



## Yhteistoiminnallinen kehittäminen ikääntyneiden kuntoutuksessa

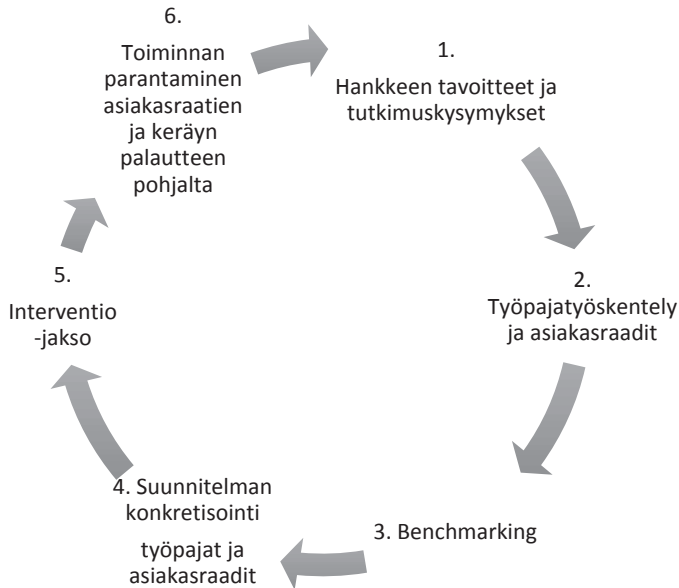
Anne Rahikka

Tulevina vuosikymmeninä Suomen väestörakenne tulee muuttumaan väestön ikääntyessä. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on ennusteiden mukaan vuonna 2020 noin 26 prosenttia, ja vuoteen 2030 mennessä sen ennustetaan nousevan 29 prosenttiin (SVT 2015). Toisaalta elinajanodote on noussut, ja ihmiset ovat entistä terveempiä ja pidempään hyväkuntoisia. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista todetaan, että lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista (Finlex 980/2012). Nykyisessä hallitusohjelmassa keskeiseksi tavoitteeksi on asetettu kotona asumisen mahdollistaminen ja ikääntyneiden kotihoidon kehittäminen (Ratkaisujen Suomi 2015). Edellä mainittujen tekijöiden johdosta vanhuspalvelujen ja vaikuttavien ikääntyneiden kuntoutuspalveluiden tarve tulee lisääntymään. Nykymuotoisella hyvinvointi- ja terveyspalvelujen tuotannolla ei kuitenkaan kyetä vastaamaan riittävästi nykyisiin eikä myöskään tulevaisuuden tarpeisiin laadun, vaikuttavuuden eikä asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Tämän johdosta tarvitaan uusia asiakaslähtöisiä toimintamalleja, joissa palvelut, toimintatavat ja toimintaympäristö sekä uusi teknologia integroituvat yhteen, jotta ne vastaavat parhaalla mahdollisella tavalla ikääntyneiden tarpeisiin.

Viisautta vanhuuden kodissa

Viisautta vanhuuden kodissa -hanke (2014–2016) oli Wilhelmiina Palvelut Oy:n ja Miina Sillanpään Säätiön yhteishanke. Sen yhteistyökumppaneina olivat Helsingin kaupunki ja Sipoon kunta. Tässä kirjoituksessa käsitellään vain Helsingissä toteutettua osuutta. Kyseessä oli tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena oli kehittää asiakasta osallistavia sekä toimintakykyä ja itsenäistä elämää tukevia palveluratkaisuja. Hankkeen rahoittajana toimi Tekesin Fiksu kaupunki -ohjelma. Hankkeessa projektihallinnasta vastasi Nordic Healthcare Group ja tutkimusosuudesta Miina Sillanpään Säätiö.

Tutkimuksellisenä intressinä oli tuottaa tietoa intervention aikana tapahtuvista toimintakyvyn muutoksista sekä tutkia ja edistää asiakasosallisuutta kehittämistoiminnassa. Sekä hanke että tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksen viitekehyksessä, jossa keskeisenä tavoitteena oli saada aikaan muutos tutkittavassa kohteessa (Kuula 1999). Tutkittava kohde viittaa tässä yhteydessä kotihoidon asiakkaiden toimintakykyyn, mutta myös välillisesti kotihoidon toimintakäytäntöihin. Toimintatutkimus sijoittuu tutkimuksen ja kehittämisen rajapinnalle, jossa tutkimuksellisuus ja konkreettinen kehittäminen ovat samanaikaisesti läsnä (McIntyre 2008).



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen kehä hankkeessa.

Hanke ja siihen nivoutuva tutkimus etenivät vaiheittain, joista ensimmäisessä tarkennettiin hankkeen tavoitteita ja tutkimuskysymyksiä. Seuraavassa vaiheessa työskentely jatkui yhteistoiminnallisena kehittämisenä asiakasraadissa sekä projekti- ja ohjausryhmissä. Kaikkien ryhmien työskentely toteutettiin osallistavia työskentelymenetelmiä hyödyntäen. Samanaikaisesti toteutettiin toimintaympäristön benchmarking, joka sisälsi sekä kansallisten että kansainvälisten kuntoutusmallien vertailun.

Toiminnan organisoinnin lähtökohtana oli asiakasraadeissa tapahtuva asiakasymmärryksen kerryttäminen (ks. Virtanen ym. 2011). Interventiota työstettiin edelleen projektiryhmän kokouksissa sekä asiakasraadissa, jonka jälkeen vuorossa oli kuuden kuukauden pituinen interventiojakso. Intervention aikana kerätty palautetieto mahdollisti toiminnan analysoinnin ja reflektion. Toimintatutkimuksen logiikan mukaisesti seuraavana vuorossa olisi ollut uusi tutkimuksellinen kehä edellä mainittuine vaiheineen. Tämä ei kuitenkaan ol-

lut mahdollista hankkeen keston puitteissa. On todettava, että uusi vaiheistettu kehä olisi mahdollistanut tehokkaamman ja syvällisemmän toiminnan kehittämisen.

Hankkeen tutkimusosuus oli monimene- telmällinen, jossa hyödynnettiin sekä määrällisiä että laadullisia tutkimusmenetelmiä (esim. Seppänen-Järvelä, Aalto, Juvonen-Posti, Laaksonen & Tuusa 2015). Interventiolla kuntoutus rajautui fyysisen toimintakyvyn edistämiseen, mikä perustui hankkeen käytössä olleisiin resursseihin. Lisäksi toimintaa ohjasi näkemys siitä, että hyvä fyysinen toimintakyky ylläpitää ja edistää ikääntyvän väestön terveyttä sekä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa (Suominen & Era 2013). Oletuksena oli, että fyysisen toimintakyvyn avulla voidaan vaikuttaa myös muihin hyvinvoinnin osa-alueisiin.

Hankkeeseen osallistuneet ikääntyneet jatkoutuivat kahteen ryhmään: kotihoidon säännöllisiin asiakkaisiin sekä kotihoidon piirissä oleviin tukipalveluasiakkaisiin. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat olivat kotihoidon pitkäkestoisia asiakkaita, jotka saivat vähin-

tään kerran viikossa kotihoidon palvelua. Tukipalveluasiakkailla oli esimerkiksi turva-puhelin tai he olivat ateriapalvelun käyttäjiä, mutta he eivät kuitenkaan olleet säännöllisen kotihoidon piirissä. Hankkeen interventioon osallistui 22 säännöllisen kotihoidon asiakasta. Sen aloitti 26 asiakasta, ja pääasiallinen syy intervention keskeytymiselle oli sairaalajaksoille siirtyminen. Tukipalveluasiakkaista intervention aloitti 22 asiakasta, joista kaksi keskeytti sen. Heidän osaltaan pääasiallinen syy keskeytyksille oli osallistujien voimien uupuminen. Helsingin kaupungin kotihoito rekrytoi interventioon osallistuneet asiakkaat sekä kaupungin fysioterapeutti ja kotihoidon vastuuhoitaja toteuttivat säännöllisen kotihoidon asiakkaiden alku- ja loppumittaukset. Tukipalveluasiakkaiden mittauksista vastasivat Wilhelmiinan fysioterapeutti ja hankkeessa mukana ollut hoitaja. Mittaukset tehtiin 12 viikon interventiojakson alussa ja lopussa.

Tutkimuksessa saadut määrälliset tulokset perustuvat intervention aikana kerättyihin mittaritietoihin, osallistujille suunnattuihin palautekselyihin (n=30) sekä aktiivisuusrannekkeiden tuottamiin tietoihin. Mittaritietoa kerättiin ikääntyneiden fyysisestä toimintakyvystä, kivun tuntemuksesta ja elämänlaadusta ennen interventiota ja heti sen päättymisen jälkeen.

Fyysisen toimintakyvyn mittarina oli Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö SPPB (Short Physical Performance Battery), joka on Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämästä Toimia-tietokannasta valittu laajalti käytetty fyysisen suorituskyvyn mittari ikääntyneille. (Toimia-tietokanta 2016.) Kivun mittaamiseen käytettiin VAS-kipumittaria (Visual Analog Scale), jossa asiakas arvioi kivun tasoa janalla, jonka ääripäinä ovat ”ei kipua” ja ”sietämätön kipu”. VAS on subjektiivinen mittari, jossa pyydetään kuvaamaan sen hetkistä kivun tuntemusta ja tarkentamaan missä kipu tuntuu (To-Mi Toimintakyvyn mittarit 2015). Elämänlaadun mittarina oli EuroHIS-8-elämänlaatumittari, joka on lyhennetty versio WHOQOL-BREF-mittarista. EuroHIS-8 on

tarkoitettu nopeaksi ja helppokäyttöiseksi menetelmäksi väestön elämänlaadun arviointiin ja seurantaan. (Toimia-tietokanta 2016.)

Interventiossa hyödynnettiin lisäksi aktiivisuusrannekeita päivittäisen aktiivisuuden seurannassa. Aktiivisuusrannekkeiden käytön tavoitteena oli seurata ja kerätä tietoa osallistujien aktiivisuustason kehityksestä. Tämän ohella haluttiin testata aktiivisuusrannekkeiden toimivuutta ja niiden motivoivaa merkitystä fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Aktiivisuusrannekkeiden käytön teknisenä vaatimuksena oli päivittäisen aktiivisuuden mittaaminen. Rannekkeiden käytön tuli olla käyttäjäystävällistä, eikä siitä saanut koitua ylimääräistä vaivaa osallistujille. Koska ranneketieto perustui liiketunnistimeen, ei ranneke tunnistanut parhaalla mahdollisella tavalla liikkumista silloin, kun käsi pysyi paikallaan. Tämä vaikutti osaltaan siihen, että rollaattoria käyttävien asiakkaiden rannekkeisiin kertynyt askelmäärä oli pienempi suhteessa niihin asiakkaisiin, jotka eivät käyttäneet rollaattoria.

Tutkimuksen laadullinen aineisto koostui neljän asiakasraadin muistiinpanoista. Laadullisten tutkimusmenetelmien osalta tutkimusintressinä oli hermeneuttisen ja kokemuksellisen tiedon saaminen ja sen avulla tapahtuva toiminnan ymmärtäminen ja kehittäminen. Lisäksi tavoitteena oli ikääntyneiden osallistaminen kehittämistyöhön. Asiakasosalisuudessa on kyse siitä, että palvelujen käyttäjät otetaan mukaan suunnittelemaan palvelujen järjestämistapaa (Leemann ja Hämäläinen 2016). Tutkimuskontekstissa osallisuus tuotti tietoa ikääntyneiden tarpeista, kokemuksista ja käsityksistä. Tapaamisia järjestettiin vuoden 2015 aikana 4 kertaa ja osallistujia asiakasraadeissa oli yhteensä 15 henkilöä. Syksyllä 2015 järjestetyssä kahdessa viimeisessä asiakasraadissa palautetta kerättiin European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People (WeDO 2016) laadunkehittämisohjelman periaatteiden pohjalta.

## Ikääntyneiden kuntoutus ja arjen aktiivisuus

Intervention alkaessa tukipalveluasiakkaiden ikä vaihteli 65- ja yli 90-ikävuoden välillä, iän painottuessa ikäluokkiin 80–84 ja 85–89. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat olivat tukipalveluasiakkaita iäkkäämpiä, ja heidän osaltaan ikäjakauma painottui tukipalveluasiakkaita enemmän 85–89- ja yli 90-vuotiaisiin. Intervention osallistuneista enemmistö oli naisia.

Kaikille osallistujille laadittiin 12 viikon liikuntasuunnitelma, joka koostui liikunta-harjoituksista. Säännöllisen kotihoidon asiakkaille, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, siirtyminen liikuntaryhmiin ei ollut mahdollista, jolloin heidän kuntoutuksensa jäi kotona tehtävien liikuntaharjoitusten varaan. Liikuntasuunnitelman noudattaminen oli heidän vastuullaan, johon he saivat tukea omalta vastuuhoidajaltaan. Tukipalveluasiakkaat osallistuivat lisäksi ryhmätoimintaan pääsääntöisesti yksi tai kaksi kertaa viikossa.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden fyysinen toimintakyky parani SPPB-mittarilla mitattuna yhdeksän prosenttia (n=21) kolmen kuukauden aikana. Tukipalveluasiakkaiden osalta fyysisen suorituskyvyn tulokset paraniivat SPPB-mittarilla mitattuna 16 prosenttia (n=20). Sekä säännöllisen kotihoidon että tukipalvelujen asiakkaat kokivat elämänlaatunsa parantuneen kolmen kuukauden intervention aikana. Alkumittauksissa kotihoidon asiakkaat pitivät elämänlaatuaan hieman parempana tukipalveluasiakkaisiin nähden. Tilanne kuitenkin kääntyi intervention aikana päinvastaiseksi, eli loppumittauksen yhteydessä tukipalveluasiakkaat kokivat elämänlaatunsa kotihoidon asiakkaita paremmaksi. Asiakkailla, jotka eivät osallistuneet ryhmämuotoiseen kuntoutukseen, elämänlaatu parani EuroHIS-8-mittarin perusteella noin 2 prosenttia alkumittauksista. Tukipalveluasiakkaiden kohdalla elämänlaatu parani enemmän eli 9 prosentin verran.

Kivun tuntemuksia mitattiin VAS-kipumittarilla eli asiakkaan subjektiivisella kivun kokemuksella asteikolla nolasta neljään. Kipumittarin tuottamissa tuloksissa tyypillisiä mainintoja saivat sekä selkä että polvet. Koska kyseessä oli subjektiivinen kuvaus koetusta kivusta, saattoi kivun syy olla samalla asiakkaalla eri sekä alku- että loppumittauksessa. Kipumittarin osalta interventio ei tuottanut merkittäviä muutoksia kivun tuntemuksessa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osalta kivuntuntemus lisääntyi hieman intervention aikana. Wilhelmiinan ryhmissä käyneillä asiakkailla kivun tuntemus sen sijaan laski hieman.

Kaikilta interventioon osallistuneilta asiakkailta kerättiin asiakaspalautte intervention päättymisen jälkeen. Tukipalveluasiakkaista (n=19) kaikki pitivät liikuntasuunnitelmaansa mielekkäänä ja interventiota sopivan pituisenä, lukuun ottamatta niitä viittä vastaajaa, jotka olisivat toivoneet pidempää kuntoutusjaksoa. Avoimissa vastauksissa esille nousseita henkilökohtaisia positiivisia vaikutuksia olivat tasapainon kehittyminen, yleiskunnon ja jaksamisen paraneminen sekä nopeutunut kävelyvauhti. Eräs vastaaja kiitti mahdollisuudesta osallistua hankkeeseen, koska ”se auttoi häntä heräämään pysähtyneestä masentuneisuudesta”.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista palautekyselyyn vastasi 11 osallistujaa. Vastaajista kuusi piti kuntoutusjakson pituutta sopivana ja kolme liian pitkänä. Seitsemän vastaajaa koki, että liikuntasuunnitelma ei ollut sopiva tai mielekäs. Syinä sopimattomuuteen mainittiin, että ”en muistanut tai jaksanut”. Vastauksissa oli viittauksia muistisairauteen, mikä omalta osaltaan selittää sitä, miksi harjoitteiden tekeminen unohtui. Kotihoidon asiakkailla heikentynyt kognitiivinen toimintakyky vaikutti oma-toimiseen harjoitteluun, ja myös sairaalajaksoit sotkivat joidenkin henkilöiden osallistumista.

Intervention osallistuneet käyttivät aktiivisuusrannekkeita koko intervention ajan. Rannekkeiden tuottama tieto kertoi, että säännöllisen kotihoidon asiakkaat (n=22) liikkuivat

pilottijakson aikana keskimäärin 1300 askelta niinä päivinä, kun heillä oli aktiivisuusranneke kädessään. Lähes kaikilla asiakkaila oli päiviä, jolloin ranneke ei kerännyt lainkaan tietoja. Tähän saattoivat vaikuttaa se, että asiakkaalla ei joko ollut ranneketta kädessään tai sen synkronointi oli epäonnistunut. Nämä ns. nollapäivät poistettiin ja ne eivät vaikuttaneet askelmäärien keskiarvoihin. Väestötasolla aktiivisuussuositus on vähintään 10 000 askelta päivässä. Suositusta ei voida kuitenkaan soveltaa ikääntyneisiin. Intervention aikana rollaattoria käyttäneet henkilöt liikkuvat tyypillisesti noin 300–400 askelta päivässä. Kuten aikaisemmin todettiin, eivät aktiivisuusrannekkeet tuottaneet tarkkaa tietoa rollaattoria käyttävien henkilöiden aktiivisuudesta. Kuitenkin aktiivisuuden seuranta osoitti, että myös rollaattoria käyttävien asiakkaiden oli mahdollista nostaa päivittäinen aktiivisuustasonsa jopa noin 2000 askeleeseen niinä päivinä, kun heillä oli ohjattua liikuntaa tai päivätoimintaa. Aktiivisimmat säännöllisen kotihoidon asiakkaat ( $n=2$ ) liikkuvat keskimäärin noin 4000 askelta päivässä. Seitsemän asiakasta liikkui 1000–3500 askelta päivässä ja valtaosa alle 1000 askelta päivässä. Mediaani askelmäärä oli noin 800 askelta päivässä.

Tukipalveluasiakkaiden ( $n=18$ ) askelmäärä oli keskimäärin 2500 askelta. Yksi asiakas liikkui keskimäärin 10 000 askelta päivässä ja toinen 7000 askelta, joita voidaan pitää ikääntyneille erinomaisina askelmäärinä. Valtaosa asiakkaista liikkui noin 1000–5000 askelta. Neljä asiakasta liikkui alle 1000 askelta päivässä. He olivat pääasiassa rollaattoria käyttäviä henkilöitä. Tukipalveluasiakkaiden osalta askelmäärän mediaani oli noin 2000 askelta. Asiakkaiden askelmäärissä oli kohtuullisen suuria päivittäisiä eroja. Seurannan aikana huomattiin, että ikääntyneiden on mahdollista nostaa aktiivisuustasoaan päivittäisen aktiivisen toiminnan avulla.

Säännöllisen kotihoidon ja tukipalveluasiakkaiden välillä oli selkeä ero aktiivisuu-

deda. Ryhmien välinen ero selittyi fyysisen toimintakyvyn lähtötason eroilla ja sillä, että tukipalveluasiakkaiden liikuntasuunnitelmaan sisältyi ohjattuja ryhmätoimintaa, joka kerrytti heidän päivittäistä aktiivisuuttaan. Aktiivisuusrannekeiden motivoiva merkitys aktiivisuuden lisääjänä toteutui vaihtelevasti. Osa ikääntyneistä ei ollut kiinnostunut seuraamaan päivittäistä aktiivisuuttaan, mutta joukossa oli myös niitä, jotka seurasivat aktiivisesti päivittäisiä askelmääriään. Interventiossa mukana olleista kahdesta asiakasryhmästä erityisesti tukipalveluasiakkaat hyötyivät aktiivisuusrannekeista.

Asiakasraateihin osallistuneet toivoivat parempaa palvelujen koordinoitua yksityisten ja julkisten palveluiden välillä. Kertyneiden kokemusten perusteella yksityisten ja julkisten palveluiden yhteensovittamisessa oli ollut haasteita ja vastuut eivät olleet selkeitä eri toimijoiden välillä. Tulevaisuuden palvelutarpeena esitettiin toive palveluohjauksesta ”yhden luukun” -periaatteella. Nykyinen palvelujärjestelmä näyttöytyi ikääntyneille monimutkaisena ja heille oli epäselvää, mistä ja miten he saisivat tietoa palveluista ja vapaaehtoistoiminnasta. Yksinäisyys nousi esille asiakasraatilaisten keskusteluissa. Toimintakyvyn ylläpitämistä pidettiin tärkeänä ja haluttiin käydä itse kaupassa sen sijaan, että kauppaostoksista huolehtii joku muu. Kun kaupassa käynti ei enää itsenäisesti onnistu, tarvittiin asiointiapua. Kuntoutuksessa pidettiin tärkeänä yksilöllisesti räätälöityä suunnitelmaa, joka nivoutuu osaksi omaa arkea. Raatilaisten oli tärkeää, että yksilöllinen kuntoutussuunnitelma sisältää tukea ja ohjausta, joka mahdollistaa omien rajojen turvallisen koettelun.

### Mitä opimme?

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluita koskevan lainsäädännön tavoitteena on kotona asumisen tukeminen (Finlex 980/2012). David Clapham (2005) on todennut, että asuinstutkimuksessa on vallalla dikotominen

puhetapa, jossa puhutaan joko aktiivisista ja hyväkuntoisista senioreista tai huonokuntoisista vanhuksista. Claphamin (emt.) mukaan ikääntyneitä ei voida tarkastella yhtenäisenä väestöryhmänä, vaan tulee huomioida yhteiskunnassa tapahtuneen yksilöllistymiskehityksen tuottamat monimuotoiset elämäntavat, jotka vaikuttavat vanhuuteen. Monimuotoinen vanhuus ja ikääntyneiden erilaiset tarpeet tulivat esille myös tässä tutkimuksessa.

Kehittämishankkeen tutkimuksellisenä intressinä oli tuottaa tietoa kotihoidonasiakkaiden kuntoutusjakson aikana tapahtuneista toimintakyvyn muutoksista sekä tutkia ja edistää asiakasosallisuutta. Tulokset osoittavat, että ikääntyneiden on mahdollista parantaa fyysistä toimintakykyään ja elämänlaatuaan erityisesti ohjatun sekä ryhmämuotoisen kuntoutuksen avulla. Tulokset osoittavat, että huonokuntoiset kotihoidon asiakkaat tarvitsevat runsaasti ohjausta ja tukea. Työntekijöiden rooli kuntoutuksen onnistumisessa ja ikääntyneiden motivoinnissa on ratkaiseva tekijä. Ikääntyneet tarvitsevat omassa toimintaympäristössään tapahtuvaa ammattilaisten tukea ja ohjausta oman motivaationsa ylläpitämiseen. Heidän kanssaan työskenteleviltä ammattilaisilta tämä edellyttää ohjausosaamista ja neuvontataitoja sekä gerontologista osaamista.

Ikääntyneiden kuntoutus on inhimillisesti kannattavaa, ja erityisesti tarvitaan varhaisessa vaiheessa tapahtuvaa ehkäisevää kuntoutusta ikääntyneille, jotka selviävät omatoimisesti arjen toiminnoista, eivätkä ole vielä säännöllisen kotihoidon palvelujen piirissä. Heille liikuntasuunnitelman noudattaminen oli toimintakykyä ylläpitävää, ja sen sivuvaikutuksena myös mieliala pysyi korkealla. Osallistujilta saadun palautteen perusteella ryhmäläisten toisilleen tarjoama voimaannuttava tuki sekä ammattilaisten kannustus ja ohjaus olivat kriittisiä tekijöitä hyvien tulosten saavuttamisessa. Osallistuminen liikuntaryhmiin tarjosi osallis-

tuneille sekä vertaistukea että uusia ystävyys-suhteita. Viikoittaiset liikuntaryhmät toivat vaihtelua arkeen, ja jo pelkästään kotoa lähteminen aktivoi osallistujia. Varhaisessa vaiheessa tapahtuva kuntoutus on taloudellisesti kannattavaa, kun siirtymistä raskaampien palvelujen piiriin voidaan lykätä. Intervention loppumittaukset tehtiin 12 viikon kuntoutusjakson päättyessä, joten johtopäätöksiä intervention pitkäkestoisista vaikutuksista ei kyseisen aiheiston perusteella voida tehdä. Osa tukipalveluasiakkaista oli kiinnostunut jatkamaan liikuntaryhmissä niiden tarjoaman fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja sosiaalinen yhdessäolon takia. Pienituloisille eläkeläisille osallistuminen maksullisiin liikuntaryhmiin ei aina kuitenkaan ole mahdollista.

Osallisuuden näkökulmasta hankkeessa päästiin Shierin (2001) osallisuuden polulle tasolle, jossa ikääntyneiden tarpeet ja mielipiteet huomioitiin intervention suunnittelussa. He olivat suunnittelemassa ja innovoimassa kuntoutusta ja myös osallistuivat intervention testaamiseen sen aikana. Kehittämisen haasteena oli monisuuntaisen ja tasavertaisen dialogin aikaansaaminen eri toimijoiden välille (Anderson, Baxter & Cissna 2004). Käytännössä tämä tarkoitti yksityisen palveluntuottajan, kunnallisen organisaation, yleishyödyllisen säätiön sekä ikääntyneiden osallistumista yhteistoiminnalliseen kehittämiseen. Prosessin aikana asiakkaat tuottivat kokemuksellista tietoa palvelujärjestelmästä sekä kertoivat omista tarpeistaan ja toiveistaan. Ikääntyneiden osallistaminen kehittämisprosessiin osoittautui hyödylliseksi menetelmäksi kehittää ikääntyneiden palveluita, koska viisaus löytyy vanhuuden kodista.

#### *Yhteydenotto:*

Anne Rahikka, VTT, tutkimuspäällikkö  
Miina Sillanpään Säätiö sr  
sähköposti: anne.rahikka@miinasillanpaa.fi



## Kirjallisuus

- Anderson, R., Baxter, L. & Cissna KN. (2004). *Dialogue. Theorizing Difference in Communication Studies*. London: Sage Publications.
- Clapham, D. (2005). *The meaning of housing. A pathways approach*. Bristol: Policy Press.
- Finlex 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä (ns. Vanhuspalvelulaki) 28.12.2012/980. Haettu 10.2.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Kuula, A. (1999). *Toimintatutkimus. Kenttätöytä ja muutospyrkimyksiä*. Tampere: Vastapaino.
- Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. (2016). Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. *Yhteiskuntapolitiikka*, 5, 586–594.
- McIntyre, A. (2008). *Participatory action research. Qualitative Research Methods Series 52*. London: Sage Publications.
- Ratkaisujen Suomi (2015). Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Haettu 21.11.2016 osoitteesta <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>
- Seppänen-Järvelä, R., Aalto, A-M., Juvonen-Posti, P., Laaksonen, M. & Tuusa, M. (2015). *Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139.
- Shier, H. (2001). Pathways to Participation: Openings, Opportunities and Obligations. *Children and Society*, 15, 107–117.
- Suominen, H. & Era, P. (2013). Fyysisen toimintakyvyn ja kehon rakenteen mittaaminen toimintakyvytutkimuksissa. *Gerontologia*, 13, 355–364.
- SVT (2015). Suomen virallinen tilasto. Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. Tilastokeskus 2015. Haettu 21.11.2016 osoitteesta [http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn\\_2015\\_2015-10-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html)
- Toimia-tietokanta (2016). Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. Haettu 21.11.2016 osoitteesta <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta>
- To-Mi Toimintakyvyn mittarit (2015). Turun yliopistollinen sairaala. Haettu 21.11.2016 osoitteesta [http://www.lsft.fi/lsft.fi/Materiaalia\\_files/TO-MI%20versio%202013.pdf](http://www.lsft.fi/lsft.fi/Materiaalia_files/TO-MI%20versio%202013.pdf)
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen*. Helsinki: Tekesin katsaus 281.
- WeDO (2106). Ikäihmisille suunnattujen palvelujen eurooppalainen laadunkehittämisohjelma. Hoitoa, hoivaa ja apua tarvitsevien ikäihmistien hyvinvointiin ja arvokkuuteen liittyvät periaatteet ja suuntaviivat. Haettu 23.11.2016 osoitteesta <http://www.wedo-partnership.eu>