term goal of the thesis was to increase clients' participation by involving them in the quick initial mapping of ASTA. The long-term goal was customers' self-service support when coping in everyday life as well as to provide empowerment.</p> <p>The thesis was practice-based and the data collection method was interviewing. The interviewees represented various categories of disabilities, substance abusers and people with mental health problems, older people, as well as people with neurological diseases. The ASTA™-form can be used with all the previously mentioned customer groups. Professionals working with these customer groups were asked what they thought were the 15 main points of the quick initial mapping ASTA-form. The answers were in an e-form. The material consisted of 27 interviews with customers and 51 responses from the professionals. The development strategy was joint development.</p> <p>The quick initial mapping ASTA-form includes 15 questions. The questions are divided into four larger categories, as in the original ASTA™-form. These four categories are catering, self-care, housework, external communication opportunities and leisure time.</p> <p>A further study on the topic could be the testing of the quick initial mapping ASTA- form. It would be useful to find out if the form is usable and serves the customers correctly.</p>	
Keywords	physical capability, initial mapping of functions, ASTA-form, participation

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Sosiaali-alan palvelujärjestelmä	2
3 Työelämän yhteistyökumppani Asumispalvelusäätiö ASPA	3
3.1 ASTA™-lomakkeisto	5
3.2 ICF-luokitus	6
3.3 Vertailukohteena FIM-toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointijärjestelmä	7
3.4 Fyysinen ja psyykinen toimintakyky	9
3.5 ASTA™-lomakkeiston muokkaantuminen pilotoitien kautta	11
4 Asiakkaan elämänhallinnan lisääminen osallisuuden keinoin	12
4.1 Asiakkaiden osallistaminen ja osallisuuden lisääminen	12
4.2 Elämänhallinta	14
4.3 Voimaantumisen edistäminen	14
4.4 Asiakaslähtöisyys	16
5 Asiakasryhmät ja diagnoosit	17
5.1 Kehitysvammaiset	18
5.2 Näkövammaiset	19
5.3 Liikuntavammaiset	20
5.4 Reumaatikot	21
5.5 Mielenterveyskuntoutujat	21
5.6 Päihdekuntoutujat	23
5.7 Neurologisia sairauksia sairastavat	24
5.8 Ikääntyneet	26
6 Opinnäytetyön toteutus	27
6.1 Kehittämistehtävä ja sen tarkoitus	27
6.2 Prosessin kuvaus	29
6.3 Kehittämisstrategiana yhteiskehittely	31
7 Kehittämistehtävän tulokset	32
8 Kehittämistehtävän käytettävyyden arviointi	40

9 Pohdinta	42
Lähteet	45

Liitteet

Liite 1. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston 15 kohtaa

Liite 2. ASTATM-lomakkeisto

Liite 3. E-lomake

Liite 4. Asiakkaille lähetetty kirje

Liite 5. Ammattilaisille lähetetty kirje

Liite 6. Tutkimuslupa

1 Johdanto

Teemme opinnäytetyömme tilaustyönä Asumispalvelusäätiö ASPA:lle. ASPA tuottaa yksilöllisiä asumispalveluja eri tavoin vammaisille ihmisille sekä mielenterveyskuntoutujille. Toiminnan tarkoituksena on edistää vammaisten ihmisten sekä mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia asua ja elää itsenäisesti tavallisissa asuinympäristöissä. (ASPA 2012a.)

Asumispalvelusäätiö ASPA:n kehittämä ASTATM-lomakkeisto eli asumisen toimintojen arviointilomakkeisto pohjautuu pääosin ICF-luokitukseen, joka on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF 2005). ASTATM-lomakkeistolla arvioidaan päivittäiseen asumiseen liittyviä toimintoja ja se soveltuu asumisen tuen tarpeen arviointiin asiakkailta, joilla on kognitiivisista, psyykkisistä tai fyysisistä syistä johtuvia avuntarpeita. ASTATM-lomakkeistolla arvioidaan pääasiassa kodin sisällä tapahtuvia asumisen toimintoja ja kodin ulkopuolisia toimintoja käsitellään vain suppeasti. ASTATM-lomakkeistossa toiminnot on jaettu neljään kategoriaan: ruoka-huolto, itsestä huolehtiminen, kotityöt, kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-ajan vietto. (ASPA 2010a.)

Kehittämistehtävän tavoitteena on kehittää alkuperäisestä ASTATM-lomakkeistosta lyhyempi ja suppeampi versio, joka on väline asiakkaan nopeaan tilannekartoitukseen. Tuotoksemme on nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto. Toimeksiannon mukaan alkuperäisestä ASTATM-lomakkeistosta tulisi kartoittaa avainmuuttajat eli 15 olennaisinta kohtaa. Näitä avainmuuttajia arvioimalla voidaan luoda nopeasti alustava käsitys asiakkaan asumisen toiminnoissa suoriutumisen, niihin liittyvästä avuntarpeesta sekä kattavamman arvioinnin tarpeesta. Haastattelemme eri asiakasryhmien asiakkaita sekä heidän parissaan työskenteleviä ammattilaisia. Asiakashaastattelut suoritamme asiakkaiden kanssa henkilökohtaisesti ASTATM-lomakkeistolla ja työntekijöiltä saamme vastaukset E-lomakkeen muodossa.

Osa nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston 15 olennaisimmasta kohdasta on alkuperäisestä 99 kohdan ASTATM-lomakkeistosta ja osa ICF:stä. Osassa vastauskohdista on puolestaan yhdistettynä useampi kohta. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto kootaan asiakkaiden ja ammattilaisten antamien vastausten pohjalta.

Kehittämistehtävän lyhyen aikavälin tavoite on asiakkaiden osallisuuden lisääminen ja pitkän aikavälin tavoitteena on asiakkaiden voimaantumisen eli henkilökohtaisen voimaantumisen lisääntyminen sekä elämänhallinnan edistäminen. Kehittämistehtävä vastaa kysymykseen: mitkä ovat alkuperäisen ASTA™-lomakkeiston 15 olennaisinta avainmuuttujaa, jotka palvelevat tässä kehittämistehtävässä haastateltuja kohderyhmiä parhaiten. Kohderyhmiä ovat haastatellut asiakkaat, ASTA™-lomakkeistoa käyttävät työntekijät ja ASPA-säätiö.

2 Sosiaalialan palvelujärjestelmä

Kunnalla on pääasiallinen vastuu sosiaalipalveluiden järjestämisessä, mutta yksityisten palveluntuottajien määrä kasvaa jatkuvasti. Kunnan tulee järjestää sosiaalihuollon palvelut asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Lainsäädäntö ei määrittele kuitenkaan yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä tai järjestämistapaa. Verkostoitumalla on pyritty löytämään toimivia yhteistyömuotoja. Tämä tarkoittaa kuntien välistä yhteistyötä palveluiden järjestämisessä sekä ostopalveluita toiselta kunnalta, kansalaisjärjestöltä tai yksityiseltä palveluntarjoajalta. (Kananoja, Lähteinen, Marjamäki 2011: 437–438.) Kunnan vastuulla olevia sosiaalipalveluja ovat muun muassa sosiaalityö, sosiaalipäivystys, kotipalvelu, omaishoidontuki, asumispalvelut, laitoshoido, perhehoito, kuntoutus, lasten ja perheiden palvelut, ikäihmisten palvelut, vammaispalvelut sekä päihdetyön ja päihdepalveluiden järjestäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Esittelemme tarkemmin ne sosiaalialan palvelut, jotka liittyvät oleellisesti haastattelemiemme asiakkaiden elämään.

Kotipalvelu auttaa sellaisia ihmisiä, joilla on sairauden tai alentuneen toimintakyvyn seurauksena avun tarvetta arjessa. Asiakas voi olla esimerkiksi vanhus, vammainen, sairastunut tai lapsiperhe. Kotipalvelun työntekijöinä toimii pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.) Kotipalvelua olivat saaneet haastateltavistamme muun muassa muutama ikäihminen sekä MS-tautia sairastavat henkilöt. Apu voi olla esimerkiksi kotitöissä avustamista tai lastenhoitoa.

Laitoshoido järjestetään silloin, kun henkilön tarvitsemia palveluja ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista järjestää kotona. Laitoshoido järjestetään enimmäkseen ikään-

tyneille ja vammaisille, sijaishuoltopaikkaa tarvitseville ja huostaanotetuille lapsille sekä päihdeongelmallisille. Ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidon voi olla lyhyt- tai pitkäaikainen. Lyhytaikaisella laitoshoidolla pyritään ehkäisemään pysyvän laitoshoidon tarvetta, tuetaan ikääntyneiden ja vammaisten itsenäistä kotona selviytymistä sekä omaisten jaksamista. Pitkäaikainen laitoshoidon on tarkoitettu ihmisille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa, joka ei onnistu kotona tai palveluasunnossa. Hoitoon kuuluvat ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia tukevat palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Haastateltavistamme yksi ikäihminen oli laitoshoidossa.

Ihmiset, jotka tarvitsevat jostain syystä tukea ja palveluja asumisensa järjestämiseen, ovat oikeutettuja asumispalveluihin. Tuki- ja palveluasumista voivat saada ikäihmiset, vammaiset, kehitysvammaiset sekä päihde- ja mielenterveyskuntoutujat. Tuki- ja palveluasuminen on tarkoitettu ihmisille, jotka tarvitsevat enemmän tukea asumiseensa kuin mitä tavalliseen asuntoon voidaan järjestää. Tehostettu palveluasuminen on puolestaan ihmisille, jotka tarvitsevat paljon apua, hoivaa sekä valvontaa. Tehostetun palveluasumisen yksikössä asukkaalla on käytössään oma huone tai asunto. Lisäksi käytössä on kaikille yhteisiä tiloja. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä on henkilökuntaa ympäri vuorokauden. Kunnan ylläpitämään palveluasumiseen haetaan joko kunnan vanhus-, vammais-, mielenterveys- tai päihdepalvelujen kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Haastattelimme kehitysvammaisia sekä päihde- ja mielenterveyskuntoutujia, jotka asuvat tuki- ja palvelumuotoisesti. He asuivat muun muassa ryhmäkodeissa, joissa jokaisella asiakkaalla on oma huoneensa tai jaettu huone asuintoverin kanssa. Osa haastatelluista henkilöistä asui tukiasunnoissa eli heillä oli omat asunnot, joihin he saivat ohjausta ja palveluita sovitusti tai tarpeiden mukaan.

3 Työelämän yhteistyökumppani Asumispalvelusäätiö ASPA

Asumispalvelusäätiö ASPA on valtakunnallinen säätiö, jonka ovat perustaneet 13 vammaisjärjestöä vuonna 1995. Vammaisjärjestöihin kuuluvat muun muassa Epilepsialiitto, Kehitysvammaliitto, Invalidiliitto, MS-liitto, Suomen CP-liitto ry sekä Näkövammaisten keskusliitto ry. (ASPA 2012b.) ASPA-säätiö ostaa asuntoja normaalista asuntokannasta. ASPA-säätiö tekee yhteistyötä kehittämisen osalta niin asiakkaiden kuin heidän etujaan

ajavien järjestöjenkin kanssa. Yhteistyökumppaneihin kuuluvat myös palveluntuottajat sekä kunnat. (ASPA 2012a.)

ASPA-säätiö kehittää erityisryhmille yksilöllistä, laadukasta ja turvallista asumista normaaleissa asumisympäristöissä. Tavoitteena on pyrkiä vaikuttamaan asuntojen ja samalla koko yhdyskuntarakenteen suunnitteluun ja rakentamiseen, jotta ne soveltuisivat tasaveroisesti kaikille yhteiskunnan jäsenille. Uusia vuokra-asuntoja rakennutetaan ihmisille, joiden tarpeita ja toimeentulomahdollisuuksia vastaavia asuntoja ei muuten ole saatavilla. Järjestökumppanit, erityisryhmiä edustavat tukiyhdistykset sekä kunnat ovat mahdollisia aloitteentekijöitä uusille rakennuskohteille. Asunnot vuokrataan ihmisille, jotka tarvitsevat tukea asumisessaan. Asiakkaat ovat aktiivisesti mukana heille sopivan asunnon hankintaprosessissa. (ASPA 2012a.)

Tukiasunnon räätälöinti tehdään aina niin, että se vastaa asukkaan avun ja palvelun tarvetta. ASPA:n asunnossa asuva henkilö voi saada tukea esimerkiksi henkilökohtaiselta avustajalta, tukihenkilöltä, asumispalveluntuottajalta, omaishoitajalta tai kotipalvelutiimiltä. ASPA:n asunnot ovat yleisesteettömiä, mutta mikäli asukas tarvitsee muutostöitä asuntoon, tehdään ne yhteistyössä kunnan kanssa ennen muuttoa. (ASPA 2012c.)

Kehittämishankkeiden tavoitteena on parantaa vammaisten ihmisten yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä mahdollisuuksia elää itsenäisesti. ASPA-säätiön arvoja ovat ihmisten kunnioittaminen, turvallisuus ja asiantuntijuus. (ASPA 2012a.) ASPA-säätiö saa asuntoinvestointeihin tukea sekä Raha-automaattiyhdistykseltä että Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskukselta (ASPA 2012d).

ASPA Palvelut Oy on yhteiskunnallinen yritys, jonka Asumispalvelusäätiö ASPA omistaa. Yhtiö toimii valtakunnallisesti ja se on yksityinen sosiaalialan yritys. ASPA Palvelut Oy:n asiakasryhmiä ovat vammaiset ihmiset, mielenterveyskuntoutujat sekä muut erityisryhmät. Tehostettu palveluasuminen, palveluasuminen, tuettu asuminen, päivätoiminta, henkilökohtainen apu sekä ikäihmisten kotipalvelu ovat ASPA Palvelut Oy:n palveluvalikoimaa. (ASPA 2012e.)

Yksi ASPA:n toteuttamista projekteista on vuosina 2005-2009 Inarin ja Utsjoen kuntien alueella toteutettu Elämässä mukana-projekti. Projektin tavoitteena oli luoda paikallis-

ten alueiden tarpeet huomioon ottavia, asiakaslähtöisiä sekä kunnan palveluja täydentäviä tukitoimia eri tavoin vammaisille ihmisille, mielenterveyskuntoutujille, syrjäytyneille sekä syrjäytymisuhan alla oleville ihmisille. Tavoitteena oli näiden kohderyhmien syrjäytymisen ehkäisy sekä omatoimisuuden, osallisuuden ja elämänhallinnan lisääminen. Konkreettisia toimenpiteitä olivat muun muassa erilaisten ryhmätoimintojen järjestäminen ja asumista tukevien palveluiden luominen. (ASPA 2009.) Tässä projektissa oli samoja tavoitteita kuin meidän kehittämistehtävässämme: kohderyhmien osallisuuden ja elämänhallinnan lisääminen asiakaslähtöisyyden kautta. Edellä mainitussa projektissa luotiin asumista tukevia palveluja ja me selvitämme, missä asumisen toiminnoissa tarvitaan apua.

3.1 ASTATM-lomakkeisto

ASTATM-lomakkeisto eli asumisen toimintojen arviointilomakkeisto on kehitetty Asumis- palvelusäätiö ASPA:n Omaan elämään- Turvallisen asumisen projektissa vuosina 2007-2010. ASTATM-lomakkeiston käytettävyyttä on testattu kyseisinä vuosina käytännön pilotoinneilla, joiden pohjalta se on muokkautunut nykyiseen muotoonsa. Tämä kehittämistehtävä pohjautuu ASTATM:n uusimpaan vuoden 2010 versioon. ASTATM-lomakkeisto pohjautuu osin ICF-luokitukseen, joka on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ASTATM-lomakkeistossa on yhteensä 99 kohtaa, joista 76 on valmiita kohtia ja 21 ovat tyhjiä kohtia, joille voi kirjoittaa asiakkaalle oleellisia lisäkohtia. (ASPA 2010a.) Diabeetikolla tällainen lisäkohta voisi olla esimerkiksi insuliinin pistäminen.

ASTATM-lomakkeistossa olevat kohdat, jotka pohjautuvat ICF-luokitukseen, ovat merkity pienellä d- kirjaimella ja numerosarjalla sulkeineen. Alkuperäisessä ASTATM-lomakkeistossa ICF-luokitukseen pohjautuvia kohtia on yhteensä 36 kappaletta. Seuraavassa luvussa kerrotaan tarkemmin ICF-luokituksesta. (ASPA 2010a.)

ASTATM-lomakkeistolla arvioidaan päivittäiseen asumiseen liittyviä toimintoja. Neuropsykologiset asiakkaat olivat ensisijaisia arvioitavia, mutta pilotoinnissa vuonna 2009 ASTATM-lomakkeiston huomattiin soveltuvan myös kehitysvammaisille, mielenterveyskuntoutujille, päihdeasiakkaille sekä ikäihmisille. (ASPA 2011.)

ASTA™-lomakkeiston avulla henkilölle pystytään tarjoamaan oikeanlaista apua ja tukea, toisaalta taas vahvistamaan asiakkaan toimintakykyä arkielämässä. ASTA™-lomakkeisto mahdollistaa myös vaihtelevan avuntarpeen arvioimista. Esimerkiksi neurologisia sairauksia sairastavilla asiakkailla toimintakyky voi vaihdella paljon, jolloin arviointia voi tehdä useana eri päivänä. Toimintakyky voi olla jonain päivänä huipussaan, toisena päivänä asiakas voi puolestaan tarvita enemmän apua. ASTA™-lomakkeiston avulla voidaan selvittää henkilön avuntarve esimerkiksi MS-taudin pahenemisvaiheen aikana. Haastatellen tehdyssä arvioinnissa ammattilaisen rooli on keskeisessä asemassa, sillä hänellä tulee olla kyky arvioida vastausten realistisuutta ja tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä. (ASPA 2010a.)

ASTA™-lomakkeistoa voidaan hyödyntää muun muassa palvelusuunnitelman laatimisessa tai päivittämisessä sekä pohdittaessa sopivaa asumisratkaisua. Lisäksi ASTA™-lomakkeistoa voidaan käyttää hyväksi etsittäessä asiakkaalle sopivaa terapiamuotoa, kuntoutusta, palvelua tai apuvälinettä. (Laine 2011.)

3.2 ICF-luokitus

ICF eli International Classification of Functioning, Disability and Health on Maailman terveysjärjestö WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden sekä terveyden kansainvälinen luokitusjärjestelmä. Se tarjoaa yhtenäisen ammattikäyttöön tarkoitetun kansainvälisen terminologian, joka kuvaa toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. ICF on neutraali luokitusjärjestelmä, joka ei määrittele riskitekijöitä tai terveyttä määrittäviä muuttujia. Se voi kuitenkin edesauttaa niiden tutkimista. (Stakes 2005: 3-4.) ASTA™-lomakkeisto pohjautuu ICF-luokitukseen (ASPA 2010a).

ICF-luokituksella on monenlaisia tavoitteita. Ne kaikki ovat yhteydessä toisiinsa ja edellytyksenä toimivalle kansainväliselle systeemille. ICF:n tarkoituksena on tarjota yhteinen kieli kansallisuudesta riippumatta ja mahdollistaa tietojen vertaaminen kansainvälisesti. ICF pyrkii luomaan tieteellisen perustan sekä toiminnalliselle terveydentilalle että terveyteen liittyvälle toiminnalliselle tilalle. Tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään ja tutkimaan näitä tekijöitä. ICF-luokitusta voi käyttää sekä tutkimusvälineenä, tilastointivälineenä, klinisen työn välineenä, koulutusvälineenä että sosiaalipolitiikan välineenä. Tämän lisäksi sitä käytetään myös muun muassa vakuutus- ja sosiaaliturva-alalla. ICF-

luokitus jaetaan kahteen osaan, toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin sekä kontekstuaalisiin eli tilannesidonnaisiin tekijöihin. Toimintakyky ja toimintarajoitteet käsittävät ruumiin ja kehon sekä suorituksen ja osallistumisen osa-alueet. Kontekstuaaliset tekijät ovat puolestaan tilannesidonnaisia ympäristö- ja yksilötekijöitä. (Stakes 2005: 5.)

ICF:n ajatellaan usein sopivan ainoastaan toimintarajoitteisille henkilöille. Tosiasiassa ICF soveltuu kaikille, joiden toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa tulee arvioida tai kuvata. (Stakes 2005: 6.)

3.3 Vertailukohteena FIM-toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointijärjestelmä

ASTATM-lomakkeiston lisäksi toimintakyvyn kartoitukseen soveltuva arviointiväline on esimerkiksi FIM-mittari (Functional Independence Measure). FIM on toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin tarkoitettu mittari, jonka avulla voidaan melko nopeasti saada selville rajoittuneen toimintakyvyn taso, toimintakyvyn muutokset ja avuntarve. FIM-mittari pohjautuu osittain ICF-luokitukseen, kuten ASTATM-lomakkeistokin. FIM-mittarilla pyritään selvittämään, kuinka paljon asiakas tarvitsee apua selvitäkseen päivittäisistä toiminnoista ja selviääkö hän toiminnasta itsenäisesti, jonkin apuvälineen avulla vai tarvitseeko hän avustajan. Mittarin tuomilla tuloksilla on vaikutusta asiakkaan hoidon suunnittelemiseen sekä siihen, kuinka paljon resursseja tarvitaan. (FCG 2012a.) Myös ASTATM-lomakkeistossa huomioidaan se, tarvitseeko asiakas apuvälinettä tai avustajaa arjen toiminnoista selviytyäkseen. Sopivin vastausvaihtoehto valitaan sen mukaan.

FIM-mittarilla arvioidaan ihmisen päivittäisiä perustoimintoja, joita lomakkeessa on 18 kappaletta (FCG 2012b). FIM-mittarissa toimintojen arviointi jakautuu kahteen suurempaan kategoriaan, jotka ovat motorinen toimintakyky ja kognitio (FCG 2012c). Päivittäisistä perustoiminnoista 13 liittyy motorisiin toimintoihin, kuten itsestä huolehtimiseen, sulkijalihasten hallintaan, siirtymisiin ja liikkumiseen. Viisi toiminnoista liittyy kognition toimintoihin, kuten kommunikointiin ja sosiaaliseen kognitioon. ASTATM-lomakkeistossa on puolestaan neljä isoa kategoriaa, joihin arvioitavat toiminnot liittyvät: ruokahuolto, itsestä huolehtiminen, kotityöt ja kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-ajan vietto. (ASPA 2010a.)

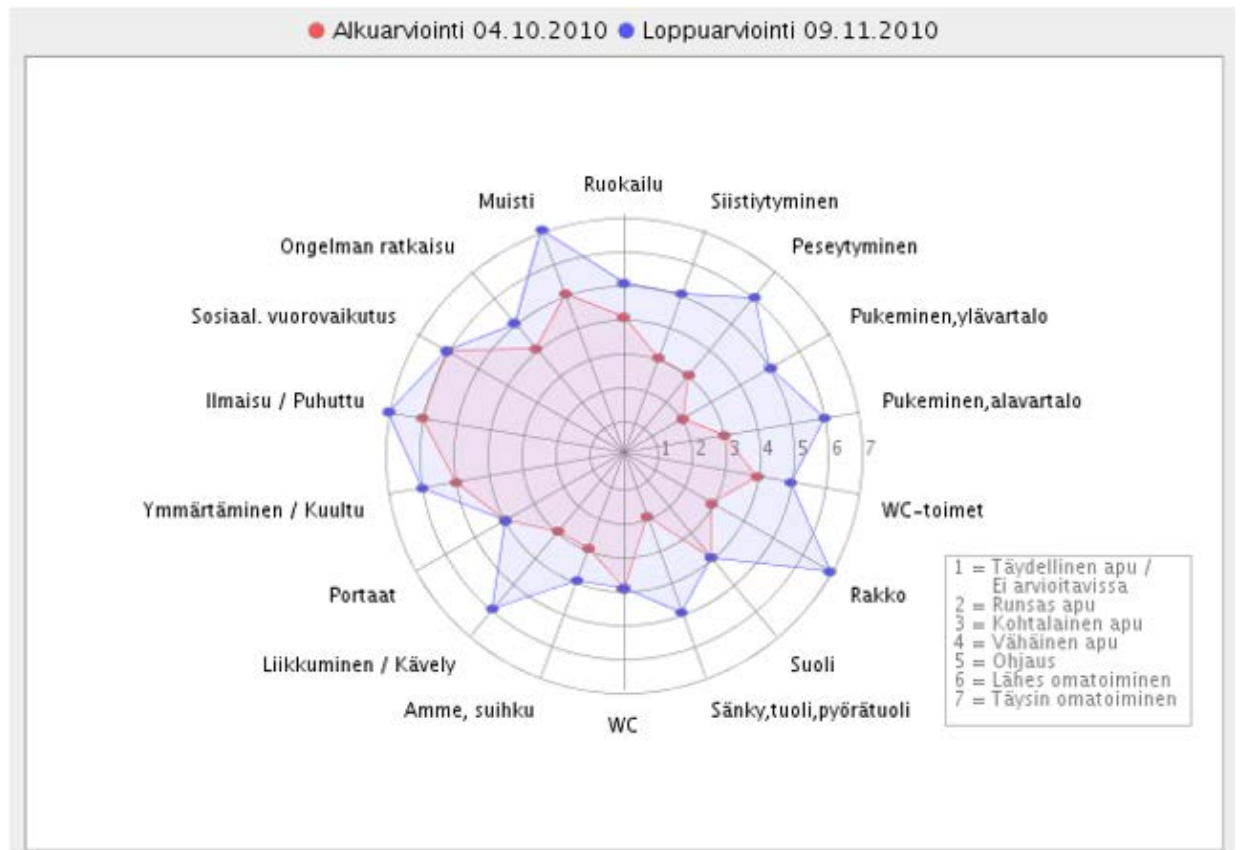
Vammaryhmäluokittelu on osa FIM-mittaria ja sen perusteella voidaan arvioida mittarin soveltuvuutta eri asiakas- ja potilasryhmille (FCG 2012c). FIM-mittari ottaa huomioon esimerkiksi hengityshäiriöistä kärsivät ihmiset, palovammat sekä kipuoireyhtymät kuten niska- ja selkäkiput (FCG 2012d). ASTATM-lomakkeiston kohderyhmiä ei ole avattu näin yksityiskohtaisesti.

ASTATM-lomakkeistossa huomioidaan lähinnä fyysistä toimintakykyä ja sitä, miten henkilö suoriutuu tietyssä toiminnossa. FIM-mittari huomioi niin fyysisen toimintakyvyn kuin kognition sisältämät ymmärtämisen, ilmaisun, sosiaalisen vuorovaikutuksen, ongelmanratkaisun ja muistin. Niinpä FIM-mittari antaa kattavamman kuvan ihmisen toimintakyvystä, vaikka ASTATM-lomakkeisto on kysymyskohdiltaan laajempi. FIM-mittarin arviointiasteikkona käytetään seitsemää eri luokkaa, jotka jakautuvat täysin itsenäisestä täysin autettavaan. (FCG 2012b.) ASTATM-lomakkeistossa vastausvaihtoehtokohtia on kahdeksan jakautuen itsenäisestä suoriutumisesta täysin autettavaan (ASPA 2010b).

FIM-mittarilla voidaan tehdä toimintakyvyn kartoituksia henkilöille, joilla on puutteita usealla eri toimintakyvyn osa-alueella (FCG 2012c). Tällaisia henkilöitä ovat esimerkiksi kehitysvammaiset, monivammaiset ja neurologisia sairauksia sairastavat henkilöt (FCG 2012d). Näille asiakasryhmille soveltuu myös ASTATM-lomakkeisto. FIM-mittari ja ASTATM-lomakkeisto eivät ole ikäsidonnaisia. FIM-mittarilla voidaan tehdä arviointeja haastattelemalla ja havainnoimalla, kuten ASTATM-lomakkeistollakin. (FCG 2012c.)

FIM-mittari on luotettava arviointiväline toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin ja se on teemoiltaan samankaltainen kuin ASTATM-lomakkeisto. Samoja teemoja ovat esimerkiksi itsestä huolehtiminen, WC-toiminnot sekä liikkuminen paikasta toiseen. (FCG 2012e.)

Sekä ASTATM-lomakkeiston että FIM-mittarin tulokset esitetään graafisesti. ASTATM-lomakkeistosta tehdään profiilitaulukko (ks. Liite 2.) ja FIM-mittarista RehabFIM-tietojärjestelmän avulla kuvaaja. (ks. kuvio 1.) Molemmissa tapauksissa tuloksia käsitellään yhdessä asiakkaan kanssa. RehabFIM on Internet sovellus, johon FIM - arvioinnit tallennetaan asiakaskohtaisesti. (FCG 2012f.)



Kuvio 1. FIM-mittarin graafinen kuvaaja, jossa toimintakyvyn kartoituksen tulokset esitetään. Avuntarpeet on jaettu seitsemään vaihtoehtoon täydellisestä avuntarpeesta täysin omatoimiseen suoriutumiseen. (FCG 2012f.)

ASPA:ssa suunnitellaan, että Ammattikorkeakoulun opiskelijat tulevat vertailemaan FIM-mittarin ja ASTATM-lomakkeiston toimivuutta keskenään.

3.4 Fyysinen ja psyykkinen toimintakyky

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen omia suhteita itseensä, omaan elämäänsä ja maailmaan ylipäätään. Siihen liittyy läheisesti sekä autonomian että selviytymiskyvyn käsitteet. Ihmisen toimintakyky on autonomian varassa, sillä se käsittää ihmisen kyvyn muuttaa päämääriään ja arvostuksiaan sekä toteuttaa niitä käytännössä. Selviytymiskyky tarkoittaa puolestaan selviytymistä arjen konkreettisista asioista, joita ovat muun muassa liikkuminen ja kotityöt. (Auvinen ym. 1992: 80–81.)

Toimintakyky käsittää perustarpeiden tyydyttämisen sekä omaan elämään osallistumisen ja vaikuttamisen. Sitä voidaan arvioida ja tarkastella useista eri näkökulmista. Arvi-

oinnit on syytä tehdä moniammatillisesti ja yhteistyössä sekä henkilön itsensä että hänen lähipiirinsä kanssa. Arvioinnin pohjalta henkilön toimintakyvystä voidaan tehdä profilointi, jonka avulla voidaan kartoittaa hänen toimintakykynsä vahvuudet ja heikoudet. (Malm, Matero, Repo, Talvela 2004: 57–58.)

Fyysinen toimintakyky koostuu päivittäisistä toiminnoista, joita ovat esimerkiksi syöminen, juominen, nukkuminen, pukeutuminen ja liikkuminen. Lisäksi fyysistä toimintakykyä on kyky selviytyä fyysisesti raskaista tehtävistä. Fyysistä toimintakykyä voidaan tarkastella sekä hengitys- ja verenkiertoelinten, tuki- ja liikuntaelinten että toimintakyvyn näkökulmasta. Fyysistä toimintakykyä arvioitaessa mitataan usein myös kognitiivista toimintakykyä sekä elämänhallintaa. (Malm ym. 2004: 59.)

Psyykinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen psyykkistä hyvinvointia, oppimiskykyä, muistia, luovuutta, psykomotorisia toimintoja sekä persoonallisia että älyllisiä ominaisuuksia. Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavat myös minäkuva ja ihmisen käsitykset itsestään sekä omista voimavaroistaan. Minäkäsitys käsittää sekä tunteet, asenteet, itsearvostuksen että itsensä hyväksymisen. Psyykinen toimintakyky tarkoittaa myös kykyä tehdä päätöksiä ja ratkaisuja sekä suoriutumista ennakoimattomista ja yllättävistä elämäntilanteista. Sen arvioinnin tulee olla moniulotteista ja siinä tulee ottaa huomioon henkilön itsensä näkemys omasta psyykkisestä toimintakyvystään. Psyykkistä toimintakykyä voidaan arvioida erilaisin testeillä, joita ovat muun muassa muistitestit. (Malm ym. 2004: 62.)

Alkuperäisen ASTATM-lomakkeiston sekä nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston kysymyksillä kartoitetaan lähinnä ihmisen fyysistä toimintakykyä. Psyykkistä toimintakykyä ei huomioida kummassakaan lomakkeistossa juurikaan. ASTATM-lomakkeistossa on kysymyksiä liittyen muun muassa syömiseen, pukeutumiseen, peseytymiseen, koti- töihin sekä liikkumiseen (ASPA 2010a).

3.5 ASTA™-lomakkeiston muokkaantuminen pilotoitien kautta

ASTA™-lomakkeiston soveltuvuutta ja käytettävyyttä on testattu käytännön pilotoinein. Keväällä 2009 ASTA™-lomakkeisto pilotoitiin neurologisilla, neuropsykiatrisilla sekä psykiatrisilla asiakkailla. Pilotointiin osallistui yhteensä 15 ammattilaista eri puolilta Suomea. Ammatillaiset kokeilivat ASTA™-lomakkeistoa yhteensä noin 50 asiakkaalla. Pilotoinnista saadun palautteen pohjalta ASTA™-lomakkeistosta kehitettiin uusi versio, joka soveltuu eri asiakasryhmille aiempaa paremmin. (ASPA 2012f.)

Syksyllä 2009 tehtiin laaja kokeilu, jonka tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, kuinka ASTA™-lomakkeisto soveltuu eri asiakasryhmille ja kuinka riittäväksi käyttäjän käsikirjan tarjoama ohjeistus koetaan. Suurin osa testaaajista oli tehnyt arvioinnit joko havainnoiden tai asiakasta haastatellen. Muutama arviointi oli suoritettu haastatteleamalla yhtäaikaaisesti asiakasta ja hänen läheistään. Pieni osa arvioinneista oli suoritettu haastatteleamalla pelkästään asiakkaan läheistä tai asiakkaan itsearviointina. Haastatellen tehdyistä arvioinneista suurin osa oli tehty kerralla, kun taas havainnoiden suoritetuista arvioinneista suurin osa oli tehty useammalla eri kerralla. (ASTA™-lomakkeiston pilotointi 2 raportti 2009: 1, 4.)

Raportissa selvitettyjen ammattilaisten antamien vastausten perusteella suurin osa koki ASTA™-lomakkeiston soveltuvan parhaiten neurologisille asiakkaille, ikääntyneille, reuma-asiakkaille, liikuntavammaisille ja neuropsykiatrisille asiakkaille. Ammatillaiset kokivat lomakkeen sopivan hyvin myös muistihäiriöisille, näkövammaisille, tuki- ja liikuntaelimistön sairauksia sairastaville asiakkaille, psykiatrisille asiakkaille, kehitysvammaisille, päihdeasiakkaille sekä kuulovammaisille. (ASTA™-lomakkeiston pilotointi 2 raportti 2009: 8.)

Käyttötilanteista ASTA™-lomakkeiston koettiin soveltuvan parhaiten toimintakyvyn arviointiin, toimintakyvyn muutosten arviointiin, avuntarpeen arviointiin, muuttuneen avuntarpeen tietojen päivittämiseen ja henkilökohtaisen avuntarpeen kartoittamiseen. Iso osa koki lomakkeiston soveltuvan myös vaihtelevan toimintakyvyn arviointiin, asumiseen liittyvien palveluiden kartoittamiseen, soveltuvan asumisratkaisun kartoittamiseen, palvelusuunnitelman laatimiseen ja asumisvalmennuksen vaikuttavuuden arviointiin. (ASTA™-lomakkeiston pilotointi 2 raportti 2009: 10.)

Havainnoinnin käyttö haastattelun tukena tuo luotettavuutta arvioinnille. Myös haastatteluympäristö vaikuttaa luotettavuuteen. Mikäli haastattelu tehdään muualla, kuin haastateltavan kotiympäristössä, tulee pohtia vieraan ympäristön mahdollista vaikutusta arviointiin. (ASTA™-lomakkeiston pilotointi 2 raportti 2009: 12.) ASTA™-lomakkeisto sopii itsearviointivälineeksi vain harvoille ja tietynlaisille asiakkaille. Lomakkeiston itsenäinen täyttäminen vaatii kognitiivisia taitoja, kuten hyvää keskittymiskykyä. Lomakkeistoa suositellaan ensisijaisesti ammattilaisten käyttämäksi arviointivälineeksi. (ASTA™-lomakkeiston pilotointi 2 raportti 2009: 12.)

4 Asiakkaan elämänhallinnan lisääminen osallisuuden keinoin

4.1 Asiakkaiden osallistaminen ja osallisuuden lisääminen

Kehittämistehtävän lyhyen aikavälin tavoitteena on asiakkaan osallistaminen ja osallisuuden lisääminen. Osallisuuden periaate on sitä, että ihmisellä on oikeus kuulua omaan elämäänsä ja ympäristöönsä olemalla osa yhteisöä ja koko yhteiskuntaa. Osallisuudessa tärkeintä on se, että ihminen otetaan emotionaalisesti vastaan ja se että hän saa kuulua elämyksellisellä tasolla yhteisöönsä. (Tyrkkä, Ropo 2003: 67.)

Ihmisellä on oikeus saada tietoa maailmasta, yhteiskunnasta ja hänen elämäänsä vaikuttavista iän, tilanteen ja tarpeen kannalta merkityksellisistä asioista. Osallisuus merkitsee sitä, että ihmisellä on oikeus osallistua päätöksentekoon ja saada yhteisöltään suojaa sekä voimavaroja oman elämän edellytysten turvaamiseksi. (Tyrkkä, Ropo 2003: 68.) Osallisuuden tukeminen lisää sosiaalista pääomaa eli ihmisen sosiaalisia verkostoja ja niissä syntyvää vastavuoroisuutta ja luottamusta. Sosiaalisen pääoman lisäämisellä on laaja-alainen merkitys, sillä se vaikuttaa monin tavoin yksilön terveyteen ja hyvinvointiin. (Karjalainen, Nieminen, Martelin 2012.)

Osalliseksi tuleminen on sisäinen prosessi, jonka päämääränä on yhteenkuuluvuus ja osallisuus. Osallisuus on yksilön kokemus, joka syntyy yhteisöllisessä vuorovaikutuksessa ja ilmenee sisäisen voimantunteen lisääntymisenä. Sisäinen voimantunne on muun muassa luottamusta omiin mahdollisuuksiin. (Jantunen 2008: 74.) Ihmisten osallistumiseen, mikä on yhteydessä osallisuuteen, vaikuttaa kaksi olennaista asiaa. Ensimmäinen

edellytys osallistumiselle on omakohtainen, henkilökohtainen kiinnostus osallistua ja vaikuttaa. Toinen edellytys on käytettävissä olevat mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa. (Kohonen, Tiala 2002: 6.)

Osallisuus voidaan jakaa erilaisiin rooleihin; henkilö voi olla osallinen esimerkiksi kansalaisena, kuten kunnan asukkaana tai palvelujen käyttäjänä eli asiakkaana. (Kohonen, Tiala 2002: 6). Haastattelimamme asiakkaat ovat osallisia juuri palvelujen käyttäjinä, koska arvioitavilta edellytetään jonkin palvelun tai tuen saamista. Asiakasosallisuudella tarkoitetaan asiakkaan mahdollisuutta osallistua palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen (Kohonen, Tiala 2002: 6). Asiakasosallisuus voi olla vähintäänkin palautteen antamista. Asiakas ja palveluntuottaja ovat vuorovaikutuksessa keskenään tavoitteenaan palvelun laadun ja tehokkuuden parantaminen. (Halttunen-Sommardahl 2007: 12.) Osallisuus kuvaa yksilön ja yhteiskunnan välistä suhdetta. Se kuvaa yksilön mahdollisuutta kiinnittyä itselleen merkityksellisiin yhteiskunnan eri instituutioihin ja toimintajärjestelmiin. (Hämäläinen 1999: LIITE 1.)

Useissa sosiaali- ja terveystalouden kehittämistä koskevissa julkaisuissa asiakkaan roolia ja osallisuutta korostetaan. Esimerkiksi Sosiaalityön neuvottelukunta teki toimenpide-ehdotuksen osallisuuden vahvistamisesta ja linjasi Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015- toimenpideohjelmassa asiakkaan osallisuuden ja sosiaalityön eettisyyden vahvistamisen yhdeksi neljästä muusta lähitulevaisuuden kehittämishaasteista. (Karjalainen, Sarvimäki 2005: 3.)

Yksi sosiaaliviraston strategisista päämääristä vuonna 2010 oli puolestaan ihmisten osallisuuden ja vuorovaikutuksen lisääntyminen. Päämäärien toteuttamisessa painottuvat osallisuutta ja vuorovaikutusta tukevat toimintatavat. (Halttunen-Sommardahl 2007: 1–2.)

Suomen perustuslaissa määritellään yksilön oikeus osallistua ja vaikuttaa niin yhteiskunnan kuin elinympäristönsäkin kehittämiseen (Perustuslaki 731/1999 §2). ”Julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon” (Perustuslaki 731/1999 §14).

4.2 Elämänhallinta

Elämänhallinnalla tarkoitetaan ihmisen tarvetta muokata omaa elämänsä tietoisesti tai tiedostamatta itselle suotuisaan suuntaan. Elämänhallinta on uskoa siihen, että ihminen voi itse vaikuttaa omaan elämäänsä ja tehdä siitä mieluisan. Elämänhallinta on ihmiselle henkinen voimavara. Ihminen pyrkii omalla toiminnallaan muuttamaan niitä olosuhteita, jotka vievät liikaa voimavaroja tai uhkaavat rasittaa ihmistä liikaa. Mikäli olosuhteita uhkaavia tekijöitä ilmenee, ihminen pyrkii muuttamaan konkreettiset olosuhteet erilaisiksi tai muuttamaan oman tapansa tulkita kyseistä asiaa. Tarve hallita omaa elämää on yksi ihmisen perustarpeista ja yksi suurimmista turvattomuuden lähteistä on vastoinkäymisten pelko. (Keltikangas-Järvinen 2008: 253.)

Elämänhallinta voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen elämänhallintaan. Sisäinen elämänhallinta käsittää ihmisen omat valmiudet toimia ja selviytyä omassa elämässään sen eri vaiheina. Ihminen suoriutuu elämänsä eri kehitystehtävistä sekä osaa tehdä elämänsä myönteisesti ohjaavia ratkaisuja. Ulkoinen elämänhallinta puolestaan liittyy ihmisen osallisuuden riittävästä toimeentulosta, työstä, toimivista ihmissuhteista, koulutuksesta, edunvalvonnasta, palveluista, harrastustoiminnasta sekä muista elämän laadun kannalta oleellisista yhteiskunnan instituutioista sekä toimintajärjestelmistä. (Hämäläinen 1999: LIITE 1.)

Omaan elämänhallintaan voi vaikuttaa positiivisesti omilla valinnoilla ja päätöksillä. Elämänhallintaan positiivisesti vaikuttavia asioita ovat liikkuminen, syöminen säännöllisesti, riittävä uni ja niiden asioiden tekeminen, jotka tuottavat iloa. Itsensä hyväksyminen sellaisena kuin on ja hyvä itsetunto edesauttavat elämänhallintaa. Vahvuuksiin keskittyminen ja oman tahdon ilmaiseminen ovat positiivisesti elämänhallintaan vaikuttavia tekijöitä. Unelmoiminen, ihmissuhteet ja itselle asetetut tavoitteet vievät elämässä eteenpäin. (Aarnio-Tervo 2012.)

4.3 Voimaantumisen edistäminen

Voimaantuminen lähtee aina ihmisestä itsestään eikä toista ihmistä voi voimaannuttaa. Voimaantuminen on prosessi, jonka onnistuminen on todennäköistä suotuisassa ympäristössä. Muut ihmiset voivat olla osana voimaantumisen tapahtumasarjaa, mutta he

eivät voi suoranaisesti voimaannuttaa ketään toista. Voimaantuminen on sekä henkilökohtainen että sosiaalinen prosessi. (Siitonen 1999: 93.)

Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa, jolloin hänestä on tullut itseään määräävä ja ulkoisesta pakosta vapaa. Konkreettisten esimerkkien antaminen voimaantuneesta ihmisestä on hankalaa, sillä jokainen kokee voimaantumisen omalla tavallaan. Voimaantuminen ilmenee ihmisissä yksilöllisinä ominaisuuksina, käyttäytymisenä, uskomuksina sekä taitoina. (Siitonen 1999: 63.)

Ihmisen voimaantuminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin. Kun ihminen voimaantuu, todennäköisesti myös hänen hyvinvointinsa paranee. Hyvinvoinnin kokemisen keskeisinä käsitteinä ovat voimaantumisen osaprosessien käsitteet, kuten tulevaisuuden suunnitelmien luominen, vapaus, itseluottamus, turvallisuus, positiiviset tunnekokemukset, itsemäärääminen sekä toiveisuus. (Siitonen 1999: 164.)

Voimaantumista on tuettava ja sen edistämiseksi tulee löytää uusia keinoja, joita ihmisen tulee itse työstää. Voimaantumista tukemalla ja rakentavaa palautetta antamalla ihmisen osallisuutta voidaan lisätä voimaantumisen edistyessä. (Heikkilä, Heikkilä 2005: 30-31.)

On tavallista, että voimaantumisosnessissa on sekä ylä- että alamäkiä. On olemassa muun muassa paljon ulkoisia tekijöitä, kuten toiset ihmiset tai terveydentila, jotka vaikuttavat voimaantumisosnessiin. Ne kaikki tulee hyväksyä osana prosessia. (Heikkilä, Heikkilä 2005: 44.) Esimerkkinä voitaisiin tarkastella tilannetta, jossa kehitysvammainen henkilö haluaa muuttaa omilleen asumaan. Ulkoisena häiritsevä tekijänä ovat henkilön vanhemmat, jotka eivät tue hänen muuttoaikeitaan. Tämä vaikeuttaa kehitysvammaisen henkilön voimaantumisen mahdollisuutta.

Voimaantumista ei voi sanoa tapahtuneen, ellei siitä seuraa jotakin uutta. Voimaantumisen käynnistymisen yksi ehto on ihmisen kokema tunne muutoksen tarpeesta. Tunne muutoksen tarpeesta ei itsessään kuitenkaan mahdollista voimaantumista. (Räsänen 2006: 91.)

Opinnäytetyön pitkän aikavälin tavoitteena on asiakkaiden voimaantumisen edistäminen. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston pohjalta tehtyjen ratkaisujen kautta pyritään edistämään asiakkaan voimaantumista. Esimerkkinä voitaisiin mainita tilanne, jossa henkilö on saanut pidemmän ajanjakson ajan siivousapua. Terveystilan kohen tuessa tilannetta ei ole arvioitu uudelleen, vaan henkilö saa edelleen siivousapua, vaikka pystyisikin jo siivoamaan itse. Puolesta tekeminen hidastaa voimaantumisprosessia ja voimaantuminen mahdollistuu vasta, kun ihminen tekee itse ja saa sitä kautta onnistumisen kokemuksia. ASTA™-lomakkeisto sopii toimintakyvyn muutosten arviointiin. Muutosten arviointi edistää voimaantumista, sillä tarpeiden tunnistamisen pohjalta voidaan tehdä asiakkaan toimintakykyä edistäviä ratkaisuja. (ASTA™-lomakkeiston pilotointi 2 raportti 2009: 10.)

4.4 Asiakaslähtöisyys

Asiakkaiden osallisuus palveluihin ja palveluiden kehittämiseen on noussut yhä yleisemmäksi keskustelun aiheeksi. Asiakslähtöisessä ajattelussa on tärkeää huomioida, että palvelut organisoidaan asiakkaan tarpeiden mukaan. Palvelut tulisi organisoida yhdessä asiakkaan kanssa, ei pelkästään asiakasta varten. Palveluiden käyttäjien osallistuminen palveluiden kehittämiseen edesauttaa tuottamaan asiakkaan tarpeita vastaavia palveluita. Palveluiden kehittämisessä olisikin tärkeää, että asiakkaan kanssa tapahtuvalla vuorovaikutuksella olisi vaikutuksia palveluiden tuotantotapojen, jakelukanavien, toimintamallien ja toiminnallisuuksien kehittämiseen. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen, Suokas 2011: 36.)

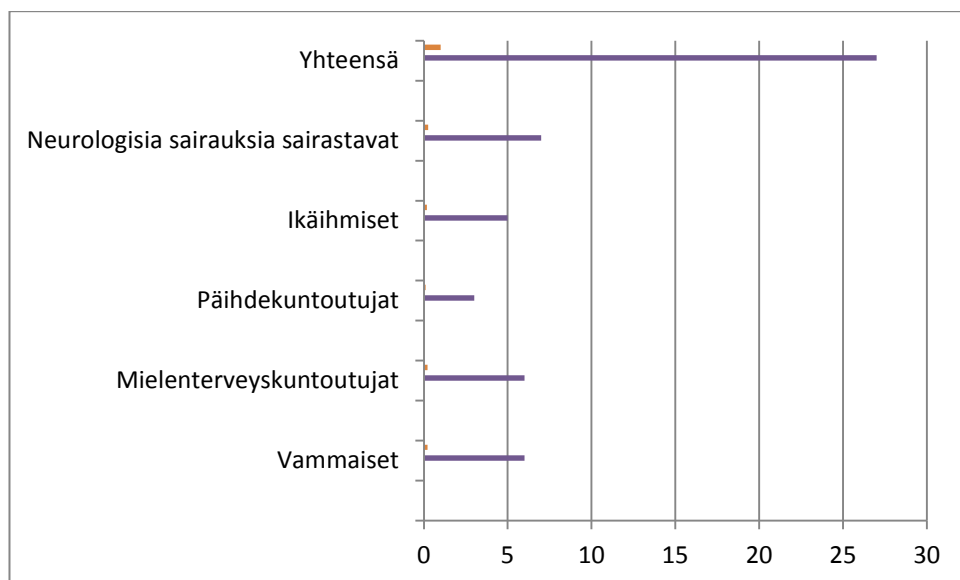
Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan kuulemistä ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä itseä koskevissa päätöksenteoissa, palveluissa ja niiden kehittämisessä. Jotta asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia voidaan lisätä ja erikäisten asiakkaiden näkemyksiä selvittää, työmenetelmien tulisi olla yhteisöllisiä. Esimerkkejä yhteisöllisistä työmenetelmistä ovat kokemusasiantuntijuus, asiakasraadit, neuvostot ja foorumit. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1.)

Asiakkaan näkökulmasta asiakaslähtöisyys merkitsee siis sitä, että osallistuminen on asiakkaalle yhtä kuin oikeus itsemääräämisoikeuteen, yhdenvertaisuuteen ja toimijuuden toteutumiseen. Palvelun tuottajalle taas osallistuminen merkitsee asiakkaan näke-

mistä palvelussa resurssina ja kumppanina, pelkän palvelun kohteen sijasta. Onnistunut palvelutapahtuma edellyttää niin palveluntarjoajan ammatillista osaamista, näkemystä ja taitoa kuin asiakkaan oman elämänsä tuntemusta ja voimavaroja. Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen on usein yhteisöllisempää ja siinä kyse on keinoista, joilla mahdollistetaan suuremman asiakasjoukon samanaikainen osallistuminen tai äänensä kuuluviin tuominen. (Virtanen ym. 2011: 29.)

5 Asiakasryhmät ja diagnoosit

Haastatellut asiakkaat olivat ikääntyneitä, kehitys-, liikunta- ja näkövammaisia, reumatikkoja, mielenterveys- ja päihdekuntoutujia sekä neurologisia ja neuropsykiatrisia sairauksia sairastavia ihmisiä. Haastateltujen diagnooseja olivat epilepsia, MS-tauti, nivelreuma, lapsireuma, skitsofrenia, psykoosi, kaksisuuntainen mielialahäiriö, Williamsin oireyhtymä, Downin syndrooma, määrittelemätön kehitysvammaisuus, näkövammaisuus, CP-vamma, aivohalvaus, verenpainetauti sekä nivelrikko. Seuraavassa kuviossa esitämme, miten haastateltaviemme lukumäärä on jakautunut asiakasryhmittäin (ks. kuvio 2).



Kuvio 2. Haastateltujen henkilöiden lukumäärät kustakin asiakasryhmästä. Haastateltavia asiakkaita oli yhteensä 27, eniten asiakashaastatteluja tehtiin neurologisia sairauksia sairastavien henkilöiden kanssa ja vähiten päihdekuntoutujien kanssa.

5.1 Kehitysvammaiset

Kehitysvammalain mukaan kehitysvammainen on henkilö, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja (Kehitysvammaisten erityishuoltolaki § 1). Kyseessä on oltava vamma, joka on pysyvä ja joka vaikuttaa henkilön koko elämänkaareen. Kehitysvammaisuuden tulee ilmetä 18 ikävuoteen mennessä, jonka jälkeen älyllisestä taantumisesta aletaan puhua dementia-na. (Kaski, Manninen, Pihko 2009: 16–17.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan kehitysvammaisuus voidaan jakaa neljään älykkyysluokkaan, jotka ovat lievä, keskiasteinen, vaikea älyllinen ja syvä älyllinen kehitysvammaisuus. Lievästi kehitysvammainen henkilö pystyy usein asumaan ja asioimaan itsenäisesti, käymään töissä sekä ylläpitämään sosiaalisia suhteita. Vaikka lievästi kehitysvammainen henkilö pärjää monessa asiassa yksin, on tuen saannin mahdollisuus oltava olemassa. Esimerkiksi töissä on oltava ohjaaja, joka auttaa apuvälineiden avulla työtehtävien hoitamisessa ja kannustaa työntekoon. Asumista olisi syytä tukea joko vanhempien tai asuntolan ohjaajan avulla. Myös rahankäyttö ja muut vastaavanlaiset asiat vaativat apua. Lievä kehitysvammaisuus saattaa usein sisältää myös mielenterveysongelmia, esimerkiksi jos henkilö kokee itsensä vajavaiseksi ja asemansa yhteiskunnassa erilaiseksi. Tämä voi aiheuttaa ahdistusta ja masennusta tai jopa itsetuhoista käytöstä. (Kaski ym. 2009: 20–21.)

Keskiasteisesti kehitysvammaiselle henkilölle jonkin asteinen itsenäinen elämä voi olla mahdollista, mutta tuen tarve on välttämätön. Arkisista toimista suoriutuminen onnistuu ainakin jossain määrin, esimerkiksi työ- tai koulupaikalle kulkeminen onnistuu itsenäisesti. Asumismuoto näillä henkilöillä on joko kotona vanhempien kanssa tai vaihtoehtoisesti ryhmäkodissa ohjaajien valvonnassa. Keskiasteisesti kehitysvammainen pärjää työ- ja kouluelämässä apuvälineiden avulla. (Kaski ym. 2009: 21.)

Haastatteluihin osallistuneiden kehitysvammaisten diagnooseina olivat Downin oireyhtymä ja Williamsin oireyhtymä. Haastateltavat olivat tasoltaan joko lievästi tai keskivaikeasti kehitysvammaisia. Downin oireyhtymä on tyypillisin kromosomipoikkeama, joka aiheuttaa kehitysvammaisuutta. Oireyhtymä ei ole perinnöllinen, vaan se johtuu tavalli-

sesti munasolun kehityshäiriöstä. Down-henkilöt ovat yleensä älyllisesti joko lievästi tai keskiasteisesti kehitysvammaisia. Iän lisääntyessä myös älyllinen kehitysvammaisuus lisääntyy. Tästä johtuu osaltaan se, että dementiaan sairastuminen on Down-henkilöillä erittäin tavallista. Down-henkilöiden kehitys on selvästi viivästynyttä, myös sydänvialt, leukemiaan sairastuneisuus sekä kilpirauhasen vajaatoiminta ovat yleisiä. Osa Down-henkilöistä voi asua aikuisena itsenäisesti, mutta apu on usein tarpeen tällöinkin. (Kaski ym. 2009: 71; Viitapohja 2010; Wilska 2011.)

Williamsin oireyhtymä johtuu geenivirheistä. Se aiheuttaa yleensä lievää tai keskiasteista kehitysvammaisuutta. Oireyhtymä voi olla periytyvä, mutta useimmiten se on täysin sattumanvarainen. Williamsin oireyhtymän omaava henkilö on usein pienikokoinen ja oireyhtymään kuuluu myös sille ominaisia kasvonpiirteitä. Puhe on usein hyvää, mutta sisällöltään melko suppeaa. Osalla oireyhtymän henkilöistä on myös taipumusta liikahavuuteen. (Kaski ym. 2009: 67; Viitapohja 2009.) Monet Williamsin oireyhtymän omaavat ovat kömpelöitä ja heillä on tavallista useammin sydänvikoja. Purentavialt ovat tavallisia ja hampaisto epämuodostunut. Vanhemmilla oireyhtymän henkilöillä on myös suurehko riski sairastua diabetekseen. (Viitapohja 2009.)

5.2 Näkövammaiset

Näkövammaisuudesta voidaan puhua silloin, kun näkövamma aiheuttaa henkilölle huomattavaa haittaa selviytyä arkipäivän toiminnoista kotona, työpaikalla tai vapaa-ajalla (Poussu-Olli, Keto 1999: 19). Näkövammaisen henkilön näköä ei pystytä korjaamaan silmälaseilla tai piilolaseilla (Somerkivi 2000: 45).

Näkövammaisella henkilöllä näkötoiminta tai jokin näkemisen osa-alue on heikentynyt tai vammautunut huomattavasti. Arkielämässä näön heikkeneminen tai menettäminen vaikuttaa merkittävimmin henkilön sosiaalisten suhteiden ylläpitoon, liikkumiseen ja tiedon saamiseen. Näkövammaisia henkilöitä ovat heikkonäköiset, sokeat ja kuu-rosokeat. (Poussu-Olli, Keto 1999: 19, 25.)

Näkövammaisuus voi olla synnynnäistä ja johtua synnynnäisistä kehityshäiriöistä, keskosuudesta tai näköhermon vioista. Aikuisiällä yleisin näkövamma aiheuttaja Suomessa on silmänpohjan rappeuma. Muita aikuisiällä esiintyviä näkövamma aiheuttajia ovat

muun muassa silmänpainetauti, diabeteksestä johtuvat silmänpohjan muutokset sekä perinnölliset silmäsairaudet. Näkökyvyn voi menettää myös erilaisten tapaturmien ja tulehdusten seurauksena. (Ojamo 2010.)

Näkövamman aiheuttamaan haittaan vaikuttavia tekijöitä on useampia. Yhtenä vaikuttavana tekijänä on se, minkä ikäisenä henkilö on näkövammautunut ja millä tavalla. Muita vaikuttavia tekijöitä ovat psyykinen sopeutumiskyky näkövammaan ja kuinka henkilö on opetellut selviämään elämästä näkövamman kanssa. Näkövamman kanssa elämiseen vaikuttavat ympäristötekijät, oma suhtautuminen näkövammaisuuteen, uusien asioiden omaksumiskyky, elämäntapa ja sosiaaliset suhteet. (Poussu-Olli, Keto 1999: 19.)

5.3 Liikuntavammaiset

Liikuntavammaisen henkilö on henkilö, joka jonkin sairauden tai tapaturman vuoksi ei kykene liikkumaan itsenäisesti tai ilman apuvälineitä. Liikuntavammaisuus voi olla myös synnynnäistä kuten esimerkiksi CP-vammassa. Vammoja aiheuttavat muun muassa halvaantumiset, ylä- tai alaraajojen epämuodostumat sekä tuki- ja liikuntaelinten oireet ja vammat. (Malm, Matero, Repo, Talvela 2004: 253.)

Liikuntavammaisuus on yleisin vammaisuuden muoto ja vammaisella henkilöllä voi liikuntavammaisuuden lisäksi olla muita terveyteen ja elämiseen liittyviä haittoja. Liikkumista rajoittavat monet tekijät ja ne voivat olla joko pitkä- tai lyhytaikaisia. Lyhytaikainen tekijä voi olla esimerkiksi sairauden jälkeinen tila, pitkäaikainen tekijä puolestaan esimerkiksi tapaturman tai vanhuuden aiheuttama liikuntavamma. (Malm ym. 2004: 253.)

Liikuntavammaisuutta voivat aiheuttaa muun muassa lihassairaudet, CP-vammaisuus, nivelreuma sekä aivovamma. Liikuntavamma rajoittaa henkilön voimantuottoa sekä liikkumisnopeutta. Myös lihaskrampit sekä väsymys ovat tavallisia oireita liikuntavammaisella henkilöllä. (Malm ym. 2004: 253.)

5.4 Reumaatikot

Nivelreuma tarkoittaa nivelten pitkäaikaista tulehdusta ja se ei ole periytyvä sairaus, mutta alttius sairastua on lievästi periytyvää. Muita syitä reumaan altistumiselle ovat erilaiset infektiot ja nivelvammat. (Malm ym. 2004: 289.)

Nivelreumassa elimistön immunologinen puolustus on kääntynyt väärin omaa kudostaan vastaan. Se aiheuttaa nivelrakenteiden tuhoutumista sekä nivelten toiminnan häiriintymistä. Näkyvin oire nivelreumassa on nivelten turvotus, nivelnesteen lisääntyminen sekä nivelkalvon paksuuntuminen. Useimmiten reumaa esiintyy varpaiden ja käsi- en nivelissä. (Malm ym. 2004: 289.)

On olemassa myös nivelreumaa, jota kutsutaan lapsireumaksi. Siinä sairastunut henkilö on saanut nivelreuman alle 16-vuotiaana ja se on kestänyt silloin yli 6 viikkoa. Lapsireuma ei ole yksi tietty tauti vaan sairaus, jossa nivelten tulehduksen aiheuttaa joukko erilaisia tekijöitä. (Malm ym. 2004: 289.)

Tavallisesti nivelreuma kestää vuosikymmenten ajan, jolloin syöpymät pikku hiljaa leviävät yhä useampiin niveliin. Pitkäaikainen nivelreuma voi aiheuttaa oireita myös muissa elimissä kuten esimerkiksi silmissä ja suussa. Nivelreumaa voidaan todeta sairastavan jos nivelreuman luokittelukriteereistä neljä seitsemästä kohdasta täyttyvät. Tekijöitä ovat esimerkiksi aamujäykkyys nivelissä, reumatekijä veressä, nivelten turvotus sekä reumakyhmy. (Malm ym. 2004: 290.)

5.5 Mielensterveyskuntoutujat

Ihmisen mielensterveyteen vaikuttavat perimä, biologiset tekijät, sosiaaliset ja vuorovai- kutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät sekä kulttuuriset arvot. Nykykä- sityksen mukaan ihminen on mieleltään terve, kun hän kykenee itsenäiseen selviytymi- seen päivittäisissä toiminnoissa, kuten ihmissuhteissa, työssä ja vapaa-ajan toiminnois- sa ilman että hän itse tai joku toinen kärsisi. Mielensterveys vaihtelee elämäntilanteen ja olosuhteiden mukaan. (Hietaharju, Nuutila 2010: 12–13.)

Ihmisellä on niin mielenterveyttä suojaavia kuin haavoittaviakin tekijöitä. Suojaavat tekijät lisäävät ihmisen selviytymiskykyä ja ne voidaan jakaa ulkoisiin ja sisäisiin. Mielenterveyttä sisäisesti suojaavia tekijöitä ovat muun muassa myönteiset varhaiset ihmissuhteet, hyväksytyksi tuleminen tunne, ongelmanratkaisutaidot, kyky tyydyttäviin ihmissuhteisiin sekä huumori. Mielenterveyttä ulkoisesti suojaavia tekijöitä ovat muun muassa perheen ja ystävien tuki, ruoka, työ tai muu toimeentulo sekä turvallinen elinympäristö. (Hietaharju, Nuutila 2010: 14.)

Mielenterveyttä haavoittavilla tekijöillä on haitallinen vaikutus yksilön terveyteen ja hyvinvointiin ja ne lisäävät ihmisen mahdollisuutta sairastua. Myös mielenterveyttä haavoittavat tekijät on jaettavissa sisäisiin ja ulkoisiin. Mielenterveyttä sisäisesti haavoittavia tekijöitä ovat muun muassa sairaudet, avuttomuuden tunne, huonot ihmissuhteet, huono sosiaalinen asema sekä eristäytyneisyys. Mielenterveyttä ulkoisesti haavoittavia tekijöitä ovat muun muassa kodittomuus, erot ja menetykset ihmissuhteissa, työttömyys, päihteiden käyttö, syrjäytyminen sekä mielenterveysongelmat perheessä. Mielenterveyttä suojaavia tekijöitä on tärkeää lisätä ja mielenterveyttä haavoittavia tekijöitä puolestaan vähentää ja poistaa. (Hietaharju, Nuutila 2010: 15.) Yksittäinen seikka, kuten työtyytyväisyys, ei yksin kerro psyykkisestä hyvinvoinnista tai häiriöstä (Heiska 2010: 15).

Mielenterveydenhäiriöt voidaan jakaa mielialahäiriöihin, ahdistuneisuushäiriöihin, persoonallisuushäiriöihin, päihderiippuvuuteen sekä skitsofreniaan ja muihin psykoottisiin häiriöihin. (Hietaharju, Nuutila 2010: 31–32.) Mielenterveysongelmien diagnoosit perustuvat oireiden keston, luonteeseen ja määrään (Valkonen 2011: 33). Haastattelemlamme mielenterveyskuntoutujilla oli diagnooseina psykoosi, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Psykoosi on mielenterveyden ongelma, jossa todellisuudentaju on heikentynyt eli henkilöllä on vaikeuksia erottaa, mikä on totta ja mikä ei. Vaikeuksia voi olla havainnoinnissa, ajattelussa sekä oman itsen ja ympäröivän maailman käsittämisessä. Psykoottisella henkilöllä aistiharhat ja harhaluulot ovat yleisiä. Psykoosi voi olla lyhyt- tai pitkäkestoista ja psykoosin aiheuttajana voi olla esimerkiksi traumaattinen kokemus, elimellinen sairaus tai päihteiden käyttö. Psykoosi vaikuttaa ihmisen tunne-elämään ja käyt-

täytymiseen vaikeuttaen muun muassa sosiaalista kanssakäymistä. (Hietaharju, Nuuttila 2010: 58.)

Yleisin psykoosin muoto on skitsofrenia. Sairauden taustalla on vahva geneettinen alttius. Skitsofreniassa ihmisen käsitys todellisuudesta sekä toimintakyky ovat heikentyneet. Skitsofrenian voi laukaista stressi, mikä voi aiheutua aikuistumisesta tai muusta elämäntapaan, kasvuun tai kehittymiseen liittyvästä asiasta. Skitsofrenian voi laukaista myös päihteiden liikkakäyttö ja huumeet. Skitsofrenian tyypillisiä oireita ovat muun muassa puheen- ja käyttäytymisen hajanaisuus, harhaluulot, tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, ahdistuneisuus, tuskaisuus ja itsetuhoiset ajatukset. (Hietaharju, Nuuttila 2010: 59–61.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on depressio- ja maniavaiheita, jotka vaihtelevat. Vaiheiden välillä on tavallisesti oireettomia kausia. Depressiovaihe eroaa normaalista mielialan laskusta siinä, että depressiossa mielialan laskuun liittyy lievä, vakava ja psykoottinen masennus. Depressiovaiheiden aikana henkilö voi kärsiä väsymyksestä, uni-häiriöistä, ruokahaluttomuudesta, toivottomuudesta ja itsetuhoisista ajatuksista. Maniavaiheessa ihmisen mieliala ja aktiivisuus kohoavat epänormaalin korkealle. (Hietaharju, Nuuttila 2010: 46–49.)

5.6 Päihdekuntoutajat

Alkoholiriippuvuusoireyhtymää nimitetään alkoholismiksi. Alkoholistien sosiaaliset, psyykkiset, fyysiset ja henkiset oireet voivat ilmetä erilaisissa muodoissa. Sosiaaliset ongelmat voivat näkyä esimerkiksi toimintakyvyn puutteina, kuten ongelmina hallita arkielämän taitoja tai kyvyttömyytenä toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Fyysiset oireet ilmenevät monesti alkoholisteilla vieroitusoireina, alkoholin tai muiden päihteiden käytön lopettamisen jälkeen. Psykykinen riippuvuus ilmenee alkoholin lopettamisen vaikeutena ja riippuvuuden tunteena elämäntavasta, johon alkoholi kuuluu olennaisena osana. Henkiset oireet voivat ilmetä muun muassa ahdistuksena, pelkona tai kielteisinä tunteina. (Inkinen, Partanen, Sutinen 2003: 44.)

Alkoholiriippuvuuteen vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi biologisten vanhempien alkoholiriippuvuus, ympäristötekijät, häiriökäyttäytyminen ja nuorella iällä aloitettu päihte-

den käyttö. Alkoholiriippuvuutta aikuisiällä edistää alkoholin helppo saatavuus, vakinaisen parisuhteen puute, alkoholin käytön aiheuttamat hyvän olon tunteet ja ahdistuksen helpottuminen sekä puutteet hoitopalveluissa. Alkoholismin aiheuttamat ongelmat eivät rajoitu pelkästään alkoholin käyttäjän kohdalle vaan ongelmista kärsivät lisäksi alkoholistille läheiset ihmiset, työyhteisö ja yhteiskunta. (Inkinen ym. 2003: 44.) Haastattelemistamme asiakkaista kolmella oli ollut ongelmia päihteiden käytön kanssa, minkä seurauksena heille oli kehittynyt eriasteisia pitkäaikaisia muistiongelmia.

5.7 Neurologisia sairauksia sairastavat

Neurologiset sairaudet ovat yleensä pitkäaikaisia tai pysyviä. Neurologisia sairauksia ovat muun muassa epilepsia, aivohalvaus sekä MS-tauti. Haastateltavillamme asiakkaila esiintyi näitä sairauksia. Halvaukset, liike-, puhe- ja hahmottamishäiriöt sekä persoonallisuuden ja tunne-elämän muutokset ovat neurologisten sairauksien oireita. Muita oireita ovat muun muassa lihasheikkous, vapina, tasapainohäiriöt ja kiputilat. Oireiden laatu, vaikeusaste ja henkilön toimintakyky riippuvat siitä, missä keskushermostovaurio sijaitsee ja kuinka laaja vaurio on. (Soinila, Kaste, Somer 2006: 602.)

Monissa neurologisissa sairauksissa esiintyy psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja psykiatrisissa häiriöissä kuten skitsofreniassa esiintyy puolestaan neurologisia piirteitä. Neurologisten ja psykiatristen sairauksien väliin jääviä oireyhtymiä kutsutaan neuropsykiatrisiksi häiriöiksi. Tällaiset häiriöt aiheutuvat aivojen toimintahäiriöistä, henkilön psykologian ja käyttäytymisen muutoksista sekä kognitiivisista oireista. Monet neuropsykiatriset sairaudet ovat parantumattomia, mutta henkilön elämänlaatuun voidaan vaikuttaa monin eri tavoin. (Soinila ym. 2006: 612.)

Epilepsia on neurologinen sairaus, johon kuuluvat toistuvasti laukeavat epilepsiakohtaukset eli oireet. Epilepsiakohtaus alkaa usein yllättäen ja se voi johtaa tajuttomuuteen, kouristuskohtaukseen tai tajunnan hämärtymiseen. (Kaski ym. 2009: 123–126.) Epilepsiaan sairastumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat kehityshäiriöt aivojen kuorikerroksessa, aivovamma, aivotulehdus, aivokasvain, aivoverisuonimuutokset, aivoverenkiertohäiriöt ja aineenvaihdunnan häiriöt. Myös raskauden aikana ja synnytyksessä solujen vaurioituminen voi johtaa epilepsiaan sairastumiseen. (Epilepsialiitto 2012.)

Epilepsian fyysisiin oireisiin kuuluvat muun muassa tapaturmien ja äkkikuoleman riski, pitkittyneen epilepsiahoituksen riski, epilepsiahoituksen jälkioireet eli väsymys ja sekavuus, epilepsiahoituksen aikaiset liike-, aisti- ja tajunnanhäiriöt, kognitiiviset häiriöt, epilepsialääkityksen haittavaikutukset ja muut mahdolliset epilepsian taustalla olevat neurologiset sairaudet ja vammat. Epileptikon psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi kohtaustenpelko, ahdistuneisuus, masentuneisuus, yllättäen tulevien oireiden epävarmuus ja heikko itsetunto. Epileptikon sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat vaikeudet liikkumisessa, kommunikaatiossa ja sosiaalisissa taidoissa, läheisten ihmissuhteiden puute ja syrjäytyminen. (Sipilä, Kälviäinen 2007: 5.)

MS-tauti eli keskushermoston pesäkekovettumatauti on yleisin nuorten aikuisten keskuudessa vallitseva keskushermoston sairaus. Sairauden syytä ei toistaiseksi tunneta, mutta immunologisella puolustusjärjestelmällä on osuutta sairauden synnyssä. MS-tauti vaikuttaa aivojen ja selkäytimen toimintaan. MS-tautia sairastavan immuunijärjestelmä hyökkää omaa hermostoa vastaan ja toimii virheellisesti. (Romberg 2005: 11.)

Sairauden kulussa voidaan erotella kolme päätyyppiä: aaltomainen MS, toissijaisesti etenevä MS ja alusta lähtien tasaisesti etenevä MS. MS-tauti alkaa usein aaltomaisella muodolla, jossa esiintyy pahenemisvaiheita. Pahenemisvaiheiden välisissä vaiheissa, jotka saattavat kestää vuosia, ei ilmene oireita eivätkä oireet etene. Toissijaisesti etenevässä tyyppissä oireet lisääntyvät pahenemisvaiheiden välillä. Jos sairaus etenee alusta lähtien ilman pahenemisvaiheita, on kyse tasaisesti etenevästä MS-taudista. (Romberg 2005: 12–13.)

MS-taudin oireita ovat näkö- ja silmäoireet ja oireina voivat olla myös tuntomuutokset, kuten puutumisen, kutina tai nipistely. Poikkeuksellisen vahva uupumus ja mielialaongelmat kuuluvat myös sairauden aiheuttamiin oireisiin. MS-tauti aiheuttaa hankaluutta liikkumisessa, lihasten rappeutumista, liiallista lihasjäykkyyttä sekä hankaluuksia muistissa, keskittymisessä ja oppimisessa. Virtсарakon ja suolen toiminnoissa voi myös olla hallintavaikeuksia. Sairauden vaikutus liikuntakykyyn vaihtelee suuresti. (Romberg 2005: 13–14.)

Aivohalvaus on aivojen toimintahäiriö, joka johtuu aivokudoksen vaurioitumisesta. Syyinä halvaukseen on aivoverenkiertohäiriö, joka johtuu joko aivoverisuonitukoksesta tai aivoverenvuodosta. Aivohalvauksen riskitekijöitä ovat muun muassa tupakointi, ylipaino, ikääntyminen sekä kohonnut verenpaine. Yhtä tiettyä syytä aivohalvaukseen ei ole, vaan vamma on monen tekijän pitkäaikainen summa. Joskus harvoin jokin yksittäinen tekijä voi aiheuttaa halvauksen, esimerkiksi kova henkinen tai fyysinen rasitus. (Malm ym. 2004: 259.)

Aivohalvauksen oireet voivat olla joko pysyviä tai hetkellisiä ja ne vaikuttavat niin fyysisiin, psyykkisiin kuin sosiaalsiinkin toimintoihin. Aivohalvauskuntoutujat tarvitsevat usein tukea päivittäisissä toiminnoissa suoriutumiseen, kuten syömiseen ja pukeutumiseen. (Malm ym. 2004: 259–260.)

5.8 Ikääntyneet

Vanhenemista voi tarkastella kehon biologisena rappeutumisena ja aistitoimintojen heikentymisenä. Ikääntymiseen liittyy usein myös kognitiivisten toimintojen ja persoonallisuuden muutoksia sekä sosiaalisia muutoksia yksilön ja yhteiskunnan välisessä vuorovaikutuksessa. Vanheneminen on kuitenkin aina yksilöllinen kokemus ja siihen vaikuttavat osaltaan myös ihmisen elinympäristö sekä kulttuuri. (Valta 2008: 13.)

Ikääntymiseen liittyvät muutokset alkavat näkyä keskimäärin 75. ikävuoden jälkeen ja avuntarve lisääntyy merkittävästi 85. ikävuoden jälkeen (Valta 2008: 13). 75-vuotiaista vanhempiin ikäluokkiin siirryttäessä fyysinen toimintakyky, kognitiiviset toiminnot, liikuntakyky ja päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen heikkenevät merkittävästi. Kaikkein vanhimmilla ikäryhmillä monisairastavuus ja muistisairaudet yleistyvät. Heidän terveyden edistämiseksi tulee keskittyä toimintakyvyn ylläpitämiseen, hyvään hoitoon ja kuntoutukseen. (Lyyra ym. 2007: 6.)

Aktiivista hoitoa ja kuntoutusta kehittämällä voidaan huomattavasti parantaa ikääntyvien ihmisten terveyttä ja elämänlaatua. Ihmisen elämässään hankkimalla sosiaalisella ja terveydellisellä pääomalla on vaikutusta myöhempäänkin terveyteen ja toimintakykyyn. Ikääntyneen kynnyksestä itsenäiseen elämään voidaan madaltaa esimerkiksi erilaisilla toimintaympäristöön liittyvillä muutoksilla ja kotiin järjestetyllä avulla. (Lyyra 2007: 24.)

Iäkkäiden ihmisten toimintakykyä heikentävät lisääntyvät neurologiset sairaudet, kuten dementia, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kuten nivelrikko ja murtumat, aivohalvaus, yleinen sairastelu ja luonnollinen toimintakyvyn heikkeneminen. (Pohjolainen 2003.) Haastattelemistamme iäkkäistä henkilöistä osa sairasti nivelrikkoa.

Nivelrikko on ihmisen yleisin nivelsairaus ja sitä esiintyy lähes kaikilla eläkeikäisillä. Yleisimmin sitä esiintyy ukkovarpaiden tyvinivelissä, sormien kärkinivelissä ja selkärangassa. Vanhenemisen lisäksi nivelrikolle altistaa niveliä kuormittava työ ja liikunta, liikalihavuus, nivelten vammat, tulehdukset ja perinnöllisyys. Vuosien edetessä nivelrikko pahenee hitaasti. Nivelrikon aiheuttamat ongelmat riippuvat hyvin pitkälle siitä, missä nivelissä sairaus on. Esimerkiksi selkärangassa oleva nivelrikko voi aiheuttaa selkäytimestä tulevien hermojen luisia aukkoja ja siitä seuraa jalkoihin säteilevä selkäkipu eli iskias. Jos nivelrikko on polvissa tai lonkissa, se vaikeuttaa liikkumista ja saattaa aiheuttaa kovaa särkyä. Sormissa nivelrikko aiheuttaa käden kömpelyyttä ja puristusvoiman heikkenemistä. (Suomen Reumaliitto ry. 2011.)

Nivelrikkoa ei voida parantaa, mutta sitä voidaan hoitaa kipulääkkein ja erilaisin tulehduskipulääkkein. Henkilöiden, jotka sairastavat nivelrikkoa, tulee välttää sairaan nivelen liiallista kuormittamista. Kävelyn tukena on suositeltavaa käyttää kävelykeppiä tai rullaattoria ja usein myös painonhallinta on hyvin tärkeä osa nivelrikon hoitoa. (Suomen Reumaliitto ry. 2011.)

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Kehittämistehtävä ja sen tarkoitus

Toimimme valmiin ASTATM-lomakkeiston pohjalta, joten meillä oli tietyt rajat, joiden mukaan työskennellä. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto mahdollistaa nopeamman avun ja tuen tarpeen arvioinnin. Alkuperäinen ASTATM-lomakkeisto on koettu hyödylliseksi sekä toimivaksi, mutta lomakkeen laajuuden vuoksi sen täyttämiseen ei työntekijällä ole aina riittävästi aikaa eikä asiakkaalla voimavaroja.

Alkuperäisessä ASTA™-lomakkeistossa on paljon avainmuuttujia, joiden perusteella selviää moni avun ja tuen tarpeellisuuteen liittyvä kohta. Osa alkuperäisen ASTA™-lomakkeiston kohdista on koettu niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin kesken epäolennaisiksi. Tiivistimme lomakkeistoa etsimällä avainmuuttujat ja helpotimme siten työntekijöiden ja asiakkaiden yhteistyötä tarvittavan avun ja tuen tarpeen arvioimiseksi.

Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto on tarpeellinen asiakasryhmille, joilla on rajoitteita kognitiiviseen, psyykkiseen tai fyysiseen toimintakykyyn liittyen. Kehittämistehtävässä lyhyen aikavälin tavoitteena on asiakkaiden osallistaminen ja osallisuuden lisääminen. Pitkän aikavälin tavoitteena on tukea asiakasta omatoimiseen arjessa selviytymiseen ja voimaantumiseen. Nämä tavoitteet voivat toteutua vasta vuosienkin päästä. Tavoitteiden toteutuminen edellyttää lomakkeen testaamista, käyttöönottoa sekä positiivisia kokemuksia asiakasryhmien omassa arjessa. Kehittämistehtävän tuloksista hyötyvät sekä asiakkaat, nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoa käyttävät työntekijät että Asumispalvelusäätiö ASPA.

Pitkän aikavälin tavoitteena on myös asiakkaan elämänhallinnan edistäminen. Tulevaisuudessa asiakkaat saavat apua entistä nopeammin, koska nopeassa alkukartoituksessa huomio kiinnitetään olennaisiin seikkoihin. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset puolestaan saavat tuloksista olennaista tietoa siitä, mihin asioihin heidän tulisi tarttua kunkin asiakkaan kohdalla.

Koska liikkuminen, säännöllinen syöminen, riittävä uni sekä mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen vaikuttavat positiivisesti elämänhallintaan, on käsite elämänhallinta selkeästi yhteydessä ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Niin alkuperäisessä ASTA™-lomakkeistossa kuin nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistossakin karotetaan asioita, jotka vaikuttavat ihmisen elämänhallintaan. ASTA™-lomakkeistossa painottuvat juuri liikkuminen, syöminen sekä päivärytmin säännöllisyys. Lomakkeistossa huomioidaan myös harrastaminen sekä kodin ulkopuolella asiointi. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston avulla saadaan asiakkaille uusia toimintatapoja arjen asumisen tueksi ja sitä kautta parannetaan heidän elämänlaatuaan.

6.2 Prosessin kuvaus

Hankimme haastateltavia eri asiakasryhmistä, joille ASTATM-lomakkeisto soveltuu. Haastattelimme ikääntyneitä, kehitys-, liikunta- ja näkövammaisia, MS-tautia, epilepsiaa ja reumaa sairastavia henkilöitä sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujia. Haastattelut suoritettiin haastateltavien kodeissa, asumisyksiköissä sekä työpaikoilla, ja haastattelijoita oli joko yksi tai useampi. Ennen haastattelua asiakkaat saivat heille osoitetun kirjeen, jossa varmistimme heidän halukkuutensa osallistua kehittämistehtäväämme. Kirjeessä selvitimme, mikä on kehittämistehtävämme tarkoitus ja suostumuksensa osoittamiseksi haastateltavat allekirjoittivat paperin (ks. Liite 4.) .

Kävimme kaikkien haastateltavien kanssa 99-kohdan alkuperäisen ASTATM-lomakkeiston läpi. Ennen lomakkeiston läpikäymistä selvitimme haastateltaville vielä haastattelun kulun sekä koko opinnäytetyömme tarkoituksen. Kävimme myös yhdessä läpi kahdeksan vastausvaihtoehtokohtaa, joista asiakkaalle valittiin yhdessä sopivin.

Vastausvaihtoehdot ovat: suoriutuu itsenäisesti (A), suoriutuu tyydyttävästi itsenäisesti (B), tarvitsee hieman sanallista ohjausta/muistuttamista (C), tarvitsee paljon sanallista ohjausta/muistuttamista (D), tarvitsee hieman fyysistä avustamista (E), tarvitsee paljon fyysistä avustamista (F), tarvitsee hieman sekä sanallista ohjausta että fyysistä avustamista (G), tarvitsee paljon sekä sanallista ohjausta että fyysistä avustamista/on täysin avustettava (H).

Lisäksi on vaihtoehto X, mikä tarkoittaa, ettei toimintoa voida arvioida. Tällainen tilanne on esimerkiksi silloin, jos joku muu tekee toiminnon asiakkaan puolesta. WC-toiminnoissa vastausvaihtoehdot olivat hieman erilaisia, jotta ne vastaisivat paremmin kyseisten toimintojen avuntarvetta. Huomioita-kohtaan tulee merkitä tarkennuksia siitä, millä alueella ja minkälaista apua asiakas tarvitsee.

Lisäksi kerroimme haastateltaville asiakkaille, että ASTATM-lomakkeistossa on myös kohtia, joihin voi muodostaa oman vaihtoehtoisen kohdan, jos tuntuu, että lomakkeesta puuttuu jokin kohta, mikä olisi olennainen oman itsen kannalta. ASTATM-lomakkeisto sisältää muun muassa sukupuolisidonnaisia arviointikohtia, jotka voidaan haastattelussa tarvittaessa ohittaa.

Haastattelun alussa kävimme läpi taustatiedot, jolloin kysyimme haasteltavan iän, diagnoosin, toimintaan vaikuttavat tekijät, käytössä olevat apuvälineet sekä toimintakykyyn vaikuttavan sairauden luonteen. Lisäksi taustatietoihin merkittiin, missä ja miten haastattelu suoritettiin. Haastateltavan nimeä tai sosiaaliturvatunnusta emme kysyneet, vaikka ne ovatkin osa alkuperäisen ASTATM-lomakkeiston taustatietoja. Ne on tarkoitettu työntekijän kysyttäväksi asiakkaalta, kun asiakas asuu esimerkiksi asuntolassa, jossa hänellä on hoitosuhde.

Haastattelun lopuksi kysyimme haastateltavilta, osaisivatko he nimetä lomakkeiston tärkeimpiä kohtia itseään tai kaikkia asiakasryhmiä koskien. Vastausten saaminen oli haasteellista esimerkiksi joidenkin kehitysvammaisten henkilöiden ja mielenterveyskuntoutujien kohdalla. Haasteina olivat muun muassa keskittymiskyvyn puute, valinnanvaikeus sekä ymmärryksen alhainen taso. Tärkeimmäksi aihealueeksi esimerkiksi näkövammaisten kohdalla nousi kodin ulkopuoliseen asioimiseen liittyvät kohdat. Haastattelut muistiongelmia sairastaneet päihdekuntoutujat painottivat puolestaan kodin ulkopuolisen asioimisen mahdollistamisen lisäksi itsestä huolehtimiseen liittyviä kohtia. Myös psyykkiseen toimintakykyyn liittyviä kohtia toivottiin lisää niin alkuperäiseen ASTATM-lomakkeistoon kuin nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoonkin.

Kun asiakkaan kanssa on tehty alkuperäinen ASTATM-lomakkeisto, käytäntönä on, että työntekijä täyttää lomakkeiston vastausten pohjalta profiilitaulukon. Profiilitaulukon avulla saadaan selkeästi esille asumisen taitojen sujuvuus ja toimintakyvyn vaihtelevuus. Profiilitaulukossa ovat kaikki ASTATM-lomakkeiston kohdat ja siitä selviää graafisesti toiminnot, joissa asiakas tarvitsee eniten apua. Tehtyämme kaikki haastattelut teimme kustakin haastattelusta profiilitaulukon. Profiilien tekeminen auttaa avuntarpeen laadun, avuntarpeen sekä toimintakyvyn vaihtelun havainnollistamisessa. Lisäksi profiileista huomaa, mikäli avuntarve painottuu joihinkin tiettyihin toimintoihin. (ASPA 2010b: 15.) Profiilitaulukko on osa ASTATM-lomakkeistoa ja se löytyy lomakkeiston viimeisiltä sivuilta. Profiilitaulukko tulee olemaan osana myös nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoa.

Saimme työelämän yhteistyökumppaniltamme listan sosiaalialan ammattilaisista, joille lähettää E-lomakekysely (ks. Liite 3.). Lähetimme sähköisen kirjeen yhteydessä E-lomakkeen näille yhteyshenkilöille ja lisäksi hankimme itse lisää ammattilaisia, jotka

soveltuivat E-lomakkeen täyttäjiksi. Kirjeessä kerroimme opinnäytetyöstämme ja tarjosimme mahdollisuutta osallistua nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston luomiseen (ks. Liite 5.). Ammattilaisille lähetetyssä E-lomakkeessa oli kirjattuna kaikki alkuperäisen ASTATM-lomakkeiston 99 kohtaa, joista heidän tuli valita 15 omasta mielestään olennaisinta. Kysyimme myös vastaajien sukupuolen, iän, ammatin sekä asiakasryhmän, jonka parissa he työskentelevät.

6.3 Kehittämisstrategiana yhteiskehittely

Analyysin tarkoituksena on selkeyttää aineistoa ja tuoda esille siitä noussutta uutta tietoa (Eskola, Suoranta 1999: 138). Vaikka tutkimuksesta löytyisi paljon mielenkiintoisia aiheita, tulee aineisto osata rajata tarkasti yhteen ilmiöön. Tutkimusongelma määrittää sen, mikä osa aineistosta nostetaan analysoitavaksi. (Tuomi, Sarajärvi 2009: 92.) Analysointiamme ohjasi tutkimuskysymyksemme: mitkä ovat alkuperäisen ASTATM-lomakkeiston 15 olennaisinta avainmuuttujaa, jotka palvelevat tässä kehittämistehtävässä haastateltuja kohderyhmiä parhaiten.

Jotta prosessista tuli asiakaslähtöinen, käytimme yhteiskehittelyn välineenä haastattelun keinoja. Teimme haastatteluja, jossa oli pohjana alkuperäinen ASTATM-lomakkeisto. Yhteiskehittelyn tuotteita ja palveluja muokataan jatkuvasti asiakkaan ja tuottajan keskinäisenä yhteistyönä. Tällöin laadun takaa vuorovaikutus ja dialogi tuottajan ja asiakkaan välillä. (Engeström 2004: 65.)

Yhteiskehittelynä tehdyssä kehittämistehtävässä oli mukana 27 asiakasta, 51 ammattilaista sekä Asumispalvelusäätiö ASPA. Haastatteluiden kautta tarjosimme arvioitavillemme mahdollisuuden osallistumiseen ja vaikuttamiseen. Tarkoituksena oli saada asiakkaiden ääni kuuluviin selvittämällä heidän tärkeimmiksi katsomiaan avun- ja tuentarpeita. Jaoimme tätä tietoa ammattilaisille ja kehitimme soveltuvamman arviointivälineen toimintakyvyn kartoittamiseksi. Arvioitavaksi suostuminen oli vapaaehtoista, joten asiakkailla oli myös oma halu osallistua ja vaikuttaa itseään koskeviin asioihin. Osallistamalla haastateltaviamme he pääsivät vastauksiensa kautta osallistumaan tulevien palveluiden suunnitteluun ja toteutumiseen. Tätä kautta heillä oli mahdollisuus vaikuttaa muun muassa saamaansa tukeen. Arvioinnin tuloksen huomioiminen mahdollistaa asiakkaan saaman tuen oikea aikaisuuden ja määrän.

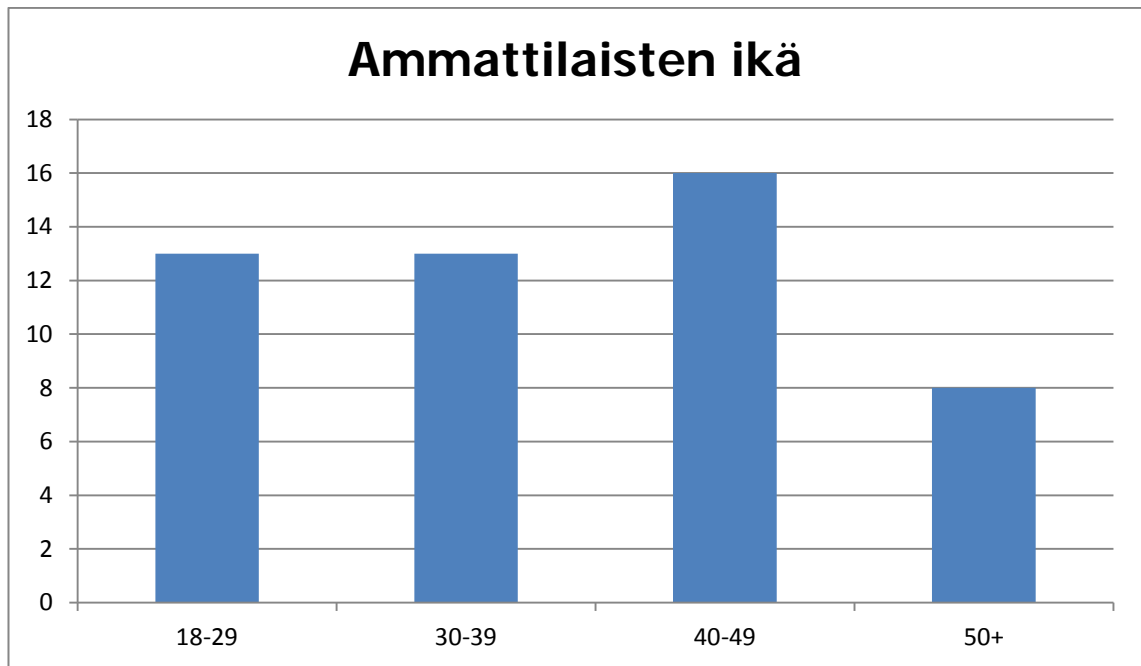
Yhteiskehittely on usein usean eri tuottajan kehittämä moniulotteinen tuote- ja palvelukokonaisuus, jossa on sekä muuttumattomia että muuttuvia osia (Engeström 2004: 65, 81). Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistossa muuttumaton osio on haastattelurunko, sillä myös siinä arvioidaan toimintakyvyn eri osa-alueita. Lisäksi taustatietolomake, vastausvaihtoehdot sekä ”huomioita-kohta” säilyivät ennallaan. Muuttuvana osana oli arviointikohtien määrä, jota muokattiin ja vähennettiin.

Yksi yhteiskehittelyn tunnuspiirre on se, että tuotos sopeutuu käyttäjän toimintaan (Engeström 2004: 86). Kehittämistehtävässä tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että nopean alkukartoituksen lomakkeistosta tulisi yhä toimivampi arviointiväline asiakkaille, koska otimme heidät mukaan lomakkeen luomiseen. Yhteiskehittelyssä törmätään jatkuvasti rajoihin ja niiden muodostamiseen ja ylittämiseen (Engeström 2004: 86). Työssämme se ilmeni arviointikohtien muokkaantumisenä. Jotkut arviointikohdista säilyivät ennallaan, kun taas toiset todettiin tarpeettomiksi ja poistettiin.

7 Kehittämistehtävän tulokset

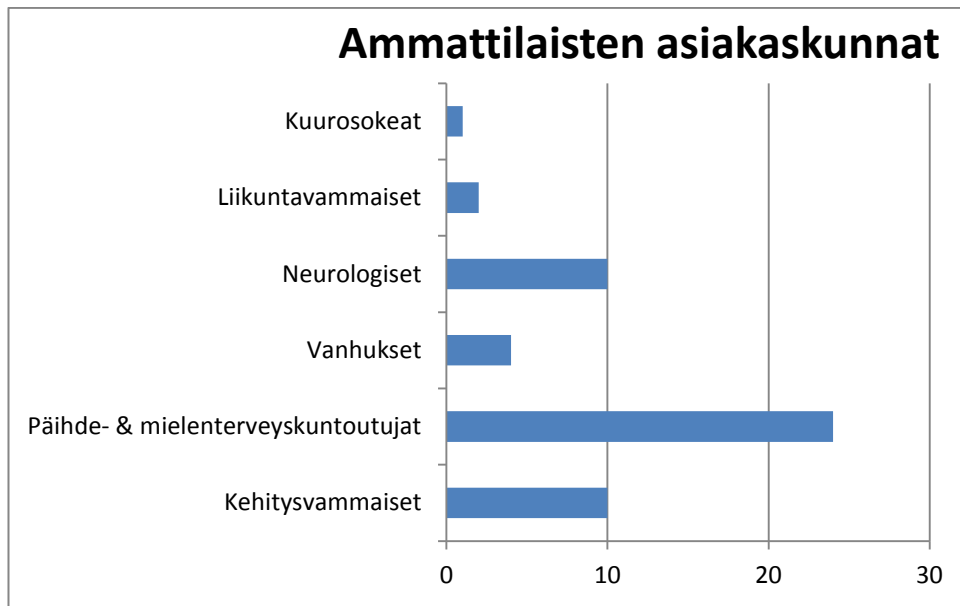
Aloitimme aineiston analysoinnin tekemällä kaikista asiakashaastatteluista profiilitaulukot. Asiakashaastatteluja oli yhteensä 27. Keräsimme profiilitaulukoista kohdat, joissa oli valittuna muu kuin kohta A, joka tarkoittaa, että asiakas suoriutuu toiminnosta täysin itsenäisesti. Profiilitaulukoissa X-kohtia ei huomioida, joten niitä ei ole otettu tuloksissa huomioon. X-kohtien huomiotta jättäminen oli työelämän yhteistyökumppanimme ASPA:n toimeksiannon mukainen. Kirjasimme ylös asiakkaiden vastauksista kohdat, joissa ilmeni eniten avuntarvetta. Näitä kohtia oli yhteensä 16. Nämä 16 kohtaa valikoituivat sillä perusteella, että saman kysymyksen kohdalla apua tarvitsi vähintään yhdeksän asiakasta.

Ammattilaisille lähetettyyn E-lomakkeeseen vastasi yhteensä 51 sosiaali- ja terveysalan työntekijää. Vastausprosentti oli 65,4%. Kaikki vastanneet ammattilaiset työskentelivät asiakasryhmien kanssa, joita haastattelimme ja joille ASTATM-lomakkeisto soveltuu. Vastaajista miehiä oli 5 ja naisia 46 ja suurin osa sijoittui ikävälille 40–49. Muut ikävälivaihtoehdot E-lomakkeessa olivat 18–29, 30–39 ja yli 50-vuotiaat. (ks. kuvio 3.)



Kuvio 3. E-lomakkeeseen vastanneiden 51 työntekijän ikäjakaumat. Vastaajista suurin osa oli 40–49 vuotiaita ja pienin osuus vastaajista yli 50-vuotiailla.

Kysyimme E-lomakkeessa vastaajien ammattia, mutta osa vastasi ainoastaan ammattinimikkeensä. Kyselyyn vastanneiden ammattitutkintoja olivat sosionomi, toimintaterapeutti, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja ja hallintotieteiden maisteri. Vastanneiden ammattinimikkeitä olivat ohjaaja, sosiaaliterapeutti, klinikan johtaja ja projektiasiantuntija. Kysyimme myös asiakasryhmän, jonka kanssa ammattilaiset työskentelevät (ks. kuvio 4). Siirsimme E-lomakkeen vastaukset Excel-taulukkoon ja teimme vastauksista diagrammin, josta näkyi kohdat, jotka ammattilaiset kokivat tärkeimmiksi. Näitä tärkeimmiksi koettuja kohtia oli yhteensä 14. Nämä 14 kohtaa valikoituivat sillä perusteella, että ne saivat eniten ääniä ammattilaisten keskuudessa.



Kuvio 4. Taulukossa on kuvattu lukumäärät eri asiakasryhmistä, joiden kanssa E-lomakkeeseen vastanneet työntekijät työskentelivät. Suurin osa vastaajista työskenteli päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kanssa.

Vertailimme keskenään asiakkaiden (16 kohtaa) ja ammattilaisten (14 kohtaa) vastauksia. Kolme samaa kohtaa tuli esille sekä asiakkaiden että ammattilaisten vastauksissa. Nämä kohdat olivat nukkuminen sekä riittävästä levosta ja päivärhythmistä huolehtiminen, matkojen kulkeminen sekä sovittujen ja virallisten asioiden hoitaminen. Sisällytimme nämä kolme kohtaa suoraan nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoon, koska ne koettiin oleelliseksi sekä asiakkaiden että ammattilaisten keskuudessa.

16 asiakkaiden eniten apua tarvitsemaa kohtaa sekä 14 ammattilaisten tärkeimmiksi koettua kohtaa on otettu huomioon 15 kohdan nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistossa (ks. kuvio 5). Useamman kohdan yhdistäminen ottaa paremmin huomioon sekä asiakkaiden että ammattilaisten vastauksia kuin, jos niitä ei olisi yhdistetty. Kohtia yhdistämällä alkukartoituslomakkeesta tuli kattavampi. Kohdat ovat valikoituneet joko suoraan tai sitten niissä on yhdistettynä useampi kohta. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistossa kodin ulkopuolella asiointi on suuremmissa roolissa kuin alkuperäisessä ASTATM-lomakkeistossa. Tämä sen takia, että asiakkaat tarvitsivat paljon apua kodin ulkopuolella liittyvään asiointiin ja ammattilaiset kokivat osan kodin ulkopuolisista toiminnoista olennaisiksi.

Kohdat, jotka eivät saaneet yhtäkään ääntä ammattilaisilta, olivat veden keittäminen, saunominen, deodorantin laittaminen, silitäminen, vaatteiden ja tekstiilien viikkaaminen, radion käyttö, lämpöpattereiden käyttö, ikkunoiden avaaminen ja sulkeminen sekä tuotteiden sopiva määrä ja punnitseminen. Kohdat, jotka eivät saaneet yhtäkään ääntä asiakkailta, olivat ruoan syöminen ja juominen. Jätimme kaikki edellä mainitut kohdat pois nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistosta. Niitä ei ollut perusteltua sisällyttää lomakkeistoon, koska niitä ei koettu olennaisiksi toiminnoiksi asiakkaiden eikä työntekijöiden keskuudessa eikä niissä tarvittu apua. Monet asiakkaat vastasivat kyseisiin kohtiin, etteivät he käy saunassa, eivät silitä vaatteitaan, asunnossa ei ole lämpöpattereita tai he eivät omista vedenkeitintä.

Elämänhallintaan positiivisesti vaikuttavia asioita ovat muun muassa liikkuminen, säännöllinen ruokarytmi, riittävä uni sekä sellaisten asioiden tekeminen, jotka tuottavat iloa (Aarnio-Tervo 2012). Kaikki nopean alkukartoituslomakkeen 15 kohtaa liittyvät elämänhallintaan ja fyysiseen toimintakykyyn. Aiemmin kerroimme fyysisen toimintakyvyn käsittävän muun muassa perustarpeiden tyydyttämisen, syömisen, juomisen, nukkumisen, pukeutumisen ja liikkumisen (Malm ym. 2004: 59). Ammattilaisten ja asiakkaiden antamien vastausten lisäksi 15 kohdan valikoitumiseen vaikuttivat käsittelemämme teoriat elämänhallinnasta, fyysisestä toimintakyvystä ja osallisuudesta. Konkreettisin perustelu tietyn kohdan valikoitumiselle nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoon oli se, että asiakkaat olivat kokeneet sen tärkeäksi ja tarvitsivat kyseisessä toiminnossa apua.

Asiakkaan voimaantuminen on opinnäytetyömme pitkän aikavälin tavoite eikä se näy suoranaisesti 15 kohdan valikoitumisessa. Kun asiakkaan kanssa on tehty nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto ja sen jälkeen mahdollisesti alkuperäinen ASTATM-lomakkeisto, selviää asiakkaan avuntarve. Kun avuntarve on selvinnyt, järjestetään asiakkaalle tarvittavia tukitoimia ja apuvälineitä. Kun tukitoimet saadaan käyntiin ja asiakas saa tarvitsemansa avun, asiakkaan elämänhallinta paranee ja vähitellen voimaantuminen sekä usko omiin mahdollisuuksiin lisääntyvät.

Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston kohdat:

1. Tunnistaa ja pyrkii huolehtimaan säännöllisestä ruokarytmistä
2. Pullojen ja pakkausten avaaminen
3. Vaatteiden pukeminen (d 5400) ja riisuminen (d 5401) (sisältää kengät ja sukat)
4. Pienten yksityiskohtien pukeminen (sisältää napit, vetoketjut sekä nauhojen sitomisen)
5. Kehon osien hoitaminen (d 520)
6. WC:ssä käyminen (d 530)
7. Lääkkeiden ottaminen ja annostelu
8. Nukkuminen sekä riittävästä levosta ja päivärytmistä huolehtiminen
9. Vaatteiden ja tekstiilien viikkaaminen
10. Omien jälkien siivoaminen sekä lakanoiden vaihto
11. Matkojen kulkeminen
12. Ostosten ja muiden tavaroiden kuljettaminen
13. Rahan käyttö
14. Sovittujen ja virallisten asioiden hoitaminen
15. Harrastukset ja vapaa-ajan vietto

Kuvio 5. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoon valikoituneet kohdat, jotka ovat muokautuneet asiakashaastattelujen, ammattilaisten vastausten ja aiheeseen liittyvien teorioiden pohjalta.

Tunnistaa ja pyrkii huolehtimaan säännöllisestä ruokarytmistä- kohta löytyy samanlaisena alkuperäisestä ASTATM-lomakkeistosta. Sekä asiakkaat että ammattilaiset kokivat useamman ruokahuollon kohdan oleelliseksi, mutta tämä kohta koettiin kaikkein tärkeimmäksi. Ruokarytmin säännöllisyyttä ja tunnistettavuutta voidaan lisäksi perustella ihmisen perustarpeilla. Esimerkiksi Maslowin tarvehierarkian mukaan ihmisen fysiologiset tarpeet on jaettu perustarpeisiin, joita ovat muun muassa ravinto, happi, uni ja vesi. Nämä tarpeet tulisi tyydyttää ennen muita "tarpeiden tasoja", sillä ne ovat elämisen perusta. (Boeree 2004: 2.) Niinpä ihmisen on tärkeää huolehtia syömisestään sekä ruokailujen säännöllisyydestä.

Pullojen ja pakkausten avaaminen -kohta valittiin yhdeksi kohdaksi sen vuoksi, että siinä tarvittiin paljon apua asiakkaiden kohdalla. Kohta löytyy samassa muodossa alkuperäisestä ASTA™-lomakkeistosta. Pullojen ja pakkausten avaaminen on oleellista ruoan valmistuksen ja nauttimisen kannalta. Edellisen kohdan tavoin tämäkin liittyy ihmisen perustarpeisiin.

Vaatteiden pukeminen ja riisuminen (sisältää kengät ja sukat) -kohta valikoitui nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoon sen pohjalta, että ammattilaisten vastausten perusteella yksi tärkeimmistä kohdista oli vaatteiden pukeminen. Asiakkaat puolestaan tarvitsivat apua kenkien ja sukkien pukemisessa ja riisumisessa. Niinpä yhdistimme nämä kolme kohtaa yhdeksi kohdaksi, joka huomioi sekä asiakkaiden että ammattilaisten vastaukset. Huomioita-kohtaan voi kirjoittaa, mikäli on ongelmia jonkin tietyn vaatekappaleen pukemisessa tai riisumisessa. Vaatteiden pukeminen on ICF:ssä kohta d 5400 ja vaatteiden riisuminen kohta d 5401.

Pienten yksityiskohtien pukeminen (sisältää napit, vetoketjut sekä nauhojen sitomisen) -kohta on samanlaisena alkuperäisessä ASTA™-lomakkeistossa. Useat haastateltavat asiakkaat kokivat tarvitsevansa apua pienten yksityiskohtien pukemisessa. Jos asiakkaan on vaikea napittaa paitansa, hänellä on todennäköisesti hankaluuksia myös muissa sorminäppäryyttä vaativissa toiminnoissa.

Kehon osien hoitaminen (sisältää ihonhoidon, kynsien hoitamisen ja leikkaamisen sekä hampaiden hoitamisen) -kohta pohjautuu ICF-luokituksen kohtaan d 520. Siihen on tiivistetty useampi kohta, jossa asiakkailla oli suurta avuntarvetta ja jotka ammattilaiset kokivat tärkeiksi. Asiakkailla oli avuntarvetta ihon hoitamisessa sekä kynsien hoitamisessa ja leikkaamisessa; ammattilaiset puolestaan kokivat tärkeäksi kohdaksi hampaiden hoitamisen. Tiivistämällä vältimme liian yksityiskohtaisen luettelon eri kehonosien hoitamisesta.

WC:ssä käyminen (sisältää virtsan ja ulosteen pidättämisen sekä suojiin käytön) -kohta pohjautuu ICF-luokituksen kohtaan d 530. Kohta koettiin tarpeelliseksi, sillä asiakkaat tarvitsivat apua wc:ssä käymiseen ja wc:ssä käyminen kuuluu keskeisenä osana itsenäiseen elämään. Jos wc:ssä käyminen ei onnistu, voidaan sen katsoa aiheuttavan henkilölle sosiaalista haittaa. Sosiaalinen haitta voi olla vamman tai toimintavajavuuden

seuraus ja se liitetäänkin usein vammaisuuteen. Sosiaalinen haitta on esteenä ihmisen mahdollisuuksille toteuttaa normaaleja rooleja asuin- ja työympäristössään sekä vapaaajallaan. (Huovinen, Hämäläinen, Karjalainen 2003.) Virtsankarkailu on esimerkki sosiaalisesta haitasta, ja jotta ihminen voi elää ilman virtsankarkailun tuottamia esteitä ja haittoja, on sitä tärkeää pyrkiä hoitamaan.

Ammattilaiset kokivat lääkkeiden ottamisen ja annostelun yhdeksi tärkeimmäksi kohdaksi. Monet asiakkaat puolestaan tarvitsivat apua lääkkeiden ottamisessa ja annostelussa. Lääkkeiden ottaminen ja ottamatta jättäminen vaikuttaa oleellisesti ihmisen hyvinvointiin ja turvallisuuteen sekä terveyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32: 72). Tämä kohta on samassa muodossa alkuperäisessä ASTATM-lomakkeistossa. Sosiaali- ja terveysministeriön Lääkepolitiikka 2010-julkaisussa painotettiin sitä, että kansalaisten tietoisuutta lääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä tulee parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ohella. Lisäksi lääkehoitoon liittyvän tiedon tulee olla jokaisen ihmisen ymmärrettävissä sekä saatavissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003: 16.)

Vaate- ja tekstiilihuolto (sisältää pyykin pesemisen ja viikkaamisen) -kohta pohjautuu osittain ICF-luokituksen kohtaan d 640. Asiakkailla ilmeni oleellisesti avuntarvetta vaatteiden ja tekstiilien viikkaamisessa. Vaatteiden viikkaamisen on katsottu koskevan puhaita tai pestyjä vaatteita, jolloin pyykin peseminen oli oleellista sisällyttää tähän kohtaan. Alkuperäinen ASTATM-lomakkeisto ei sisällä näin kattavaa kohtaa vaate- ja tekstiilihuollosta.

Omien jälkien siivoaminen sekä lakanoiden vaihto -kohta ei ole tässä muodossaan alkuperäisessä ASTATM-lomakkeistossa, vaan siinä on yhdistetty lomakkeen kaksi kohtaa, jotka asiakkaat kokivat tärkeiksi. Nämä ovat omien jälkien siivoaminen sekä lakanoiden vaihto. Omien jälkien siivoaminen sekä lakanoiden vaihto-kohta ei sisällä koko asunnon siivoamista, sillä oletuksena on, että jos ihmiselle on haastavaa omien jälkien siivoaminen, hän tarvitsee apua myös koko asunnon siivoamisessa. Koko asunnon siivoaminen käsittää ICF-luokituksen d 640 mukaan muun muassa pölyttämisen sekä ikkunoiden ja seinien pesemisen. Huomioita- kohtaan tulee merkitä, jos jollain tietyllä siivoamisen osa-alueella ilmenee ongelmia.

Ostosten ja muiden tavaroiden kuljettaminen -kohta valikoitui nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoon siksi, että useat asiakkaat eri asiakasryhmistä tarvitsivat apua tämän toiminnon kohdalla. Moni asiakas sai jo kuljetusapua ja osa kertoi olevansa sitä vailla. Asiakasryhmät, jotka tarvitsivat apua ostosten ja muiden tavaroiden kuljettamisessa, olivat esimerkiksi MS-tautia sairastavat henkilöt ja reumaatikot.

Rahan käyttö -kohta nousi ammattilaisten vastauksissa kärkipäähän. Suurin osa vastanneista ammattilaisista koki tämän kohdan tärkeäksi. Asiakkaat eivät kokeneet tarvitsevansa apua raha-asioiden hoitamisessa. Monella heistä oli kuitenkin edunvalvoja. Tämä ei kuitenkaan kerro sitä, miten ja mihin asiakas käyttää edunvalvojaltaan saamansa rahat. Asiakas ei esimerkiksi välttämättä osaa säännöstellä rahojaan kestämään sitä ajanjaksoa, johon rahojen olisi tarkoitus riittää. Monella asiakkaalla oli edunvalvoja, mikä kertoo siitä, että rahan käyttöön on tuen tarvetta.

Harrastukset ja vapaa-ajan vietto -kohta valikoitui nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoon siksi, että yli puolet ammattilaisista koki sen tärkeäksi kohdaksi elämän mielekkyyden ja ihmissuhteiden kannalta. Vaikka asiakkaat eivät itse kokeneet tätä kohtaa olennaiseksi, valitsimme tämän yhdeksi kohdaksi ammattilaisten suuren vastausprosentin vuoksi. Ihminen voi saada mielihyvää muun muassa itselle tärkeistä harrastuksista tai muusta vapaa-ajan vietosta. Ihmisen toiminta noudattaa mielihyväperiaatetta. Tämä tarkoittaa sitä, että ihminen pyrkii toimimaan tavalla, joka tuottaa itselle mielihyvää mahdollisimman paljon ja mielihäpäähän mahdollisimman vähän. Ihminen pyrkii siis koko ajan mahdollisimman mielihyvääntäyteiseen elämään. Mielihyväperiaate on yhteydessä ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin ja siksi ihmisen onkin tärkeää tavoitella mielihyvää tuottavia asioita. (Vuorinen, Tuunala 1997: 98, 100.)

Opinnäytetyössämme toteutui aluksi lyhyen aikavälin tavoite. Asiakkaat otettiin mukaan luomaan nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoa, jossa kyse on pitkälti elämänhallinnasta ja sen ylläpitämisestä. Osallistuessaan toimintakykyä kartoittavan lomakkeiston luomiseen asiakkaat saivat oman äänensä kuuluviin. Näin ollen asiakkaat välittivät tärkeää tietoa työntekijöille, jotka tulevat käyttämään nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoa. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto otetaan käyttöön asiakkaiden kanssa ja sen pohjalta aletaan selvittää asiakkaan avun- ja tuentarpeita. Kun nämä tarpeet ovat selvillä, järjestetään tarvittavat tukitoimet, joilla edistetään asiakkaan elä-

mänhallintaa ja pitkällä aikavälillä myös oman voimantunteen lisääntymistä. Päämääränä on, että asiakas tuntisi olevansa tyytyväinen elämäänsä, kokisi pärjäävänsä ja uskoisi omiin kykyihinsä.

Saimme vähennettyä alkuperäisen ASTA™-lomakkeiston kohtien määrän 99 kohdasta 15 kohtaan hyödyntämällä asiakashaastattelujen tuloksia, työntekijöiden vastauksia sekä aiheeseen liittyviä teorioita. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston 15 kohtaa ovat valikoituneet asiakaslähtöisesti. Vaikka asiakkaat eivät itse kokeneet avuntarvetta harrastukset ja vapaa-ajan vietto -kohdassa, on ammattilaisten mielipiteillä myös perusteltu merkitys. Harrastuksien ja vapaa-ajan vietto -kohdan voidaan katsoa palvelevan asiakkaan mielekästä elämää, elämänhallintaa, voimaantumisen edistämistä sekä osallisuutta, vaikka asiakkaat eivät itse tätä tarvetta välttämättä tunnistaisikaan. Tällöin työntekijän tehtävänä on toimia asiakkaan edun mukaisesti.

8 Kehittämistehtävän käytettävyyden arviointi

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta, jotta vältytään virheiden syntymiseltä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida useilla eri mittaus- ja tutkimustavoilla. Tutkimuksen reliabeliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli sitä, että tutkimuksen tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Eli käytännössä, jos sama tutkimus toistettaisiin, tulisi tulosten olla samat. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007: 226.) Jos tämä opinnäytetyö toistettaisiin ja kyselyyn vastaavat ammattilaiset vaihtuisivat, tulokset voisivat olla hyvin erilaiset. Myös asiakasryhmien edustajien lukumäärällä on merkitystä kehittämistehtävän tuloksiin. Jos esimerkiksi kaikki kehitysvammaiset haastateltavamme olisivat liikuntavammaisia, työn tulokset voisivat poiketa huomattavasti nykyisistä tuloksista.

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä oli alun perin tarkoituskin. Esimerkiksi kyselylomakkeisiin vastanneet henkilöt saattavat käsittää monet kysymykset eri tavalla kuin tutkija oli ajatellut. (Hirsjärvi ym. 2007: 226.) Tutkimuksen uskottavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija ja tutkittava ymmärtävät käsitteet ja tulkinnat samalla tavalla. (Eskola, Suoranta 1998: 212). Kumpikaan ASTA-lomakkeisto ei sisällä asiantuntijakieltä tai ammattisanastoa, vaan yleiskieltä, jotta

kaikki pystyvät ymmärtämään lomakkeistojen kohdat. Vaikka harvoin arviointilomakkeistoa täytetään ilman työntekijää, on oleellista, että kaikki puhuvat "samaa kieltä".

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta. Aineistonhankinnan olosuhteet tulisi kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. Haastattelututkimuksissa kerrotaan olosuhteet ja paikat, joissa aineistoa kerättiin. Tuloksia tulkitessaan tutkijan tulee kertoa, millä perusteella hän esittää tulkintoja eli mihin hän perustaa päätelmänsä. (Hirsjärvi ym. 2007: 227.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on siis pitkälti kyse koko tutkimusprosessin luotettavuudesta. Pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. (Eskola, Suoranta 1998: 211.)

Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto vastaa tarkoitustaan, sillä se on helppokäyttöinen ja suppeampi kuin alkuperäinen ASTATM-lomakkeisto. Sitä on helpompi seurata ja käydä läpi, koska se ei ole enää niin aikaavievä ja työläs. Samoihin tuloksiin päästään nopeammin ja tehokkaammin kuin 99 kohdan lomakkeistolla. Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto kuluttaa niin asiakkaalta kuin työntekijältäkin vähemmän voimavaroja. Tuotostamme voidaan pitää käyttökelpoisena, koska se on tehty tiiviissä yhteistyössä asiakkaiden ja ammattilaisten kanssa ja kaikki osallistujat ovat olleet vapaaehtoisia.

Olemme haastatelleet muutamaa lähipiiriimme kuuluvaa ihmistä, jotka kuuluvat diagnooseiltaan joihinkin viidestä asiakasryhmästä ja joille ASTATM-lomakkeisto soveltuu. Lähipiiriimme on soveltunut haastateltavaksi jonkin toimintakykyä rajoittavan tekijän vuoksi. Olemme haastatelleet ikääntyneitä sukulaisia sekä MS-tautia sekä nivelreumaa sairastavia henkilöitä. Kaiken kaikkiaan 27 haastateltavastamme tunsimme ennalta neljä henkilöä.

Keskeisenä luotettavuuden osatekijänä ovat niiden haastateltavien vastaukset, joiden ymmärryksen taso on valtaväestöä heikompi. Haastattelemiemme mielenterveyskuntoutujien ja kehitysvammaisten kohdalla vastausten luotettavuutta tuli arvioida tarkemmin joidenkin toimintojen kohdalla alhaisempien kognitiivisten taitojen vuoksi. Vaikka kysymykset muotoiltiin uudelleen näiden henkilöiden kohdalla, ei vastausten paikkansapitävyydestä voinut aina olla täysin varma. Tähän vaikuttaa myös se, etteivät haastateltavien kotiolot olleet meille ennestään tuttuja. Omien taitojen lisäksi myös se,

miten paljon ohjaajat hoitavat kodinaskareita, vaihteli asumisyksikön mukaan. Koska haastatteluissa oli mukana vain haastateltava, tuli kysymyksiä ja vastauksia tarkentaa ja esimerkiksi kysyä konkreettisesti, miten aamutoimet sujuvat ja kenen kanssa ne toteutetaan.

9 Pohdinta

Haastatteluja tehtäessä huomasi, että meillä oli suuri rooli ja vastuu arvioida, mikä kahdeksasta vastausvaihtoehtokohdasta oli oikea ja eniten paikkansa pitävä. Oli vaikeaa tulkita, milloin haastateltava antoi täysin rehellisen vastauksen ja milloin suurenteli tai pienenteli asioita. Työntekijän ja asiakkaan välisellä luottamuksella on varmasti vaikutusta siihen, kuinka avoimesti ja rehellisesti haastateltava haluaa puhua asioistaan. Haastetta loivat myös tilanteet, joissa kävi ilmi, että osa haastateltavista olisi saattanut kannustuksen ja ohjauksen tuella suoriutua jostakin toiminnosta myös itse. Tekemättä jättäminen saattoi johtua viitsimisestä. Moni haastattelemamme asiakas kertoi, että oli tottunut saamaan avun ja koki, että toiminto hoituu sujuvammin avustettuna kuin tekemällä itse.

Koska haastattelimme myös henkilöitä, joiden ymmärtämisen taso poikkeaa valtaväestön ymmärryksestä, tuli ASTATM-lomakkeiston kohdat näiden henkilöiden kohdalla esittää hieman eri tavalla. Kehitysvammaisen henkilön oli esimerkiksi vaikeaa ymmärtää kohtaa valmistusohjeiden ja pakkausselosteiden ymmärtämisestä ja noudattamisesta. Tällöin haastateltavalle tuli kertoa, missä tuotteissa on pakkausselosteita ja lukeeko hän niitä. Myös sitä, miten ja kenen kanssa hän esimerkiksi valmistaa ruoan, tuli kysyä. Näin vähitellen aukesi kokonaiskuva kehitysvammaisen henkilön toimimisesta tällaisessa tilanteessa. Kehitysvammaisten lisäksi myös mielenterveyskuntoutujilla oli vastaavanlaisia hankaluuksia ymmärtää ASTATM-lomakkeiston kohtien sisältöä.

Työntekijöillä oli käytössään sähköinen E-lomake, jolloin kasvokkain tapahtuva keskustelu heidän kanssaan jäi uupumaan. Vastaukset olisivat voineet olla erilaisia, jos he olisivat saaneet tarkentavia kysymyksiä valitsemiaan vaihtoehtoja koskien. Jos kohdan sisältöä ei ole täysin ymmärtänyt, ei kohtaa ole välttämättä valittu. Näiden kohtien avaaminen olisi voinut myös vaikuttaa valintojen tekemiseen. Emme myöskään tiedä,

onko ASTA™-lomakkeisto entuudestaan tuttu kaikille haastattemillemme ammattilaisille. Vastaukset ovat varmasti olleet erilaisia niillä ammattilaisilla, jotka ovat tottuneet käyttämään ASTA™-lomakkeistoa työssään. He ovat osanneet yhdistää arviointilomakkeiston kohdat käytäntöön ja vertailla niitä eri perspektiivistä. Olisi siis ollutkin mielenkiintoista selvittää myös se, kuinka moni vastaaja oli käyttänyt ASTA™-lomakkeistoa työssään.

Myös sillä on merkitystä, että suurin osa vastanneista työskenteli mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa. Yhteenveto ammattilaisten tuloksista olisi voinut olla hyvinkin erilainen, jos suurin osa vastaajista olisi työskennellyt esimerkiksi kehitysvammaisten parissa. Tällöin tuen tarvetta olisi mahdollisesti katsottu olevan joissain muissa kohdissa. Työntekijät ovat ajatelleet E-lomakkeen kohtia todennäköisesti melko subjektiivisesti sen asiakasryhmän näkökulmasta, jonka kanssa he itse työskentelevät. Tämä oli kuitenkin asia, johon emme itse voineet vaikuttaa. Lähetimme E-lomake kyselyä kaikkien asiakasryhmien edustajille, mutta emme voineet vaikuttaa kuka siihen vastaisi. On selvää, että toisissa työyhteisössä ollaan aktiivisempia kehittämisen suhteen. Onkin siis todennäköistä, että mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa parissa työskentelevät ovat jakaneet lomaketta työyhteisön sisällä ahkerasti.

Varmasti myös sillä on merkitystä kehittämistehtävän tuloksiin, ettei ASTA™-lomakkeisto ollut kenellekään meistä tuttu ennen tätä kehittämistehtävää. Jouduimme opettelemaan sen käytön haastattelutilanteissa, jolloin vastausvaihtoehtojen valinta tuntui toisinaan hieman haasteelliselta. Arviointitaitomme karttuivat haastattelujen myötä, mutta koska emme ole ASTA™-lomakkeiston kokeneita käyttäjiä, on se varmasti vaikuttanut myös vastausvaihtoehtojen valikoitumiseen.

Kyseenalaistamme sen, soveltuuko ASTA™-lomakkeisto kaikille asiakasryhmille, joiden kanssa sitä käytetään. Tämä johtuu pääosin siitä, ettei alkuperäisessä ASTA™-lomakkeiston eikä nopean alkukartoituksen ASTA™-lomakkeiston kysymyksissä huomioida juurikaan psyykkistä tai sosiaalista toimintakykyä. Psykkinen, sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky liittyvät kiinteästi toisiinsa. Vaikka ASTA™-lomakkeiston avulla voidaan saada selville henkilön psyykkisen toimintakyvyn vaikutus toiminnosta suoriutumiseen, kysymykset liittyvät kuitenkin fyysiseen toimintakykyyn. Esimerkiksi kaksisuunta-

sesta mielialahäiriöstä kärsivä henkilö voi kokea henkilökohtaisen hygienian hoitamisen haastavaksi depressiovaiheissa.

Koemme, että psyykkisen toimintakyvyn kartoitus tarvitsisi kattavammat vastausvaihtoehtokohdat sekä useamman haastattelukerran. Itsekään emme pystyneet huomioimaan juurikaan psyykkistä toimintakykyä, koska toimeksiantomme koski alkuperäisen ASTATM-lomakkeiston muokkaamista ja se käsittelee enimmäkseen fyysistä toimintakykyä. Kuitenkin esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien kohdalla olisi tärkeää huomioida myös psyykkinen toimintakyky, koska ainakin haastattelemillamme mielenterveyskuntoutujilla psyykkinen tila vaikutti heidän fyysiseen toimintakykyynsä. Vastausvaihtoehdot eivät jätä tilaa mielenterveyskuntoutujille. Myös esimerkiksi kehitysvammaisilla ja neurologisia sairauksia sairastavilla voi esiintyä mielenterveydenhäiriöitä ja siksi olisikin perusteltua, että ASTATM-lomakkeistossa kartoitettaisiin enemmän asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia. Osa haastattelemistamme asiakkaista myös toivoi, että lomakkeisto sisältäisi enemmän psyykkiseen toimintakykyyn liittyviä kysymyksiä. Esimerkkinä voisi olla tilanne, jossa henkilön kodin ulkopuolella asiointi on estynyt erilaisten pelkotilojen vuoksi. Tällöin fyysisen toimintoon liittyvä kysymys ei kerro, miksi esimerkiksi kaupassakäynti ei onnistu.

Kyseenalaistamme myös sen, että toimeksiantomme mukaan X-kohta tuli jättää huomioimatta. Mielestämme juuri X-kohta saattoi kertoa paljon henkilön toimintakyvystä, koska se kohta valitaan esimerkiksi silloin, jos joku toinen tekee toiminnon henkilön puolesta. Erään haastateltavan lomakkeistoon tuli moneen kohtaan merkintä X, mikä kertoo siitä, että hän tarvitsee monessa eri toiminnossa apua, mutta nyt se jää huomioimatta, koska joku muu tekee toiminnot hänen puolestaan. Esimerkiksi tällä haastateltavalla omainen teki lähes kaikki toiminnot hänen puolestaan. Osa X-kohdista valittiin puolestaan sen vuoksi, että esimerkiksi asuntoloissa asiakkailla ei ollut mahdollisuutta osallistua ruoan valmistamiseen, koska henkilökunta valmisti sen.

Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeistoa kehitettäessä asiakaslähtöisen työskenteilyn tärkeys ilmeni erityisesti haastatteluissa sekä niiden purkamisessa. Ilman asiakkaiden kanssa tapahtuvaa vuorovaikutusta emme olisi saavuttaneet alkukartoituslomakkeiston koonnin ja mahdollisen toimivuuden kannalta tärkeää tietoa. Vuorovaikutuksessa toteutuneiden haastatteluiden avulla asiakkaat pääsivät kuvaamaan avuntarvettaan

ja mielipiteitään ASTA™-lomakkeiston kohdista ehkä heillekin mielekkäämmällä tavalla. Näin myös meillä oli mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä, selvennyksiä ja havaintoja, jotta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin. Mikäli asiakkaiden tarpeiden toteutumista edistävää lomakkeistoa kehitettäessä asiakkaiden ääni jäisi huomiotta, tarkoitus ei palvelisi asiakkaiden tarpeita asiakaslähtöisestä näkökulmasta. Lomakkeen suunnittelussa oli siis tärkeää työskennellä yhteistyössä tulevien käyttäjien kanssa.

On selvää, että kaikella on vaikutuksensa kaikkeen. Eri asiakkaat, ammattilaiset sekä tämän kehittämistehtävän tekijät muuttaisivat jotakin tuloksissa. Tämä nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto on kuitenkin näiden tekijöiden tuotos ja se on toteutettu ohjeistuksen mukaisesti. Olemme sitä mieltä, että lomakkeistoon ovat valikoituneet oikeat kohdat tekemämme analyysin pohjalta.

Opinnäytetyömme jatkotutkimuskohde voisi olla nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeen testaaminen eli se, että testattaisiin 15 kohdan toimivuutta ja tarkoituksenmukaisuutta haastattelemillamme asiakasryhmillä. ASPA:lla tätä on jo suunniteltu seuraavaksi opinnäytetyöksi.

Lähteet

Aarnio-Tervo, Paula 2012. Nyyti Ry. Elämänhallinta- henkinen voimavara. Verkkodokumentti. Päivitetty 25.1.2012. <<http://www.nyyti.fi/tietoa/elamanhallinta/>>. Luettu 20.2.2012.

ASPAs 2009. Elämässä mukana-eallimis mielde (2006-2009). Verkkodokumentti. <www.aspasaatio.fi/kehittaminen-ja-vaikuttaminen/kehittamisprojektit/paattyneet-kehittamisprojektit>. Luettu 7.5.2012.

ASPAs 2010a. ASTA™-Asumisen toimintojen arviointi. Käyttäjän käsikirja/manuaali. Verkkodokumentti. <http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/ASTA-_kayttajan_kasikirja_1.10.pdf>. Luettu 23.5.2012.

ASPAs 2010b. ASTA™-Asumisen toimintojen arviointilomakkeisto. Verkkodokumentti. <http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/ASTA-lomakkeisto_1.10.pdf>. Luettu 30.5.2012.

ASPAs 2011. ASTA™-lomakkeiston pilotointi II:n raportti. Verkkodokumentti. <http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Raportti_syksyn_2009_pilotoinnista.pdf>. Luettu 18.6.2012.

ASPAs 2012a. Tietoa Aspasta. Verkkodokumentti. <<http://www.aspasaatio.fi/tietoa-aspasta>>. Luettu 10.5.2012.

ASPAs 2012b. Perustajajärjestöt. Verkkodokumentti. <<http://www.aspasaatio.fi/tietoa-aspasta/perustajajarjestot>>. Luettu 10.5.2012.

ASPAs 2012c. Asuntoja tarpeen mukaan. Verkkodokumentti. <<http://www.aspasaatio.fi/tukiasunnot>>. Luettu 10.5.2012.

ASPAs 2012d. Toiminnan rahoitus. Verkkodokumentti. <<http://www.aspasaatio.fi/yleistietoa-aspasta/asumispalvelus%C3%A4%C3%A4ti%C3%B6-aspas>>. Luettu 10.5.2012.

ASPA 2012e. ASPA Palvelut Oy. Verkkodokumentti. <<http://aspapalvelut.fi/>>. Luettu 10.5.2012.

ASPA 2012f. Verkkodokumentti. <<http://intra.aspa.fi/asta>>. Luettu 18.6.2012.

ASTA™-lomakkeiston pilotointi II:n raportti. Verkkodokumentti. <http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Raportti_syksyn_2009_pilotoinnista.pdf>. Luettu 18.6.2012.

Auvinen, Riitta – Dunderfelt, Tony – Erjanti, Helena – Hautala, Marjatta – Horelli, Liisa – Huopalahti, Päivi – Kinnunen, Juha – Kumpusalo, Esko – Kymäläinen, Sanna – Lepola, Irja – Liebkind, Karmela – Lindqvist, Martti – Martikainen, Tyyne – Penttilä, Ulla-Riitta – Sivonen, Kerstin – Toiskallio, Anna – Toiskallio, Jarmo – Wallis, Leena – Willman, Helvi 1992. Johdatus sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Boeree, C. George 2004. Small revisions. Verkkodokumentti. <http://www.ida.liu.se/~eriho/JCS/images/Abraham_Maslow.pdf>. Luettu 15.8.2012.

Engeström, Yrjö 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Epilepsialiitto 2012. Tietoa epilepsiasta. Verkkodokumentti. <http://www.epilepsia.fi/epilepsialiitto/epilepsialiiton_ajankohtaista/tietoa_epilepsiasta/mista_epilepsia_johtuu>. Luettu 17.5.2012.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

FCG Finnish Consulting Group 2012a. FIM - toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnin mittari. Verkkodokumentti. <<http://www.fimmittari.fi/fim-mittari>>. Luettu 4.6.2012.

FCG Finnish Consulting Group 2012b. FIM - mittarilla arvioitavat päivittäiset toiminnot. Verkkodokumentti. <<http://www.fimmittari.fi/arvioitavat-toiminnot>>. Luettu 4.6.2012.

FCG Finnish Consulting Group 2012c. Kenelle voidaan tehdä FIM arviointi? Verkkodokumentti. <<http://www.fimmittari.fi/kenelle>>. Luettu 4.6.2012.

FCG Finnish Consulting Group 2012d. Verkkodokumentti. <<http://www.fimmittari.fi/sites/default/files/FIM%20mittarin%20vammaryhmäluettelo.pdf>>. Luettu 8.9.2012.

FCG Finnish Consulting Group 2012e. FIM - mittarin validiteetti ja reliabiliteetti tutkimus. Verkkodokumentti. <<http://www.fimmittari.fi/node/66>>. Luettu 4.6.2012.

FCG Finnish Consulting Group 2012f. RehabFIM™ potilas-/asiakaskohtainen grafiikka. Verkkodokumentti. <<http://www.fimmittari.fi/grafiikka>>. Luettu 8.9.2012.

Halttunen-Sommardahl, Riitta 2007. Alueelliset yhteistyörakenteet ja osallisuutta tukevat työmenetelmät. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

Heikkilä, Jorma – Heikkilä, Kristiina 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. WSOY.

Heiska, Juhani 2010. Ennakoiva mielenterveystyö. Käsikirja meille kaikille. Tampere: Mediapinta.

Hietaharju, Päivi – Nuutila, Mervi 2010. Käytännön mielenterveystyö. Latvia: Livonia Print.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huovinen, T. – Hämäläinen, H.– Karjalainen, S. 2003. Soveltava liikuntakasvatus. LiikuntaKasvi-verkkomateriaali. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://users.jyu.fi/~tehuovin/soveltavaliikunta/kasitteet2.htm>>. Luettu 16.8.2012.

Hämäläinen, Juha 1999. Johdatus sosiaalipedagogiikkaan. Kuopio: Kopijyvä Kuopio.

Inkinen, Maria – Partanen, Airi – Sutinen, Tiina 2003. Päihdehoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jantunen, Eila 2008. Osalliseksi tuleminen - masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria. Tampere: Juvenes Print Oy.

Kananoja, Aulikki – Lähteinen, Martti – Marjamäki, Pirkko 2011. Sosiaalityön käsikirja. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoda.

Karjalainen, Jarno – Nieminen, Tarja – Martelin, Tuija 2012. Kaventaja-verkkopalvelu. Verkkodokumentti. <THL http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/etusivu>. Luettu 17.5.2012.

Kaski, Markus – Manninen, Anja – Pihko, Helena 2009. Kehitysvammaisuus. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kehitysvammaisten erityishuoltolaki 519. Annettu 23.6.1977.

Keltikangas-Järvinen, Liisa 2008. Temperamentti, stressi ja elämänhallinta. Helsinki: WSOY.

Laine, Katja 2011. ASPA 2011 ASTA Käyttäjäkoulutus. Materiaali käyttäjän hallussa. Nähty 16.5.2012.

Lyyra, Tiina – Pikkarainen, Aila – Tiikkainen, Pirjo 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Malm, Marita – Matero, Marja – Repo, Marjo – Talvela, Eeva-Liisa 2004. Esteistä mahdollisuuksiin- vammaistyön perusteet. Porvoo: WSOY Bookwell Oy.

Ojamo, Matti 2010. Näkövammaisten Keskusliitto Ry. Näkövamma aiheuttajia. Verkkodokumentti. <<http://www.nkl.fi/fi/etusivu/tietoa/aiheuttajat>>. Luettu 4.5.2012.

Perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999.

Pohjolainen, Timo 2003. KELA kehittämässä verkostomallista vanhuskuntoutusta. Turku. Powerpoint-diat. Verkkodokumentti.

<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.kela.fi%2Fin%2Finternet%2Fliite.nsf%2FNET%2F241103094045EP%2F%24File%2Fpohjolainen_esitys.pps%3FopenElement&ei=e6VpUJeJK8nE4gTn2IHBYg&usg=AFQjCNH1uclvBp43wAHI5_3YfR6S6FEr_w>. Luettu 18.7.2012.

Poussu-Olli, Hanna-Sofia – Keto, Leena 1999. Näkövammaisuus - Perustietoa näkövammaisuudesta, näkövammaisten opetuksesta ja koulutuksesta. Turku: Painosalama Oy.

Romberg, Anders 2005. MS ja liikunta. Helsinki: Edita Prima Oy.

Ropo, Arja (toim.) – Ranta-Tyrkkä, Satu 2003. Turvallista hyvinvointia. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Räsänen, Juhani 2006. Voimaantumisen mahdollistaminen ja ratkaisut. Järvenpää: Julkiviestintä Oy.

Sarvimäki, Pirjo (toim.) – Karjalainen, Pella 2005. Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 - toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulun Yliopisto. Verkkodokumentti.

<<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>>. Luettu 3.4.2012.

Sipilä, Riikka – Kälviäinen, Reetta 2007. Vaikea epilepsia ja toimintakyky. Faktor Oy.

Soinila, Seppo – Kaste, Markku – Somer, Hannu 2006. Neurologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Somerkivi, Pirjo 2000. Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Helsinki: Valopaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Lääkepolitiikka 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:11. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3623.pdf&title=Laakepolitiikka_2010__tiivistelma_fi.pdf>. Luettu 16.8.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32 2006. Potilasturvallisuusjulistus. Helsinki: Yliopistopaino. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf>. Luettu 10.8.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Laitoshoito. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoito>.

Luettu 14.5.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Tampere: Juvenes Print- Tampereen Yliopistopaino Oy. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf>. Luettu 6.9.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Sosiaalipalvelut. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut>. Luettu 14.5.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. Kotihoito. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut>.

Luettu 14.5.2012.

Stakes, 2005. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Suomen Reumaliitto ry 2011. Nivelrikko. Verkkodokumentti.

<<http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/nivelrikko/>>. Luettu 27.8.2012.

Tiala, Toni (toim.) – Kohonen, Kirsi 2002. Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Helsinki: Art-Print Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valkonen, Sanna 2011. Mahdollisuuksia muutokseen. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Trio-Offiset Oy.

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

Viitapohja, Kari 2009. Williamsin oireyhtymä. Kehitysvammahuollon tietopankki. Rinne-koti-säätiö. Verkkodokumentti.

<<http://www.kvhtietopankki.fi/syndroma/williams.htm>>. Luettu 11.8.2012.

Viitapohja, Kari 2010. Downin oireyhtymä. Kehitysvammahuollon tietopankki. Verkkodokumentti. <<http://www.kvhtietopankki.fi/syndroma/down.htm>>. Luettu 10.10.2012.

Virtanen, Petri – Suoheimo, Maria – Lamminmäki, Sara – Ahonen, Päivi – Suokas, Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes. Verkkodokumentti.

<<http://www.gcfiiland.fi/file/original/matkaopas%5B1%5D.pdf?fileId=5688>>. Luettu 11.8.2012

Vuorinen, Risto – Tuunala, Eliisa 1997. Psykologian perusteet. Aivot ja psyyke. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.

Wilska, Maija 2011. Downin oireyhtymä. Vernerin. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Verkkodokumentti. <<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/diagnoosit/downin-oireyhtyma.html>>. Luettu 11.8.2012.

Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeiston 15 kohtaa

1. Tunnistaa ja pyrkii huolehtimaan säännöllisestä ruokarytmistä
2. Pullojen ja pakkausten avaaminen
3. Vaatteiden pukeminen ja riisuminen (sisältää kengät ja sukat)
4. Pienten yksityiskohtien pukeminen (sisältää napit, vetoketjut sekä nauhojen sitomisen)
5. Kehon osien hoitaminen (d520)
6. WC:ssä käyminen (d530)
7. Lääkkeiden ottaminen ja annostelu
8. Nukkuminen sekä riittävästä levosta ja päivärytmistä huolehtiminen
9. Vaatteiden ja tekstiilien viikkaaminen
10. Omien jälkien siivoaminen sekä lakanoiden vaihto
11. Matkojen kulkeminen
12. Ostosten ja muiden tavaroiden kuljettaminen
13. Rahan käyttö
14. Sovittujen ja virallisten asioiden hoitaminen
15. Harrastukset ja vapaa-ajan vietto

Linkki alkuperäiseen ASTA™-lomakkeistoon:

http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/ASTA-lomakkeisto_1.10.pdf



ASTA™ – ASUMISEN TOIMINTOJEN ARVIOINTILOMAKKEISTO

- ASTA™-lomakkeisto on tarkoitettu **päivittäisten asumisen toimintojen arviointiin**.
- Lomakkeisto mahdollistaa **toimintakyvyn vaihtelevuuden** arvioinnin, joten se soveltuu hyvin myös asiakkaille, joiden toimintakyky vaihtelee sairauden takia.
- Lomakkeisto koostuu **monivalintakysymyksistä**, joiden yhteenveto voidaan kerätä lomakkeiston lopussa oleviin **profiilitaulukoihin** ja käyttäjän käsikirjasta löytyville **koontisivuille**.
- Lomakkeiston voi täyttää **joko havainnoimalla tai haastattelemalla** ja sitä voivat käyttää kaikki avuntarvetta arvioivat ammattilaiset. **Haastattelemalla** täyttämiseen kuluu n. tunti. **Havainnointi** kannattaa suorittaa osina eri päivinä, sillä se vie enemmän aikaa. Joidenkin asiakkaiden kohdalla ASTA voi soveltua myös itsearviointivälineeksi.
- **Eri arvioitsijoiden tekemiä arviointeja EI voi suoraan verrata toisiinsa**, sillä eri arvioitsijat voivat mieltää vastausasteikon ohjeistuksesta huolimatta eri tavoin. Mikäli ASTAa halutaan käyttää vaikuttavuuden tai muutosten kuvaamiseen, tulee alku- ja loppuarviointien suorittajan olla sama henkilö.

Lomakkeisto perustuu osittain WHO:n kansainväliseen ICF-luokitukseen.

Lomakkeistossa toiminnot on jaettu **neljään kategoriaan**:

1. RUOKAHUOLTO

- Syöminen
- Ruoanlaitto
- Keittiön laitteet ja välineet

2. ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN

- Pukeutuminen
- Peseytyminen, siistiytyminen ja kehon osien hoitaminen
- WC-toiminnot
- Omasta päivittäisestä terveydestä huolehtiminen

3. KOTITYÖT

- Tekstiilihuolto
- Siivous
- Tekniikka

4. KODIN ULKOPUOLELLA ASIOINTI JA VAPAA-AJANVIETTO

LOMAKKEISTON TÄYTTÖOHJEET

- **Asiakkaalle tulee aina kertoa miksi arviointia tehdään ja arvioinnin tuloksista tulee keskustella hänen kanssaan.**
- Osassa kysymyksiä on mukana ICF-luokitus, jonka voi halutessaan tarkastaa esim. WHO:n Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisestä luokituksesta tai ASTA-käyttäjän käsikirjasta. **Kaikki kohdat eivät kuitenkaan kata kokonaan ICF:n määrittystä ja ICF:ää onkin käytetty vain soveltuvin osin.**
- **Lomakkeistoa voidaan täyttää myös osio kerrallaan eri päivinä tai hyödyntää siitä vain kulloinkin tarvittavia osia. Toiminnot, jotka eivät ole asiakkaalle tai arvioinnin kannalta oleellisia, voidaan jättää arvioimatta.**
- **Jokaisessa osiossa on 1-4 tyhjää riviä, joihin voidaan täydentää yksilöllisesti asiakkaalle tärkeitä toimintoja. Tarvittaessa toimintoja voidaan lisäksi pilkkoa riveille pienempiin osiin.** Tarpeen mukaan arviointia voidaan täydentää myös käyttämällä muita arviointivälineitä esim. kodin ulkopuolella tapahtuvien toimintojen tarkempaan arviointiin tai psyykkisen voinnin arviointiin.
- **Lomakkeistolle merkitään esim. ympyröimällä ne toiminnot, mitkä ovat asiakkaalle tärkeitä tai välttämättömiä suorittaa päivittäin.** Arvioinnin jälkeen tulee pyrkiä varmistamaan riittävä apu ainakin näihin toimintoihin.

- Asiakkaan **suoritumista arvioidaan asteikolla A-H.** Vastausvaihtoehdot on kerrottu seuraavalla sivulla. **X**-vastaus merkitään, kun suoritumista ei voida arvioida.
- Vastausasteikon perusteella arvioidaan onko avuntarpeessa kysymys **sanallisesta ohjauksesta, fyysisestä avustamisesta vai molempien yhdistelmästä.**
- **Vastausvaihtoehdoista ympyröidään se, mikä kuvaa asiakkaan suoritumista parhaiten.** Epävarmassa tilanteessa vastataan aina huonomman vaihtoehdon mukaan.
- **Toimintakyvyn vaihtelevuuden todentamiseksi vastataan jokaiseen kysymykseen kahdella eri värillä. Mikäli vaihtelevuutta ei ole, käytetään vain tavanomaista toimintakykyä kuvaavaa väriä.** Esim. sinisellä voidaan ympyröidä vastaukset arvioitavan henkilön tavanomaisesta toimintakyvystä ja punaisella vastaukset niiden päivien mukaan, jolloin toimintakyky on alentunut.
- Lomakkeistoa voidaan käyttää myös **alku- ja loppuarvioinneissa.** Tällöin voidaan arvioida tavanomaisen toimintakyvyn muutoksia tietyllä aikavälillä, vaikka tarkoitus ei välttämättä olisikaan arvioida toimintakyvyn vaihtelevuutta.
- **Liitesivuilla 1 ja 2 ovat vastausasteikot,** mitkä voidaan irrottaa, jolloin sekä haastattelijan että haastateltavan on helpompi tarkastella vastausvaihtoehdot.

VASTAUSASTEIKKO JA TARKENNUKSET

AVUNTARVE TOIMINNASSA

- A** Suoriutuu itsenäisesti
 - B** Suoriutuu **tydyttävästi** itsenäisesti
 - C** Tarvitsee **hieman** sanallista ohjausta / muistuttamista
 - D** Tarvitsee **paljon** sanallista ohjausta / muistuttamista
 - E** Tarvitsee **hieman** fyysistä avustamista
 - F** Tarvitsee **paljon** fyysistä avustamista
 - G** Tarvitsee **hieman** sekä sanallista ohjausta että fyysistä avustamista
 - H** Tarvitsee **paljon** sekä sanallista ohjausta että fyysistä avustamista / On täysin avustettava
 - X** Ei voi arvioida
- Lomakkeiston lopussa ovat liitteinä vastausasteikkosivut vastaamisen helpottumiseksi.

TARKENNUKSET VASTAUSVAIHTOEHTOIHIN

- **B** kohta valitaan, kun toiminnasta **suoriutuminen** tapahtuu esim. **hitaasti tai apuvälineen turvin**.
- Kohdat **C ja D** sisältävät myös **varmistamisen, motivoinnin, kannustamisen sekä kirjallisten / kuvallisten ohjeiden käytön**.
- **H** kohta valitaan, kun asiakas tarvitsee **paljon sekä** sanallista **ohjausta että** fyysistä **avustamista** tai kun **toiminta on estynyt** kognitiivisen, fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn esteen takia.
- **X**-vaihtoehto valitaan, kun **kysymykseen ei voida vastata**, mikään vastausvaihtoehtoista ei ole sopiva, joku toinen huolehtii toiminnosta asiakkaan puolesta **tai kun asiakas ei ole esim. motivoitunut / kiinnostunut suorittamaan ko. toimintoa**. Huomioita-kohtaan kirjataan, miksi X-vaihtoehto valittiin.
- **Huomioita-kohtaan** merkitään tarvittaessa **tarkennuksia** myös muista vastauksista ja esille nousseista asioista.
- **Kaikissa kysymyksissä ei ole kaikkia vastausvaihtoehtoja**. Näihin vastataan annettujen vastausvaihtoehtojen mukaisesti, ellei erillistä ohjeistusta ole ilmoitettu.

TAUSTATIEDOT, TOIMINTAKYVYN VAIHTELU JA YLEISET HUOMIOT

Asiakkaan nimi: _____ Sotu: _____ Ikä: _____

Diagnoosit: _____

Toimintaan vaikuttavat tekijät (esim. spasmit, pakkoliikkeet, uupuminen, heikko näkö, lääkkeiden haittavaikutukset): _____

Käytössä olevat apuvälineet: _____

Toimintakykyyn vaikuttavan sairauden luonne:

- Palautuva Nopeasti etenevä Tasaisesti / Hitaasti etenevä Pahlenemisvaiheita / kohtauksia
 Pysyvä Muu, mikä: _____

Kuinka kauan alentunut toimintakyky yleensä kestää: _____

Miten arviointi suoritettiin (haastattelu, havainnointi, ym.): _____

Missä arviointi suoritettiin: _____

Mitä väriä käytetään kuvaamaan:

Tavanomaista toimintakykyä pvm _____ Täyttäjä: _____

pvm _____ Täyttäjä: _____

Alentunutta toimintakykyä pvm _____ Täyttäjä: _____

pvm _____ Täyttäjä: _____

1. RUOKAHUOLTO

Ruokahuolto-osio sisältää toimintoja liittyen **syömiseen, ruoanlaittoon sekä keittiössä käytettäviin laitteisiin ja välineisiin**. Merkitse Huomioita-kohtaan tarkasti juuri se ruokalaji tai toiminto, mikä tuottaa ongelmia sekä kuvaa miten ongelma näkyy käytännössä. Merkitse Huomioita-kohtaan myös mikäli asiakkaalla on käytössä joitakin toimintoihin liittyviä palveluja. **Kohdista 4, 5 ja 13 puuttuvat E, F ja G vaihtoehdot**, koska niissä kyse on tunnistamisesta ja ymmärtämisestä, joissa ei voida fyysisesti avustaa.

a. Syöminen

1. Ruoan syöminen (pilkkominen, suuhun vienti) (d550)
2. Juominen (kaataminen, suuhun vienti) (d560)
3. Ruoan ja juoman ottaminen (sis. myös annostelun)
4. Tunnistaa ja pyrkii huolehtimaan säännöllisestä ruokarytmistä
5. Tunnistaa ja pyrkii huolehtimaan monipuolisesta ruokavaliosta (d5701)
6. _____

Suorittuu itsenäisesti		Sanallinen ohjaus /muistutus		Fyysinen avustus		Hieman ohjausta + hieman fyysistä apua	Runsa ohjaus + fyys. apu / Täysin avustettava	Ei voida arvioida
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D				H	X
A	B	C	D				H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X

Huomioita:

c. Keittiön laitteet ja välineet (d6403)

(käyttöohjeiden tunteminen ja laitteiden asianmukainen käyttö)

17. Lieden ja uunin käyttö

(oikea levy, oikea lämpötila) (d6403)

18. Mikroaaltouunin käyttö (mikroastiat) (d6403)

19. KahvinkeitTIMEN käyttö (d6403)

20. VedenkeitTIMEN käyttö (d6403)

21. _____

22. _____

Suorittuu itsenäisesti		Sanallinen ohjaus /muistutus		Fyysinen avustus		Hieman ohjausta + hieman fyysistä apua	Runsas ohjaus + fyys. apu / Täysin avustettava	Ei voida arvioida
A	B	C	D	E	F	G	H	X

Huomioita:

c. WC-toiminnot (d530)

Kysymykset 48 ja 49: **A** = pystyy, **C** = toisinaan muistutettava, **D** = säännöllisesti muistutettava, **E** = suojat toisinaan, itsenäinen niiden käytössä, **F** = suojat jatkuvasti, itsenäinen niiden käytössä, **G** = suojat toisinaan + apu niiden käyttöön, **H** = suojat jatkuvasti + apu niiden käyttöön

48. Virtsan pidättäminen (d5300)

49. Ulosteen pidättäminen (d5301)

50. Itsenäinen wc:ssä käynti (sis. myös katetroinnin)

51. Kuukautisista huolehtiminen (d5302)

(hygieniä ja suojiä käyttö)

52. _____

Suorittuu itsenäisesti		Sanallinen ohjaus / muistutus		Fyysinen avustus		Hieman ohjausta + hieman fyysistä apua	Runsas ohjaus + fyys. apu / Täysin avustettava	Ei voida arvioida
A		C	D	E	F	G	H	X
A		C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X

Huomioita:

d. Omasta päivittäisestä terveydestä huolehtiminen (d570 osittain)

53. Lääkkeiden otto (muistaa ottaa lääkkeet, annostelu)

54. Nukkuminen sekä riittävästä levosta ja päivärytmistä huolehtiminen

55. Tunnistaa terveydentilansa ja osaa pyytää / hankkia apua (d5702)

56. _____

A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X

Huomioita:

3. KOTITYÖT

Kotityöt osio sisältää kysymyksiä **tekstiilihuollosta, siivouksesta ja tekniikasta**. Merkitse Huomioita-kohtaan mitkä toiminnot tai niiden osat ovat ongelmallisia sekä miten tämä näkyy käytännössä. Merkitse Huomioita-kohtaan myös, mikäli asiakkaalla on käytössä joitakin toimintoihin liittyviä palveluja.

a. Tekstiilihuolto

57. Pyykin peseminen (pulveri, ohjelma/lämpötila, värin ja materiaalin mukaan) (d640/d6403)

58. Pyykin kuivaaminen (narulla, telineellä tai kuivausrummussa) (d640/d6403)

59. Silittäminen (d6403)

60. Vaatteiden/tekstiilien viikkaaminen (d640)

61. Vaatteiden/tekstiilien lajittelu paikoilleen

62. _____

Suorittuu itsenäisesti		Sanallinen ohjaus /muistutus		Fyysinen avustus		Hieman ohjausta + hieman fyysistä apua	Runsas ohjaus + fyys. apu / Täysin avustettava	Ei voida arvioida
A	B	C	D	E	F	G	H	X

Huomioita:

b. Siivous (osittain d6401, d6402, d6403)

63. Sängyn petaaminen

64. Lakanoiden vaihto

65. Astioiden pesu (käsin/koneella, koneen käyttö)

66. Pölyjen pyyhkiminen ja pintojen kuivaus
(mm. tiskaamisen jälkeen)

67. Tavaroiden järjestely ja paikalleen vienti

68. Imurointi (imurin käyttö, myös huonekalujen alustat)

69. Lattianpesu (aineiden oikea valinta, sekoitussuhde)

70. Roskat (poisvienti, lajittelu) (d6405)

71. WC-tilan siivous (käsienpesuallas, wc-istuin, peilit)

72. Kaappien siisteys

73. Omien jälkien siivoaminen (tahrat ym.)

74. _____

75. _____

Suorittuu itsenäisesti		Sanallinen ohjaus /muistutus		Fyysinen avustus		Hieman ohjausta + hieman fyysistä apua	Runsa ohjaus + fyys. apu / Täysin avustettava	Ei voida arvioida
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X

Huomioita:

c. Tekniikka (käyttöohjeiden tunteminen, asianmukainen käyttö ja huollon järjestäminen)

76. TV:n ja digiboksin käyttö (avaaminen / sulkeminen, kanavien vaihto)

77. Radion käyttö (avaaminen / sulkeminen, kanavien vaihto)

78. Tietokoneen käyttö (perustoimintojen hallinta)

79. Puhelimen käyttö (perustoimintojen hallinta)

80. Apuvälineiden käyttö (osittain d6504)

81. Lämpöpattereiden käyttö (sopiva huonelämpötila)

82. Ovien avaaminen / sulkeminen (lukon käyttö)

83. Ikkunoiden avaaminen / sulkeminen

84. _____

85. _____

Suorittuu itsenäisesti		Sarallinen ohjaus / muistutus		Fyysinen avustus		Hieman ohjausta + hieman fyysistä apua	Runsaas ohjaus + fyys. apu / Täysin avustettava	Ei voida arvioida
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X
A	B	C	D	E	F	G	H	X

Huomioita:

PROFIILITAUUKOT

- Seuraaville sivuille kootaan **vastaukset merkitsemällä kuhunkin kysymykseen sitä vastaava suoriutumisen taso esim. rastilla**. Edelleen käytetään **kahta eri väriä erottelemaan tavanomainen ja alentunut toimintakyky toisistaan**. Samoin esim. eri arviointikertojen merkinnät tai ammattilaisen ja asiakkaan toisistaan poikkeavat vastaukset merkitään eri väreillä.
- Huom! **Mikäli tätä vaihetta ei haluta tehdä, voidaan se osittain korvata yhdistämällä jo kirjatut vastaukset toisiinsa viivoilla varsinaisessa vastausasteikossa**. Kun sivu käännetään pystysuuntaan, saadaan näkyviin profiilitaulukkoja muistuttava viivadiagrammi.
- Profiilitaulukoiden yläreunassa sijaitsevat kysymysnumerot ja vasemmassa reunassa puolestaan eri suoriutumisen tasot. Lomakkeiston itse muotoiltavien kysymyskohtien numerot ovat profiilitaulukoissa hakasulkeiden sisällä.
- **X-vastauksia ei merkitä profiilitaulukkaan.**
- **Lopuksi merkinnät voidaan yhdistää viivoilla**, jotta saadaan selkeämmin esille **asumisen taitojen profiilin ja toimintakyvyn vaihtelevuus**. Profiilit voivat auttaa havainnollistamaan esim. avuntarpeen laatua, avuntarpeen ja toimintakyvyn vaihtelua sekä avuntarpeen painottumista tiettyihin toimintoihin.
- **Yksilöllisen avuntarpeen korostamiseksi voidaan profiilitaulukkaan merkitä ne toiminnot, joiden suorittaminen on asiakkaalle välttämätöntä päivittäin**. Tämä voidaan tehdä esim. varjostamalla ko. rivit tai ympyröimällä / alleviivaamalla kysymysnumerot.
- Taulukoiden alla on tilaa kirjata joitakin huomioita, mikäli se koetaan tarpeelliseksi.

1. RUOKAHUOLTO

		Syöminen						Ruoanlaitto										Keittiönlaitteet ja välineet					
		1	2	3	4	5	[6]	7	8	9	10	11	12	13	14	[15]	[16]	17	18	19	20	[21]	[22]
Suorittuu itsenäisesti	A																						
	B																						
Sanallinen ohjaus / muistutus	C																						
	D																						
Fyysinen apu	E																						
	F																						
Hieman ohjausta+ fyys. apua	G																						
Runsa ohjaus + fyys. apu / Täysin avustettava	H																						

Huomioita: _____

		2. ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN																																			
		Pukeutuminen									Peseytyminen, Siistiytyminen ja hygienia															WC-toiminnot					Päiv. terveydestä huolehtiminen						
		23	24	25	26	27	28	29	[30]	[31]	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	[45]	[46]	[47]	48	49	50	51	[52]	53	54	55	[56]		
Suorittuu itsenäisesti	A																																				
	B																																				
Sanallinen ohjaus / muistutus	C																																				
	D																																				
Fyysinen apu	E																																				
	F																																				
Hieman ohjausta+ fyys. apua	G																																				
Runsa ohjaus + apu / Täysin avustettava	H																																				

Huomioita: _____

		3. KOTITYÖT																											
		Tekstiilihuolto						Siivous												Tekniikka									
		57	58	59	60	61	[62]	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	[74]	[75]	76	77	78	79	80	81	82	83	[84]
Suorittuu itsenäisesti	A																												
	B																												
Sanallinen ohjaus / muistutus	C																												
	D																												
Fyysinen apu	E																												
	F																												
Hieman ohjausta+ fyys. apua	G																												
Runsa ohjaus + fyys.apu / Täysin avustettava	H																												

Huomioita: _____

		4. KODIN ULKOPUOLELLA ASIOINTI JA VAPAA-AJANVIETTO													
		86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	[96]	[97]	[98]	[99]
Suoriutuu itsenäisesti	A														
	B														
Sanallinen ohjaus / muistutus	C														
	D														
Fyysinen apu	E														
	F														
Hieman ohjausta+ fyys. apua	G														
Runsa ohjaus + fyys. apu / Täysin avustettava	H														

Huomioita: _____

LIITE 1

Vastausvaihtoehtojen apulomake **itsearviointiin tai haastattelun tueksi**

AVUNTARVE TOIMINNASSA

A	Suoriudun toiminnasta itsenäisesti.
B	Suoriudun toiminnasta tydyttävästi itsenäisesti eli esim. hitaasti toimien tai apuvälineen avulla.
C	Tarvitsen toiminnassa hieman sanallista ohjausta, muistuttamista, varmistamista tai motivointia.
D	Tarvitsen toiminnassa paljon sanallista ohjausta, muistuttamista, varmistamista tai motivointia.
E	Tarvitsen toiminnassa hieman fyysistä avustamista.
F	Tarvitsen toiminnassa paljon fyysistä avustamista.
G	Tarvitsen toiminnassa hieman sekä sanallista ohjausta että fyysistä avustamista.
H	Tarvitsen toiminnassa paljon sekä sanallista ohjausta että fyysistä avustamista tai olen toiminnassa täysin avustettava.
X	En voi arvioida tai en tee tätä toimintaa.

Huomioita-kohtaan voit kirjoittaa tarkennuksia vastauksistasi. Jos vastaat johonkin kysymykseen X, niin kirjoita tällöin myös huomioita-kohtaan miksi valitsit kyseisen vaihtoehdon.

Kaikissa kysymyksissä ei ole kaikkia yllä mainittuja vastausvaihtoehtoja. Vastaa näissä kysymyksissä annettujen vastausvaihtoehtojen mukaisesti ellei erillistä ohjeistusta ole sivulla mainittu.

LIITE 2

Vastausvaihtoehtojen apulomake **toisen henkilön arvioitsijalle**

AVUNTARVE TOIMINNASSA

A	Suoriutuu toiminnasta itsenäisesti.
B	Suoriutuu toiminnasta tydyttävästi itsenäisesti eli esim. hitaasti toimien tai apuvälineen avulla.
C	Tarvitsee toiminnassa hieman sanallista ohjausta, muistuttamista, varmistamista, motivointia tai kirjallisia / kuvallisia ohjeita.
D	Tarvitsee toiminnassa paljon sanallista ohjausta, muistuttamista, varmistamista tai motivointia.
E	Tarvitsee toiminnassa hieman fyysistä avustamista.
F	Tarvitsee toiminnassa paljon fyysistä avustamista.
G	Tarvitsee toiminnassa hieman sekä sanallista ohjausta että fyysistä avustamista.
H	Tarvitsee toiminnassa paljon sekä sanallista ohjausta että fyysistä avustamista tai on täysin avustettava.
X	Ei voida arvioida tai henkilö ei tee tätä toimintaa.

Huomioita-kohtaan voidaan kirjoittaa tarkennuksia vastauksista. Jos vastaat johonkin kysymykseen X, niin kirjoita tällöin myös huomioita-kohtaan miksi valitsit kyseisen vaihtoehdon.

Kaikissa kysymyksissä ei ole kaikkia yllä mainittuja vastausvaihtoehtoja. Vastaa näissä kysymyksissä annettujen vastausvaihtoehtojen mukaisesti ellei erillistä ohjeistusta ole sivulla mainittu.

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 23.2.2012 18.15 ja päättyy 31.5.2012 18.15
Valitse 15 tärkeintä kysymystä ASTA-lomakkeiston arviointikohdista.

Valinnat

Ammatti

Vastaajan tiedot

	Vanhukset	Kehitysvammaiset	Päihdeasiakkaat	Mielenterveyskuntoutujat	Neuropsykologiset as.	Muu, mikä?
Asiakasryhmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Vastaajan tiedot

	18-29	30-39	40-49	50+
Ikä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vastaajan tiedot

	Mies	Nainen
Sukupuoli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ASTA-lomakkeisto ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ruoan syöminen (pilkkominen, suuhun vienti) | <input type="checkbox"/> Itsenäinen wc:ssä käynti (sis. myös katetroinnin) |
| <input type="checkbox"/> Juominen (kaataminen, suuhun vienti) | <input type="checkbox"/> Kuukautisista huolehtiminen (hygienian ja suojeien käyttö) |
| <input type="checkbox"/> Ruoan ja juoman ottaminen (sis. myös annostelu) | <input type="checkbox"/> Lääkkeiden otto (muistaa ottaa lääkkeet, annostelu) |
| <input type="checkbox"/> Tunnistaa ja pyrkii huolehtimaan säännöllisestä ruokarytmistä | <input type="checkbox"/> Nukkuminen sekä riittävästä levosta ja päivärytmistä huolehtiminen |
| <input type="checkbox"/> Tunnistaa ja pyrkii huolehtimaan monipuolisesta ruokavaliosta | <input type="checkbox"/> Tunnistaa terveydentilansa ja osaa pyytää / hankkia apua |
| <input type="checkbox"/> Pienien aterioiden valmistus, kuten välipalat | <input type="checkbox"/> Pyykin peseminen (pulveri, ohjelma/lämpötila, värin ja materiaalin mukaan) |
| <input type="checkbox"/> Suurien aterioiden valmistus, kuten lounas | <input type="checkbox"/> Pyykin kuivaaminen (narulla, telineellä tai kuivausrummussa) |
| <input type="checkbox"/> Valmiin aterian lämmittäminen | <input type="checkbox"/> Siittäminen |
| <input type="checkbox"/> Ruonlaitossa tarvittavien tarvikkeiden välineiden ja ruoka-aineiden valinta ja esille otto | <input type="checkbox"/> Vaatteiden/tekstiilien viikkaaminen |
| <input type="checkbox"/> Turvallinen toiminta keittiössä | <input type="checkbox"/> Vaatteiden/tekstiilien lajittelu paikoilleen |
| <input type="checkbox"/> Pullojen ja pakkausten avaaminen | <input type="checkbox"/> Sangyn petaaminen |
| <input type="checkbox"/> Valmistusohjeiden ja pakkausohjeiden ymmärtäminen sekä noudattaminen | <input type="checkbox"/> Lakanoiden vaihto |
| <input type="checkbox"/> Ruoka-aineiden oikea säilytys (tuoreus, käyttöpäivä) | <input type="checkbox"/> Astioiden pesu (käsini/koneella, koneen käyttö) |
| <input type="checkbox"/> Lieden ja uunin käyttö (oikea levy, oikea lämpötila) | <input type="checkbox"/> Pölyjen pyyhkiminen ja pintojen kuivaus (mm. tiskaamisen jälkeen) |
| <input type="checkbox"/> Mikroaaltouunin käyttö (mikroaastiat) | <input type="checkbox"/> Tavaroiden järjestely ja paikalleen vienti |
| <input type="checkbox"/> Kahvinkeitin käyttö | <input type="checkbox"/> Imurointi (imurin käyttö, myös huonekalujen alustat) |
| <input type="checkbox"/> Vedenkeitin käyttö | <input type="checkbox"/> Lattianpesu (aineiden oikea valinta, sekoitusuhde) |
| <input type="checkbox"/> Vaatteiden pukeminen | <input type="checkbox"/> Roskat (poisvienti, lajittelu) |
| <input type="checkbox"/> Kenkien ja sukkiin pukeminen | <input type="checkbox"/> WC-tilan siivous (käsienspesuallas, wc-istuim, peilit) |
| <input type="checkbox"/> Vaatteiden riisuminen | <input type="checkbox"/> Kaappien siisteys |
| <input type="checkbox"/> Kenkien ja sukkiin riisuminen | <input type="checkbox"/> Omien jälkien siivoaminen (tahrat ym.) |
| <input type="checkbox"/> Pienten yksityiskohtien pukeminen (napit, vetoketjut, nauhojen sitominen) | <input type="checkbox"/> TV:n ja digiboksin käyttö (avaaminen / sulkeminen, kanavien vaihto) |
| <input type="checkbox"/> Vaatteiden valinta (säähän ja tilanteeseen sopivat) ja esille otto | <input type="checkbox"/> Radion käyttö (avaaminen / sulkeminen, kanavien vaihto) |
| <input type="checkbox"/> Liikaantuneiden vaatteiden vaihtamistarpeen huomiointi ja puhtaiden vaatteiden esille otto | <input type="checkbox"/> Tietokoneen käyttö (perustoimintojen hallinta) |
| <input type="checkbox"/> Vartalon pesu | <input type="checkbox"/> Puhelimen käyttö (perustoimintojen hallinta) |
| <input type="checkbox"/> Hiusten pesu | <input type="checkbox"/> Apuvälineiden käyttö |
| <input type="checkbox"/> Käsiin pesu (wc-käynnillä, kotiin tullessa) | <input type="checkbox"/> Lämpöpattereiden käyttö (sopiva huonelämpötila) |
| <input type="checkbox"/> Kasvojen pesu | <input type="checkbox"/> Ovien avaaminen / sulkeminen (lukon käyttö) |
| <input type="checkbox"/> Alapesu | <input type="checkbox"/> Ikkunoiden avaaminen / sulkeminen |
| <input type="checkbox"/> Saunominen | <input type="checkbox"/> Matkojen kulkeminen |
| <input type="checkbox"/> Pestyn alueen huolellinen kuivaaminen | <input type="checkbox"/> Ostosten ja muiden tavaroiden kuljettaminen |
| <input type="checkbox"/> Hampaiden hoitaminen (harjaus ym.) | <input type="checkbox"/> Ostoslistan laatiminen |
| <input type="checkbox"/> Ihon hoitaminen (rasvaus, haavojen hoito) | <input type="checkbox"/> Oikeiden tavaroiden löytäminen ja valitseminen |
| <input type="checkbox"/> Hiusten kampaaminen, hoito ja muotoilu | <input type="checkbox"/> Tuotteiden sopiva määrä ja punnitseminen |
| <input type="checkbox"/> Parran ajaminen ja karvojen poisto | <input type="checkbox"/> Rahan käyttö |
| <input type="checkbox"/> Kynsien hoito ja leikkaaminen (varpaat ja sormet) | <input type="checkbox"/> Rahan nosto (automaatti, pankki) |
| <input type="checkbox"/> Deodorantin käyttö, ehostus ja meikkaus | <input type="checkbox"/> Laskujen maksu (automaatti, pankki, verkkopankki) |
| <input type="checkbox"/> Virtsan pidättäminen | <input type="checkbox"/> Sovittujen ja virallisten asioiden hoitaminen |
| <input type="checkbox"/> Ulsteen pidättäminen | <input type="checkbox"/> Harrastukset ja vapaa-ajanvietto |

Tietojen lähetytys

Tallenna

Hei,

Olemme neljä sosionomiopiskelijaa Metropolia Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyömme ASPA:lle eli erityisryhmien asumispalvelusäätiölle. Opinnäytetyömme aiheena on tehdä ASPA:lle toimintakyvyn alkukartoituslomakkeisto, jo käytössä olevan ASTA™-lomakkeiston pohjalta. Alkukartoituslomakkeemme toimii nopeana ensivaiheen arviointina, jolla selvitetään onko tarvetta laajempaan, eli koko ASTA™-lomakkeiston arviointiin. ASTA™-lomakkeistolla arvioidaan asiakkaan toimintakykyä sekä avun ja tuen tarvetta arjessa selviytymiseen.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja yksittäisten vastaajien tiedot eivät ole missään vaiheessa tunnistettavissa saatujen vastausten yhteenvedossa. Aikaa arvioinnin tekemiseen kuluu noin tunnin verran ja se suoritetaan asiakkaalle mieluisassa ympäristössä. Emme voi tarjota konkreettista apua vaan annamme mahdollisuuden saada oma ääni kuuluviin ja vaikuttaa uuden lomakkeiston luomiseen. Käytämme vastausaineistoa hyödyksi opinnäytetyössämme.

Kiitos panoksestanne opinnäytetyöhömmme!

Ystävällisin terveisin,

Anna Jalonen

Kaisu Karivainio

Sanna Kuusisto

Jamila Ruuskanen

Osallistun haastatteluun ja annan suostumukseni käyttää haastattelusta kertyneitä tietoja anonymisti opinnäytetyössä ()

Allekirjoitus _____

Hei,

Olemme neljä sosionomiopiskelijaa Metropolia Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyömme ASPA:lle eli erityisryhmien asumispalvelusätiölle. Opinnäytetyömme aiheena on tehdä ASPA:lle toimintakyvyn alkukartoituslomakkeisto jo käytössä olevan ASTA™-lomakkeiston pohjalta. Alkukartoituslomakkeemme toimii nopeana ensivaiheen arviointina, jolla selvitetään, onko tarvetta laajempaan eli koko ASTA™-lomakkeiston arviointiin. ASTA™-lomakkeistolla arvioidaan asiakkaan toimintakykyä sekä avun ja tuen tarvetta arjessa selviytymiseen.

Toivomme, että merkitset listasta viisitoista kohtaa, jotka koet tärkeimmiksi/olennaisimmiksi.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja yksittäisten vastaajien tiedot eivät ole missään vaiheessa tunnistettavissa saatujen vastausten yhteenvedossa. Aikaa kyselyyn vastaamiseen kuluu noin viisi minuuttia. Käytämme vastausaineistoa hyödyksi opinnäytetyössämme.

Kiitos arvokkaista vastauksista!

Ystävällisin terveisin,

Anna Jalonen

Kaisu Karivainio

Sanna Kuusisto

Jamila Ruuskanen



Helsingin kaupunki
Sosiaalivirasto

Helsingfors stad
Socialverket

**TUTKIMUSLUPA-
HAKEMUS**

**ANSÖKAN OM
FORSKNINGS-
TILLSTÄND**

1 (6)

Hakemuksen saapumispäivämäärä Datum då ansökan mottagits

18.4.2012 / AK

1 TUTKIMUS- LUVAN HAKIJA TAI TUTKIMUS- RYHMÄN VASTUU- HENKILO	Sukunimi Släktnamn Ettunimi Förnamn	Ruuskanen Jamila				
	Osoite Adress	Pelimannitie 3 B 28 01420 HUI				
DEN SOM AN- HÄLLER OM TILLSTÄND, ELLER ANSVARSPERSON FÖR UNDERSÖKNINGS- GRUPPEN	Puhelin Telefon	0445 255667	Sähköpostiosoite E-postadress jamila.ruuskanen@gmail.com			
	Oppi-/tutkimuslaitos Läro-/forskningsanstalt	<input type="checkbox"/> 1 Yliopisto /tiedekorkeakoulu - Universitet /vetenskapshögskola <input checked="" type="checkbox"/> 2 Ammattikorkeakoulu - Yrkehögskola <input type="checkbox"/> 3 Toisen asteen oppilaitos - Andra stadiets läroanstalt <input type="checkbox"/> 4 Muu oppilaitos - Annan läroanstalt <input type="checkbox"/> 5 Muu taustayhteisö kuin oppilaitos/koulu - Annan sammanslutning än läroanstalt eller skola				
	Suoritettut tutkinnot Utförda examina					
2 TUTKIMUK- SEN OHJAAJA/ JOHTAJA HANDLEDARE FÖR UNDERSÖK- NINGEN	Nimi Namn	Janna Kaasinen				
	Toimipaikka ja osoite Verksamhetsplats och adress	Puhelin toimeen Telefon till tjänsten				
	Oppiarvo/ammatti Läro grad/yrke	Aspa	045 139 3576			
3 TUTKIMUS UNDER- SÖKNINGEN	Tutkimuksen kohdealue sosiaalitoimissa Objektet för undersökningen inom socialväsendet	1 Lasten päivähoito Barndagvården	2 Lapsiperheet Barnfamiljer	3 Aikuiset Vuxna	4 Vanhukset Äldringar	5 Hallinto ja kehittämispalvelu Förvaltnings- och utvecklingservice
		<input type="checkbox"/> 11 päiväkotihoidon vård på daghem <input type="checkbox"/> 12 perhepäivähoito familjedagvård <input type="checkbox"/> 13 esiopetus försköleundervisning <input type="checkbox"/> 14 kotihoidon tuki hemvårdsstöd <input type="checkbox"/> 15 yksityisen hoidon tuki privatvårdsstöd <input type="checkbox"/> 16 leikkitoiminta lekverksamhet	<input type="checkbox"/> 21 perhekeskus- toiminta familjecenter- verksamhet <input type="checkbox"/> 22 perheneuvola- palvelut familjerådgiv- ningsservice <input type="checkbox"/> 23 perheoikeudel- liset asiat familjerättsliga ärenden <input type="checkbox"/> 24 sijaishuolto vård utom hemmet	<input type="checkbox"/> 31 sosiaalinen ja taloudellinen tuki socialt och ekonomiskt stöd <input type="checkbox"/> 32 työvoiman palvelukeskus- toiminta verksamheten vid centralen för arbetskrafts- service <input checked="" type="checkbox"/> 33 sosiaalinen kuntoutus social rehabil- itering <input checked="" type="checkbox"/> 34 vammaistyö handikapp- service <input type="checkbox"/> 35 ruotsinkieliset sosiaalipalvelut svensk socialservice	<input type="checkbox"/> 41 sosiaali- ja lähiyö socialt arbete och närarbete <input type="checkbox"/> 42 vanhainkoti- ja palveluasumi- nen boende på äldringshem och servicehus <input type="checkbox"/> 43 päivätoiminta dagverksamhet <input type="checkbox"/> 44 omaishoidon tuki stöd för närstå- endevård <input type="checkbox"/> 45 palvelu- ja virkestyökeskus- toiminta verksamheten på service- och rekreations- centraler	<input type="checkbox"/> päätöksenteko, suunnittelu, valmistelu, viestintä, tietohuolto, koulutus, neuvonta, hallinto- ja tukipalvelut, kehittämistoiminta beslutsfattande, planering, beredning, kommunikation, informationsför- sörjning utbildning, rådgivning, förvaltnings- och stödfunktioner utvecklings- verksamhet
	6. Muu kohdealue mikä: Annat objekt <input type="checkbox"/> 61 vilket:					
	Tutkimuksen nimi ja aihe (lyhyt kuvaus) Undersökningens namn och ämne (kort beskrivning)	Nopean alkukartoituksen ASTA-lomakkeisto				
	<input checked="" type="checkbox"/> Liitteenä tutkimussuunnitelma Forskningsplanen bifogas					
	Tutkimussuunnitelman hyväksymispäivämäärä oppi-/ tutkimuslaitoksessa Datum då forskningsplanen godkännts på läro-/ forskningsanstalten	1.3.2012				



<p>3 TUTKIMUS (jatkuu)</p> <p>UNDER- SÖKNINGEN (forts.)</p>	<p>Tutkimuksen taso/laatu Undersökningens nivå/kvalitet</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Väitöskirja Doktorsavhandling</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Lisensiaattitutkimus Licentiatavhandling</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Pro gradu</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Kandidaatin tutkielma Kandidatsavhandling</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Ylempi AMK Högre YHS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 6 AMK YHS</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Muu, mikä Annan, vilken</p> <p>Pääasiallinen tutkimustapa/-menetelmä (rastita yksi vaihtoehto) Huvudsaklig undersökningsmetod (kryssa för ett alternativ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Kysely Enkät</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Haastattelut Intervjuer</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Asiakirja-/tilastoanalyysi Dokument-/statistikanalys</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Koeselätelmä Provinstallation</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Havainnointi Observation</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Muu, mikä Annan, vilken</p> <p>Aineiston suunniteltu keruu-aika Tidsperiod för insamling av undersökningsmaterial</p> <p>Alkaa Börjar</p> <p>Päättyy Upphör</p> <p>15.3.2012</p> <p>1.5.2012</p> <p>Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika Uppskattad tidpunkt då undersökningen antas bli färdig</p> <p>Päivämäärä Datum</p> <p>10.5.2012</p>
<p>4 TUTKIMUS- SUUNNITELM AN JULKISUUS FORSKNINGS- PLANENS OFFENT- LIGHET</p>	<p><input type="checkbox"/> Annan sosiaalivirastolle luvan antaa tutkimussuunnitelmaani koskevia tietoja ulkopuolisille. Jag ger socialverket tillstånd att lämna ut uppgifter om min forskningsplan till utomstående.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelmaani ei saa antaa tietoja ulkopuolisille. Uppgifter om min forskningsplan får inte lämnas ut till utomstående.</p>
<p>5 ASIAKIRJA- TIEDOT, JOIHIN TÄSSÄ HAKEMUK- SESSA HAETAAN LUPAA</p> <p>DOKUMENT- UPPGIFTER FÖR VILKA TILLSTAND ANSÖKS</p>	<p>Tarvittavat sosiaalihuollon salassapidettävät asiakirjatiedot, mitä tietoja ja mistä Önskade sekretessbelagda uppgifter ur socialvårdens dokument, vilka uppgifter och varifrån</p> <p>Arvio sosiaalivirastolle aiheutuvista ylimääräisistä kustannuksista (Aineiston hankkiminen, tietojen poiminta asiakastietorekisteristä tms.) Bedömning om de extra kostnader som åsamkas socialverket (Anskaffning av undersökningsmaterial, plockning av data från klientdataregistret, o.d.)</p> <p>-</p>
<p>6 KÄYTTÖ- OIKEUDET ÅTKOMST- RÄTTIGHETER</p>	<p>Onko haettu tai haetaanko tutkimusta varten käyttöoikeutta sosiaaliviraston tietojärjestelmään? Har den sökande ansökt eller tänker han ansöka om åtkomsträttigheter till socialverkets datasystem för undersökningen?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Ei Nej</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Kyllä Ja</p> <p>Mihin järjestelmään ja mille ajalle? Till vilket system och för vilken tidsperiod?</p>
<p>7 MUUT TUTKIMUK- SESSA KÄYTET- TÄVÄT TIEDOT JA SUOSTUMUS ÖVRIGA UPPGIFTER SOM ANVÄNDS I UNDERSÖK- NINGEN OCH SAMTYCKE</p>	<p>Muut asiakirjatiedot, mitkä, mistä ja millaisin luvin Övriga dokumentuppgifter, vilka, varifrån och med vilka tillstånd</p> <p>Muut tiedot (esim. tutkittavilta haastatteilu/kyselyin saatavat tiedot, näytteet yms.) Andra uppgifter (t.ex. uppgifter som erhållits genom intervjuer av de undersökta, prover mm.)</p> <p><input type="checkbox"/> Liitteenä mallit yhteydenotto- ja informointikirjeistä ja suostumusasiakirjoista Modeller av kontakt- och informationsbrev samt dokument om samtycke bifogas</p>



<p>8 TUTKIMUSREKISTERIN TIETOTYYPI (liitteenä esim. luonnos henkilötietolain perusteella laadittavasta rekisteriselosteesta)</p> <p>TYPER AV DATA I UNDERSÖKNINGS- REGISTRET (ett utkast av den registerbeskrivning som bör göras enligt personuppgiftslagen bifogas)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistetietoja. Ei synny rekisteriä. <i>Undersökningen innehåller inte uppgifter som personer kan identifieras av. Register uppstår inte.</i></p> <p><input type="checkbox"/> 2 Tutkimusrekisteriin kerättävät tunnistetieto- ja yksilöintitiedot eriteltyinä (myös esim. kuva- tai videomateriaali, joista henkilö on tunnistettavissa, edellyttää tutkimusrekisteriä) <i>Specifisering över individuella personuppgifter man har för avsikt att samla upp i ett undersökningsregister (även t. ex. bild- och videomaterial, ur vilka personer kan identifieras, kräver ett undersökningsregister)</i></p>
---	---

<p>9 TUTKIMUS- AINEISTON SUOJAUS LUVATONTA KÄSITTELYÄ VASTAAN</p> <p>SKYDD AV UNDERSÖK- NING- MATERIALET MOT OLOVLIG BEHANDLING</p>	<p>Tunnistetietojen käyttö tutkimuksessa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistetietoja. <i>Undersökningsmaterialet innehåller inte identifieringsuppgifter.</i></p> <p><input type="checkbox"/> 2 Tunnistetiedot poistetaan ennen analyysivaihetta. <i>Identifieringsuppgifterna avlägsnas före analyskedet.</i></p> <p><input type="checkbox"/> 3 Analyysi tehdään tunnistetiedoin. Perustelu tunnistetietojen säilyttämiseksi aineistossa: <i>Analysen görs med identifieringsuppgifter. Motivering till att identifieringsuppgifterna bevaras i materialet:</i></p> <p>Jos analyysi tehdään tunnistetiedoin, miten aineiston suojaus on järjestetty? <i>Om analysen görs med identifieringsuppgifter, hur har dataskyddet av materialet ordnats?</i></p> <p>Atk:lla käsiteltävän aineiston suojaustapa <i>Skyddsförfarande av materialet som behandlas med adb</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 käyttäjätunnus <input type="checkbox"/> 2 salasana <input type="checkbox"/> 3 käytön rekisteröinti <input type="checkbox"/> 4 kulun valvonta <input type="checkbox"/> 5 muu <i>användarkod lösenord användarregistrering passerkontroll övrigt skydd</i></p> <p>Kuivatkaa muu suojaustapa tarkemmin eri käsittelyvaiheiden osalta. <i>Beskriv det övriga skyddsförfarandet i detalj i olika skeden av behandlingen av data.</i></p> <p>Kuka vastaa rekisterinpidosta ja sen laillisuudesta (henkilön nimi)? <i>Vem ansvarar för registerföring och dess laglighet (personens namn)?</i></p>
---	--

<p>10 TUTKIMUS- AINEISTON HAVITTÄ- MINEN/ ARKISTOINTI</p> <p>FÖRSTÖ- RING/ ARKIVERING AV UNDERSÖK- NING- MATERIALET</p>	<p>Tutkimusaineiston hävittäminen tai arkistointi tutkimuksen päätyttyä <i>Förstöring eller arkivering av undersökningsmaterialet efter undersökningen</i></p> <p>10.1 Tutkimuksen henkilörekisteri hävitetään tutkimuksen päätyttyä: <i>Personregistret förstörs efter undersökningen:</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Tutkimusaineisto ja tunnistetiedot hävitetään kokonaisuudessaan, miten ja milloin? <i>Undersökningsmaterialet och identifieringsuppgifterna förstörs, hur och när?</i> <i>lissat my</i></p> <p><input type="checkbox"/> 2 Tutkimusaineisto säilytetään ilman tunnistetietoja, tunnistetietojen hävittämistapa? <i>Undersökningsmaterialet förvaras utan identifieringsuppgifter, identifieringsuppgifterna förstörs, hur och när?</i> <i>Kuvaja)</i></p> <p>10.2 tai tutkimusaineisto arkistoidaan tunnistetiedoin tutkimuksen päätyttyä: <i>eller undersökningsmaterialet arkiveras med identifieringsuppgifter efter undersökningen:</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Arkistolaissa tarkoitettuna viranomaisen aineistona arkistolain säännösten nojalla arkistonmuodostussuunnitelman mukaisesti, mihin? <i>Enligt arkiveringsplanen som myndighetsmaterial med stöd av stadagandena i arkivlagen, var?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 2 Aineiston arkistointiin haetaan Kansallisarkiston lupa ilman tunnistetietoja. <i>För arkivering av materialet utan identifieringsuppgifter anhålls tillstånd hos Nationalarkivet.</i></p>
---	--



<p>11 TUTKIMUKSEN EETTINEN ARVIOINTI</p> <p>ETISK BEDÖMNING AV UNDER- SÖKNINGEN</p>	<p>Miten eettiset näkökohdat on otettu huomioon tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa? Hur har de etiska aspekterna beaktats i planeringen av undersökningen och dess genomförande?</p>		
<p>12 SITOU- MUKSET JA ALLEKIRJOI- TUKSET</p> <p>(Sitoumuksen allekirjoittavat kaikki ne henkilöt, jotka tutkimusta tehtaessä käsittelevät salassa pidettäviä tietoja)</p> <p>FORBINDEL- SER OCH UNDER- TECKNINGAR</p> <p>(Förbindelsen undertecknas av alla som under förloppet av undersök- ningen behandlar sekretess- belagda uppgifter)</p>	<p>Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus enkä luovuta saamiani henkilötietoja sivulliselle.</p> <p>Luovutan valmiista tutkimusraportista yhden kappaleen korvauksetta sosiaaliviraston tietopalveluun, osoite: PL 7010, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI.</p>	<p>Jag förbinder mig till att inte använda de uppgifter jag erhållit till förfång eller i nedsättande syfte för klienten eller hans/hennes närmaste eller i avsikt att kränka sådana intressen som sekretessplikten är avsedd att skydda. Jag överläter inte heller personuppgifter jag erhållit till utomstående.</p> <p>Jag överläter ett exemplar av den färdiga forskningsrapporten utan ersättning till socialverkets informationstjänst, PB 7010, 00099 HELSINGFORS STAD</p>	
<p>Paikka ja päivämäärä Ort och datum 11.4.12 Helsinki</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvitys Underskrift och namnförtydligande 11.4.2012 Jamila Ruuskanen</p>	<p>Henkilötunnus Personbeteckning 210186-256T</p>	
<p>Paikka ja päivämäärä Ort och datum 11.4.2012</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvitys Underskrift och namnförtydligande Sanna Kuusisto</p>	<p>Henkilötunnus Personbeteckning 110987-188V</p>	
<p>Paikka ja päivämäärä Ort och datum 11.4.2012</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvitys Underskrift och namnförtydligande Kaisu Karivainio</p>	<p>Henkilötunnus Personbeteckning 270386-1606</p>	
<p>Paikka ja päivämäärä Ort och datum 11.4.2012</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvitys Underskrift och namnförtydligande Anna Jalonen</p>	<p>Henkilötunnus Personbeteckning 150389-086N</p>	
<p>Paikka ja päivämäärä Ort och datum</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvitys Underskrift och namnförtydligande</p>	<p>Henkilötunnus Personbeteckning</p>	
<p>Osoite johon päätös lähetetään Adress till vilken beslutet skall sändas</p>			
<p>13 LAUSUNTO TUTKIMUK- SESTA JA HAKEMUKSEN TEKNINEN TARKISTA- MINEN</p> <p>UTLÅTANDE OM UNDER- SÖKNINGEN OCH TEKNISK GRANSKNING AV ANSÖKAN</p>	<p>Lausunto/ Vastuualue 1 Utlåtande / Ansvarsområde 1 Hakemus on teknisesti tarkastettu ja hyväksytty.</p>		
<p>Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvitys, puhelinnumero Datum, underskrift / namnförtydligande, telefon 30.5.2012 Anne Kuusisto Anne Kuusisto</p>	<p>Lausunto/ Vastuualue 2 Utlåtande / Ansvarsområde 2</p>		
<p>Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvitys, puhelinnumero Datum, underskrift / namnförtydligande, telefon</p>			



Helsingin kaupunki
Sosiaalivirasto

Helsingfors stad
Socialverket

TUTKIMUSLUPA-
HAKEMUS

ANSÖKAN OM
FORSKNINGS-
TILLSTÄND

5

13 jatkuu fortsätter	Lausunto/ Vastuualue 3 <i>Utlåtande / Ansvarsområde 3</i>		
	Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvennys, puhelinnumero <i>Datum, underskrift / namnförtydligande, telefon</i>		
	Lausunto/ Vastuualue 4 <i>Utlåtande / Ansvarsområde 4</i>		
	Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvennys, puhelinnumero <i>Datum, underskrift / namnförtydligande, telefon</i>		
	Lausunto/ Vastuualue 5 <i>Utlåtande / Ansvarsområde 5</i>		
	Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvennys, puhelinnumero <i>Datum, underskrift / namnförtydligande, telefon</i>		
14 YHTEYS- HENKILÖ(T) SOSIAALI- VIRASTOSSA KONTAKT- PERSON(ER) PÅ SOCIAL- VERKET	Nimi <i>Namn</i>	Virka-asema <i>Tjänsteställning</i>	Puhelin <i>Telefon</i>
	Kati Heinonen, Roihuvuoren palvelutalon		
	Nimi <i>Namn</i>	Virka-asema <i>Tjänsteställning</i>	Puhelin <i>Telefon</i>
johtaja, puh. 09 310 46782			
Nimi <i>Namn</i>	Virka-asema <i>Tjänsteställning</i>	Puhelin <i>Telefon</i>	



15 PÄÄTÖS BESLUT	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Tutkimuslupa myönnetään esitetyssä muodossa. Forskningsstillstånd beviljas enligt framställningen. <input type="checkbox"/> 2 Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin: Forskningsstillstånd beviljas på följande villkor: <input type="checkbox"/> 3 Lupa tietojen saantiin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä myönnetään sosiaaliviraston tutkimuksen yhteyshenkilön kanssa erikseen sovitussa laajuudessa. Käyttöoikeudet yksilöidään erikseen lomakkeella "Käyttöoikeus ja vaitiolositoumus" <i>Tillstånd att erhålla data ur sekretessbelagda dokument och personregister beviljas i den omfattning man separat avtalat om med undersökningens kontaktperson på socialverket. Åtkomsträttigheterna specificeras skilt på blanketten "Käyttöoikeus ja vaitiolositoumus"</i> <input type="checkbox"/> 4 Tutkimuslupahakemus hylätään, perustelut: Ansökan om forskningsstillstånd avslås med följande motiveringar:
16 PÄÄTÖKSEN- TEKIJÄ BESLUTS- FATTARE	Paätospäivämäärä Beslutsdatum <i>1.6.2012</i> Paätöksentekjän allekirjoitus, sen selvennys ja virka-asema Betsotsfattarens underskrift, namnförtydligande och tjänsteställning <i>Helena Hultahonon, Aikuisuuspalvelujohtaja</i>
17 PÄÄTÖKSEN JAKELU DISTRIBUTIO N AV BESLUTET	<input checked="" type="checkbox"/> Hakijalle <input checked="" type="checkbox"/> Yhteyshenkilölle <input checked="" type="checkbox"/> Kehittämispalveluun <input checked="" type="checkbox"/> Muualle, mihin/kenelle Till den Till kontakt- Till utvecklingsservicen Till övriga, vem sökande personen <i>Anne Kuvaja</i>
18 LIITTEET BILAGOR	<i>Tutkimussuunnitelma; ASIA-arviointilomakkeista suostumus tutkimukseen; sähköpostikielien- vaihto Kuvaja - Ruuskanen tutkimus- luvan täydennyksistä</i>