

Paula Hirvonen

Alle 65-vuotiaiden asiakkaiden omaishoidon tuen arviointi ja toimintakykymittarit

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK

Sosiaali- ja terveysalan kehittämi-
nen ja johtaminen

Opinnäytetyö

23.12.2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Paula Hirvonen Alle 65-vuotiaiden asiakkaiden omaishoidon tuen arviointi ja toimintakykymittarit 42 sivua + 4 liitettä 23.12.2015
Tutkinto	Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Hannula Leena, lehtori
<p>Opinnäytetyö koskee Helsingin kaupungin omaishoidon tuen aikuisia (16-64-vuotiaita) asiakkaita ja heidän toimintakykynsä ja avuntarpeensa arvioinnissa käytettäviä toimintakykymittareita. Tavoitteena oli löytää sosiaaliohjaajien arviointityön tueksi uusi, käyttötarkoitukseen sopiva mittari, sekä selvittää sosiaaliohjaajien hyvälle toimintakykymittarille asettamat vaatimukset.</p> <p>Testattavat mittarit valittiin suomalaisen toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkoston ylläpitämästä Toimia-tietokannasta. Tutkimukseen osallistuneet sosiaaliohjaajat koekäyttivät valitut kaksi mittaria ja sitten heidät haastateltiin puolistrukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Haastattelut äänitettiin ja analysoitiin laadullista sisällön analyysimenetelmää käyttäen.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella kumpikaan koekäytetyistä mittareista ei täysin vastannut sosiaaliohjaajien hyvälle toimintakykymittarille asettamia vaatimuksia. Heidän kokemuksissaan oli havaittavissa melko suuria eroja niin koekäytössä olleiden mittareiden kuin myös hyvälle mittarille asetettujen vaatimusten suhteen.</p> <p>Näitä tuloksia on mahdollista hyödyntää uutta toimintakykymittaria hankittaessa. Ensin olisi syytä selvittää toimintakykymittarin funktio ja suhde hoito- ja palvelusuunnitelmaan omaishoidon tuen arvioinnissa, sekä sosiaaliohjaajien toimintakykymittarin käyttöön liittyvä työtapa kotikäynnillä. Tärkeintä olisi yhdenmukaistaa mittausmenetelmät hoidettavien tasavertaisen kohtelun takaamiseksi omaishoidon tuen arvioinnissa.</p>	
Avainsanat	Toimintakyky, Mittari, Arviointi, Disability, Evaluation, Classification

Author(s) Title Number of Pages Date	Paula Hirvonen Tools to measure the Functioning and Assess the Needs of Informal Care Clients under 65 42 pages + 4 appendices 23 December 2015
Degree	Master of Social Sciences
Degree Programme	Social Services and Health Care Development and Management
Specialisation option	
Instructor(s)	Hannula Leena, Lecturer
<p>This thesis concerns the adult clients (16 to 64 years old) of the Support Services for Informal Care at the Helsinki Municipality and the tools used to measure their functioning and need for assistance. The aim was to find a new, appropriate measuring tool to support the needs assessment by social instructor, as well as to identify the qualities that the social instructors require of a good measuring tool.</p> <p>The measuring tools to be tested were selected from a database called Toimia, maintained by a Finnish expert network specializing in the measurement and assessment of functioning. The social instructors that participated in this study tested the selected two measuring tools and then they were interviewed with the help of a semi-structured questionnaire. The interviews were recorded and the material analysed using the qualitative content analysis method.</p> <p>According to the results of the study, none of the two tested measuring tools corresponded entirely the requirements that the social instructors have for a good tool. Quite important differences were found in their experiences concerning both the measuring tools tested and the requirements they had for a good tool.</p> <p>These results can be useful in the identification of a new tool to measure the functionality of clients needing informal care. However, it would be necessary first to clarify the function of the tool and its relationship with the care and service plan within the needs assessment process, as well as the way how the social instructors use the tool during the visits to the clients. The most important issue would be to harmonize the measuring methods in order to ensure equality of treatment of the clients in the needs assessment for informal care.</p>	
Keywords	Toimintakyky, Mittari, Arviointi, Disability, Evaluation, Classification

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Omaishoidon tuki ja sen hakuprosessi	2
2.1	Hakemus ja kotikäynti	4
2.2	Hoito- ja palvelusuunnitelma ja Rava-toimintakykymittari	5
2.3	Hakemuksen käsittely tiimipalaverissa ja päätöksen tekeminen	6
3	Toimintakyky ja sen mittaaminen	7
3.1	Toimintakyvystä yleisesti	8
3.2	Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto	9
3.3	Kansainvälisestä ICF-luokitusjärjestelmästä ja mittareista	10
3.4	FSQfin (Functional Status Questionnaire, FSQ)	15
3.5	WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule)	16
3.6	Tutkimukseen osallistuminen	20
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	20
5	Opinnäytetyön toteutus	21
5.1	Laadullinen tutkimus ja haastattelu	21
5.2	Aineiston keruu	22
5.3	Aineiston analyysi	22
6	Opinnäytetyön tulokset	23
6.1	Vastaajien kokemuksia toimintakykymittarien koekäytöstä	23
6.2	Vastaajien kokemuksia hoidettavan tilanteen kuvaamisesta mittareilla	25
6.3	Vastaajien toimintakykymittarille asettamat vaatimukset	31
7	Pohdinta	32
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	35
7.2	Tulosten yhteenveto ja jatkotutkimussuositukset	37
	Lähteet	40
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedote sosiaaliohjaajille	
	Liite 2. Tiedote ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta	
	Liite 3. Haastattelukysymykset omaishoidon tuen sosiaaliohjaajille	
	Liite 4. Linkit mittarilomakkeisiin FSQfin ja WHODAS 2.0	

1 Johdanto

Arvioiden mukaan Suomessa on yli 350 000 omaishoitajaa. (Omaishoitajille ja läheisille 2014: 7). Omaishoito käsittää vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden hoidon. Ilman omaishoitajia monien hoidettavien olisi mahdotonta asua kotona. Kansantalouden näkökulmasta tarkasteltuna omaishoito tulee huomattavasti edullisemmaksi kuin kallis laitoshoidon. Laitospaikkojen purkamisen ja samanaikaisesti vanhusten lukumäärän lisääntymisen takia omaishoidon tarve kasvaa voimakkaasti. Sosiaali- ja terveysministeriön maaliskuussa 2014 julkaiseman Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman lopputaloudessa kerrotaan omaishoidon tuen vähentävän julkisia palvelumenoja arviolta 1,3 miljardia euroa vuodessa. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma on laadittu vuosille 2014 – 2020.

Omaishoidon tuesta annetun lain mukaan omaishoitaja on henkilö, joka on tehnyt hoidettavan henkilön asuinkunnan kanssa omaishoitosopimuksen. Omaishoidon tuen myöntämistä arvioitaessa viranomaisen tarkastelee hoidettavalle kotona annettavan hoidon ja huolenpidon sitovuutta ja vaativuutta. Arvioinnin tueksi hoidettavan tilanteesta laaditaan yhdessä hoitajan ja hoidettavan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Helsingissä hoidettavan toimintakykyä ja avuntarvetta mitataan lisäksi täyttämällä toimintakykymittarilomake. Yli 15-vuotiaille hoidettaville täytetään Rava-toimintakykymittarilomake. Toimintakykymittarin tuottamat arvot ovat yhteydessä myönnettävän tuen määrään.

Tämä opinnäytetyö koskee Helsingin kaupungin 16–64-vuotiaita omaishoidon tuen asiakkaita ja heidän toimintakykynsä ja avuntarpeensa arviointiin sopivia toimintakykymittareita. Koska tällä hetkellä Helsingin kaupungilla käytössä oleva Rava-toimintakykymittari on kehitetty vanhusten toimintakyvyn ja avuntarpeen mittaamiseen (FCG Finnish Consulting Group.), on tämän työn tarkoituksena kartoittaa kyseessä olevalle asiakasryhmälle sopivia mittareita. Omaishoidon tuen sosiaaliohjaajat ovat ilmaisseet tyytymättömyytensä Rava-toimintakykymittarin tuottamaan tietoon. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on löytää vaihtoehtoinen mittari Rava-toimintakykymittarin tilalle sekä selvittää ne ominaisuudet, joita sosiaaliohjaajat hyvältä, heidän työnkuvaansa sopivalta mittarilta edellyttävät. Onhan asiakkaan edun mukaista, että käytössä oleva mittausmenetelmä tuottaisi mahdollisimman luotettavan ja oikeudenmukaisen tuloksen.

2 Omaishoidon tuki ja sen hakuprosessi

Kunnat ovat perustuslain mukaan velvollisia järjestämään vanhuksille, vammaisille ja sairaille välttämättömän hoivan ja toimeentulon. Jokaisella kunnan asukkaalla on oikeus ihmisarvoiseen elämään ja jokaisella on juridiset perusteet vaatia tarvitsemaansa hoivaa. Tosin kunnille on jätetty laaja harkintavallan käyttömahdollisuus siitä, miten hoiva järjestetään. Perustuslain lisäksi monet Euroopan unionin ja monet kansainväliset ihmisoikeusnormit velvoittavat pitämään huolta heikompiensa oikeuksista. (Kaakkuriniemi ym. 2014: 21.)

Omaishoidon tuki on määrärahasidonnainen tuki. Kunnat huolehtivat omaishoidon tuen järjestämisestä sitä varten varaamiensa määrärahojen rajoissa. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. 2014: 17). Omaishoidon tuella tarkoitetaan kokonaisuutta, joka muodostuu omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, hoidettavan saamista muista tarpeellisista palveluista sekä omaishoitajan vapaasta. (Pajukoski – Rentola – Uotinen 2011: 298.)

Omaishoidon tuki on suurten muutosten edessä. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti tammikuussa 2012 työryhmän laatimaan Suomen kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman. Erityistä huomiota ohjelmassa kiinnitetään omaishoitajien yhdenvertaisuuteen asuinpaikasta riippumatta. Kysymys siitä, kenelle uuden sopimusomaishoidon järjestämisvastuu tulee kuulumaan, on vielä auki. Ensimmäisessä vaihtoehdossa järjestämisvastuu säilyisi kokonaisuudessaan kunnalla. Toisessa vaihtoehdossa puolestaan omaishoitajalle maksettava hoitopalkkio siirtyisi valtion rahoittamaksi ja Kansaneläkelaitoksen maksamaksi. Kunta vastaisi edelleen asiakkaan tarvitsemista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. 2014: 9, 13, 44-45.)

Omaishoitajalla tarkoitetaan lainsäädännössä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen hoidettavan henkilön kotikunnan kanssa. Suurin osa omaishoitajista jää kuitenkin virallisen omaishoidon tuen ulkopuolelle. Syy tuen ulkopuolelle jäämiseen on usein siinä, että tukea ei raskaaksi koetussa elämäntilanteessa jakseta tai osata hakea.

(Kaivolainen – Kotiranta – Mäkinen – Purhonen – Salanko-Vuorela 2011: 14.) Syy tuen ulkopuolelle jäämiseen voi toisaalta yksinkertaisesti olla tiedon puute tuen olemassaolosta. Myös kuntien määrittelemät kriteerit omaishoidon tuen myöntämiselle eivät aina täyty. Vuonna 2013 omaishoidon tukea myönnettiin noin 40 500 hoidettavan hoidosta. (Omaishoitajille ja läheisille 2014: 7).

Omaishoitajan ei tarvitse olla omainen. Riittää, että hän on läheinen henkilö hoidettavalle. Hoito tai huolenpito järjestetään aina kotioloissa. Hoitajan tulee olla terveystensä ja toimintakykynsä puolesta kykenevä hoitamaan ja huolehtimaan hoidettavasta kunnan mahdollisesti tarjoamien muiden palveluiden ohella. Tuen myöntämisen edellytyksenä on, että omaishoito muiden palvelujen rinnalla on hoidettavan terveyden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin kannalta riittävää. Kunta tekee omaishoitajan kanssa toimeksiantosopimuksen. Toimeksiantosopimusta kutsutaan omaishoitosopimukseksi. Omaishoitaja ei ole työsuhteessa kuntaan. (Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.)

Omaishoitoperheet ja perheenjäsenten elämäntilanteet voivat olla hyvinkin erilaisia. Omaishoidettava voi iästä riippuen viettää päivänsä päiväkodissa, koulussa, päivätoiminnassa tai olla kokopäiväisesti kotona. Hoitaja voi puolestaan hoidettavan tilanteesta riippuen olla kokopäiväisesti kotona tai hän voi osallistua työelämään joko osa-aikaisesti tai kokopäiväisesti. Omaishoitajissa on myös paljon eläkkeellä olevia henkilöitä. Erilaiset elämäntilanteet vaikuttavat myönnettävän tuen määrään.

Omaishoitajalle maksettava hoitopalkkio määräytyy omaishoitajan hoidettavalle antaman hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. Hoitopalkkion vähimmäismäärästä on säädetty laissa ja sitä tarkistetaan vuosittain työntekijän eläkelain (395/2006) 96. §:ssä tarkoitetulla palkkakertoimella. (Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.) Vähimmäismäärän ylittävissä hoitopalkkioissa on kuntakohtaisia eroja ja tuen myöntämisperusteet vaihtelevat huomattavasti eri kunnissa. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. 2014: 17). Eroja on myös omaishoitajan vapaapäiväoikeuden myöntämisperusteissa. Laki omaishoidon tuesta määrää lain 4. §:ssä, että omaishoitajalla on oikeus vapaaseen omaishoidon täyttäessä hoidon vaativuuteen ja sitovuuteen liittyvät edellytykset.

Hoitoluokka vastaa maksuluokkaa. Helsingissä maksuluokkia on neljä ja ne ovat vuonna 2015 seuraavat: ensimmäinen maksuluokka 1601,36 euroa/kk, toinen maksuluokka 803,87 euroa/kk, kolmas maksuluokka 543,60 euroa/kk ja neljäs maksuluokka 384,67 euroa/kk. (Omaishoidon tuen maksuluokat ja kriteerit tuen maksamiselle). Hoitoluokka määräytyy hoidon vaativuuden ja sitovuuden perusteella. Arvio perustuu lääkärinlausuntoihin, omaishoidon tuen työntekijän kotikäynnillä omaishoitajan ja hoidettavan kanssa käytyyn keskusteluun ja sen perusteella laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan, toimintakykymittarin tuottamiin arvoihin sekä muihin asiakkaan hoidossa mukana olevien kuten terapeuttien lausuntoihin. Helsingissä päätöksen hoitoluokasta tekee omaishoidon

tuen sosiaaliohjaaja. Hoitoluokkaa arvioitaessa huomioidaan asiakkaan saamat muut kunnalliset palvelut. (Omaishoidon tuki, esite 2013: 4).

Joissain kunnissa omaishoitajan oikeus lakisääteisiin vapaapäiviin liitetään automaattisesti omaishoidon tukeen. Helsingissä käytetään harkintaa alimpien hoitoluokkien osalta. Kunta on velvollinen järjestämään hoidettavalle tarkoituksenmukaisen hoidon lakisääteisen vapaan ajaksi silloin kun omaishoitajalle on myönnetty oikeus lakisääteisiin vapaapäiviin. Omaishoidon tuesta annetun lain 4. §:ssä määrätään, että vapaata on vähintään kolme vuorokautta kuukaudessa silloin kun hoito on täyttänyt laissa mainitut edellytykset.

Lakisääteinen vapaa pyritään toteuttamaan omaishoitajan toiveiden mukaisesti, hoidettavan mielipide huomioiden. Omaishoitaja voi esittää hoidettavan omaista tai muuta läheistä henkilöä sijaisomaishoitajaksi. Tällöin kunta tekee toimeksiantosopimuksen sijaisomaishoitajan kanssa. Helsingissä sijaisomaishoitajan palkkio on sidottu hoidettavan hoitoluokkaan. Sijaisomaishoito voidaan toteuttaa joko hoidettavan omassa kodissa tai sijaisomaishoitajan kodissa. Omaishoitajan vapaan aikainen hoito voidaan myös järjestää kaupungin omissa laitos/asumispalveluyksiköissä tai maksupalveluyksiköissä. Kolmas tapa järjestää omaishoitajan vapaa on kotiin annettava lomitusta, josta vastaa ulkopuolinen palveluntuottaja. (Omaishoidon tuen pysyväisohje.)

Omaishoidon tuen hakuprosessi alkaa asiakkaan hakemuksesta ja päättyy viranomaisen tekemään päätökseen, joka voi olla joko myönteinen tai kielteinen. Myönteinen päätös tehdään pääsääntöisesti toistaiseksi voimassaolevaksi. Asiakkaalla on oikeus hakea muutosta viranomaisen tekemään päätökseen.

2.1 Hakemus ja kotikäynti

Omaishoidon tuesta annetun lain 11. §:n mukaan omaishoidon tukea haetaan hoidettavan henkilön asuinkunnasta. Tukea haetaan pääsääntöisesti kirjallisella hakemuslomakkeella. Viranomaisen saa myös hyväksyä suullisen hakemuksen. Hakemusta varten on yleensä lomake, mutta joissakin kunnissa hakemus voi myös olla vapaamuotoinen. Joissain kunnissa hakemuslomakkeen voi tulostaa internetistä. (Kaakkuriniemi ym. 2014: 32-33). Helsingissä hakemusta varten on oma lomakkeensa. Se lähetetään asiakkaalle

pyynnöstä tai sen voi tulostaa Helsingin kaupungin verkkosivuilta. Helsingissä hakemuslomakkeeseen tulee liittää C-lääkärinlausunto tai vastaava lausunto, jossa on lääkärin arvio hoidettavan terveydentilasta ja toimintakyvystä. (Helsingin kaupunki).

Saatuana asiakkaan täyttämän hakemuslomakkeen ja siihen liitetyn lääkärinlausunnon, sosiaaliohjaaja ottaa yhteyttä asiakkaaseen sopiakseen kotikäynnistä. Pääsääntöisesti asiakkaat tavataan hoidettavan kotona. Kotikäynnillä tulee olla läsnä sekä hoitaja että hoidettava. Tarvittaessa kotikäynnille otetaan mukaan tulkki tai muita yhteistyökumppaneita.

Kotikäynnillä sosiaaliohjaaja kertoo asiakkaille omaishoidon tuesta ja asiakkaan tarpeen mukaan antaa muuta palveluohjausta. Kotikäynnillä käydään yhdessä asiakkaan kanssa läpi omaishoidon tuen hoito- ja palvelusuunnitelma. (Omaishoidon tuen pysyväisohje). Samalla täytetään toimintakykymittarilomake, joka myöhemmin liitetään hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

2.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma ja Rava-toimintakykymittari

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan omaishoitajan hoidettavalle antaman hoidon määrä ja sisältö. Lisäksi siihen kirjataan hoidettavan muiden tarpeellisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrä ja sisältö. Myös omaishoitajan tehtäviä tukevien sosiaalihuollon palvelujen määrä ja sisältö kirjataan sekä se, miten hoidettavan hoito järjestetään omaishoitajan lakisääteisten vapaiden aikana. (Kaakkuriniemi ym. 2014: 47.)

Helsingissä on käytössä kaksi eri hoito- ja palvelusuunnitelmaa: alle 16-vuotiaille ja siitä vanhemmille. Hoito- ja palvelusuunnitelman lisäksi sosiaaliohjaaja täyttää hoidettavasta toimintakykymittarilomakkeen. Alle 16-vuotiaille täytetään lomake ”Omaishoidon tuen lasten ja nuorten hoitoisuuspisteytys”. Yli 15-vuotiaille hoidettaville täytetään puolestaan Rava-toimintakykymittari. Rava-arviossa tarkastellaan seuraavia tekijöitä: näkö, kuulo, puhe, liike, virtsa, uloste, syöminen, lääke, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke/käytös. (FCG Finnish Consulting Group.) Rava-mittarin arvot siirretään lomakkeelta sosiaalitoimen tietojärjestelmään, joka laskee annettujen tietojen perusteella Rava-indeksin ja Rava-luokan. Nämä arvot tulostetaan tietojärjestelmästä paperille ja liitetään hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Rava-indeksillä on yhteys asiakkaalle myönnettävään hoitopalkkioon (taulukko 1).

Taulukko 1. Helsingin kaupungin omaishoidon tuen maksuluokat ja niitä vastaavat Rava-toimintakykymittarin arvot (Omaishoidon tuen pysyväisohje 2014: 14-15.)

Omaishoidon tuen maksuluokka	Rava-indeksin raja-arvot
Neljäs maksuluokka	1,7–2,29
Kolmas maksuluokka	2,3–2,99
Toinen maksuluokka	3,0-3,69
Ensimmäinen maksuluokka	vähintään 3.7

Alla olevassa taulukossa (taulukko 2) on Suomen Kuntaliiton omistaman Rava-toimintakykymittarin ilmoittamat viitteelliset arvot vanhusten avuntarpeen ja toimintakyvyn arviointiin.

Taulukko 2. Arvioitu avun tarve vanhuksilla (FCG Finnish Consulting Group).

RAVA-luokka	RAVA-indeksi	Avun tarve
RAVA-luokka 1	1,29-1,49	Satunnainen
RAVA-luokka 2	1,50-1,99	Tuettu hoito
RAVA-luokka 3	2,00-2,49	Valvottu hoito
RAVA-luokka 4	2,50-2,99	Valvottu hoito
RAVA-luokka 5	3,00-3,49	Tehostettu hoito
RAVA-luokka 6	3,50-4,03	Täysin autettava

Kotikäynnin jälkeen sosiaaliohjaaja kirjoittaa hoito- ja palvelusuunnitelman puhtaaksi ja lähettää sen asiakkaalle tarkastettavaksi. Näin asiakkaalla on mahdollisuus tehdä korjauksia ja lisäyksiä suunnitelmaan. Kun molemmat osapuolet, sekä asiakas että sosiaaliohjaaja, ovat hyväksyneet hoito- ja palvelusuunnitelman, otetaan tapaus käsiteltäväksi tiimipalaveriin.

2.3 Hakemuksen käsittely tiimipalaverissa ja päätöksen tekeminen

Tiimipalaverissa ovat paikalla kyseessä olevan alueen, esimerkiksi itäisen toimipisteen omaishoidon tuen sosiaaliohjaajat sekä johtava sosiaalityöntekijä. Tiimipalaveri pidetään

kerran viikossa. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatinut sosiaaliohjaaja esittelee asiakastapauksen. Hän myös ehdottaa joko myönteistä tai kielteistä päätöstä. Mikäli sosiaaliohjaaja ehdottaa myönteistä päätöstä, hän myös ehdottaa asiakkaalle myönnettävää hoitoluokkaa. Tiimi keskustelee tilanteesta, esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelman ja Rava-toimintakykymittarin tuottamien arvojen yhteensopivuudesta. Mikäli asiassa ei päästä yksimielisyyteen tai tilanne on muuten monimutkainen, siirretään asiakastapauksen käsittely kerran kuukaudessa pidettävään koko kaupungin omaishoidon tuen kokoukseen. Epäselvissä tilanteissa otetaan myös usein yhteyttä viraston lakimiesyksikköön.

Kun asiakastapaus on käsitelty, sosiaaliohjaaja kirjoittaa päätöksen ja sopimukset sosiaali- ja terveystieteiden asiakastietojärjestelmään. Päätös ja sopimus lähetetään aina asiakkaalle. Jos asiakas ei ole tyytyväinen päätökseen, päätöksen ollessa kielteinen tai jos myönnetty omaishoidon tuki on hänestä liian alhainen, hänellä on oikeus hakea muutosta päätökseen. Muutoksenhaku on kaksivaiheinen. Ensin päätös toimitetaan uudelleen käsiteltäväksi kunnan monijäseniseen toimielimeen. Tavallisesti tämä on kunnan perusturva- tai sosiaalilautakunta. Jos asiakas ei ole tyytyväinen tämän toimielimen päätökseen, hän voi hakea muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen. Omaishoidon tukea voi myös aina hakea uudelleen. (Kaakkuriniemi ym. 2014: 37.)

3 Toimintakyky ja sen mittaaminen

Tässä luvussa kerrotaan ensin toimintakyvystä yleisesti: mitä toimintakyvyllä ja sen mittaamisella tarkoitetaan. Kun toimintakyvyn tarkoitus on selvitetty, käsitellään opinnäytetyössä käytettyjä tiedonhakumenetelmiä sekä toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkoston Suomessa. Tämän jälkeen kerrotaan toimintakyvyn, toimintarajoitusten ja terveyden kansainvälisestä ICF-luokitusjärjestelmästä sekä mittareista. Vaatimusperusteet opinnäytetyöhön valituille mittareille käsitellään myös yksityiskohtaisesti. Lopuksi esitellään koekäytettäviksi valitut mittarit: FSQfin (Functional Status Questionnaire) sekä WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule).

3.1 Toimintakyvystä yleisesti

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen sellaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ominaisuuksia, joiden avulla hän selviytyy välttämättömistä päivittäisistä toiminnoista kuten työstä tai kotona asumisesta. Toimintakykyyn voidaan vaikuttaa monin keinoin. Terveystieteidenhuollon asema vaikuttajana on kuitenkin merkittävä, koska se lopulta ratkaisee, mitä ihmisen toimintakyvyn kohentamiseksi on mahdollista tehdä. Kuntoutus- ja eläkepäätöksillä on suuri vaikutus ihmisen elämään. Näiden päätösten vaikutus näkyy myös tulevissa sosiaalikulussa. (Matikainen ym. 2004: 18.)

Vuosien varrella on kehitetty useita yleisiä mittareita työkyvyn mittaamiseen sekä vanhusten ja vammaisten selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista. Päätösten tekemisen avuksi on myös kehitetty spesifisiä arviointimenetelmiä yleismittareiden rinnalle. Toimintakyky on aika- ja paikkariippuvaista ja siksi arvioinnin tulisi tapahtua mahdollisimman normaaleissa olosuhteissa. Erityisesti vanhuksen selviytyminen ja uuden oppiminen on hyvin riippuvaista tutusta ympäristöstä. Nämä seikat tulisi huomioida testaustilanteessa sekä tulosten tulkinnassa. Mitä paremmin mittari mittaa sitä mitä sen on tarkoitus mitata, sitä vaikeampaa tuloksia on manipuloida. Hyvän mittarin tulokset on helppo käsittää ja argumentoida. Toimintakyky on myös subjektiivinen asia. Esimerkiksi työelämässä on henkilöitä, jotka toimintakykymittausten perusteella olisivat oikeutettuja eläkkeeseen. Kun toimintakyvyn aleneminen rajoittaa esimerkiksi työn tekemistä tai lisää palvelujen tarvetta, tarkastellaan toimintakykyä ensi sijassa välineenä. Tällöin toimintakykyä kohentamalla autetaan parantamaan elämän materiaalisia puitteita. Toimintakyky itseisarvona tarkoittaa yksinkertaistettuna elämänlaatua kaikkine mahdollisuuksineen. Toimintakykyä on mahdollista tarkastella niin yksilön kuin yhteiskunnankin kannalta. (Matikainen ym. 2004: 18-20, 376.)

Kuten jo edellä kerrottiin, toimintakykyä ja avuntarvetta mittaavia menetelmiä on paljon. Monet menetelmät on kehitetty mittaamaan työkykyä tai jonkin tietyn sairauden, kuten MS-taudin, aiheuttamia toimintakyvyn muutoksia. Osa mittareista taas on kehitetty vanhusten toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointia varten. Myös se, kuka menetelmää tai mittaria osaa ja saa käyttää, on olennainen kysymys. Lääkäreitä varten on kehitetty omat menetelmät ja toimintaterapeutit puolestaan käyttävät heidän toimenkuvaansa kehitetyt testejä ja menetelmiä. Mittarit jaetaan niin kutsutuiksi objektiivisiksi ja subjektiivisiksi mittareiksi. Objektiivisiä mittareita ovat yleensä ammattilaisten käyttämät mittarit ja sub-

jektiiivisia puolestaan asiakkaiden tai potilaiden itse täyttämät kyselyt eli itsearviointimittarit. (Valkeinen – Anttila – Paltamaa 2014: 5). Keuhkojen ja sydämen toimintaa voidaan mitata varsin luotettavasti, mutta toimintakykyä rajoittavien asioiden kuten kivun, ahdistuksen ja eriasteisten uupumisoireiden arvioiminen on haasteellisempaa. Sairauskokemukset samaa tautia sairastavilla henkilöillä voivat olla hyvinkin erilaisia. Arviointi pelkkien oireiden perusteella ei yleensä kerro luotettavasti toimintakyvyn alenemasta. (Mattiainen ym. 2004: 369).

Valitettavasti monia mittareita käytetään yhteyksissä, mihin niitä ei ole alun perin tarkoitettu. Esimerkkinä tästä muun muassa Suomessa yleisesti käytössä oleva MMSE (Mini Mental State Examination). Tämä mittari on kehitetty vanhuuspsykiatrian tarpeisiin, mutta sitä käytetään paljon työikäisten henkilöiden muistitestinä. (Telakivi. 2011.) Toisena esimerkkinä voidaan mainita vanhusten toimintakyvyn mittaamiseen kehitetyn Rava-toimintakykymittarin käyttö Helsingin kaupungin alle 65-vuotiaiden omaishoidon tuen arvioinnissa.

3.2 Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto

Opinnäytetyöhön valittavien toimintakykymittareiden kartoittaminen aloitettiin käyttämällä erilaisia hakukoneita kuten Googlea sekä Metropolia ammattikorkeakoulun kirjastopalvelujen tarjoamia verkkopalveluja. Palvelut mahdollistavat tiedonhaun monista eri tietokannoista. Aineistoa haettiin muun muassa tiivistelmä sivulla mainittuja suomen- ja englanninkielisiä avainsanoja yhdistelemällä. Löytyneestä materiaalista oli havaittavissa, että samat asiantuntijoiden nimet nousivat esiin useissa eri kirjoituksissa. Tämä havainto vaikutti ratkaisevasti materiaalin valintaan. Kriittisyys ja taito lukea informaatiota ovat edellytyksiä laadukkaan tiedon hankinnassa. Tutkijan on osattava arvioida tietoa ja olla puolueeton, sekä erottaa oleellinen tieto epäoleellisesta. Tiedonhankinnassa onkin hyvä kiinnittää huomiota muun muassa tiedon tuottajaan, ylläpitäjään sekä tiedon ajankohtaisuuteen. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 31-32.)

Telakiven (2011) artikkeli toimintakyvyn arvioinnin kehittämistä löytyi Metropolian tarjoamien verkkopalvelujen avulla. Artikkelissa kuvataan kahta hankekokonaisuutta: Toimia ja Facultas. Toimia on kehittänyt koko maan käsittävän, moniammatillisen tietokannan yhtenäistämään toimintakyvyn mittaustapoja ja käsitteitä. Facultas-hankkeen tarkoituksena on puolestaan antaa suuntaviivat lääkäreiden tekemiin arvioihin. (Telakivi 2011.)

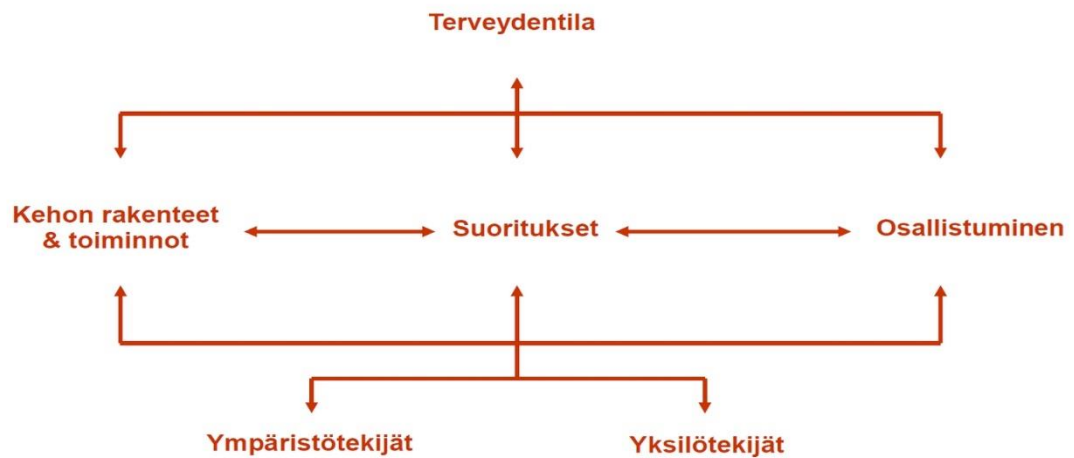
Toimia-tietokanta on koko Suomen kattava toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto. Asiantuntijat julkaisevat tietokannassa laatimiaan soveltuvuus- ja mittariarvioita. Tietokannasta löytyvät tiedot noin 80:sta eri toimintakykymittarista ja niiden soveltuvuudesta käyttötarkoituksiinsa. Lisäksi asiantuntijat ovat laatineet ohjeita ja suosituksia toimintakyvyn mittaamiseen erilaisissa tilanteissa. Asiantuntijat myös pitävät tietokannan sisällön ajan tasalla päivittämällä ja täydentämällä sitä uusilla mittareilla ja suosituksilla. Ylläpidosta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Toimia – toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.)

Tietopohjaksi opinnäytetyöhön valittiin erilaisten asiakasryhmien laaja-alaiset toimintakyvyn ja avuntarpeen tutkimukset sekä niiden perustella Toimia-tietokantaan laaditut suositukset vaikeavammaisten aikuisten arviointimenetelmistä. Näistä suosituksista valittiin kaksi omaishoidon tuen asiakasryhmälle sopivaa toimintakykymittaria. Mittareista kerrotaan yksityiskohtaisesti myöhemmin.

3.3 Kansainvälisestä ICF-luokitusjärjestelmästä ja mittareista

World Health Organization (WHO) esitti vuonna 2001 uuden toimintakyvyn ja toiminnanrajoitteita käsitteellistävän mallin: ICF-luokituksen. ICF on lyhenne sanoista International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF-luokituksessa yksilön toimintakykyä tarkastellaan yksilön terveydentilan sekä yksilö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena (kuvio 1). Näiden välillä vallitsee voimakas vuorovaikutus. Kun yhteen osa-alueeseen kohdistuu interventio, voi se vaikuttaa yhteen tai jopa useampaan muuhun osa-alueeseen. Lisäksi vaikutus voi olla kaksisuuntaista, jolloin toiminnanrajoitteet voivat vaikuttaa itse terveydentilaan. (Matikainen ym. 2004: 375-376.)

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Toimintakyky ICF-luokituksessa)

ICF:n yksi keskeisimpiä tavoitteita on yhtenäistää toimintakyvyn kuvaamisessa käytettävät käsitteet ja terminologia. ICF:n käsitteellöityksen avulla on mahdollista kuvata iästä riippumatta henkilöiden toimintakykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Toimintakyvyn luotettavaan mittaamiseen ja arviointiin tarvitaan luotettavia ja päteviä arviointimenetelmiä. Suomessa tätä arviointityötä tekee Toimia - toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. (Valkeinen – Anttila 2014: 5.)

ICF-luokitus kuvaa sitä, millä tavoin vamman ja sairauden vaikutukset näkyvät henkilön elämässä. ICF-luokituksen avulla henkilön toimintakykyä voidaan kuvata eri aihealueissa. Yhtenäisten sääntöjen ja luokituksen ansiosta eri ammattikuntien edustajat ymmärtävät paremmin toisiaan ja kansainvälinen tiedonsiirto helpottuu. (ICF 2014: 7-8.) WHO:n jäsenvaltiot ovat periaatteessa sitoutuneet noudattamaan ICF-luokitusta. (Wikipedia. ICF-luokitus).

ICF-luokitus sisältää kaksi osaa (kuvio 2). Osa 1 käsittelee toimintakykyä ja toimintatavoitteita ja se jakautuu kahteen osa-alueeseen: ruumiin ja kehon osa-alue, sekä suoritukset ja osallistuminen. Ruumiin ja kehon osa-alue sisältää kaksi eri luokitusta: ruumiin ja kehon toiminnot sekä ruumiin rakenteet. Osa-alue suoritukset ja osallistuminen kuvaa toimintakykyä niin yksilön kuin yhteiskunnankin näkökulmasta. Osa 2 käsittelee konteks-

tuaalisia tekijöitä ja se koostuu niin ikään kahdesta eri osa-alueesta. Nämä ovat ympäristötekijät ja yksilötekijät. Ympäristötekijät-luokitus lähtee yksilön lähiympäristön tekijöistä ja etenee yleisiin ympäristötekijöihin. Yksilötekijöitä ei luokitella ICF-luokituksessa, koska yksilötekijöihin vaikuttavat erilaiset sosiaaliset ja kulttuuriset seikat. (ICF 2014: 15-16.)



Kuvio 2. ICF:n osat ja niiden osa-alueet lyhyesti esitettynä. (CP-lasten kuntoutuksen ja seurannan kehittäminen).

ICF:n mukaan henkilön osallistuminen määritellään henkilön osallisuudeksi elämän tilanteisiin. Osallistuminen kuuluu osa-alueelle suoritukset ja osallistuminen. Osallistuminen eroaa merkittävästi suorituksesta. Osallistumisessa yksilön toimintakykyä tarkastellaan yhteisöllisessä perspektiivissä kun taas suorituksessa yksilölähtöisessä.

Osallistumisen aihealueet:

- oppiminen ja tiedon soveltaminen (1)
 - yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (2)
 - kommunikointi (3)
 - liikkuminen (4)
 - itsestä huolehtiminen (5)
 - kotielämä (6)
 - henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (7)
 - keskeiset elämän alueet (8)
 - yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (9)
- (Paltamaa – Kantanen 2013: 4.)

Suomessa toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto on laatinut Toimia-tietokantaan suosituksen vaikeasti vammaisten osallistumisen yleisluon-

teisista arviointimenetelmistä aikuisilla. Suosituksissa on mainittu viisi arviointimenetelmää, joista kolme on vapaasti ja maksutta kaikkien ammattiryhmien käytettävissä. Nämä arviointimenetelmät ovat WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule), FSQfin (Functional Status Questionnaire FSQ) ja IPA (Impact on Participation and Autonomy). Nämä kansainväliset arviointimenetelmät ovat standardoituja. Jotta asiakkaan toimintakyky ICF:n muillakin kuin osallistumisen osa-alueella saadaan selvitettyksi, on yllämainittujen arviointimenetelmien lisäksi hyvä käyttää myös muita menetelmiä asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. (Paltamaa – Kantanen 2013: 2, 6-7.)

Omaishoidon tuen (16–64-vuotiaiden) asiakkaiden arvioinnin tueksi haetaan toimintakykymittaria, joka kertoo yleisellä tasolla hoidettavan selviytymisestä ja avuntarpeesta päivittäisissä toiminnoissa. Mittarin tulee olla helppokäyttöinen, jotta jokainen sosiaalihoaja osaa sitä käyttää mittarin edellyttämällä tavalla. Tiedot asiakkaan toimintakyvystä tulee saada haastattelemalla hoidettavaa ja/tai hoitajaa. Mitään muita erityisiä suoritustestejä ei saa sisällyttää arviointiin. Lisäksi mittarin tulee olla käyttäjilleen ilmainen ja vattomasti käyttöön otettavissa. Vaikka WHODAS 2.0 ja FSQfin tuntuvat melko erityyppisiltä mittareilta niissä esitettävien kysymysten perusteella, ne kummatkin vaikuttavat silti sopivilta omaishoidon tuen asiakasryhmälle. Niinpä nämä kaksi toisistaan poikkeavaa mittaria valitaan opinnäytetyöhön.

WHODAS 2.0 -mittarista on olemassa sekä lyhyt 12 kysymyksen versio että pitkä 36 kysymyksen versio. Pilotoinnin perusteella opinnäytetyöhön valitaan 12 kysymyksen versio, koska asiakkaan luo tehtävälle kotikäynnille varattu aika on rajallinen. Sosiaalihoajat käyvät kotikäynnillä asiakkaan kanssa läpi hoito- ja palvelusuunnitelman sekä Rava-toimintakykymittarin. Ylimääräisen 36 kysymyksen lomakkeen täyttäminen tuntuu tässä vaiheessa liian aikaa vievältä tehtävältä. Samasta syystä myös uusien toimintakykymittareiden pisteytys jätetään tutkimuksen ulkopuolelle.

Taulukossa 3 esitellään tutkimukseen valittujen mittareiden ominaisuuksia. Mainittakoon vielä, että omaishoidon tuen arviointi Helsingin kaupungilla ei perustu pelkästään toimintakykymittarin tuottamiin tuloksiin vaan arviointiin vaikuttavat myös lääkärin- ja terapeuttien lausunnot sekä asiakkaan kanssa yhteistyössä laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma.

Taulukko 3. Toimintakykymittareiden FSQfin ja WHODAS 2.0 yleisluonteisten osallistumisen arviointimenetelmien ominaisuuksia. (Paltamaa - Kantanen 2013: 7.)

	FSQfin	WHODAS 2.0
Arvioinnin kohde		
- omatoimisuus / avuntarve	X	X
- autonomia		
- muu		
Tiedonkeruutapa		
- haastattelu	X	X
- havainnointi		
- itsearviointilomake	X	X
- läheisen tekemä arviointi		X
Käyttökelpoisuus		
- geneerinen	X	X
- kaikille ammattiryhmille	X	X
- maksuton	X	X
- suomennos olemassa	X	ei kaikilta osin
Arvioitavat ICF:n aihealueet (suoritukset ja osallistuminen; pääluokan numero)		
(1) Oppiminen ja tiedon soveltaminen		X
(4) Liikkuminen	X	X
(5) Itsestä huolehtiminen	X	X
(6) Kotielämä	X	X
(7) Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet		X
(8) Keskeiset elämänalueet		
(9) Yhteisöllisyys, sosiaalinen ja kansalaiselämä		
(+) Ympäristöön liittyvät tekijät		X

3.4 FSQfin (Functional Status Questionnaire, FSQ)

FSQfin lomakkeessa on 15 kysymystä, jotka koskevat päivittäisistä askareista selviytymistä viimeisen kuukauden aikana. Kysymykset on jaettu kolmeen aihealueeseen. Nämä ovat itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kotielämä. Toimia-tietokannan mukaan lomakkeen täyttämiseen on arvioitu kuluvan noin 10 – 15 minuuttia. Pisteitä per kysymys kertyy 0 – 4. Tulosten yhteenveto voidaan ilmaista niin sanotulla VAS-janalla. (FSQfin.)

FSQ-toimintakykymittari on ollut mukana useissa tutkielmissa ja hankkeissa. Sen avulla on arvioitu niin aikuisten kuin iäkkäidenkin vammaisten ja pitkäaikaissairaiden toimintakykyä. FSQ-toimintakykymittarin käyttö sopii tutkimusten mukaan laajalle asiakasryhmälle. Sen käytön rajoitteissa mainitaan, että tutkittavalla henkilöllä ei saisi olla vaikeaa afasiaa tai voimakkaita muistin häiriöitä. FSQ on subjektiivinen toimintakyvyn mittari. Toimia-tietokannan suositusten mukaan se sopii parhaiten kävelykykyisille tutkittaville kuvaamaan heidän oman arvionsa mukaista suoritustasoa ICF:n kolmella aihe-alueella: itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kotielämä. (FSQfin.)

Kajas-Juselius ja Lehtosalo ovat arvioineet ammatillisissa neurologisen fysioterapian erikoistumisopinnoissaan useita sellaisia toimintakykymittareita, jotka soveltuvat aikuisen vaikeavammaisen kuntoutujan toimintakyvyn muutosten mittaamiseen kotiooloissa. Kohderyhmän toimintakyvyn muutoksia arvioitiin ICF-luokituksen osa-alueella suoritukset ja osallistuminen. Tutkimukseen valittujen vaikeavammaisten kuntoutujien korkein toiminnallinen taso oli istuma-asento. Toimintakykyä tutkittiin kotiooloissa asiakkaan istuessa tai istumista alemmassa alkuasennossa kuten selin- tai kylkimakuulla. FSQfin oli yksi analysoitavista mittareista. Kajas-Juselius ja Lehtosalo totesivat FSQfin-kyselyn soveltuvan hyvin kyseessä olevan kohderyhmän toimintakyvyn mittaamiseen. Kyselyn tulosten, eli FSQ-indeksin laskeminen vaikutti tutkijoiden mukaan epäselvältä. FSQ-indeksin laskematta jättäminen ei heidän mukaan kuitenkaan oleellisesti vaikuttanut yksittäisen kuntoutujan seurantaan. (Kajas-Juselius – Lehtosalo 2011: 2, 23, 29.)

Koivisto ja Mäntykivi (2006) tutkivat Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan pro gradu-tutkielmassaan MS-tautia sairastavien selviytymistä ADL-toiminnoista (Activities of Daily Living) kahden vuoden seurannan aikana ICF-luokituksen itsestä huolehtimisen ja liikkumisen aihealueilla sekä kotielämään osallistumisessa. Tutkielmassa arvioitiin FSQ-kyselyä käyttäen, miten itsenäisesti tai apuvälineiden avulla kävelevät MS-potilaat kokivat selviytyvänsä ADL-toiminnoista. Tutkielmassa selvitettiin,

mitä muutoksia kahden vuoden seurannan aikana kohderyhmän fyysisessä toimintakyvyssä tapahtui. FSQ-kyselyn tuloksista oli selvästi nähtävissä, että kohderyhmän ADL-toiminnoista selviytyminen heikkeni sitä mukaa kuin MS-tauti paheni. Tutkijat kokivat FSQ-kyselyn pisterajat hyvin suuntaa-antavaksi. Yksittäisen henkilön toimintakyvyn muutoksia seurattaessa FSQ-kysely toimi hyvin, mutta suurempaa ryhmää arvioitaessa tulos oli epätarkka luokittelussa käytettyjen pisterajojen laajuuden takia (Koivisto – Mäntykivi 2006: 30, 32.)

Tuulikki Alanko on Fysioterapian pro gradu-tutkielmassaan Jyväskylän yliopistolle vuonna 2012 tutkinut MS-tautia sairastavien fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia kymmenen vuoden seurannassa. Alanko keräsi tutkimusaineiston postittamalla FSQ-kyselyn kohderyhmälle. Kyselyn perusteella laskettiin FSQ-indeksit ICF-luokituksen aihealueilla itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kotielämä. Kyselyn tulosten mukaan subjektiivisen fyysisen toimintakyvyn kokonaisindeksi heikkeni alkutilanteeseen nähden 13%. Alankon mukaan De Groot (2005, 2009) on saanut vastaavanlaisia tuloksia tutkimuksissaan, joissa seuranta-aika oli lyhempi. (Alanko 2012: 14, 18, 33, 38).

3.5 WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule)

Tietojen keruu WHODAS 2.0-lomakkeen avulla voi tapahtua joko itse täyttämällä, läheisen tekemänä tai haastattelemalla. (WHODAS 2.0 2014: 17). Kysymysten avulla arvioidaan vastaajan terveydentilan vaikutuksia kuudella osallistumisen aihe-alueella kuluksen 30 päivän aikana. Nämä kuusi aihealuetta ovat: ymmärtäminen ja yhteydenpito, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, ihmissuhteet, arkitoimet sekä yhteisöön osallistuminen. (WHODAS 2.0 2014: 32 – 39.) WHODAS 2.0 käsikirja ja toimintakykymittarilomakkeet ovat saatavilla myös ruotsin kielellä. Käännöksestä vastaa Tukholman Socialstyrelsen. (Socialstyrelsen.) WHODAS 2.0 arviointimenetelmästä on olemassa useita eri versioita. Versiot eroavat toisistaan toteutustavoiltaan ja pituudeltaan. Lyhyessä versiossa on 12 kysymystä ja pitkässä versioissa 36 kysymystä. (WHODAS 2.0 2014: 8). 12 kysymyksen versio selittää 81% 36 kysymyksen versiosta ja sen täyttäminen vie lähteen mukaan keskimäärin viisi minuuttia. Lyhyt versio antaa yleiskuvan toimintakyvystä. (Toimia – toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.)

WHODAS 2.0:ssa pisteiden laskeminen toteutetaan joko lyhyen tai täysversion mukaisesti. Kumpaankin versioon on olemassa sekä yksinkertainen että monimutkainen laskemismuoto. Yksinkertaisessa pisteytyksessä kunkin kysymyksen pisteet lasketaan yhteen. Kysymyksillä ei ole painoarvoja. Kustakin kysymyksestä voi saada 1 – 5 pistettä. Monimutkaisessa pisteytyksessä kysymyksillä on vaikeusaste-eroja. Tämä mahdollistaa erilaisten analyysien teon. (WHODAS 2.0 2014: 22.)

WHO kerää tietoa WHODAS 2.0:n käyttäjistä ja käyttötarkoituksista. Mittarin käyttöönotto on ilmaista, mutta edellyttää rekisteröitymistä WHODAS 2.0:n sivuilla. Käyttäjähöjien mukaan käyttäjillä ei ole muun muassa oikeutta tehdä muutoksia sisältöön. (WHO / World Health Organization. Classifications.) Suomenkielisen version käytöstä on myös ilmoitettava suomentajalle.

Toimia-tietokannan suosituksissa toukokuussa 2015 julkistetun arvion mukaan WHODAS 2.0 on tarkka ja pätevä toimintakykymittari ja se soveltuu erittäin hyvin useiden eri terveysongelmien aiheuttamien toimintarajoitteiden tarkasteluun aikuisilla tutkittavilla. Toimintakykymittarin kysymykset pohjautuvat ICF:n osa-alueeseen suoritukset ja osallistuminen. WHODAS 2.0 on kehitetty useilla eri kielillä eri kulttuureihin soveltuvaksi. Suomeksi se käännettiin vuonna 2014. Mittari on ollut käytössä ympäri maailmaa, mutta suomalaisia viitearvoja tai tutkimuksia ei Toimia-tietokannan mukaan ole vielä olemassa. (Toimia – toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.) Kansainvälisessä kuntoutuksen ensyklopediassa kerrotaan, että WHODAS II toimintakykymittaria on testattu ympäri maailmaa useilla eri tutkimusaloilla kuten psykiatrian, neuropsykiatrian, kansanterveyden ja epidemiologian, epidemiologian, vammaisuuden ja kuntoutuksen sekä lääketieteen alalla. (International encyclopedia of rehabilitation.)

Seuraavissa kappaleissa kerrotaan tutkimuksista, joissa on arvioitu WHODAS II -menetelmän psykometrisiä ominaisuuksia. Psykometrisilla ominaisuuksilla tarkoitetaan tietoja mittarin pätevydestä (validiteetti), luotettavuudesta/toistettavuudesta (reabiliateetti) ja muutosherkyydestä. Pätevyydellä tarkoitetaan sitä, mittaako mittari sitä mitä sen on tarkoitus mitata. Reabiliateetti puolestaan kertoo, miten luotettavasti ja toistettavasti mittari mittaa ilmiötä. Määrällisessä tutkimuksessa toistettavuus mittaa nimenomaan toistettavuutta, ei-sattumanvaraisuutta. Laadullisessa tutkimuksessa sillä tarkoitetaan aineiston analyysin ja käsittelyn luotettavuutta. Muutosherkkyys on osa mittarin pätevyyttä. Sen avulla voidaan tarkastella ajassa tapahtuvia muutoksia, terveydentilan

paranemista tai heikkenemistä, kun mittauskertoja on vähintään kaksi. (Valkeinen, Anttila, Paltamaa 2014: 3, 7, 15, 21.) Psykometriikan tavoitteena on kehittää vakioituja mittauskeinoja erilaisten kokeiden ja kyselyiden muodossa. Psykometriikka soveltaa tilastotiedettä ja matematiikkaa psykologisten ominaisuuksien kuten asenteiden, luonteenpiirteiden, tietojen ja kykyjen mittaamiseen. (Wikipedia. Psykometriikka.)

Meesters, Verhoef, Liem, Putten ja Vlieland (2009) tutkivat nivelreumaa sairastavilla aikuisilla potilailla WHODAS II -toimintakykymittarin psykometrisia ominaisuuksia pätevyys ja muutosherkkyys. Tutkimus tehtiin Hollannissa ja siihen osallistui 85 Leidenin yliopistollisen keskussairaalan reumatologian kuntoutusohjelmaan hyväksytyä potilasta. Potilaat haastateltiin WHODAS II:n 36 kysymyksen menetelmää käyttäen kuntoutusohjelman alussa sekä kuusi viikkoa kuntoutusohjelman päättymisen jälkeen. Potilaiden fyysisiä ja psykologisia toimintoja, sairauden vaikeusastetta ja elämänlaatua mitattiin useita muita menetelmiä käyttäen vertailun mahdollistamiseksi.

Tutkimuksen mukaan WHODAS II osoittautui sisäisen yhteneväisyytensä, pätevyytensä ja muutosherkkyytensä puolesta käyttökelpoiseksi mittariksi monitieteellisen tiimin hoito-ohjelmaan osallistuneilla nivelreumapotilailla. Lisäksi menetelmän ryhmittelyominaisuus koettiin hyväksi. Kohderyhmän osalta WHODAS II:n tutkimustulokset vastasivat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta huomattavan suurelta osin tutkimuksessa käytettyjen muiden menetelmien tuloksia. WHODAS II -menetelmässä arviotiin myös nivelreumapotilaan elämään olennaisesti vaikuttavia tekijöitä kuten tapahtumiin ja yhteiskuntaan osallistumista. Tutkimuksen mukaan näiden tekijöiden muutosherkkyys oli korkea, vaikkakin arviointiväli kuntoutusohjelmaan osallistuneilla potilailla oli melko lyhyt. Artikkelin mukaan vain harvoin menetelmiin on sisällytetty ICF-luokituksen osa-alue osallistuminen, kun taas WHODAS II -menetelmä antaa kyseisestä aihealueesta selkeät tulokset.

Schlote ym. (2009) laatiman tutkielman tarkoituksena oli arvioida aivohalvauspotilailla 36 kysymyksen WHODAS II -menetelmän psykometrisiä ominaisuuksia sisäinen yhteneväisyys, toistettavuus ja pätevyys. Tutkimukseen kutsuttiin 197 saksalaisen Magdeburgin yliopistollisen sairaalan tai Brunswickin kaupungin sairaalan aivohalvauspotilasta. Potilaat olivat olleet hoidettavina kyseisissä sairaaloissa huhti- ja joulukuun välisenä aikana vuonna 2005. Potilaiden toimintakykyä arviotiin ensin kuuden kuukauden ja sitten yhden vuoden kuluttua aivohalvauksesta. Kyselyyn vastasivat niin potilaat itse kuin heidän läheisensäkin. Tutkimukseen osallistui 77 potilas – omainen -paria alusta loppuun asti.

Verrattaessa WHODAS II -kyselyn tuloksia kuuden kuukauden ja vuoden mittauksissa, olivat potilaiden arviot vuoden kuluttua tehdyssä mittauksessa paremmat. Merkittäviä muutoksia arvioinnissa oli kuitenkin havaittavissa ainoastaan osa-alueella yhteiskuntaan osallistuminen. Omaisten tekemät arviot olivat samansuuntaisia. Ainoastaan työnteekoon liittyvissä kysymyksissä omaiset arvioivat potilaan toimintarajoitteisuuden vähäisemmäksi kuin potilaat itse.

Potilas ja omainen täyttivät kyselylomakkeet itsenäisesti. Tämä metodi osoittautui tärkeäksi, sillä selvisi, että jopa pitkään yhdessä eläneiden perheenjäsenten käsitys sairauden mukanaan tuomista rajoitteista, paineista ja taakasta erosi perheenjäsenten kesken. Arvioinnin ja analyysin tekeminen eri näkökulmista, tarpeen vaatiessa terapeutin intervention avulla, voi mahdollisesti tasapainottaa ja parantaa perheen sisäistä vuorovaikutusta ja ymmärrystä. WHODAS II -menetelmä todettiin päteväksi, yleisesti luotettavaksi ja käyttökelpoiseksi mittariksi arvioitaessa aivohalvauspotilaita, joiden aivohalvauksesta oli kulunut vuosi.

Chopran, Couperin ja Herrmanin (2004) tutkimuksessa kerrotaan WHODAS II 36 kysymyksen lomakehaastattelun avulla tehdystä terveyden ja toimintarajoitteiden arvioinnista pitkäaikaisista psykoottisista häiriöistä kärsivillä potilailla. Tutkimus tehtiin Australian Melbournessa, St. Vincentin mielenterveyspalveluissa. Tutkimukseen osallistui 20 intensiivisessä hoitosuhteessa olevaa mielenterveyspotilasta. Potilaat tutkittiin kolmea kliinisen toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmää käyttäen. Näiden kolmen kliinisen arviointimenetelmän lisäksi potilaat täyttivät WHO:n lyhyen version (WHQOL-BREF) itsearviointin elämänlaatukyselystä. WHODAS II -menetelmää käyttäen potilaat haastateltiin kahteen kertaan. Toinen haastattelu tehtiin viisi päivää ensimmäisen haastattelun jälkeen menetelmän toistettavuuden arviointia varten.

Tutkimuksessa todettiin, että WHODAS II -menetelmää ei ole kehitetty erityisesti psykiatrisia potilaita silmällä pitäen vaan yleispäteväksi arviointimenetelmäksi. Tutkimustulosten mukaan WHODAS II koettiin melko vaikeaselkoiseksi ja ajoittain haasteelliseksi toteuttaa kohderyhmän kanssa. Menetelmän toistettavuus kohderyhmällä oli tutkimuksen mukaan melko hyvä. Terveystilaa koskeviin kysymyksiin potilaat vastasivat olevansa terveitä ja kielsivät omaavansa haastattelussa esille tulleita psyykkisiä ongelmia. Toisaalta vastauksista tuli selvästi esille potilaiden merkittävät puutteet sosiaalisen elämän

alueella. Terveystilan arvioinnin kohdalla todettiin, että tulos kertoo kohderyhmän kyvyttömyydestä arvioida omaa tilaansa. WHODAS II -kysely kuvaakin potilaiden omia kokemuksia. Tutkimuksessa korostettiin, että potilaan arvioinnissa olisi olennaista huomioida potilaan subjektiivinen kokemus omasta terveystilastaan varsinkin silloin, kun mietitään psykiatrisen potilaan kuntoutusta.

3.6 Tutkimukseen osallistuminen

Tutkimukseen osallistuvat sosiaaliohjaajat koekäyttivät WHODAS 2.0 ja FSQfin mittareita Rava-toimintakykymittarin rinnalla niin uusien kuin uudelleen arvioitavienkin asiakkaiden kotikäyntien yhteydessä. Ennen koekäytön aloitusta sosiaaliohjaajat saivat tarkat ohjeet mittareiden käyttöä varten. Tarvittaessa heillä oli mahdollisuus saada lisäopastusta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla sosiaaliohjaajalle annettiin tiedote/suostumislomake tutkimukseen osallistumisesta (liite 1). Sosiaaliohjaajille kerrottiin kerätyn aineiston säilyttämis- ja tuhoamiskäytännöistä.

Asiakkaiden valinta tutkimukseen tapahtui luonnollisella tavalla niin, että kaikki sovitut kotikäynnit uusille tai uudelleenarvioitaville asiakkaille viikoilla 32-40 kuuluivat tutkimuksen piiriin. Tiedot toimintakykymittareihin kerättiin asiakkaan suostumuksella. Suostumus pyydettiin kirjallisesti kotikäynnin yhteydessä (liite 2). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Asiakastiedotteessa kerrottiin lyhyesti tutkimuksesta sekä siitä, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt tulevat pysymään anonyymeinä.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyö koskee omaishoidon tuen aikuisia (16–64-vuotiaita) toimintarajoitteisia asiakkaita. Opinnäytetyön tavoitteena on löytää omaishoidon tuen sosiaaliohjaajien arviointityön tueksi käyttötarkoitukseen sopiva toimintakykymittari sekä selvittää sosiaaliohjaajien hyvälle mittarille asettamat vaatimukset. Tarkoituksena on kartoittaa ja valita asiakasryhmälle sopivat toimintakykymittarit, arvioida niitä koekäytössä ja lopuksi selvittää sosiaaliohjaajien kokemukset heidän koekäyttämistään mittareista sekä mittareihin kohdistuvista vaatimuksista. Pääpaino opinnäytetyössä on sosiaaliohjaajien kokemuksilla,

esimerkiksi siitä, kuinka hyvin toimintakykymittarien tuottamat arvot kuvaavat hoito- ja palvelusuunnitelmassa kuvattua tilannetta.

Tutkimuksen tehtävänä on kuvata:

1. Kuinka sosiaaliohjaajat kokivat koekäytössä olleen toimintakykymittarin käytön?
2. Miten sosiaaliohjaajat kokivat koekäytössä olevan mittarin kuvaavan hoidettavan tilannetta?
3. Minkälainen toimintakykymittari sosiaaliohjaajien mielestä sopisi parhaiten omaishoidon tuen kotikäynneille?

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden osastossa, omaishoidon tuen yksikössä. Yksikkö jakautuu neljään kaupunginosaan ja niissä työskentelee yhteensä 12 sosiaaliohjaajaa. Alle 65-vuotiaiden asiakkaiden omaishoidon tuki kuuluu perhe- ja sosiaalipalvelujen piiriin ja on osa vammaisten sosiaalityötä. Asiakkaita oli vuonna 2014 yhteensä 1.635 henkilöä, joista 803 henkilöä oli alle 18-vuotiaita hoidettavia ja loput 832 henkilöä 18-64-vuotiaita hoidettavia. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos). Taulukossa 4 esitetään vuoden 2014 asiakkaat hoitoisuusryhmän ja iän mukaan.

Taulukko 4. Omaishoidon tuen asiakkaat hoitoisuusryhmän ja iän mukaan 2014. (Tilastoportaali).

Hoitoluokka	0-17-vuotiaat	18-64-vuotiaat
Hoitoluokka 1	11	39
Hoitoluokka 2	104	115
Hoitoluokka 3	277	259
Hoitoluokka 4	454	449

5.1 Laadullinen tutkimus ja haastattelu

Opinnäytetyö eteni vaiheittain, laadullisia tutkimusmenetelmiä käyttäen. Ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin ja valittiin käyttötarkoitukseen sopivat kaksi toimintakykymittaria. Mittarivalinnan jälkeen seurasi tutkimuksen toiminnallinen vaihe, jossa sosiaaliohjaajat

koekäyttivät tutkimukseen valittuja mittareita asiakaskäynneillään. Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa, kun mittarit oli koekäytetty, kaikki tutkimukseen osallistuneet sosiaaliohjaajat haastateltiin. Haastattelukysymykset annettiin sosiaaliohjaajille etukäteen, jotta heillä olisi paremmat mahdollisuudet valmistautua haastattelutilaisuuteen. Tutkimusote oli induktiivinen, mikä tarkoittaa sitä, että tutkimusprosessissa lähdettiin liikkeelle yksittäisistä, empiirisistä havainnoista, kuten kirjallisista dokumenteista tai haastatteluista, ja niistä muodostettiin yleisiä merkityksiä. (Sarajärvi – Remes – Sajavaara 2007: 260.)

5.2 Aineiston keruu

Kaikki tutkimukseen osallistuneet sosiaaliohjaajat haastateltiin koekäyttöajanjakson jälkeen. Sosiaaliohjaajat haastateltiin yksitellen puolistrukturoitua kyselylomaketta käyttäen (liite 3). Haastattelut tehtiin rauhallisessa ympäristössä, kunkin ohjaajan omassa työpisteessä. Kaikki haastattelut äänitettiin. Keskimääräinen haastattelu-aika alustuksineen oli noin tunti. Haastattelun aikana oli mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä. Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on joustava varsinkin silloin kun on tarkoitus korostaa yksilöä tutkimustilanteen kohteena. Haastattelutilanteessa haastateltava voi ilmaista omia mielipiteitään ja ajatuksiaan vapaasti tutkimukseen liittyvissä kysymyksissä. Näin saadusta informaatiosta voi tutkijalle avautua mahdollisuus aineiston tarkasteluun aivan uudesta perspektiivistä. Puolistrukturoidussa haastattelussa on se hyvä puoli, että haastattelija voi esittää ennalta laaditut kysymykset haluamassaan järjestyksessä tilanteen mukaan. Kaikkia kysymyksiä ei välttämättä tarvitse esittää. Haastattelu on hyvä äänittää, jotta siihen on mahdollista palata uudelleen. Usein vasta uudelleen kuunnellessa ymmärtää esimerkiksi haastateltavan äänensävyä, mitä hän oikeastaan tarkoitti. (Ojasalo ym. 2014: 106-108; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007; 199-200.)

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisältöanalyysiä. Tässä menetelmässä äänitetyt haastattelut kirjoitetaan ensin puhtaaksi sana sanalta. Tätä vaihetta kutsutaan litte-roinniksi. Sisältöanalyysin avulla kaikki tekstimuodossa olevat aineistot voidaan luokitella ja tiivistää niin, että asian ydin tulee esille. (Kananen 2012: 116). Aineistolähtöinen sisältöanalyysi etenee vaiheittain. Miles ja Huberman (1984, Tuomi – Sarajärven mukaan 2009: 110) jakavat prosessin karkeasti kolmeen eri vaiheeseen: aineiston pelkistämi-

seen, aineiston ryhmittelyyn ja teoreettisten käsitteiden luomiseen. Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa aineistosta poistetaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat. Tiivistyksen jälkeen jäljelle jää niin sanottu pelkistetty ilmaus. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa alkuperäistä aineistoa tutkitaan ja siitä etsitään joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Yhtäläiset käsitteet ryhmitellään luokaksi, jolle annetaan luokkaa kuvaava nimi. Aineiston ryhmittelyn jälkeen seuraa teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Abstrahoinnissa alkuperäisestä aineistosta muodostuu teoreettisia käsitteitä ja päätelmiä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108 – 111.)

6 Opinnäytetyön tulokset

Toimintakykymittareiden koekäyttöön osallistui Helsingin kaupungin neljältä alueelta yhteensä kahdeksan (67%) sosiaaliohjaajaa kahdestatoista. Seitsemän heistä koekäytti kumpaakin toimintakykymittaria ja yksi vain WHODAS 2.0 -mittaria. Toimintakykymittareiden koekäyttö aloitettiin viikolla 32. Vähäisen osallistujamäärän takia koekäyttöaikaa jatkettiin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen usealla viikoilla aina viikolle 46 asti. Osallistujamäärän vähyteen vaikutti sosiaaliohjaajien kertoman mukaan lomat, lapsiasiakkaiden paljous, vieraskielisten asiakkaiden paljous, haasteelliset asiakastapaukset sekä asiakkaiden haluttomuus osallistua tutkimukseen. Varsinkin tulkin välityksellä työskenneltäessä koettiin ylimääräisen toimintakykymittarin täyttäminen mahdottomaksi tehtäväksi. Omaishoidon tuen kotikäynti kestää keskimäärin puolitoista tuntia. Tänä aikana käydään yhdessä hoitajan ja hoidettavan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma läpi sekä täytetään Rava-toimintakykymittarilomake.

6.1 Vastaajien kokemuksia toimintakykymittarien koekäytöstä

Sosiaaliohjaajien kokemukset FSQfin -mittarin koekäytöstä olivat samansuuntaisia, kun taas kokemukset WHODAS 2.0 -mittarin käytöstä poikkesivat melko paljon toisistaan. Toimintakykymittarilomakkeiden Internet-osoitteet löytyvät liitteestä 4.

Kaikki FSQfin -mittarin koekäyttöön osallistuneet sosiaaliohjaajat olivat sitä mieltä, että FSQfin oli helposti käyttöönotettavissa. Mittarin kysymykset olivat heistä konkreettisia ja

selkeitä. Niin ikään asiakkaat ymmärsivät kysymykset ongelmitta. Mittarilomakkeen täyttäminen sujui vaivattomasti ja nopeasti. Kysymyksiä ei yhdenkään sosiaaliohjaajan kertoman mukaan tarvinnut selittää normaalia enempää. Erään haastateltavan mielestä asiakkaat olivat kuitenkin kokeneet muutaman kysymyksen kohdalla vastausvaihtoehdot haasteellisiksi. Sosiaaliohjaajien käyttämä aika FSQfin mittarin täyttämiseen kotikäynnillä vaihteli käyttäjästä riippuen: noin 5 – 10 minuuttia (n=4), 15 minuuttia (n=2) tai 20 minuuttia (n=1).

”Tää oli mun mielestä aika selkee, mutta tässä ei tuu ihan kaikkea mitä mun mielestä tarttis saada selville”.

”Joo tämä oli selkeä ja kuvasi aika kattavasti kumminkin tätä ihmisen selviytymistä. Kiva ottaa käyttöön, mä tykkäsin”.

”Tää oli musta ihan selkee. Tässä oli paljon näitä kysymyksiä, samoja kun Ravassa esimerkiksi, mutta toisaalta sitten tarkemmin ja sit niitä sai selventää tähän sivuun”.

”Sanotaan niin, että mittari ei ihan vastannut odotuksia, et Rava on mun mielestä kyllä parempi.”

Viisi kahdeksasta haastateltavasta koki WHODAS 2.0 -mittarilomakkeen käyttöönoton haasteelliseksi. Yhden haastateltavan mielestä käyttöönotkokokemus oli melkein pähdistava. He kertovat kokeneensa kysymyslomakkeen monimutkaiseksi kysymyskortteineen. (Kyselylomakkeen lopussa on kaksi kysymyskorttia, jotka on tarkoitus asettaa haastattelutilanteessa pöydälle asiakkaan nähtäväksi helpottamaan kysymyksiin vastaamista). Yhden sosiaaliohjaajan mielestä lomake tuntui aluksi hankalalta, mutta kun hän oli tutustunut lomakkeeseen paremmin, se alkoi vaikuttaa selkeämmältä. Kolme haastateltavaa puolestaan kertoi mittarin käyttöönoton sujuneen ilman mainittavia ongelmia. Yhden mielestä uuden tyyppinen lomake oli jopa tervetullutta vaihtelua. Kolme sosiaaliohjaajaa kahdeksasta kertoi WHODAS 2.0 -mittarikysymysten aiheuttaneen ylimääräistä selvittelyä täytettäessä lomaketta asiakkaan kanssa. Loput viisi eivät havainneet mitään erityisiä ongelmia lomakkeen täyttämisenä. Sosiaaliohjaajien käyttämä aika WHODAS 2.0 mittarilomakkeen täyttämiseen

kotikäynnillä vaihteli käyttäjästä riippuen: noin 5 – 10 minuuttia (n=1), noin 10 – 20 minuuttia (n=3), 15 minuuttia (n=2), 20 – 25 minuuttia (n=2).

”Tää oli mun mielestä vielä huonompi kuin tämä edellinen (FSQfin)”.

”Tää oli vähän sekavampi. Ensin piti sitä itse mieltä ja lukee noit ohjeita ja kun siin oli noi lisäpaperit sitten mitkä asiakkaallekin annettiin”.

”Minusta tuntuu, että se oli minulle vaikeampaa kun sille asiakkaalle”.

”Kyllä ne ymmärsi ne kysymykset, mutta ne ihmetteli näitä kysymyksiä toisalta, et miten nää niinku liittyy omaishoidon tukeen”.

6.2 Vastaajien kokemuksia hoidettavan tilanteen kuvaamisesta mittareilla

Sosiaaliohjaajien kokemukset siitä, miten toimintakykymittarit heidän mielestään kuvasivat hoidettavan tilannetta, vaihtelivat vastaajasta ja toimintakykymittarista riippuen. Vastausten perusteella FSQfin -mittarin koettiin kuvaavan WHODAS 2.0 -mittaria paremmin hoidettavan toimintakykyä ja avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa. FSQfin -mittarissa koettiin olevan paljon hyviä ominaisuuksia, mutta sen ei kuitenkaan koettu kuvaavan kaikkia niitä aihealueita, jotka omaishoidon tuen arvioinnissa ovat oleellisia. Seuraavaksi kuvaan aihealueittain sosiaaliohjaajien kokemuksia koekäytössä olleista toimintakykymittareista. Lopuksi esitän yhteenvedon sosiaaliohjaajien arvioista taulukkomuodossa (taulukko 4).

FSQfin -toimintakykymittarissa ei ole kysymystä hoidettavan **lääkityksestä**. Tämä koettiin suureksi puutteeksi. Yhden vastaajan mielestä mittarilomaketta täytettäessä lääkitys tuli kyllä puheeksi muiden kysymysten yhteydessä. Kuuden haastateltavan mielestä lääkitys ei tullut millään tavoin esille lomaketta täytettäessä. Kaikkien vastanneiden mielestä omaishoidon tuen mittarissa tulisi ehdottomasti olla kohta, jossa kysytään hoidettavan lääkitykseen liittyvistä asioista.

FSQfin -mittarissa on kaksi **ruokailuun** liittyvää kysymystä: syöminen ja ruoanlaittaminen. Nämä kaksi kysymystä koettiin tarpeellisiksi ja selkeiksi. Vastaajien mielestä koettiin hyväksi myös kysymyslomakkeen oikeassa reunassa oleva

lisätietosarake, johon voi lisätä hoidettavan tarvitseman apuvälineen tai nimetä henkilön jolta saa apua.

FSQfin -mittarissa kysytään yhdessä kysymyksessä **pukeutumisesta** ja riisuuntumisesta. Tämä oli lähes kaikkien vastaajien mielestä hyvä, koska ne ovat kaksi erillistä toimintoa. Lisäksi mahdollisuus antaa lisätietoja sai tässäkin kohdassa paljon kiitosta.

Kysymykset **henkilökohtaisesta hygieniasta** saivat myös paljon kiitosta. FSQfin -mittarissa on eritelty peseytyminen suihkussa tai saunassa sekä muun henkilökohtaisen hygienian hoitaminen kuten hiukset, parranajo yms. Lähes kaikki haastateltavat kertoivat asiakastilanteista, joissa hoidettava esimerkiksi selviytyy omatoimisesti joistain toiminnoista, mutta ei voi mennä suihkuun ilman apua tai valvontaa. Myös **WC-asiat** tulivat vastaajien mielestä hyvin esille mittarissa. Näissäkin kohdissa mahdollisuus lisätietojen antoon koettiin mittarin hyväksi ominaisuudeksi.

Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä FSQfin -mittarin **sisällä liikkumista** koskeviin kysymyksiin. Kaksi vastaajaa kehui erityisesti portaissa liikkumiseen liittyvää kysymystä. Myös kysymysten **liikkuminen ja asioiminen ulkona** koettiin kuvaavan tilanteet hyvin ja kattavasti. Yksi vastaaja kertoi, että kysymysten myötä hoidettavan tilanteesta nousi esille asioita, joista ei ole aikaisemmin ollut puhetta.

Hoidon tarve yöllä ei FSQfin -mittarin kysymyksissä tule millään tavoin esille. Kaikki vastaajat kokivat tämän erittäin suurena puutteena. Hoidon tarve yöllä kertoo muun muassa siitä, kuinka jatkuvaa ja sitovaa kotona tapahtuva hoito on, eli onko hoito ympärivuorokautista vai ei. Tämä on hyvin tärkeä asia omaishoidon tuessa, sillä ympärivuorokautisesta hoidosta maksetaan omaishoitajalle korkeampaa hoitopalkkiota.

Hoidettavan tarvitseman **valvonnan ja ohjauksen tarve** FSQfin -mittarissa tulee kahden vastaajan mielestä oikein hyvin esille, koska jokaisen kysymyksen kohdalla on mahdollisuus kertoa minkälaista apuvälinettä käyttäen tai kenen avulla hoidettava selviytyy päivittäisistä askareistaan. Viisi vastaajaa puolestaan koki, että hoidettavan tarvitsema valvonta ja ohjauksen tarve ei tule kyselymittarissa millään tavoin esille. He kokivat tämän suureksi puutteeksi.

Sosiaaliohjaajien kokemukset FSQfin -mittarin tuottamista tuloksista tarkasteltaessa hoidettavan **sosiaalisia taitoja** poikkesivat myös paljon toisistaan. Kaksi vastaajaa kertoo saaneensa käsityksen hoidettavan sosiaalisista taidoista muiden kysymysten perusteella, ns. rivien välistä kuultuna sekä hyödyntämällä lisätietoja -saraketta. Viiden vastaajan mukaan sosiaaliset taidot eivät tulleet esille millään tavoin. Yksi vastaaja näistä viidestä oli sitä mieltä, ettei omaishoidon tuen mittarissa välttämättä tarvitse kysyä sosiaalisista taidoista, koska koko käsite on niin laaja. Jäljelle jäävän neljän vastaajan mielestä mittari oli tältä osin puutteellinen.

Yhdenkään sosiaaliohjaajan mielestä mittarikysymysten perusteella hoidettavan **vuorovaikutustaidot ja aistit** eivät suoranaisesti käy ilmi. Vastaukset poikkesivat kuitenkin toisistaan. Yhden mielestä vuorovaikutustaidot tulivat kyllä jollain tavoin esille muita kysymyksiä käsiteltäessä. Kahden mielestä toimintakykymittarissa ei välttämättä tarvitse olla näitä kysymyksiä, mutta olisi tietenkin hyvä jos ne olisivat mukana. Neljän mielestä nämä kysymykset ovat olennainen osa omaishoidon tuen arviointia ja ne tulisi sisällyttää mittarikysymyksiin.

Sosiaaliohjaajat antoivat myös hyvin erilaisia vastauksia hoidettavan **muistia** koskevaan kysymykseen. FSQfin -mittarissa ei ole suoraa kysymystä hoidettavan muistista. Yksi vastaaja pohti kuitenkin muistiongelmaisen henkilön kohdalla esimerkiksi vastausta mittarilomakkeella olevaan kysymykseen kauppa-asioiden hoitamisesta. Hänestä monen muunkin mittarikysymyksen kohdalla muistiongelmat voisivat nousta esille. Toinen vastaaja puolestaan pohti kysymyksen tarpeellisuutta toimintakykymittarissa, jos hoidettavan muistiongelmissa ja niiden laajuudesta kerrotaan kuitenkin lääkärintilauksessa. Kolmannen mielestä olisi suotavaa, että mittarissakin näkyisi muistin tila, vaikka käytämmekin muistitestien tuottamaa tietoa omaishoidon tuen arviointia tehdessämme. Neljän vastaajan mielestä mittarissa ei ollut kysymystä muistista, joka koettiin hyvin oleelliseksi asiaksi omaishoidon tuessa ja siksi mittari koettiin kovin puutteelliseksi tältä osin.

Kaksi vastaajista ei halua jatkaa FSQfin -mittarin (koe)käyttöä: toinen heistä kertoo pitäneensä WHODAS 2.0 -mittarista enemmän. Yksi vastaaja voisi jatkaa mittarin käyttöä varsinkin, jos sitä voisi hiukan kehittää tietyiltä osin. Neljä vastaajaa voisi hyvinkin jatkaa mittarin (koe)käyttöä. Mittarin positiivisiksi ominaisuuksiksi he mainitsivat muun muassa sen käytön yksinkertaisuuden ja selkeyden niin asiakkaalle kuin työntekijällekkin. Lisäksi mahdollisuus lisätietojen antoon koettiin positiiviseksi seikaksi. Vaikka mittari ei tuottanut

kaikkea omaishoidon tuen arvioinnissa tarvittavaa tietoa, oli sosiaaliohjaajien mielestä mittarissa kuitenkin paljon hyviä puolia.

WHODAS 2.0 -mittarissa ei yhdenkään vastaajan mukaan kysytä **lääkityksestä** suoraan mitään. Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kysymyksen puuttuminen koettiin miinukseksi aivan kuten toisenkin koekäytössä olleen mittarin kohdalla. Yhden vastaajan mielestä asia tulee hoito- ja palvelusuunnitelmassa joka tapauksessa esille, joten kysymyksen esittäminen mittarissa ei hänestä ole välttämätöntä. Lääkitykseen liittyen eräs vastaaja mainitsi positiivisena asiana sen, että ennen kuin varsinaisia mittarikysymyksiä aletaan esittää, kerrotaan ohjeen mukaisesti asiakkaalle, mitä terveydentilalla tarkoitetaan. Tässä kohdin muun muassa alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden käytön ongelmat otetaan esille. Eräs toinen vastaaja puolestaan kertoi mittarikysymysten olleen sellaisia, että puhe lähti helposti rönsyilemään jolloin ajaututtiin keskustelemaan myös lääkityksestä.

Ruokailusta ei myöskään esitetä WHODAS 2.0 -mittarissa yhtään kysymystä. Seitsemän vastaajaa piti tätä varsin huonona asiana, koska syömiseen ja ruokailutilanteisiin liittyvät seikat kuuluvat sosiaaliohjaajien mukaan omaishoidon tuen peruskysymyksiin. Yhden vastaajan mielestä asiaa kysytään joka tapauksessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa, joten kysymys ei hänestä ole välttämätön mittarissa.

Pukeutuminen selvisi kaikkien vastaajien mielestä riittävän hyvin WHODAS 2.0 -mittarilla. Yksi vastaaja kertoo asiakkaan kokeneen annetut vastausvaihtoehdot haasteellisiksi. Samoin kysymys **henkilökohtaisesta hygieniasta** selvisi vastaajien mukaan hyvin mittarilla, vaikkakin kaksi vastaajaa korosti, että kysymys oli vain yleisellä tasolla esitetty, eikä siinä ollut eroteltu suihkussa käyntiä ja muuta henkilökohtaisen hygienian hoitoa. Yhden vastaajan mielestä mahdolliset lisäselvitykset voi aina kirjoittaa hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

WC-asioista ei ollut lainkaan kysymystä WHODAS 2.0 -mittarissa. Tämä kuuluu sosiaaliohjaajien mielestä omaishoidon tuen peruskysymyksiin. Seitsemän vastaajaa koki kysymyksen puuttumisen pitkäksi miinukseksi. Yhden vastaajan mielestä asia selviää hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Lisäksi eräs vastaaja kertoi, että wc-asioiden hoitamiseen liittyvät seikat tulivat kuitenkin esille muiden kysymysten yhteydessä.

Hoidettavan **liikkumiskykyä sisätiloissa** ei sosiaaliohjaajien mielestä pystytty suoraanaisesti mittaamaan WHODAS 2.0 -mittarilla. Liikkuminen sisätiloissa tuli vastaajien mukaan jollain tavoin esille, mutta ei riittävän hyvin. Kaipaamaan jäätiin muun muassa tietoa siirtymistilanteista kotona sekä liikkumista mahdollisesti rajoittavasta kivusta. Toisaalta yksi vastaaja kertoi saaneensa täysin uudenlaista tietoa hoidettavan liikuntakyvystä mittarikysymyksen 'Seistä pidempään, esimerkiksi 30 minuuttia' avulla.

Sosiaaliohjaajien kokemukset WHODAS 2.0 -mittarin avulla saaduista tiedoista hoidettavan **liikkumisesta ja asioimisesta kodin ulkopuolella** olivat samansuuntaisia, mutta niissä oli paljon vivahde-eroja. Seitsemän vastaajan mielestä liikkuminen tuli enemmän tai vähemmän hyvin selvitetyksi, mutta asioiminen ei heidän mielestään selvinnyt lainkaan. Yhden mielestä kyse oli hoidettavan jaksamisesta, eikä niinkään liikkumisesta tai asioimisesta.

Hoidon tarve yöllä ei selvinnyt WHODAS 2.0 -mittarin avulla. Se ei selvinnyt toisenkaan koekäytössä olleen mittarin kysymyksistä. Kaikkien kahdeksan vastaajan mielestä tämä on yksi omaishoidon tuen peruskysymyksistä, eikä sitä voida sivuuttaa.

Kuuden vastaajan mielestä tiedot hoidettavan tarvitsemasta **valvonnasta ja ohjauksesta** eivät tulleet WHODAS 2.0 -mittarikysymysten avulla lainkaan esille. Yksi heistä lisäsi, että asia tulee kyllä riittävän hyvin esille hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kahden vastaajan mielestä asiakkaan tarvitsema valvonta ja ohjaus selviää mittarikysymysten avulla silloin kun ne yhdistää muihin kysymyksiin, kuten pärjääkö hoidettava tilanteessa yksin vai tarvitseeko hän apua/ohjausta/valvontaa selviytyäkseen kyseessä olevasta tilanteesta tai toiminnosta.

Hoidettavan **sosiaaliset taidot** tulivat kaikkien vastaajien mielestä erittäin hyvin esille WHODAS 2.0 -mittarin avulla. Erilaisten asiakkaiden vahvuudet ja heikkoudet sosiaalisissa taidoissa sekä sosiaalisten vaikeuksien vaikutus ihmisen toimintakykyyn ja hyvinvointiin nousivat mittarikysymysten myötä hyvin esille. Yhden vastaajan mielestä omaishoidon tuessa ei tosin välttämättä tarvitse kysyä sosiaalisista taidoista niin laajasti kuin tässä mittarissa tehdään.

Hoidettavan **vuorovaikutustaidot ja aistit** tulivat seitsemän vastaajan mielestä hyvin tai kohtalaisesti mitatuiksi WHODAS 2.0 -mittarin avulla. Heidän vastauksissaan aistit jäivät

selvästi vähemmälle huomiolle. Yksi heistä mainitsi, että aistit tulevat joka tapauksessa hoito- ja palvelusuunnitelman myötä puheeksi. Yksi vastaaja kahdeksasta puolestaan kertoo hoidettavan vuorovaikutustaitojen ja aistien jääneen hänelle täysin epäselviksi. Eräs vastaaja kehui erityisesti kysymystä 'Kuinka paljon terveydentilasi on vaikuttanut tunteisiisi'. Vastaaja kertoi esimerkin eräästä hoidettavasta, joka oli kysymyksen kuultuaan kertonut muun muassa pohtineensa elämänsä tarkoitusta, kun siinä ei ole enää iloa. Hoidettava ei kertomansa mukaan kuitenkaan kokenut olevansa masentunut.

Hoidettavan **muistin taso** ei vastaajien mielestä tullut suoranaisesti mitatuksi WHODAS 2.0 -mittarilla. Viiden vastaajan mukaan hoidettavan mahdolliset muistiongelmät eivät selviä mittarikysymyksillä. Kolmen vastaajan mukaan kysymys 'Oppia uutta, esimerkiksi löytää reitti uuteen paikkaan' kertoi kyllä muistista jotain, mutta ei kuitenkaan riittävän selkeästi, eikä omaishoidon tuessa vaadittavalla tasolla. Mittarissa tulisi vastaajien mielestä olla selkeä kysymys hoidettavan muistista. Eräs vastaaja otti tässä kohdin esiin kysymyksen 'Keskittyä johonkin tekemiseen 10 minuuttia'. Hänestä kysymys on hyvä esimerkiksi arvioitaessa ADHD-asiakkaita.

Kaksi vastaajaa kahdeksasta oli halukas jatkamaan WHODAS 2.0 -mittarin käyttöä. Toinen heistä ilmoitti olevansa valmis ottamaan WHODAS 2.0 -mittarin Rava-mittarin tilalle. Loput kuusi vastaajaa piti mittaria kotikäynnillä liikaa aikaa vievänä, hankalana käyttää tai muuten riittämättömänä omaishoidon tuen arvioinnin tarpeisiin.

Kaksi vastaajista ilmoitti olevansa halukas kokeilemaan 36 kysymyksen WHODAS 2.0 -mittaria. Näiden kahden lisäksi kaksi muuta vastaajaa tutustuisi mielellään laajemmassa mittarissa oleviin kysymyksiin. He haluaisivat tietää, löytyisikö 36 kysymyksen mittarista niitä kysymyksiä, mitä he 12 kysymyksen mittarissa jäivät kaipaamaan. Loput neljä vastaajaa eivät olleet halukkaita tutustumaan laajempaan mittariin.

Lopuksi vielä yhteenveto sosiaaliohjaajien arvioista aihealueittain. Taulukossa (taulukko 4) on käytetty arviointiasteikkoa 0 – 3, jossa Erinomainen = 3, Hyvä = 2, Tyydyttävä = 1 ja Heikko = 0.

Taulukko 4. Toimintakykymittareiden FSQfin ja WHODAS 2.0 aihealueet asteikolla arvioituna

Aihealue	FSQfin	WHODAS 2.0
Lääkitys	0	0
Ruokailu	3	0
Pukeutuminen	3	2
Henkilökohtainen hygienia	3	2
WC-asiat	2	0
Liikkuminen sisällä	3	1
Liikkuminen ja asioiminen ulkona	3	2
Hoidon tarve yöllä	0	0
Valvonta ja ohjaus	1	1
Sosiaaliset taidot	1	3
Vuorovaikutus ja aistit	1	2
Muisti	1	1

6.3 Vastaajien toimintakykymittarille asettamat vaatimukset

Vastaajat olivat melko yksimielisiä siitä, että omaishoidon tuen kotikäynnille sopivan toimintakykymittarin tulisi olla helppokäyttöinen ja helposti ymmärrettävä niin sosiaaliohjaajalle kuin asiakkaallekin. Kyselyn tulisi olla lyhyt ja ytimekäs, eikä lomakkeen täyttämiseen kotikäynnillä saisi kulua enempää kuin maksimissaan 15 minuuttia. Kysymysten avulla hoidettavan konkreettinen toimintakyky ja avun tarve kotona sekä arjen toiminnoissa tulisi selvittää. Mittarin tulisi mitata hoidettavan fyysistä ja psyykkistä kuntoa, sekä kuvata hoidettavan tarvitseman ohjauksen ja valvonnan tarvetta.

”Ensimmäiseksi tulee mieleen helppous, sekä työntekijän mutta myös mittaavan ihmisen ymmärtämisen kannalta. Sitten tuli tällainen konkreettisuus eli sen pitäisi selkeästi olla arkipäivän tekemistä, kotona pärjäämistä ja selviytymistä mittaavaa.”

”Henkilökohtaisissa asioissa olisi semmoinen aika pikkutarkka se osuus ja sitten näitä muita elämänalueita vaikka vähän pyöreämmin”.

”Mittarit, joissa asiakkaan vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa tulevat esille mahdollisimman laaja-alaisesti kuten esimerkiksi avun ja ohjauksen tarve ja valvonnan tarve. Minusta mittarin täyttö saisi viedä noin 10 minuuttia.”

Yleisesti ottaen sosiaaliohjaajat olivat sitä mieltä, että mittarin täyttöön kotikäynnillä saisi kulua noin 10 – 15 minuuttia. Eräässä vastauksessa nousi esille myös mahdollisuus hyödyntää mittaria läpi koko kotikäynnin. Tällöin toimintakykymittarin kysymykset ikään kuin sisällyttäisiin hoito- ja palvelusuunnitelman kysymyksiin, jolloin samoja kysymyksiä ei enää tarvitsisi esittää uudelleen.

”Mun mielestä mittarin ajankäytössä kotikäynnillä ei ole rajaa, koska sitä mittariahan voidaan täyttää koko ajan sen kotikäynnin yhteydessä, eliikkä kuljettaa mukana”.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää vaihtoehtoinen mittari Rava-toimintakykymittarin tilalle sekä selvittää ne ominaisuudet, joita sosiaaliohjaajat hyvältä, heidän työnkuvaansa sopivalta mittarilta edellyttävät. Sosiaaliohjaajien koekäytettäviksi valittiin kaksi toisistaan poikkeavaa toimintakykymittaria. Mittareiden valintaan vaikutti muun muassa mittarin helppokäyttöisyys sekä käyttöönoton vaivattomuus ja maksuttomuus. Esimerkiksi koulutusta vaativan mittarin tai kotikäynnillä aikaa vievän mittarin koekäyttö työn hektisyyden takia ei olisi ollut mahdollista. Edellä mainitut mittareille asetetut vaatimukset jättivät useita hyviä mittareita tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimustulosten perusteella FSQfin -mittarin koettiin soveltuvan WHODAS 2.0 -mittaria paremmin omaishoidon tuen asiakkaiden arviointiin. Se ei kuitenkaan vastannut täysin niitä vaatimuksia, joita sosiaaliohjaajat hyvälle toimintakykymittarille asettivat. Sosiaaliohjaajien kokemuksissa oli havaittavissa melko suuria eroja niin koekäytössä olleiden mittareiden kuin myös hyvälle mittarille asetettujen vaatimustenkin suhteen. Huomionarvoista oli myös se, että sosiaaliohjaajat olivat ymmärtäneet osan mittarikysymyksistä kovin eri tavoin. Esimerkiksi hoidettavan valvontaa ja ohjausta koskeva kysymys sai yllättävän erilaisia vastauksia FSQfin -mittarin kohdalla: osan mielestä aihealue nousi hyvin esille kun taas osa koki, ettei aihealuetta käsitelty lainkaan. Tämä viestii mielestäni siitä,

että mittarit olivat käyttäjilleen uusia, eikä niiden käyttökokemuksia ollut vielä jaettu keskenään.

Haastattelujen perusteella sosiaaliohjaajat kokivat FSQfin -mittarin selkeäksi ja helposti käyttöönotettavaksi. Vastaavaa toteavat Kajas-Juselius ja Lehtosalo (2011) ammatillisissa neurologisen fysioterapian erikoistumisopinnoissaan. Erityisen hyviksi koettuja kysymyksiä mittarilomakkeella olivat sosiaaliohjaajien mielestä kysymykset ruokailusta, pukeutumisesta, henkilökohtaisesta hygieniasta, liikkumisesta sisätiloissa sekä liikkumisesta ja asioimisesta ulkona. Kysymys WC-asioiden hoitamisesta koettiin myös hyväksi. Lisäksi kysymyslomakkeen oikeassa reunassa oleva lisätietosarake sai useita positiivisia mainintoja sosiaaliohjaajilta. Koivisto ja Mäntykivi (2006) toteavat pro gradu-tutkielmassaan FSQfin -mittarin olevan herkkä yksittäisten henkilöiden arkitoinnista selviytymisen seurannassa. Aihealueet valvonta ja ohjaus, sosiaaliset taidot, vuorovaikutus ja aistit sekä muisti eivät sosiaaliohjaajien mielestä tulleet riittävän hyvin esille mittarin avulla. Erittäin suureksi puutteeksi mittarissa koettiin kysymysten puuttuminen hoidettavan lääkityksestä ja hoidon tarpeesta yöllä. Neljä vastaajaa seitsemästä ilmoitti olevansa halukas jatkamaan FSQfin -mittarin käyttöä.

WHODAS 2.0 -mittari koettiin yleisesti ottaen heikommin omaishoidon tuen tarpeisiin soveltuvaksi kuin FSQfin. Useissa tutkimuksissa, kuten Chopran, Couperin ja Herrmanin (2004) tekemässä tutkimuksessa pitkäaikaisista psykoottisista häiriöistä kärsiville potilaille todetaan, että WHODAS 2.0 -mittari on kehitetty yleispäteväksi arviointimenetelmäksi. Tutkimuksessa suositellaan, varsinkin mielenterveyspotilaiden kohdalla, WHODAS 2.0 -menetelmää käytettävän yhdessä kliinisen toimintakykyä ja toimintarajoitteita mittaavan menetelmän kanssa, kun halutaan kuvata potilaan omaa kokemusta terveydentilasta. Myös Paltamaa ja Kantanen (2013) suosittelevat muiden arviointimenetelmien käyttöä yksilöllisten tarpeiden mukaan hoidettavan toimintakyvyn selvittämiseksi muillakin kuin ICF:n osa-alueella osallistuminen. Sosiaaliohjaajien kokemukset WHODAS 2.0 -mittarista poikkesivat paljon toisistaan: osan mielestä mittari ei soveltunut lainkaan omaishoidon tuen asiakkaiden arvioinnin tueksi ja osan mielestä mittari taas toimi kyseisen asiakasryhmän kohdalla hyvin. Myös osa vastaajista piti mittarin käyttöönottoa erityisen haasteellisena. Kiitettävän arvosanan mittari sai ainoastaan hoidettavan sosiaalisten taitojen ja elämän kartoittamisesta. Myös Meesters ym. (2009) ottavat nivelreumaa sairastavien aikuisten tutkimuksessa positiivisesti kantaa kysymyksiin tutkittavien mahdollisuuksista osallistua erilaisiin tapahtumiin ja yhteiskuntaan. Sosiaaliohjaajat ko-

kivat aihealueet pukeutuminen, henkilökohtainen hygienia, liikkuminen ja asioiminen ulkona sekä vuorovaikutus ja aistit riittävän hyvällä tasolla tietoa tuottaviksi kysymyksiksi. Sen sijaan mittari ei heidän mielestä tuottanut lainkaan tai ei ainakaan mittarille vaadittavalla tasolla tietoa hoidettavan kyvystä liikkua sisätiloissa, valvonnan ja ohjauksen tarpeesta tai muistin tasosta. Mittari sai runsaasti negatiivista palautetta siitä, että aihealueilta lääkitys, ruokailu, WC-asiat ja hoidon tarve yöllä kysymyksiä ei ollut lainkaan. Vain kaksi sosiaaliohjaajaa kahdeksasta oli halukas jatkamaan WHODAS 2.0 -mittarin käyttöä.

Luettuani litteroidut haastattelut useaan kertaan, päädyin jakamaan sosiaaliohjaajien vastaukset toimintakykymittarille asetettujen vaatimusten perusteella karkeasti kolmeen eri ryhmään. Kutsun näitä ryhmiä nimillä Ryhmä A, Ryhmä B ja Ryhmä C.

Näkemykseni mukaan Ryhmä A edellyttää hyvässä toimintakykymittarissa olevan kaikki ne samat kysymykset, jotka nykyisessä ja vanhassa omaishoidon tuen hoito- ja palvelusuunnitelmassa on esitetty hoidettavan avuntarpeesta päivittäisissä toiminnoissa. Koska toimintakykymittarin täyttämiseen käytetty aika haastattelujen perusteella ei kuitenkaan saisi ylittää 15:tä minuuttia, olisi ryhmä A:n vaatimukset täyttävän toimintakykymittarin oltava täysin hoito- ja palvelusuunnitelman mukainen eli juuri tätä tilannetta varten itse räätälöity mittari tai vähintäänkin jostain olemassa olevasta toimintakykymittarista oman tarpeen mukaisesti muunneltu versio. Nämä vaihtoehdot ovat mielestäni huonoja kaiken sen perusteella, mitä olen toimintakykymittareista tätä opinnäytetyötä tehdessäni oppinut. Oman mittarin kehittäminen vie ensinnäkin turhaan resursseja perustyöltä, eikä lopputulos takaa laatua. Ainoastaan mittari, jonka psykometriset ominaisuudet (pätevyys, toistettavuus/luotettavuus, muutosherkkyys) ovat laajasti ja ammattimaisesti testatut ja hyväksi todetut kyseessä olevalle kohderyhmälle, täyttää mielestäni laadukkaalle toimintakykymittarille asetetut vaatimukset.

Ryhmä B puolestaan edellyttää hyvältä mittarilta myöskin paljon samoja kysymyksiä joita hoito- ja palvelusuunnitelmissa esitetään, mutta heidän mielestään kaikki samat kysymykset eivät ole välttämättömiä. Monet asiat selviävät kysymättäkin muiden mittarikysymysten kautta tai ainakin hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Ryhmä B ei siis odota toimintakykymittarin kattavan kaikkia hoidettavan arjessa selviytymiseen liittyviä kysymyksiä. Ryhmä B:lle riittää hyvinkin jokin tarjolla oleva, lyhyt ja ytimekäs mittari kuten FSQfin.

Ryhmä C näkee toimintakykymittarin funktion hieman erilaisena kuin ryhmät A ja B. Ryhmä C:n mielestä hyvässä toimintakykymittarissa tulee toki olla kysymyksiä hoidettavan selviytymisestä arjen toiminnoissa, mutta heidän mielestään mittari toimii enemmänkin hoito- ja palvelusuunnitelman tukena antaen entistä laajemman kokonaiskuvan hoidettavan toimintakyvystä ja sen rajoitteista. Ryhmä C voisi hyvinkin käyttää esimerkiksi WHODAS 2.0 -mittaria.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten haettiin Helsingin kaupungilta 12.5.2015 päivätyllä hakemuksella. Tutkimuslupa myönnettiin 26.6.2015. Tutkimuslupahakemuksessa kerrottiin, ettei tutkimuksesta koidu kustannuksia sosiaali- ja terveysvirastolle. Lisäksi siinä mainittiin, että tutkimukseen osallistuminen niin asiakkaille kuin sosiaaliohjaajillekin on vapaaehtoista ja että tutkimukseen osallistuneet henkilöt eivät ole tunnistettavissa tutkimusraportista. Tutkimusluvan hakija vastaa tutkimusaineiston hävittämisestä opinnäytetyön valmistuttua.

Ihmisoikeudet muodostavat eettisen perustan ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän on varmistettava, että kaikki tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat tietoisia tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä ja myös mahdollisista riskeistä. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Tutkimuksen tekijän edellytetään olevan rehellinen ja hän on velvollinen kertomaan tutkimukseen osallistujille heidän oikeutensa, kuten oikeudesta jälkikäteen kieltää heitä koskevan materiaalin käytön tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistujan tulee ennen kaikkea ymmärtää mihin hän osallistuu. Osallistujille ei saa aiheuttaa tutkimuksen takia vahinkoa. Tutkimuksen tiedot ovat luotamuksellisia, eikä niitä saa käyttää mihinkään muuhun kuin sovittuun tarkoitukseen. Tutkimukseen osallistujien henkilötiedot on pidettävä salassa, jos näin on alun perin sovittu. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131.)

Opinnäytetyö toteutettiin yllä mainittuja eettisiä periaatteita noudattaen. Kuten luvun alussa jo mainittiin, oli tutkimukseen osallistuminen vapaaehtoista. Sosiaaliohjaajille kerrottiin tutkimuksesta ensin suullisesti koko kaupungin omaishoidon tuen palaverissa. Ennen varsinaista toimintakykymittareiden koekäytön aloitusta ohjeistus käytiin vielä jokai-

sella aluetoimistolla erikseen yksityiskohtaisesti läpi. Samalla korostettiin sitä, että tutkimukseen osallistuminen on suotavaa, mutta ei pakollista. Neljä sosiaaliohjaajaa ei osallistunut tutkimukseen.

Asiakkaille kerrottiin kotikäynnin yhteydessä, että tutkimukseen osallistumisella tai osallistumatta jättämisellä ei ole mitään vaikutusta omaishoidon tuen päätökseen. Tutkimuksen osalta heidän ei tarvitse tehdä muuta kuin vastata kotikäynnillä esitettyihin kysymyksiin. Heille myös kerrottiin, että tiedot käsitellään anonymisti. Suostumus osallistumisesta pyydettiin asiakkailta kirjallisesti. Osa asiakkaista kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen.

Materiaalin säilyttämisestä sovittiin tutkimukseen osallistuvien sosiaaliohjaajien kanssa ennen mittareiden koekäytön aloitusta. Sovittiin, että sosiaaliohjaajat säilyttävät täytetyt mittarilomakkeet asiakasmapeissaan. Niitä ei tarvitse luovuttaa tutkimuksen tekijälle. Jokainen sosiaaliohjaaja huolehtii tietojen säilyttämisestä ja heti tutkimuksen valmistuttua niiden tuhoamisesta viraston käytäntöjen mukaisesti.

Tutkimus tehtiin opinnäytetyöntekijän omassa työyhteisössä, joten oli erityisen tärkeää huolehtia tutkimuksen eettisyydestä. Haastattelut järjestettiin rauhallisessa ja tutussa ympäristössä, kunkin sosiaaliohjaajan omassa toimipisteessä. Opinnäytetyön tekijä ei kommentoinut, eikä kertonut kenenkään antamista vastauksista muille. Jokaisella sosiaaliohjaajalla oli oikeus salassapitoon ja luottamukseen ja tämä heille myös kerrottiin. Vastanneiden henkilöllisyys ei tule raportista esille.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusta ja sen sisäistä johdonmukaisuutta. Osat esitetään tutkimusraportissa erillään, mutta niillä on selkeä suhde toisiinsa. Seuraavassa arvioidaan tämän opinnäytetyön luotettavuutta Tuomen ja Sarajärven (2002: 135, 138) mukaisesti.

Tutkimuksen kohteena olivat omaishoidon tuen 16-64-vuotiaiden asiakkaiden toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin sopivat toimintakykymittarit. Tutkimukseen valittiin kaksi mittaria kansallisen asiantuntijaverkoston ylläpitämästä Toimia-tietokannasta. Näin voitiin taata tutkimukseen valittujen mittareiden tarkoituksenmukaisuus ja korkea laatu. Teoriaosuuteen valitut tutkielmat ja artikkelit toimintakykymittareista kuvastivat tyypillisiä omaishoidon tuen asiakkaiden tilanteita, mikä antoi tutkimukselle totuudenmukaisen pohjan.

Tarkoituksena oli löytää nykyisen Rava-toimintakykymittarin tilalle sosiaaliohjaajien tarpeita paremmin tyydyttävä mittari. Tutkimus oli tärkeä, koska Rava-toimintakykymittarin käyttöön ollaan alle 65-vuotiaiden asiakkaiden omaishoidon tuen arvioinnissa oltu tyytymättömiä. Sosiaaliohjaajien kokemukset tutkimukseen valituista mittareista kartoitettiin. Lisäksi selvitettiin heidän hyvälle mittarille asettamansa vaatimukset.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin haastattelua. Kaikki haastattelut äänitettiin. Tutkimukseen osallistuneet sosiaaliohjaajat haastateltiin yksitellen puolistrukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Voidaan todeta, että haastattelut onnistuivat hyvin, koska informaatiota koekäytetyistä mittareista sekä hyvälle mittarille astetuista vaatimuksista saatiin riittävästi selkeän analyysin tekoa varten. Kaikki äänitetyt haastattelut kirjoitettiin ensin sana sanalta puhtaaksi. Sen jälkeen niistä etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia ryhmittelyn perustaksi. Lopputulokseksi saatiin kattava kuvaus sosiaaliohjaajien kokemuksista koekäytössä olleista mittareista aihealueittain. Lisäksi voitiin tehdä selkeä ryhmittely sosiaaliohjaajien hyvälle mittarille asettamista vaatimuksista.

Tutkimukseen osallistui kahdeksan sosiaaliohjaajaa kahdestatoista (67 %). Vastausprosentti oli tutkimuksen kannalta riittävä. Mittareiden koekäyttöaikaa jatkettiin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen usealla viikolla heikon osallistujamäärän takia. Näin ollen mittareita oli mahdollista koekäyttää 15 viikon ajan.

7.2 Tulosten yhteenveto ja jatkotutkimussuosituksiset

Voidaan todeta, että tutkimuksen tulokset vastaavat niihin kysymyksiin, joita tutkimukselle oli alun perin asetettu. Jatkotutkimussuosituksissa lähdetään pienistä konkreettisista tehtävistä ja lopuksi päädytään tulevaisuuden nimissä suosittelemaan laajemman kokonaisuuden kartoittamista.

Oman työn ohella uuden mittarin testaaminen on aina ylimääräinen rasite työntekijälle. Tässäkin tutkimuksessa perehtyneisyys koekäytössä olleisiin mittareihin vaihteli henkilöittäin. Tämä on ymmärrettävää, koska työ jo itsessään on melko hektistä. Monet kertoivat olleensa epävarmoja mittarien käytön suhteen. Uuden menetelmän käyttöönotto vaatii aina harjoittelua ja totuttelua. Mielipiteen muodostaminen ei myöskään tapahdu hetkessä. Tästä syystä olisikin mielenkiintoista jatkaa esimerkiksi suosiota enemmän

saaneen FSQfin -mittarin koekäyttöä vapaaehtoisten voimin. Näin koekäytön jälkeen olisi hyvä koota kokemukset yhteen ja selvittää yhdessä mittarilomakkeen käytön aikana esille tulleet epäselvyydet.

Sosiaaliohjaajien toimintakykymittarille asettamat edellytykset erosivat melko paljon toisistaan. Tämän perusteella olisi syytä pohtia, mikä funktio toimintakykymittarilla omaishoidon tuen työvälineenä on. Onko tarkoitus, että mittari antaa vastaukset ja pisteyttää tarkalleen ne samat kysymykset, joita omaishoidon tuen hoito- ja palvelusuunnitelmassa esitetään, vai tulisiko mittarin toimintakyvyn arvioinnin lisäksi täydentää hoito- ja palvelusuunnitelmaa?

Sosiaaliohjaajien työtappaa kotikäynnillä olisi myös syytä pohtia. Haastattelujen perusteella kotikäynnillä käydään ensin hoito- ja palvelusuunnitelma läpi ja sitten täytetään toimintakykymittarilomake, jolloin mittarille varattu aika on maksimissaan 15 minuuttia. Erään haastateltavan mielestä mittarin käytölle ei olisi tarvetta asettaa maksimiaikaa, jos mittaria hyödynnettäisiin läpi koko kotikäynnin. Näin ollen hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja mittaria käytettäisiin limittäin, jolloin samoja asioita ei tarvitsisi kysyä uudelleen ja aikaa voisi jäädä ylimääräisen, kenties laajemman toimintakykymittarin kysymyksille.

Omaishoidon tuki on suurten muutosten edessä. Tällä hetkellä kuntien omaishoidon tuen myöntämisperusteissa on paljon vaihtelua. Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman yksi tavoitteista on hoidettavien ja omaishoitajien yhdenvertaisuuden parantaminen tuen myöntämisperusteita yhtenäistämällä. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. 2014: 10, 17). Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan muun muassa omaishoitajan hoidettavalle antaman hoidon määrä ja sisältö. Kunnat laativat itse hoito- ja palvelusuunnitelmansa ja päättävät, mitä muita mittausmenetelmiä ne käyttävät. Olisiko yhdenvertaisuuden nimissä myös aiheellista pohtia mittausmenetelmien yhtenäistämistä? Näin asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten vertailu helpottuisi esimerkiksi tilanteessa, jossa asiakas muuttaa paikkakunnalta toiselle. Toisin sanoen yhtenäiset mittausmenetelmät parantaisivat viranomaisten yhteistyötä. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna yhtenäiset mittausmenetelmät parantaisivat asiakkaiden oikeudenmukaista ja yhdenvertaista kohtelua sekä palvelun läpinäkyvyyttä.

Ajan tasalla olevan tiedon hankinnassa olisi hyvä jatkossakin seurata Toimia-tietokantaa ja siellä olevia suosituksia eri asiakasryhmille ja käyttäjille kehitetyistä toimintakykymittareista. Uusia menetelmiä harkittaessa olisi erityisen tärkeää huomioida jo olemassa

olevat kansainväliset luokitukset ja standardit kehityksessä mukana pysymisen takaamiseksi.

Lähteet

Alanko, Tuulikki 2012. Multippeliskleroosia (MS) sairastavien fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset kymmenen vuoden seurannassa. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteen tiedekunta. Fysioterapia.

Chopra P. K. - Couper J. W. - Herrman H. 2004. The assessment of patients with long-term psychotic disorders: application of the WHO Disability Assessment Schedule II. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004;38: 753-759. Luettavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a9f894f6-a8bd-4097-98a8-56bbc0111a18%40sessionmgr111&vid=1&hid=102>>.

CP-lasten kuntoutuksen ja seurannan kehittäminen. Verkkodokumentti. <<http://cp.hanke.fi/materiaalit/icf/>>. Luettu 27.9.2015

FCG Finnish Consulting Group. Mikä on Rava-mittari. Verkkodokumentti. <<http://www.ravamittari.fi/mikä-rava-mittari>>. Luettu 4.4.2015

FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/95/>>. Luettu 16.9.2015
<<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/144/>>. Luettu 16.9.2015
<<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/liitetiedosto/466/>>. Luettu 16.9.2015

Helsingin kaupunki. Omaishoidon tuet. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/www/helsinki.fi/kaupunki-ja_hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=2932>. Luettu 4.4.2015

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara Paula 1996/2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

ICF : toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus : lyhyt versio. [Helsinki] : Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014 (Tampere : Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino).

International encyclopedia of rehabilitation. Whodas II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. Verkkodokumentti. <<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/299/#s3>>. Luettu 3.11.2015

Kaakkuriniemi Sinikka – Kalliomaa-Puha Laura – Korte Henna – Mattila Yrjö – Mikkola Tuula – Palosaari Eija – Uusitalo Marketta 2014. Omaishoitajan käsikirja. Copyright United Press Global 2014.

Kaivolainen, Merja – Kotiranta, Tuija – Mäkinen, Erkki – Purhonen, Merja - Salanko-Vuorela Merja (toim.) 2011. Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Kustannus Oy Duodecim 2011.

Kajas-Juselius, Katja – Lehtosalo, Merja 2011. Vaikeavammaisen kuntoutujan toimintakyvyn mittaaminen – ICF viitekehystenä. Kehittämistehtävä. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Ammatilliset erikoisopinnot. Neurologinen fysioterapia.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print 2012.

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. Helsinki 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-29417.pdf>.

Koivisto, Marjut – Mäntykivi Pirkko 2006. MS-tautia sairastavien selviytyminen ADL-toiminnoista kahden vuoden seurannan aikana ICF-luokituksen itsestä huolehtimisen ja liikkumisen osa-alueilla sekä kotielämään osallistumisessa. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Fysioterapia.

Laki omaishoidon tuesta. 2005. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>>.

Matikainen, Esko – Aro, Timo – Huunan-Seppälä, Antti – Kivekäs Jukka – Kujala Sartero – Tola Sakari 2004. Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Meesters, Jorit J.L. – Verhoef, John – Liem Inge S. L. – Putter, Hein – Vlieland Thea P. M. Vliet. 2009. Validity and responsiveness of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II to assess disability in rheumatoid arthritis patients. *Reumatology* 2010;49:326-333. Luettavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/49/2/326.full.pdf+html>>.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo. 3. Uudistettu painos 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro Oy Helsinki.

Omaishoidon tuen pysyväsiohje PYSY 021. 1.4.2014. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveysvirasto. Perhe- ja sosiaalipalvelut. Pysyväsiohjeet. Omaishoidon tuki. Voimassa 1.4.2014 – 18.06.2024.

Omaishoidon tuen maksuluokat ja kriteerit tuen maksamiselle. Helsingin kaupungin verkkosivut. <<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantuvien-palvelut/omaishoito/maksuluokat>>. Luettu 09.02.2015

Omaishoidon tuki, esite. Helsingin kaupunki, sosiaali- ja terveysvirasto 2013.

Omaishoitajille ja läheisille. Palveluopas 2014 – 2015. Omaishoitajat ja läheiset –liitto ry. Forssa Print.

Pajukoski, Marja – Rentola, Essi – Uotinen, Sami 2011. Sosiaalipalveluiden ja –etuuk-sien lainsäädäntö. Helsinki 2011. Edita Prima Oy.

Paltamaa, Jaana – Kantanen, Mari 2013. Suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla. Toimia-tietokanta. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/12/13/Toimia_suositus_osallistumisen_yleisluonteisista_arviointimenetelmista_aikuisilla.pdf>. Luettu 14.2.2015

Socialstyrelsen. Verkkodokumentti. <<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/2015/2015-5-1>>. Luettu 13.09.2015

Schlote, A. – Richter M. – Wunderlich M. T. – Poppendick U. – Möller C. – Schwelm K. – Wallesch C. W. 2008. WHODAS II with people after stroke and their relatives. Research paper. Disability and Rehabilitation, 2009; 31(11): 855-864. Luettavana myös sähköisesti osoitteessa:

<<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1a6f514d-2094-44f6-9e60-afdebb6d6e32%40sessionmgr120&vid=1&hid=102>>.

Telakivi, Tiina 2011. Toimintakyvyn arvioinnin kehittäminen. Suomen lääkirilehti 42/2011. Verkkodokumentti. <<http://www.fimnet.fi.ezproxy.metropolia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000036495>>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Sotkanet.fi

<<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy4Pss6rBAA=®ion=8wYA&year=sy4rBQA=&gender=m;f;t&abs=f&color=f>>. Luettu 4.12.2015

Tilastoportaali. Helsingin kaupungin sähköinen työpöytä. Sosiaali- ja terveysvirasto. Tietohuolto- ja tilastopalvelut. Sosiaalihuollon asiakastilastojulkaisu 2014.

<<http://sosv000064/tilastoportaali/Astil2014>>. Luettu 30.11.2015

Toimia – toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>>. Luettu 14.2.2015

Toimia – toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. WHODAS 2.0:n soveltuvuus osallistumiseen liittyvien toimintarajoitteiden tunnistamiseen (seulontaan) aikuisilla. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/116/>>. Verkkodokumentti. Luettu 20.09.2015

Toimia – toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. WHODAS 2.0 terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/160/>>. Luettu 26.10.2015

Toimintakyky ICF-luokituksessa – Toimintakyky – THL verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>>. Luettu 7.10.2015

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valkeinen, Heli – Anttila Heidi. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? Fysioterapia 4/2014. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116875/Valkeinen%20%20Anttila%20Fysioterapia%204_2014.pdf?sequence=1>. Luettu 22.9.2015

Valkeinen, Heli – Anttila, Heidi – Paltamaa, Jaana 2014. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0) 2014. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Verkkodokumentti. <http://www.toimia.fi/opas/opas_print.pdf>. Luettu 26.10.2015

WHODAS 2.0 Terveiden ja toimintarajoitteiden arvioinnin käsikirjat osat 2 & 3. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Paltamaa Jaana (suom. 2014) JAMK. Verkkodokumentti. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85591/JAMKJULKAI-SUJA1862014_web.pdf?sequence=1>. Luettu 20.9.2015

WHO / World Health Organization. Classifications. WHO Disability Assessment Schedule 2.0. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>>. Luettu 6.4.2015

Wikipedia. ICF-luokitus. Verkkodokumentti. <<http://fi.wikipedia.org/wiki/ICF-luokitus>>. Luettu 8.4.2015

Wikipedia. Psykometriikka. Verkkodokumentti <<https://fi.wikipedia.org/wiki/Psykometriikka>>. Luettu 26.10.2015

TIEDOTE SOSIAALIOHJAAJILLE

9.6.2015

Opinnäytetyö: Alle 65-vuotiaiden asiakkaiden omaishoidon tuen arviointi ja toimintakykymittarit

Hyvät kollegat,

opiskelen parhaillaan Metropolian ammattikorkeakoulussa linjalla 'Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen'. Opinnot valmistavat ylempään ammattikorkeakoulututkintoon. Tutkintoon tehtävä opinnäytetyöni liittyy omaishoidon tuen alle 65-vuotiaiden asiakkaiden arviointiin ja toimintakykymittareihin.

Opinnäytetyön tavoitteena on löytää omaishoidon tuen sosiaaliohjaajien arviointityön tueksi asiakasryhmän tilannetta mahdollisimman hyvin kuvaava toimintakykymittari. Työni on nyt siinä vaiheessa, että olen valinnut kaksi toimintakykymittaria, mitkä on tarkoitus ottaa syksyllä koekäyttöön Rava-toimintakykymittarin rinnalle. Suunnitelmaan kuuluu, että jokainen sosiaaliohjaaja koekäyttäisi kumpaakin mittaria samanaikaisesti kahden tai kolmen asiakkaan verran. Arvioiden mukaan yhden mittarilomakkeen täyttäminen vie noin 10 - 15 minuuttia. Koekäyttöön ja aikatauluihin liittyvät asiat käymme yksityiskohtaisesti läpi alkusyksystä ennen koekäyttöjakson aloitusta. Vastaa myös kysymyksiinne alla olevasta sähköpostiosoitteesta.

Koekäyttöjakson jälkeen kerään tiedot toimintakykymittareista saamistanne kokemuksista haastatteleamalla kaikki tutkimukseen osallistuneet sosiaaliohjaajat. Pääpaino tutkimuksessa on teidän kokemuksillanne. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja, eikä lopputuloksesta tule näkymään vastauksen antajan tiedot.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivon tietenkin, että mahdollisimman moni olisi valmis osallistumaan tutkimukseen.

Ystävällisin terveisin kolleganne,

Paula Hirvonen

TIEDOTE JA SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Hyvä omaishoidon tuen asiakas,

tällä kirjeellä pyydän teitä osallistumaan Helsingin kaupungin omaishoidon tuen alle 65-vuotiaille asiakkaille tehtävään toimintakykymittaritutkimukseen. Tutkimuksen avulla on tarkoitus selvittää toimintakykymittarien tuottaman tiedon laatua. Tutkimus toteutetaan Metropolian ammattikorkeakoulussa, ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyönä. Tutkimuksen tavoitteena on selkeyttää ja parantaa asiakkaan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointia.

Toimintakykymittari kuvaa hoidettavan toiminnallista suoriutumista ja avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa. Omaishoidon tuessa toimintakykymittaria käytetään hoitoluokan arvioinnin tukena ja se on osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Teidän ei tarvitse tehdä mitään, eikä osallistumisellanne tai osallistumatta jättämisellä ei ole mitään vaikutusta omaishoidon tuen päätöksiinne. Tutkimusaineisto luovutetaan tutkimuksen tekijälle ilman henkilötietoja. Henkilötiedot sisältävä aineisto tuhoetaan.

Olen ymmärtänyt tutkimuksen tarkoituksen ja suostun osallistumaan siihen.

Päivämäärä

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Lisätietoja tutkimuksesta voitte kysyä opinnäytetyöntekijältä.

Ystävällisin terveisin,

Paula Hirvonen

Opinnäytetyöntekijä

Metropolia Ammattikorkeakoulu, Helsinki

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

HAASTATTELUKYSYMYKSET OMAISHOIDON TUEN SOSIAALIOHJAAJILLE

Mittarit: FSQfin ja WHODAS 2.0

(Mittarilomakkeet ovat haastattelussa esillä)

1. Minkälainen on mielestäsi hyvä toimintakykymittari? Mainitse 2 – 4 ensin mieleesi tulevaa asiaa.
2. Kuinka koit koekäytössä olleen toimintakykymittarin käyttöönoton?
3. Kuinka asiakkaat mielestäsi ymmärsivät mittarilomakkeen kysymykset?
4. Kuinka kauan yhden mittarilomakkeen täyttö keskimäärin vei?
5. Kuinka koekäytössä ollut toimintakykymittari mielestäsi kuvasi asiakkaan toimintakykyä ja avuntarvetta seuraavilla osa-alueilla? Kerro kunkin aihealueen kohdalla lyhyesti havaitsemistasi hyvistä ja huonoista seikoista.
 - a. Lääkitys
 - b. Ruokailu
 - c. Pukeutuminen
 - d. Henkilökohtainen hygienia
 - e. WC-asiat
 - f. Liikkuminen sisällä
 - g. Liikkuminen ja asioiminen ulkona
 - h. Hoidon tarve yöllä
 - i. Valvonta ja ohjaus
 - j. Sosiaaliset taidot
 - k. Vuorovaikutus ja aistit
 - l. Muisti
6. Olisitko halukas jatkamaan toimintakykymittarin käyttöä?
7. Olisitko valmis kokeilemaan astetta laajempaa (enemmän kysymyksiä) toimintakykymittaria? (Kysytään vain toimintakykymittari WHODAS 2.0 kohdalla)

Linkit mittarilomakkeisiin FSQfin ja WHODAS 2.0

FSQfin toimintakykymittarilomake:

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/05/29/FSQfin_kyselylomake.pdf

WHODAS 2.0 toimintakykymittarilomake, 12 kysymyksen haastattelu

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2015/05/25/TOIMIA_WHO-DAS_2.0_12_haastattelu.pdf