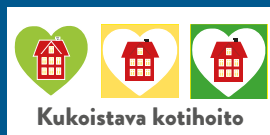


Jaana Paltamaa



MUKANA
HALLITUKSEN
KÄRKIHANKKEESSA

Ikäntyneen asiakkaan toimintakyky ja sen arviointi asiakaslähtöisessä tavoitteellisessa kotihoidossa



Ikääntyneen asiakkaan toimintakyky
ja sen arviointi asiakaslähtöisessä
tavoitteellisessa kotihoidossa

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA 251

JAANA PALTAMAA

Ikääntyneen asiakkaan toimintakyky ja sen arviointi asiakaslähtöisessä tavoitteellisessa kotihoidossa



jamk.fi

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA -SARJA

© 2018

Tekijät & Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Jaana Paltamaa

IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOINTI
ASIAKASLÄHTÖISESSÄ TAVOITTEELLISESSA KOTIHOIDOSSA

Kannen kuva • Pirjo Ala-Hynnälä

Ulkoasu • JAMK / Pekka Salminen

Taitto ja paino • Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print • 2018

ISBN 978-951-830-502-9 (Painettu)

ISBN 978-951-830-499-2 (PDF)

ISSN-L 1456-2332

JAKELU

Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjasto

PL 207, 40101 Jyväskylä

Rajakatu 35, 40200 Jyväskylä

Puh. 040 552 6541

Sähköposti: julkaisut@jamk.fi

www.jamk.fi/julkaisut

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	7
ABSTRACT	8
1 JOHDANTO	9
2 LÄHTÖKOHDAT TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN.....	11
2.1 Kuntoutumisen prosessi	11
2.2 Toimintakyky	14
2.2.1 Toimintakyvyn ICF-viitekehys	14
2.2.2 Toimintakyvyn arviointi	16
2.3 Asiakaslähtöisyys	19
2.4 Osallistuminen / osallisuus	20
2.5 Tavoitteiden asettaminen	21
3 IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN OLEMASSA OLEVAT SUOSITUKSET JA KÄYTÄNNÖT	24
3.1 TOIMIA-tietokanta	24
3.1.1 TOIMIA-tietokannan suositukset ja toimintakykymittareiden arvioinnit.....	24
3.1.2 Ikääntyneiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä.....	25
3.1.3 Suositus toimintakyvyn arvioinnista ikääntyneiden hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä	28
3.1.4 Suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla	29
3.1.5 Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksessa	30
3.1.6 Suositus aikuisten geneerisistä elämänlaatumittareista.....	31
3.2 Laaja-alainen moniammatillinen geriatrinen arviointi (CGA)	33
3.3 Ehdotus sosiaali- ja terveystalouden uudeksi kansalliseksi mittaristikoksi	34
3.4 Ikääntyneen palvelutarpeen arvioinnissa käytössä olevat mittarit	35

4	SUOSITUKSET IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN ASIAKASLÄHTÖISEEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN	38
4.1	Toimintakyky kuntouttavassa työotteessa	38
4.2	ICF kotihoidon henkilöstön yhteisenä toimintakykykäsityksenä	40
4.3	Osallisuus ja asiakaslähtöisyys arvioinnin, tavoitteiden ja kotihoidon perustana	40
4.4	Kattava toimintakyvyn arviointi	43
4.5	Asiakaslähtöiset geneeriset toimintakyvyn arviointimenetelmät ...	44
4.5.1	Arkisuoriutumisen yleiset arviointimenetelmät (ICF suoritustaso)	46
4.5.2	Ikääntyneen henkilön päivittäisten toimintojen arviointimenetelmät	49
4.5.3	Fyysisen toimintakyvyn itsearviointimenetelmät (ICF suoritustaso)	51
4.5.4	Sosiaalisen toimintakyvyn arviointimenetelmät (ICF suoritustaso)	53
4.5.5	Toimintavalmiuksien (ruumiin/kehon toiminnot) itsearviointimenetelmät	54
4.5.6	Ympäristötekijät	57
5	YHTEENVETO	59
	LÄHTEET	62
	KIRJOITTAJAT	70
	LIITTEET	72

TIIVISTELMÄ

Jaana Paltamaa

Ikääntyneen asiakkaan toimintakyky ja sen arviointi
asiakaslähtöisessä tavoitteellisessa kotihoidossa
(Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja, 251)

Ikääntyneiden hoidon ja hoivan painopisteen siirtyessä asiakkaiden koteihin, asiakaslähtöisen tavoitteellisen toimintatavan tulee olla kaiken kotihoidon perusta. Toimintatapa sisältää asiakkaan ilmaisemat ja kokemat tarpeet, tarkoituksenmukaisen ja laadukkaan arvioinnin, konkreettisten tavoitteiden asettamisen ja seurannan sekä ennen kaikkea osallistavan ja asiakkaalle merkityksellisen arjen edistämisen tarvittavine interventioineen. Asiakaslähtöinen ja tavoitteellinen toimintatapa ottaa huomioon asiakkaan ja hänen läheistensä voimavarat. Tällä toimintatavalla ja varhaisella puuttumisella ennaltaehkäistään ja siirretään raskaampien palvelujen tarvetta ja vahvistetaan arvokasta ja merkityksellistä kotona asumisen aikaa. Asiakkaan toimintakyvyn tukemisen tulee toteutua osana yksilöllistä hoidon ja hoivan integroitua palvelukokonaisuutta siten, että se vahvistaa ikääntyneen omaa vastuuta toimintakykynsä edistämisestä ja ylläpidosta. Iäkkäiden henkilöiden kotikuntoutuksen tarve tulisi huomioida jo ennen kuin toimintakyky on merkittävästi heikentynyt.

Sosiaali- ja terveysministeriön I&O-kärkihankkeessa (2016–2018) tavoitteena oli kehittää iäkkäiden sekä omais- ja perhehoitajien palveluja yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoitummiksi. Palveluja kehitettiin kahdeksassa alueellisessa hankkeessa. Keski-Suomen Kukoistava kotihoito -hanke oli yksi näistä alueellisista hankkeista, jossa kotihoitoon juurrutettiin asiakaslähtöinen tavoitteellinen toimintamalli.

Kukoistava kotihoito -hankkeessa kartoitettiin ja analysoitiin asiakaslähtöisiä toimintakyvyn arviointikäytäntöjä, vahvistettiin yksilöllisten tavoitteiden tunnistamista ja määrittämistä huomioiden ikääntyneen asiakkaan voimavarat ja lähiympäristö. Lähtökohtana oli kotihoidon henkilöstön yhteisen toimintakyky -käsityksen (ICF) rakentaminen ja omaksuminen.

Tämä julkaisu on tehty vahvistamaan ja laajentamaan kotihoidon henkilöstön ymmärrystä toimintakyvystä ja sen tukemisesta. Julkaisuun on koottu toimintakykyarvioinnin tausta (luku 2), iäkkäiden toimintakyvyn arviointiin olemassa olevat suositukset ja käytännöt (luku 3) sekä hankkeen aikana laaditut suositukset asiakaslähtöisestä arvioinnista (luku 4).

Avainsanat: asiakaslähtöisyys, ICF, ikääntyneet, kotihoito, toimintakyky

ABSTRACT

Jaana Paltamaa

Functioning of the elderly persons and its assessment
in person-centered goal-directed home care

(Publications of JAMK University of Applied Sciences, 251)

In Finland, municipalities organize many services for the elderly to make their lives easier and to enable them live in their own homes for as long as possible. Reablement is one potentially useful service that helps an elderly person continue living at home. It focuses on improving independent functioning in daily activities perceived as important by the elderly. The intervention is person-centered and delivered by integrated teams consisting of various home care professionals in the home setting. Furthermore, an early intervention before significant disability is implemented.

“Improved home care for older persons and enhanced informal care in all age groups” was a key project of the Ministry of Social Affairs and Health. One objective of the key project was to ensure as independent life as possible for older people by providing services and multiprofessional rehabilitation, and by enabling different forms of housing.

Kukoistava kotihoito was a pilot under the sub-project Well-functioning home care (2016-2018). Its aim was to improve home care for elderly and develop services to support living at home in Central Finland. When caring for the elderly, there are number of important things the service providers have to take into consideration. A shared understanding on functioning (ICF) between the multi-professional workers in home-care is needed. In addition, the person-centered and goal-directed intervention should be the basis of the home care.

The objective of this book is to strengthen and expand the understanding of functioning by the home care professionals. The background of functioning (chapter 2), the current functioning assessment recommendations for the elderly in Finland (chapter 3) and recommendations made during the Kukoistava kotihoito –project (chapter 4) are described.

Keywords: functioning, ICF, elderly, home-care, person-centered

1 JOHDANTO

Laadukas kotihoito perustuu moniammatilliseen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella laadittavaan palvelu-, hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan. Sen tulee sisältää asiakkaan yksilölliset tavoitteet, jotka on asetettu hänen arjesta nousseiden tarpeidensa perusteella. Tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi tulee sopia yhdessä moniammatillisen tiimin ja asiakkaan kanssa. Toimintakykyä ja suunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa tarkistetaan asiakkaan tarpeiden muuttuessa. (Kotihoito ja kotipalvelut 2018.)

Kuntoutuksen uudistamiskomitea toteaa lausunnossaan (2017), että toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnin tulee toteutua matalalla kynnyksellä ja viiveettä. Kuntoutus tulee suunnitella yhdessä kuntoutujan kanssa, sisältäen tavoitteet, sisällön, keston, seurannan sekä arvioinnin ja sen tulee toteutua ensisijaisesti lähellä kuntoutujan omaa toimintaympäristöä. Tavoitteena tulee olla omassa arjessa pärjääminen. Monialaisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen tulee toteutua osana yksilöllistä tuen, hoidon ja hoivan integroitua palvelukokonaisuutta siten, että se vahvistaa ikääntyneen omaa vastuuta toimintakykynsä edistämisestä ja ylläpidosta. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 10.)

Sosiaali- ja terveysministeriön I&O-kärkihankkeissa (2016–2018) oli tavoitteena kehittää iäkkäiden sekä omais- ja perhehoitajien palveluja yhdenvertaisemmiksi ja koordinoituiemmiksi. Palveluja kehitettiin kahdeksassa alueellisessa hankkeessa. (Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2018.) Keski-Suomen Kukoistava kotihoito -hanke oli yksi koti- ja omaishoidon uudistuksen alueellisista hankkeista. Hankkeessa luotiin kotihoitoon malleja, joita voidaan ottaa myös valtakunnallisesti käyttöön. Pää tavoitteena oli varmistaa, että Keski-Suomen maakunnan kaikissa kunnissa on asiakaslähtöinen, vaikuttava ja kustannustehokas ympärivuorokautisesti toimiva kotihoito. (Kukoistava kotihoito 2018.)

Hankkeessa kehitettiin kaikkia kotihoidon osa-alueita, mutta keskeisellä sijalla oli myös kotikuntoutuksen kehittäminen (Salmi 2017). Tarjotun avun sisältöä on uudistettava siten, että se vastaa ikäihmisten yksilöllisiin tarpeisiin, hyödyntäen heidän omia sekä läheisten voimavaroja. Ennaltaehkäisy ja kuntoutus on nostettava keskiöön, jotta raskaampaa palvelutarvetta kyetään vähentämään, joko siirtämällä sen alkua myöhäisemmäksi tai jopa kokonaan välttämällä sen syntyminen. (Kukoistava kotihoito -hankesuunnitelma 2016.)

Kotihoitoon juurrutettiin asiakaslähtöinen tavoitteellinen toimintamalli, jossa asiakkaan kanssa määritellään yksilölliset tavoitteet ja joiden toteutusta seurataan. Lisäksi mallinnettiin tehokas ja joustava kuntoutustiimien rakenne ja toimintatapa sekä luotiin maakunnallisesti levittyvät toimintamallit. (Kukoistava kotihoito -hankesuunnitelma 2016.)

Kukoistava kotihoito -hankkeessa tavoitteena oli, että ikääntyneen henkilön ja hänen lähiympäristönsä lähtökohtien ja tavoitteiden tunnistamiseksi **kehitetään toimintakyvyn arviointikäytäntöä** niin, että käytössä on vain **luotettavia menetelmiä** (TOIMIA-tietokanta). Tavoitteet asetetaan **GAS-menetelmän** avulla, jossa huomioidaan erityisesti työntekijöiden taidot osallistaa asiakas ja hänen läheisensä tavoiteasettelussa ja niiden toteutumisen seurannassa. (Kukoistava kotihoito -hankesuunnitelma 2016.)

Kuntoutuksen uudistamiskomitean (2017, 35) ehdotuksen lähtökohdat ovat:

- asiakaslähtöisyys
- kuntoutujan palveluprosessin saumattomuus sekä
- kuntoutuksen tulee tapahtua ensisijaisesti lähellä kuntoutujan omaa toimintaympäristöä siten, että tavoitteena tulee olla omassa toimintaympäristössä pärjääminen.

Näiden pohjalta tämän selvityksen keskeisiksi teemoiksi nostettiin:

- toimintamalli (kuntoutumisen prosessi),
- toimintakyky,
- osallistuminen / osallisuus,
- asiakaslähtöisyys,
- luotettavat arviointimenetelmät (olemassa olevat suositukset ja toimintakyvyn arviointimenetelmien kriittinen arviointi) ja
- tavoitteiden asettaminen.

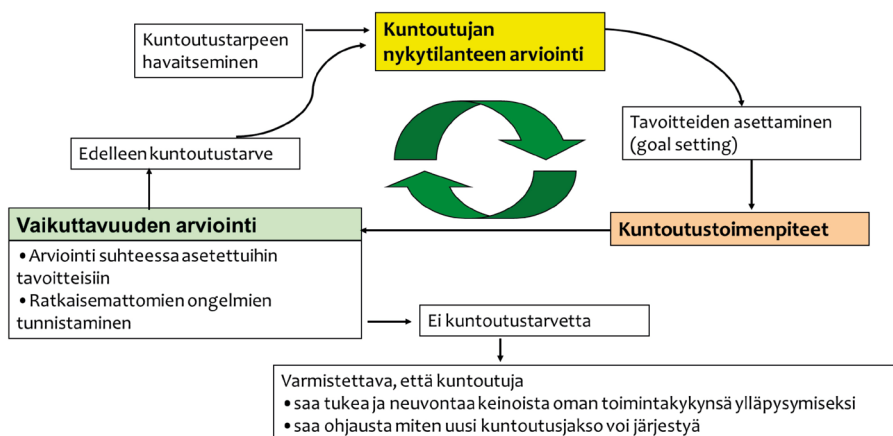
Tämän kirjan tarkoituksena on esittää tausta ja lähtökohdat ikäihmisten kotihoidossa ja -kuntoutuksessa käytettävien toimintakyvyn arviointimenetelmien kehittämiseksi sekä suositukset asiakaslähtöisistä arviointimenetelmistä.

2 LÄHTÖKOHDAT TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN

2.1 KUNTOUTUMISEN PROSESSI

Kuntoutumisella tarkoitetaan toimintaa, jossa asiakas (kuntoutuja) määrittelee itselleen merkitykselliset ja realistiset tavoitteet, joiden saavuttamiseksi välttämättömät keinot suunnitellaan asiantuntijoiden kanssa ja toteutetaan suurelta osin itsenäisesti tai lähiympäristön kanssa. Kuntoutumisen prosessi edellyttää asiakkaan sitoutumista sekä oikea-aikaisia, usein organisaatiosta toiseen jatkuvia kuntoutustoimenpiteitä. (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14–17.) Myös kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017, 35) määrittelee kuntoutumisen kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähteväksi suunnitelmalliseksi prosessiksi, jossa kuntoutuja ylläpitää ja edistää toiminta- ja työkykyään ammattilaisten tuella.

Kuntoutumisen prosessi (kuvio 1) alkaa aina kuntoutustarpeen havaitsemisesta. Se voi käynnistyä käynnistyä joko henkilön itse kokemasta tai läheisen/asiantuntijan tunnistamasta tarpeesta. Lähtökohtana korostetaan asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan toimijuutta ja aktiivista osallistumista, yhteistä tavoitteen asettelua ja vuorovaikutuksellista yhteistyötä. (Autti-Rämö, Mikkelsson, Lappalainen & Leino 2016a, 56–73; Autti-Rämö & Salminen 2016, 14–17; Rauch, Cieza & Stucki 2008; Wade 2005.)



Kuvio 1. Kuntoutumisen prosessi (muokattu Rauch ym. 2008; Wade 2005).

Kuntoutumisprosessin vaiheissa olennaista on (Rauch ym. 2008; Wade 2005):

- 1 kuntoutujan nykytilanteen arviointi (assessment)
 - 1.1 asiakkaan sen hetkisen toimintakyvyn (vahvuuksien ja vaikeuksien) kuvaus
- 2 tavoitteiden asettaminen
 - 2.1 yksilöllisten tavoitteiden asettaminen
 - 2.2 keinojen analysointi ja suunnitelman laatiminen siitä, millaisin keinoin tavoitteisiin pyritään
 - 2.3 toiminnan käynnistäminen
- 3 kuntoutustoimenpiteet (interventiot)
 - 3.1 jatkuva arviointitiedon kerääminen
 - 3.2 tuen tarjoaminen asiakkaalle/läheisille
 - 3.3 kuntoutus/hoitotoimenpiteet
- 4 vaikuttavuuden arviointi (evaluation) siitä, onko eteneminen tavoitteiden suuntaista ja siitä, onko asiakkaalla edelleen kuntoutustarvetta aiheuttavia tai kuntoutustoimenpiteitä edellyttäviä toimintarajoitteita
 - a tavoitteet saavutettu → ei kuntoutustarvetta, mutta tarvittava ohjaus ja seuranta järjestettävä
 - b tarvitaan edelleen kuntoutusta → uusi nykytilanteen arviointi (uusi kuntoutusprosessi alkaa)

Kuntoutumista voi tapahtua ilman varsinaisia kuntoutustoimenpiteitä, mutta toisaalta kuntoutustoimenpiteitä voidaan toteuttaa ilman kuntoutumista esimerkiksi, jos ihminen itse ei koe toimenpiteitä oman elämänsä tavoitteita tukeviksi tai jos niihin ei sisälly kuntoutujan omaa aktiivista toimintaa (Autti-Rämö ym. 2016a, 56–73). Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan työskentelytapaa, joka huomioi ihmisen voimavarojen aktiivisen hyödyntämisen jokaisessa arjen tilanteessa, jossa ihmisen toimintakyky on heikentynyt tai uhattuna (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14–17). Kuntoutumista edistävä toiminta on myös

korkealaatuisen ympärivuorokautisen hoidon tunnuspiirteitä. Kuntoutus voi olla toimintakykyä parantavaa, ylläpitävää tai sen heikkenemistä hidastavaa ja sen tavoitteena on toimintakyvyn ja elämänlaadun optimointi. (Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden 2011.)

Varhainen kuntoutuksen tarve tunnustetaan perinteisesti terveystarkastusten yhteydessä, ja akuutti kuntoutuksen tarve sairastumisen, vammautumisen tai oireen vuoksi hoitoon hakeutumisen yhteydessä. Terveystarkastusten ammattilaisten tulee arvioida, mikä on hoitoon johtaneen oireen taustalla ja muistaa, että kuntoutustoimenpiteiden varhainen käynnistäminen hoitotoimenpiteiden rinnalla tuo parhaan mahdollisen terveyshyödyn. Hoito ja kuntoutus muodostavat yhdessä kokonaisuuden, joka auttaa ihmistä suoriutumaan arjesta. Vastaavasti kuntoutuksen tarvetta on arvioitava systemaattisesti myös sosiaalipalveluiden piirissä. (Autti-Rämö ym. 2016a.)

Ikäneiden henkilöiden toimintakyky voi heiketä vähitellen. Tällöin SOC (Selective Optimization with Compensation) -teorian mukaan ikääntynyt henkilö valikoi, optimoi ja kompensoi arjen toimintojaan ja tekemistään (Baltes & Baltes 1990). Hän voi alkaa välttää tilanteita, jotka hän kokee vaikeiksi ja jotka vievät aikaa ja voimavaroja. Tai hän ponnistelee suoriutuakseen tehtävistä, kunnes toimintakyvyn häiriö on niin suuri, että hän ryhtyy hakemaan ulkopuolista apua ja palveluja. Mitä ennakkoidummin kuntoutustoimenpiteet pystytään käynnistämään, sitä lyhytkestoisempi niiden tarve on. Ikääntyneen henkilön kuntoutuksen tarve tulisikin huomioida ennen kuin toimintakyky on merkittävästi heikentynyt. (Autti-Rämö ym. 2016a.)

Kuntoutuminen edellyttää yleensä pitkäjänteistä toimintaa, ja optimaalisessa tilanteessa se jatkuu, vaikka varsinaiset kuntoutustoimenpiteet lopetetaan – esimerkiksi toimintakykyä ylläpitävä arjessa tapahtuva omatoiminen harjoittelu (Rauch ym. 2008). Pitkäkestoinen kuntoutustarve ei tarkoita sitä, että kuntoutus jatkuu saman sisältöisenä ja tauotta, vaan kuntoutuksen sisällön ja toteutustavan tulee vastata asiakkaan todettuja ja ajankohtaisia tarpeita. Kuntoutuminen edellyttää suunnitelmallisia ja ajallisesti määriteltyjä toimenpiteitä. Merkittävän muutoksen saavuttaminen edellyttää kuntoutustoimien oikeaa ajoittumista. (Autti-Rämö, Poutiainen, Pohjolainen & Kehusmaa 2016b)

Ikääntyneen henkilön varhaisen kuntoutuksen ja kotona pärjäämisen tuella vahvistetaan hänen omaehtoista toimintaa terveyden ja toimintakyvyn tukemisessa elämänsä aikana toimijana. Tulevaisuudessa ikääntyneiden monialainen kuntoutus tapahtuu luontevasti kodeissa laajentuen sieltä eri verkostoihin, jotka tukevat monipuolisesti ikääntyneen henkilön toimijuutta omassa arjessaan ja hänen elämänsä tukien. (Pikkarainen, Pyöriä & Savikko 2016, 179–191.)

Kuntoutuksen tulisi aina elää kiinni arjessa, siinä todellisuudessa, jossa ihmisetkin erilaisine tarpeineen elävät. Voidaan puhua arki-, koti- tai lähi-kuntoutuksesta, joita kuitenkin usein käsitellään yleisellä tasolla määrittelemättä tarkemmin sen sisältöjä tai perusteita. (Pikkarainen 2017.) Cochrane ym. 2016 mukaan iäkkäiden henkilöiden kotona tapahtuvan kuntoutuksen kohdalla käytetään usein termiä ”reablement”, jolla ylläpidetään ja edistetään ikäihmisen arjen toimintakykyä ja tuetaan turvallista kotona asumista. Ominaista sille on ennalta määrätty kesto sekä moniammatillinen, asiakaslähtöinen ja tavoitteellinen toimintamalli, mutta näyttö sen vaikuttavuudesta on vielä rajallinen.

Kuntoutumisen ymmärtäminen em. toimintana ei kuitenkaan ole vielä siirtynyt osaksi terveyden- ja sosiaalihuollon käytäntöjä. Tulevassa palvelujärjestelmäuudistuksessa on keskityttävä kuntoutumisen varmistavan prosessin saumattomaan toteutumiseen, ei järjestämisvastuiden uusjakoon. Perustan kuntoutukselle muodostavat yleiset toimintaa, toimintakykyä ja toiminnan edellytyksiä koskevat teoriat. (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14–17.) Kuntoutuksen uudistamiskomitean mietinnössä (2017) kuntoutusprosessia koskevia ehdotuksia ovat mm. kuntoutuksen yleinen toimintamalli, kuntoutuksen suunnittelu osana palvelujärjestelmän asiakassuunnitelmaa, vastuullisen asiakasohjauksen malli sekä kuntoutuksen tavoitteellisuus, seuranta ja arviointi.

2.2 TOIMINTAKYKY

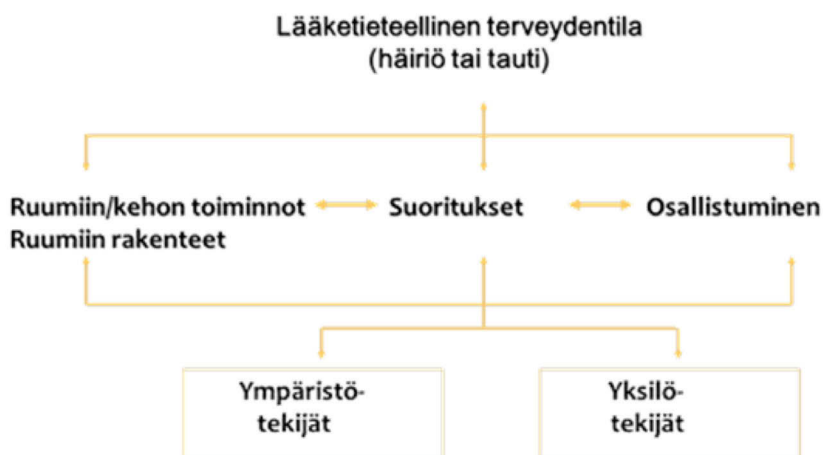
2.2.1 TOIMINTAKYVYN ICF-VIITEKEHYS

Kuntoutuksen parissa toimivilla asiantuntijoilla on ollut käytössä useita erilaisia viitekehyksiä tieteenaloista riippuen (Salminen, Järvikoski & Härkäpää, 2016, 21–25). Kuntoutuksen yleisen viitekehyksen tulisi olla luonteeltaan biopsykososiaalinen ja ulottua mikrosta makroon: sen tulisi tulkita ihmistä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena olentona, aktiivisena toimijana ja samalla suhteessa fyysisen ja sosiaalisen ympäristön rakenteisiin (Salminen ym. 2016, 26).

Kuntoutuksen lähtökohdaksi – kuntoutuksen tarpeen arvioimiseen, toimintakyvyn arviointiin ja tavoitteiden asettamiseen sekä vaikuttavuuden arviointiin – esitetään Maailman Terveysjärjestön (ICF 2004) Toimintakyvyn, toimintarajoitusten ja terveyden kansainvälinen luokituksen (ICF) käsitteiden käyttöä (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, Rauch ym. 2008, Salminen ym. 2016, Wade 2005).

ICF on terveyteen liittyvää toimintakykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä kuvaava interaktiivinen malli (ICF 2004), jonka mukaan terveydentila ja erilaiset

yksilölliset ja ympäristötekijät vaikuttavat toimintakykyyn (kuvio 2). ICF:stä löytyy tarkemmin tietoa muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimintakyky sivuilta (www.thl.fi/icf) ja Kuntoutuminen kirjasta (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 37–55).



Kuvio 2. ICF:n osa-alueet ja niiden väliset suhteet (ICF 2004).

ICF on laajentanut näkemystä kuntoutuksen toteutuksesta ja arvioinnista (Rauch ym. 2008; Sainio & Salminen 2016). Kuntoutuksen perimmäiseksi tavoitteeksi katsotaan yleensä myönteinen muutos suorituksissa ja osallistumisessa: päivittäisissä toimissa, liikkumisessa ja vuorovaikutuksessa (Salminen ym. 2016, 29). Lisäksi ikääntyneen henkilön kuntoutumisen lähtökohtana tulisi huomioida ICF-luokituksen yksilö- ja ympäristötekijät, joista hänen osallisuutensa ja arkipäivän suoritukset rakentuvat (Pikkarainen ym. 2016).

ICF konkretisoi arjen toimintojen moniulotteisuutta ja mahdollistaa yhdenmukaisten käsitteiden käytön kuntoutuksen toimijoiden kesken. Oleellista on paitsi ihmisen osallistumisen parantuminen myös taudin tai vamman luonteeseen, tai ikääntymiseen, liittyvien ruumiin/kehon tason vajavuuksien ennaltaehkäisy (toimintaedellytykset). Arvioinnissa on otettava huomioon myös yksilötekijät ja ne ympäristöt, joissa toiminta tapahtuu. Toimintakyvyn ja toimintaedellytysten vaatimusten ristiriita tulee useimmiten esiin luonnollisessa elinympäristössä. (Autti-Rämö ym. 2006a, 63; Sainio & Salminen 2016, 208.)

2.2.2 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Kuntoutuminen ei aina edellytä ammattilaisen suorittamia toimenpiteitä, mutta se edellyttää ammattilaisen tekemää laaja-alaista toimintakyvyn arviota, jossa huomioidaan kaikki henkilön toimintakykyyn vaikuttavat tekijät (Rauch ym. 2008; Sainio & Salminen 2016). Toimintakyvyn arvioinnin tulee olla moniolotteista, koska fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnit ovat luonteeltaan erilaisia (Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011). Eri toimintakyvyluottuvuuksien arvioimiseen voidaan käyttää erilaisia arviointimenetelmiä, joista osa on vakiintunut laajaan käyttöön ja myös tutkimuksin osoitettu eri tarkoituksiin ja eri kohderyhmille käyttökelpoisiksi (TOIMIA-käsikirja 2017).

Kuntoutumisen prosessissa (kuvio 1) oleva ”arviointi” on laaja käsite (Wade 2005, Rauch ym. 2008). Sillä tarkoitetaan:

- Asiakkaan toimintakyvyn ja siihen vaikuttavien tekijöiden selvittämistä (assessment; nykytilanteen arviointi)
 - ~ Henkilön oma käsitys tilanteestaan ja hänelle merkitykselliset arjen toimet ovat pohjana kuntoutuksen tarpeen määrittämiselle (Autti-Rämö ym. 2016a, 62),
 - ~ Asiakkaan toimintakyvyn ongelman laajuudesta riippuu, riittääkö yksittäisen toimintakyvyn osa-alueen arviointi vai tarvitaanko laaja-alaisempi moniammatillisena yhteistyönä tehty toimintakyvyn arviointi (Sainio & Salminen 2016, 209)
- jatkuvaa arviointia kuntoutustoimenpiteiden aikana ja
- asiakkaan edistymistä / kuntoutuksen vaikutusten arviointia (evaluation; vaikuttavuuden arviointi).
 - ~ Ulkopuolisten asiantuntijoiden käyttämien validoitujen ja muutosherkkien arviointimenetelmien lisäksi käytetään yhä enemmän myös itsearviointia eli asiakkaan omaa arviota terveydentilansa, elämänlaatunsa tai toimintakykynsä muutoksesta (Patient Reported Outcome Measures; PROMs) (Autti-Rämö ym. 2016b, 93)
 - ~ Kuntoutujan oma arvio tilanteensa parantumisesta on aina välttämätön osa vaikutusten arviointi. Kuntoutujan itse tekemässä arvioissa on huomioitava ns. response shift

eli vastaussiirtymä (Aalto, Korpilahti, Sainio, Malmivaara, Koskinen, Saarni, Valkeinen & Luoma 2013)

Toimintakyvyn arvioinnin tulee aina olla asiakaslähtöistä ja osaltaan sen tulee vahvistaa asiakkaan toimijuutta: hänen voimavarojaan, kykyään tehdä valintoja ja toimia niiden perusteella itselleen merkityksellisellä tavalla. Hoito- ja kuntoutussuositusten tulee perustua asiakkaalle merkityksellisten vaikutusten osoittamiseen. Asiakkaan ongelmasta ja arvioinnin tarkoituksesta riippuu, miten laaja-alainen arviointi kulloinkin on tarpeen ja millaisilla arviointimenetelmillä se parhaiten toteutetaan. Vaikutusten esille saamiseksi on tärkeä arvioida niitä toimintakyvyn osa-alueita, joihin kuntoutus kohdistuu. (Autti-Rämö ym. 2016b; Sainio & Salminen 2016; Rauch ym. 2008; Wade 2005).

ICF-luokituksen käsitteellinen malli auttaa jäsentämään toimintakykyä myös arvioinnin näkökulmasta (Sainio & Salminen 2016). Se soveltuu osoittamaan, mitkä toimintakyvyn osa-alueet kukin arvioinnissa käytetty arviointimenetelmä kattaa (Autti-Rämö ym. 2016b).

Toimintakyvyn arviointia ohjaavat ICF-luokituksen käsitteet ovat (ICF 2004, 212):

- ruumiin/kehon toiminnan muutos (vajavuus),
- ruumiin rakenteen muutos (vajavuus),
- suorituskky (tehtävien toteutus vakioidussa ympäristössä),
- suoritustaso (tehtävien toteutus nyky-ympäristössä),
- fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön edistävä tai rajoittava vaikutus, ja
- yksilötekijöiden edistävä tai rajoittava vaikutus.

Arvioitavina kohteina voivat olla elinjärjestelmän tasolla ruumiin/kehon toiminnot, yksilötasolla yksilön suoritukset (suorituskky) tai yhteisön tasolla yksilön osallistuminen itselleen tärkeisiin tehtäviin tai toimiin lähiyhteisössään tai yhteiskunnassa (suoritustaso). Ympäristötekijät ovat vuorovaikutuksessa niin ruumiin/kehon toimintojen kuin suorituskvyn ja -tason kanssa. Tästä vuorovaikutussuhteesta johtuen eri ympäristöillä voi olla hyvin erilainen vaikutus samaan yksilöön. Yksilötekijöinä huomioidaan muun muassa ikä ja sukupuoli, yleiskunto ja muut terveydentilatekijät, sosiaalinen tausta, selviytymisstrategiat sekä yksilölliset henkiset vahvuudet ja muut ominaisuudet, jotka saattavat vai-

kuttaa toimintarajoitteisiin kaikilla em. arviointitasoilla. (ICF 2004.) Ikääntyneen henkilön kokonaistilannetta tulee tarkastella diagnoosien ja ICF-luokituksen lisäksi elämänkulun ja toimijuuden näkökulmasta (Pikkarainen ym. 2016, 176). ICF-luokitusta käytettäessä elämänkulku ja toimijuus sijoittuvat ICF:n yksilötekijöihin (ICF 2004).

Toimintakyvyn arvioinnin luonne ja tavoite vaikuttavat arviointimenetelmän valintaan (Sainio & Salminen 2016, 210; TOIMIA-käsikirja 2017). Arviointimenetelmää valittaessa tulee myös miettiä, että käytetäänkö

- sairausspesifiä vai geneeristä (yleistä) arviointimenetelmää
- laadullista vai määrällistä arviointimenetelmää vai niiden yhdistelmää.

Arvioinnissa on käytettävä päteviä ja luotettavia toimintakyvyn arviointimenetelmiä, joiden ominaisuudet on arvioitava erikseen kunkin käyttötarkoituksen mukaan. Esimerkiksi nykytilanteen tai vajavuuksien arvioinnissa voidaan käyttää ruumiin/kehon toimintojen erottelevia mittareita. Vaikutusten arvioinnissa käytettävien mittareiden keskeinen ominaisuus on muutosherkkyys, jolla tarkoitetaan tutkittua mittarin kykyä havaita tarkasteltavassa ominaisuudessa ajassa tapahtuvia muutoksia (Valkeinen, Anttila & Paltamaa 2014). Usein on hyödyllistä saada tietoa sekä asiakkaan itsensä / tai hänen läheisensä arvioimana, että ammattilaisen tekemillä mittauksilla ja testeillä, sillä ne täydentävät kuvaa asiakkaan toimintakyvystä. Asiakkaan / läheisen oma arviointi toimii tällöin asiakaslähtöisen toimintakyvyn arvioinnin lähtökohtana (Rauch ym. 2008; Sainio & Salminen 2016, 209).

Toimintakyvyn arviointikäytännöt ovat Suomessa vaihtelevia ja kirjavia (Sainio & Salminen 2016), vaikka lainsäädännössä edellytetään toimintakyvyn arviointia palveluiden tai etuuksien saamiseksi (mm. Sosiaalihuoltolaki 2015; Vanhuspalvelulaki 2012 ja Vammaispalvelulaki 1987). Vanhuspalvelulain (15 §) mukaan erityinen painopiste on iäkkään henkilön moniulotteinen ja luotettava toimintakyvyn ja kuntoutumismahdollisuuksien arviointi ja siihen liittyvä seuranta (L980/2012). Kuitenkin vuonna 2013 tehdyn selvityksen mukaan varsin usein palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä ei lainkaan tehdä vertailukelpoista, järjestelmällistä toimintakyvyn arviota, tai arviointi kohdistuu vain yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen eikä se aina perustunut pätevien mittareiden käyttöön (Mäkelä, Alastalo, Noro & Finne-Soveri 2014, 139).

Voutilaisen ja Vaaraman (2005) mukaan kirjallisia ohjeita siitä, mitä toimintakykymittareita ikääntyneiden henkilöiden eri palveluissa tulisi käyttää,

oli kunnissa vaihtelevasti. Eniten oli kirjallisesti ohjeistettu omaishoidon tuen myöntämisestä. Yli 60 % tähän kysymykseen vastanneista kunnista ilmoitti, että niillä oli kirjallinen ohjeisto siitä, miten omaishoidon tuen asiakkaiksi pyrkivien henkilöiden toimintakykyä tulisi arvioida. Seuraavaksi eniten kirjallisia ohjeita toimintakyvyn arvioimiseksi löytyi tehostetun palveluasumisen, terveyskeskusten pitkäaikaishoidon, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä. Vähiten toimintakyvyn arviointia koskevia kirjallisia ohjeita oli laadittu päiväsairaaloissa. Tilanne lienee samankaltainen vielä nykyisinkin (vrt. Mäkelä ym. 2014).

2.3 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Ihmisen kokemus omasta toimintakyvystään on tulosta terveydentilan ja yksilöllisten tekijöiden sekä ympäristön vuorovaikutuksesta. Kuntoutumista ja kuntoutustoimenpiteiden valintaa tulisi tarkastella ensisijaisesti kuntoutujan elämäntilanteeseen, ajankohtaiseen toimintakykyyn ja omiin tavoitteisiin perustuvana prosessina, johon kuntoutujan diagnoosi ja toimintaympäristö vaikuttavat. (Autti-Rämö & Salminen 2016.)

Asiakaslähtöisyydestä ja itsemääräämisestä puhutaan sujuvasti, mutta tiukan paikan tullen asiantuntija usein ajattelee tietävänsä paremmin. On hyvä muistaa, että iäkkään henkilön omat valinnat ovat ratkaisevia silloinkin, kun lääkäri tai hoitaja – joko asiantuntijana tai itse samassa tilanteessa – valitsisi toisin. (Jylhä & Stranberg 2012.)

Palvelu- ja kuntoutustarpeen selvittämisen tulee olla monipuolista, ja ottaa huomioon iäkkään henkilön omat toiveet ja odotukset sekä toimintakyvyn ja avun tarpeen eri osa-alueet (arkitoimista suoriutuminen, fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky, asuin- ja elinympäristön olosuhteet ja läheisten antama tuki) (Sainio & Salminen 2016). Kuntoutumisen edellytyksiin vaikuttavat kuntoutujan yksilölliset ominaisuudet, itse koetut ja objektiivisesti todetut toimintakyvyn vaikeudet sekä ympäristössä tarvittavat muutostyöt ja toiminnan mahdollistavat apuvälineet (Autti-Rämö ym. 2016a).

Kuntoutuja tarvitsee muutoksen tueksi hyvät vuorovaikutustaidot omaavia ammattilaisia. He auttavat kuntoutujaa tunnistamaan tavoitteiden saavuttamiseksi tarvittavat kognitiiviset strategiat, tukevat kuntoutujan sitoutumista ja motivaatiota, arvostavat kuntoutujaa muutoksen mahdollistajana ja omien tavoitteidensa määrittäjänä sekä ohjaavat läheisiä ja muita arjessa toimivia tukemaan kuntoutujaa tavoitteiden saavuttamiseksi. Asiakasnäkökulmaan kuuluu myös, että arvioinnin tulokset käydään läpi asiakkaan kanssa ymmärrettävällä tavalla. (Autti-Rämö & Salminen 2016; Sainio & Salminen 2016.)

2.4 OSALLISTUMINEN / OSALLISUUS

Nykyinen asiakaslähtöinen lähestymistapa korostaa henkilön omaa osallisuutta kuntoutusprosessissa erityisesti omien kuntoutustavoitteiden laatimisessa sekä hoito- ja kuntoutusinterventioiden laatimisessa (Kuntoutusselon- teko 2002; Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004; Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017). Osallisuus voidaan liittää myös ihmisen perusoikeuksiin ja laajasti arvioituna on osa itsemääräämisoikeutta. Periaatteena on yksilöllisen itsemääräämisoikeuden ja riippumattomuuden kunnioittaminen, yhdenvertaisuus, täysimääräinen ja tehokas osallistuminen sekä osallisuus yhteiskuntaan. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus 2014.) Osallisuuden kokemus syntyy mahdollisuudesta vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon ja vastuun ottamisesta omasta kuntoutumisesta (Karhula, Veijola & Ylisassi 2016).

Ikääntyneiden ihmisten palvelutarpeiden arvioinnin ja palvelusuunnitelman tärkeänä kulmakivenä on heidän osallisuutensa. Vanhanakin ihminen on aktiivinen toimija, joka asettaa tavoitteita, valikoi kiinnostuksen kohteita ja toimintatapoja sekä arvioi omaa toimintaansa. Oman elämäntilanteen ja erilaisten elämän realiteettien ymmärtäminen, optimistinen suhtautuminen, sekä kyky ja mahdollisuus omiin valintoihin ovat keskeisiä tekijöitä hyvinvoinnin ylläpitämisessä. (Konsensuslausuma 2012; Mäkelä ym. 2014.)

ICF-luokituksen mukaan osallistuminen tarkoittaa osallisuutta elämän tilanteisiin (ICF 2004). Se sisältää fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia elementtejä niin yksilön kuin yhteiskunnan näkökulmasta (Salminen ym. 2016). Arvioitaessa yksilön osallistumista omaan arkielämäänsä tulee huomiota kiinnittää siihen, että arvioidaan henkilön elämän kannalta merkityksellisiä ja tarkoituksenmukaisia toimia (Paltamaa & Kantanen 2016). Ydinkysymyksenä on se, kuinka vaikutetaan ikääntyneen henkilön arkiympäristöön (Kuntoutusselon- teko 2002).

Ikääntyneen henkilön oma kokemus aktiivisuudestaan arjessa ja osallisuudesta ympäröivään yhteisöön ja yhteiskuntaan ovat merkittäviä tavoitteellisen kuntoutumisen tekijöitä. Kuntoutujan valmius asettaa omia tavoitteita, kuntoutujan yksilöllisyyden huomiointi, ammattilaisten tarkoituksenmukaiset työtavat ja omaisten mukana olo edistävät osallisuutta tavoitteen asettamisessa. (Alanko, Karhula, Piirainen, Kröger & Nikander 2017; Pikkarainen ym. 2016.)

Elämän tilanteisiin osallistuminen on nousemassa kuntoutuksen päätulokseksi. Siten osallistumisen arviointi on tärkeä osa kuntoutustoimenpiteiden vaikutusten arviointia. (Dijkers 2010; Heinemann 2010; Paltamaa ym. 2011; Rauch ym. 2008; Wade 2005.)

2.5 TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN

Asiakaslähtöinen ajattelu on kaiken kuntoutumisen lähtökohta. Kuntoutujan tarpeet ja toiveet, hänen oma elinympäristönsä, elämänhistoria, tavat ja tottumukset sekä mielekäs toiminta arjessa luovat pohjan kuntoutuksen suunnittelulle. Ammattilaisten ja kuntoutujan on kuntoutusprosessin suunnittelussa saavutettava yhteisymmärrys siitä, mitä kuntoutuksella tavoitellaan ja mihin kuntoutuja on valmis sitoutumaan. Kuntoutumisen sisältö kehittyy jatkuvana prosessina ammattilaisten, kuntoutujan ja hänen läheistensä, tilannekohtaisten tehtävien sekä toimintaympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Tämä edellyttää ICF:n mukaista kokonaisvaltaista lähestymistapaa ihmisen toimintakyvyn tarkasteluun. (Karhula ym. 2016, 240.)

Kuntoutumista suunnitellaan monella eri tasolla (Karhula ym. 2016, 240–241):

- 1 kuntoutuksen suunnitelmat: tavoitteet – sisällöt (julkisen terveydenhuollon hoitovastuussa olevalla taholla)
- 2 kuntoutumisprosessin suunnitelmat: tavoitteet – sisällöt (prosessitasolla)
- 3 yksittäisen tapaamisen/tilanteen suunnitelma: tavoitteet – sisällöt (konkreettisen tekemisen tasolla)
- 4 yksittäisen tehtävän / toiminnan suunnitelma: tavoitteet – sisältö.

Kuntoutumisen suunnitelmaan kirjataan kuntoutukselle asetetut tavoitteet sekä ne palvelut, joilla tavoitteisiin pyritään. Siinä hoitovastuussa oleva taho yhdessä iäkkään henkilön kanssa määrittelee kuntoutumien päätavoitteet ja kuntoutumista edesauttavat keinot tietyille ajanjaksolle. Nämä tavoitteet ohjaavat jokaisella tasolla kuntoutumisen sisällön muodostumista ja tarkoituksen mukaisen keinojen valintaa niin kotihoidon henkilöstöllä kuin erityistyöntekijöillä. Kuntoutumisprosessin suunnittelun tasolla kuntoutuksen toteuttajia ohjaa kuntoutussuunnitelmassa, kuntoutuspäätöksessä tai maksusitoumuksessa ilmoitettu palvelun määrä (esimerkiksi terapiakertamäärä ja kerran kesto). (Karhula ym. 2016.)

Kuntoutusta suunniteltaessa on arvioitava, millainen muutos on mahdollista. Tavoitteen on oltava realistinen, yksilön voimavarat ja rajoitteet huomioiva sekä kuntoutujalle itselleen merkityksellinen. Tavoitteet asetetaan henkilön

senhetkisen toimintakyvyn ja sairauden / vamman ennusteen pohjalta. Tavoitteen tunnistaminen perustuu haastatteluun ja kuntoutujan tilanteen selvittämiseen. Kuntoutujalle tärkeiden tavoitteiden tunnistamiseksi voidaan käyttää strukturoituja haastatteluja, jotka eivät etukäteen rajaa kysyttäviä ongelmia, mutta joiden avulla voidaan selvittää kuntoutuksen kannalta merkitykselliset asiat. Kuntoutujalta kysytään, millainen toimintakyvyn muutos omassa elämässä olisi tärkeää ja mahdollista. (Karhula ym. 2016; Sukula & Vainiemi 2015, 13–15.)

Kansainvälisesti kehitetty GAS (Goal Attainment Scaling) -menetelmä on valittu Kelan kuntoutuksessa tavoitteen asettamisen menetelmäksi, mutta sitä on alettu käyttämään myös julkisen terveydenhuollon puolella (Karhula ym. 2016). GAS-menetelmä on asiakaslähtöinen. Siinä kuntoutujan yksilöllisten tavoitteiden asettaminen onnistuu yhteistyössä GAS-menetelmän hallitsevien ammattilaisten kanssa. Menetelmä antaa systemaattisen tavan asettaa ja arvioida tavoitteiden toteutumista ja mahdollistaa kuntoutuksen tulosten tarkastelua. Menetelmän avulla voidaan tarkastella tavoitteiden saavuttamista sekä yksilö- että ryhmätasolla tilastollisilla menetelmillä. GAS-menetelmällä voidaan huomioida jokaisen arkisuoriutuminen ja laatia yksilöllisten tavoitteiden saavuttamisen tasot. (Sukula & Vainiemi 2015, 13–15.)

Yksi keskeinen kysymys GAS-menetelmässä on se, miten usein ja minkälaisia tavoitteita asetetaan. Kuntoutujalle voidaan asettaa kokonaistavoite, päätavoite ja osatavoitteet. Päätavoite on tietyllä ajanjaksolle määritelty ja tarkennettu tavoite, joka liittyy kuntoutujalle merkitykselliseen arjen toimintaan. GAS-tavoite on mahdollista asettaa päätavoitteesta. GAS-menetelmällä tavoite muotoillaan konkreettiseksi esimerkiksi SMART-periaatteen avulla, jonka mukaan tavoite on yksilöity, mitattavissa, saavutettavissa, realistinen ja merkityksellinen sekä mahdollinen aikatauluttaa. Asteikon laadinta on GAS-menetelmän haasteellisin vaihe ja edellyttää ammattihenkilöltä kuntoutuksen hyvää asiantuntemusta. Ammattilaisten täytyy pystyä arvioimaan, mitä kyseisellä – käytettävissä olevalla tai kuntoutujan motivaation ylläpitämisen kannalta sopivalla – aikavälillä on mahdollista saavuttaa. (Autti-Rämö ym. 2016a, 67; Autti-Rämö, Sukula & Vainiemi 2015, 6–7; Karhula ym. 2016, 228, 234.)

GAS-lomake on uudistettu Kelassa vuonna 2015 yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. Uudessa Omat tavoitteeni -lomakkeessa tuodaan lomakkeen kieli lähemmäksi asiakkaan arkikieltä. Tavoitteena on, että asiakkaalle puhutaan vain omien tavoitteiden laatimisesta, eikä käytetä enää vierasperäisiä sanoja (kuten GAS). Tavoitteiden laatimisen yhteydessä ei enää käytetä numeerista asteikkoa, vaan asteikon numeroilla on merkitystä vain T-lukuarvoa laskettaessa. (Sukula & Vainiemi 2015, 3.)

GAS-menetelmän käyttö vaatii koulutusta ja harjaantumista. Kela on yhdessä ammattikorkeakoulujen kanssa kehittänyt GAS-menetelmäkoulutusta. Lisätietoa löytyy GAS-käsikirjasta (Sukula & Vainiemi 2015) ja Kelan internet-sivuilta.

3 IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN OLEMASSA OLEVAT SUOSITUKSET JA KÄYTÄNNÖT

3.1 TOIMIA-TIETOKANTA

3.1.1 TOIMIA-TIETOKANNAN SUOSITUKSET JA TOIMINTAKYKYMITTAREIDEN ARVIOINNI

TOIMIA-tietokanta (2018) on toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioinnista luotettavaa tietoa etsivien ammattilaisten työväline. Asiantuntijaryhmät huolehtivat sisällön päivittämisestä ja sen täydentämisestä uusilla mittareilla ja suosituksilla. Tietokanta on kehitetty Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisessa asiantuntijaverkostossa TOIMIA:ssa ja sitä ylläpidetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella.

Tietokannassa julkaistaan TOIMIA:n asiantuntijaryhmien laatimia suosituksia toimintakyvyn mittaamisesta sekä suosituksiin liittyvien toimintakykymittareiden arviointeja. TOIMIA-tietokannan mittarit -välilehdellä on perustiedot toimintakykymittareista sekä tietoa niiden pätevyydestä, toistettavuudesta ja käyttökelpoisuudesta erilaisiin käyttötarkoituksiin. Suositukset -välilehdellä on suosituksia ja ohjeita toimintakyvyn mittaamisesta erilaisissa käyttötilanteissa. Suositukset tarjoavat ohjeistuksia siitä, miten eri toimintakykymittareita tulisi valita ja käyttää. Tässä yhteydessä esitellään kaksi tietokannassa olevaa iäkkäiden toimintakykyryhmän tekemää suositusta, ICF-viitekehykseen sopiva asiakaslähtöinen osallistumisen suositus ja elämänlaadun arviointisuositus. (TOIMIA-tietokanta 2018.)

TOIMIA:ssa on laadittu ”Opas toimintakykymittareiden arviointiin”, jossa kerrotaan mittareiden pätevyyden ja luotettavuuden arviointia varten tarvittavia tietoja (Valkeinen ym. 2014). On huomioitava, että toimintakykymittarit kehitetään aina tiettyyn käyttötarkoitukseen. Alkuperäiseen käyttötarkoitukseen, esim. tietylle potilasryhmälle, hyväksi todettu mittari ei ole automaattisesti pätevä ja luotettava kaikissa muissa käyttötilanteissa tai muiden asiakas-/potilasryhmien arvioinnissa. Kun mittaria halutaan käyttää eri tilanteissa tai erilaisilla ryhmillä, mittarin pätevyys ja luotettavuus on tutkittava joka kerta uudelleen halutussa käyttötarkoituksessa. TOIMIA-asiantuntijaryhmissä asiantuntijat laativat tieteellisistä tutkimuksista kerättyihin tietoihin perustuen mittareille

soveltuvuusarvion siitä, kuinka hyvin mittari soveltuu käytettäväksi arvioituun käyttötarkoitukseen. Soveltuvuus kuvataan sanallisesti ja liikennevalojen (kuvio 3) avulla. (TOIMIA-tietokanta 2018.)



Mittari soveltuu hyvin käytettäväksi kyseessä olevaan käyttötarkoitukseen; sen pätevydestä, toistettavuudesta (ja muutosherkkyydestä) on riittävästi näyttöä ja se on käyttökelpoisuutensa puolesta sopiva.



Mittari soveltuu varauksella käytettäväksi kyseessä olevaan käyttötarkoitukseen: sen pätevydestä, toistettavuudesta (tai muutosherkkyydestä) ei ole riittävästi näyttöä, näyttö on puutteellista tai näyttö on osittain ristiriitaista, tai mittarin käyttökelpoisuudessa on puutteita.

Kuvio 3. TOIMIA-suosituksissa olevien mittareiden arviointi kyseisessä käyttötarkoituksessa (TOIMIA-tietokanta 2018).

TOIMIA-tietokanta ei sisällä kaikkia mahdollisia päteviä ja luotettavia mittareita, joita on olemassa ja käytössä. Jos käytetään mittareita, joita ei ole arvioitu TOIMIA-tietokannassa tai siellä julkaistuja mittareita muissa käyttötarkoituksissa, käyttäjien on itse selvitettävä mittarin soveltuvuus haluttuun käyttötarkoitukseen. Tietoa tulee etsiä tieteellisistä tutkimuksista, sillä vain huolellisilla tieteellisillä tutkimusasetelmilla saadaan selville mittareiden pätevyys-, luotettavuus- ja muutosherkkyydetiedot. Jos käytetään testaamatonta tai heikosti kehitettyä mittaria, on täysin mahdollista, että mittarin tulokset ovat epäluotettavia eivätkä kerro lainkaan mitattavaksi aiotusta asiasta. Uusien toimintakykymittareiden kehittämistä tulisi välttää, sillä kehittäminen on pitkä ja haastava prosessi. (TOIMIA-tietokanta 2018.) Tässä julkaisussa olevat TOIMIA-tietokannan tiedot perustuvat syyskuun 2018 tilanteeseen. Tietokannan sisällön päivitykset ja muutokset tulee tarkistaa www.toimia.fi -sivulta.

3.1.2 IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN TOIMINTAKYVYN MITTAAMINEN PALVELUTARPEEN ARVIOINNIN YHTEYDESSÄ

TOIMIA-tietokannan ***”Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä”*** -suosituksen mukaan palvelutarpeen arviointi on vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa asiakkaan elämäntilanne,










toimijuus ja tarpeet ovat keskiössä ja mittarit apuvälineitä. Henkilön toimintakyky arvioidaan käyttämällä mittareita, keskustellen ja havainnoiden. Palvelutarpeen arviointi sisältää aina toimintakyvyn neljä ulottuvuutta, joita ovat fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen. Lisäksi arvioidaan toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivat eri ulottuvuuksiin liittyvät riskitekijät kuten terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien vähyyys tai kipu. Henkilön voimavarat, taloudellisen tilanteen vaaka, asumisympäristöön liittyvät puutteet, vaaratekijät sekä mahdollisuudet ja vahvuudet arvioidaan myös. (Finne-Soveri ym. 2011.)

Työryhmä (Finne-Soveri ym. 2011) asetti vähimmäiskriteerit, jotka mittarin tulee täyttää ollakseen riittävän pätevä ja soveltuva palvelutarpeen arviointiin (vihreä valo):

- 1 Mittarin kysymykset perustuvat kansainvälisesti hyväksytyihin luokitteluihin kuten kansainväliset tautiluokitukset tai kansainvälinen toimintakykyluokitus (ICF) ja ne ovat ymmärrettäviä ja hyväksyttäviä käytännön työntekijöille.
- 2 Mittaria on verrattu tilastollisia menetelmiä käyttäen vähintään toiseen seuraavista:
 - asiantuntijoiden arviointi
 - aiemmin päteväksi todistettu muu samaa asiaa mittaava mittari
- 3 Kaksi eri arvioijaa päätyy toistuvasti riittävän yhtenevään tulokseen arvioidessaan samaa henkilöä samanaikaisesti.
- 4 Mittareiden ominaisuudet on julkaistu vertaisarviointimenetelmää käyttävissä lehdissä, jolloin niiden on todettu täyttävän pätevyydelle asetettavat kriteerit.

Yhteinen piirre vaikuttaville sosiaali- ja terveyspalveluille on asiakkaan tarpeiden huolellinen arviointi usean ammattiryhmän toimesta ja systemaattinen huolellisesti validoitujen mittareiden käyttö. Eri mittareiden psykometristen ominaisuuksien soveltuvuudesta juuri palvelutarpeen arviointiin on perin vähän systemaattista tutkimustietoa. Suosituksessa kuuden arviointimenetelmän on arvioitu soveltuvan hyvin kyseessä olevaan käyttötarkoitukseen (vihreä valo) ja kahden soveltuvan varauksella (keltainen valo) (kuvio 4). Arvioinnin

lopputulos on aina yksilöllinen, arvioijan ja arvioidun sekä hänen läheistensä vuorovaikutuksen summa. Arviointi toistetaan määrävälein, tarvittaessa tai yhdessä sovitusti. (Finne-Soveri ym. 2011.)

Mittari	Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin
Barthelin indeksi	
CES-D, The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	
Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko	
GDS-15, Myöhäisiän depressioseula	
IADL-asteikko	
Katzin indeksi	
Mini Mental State -asteikko	
RAVA™ -mittari	
Social Provision Scale	





Kuvio 4. Suositus iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaamisesta palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä: mittarit ja soveltuvuusarviot (päivitetty 09.06.2011), saatavissa <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>. (Finne-Soveri ym. 2011).

E erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden arvioinneissa on oltava kriittinen arviointimenetelmien erilaisista käyttötarkoituksista. Osa mittareista kuvaa enemmän työntekijän työmäärää tai työntekijän näkemystä asiakkaan avustamisen tarpeesta (esim. Barthel) kuin suoraan asiakkaan toimintakykyä.

3.1.3 SUOSITUS TOIMINTAKYVYN ARVIOINNISTA IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTIA EDISTÄVIEN PALVELUIDEN YHTEYDESSÄ

Ikääntyneiden ihmisten sosiaali- ja terveystalvueluita pyritään suuntaamaan kohti varhaista puuttumista ja ongelmien ennalta ehkäisemistä. Samalla ikääntyneitä tuetaan tekemään hyvinvointiaan edistäviä valintoja ja muutoksia. Tähän tarpeeseen on tehty TOIMIA-tietokannan ”**Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä**” (Mäkelä, Autio, Heinonen, Holma, Häkkinen, Hänninen, Pajala, Sainio, Schroderus, Seppänen, Sihvonen, Stenholm & Valkeinen 2013).

Suosituksessa kuvataan kultakin toimintakyvyn osa-alueelta 3–8 yksinkertaista kartoitettavaa kysymystä, jotka tutkimus- tai kokemustiedon valossa auttavat ammattihenkilöä kohdentamaan laajemman toimintakyvyn arvioinnin oikein ja valitsemaan mittarit (kuvio 5). Vaikka mikään yksittäinen kysymys, havainto tai testi ei sellaisenaan ole riittävä tunnistamaan kaikkia toimintakyvyn heikkenemisen uhkia, yksinkertaiset kartoittavat kysymykset ja testit voivat ohjata hyvinvointia edistävää keskustelua oikeaan suuntaan. Ammattihenkilön on itse ratkaistava neuvontatilanteessa, mitkä kartoituksen vastaukset tai havainnot antavat juuri tällä kertaa aiheutta huoleen. (Mäkelä ym. 2013.)

Mittari	Soveltuvuus toimintakyvyn arviointiin iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä
SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö	
Timed ”Up & Go” -testi	
Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa	
Tuoliltanousutesti, 5 tai 10 kertaa	






Kuvio 5. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä: mittarit ja soveltuvuusarviot (päivitetty 11.1.2018), saatavissa <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/41/> (Mäkelä ym. 2013).

3.1.4 SUOSITUS OSALLISTUMISEN YLEISLUONTEISISTA ARVIOINTIMENETELMISTÄ AIKUISILLA

Osallistuminen edustaa toimintakyvyn yhteisöllistä näkökulmaa. Osallistumisen aihealueita ovat: (1) Oppiminen ja tiedon soveltaminen, (2) Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, (3) Kommunikointi, (4) Liikkuminen, (5) Itsestä huolehtiminen, (6) Kotielämä, (7) Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, (8) Keskeiset elämän alueet, ja (9) Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. (ICF 2004.)

TOIMIA-tietokannan ”**suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla**” esittelee yleisluonteisia (geneerisiä) arviointimenetelmiä, joiden keskeinen käyttötarkoitus on toimintarajoitteita omaavan aikuisen osallistumisen itsearviointi. Itsearviointi voidaan toteuttaa haastatellen tai arviointilomakkeella. Suosituksen arviointimenetelmistä osaa voidaan käyttää myös täydentävillä tiedonkeruutavoilla (havainnointi, läheisten suorittama arviointi), mikäli kognitiiviset tai kielelliset rajoitteet estävät itsearvioinnin tekemisen. (Paltamaa & Kantanen 2016.)

Suosituksessa osallistumisen arviointimenetelmien mittausominaisuuksia on arvioitu eri käyttötarkoituksiin. Tehdyissä AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) ja COPM (Canadian Occupational Performance Measure) -arviointimenetelmien soveltuvuusarvioinneissa käyttötarkoitus on ollut aivoverenkiertohäiriö (AVH)- ja MS-kuntoutujat sekä muissa laajemmin fyysisesti toimintarajoitteiset aikuiset. Yleisluonteisina ne sopivat laajasti eri ikäisille aikuisille sairaudesta tai vammasta riippumatta (kuvio 6). Käyttöoikeudet rajoittavat kahden mittarin (AMPS ja COPM) käyttöä, koska ne on tarkoitettu vain toimintaterapeuttien käyttöön. Lisäksi yksi mittari (AMPS) soveltuu varauksella maksullisen koulutuksen takia. (Paltamaa & Kantanen 2016.)

Mittari	Soveltuvuus osallistumisen arviointiin aikuisilla
AMPS, Assessment of Motor and Process Skills	
COPM, Canadian Occupational Performance Measure	
FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä	
IPA, Impact on Participation and Autonomy	
WHODAS 2.0 – terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi	


Kuvio 6. Suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla: mittarit ja soveltuvuusarviot (päivitetty 25.1.2016), saatavissa <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/39/> (Paltamaa & Kantanen 2016).

3.1.5 SUOSITUS SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINNISTA JA MITTAAMISESTA VÄESTÖTUTKIMUKSESSA

Sosiaalinen toimintakyky ilmenee toimijuutena mm. vuorovaikutuksessa sosiaalisessa verkostossa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina (ICF suoritusaste). Sosiaalisen toimintakyvyn arvioiminen edellyttää monien ulottuvuuksien ottamista tarkasteluun. Sosiaalisen toimintakyvyn kuvaaminen ICF:n viitekehyksessä tuo esille sosiaalisen toimintakyvyn moniulotteisuuden ja sen kiinteän yhteyden ympäristöön ja yksilötekijöihin. (Tiikkainen & Pynnönen 2018.)

Sosiaalisen toimintakyvyn mittareita on hyvin vähän. Sekä objektiivisia että subjektiivisia arviointimenetelmiä tarvitaan. Objektiivisista mittareista erityisesti ystävien ja apua antavien henkilöiden olemassaolo ja ystävien tapaamistiheys näyttävät olevan tärkeitä hyvinvoinnin kannalta. Lisäksi tulee arvioida vuorovaikutussuhteiden laatua. Mittareiden pitäisi ottaa huomioon sosiaalisen verkoston rakenne, dynaamiset piirteet sekä yksilön kokemukset. (Tiikkainen & Pynnönen 2018.)

Suosituksessa sosiaalisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä on arvioitu väestötutkimuksen näkökulmasta (kuvio 7), mutta suosituksessa olevaa tietoa sosiaalisesta toimintakyvystä voi soveltaa myös ikääntyneiden henkilöiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin.

Mittari	Soveltuvuus sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin väestötutkimuksissa
Social Provision Scale	
Yksinäisyys, koettu	

Kuvio 7. Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa: mittarit ja soveltuvuusarviot (päivitetty 14.2.2018), saatavissa <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/> (Tiikkainen & Pynnönen 2018).

3.1.6 SUOSITUS AIKUISTEN GENEERISISTÄ ELÄMÄNLAATUMITTAREISTA

Elämänlaatu on dynaaminen käsite; se vaihtelee samalla yksilölläkin eri ajan-kohtina ja eri tilanteissa. Elämänlaatuun läheisesti liittyviä ja usein myös sen kanssa rinnakkaiskäsitteinä käytettyjä käsitteitä ovat muun muassa onnellisuus, hyvinvointi, tyytyväisyys elämään ja toimintakyky. Usein elämänlaatua arvioidaan joko tietoisesti tai tiedostamatta jostain näistä näkökulmista. Toimintakykyä voidaan kuitenkin pitää pikemminkin elämänlaadun osatekijänä, joka vaikuttaa elämänlaatuun, mutta on kuitenkin käsitteellisesti siitä erillinen. Huono toimintakyky ei suoraan tarkoita huonoa elämänlaatua, sillä ihminen voi olla tyytyväinen elämäänsä toimintakyvyn rajoitteista huolimatta. (Aalto ym. 2013).

TOIMIA-tietokannan ”**Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit**” -suosituksessa on viisi elämänlaatua arvioivaa mittaria (kuvio 8), jotka WHO:n määritelmän mukaan arvioivat yksilön käsitystä omasta elämäntilanteestaan suhteessa omiin päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin oman kulttuurin ja arvomaailman määrittelemässä viitekehysessä. Arvioiduista mittareista 15D ja EQ-5D on alunperin kehitetty terveystaloustieteellisen arvioinnin (kustannusliliteetti) tarpeisiin. (Aalto ym. 2013.)

Mittari	Soveltuvuus aikuisten elämänlaadun mittaamiseen
EQ-5D	
EuroHIS-8-elämänlaatumittari	
RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari	
WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari – lyhyt versio	
Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko	
15D -terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva mittari	

Kuvio 8. Suositus aikuisten geneerisistä elämänlaatumittareista mittarit ja soveltuvuusarviot (laadittu 31.10.2013), saatavissa <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/40/> (Aalto ym. 2013).

Elämänlaatumittareiden käytössä on huomioitavaa, että ne on kehitetty ryhmätason arviointiin, ei yksilötason päätöksentekoon (esimerkiksi hoitopäätökset). Yksilötasolla mittareita voidaan kuitenkin käyttää keskusteluiden pohjaksi, tavoitteiden asettamisen tukena ja toiminnan suuntaamisessa. Lisäksi on huomioitava vastaussiirtymä (response shift). Se tarkoittaa sitä, kun henkilö sairauden kohdatessa vastaa elämänlaatua koskeviin kysymyksiin eri lähtökohdista käsin. Vastaussiirtymä voi johtua siitä, että vastaajan arviointikriteerit ovat muuttuneet (uudelleen arvottaminen), vastaajan arvoissa on tapahtunut muutoksia (esim. itselle tärkeissä elämänlaadun osatekijöissä) tai vastaaja on voinut määritellä uudelleen elämänlaatunsa koostumuksen tekijöitä. (Aalto ym. 2013.)

Asiakkaan elämänlaatu on yksi oleellinen tulosmuuttuja arvoperustaisessa terveydenhuollossa. (Torkki, Leskelä, Linna, Torvinen, Klemola, Sinivuori, Larsio & Hörhammer 2017, 22). Elämänlaadun mittareiden soveltuvuutta kuntoutuksen arviointiin on tutkittu hyvin vähän, siksi suositukset perustuvat pitkälti mittareiden käytännön käyttökokemuksiin (Aalto ym. 2013). Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen kehittämishankkeesta (IKKU)

saatujen kokemusten perusteella WHOQOL-BREF -mittari näyttäisi sopivan paremmin moniammatillisen gerontologisen kuntoutuksen vaikutusten arviointiin kuin RAND-36, joka näyttää olevan vähäisen koulutuksen saaneille ikääntyneille hankalasti ymmärrettävä (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013). Lisäksi WHOQOL-BREF -mittari sisältää myös elämänlaadun ympäristöolotuvuuden, joka erityisesti iäkkäillä voi olla merkityksellinen (Aalto ym. 2013).

3.2 LAAJA-ALAINEN MONIAMMATILLINEN GERIATRINEN ARVIOINTI (CGA)

Duodecimin ja Suomen Akatemian ”Kohti parempaa vanhuutta” konsensuslausuma (2012) suosittelee, että monialainen hoidon ja palvelujen tarpeen arviointi tehdään mahdollisimman varhain ja se toistetaan tarvittaessa ja sovitusti. Hyvän arvioinnin tunnusmerkkejä ovat laaja-alaisuus, yhdenmukaisuus ja vertailukelpoisuus sekä siihen perustuva palvelusopimus ja seuranta. Arvioinnin tavoitteena on tunnistaa toimintakykyä uhkaavat tekijät ja mahdollistaa varhainen puuttuminen. Riskien tunnistaminen ja toimenpiteisiin ryhtyminen on kaikkien ammattiryhmien tehtävä. (Konsensuslausuma 2012.)

Konsensuslausuma (2012) nostaa laaja-alaisen moniammatillisen geriatriksen arvioinnin (comprehensive geriatric assessment, CGA) keskeiseksi osaksi hoitokäytäntöä, jota voidaan tehdä kunnissa esimerkiksi ennaltaehkäisevinä kotikäynteinä, osastoilla, kuntoutusyksiköissä ja poliklinikoilla. Tällainen kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi ylläpitää tai kohentaa toimintakykyä, lyhentää sairaalahoitoa, vähentää uusiutuvia hoitajaksoja sekä lykkää pysyvää laitoshoidoa riippumatta siitä, suoritettiin arvio jatkotoimenpiteineen sairaalassa tai henkilön kotona (Finne-Soveri ym. 2011).

Laaja-alainen moniammatillinen geriatrinen arviointi on lähestymistapa (kuvio 9), jonka fokuksessa ei ole yksittäinen sairaus ja sen hoito, vaan toimintakyvyn ja elämänlaadun maksimointi. Geriatrinen arviointi ja kuntoutusprosessi rakentuvat kolmesta osasta: tiedon keruusta, tavoitteiden asettamisesta ja järjestelmällisestä yhteistyöstä tavoitteiden saavuttamiseksi. Prosessin käytännön toteutuksesta vastaa geriatrinen työryhmä, joka koostuu ainakin kolmesta terveyden- ja sosiaalihuollon eri alojen ammattilaisesta. Yleensä työryhmään kuuluu lääkärin lisäksi sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. Tiimin kokoonpano voi vaihdella, ja usein tarvitaan myös fysio-, toiminta-, puhe- tai ravitsemusterapeutin tai psykoterapeutin tietotaitoa. Kullakin jäsenellä on oltava määritellyt tehtävänsä ja vastuu omaan erikoisalaansa liittyvän tiedon keruusta ja tulkinasta. (Jäntti 2015; Royal College of Physicians of Ireland 2016.)

<p>Lääketieteellinen arviointi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tämänhetkinen ongelma • Sairaudet ja niiden vaikeusaste • Lääkehoito • Ravitsemustila • Alkoholi • Vastustuskyky (immunisaatio) • Hoitotahto 	<p>Fyysisen toimintakyvyn arviointi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Päivittäiset perustoiminnot (BADL) • Välineelliset päivittäistoiminnot (IADL) • Tasapaino • Kävely / liikkuminen
<p>Psyykinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitiiviset toiminnot, muisti • Mieliala, ahdistuneisuus • Pelot 	<p>Sosiaalinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asumisympäristö / -järjestelyt • Sosiaalinen verkosto / tuki • Perhe, ystävät, voimavarat • Taloudellinen tilanne

Kuvio 9. Laaja-alaisen moniammatillisen geriatrisen arvioinnin osa-alueet (mukailten Jäntti 2015, Royal College of Physicians of Ireland 2016).

3.3 EHDOTUS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN UUDEKSI KANSALLISEKSI MITTARISTOKSI

Valtionneuvosto julkaisi ehdotuksen sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Arvoperustaisessa terveydenhuollossa asiakkaalle relevantin vaikuttavuuden esimerkkeinä on elossa oleminen, elämänlaatu, kipu, toimintakyky, masennus ja virtsanpidätyskyky. Ehdotettu sote-palveluiden kansallinen mittaristo keskittyy järjestelmän suorituskyvyn mittaamiseen Triple Aim -malliin (kustannukset, laatu ja vaikuttavuus) perustuen. (Torkki ym. 2017.)

Vaikuttavuuden mittaamista tarvitaan sekä palveluketjujen kehittämiseen että järjestelmän arviointiin. Siinä on kuitenkin tekijöitä, jotka eivät ole palveluntuottajan suorassa ohjauksessa. Esimerkiksi asiakkaan omalla käyttäytymisellä, geeniperimällä ja ympäristöllä on monesti paljon suurempi vaikutus kuin palvelulla itsessään. Kuitenkin vaikuttavuuden perustana on aina oltava asiakaskohtainen arviointi. Vaikuttavuutta voidaan arvioida ammattilaisen tekemien arviointien, potilaan tekemien arviointien (Patient-Reported Outcomes, PRO) ja tulosmuuttujista tehtyjen arviointien avulla. (Torkki ym. 207, 35–44).

Vaikuttavuutta ehdotetaan mitattavaksi sekä kovilla, tietojärjestelmäpohjaisilla mittareilla, joista ylätasoinen mittariksi ehdotetaan DALY:a (disability-adjusted life years), että asiakkaan itse raportoimilla mittareilla. Menetetyt toimintakykyiset elinvuodet (DALY) on yksi kansainvälisesti käytetty väestötason vaikuttavuutta kuvaava tulostittari. Siinä mm. mitataan elämänterveysongelman tai

toimintakyvyn rajoitusten aiheuttamaa vajetta elämänlaadussa. Tällä hetkellä asiakkaan itse raportoimia toimintakyky- tai terveydentila- tai elämänlaatu-tietoja (Patient-Reported Outcome Measures, PROM) ei kerätä kansallisella tasolla. Torkin ym. (2017) raportissa ei käsitellä mittareita, joissa ammattilainen tekee arvioinnin (kuten RAI, RAVA ja Mini Mental state -asteikko, MMSE), joita ei tyypillisesti käytetä järjestelmätason vaikuttavuuden seurannassa vaan palvelutarpeen arvioinnissa. (Torkki ym. 2017).

Lisäksi nähtiin tärkeäksi, että asiakkuudet jaotellaan jatkuviin ja päättyviin, sillä vaikuttavuuden mittaaminen tulee toteuttaa eri tavalla näissä tapauksissa. Yksi ehdotettu vaikuttavuusmittari on seurata niiden osuutta, joiden palveluita voidaan keventää (esim. muutto laitoksesta asumispalveluihin tai asumispalveluista kotiin) tai jopa kokonaan lopettaa. (Torkki ym. 2017, 49–62.)

Asiakaskokemusta ja asiakkaan itse raportoimaa toimintakykyä ja terveydentilaa suositellaan kerättäväksi jatkossa systemaattisesti. Asiakkaan itse raportoimat mittarit voidaan jakaa yleisiin elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä kuvaaviin mittareihin sekä asiakas- tai potilasryhmille kehitettyihin mittareihin. Haastatteluiden ja kansainvälisten esimerkkien perusteella päädyttiin esittämään kumpaankin ryhmään kuuluvia mittareita sisällytettäväksi mittaristoon. (Torkki ym. 2017.) Järjestelmätasolla asiakkaan itse raportoimaksi mittariksi esitetään joko PROMIS:ia tai EQ-5D:tä (Torkki ym. 2017, 50, 65).

3.4 IKÄÄNTYNEEN PALVELUTARPEEN ARVIOINNISSA KÄYTÖSSÄ OLEVAT MITTARIT

TOIMIA suosituksen (Finne-Soveri ym. 2011) mukaan palvelutarpeen arvioinnin tavoite on henkilön tarpeiden tunnistamisen kautta:

- luoda henkilölle edellytykset toimia ja päättää mahdollisuuksien mukaan asioistaan itsenäisesti ja turvallisesti
- mahdollistaa tehokas ennaltaehkäisy, varhainen tuki, puuttuminen ongelmiin ja riskitekijöihin
- turvata asiakkaalle oikea-aikaisesti annetut palvelut
- auttaa arvioivia tahoja hahmottamaan korjaavien toimenpiteiden sekä tarvittavien palveluiden määrää ja luonnetta
- luoda yhteiskunnalle edellytykset suunnitella ja jakaa yhteisiä voimavaroja oikeudenmukaisesti.

Palvelutarpeen arviointi (kts. luku 3.1.2) sisältää aina toimintakyvyn neljä ulottuvuutta, joita ovat fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen. Lisäksi arvioidaan toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivat eri ulottuvuuksiin liittyvät riskitekijät kuten terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien vähäisyys tai kipu. Henkilön voimavarat arvioidaan vastavasti. Taloudellisen tilanteen vakaus, asumisympäristöön liittyvät puutteet, vaarattekijät sekä mahdollisuudet ja vahvuudet arvioidaan myös. Arvioinnit suoritetaan mittarein, keskustellen ja havainnoiden. Tätä tietoa hyödyntämällä muodostetaan kokonaiskuva yksilöllisestä palvelutarpeesta. Palvelutarpeen arviointiin valitaan yksi mittari kultakin toimintakyvyn osa-alueelta. (Finne-Soveri ym. 2011.)

Kukoistava kotihoito -hankkeen käynnistyessä palvelutarpeen arvioinnissa käytettiin Keski-Suomessa muun muassa RAI- ja RAVA-mittareita (Kukoistava kotihoito -hankesuunnitelma 2016). Näitä RAVA-mittari on arvioitu TOIMIA-tietokannan kriteereiden (TOIMIA-käsikirja 2017; Valkeinen ym. 2014) mukaisesti (Autio 2011), mutta RAI-mittarin arviointi puuttuu.

RAI (Resident Assessment Instrument) on hoidontarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä, joka on kehitetty Yhdysvalloissa 1980-luvun puolivälissä pitkäaikaishoidon tarpeisiin. Nyt siitä on olemassa eri sovelluksia erilaisten asiakkaiden arviointeihin. RAI on kansainvälinen (Inter-RAI: copyright ©) standardoitu ja Suomen oloihin testattu mittari. Terveystietojen ja hyvinvoinnin laitoksen hallinnoimaan RAI -tietokantaan kerätään vuosittain tietoa palveluja tuottavien yksiköiden toiminta- ja taloustiedoista. Toimintatietojen osana saadaan tietoa myös henkilöstömitoituksista. Vuodesta 2007 lähtien henkilöstömitoitusta koskevat tiedot on kerätty Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaisin kriteerein. Sitä on käytetty muun muassa palvelutalojen ja vanhainkotien henkilöstömitoituksessa. (RAI 2018.)

RAI on suunnattu palveluiden käyttäjille, jotka ovat kotisairaanhoidon, kotihoitoon tai osittain palveluasumisen piirissä (RAI 2018). Se on:

- 1 hoidon suunnittelun ja arvioinnin apuväline
- 2 hoitotyön johtamisen apuväline
- 3 laadun ja kustannusten seurannan apuväline ja
- 4 sopimusohjauksen apuväline.

Ympäri vuorokautisen hoidon vaikutuksia voidaan arvioida esimerkiksi seuraamalla asiakkaan toimintakyvyn kehittymistä, ravitsemustilaa tai mahdollisuuksia osallistua yksikön ulkopuolisiin tapahtumiin (RAI 2018).

RAVA® -mittari on Suomen Kuntaliiton omistama ja Finnish Consulting Groupin (FCG) lisensioima toimintakyvyn mittausjärjestelmä (RAVA 2018). RAVA-mittarilla arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja avuntarvetta, jotta hänet voidaan hoitaa hänelle sopivassa hoitomuodossa. Mittari soveltuu palvelutarpeen arvioimiseen kuntatasolla ja organisaatiotasolla (Voutilainen & Vaarama 2005). RAVA®-indeksiä käytetään apuna, kun valitaan ikääntyneelle sopivaa ja tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa (Autio 2011; Rajala 1997). Yksittäisen henkilön tasolla RAVA®-indeksin arvo on kuitenkin viitteellinen eikä sitä voi yksinään käyttää palvelujen antamisen tai epäämisen perusteena (Valta 2009). RAVA®-mittari on pääasiassa fyysisen toimintakyvyn mittari arvioiden päivittäisistä perustoimista selviytymistä (BADL) työntekijän arvioimana. (Autio 2011; Litja 2009).

TOIMIA-tietokantaan tehdyn arvioinnin mukaan palvelutarpeen arvioinnissa RAVA-mittari soveltuu huonokuntoisten ikääntyneiden henkilöiden päivittäisten perustoimintojen (BADL) arviointiin, mutta ei muiden toimintakyvyn ulottuvuuksien arviointiin, jotka palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä tulisi myös huomioida. Sen toistettavuus on mahdollisesti riittävä, mutta toistettavuutta heikentää tuloksen manipulointiriski. Lisenssin maksullisuus rajoittaa mittarin käytettävyyttä. (Autio 2011.)

Voutilaisen ja Vaaraman selvityksessä todetaan, että vuonna 2005 Suomessa ei ollut yleisessä käytössä sellaista yhtenäistä toimintakykymittaria tai mittaripatteristoa, jonka avulla ikääntyneiden henkilöiden toimintakyky voitaisiin arvioida riittävässä laajuudessa tilanteissa, joissa tehdään palveluihin liittyviä päätöksiä. Myös Finne-Soverin ym. (2011) mukaan eri mittareiden psykometristen ominaisuuksien soveltuvuudesta juuri palvelutarpeen arviointiin on perin vähän systemaattista tutkimustietoa. RAI- ja RAVA-mittareista Torkki ym. (2017) mainitsee, niissä ammattilainen tekee arvioinnin eikä näitä tyypillisesti käytetä järjestelmätason vaikuttavuuden seurannassa vaan palvelutarpeen arvioinnissa.

4 SUOSITUKSET IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN ASIAKASLÄHTÖISEEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN

4.1 TOIMINTAKYKY KUNTOUTTAVASSA TYÖOTTEESSA

Tavoitteellinen asiakaslähtöinen lähestymistapa on kaiken kotihoidon perusta, kun toiminnan painopiste siirtyy ikääntyneiden asiakkaiden koteihin. Rajallisia henkilöstöresursseja on hyödynnettävä mahdollisimman tehokkaasti oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita kuunnellen. (Kukoistava kotihoito -hankesuunnitelma 2016.)

Kukoistava kotihoito -hankesuunnitelman (2016) mukaan kotihoidossa juurrutetaan asiakaslähtöinen tavoitteellinen toimintamalli, jossa huomioidaan:

- Arjen askareista suoriutumisen tukeminen arkiaktiivisuutta lisäämällä
- Asiakkaan voimavarojen ja hoidon tarpeen tunnistaminen
- Asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen
- Kuntouttavan työtteen kulttuurin vahvistaminen
- Arviointimenetelmien ja -mittareiden yhdenmukaistaminen, yksilöllisten tavoitteiden asettaminen
- Tehokkaiden ja joustavien kuntoutustiimien rakenteiden ja toimintatapojen mallintaminen
- Toimintakyvyn heikkenemisen ehkäiseminen kuntouttavilla harjoitteilla yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti
- Kotona asumisen turvaaminen myös muistisairaana ja toimintakykyrajoitteisena
- Fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kokonaisuuden huomioiminen
- Digitalisaation mahdollisuudet

Toimintakyvyn tukeminen ja arvioiminen ovat kaikkien kotihoidon työntekijöiden vastuulla (mm. lähi- ja sairaanhoitajat, fysio- ja toimintaterapeutit, muistikoordinaattorit ja -hoitajat). Uudenlaisen kotikuntoutuksen haasteena on, että kotihoidossa ei todellisuudessa muutu mikään uusista käsitteistä ja toimintamalleista huolimatta. Muutos vaatii työntekijöiltä, esimiehiltä ja johdolta sekä kehittäjiltä jatkuvaa käsitteellistä ja käytännöllistä valppautta. (Pikkarainen 2017.)

Julkaisu keskittyy toimintakyvyn arviointiin asiakaslähtöisessä tavoitteellisessa lähestymistavassa iäkkäiden henkilöiden kotihoidossa ja kotikuntoutuksen kehittämisessä. Sen sijaan kantaa ei oteta ikääntyneen avun ja palvelutarpeen arvioinnissa käytettäviin hallinnollisiin mittareihin.

Suositukset ikääntyneen henkilön toimintakyvyn arviointiin ovat

- Kotihoidon koko henkilöstöllä tulee olla yhteinen käsitys toimintakyvystä (ks. luku 4.2)
- Asiakkaan toimintakykyä tulee arvioida laaja-alaisesti huomioiden kaikki henkilön toimintakykyyn vaikuttavat tekijät WHO:n ICF-luokitusta soveltaen (ks. luku 4.2)
- Toimintakyvyn arvioinnin tulee perustua asiakkaan (ja/tai läheisten) itsensä kertomaan ja kokemaan näkemykseen omasta tilanteestaan ja tarpeistaan (ks. luku 4.3)
- Tavoitteet määritellään moniammatillisen ja asiakaslähtöisen toimintakyvyn arvioinnin tulosten pohjalta ja reflektoiden tuloksia yhdessä asiakkaan kanssa. Näin asiakas ja läheinen sitoutuvat vaikuttavaan kuntoutumisen prosessiin. (ks. luku 4.3)
- Arvioinnin lähtökohtana on toimintakyvyn eri ulottuvuudet (vrt. ICF). Arviointimenetelmät valitaan kuitenkin yksilöllisesti, kun on tunnistettu ikääntyneen tarpeet ja arvioinnin osa-alueet yhdessä asiakkaan (ja/tai läheisten) kanssa (kts. luku 4.4)
- Asiakkaan toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnissa käytetään vain päteviä ja luotettavia menetelmiä (esimerkiksi TOIMIA-tietokanta) (asiakaslähtöiset arviointimenetelmät, ks. luku 4.5)

4.2 ICF KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN YHTEISENÄ TOIMINTAKYKYKÄSITYKSENÄ

Toimintakyvylle ei ole olemassa yhtä ainoaa – yksiselitteistä – määritelmää, mutta yhteinen viitekehys auttaa ammattilaista ja asiakasta asiakkaan ongelmien määrittelyssä ja ratkaisujen etsimisessä. Hoitavaan yksikköön tulee valita joku yhteinen viitekehys, jonka käyttöön kaikki yksikössä työskentelevät ammatillaiset sitoutuvat ja toteuttavat kuntoutusta sen suuntaisesti. ICF-mallia on esitetty kuntoutumiseen toiminnan ja toimintakyvyn yleismalliksi (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017; Sainio & Salminen 2016; Salminen ym. 2016). Käytännössä ICF-luokituksen käsitteellinen malli auttaa jäsentämään toimintakykyä myös arvioinnin näkökulmasta (Sainio & Salminen 2016), soveltuu päätavoitteen asettamiseen GAS-menetelmän avulla (Karhula ym. 2016, 228) ja soveltuu osoittamaan, mitkä toimintakyvyn osa-alueet kukin arvioinnissa käytetty arviointimenetelmä kattaa (Autti-Rämö ym. 2016b, 39).

Suosituksena on, että

- Keski-Suomen maakunnallisella kotihoidon henkilöstöllä on yhteinen käsitys toimintakyvystä
- ICF-luokitus on käytössä toimintakyvyn viitekehysenä, johon myös toimintakykykymittareiden valinta perustuu
- Kotihoidon henkilöstö perehtyy työpajoissa ICF:n käyttöön ikääntyneiden henkilöiden kotihoidossa ja kotikuntoutuksessa
- Kotihoidon henkilöstö hankkii ICF-koulutusta Suomen ICF-kouluttajaverkoston koulutusmallin mukaisesti.

4.3 OSALLISUUS JA ASIAKASLÄHTÖISYYS ARVIOINNIN, TAVOITTEIDEN JA KOTIHOIDON PERUSTANA

Toimintakyvyn arvioinnin tulee aina olla asiakaslähtöistä ja sen tulee vahvistaa asiakkaan toimijuutta eli hänen voimavarojaan, kykyään tehdä valintoja ja toimia niiden perusteella itselleen merkityksellisellä tavalla.

- Asiakaslähtöisyys on kaiken sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kulmakivi, mihin perustuu myös Sote-järjestelmän vaikuttavuuden mittaaminen (Autti-Rämö ym. 2016b).

- Asiakkaiden tarpeet ohjaavat palveluiden tuottamista (Torkki ym. 2017).
- Toimintakyvyn arvioinnin tulee aina olla asiakaslähtöistä ja osaltaan sen tulee vahvistaa asiakkaan toimijuutta (Sainio ja Salminen 2016).
- Osallisuuden kokemus syntyy mahdollisuudesta vaikuttaa itseään koskevaan päätöksen tekoon ja vastuun ottamisesta omasta kuntoutumisesta (Karhula ym. 2016).

Toimintakyvyn arviointi ei saa toteutua ”mittari” edellä. Arvioinnissa käytettävät menetelmät valitaan sen jälkeen, kun on tunnistettu arvioinnin kohde tai kohteet yhdessä asiakkaan kanssa. Viimeaikainen tutkimus tukee oletusta, jonka mukaan hyvinvointia voidaan kokea huomattavista toimintarajoituksista huolimatta. Ns. objektiivisten mittareiden lisäksi tarvitaan aina potilaan tekemää arviointia (itsearviointimittarit, PROM). (Autti-Rämö ym. 2016a; Sainio ja Salminen 2016; Torkki ym. 2017; Valkeinen ym. 2014.)

Suosituksena on, että käytännön kotihoidossa ja kotikuntoutuksessa asiakaslähtöisyys on toimintakyvyn arvioinnin, tavoitteiden ja toimenpiteiden perustana. Tällöin toimintakyvyn arviointi sisältää seuraavat vaiheet:

- 1 Aloitetaan ikääntyneen henkilön ja/tai hänen läheisen kokemista tarpeista → selvitetään hänen osallistuminen arjessa itsestä huolehtimisessa, kodinhoidossa ja liikkumisessa (ICF:n suoritustaso)

Keinot:

- ~ ikääntyneen henkilön ja / tai hänen läheisen haastattelu
- ~ tarvittaessa haastattelun tueksi voidaan laatia kyselylomakkeita, esimerkiksi Esbjergin mallin mukainen ICF-lomake (Esbjerg Municipality 2013)
- ~ käytetään standardoituja suoritustason itsearviointimittareita (kts. luku 4.5)
- ~ pyritään asiakkaan tarpeen mukaiseen moniammatilliseen toimintakyvyn arviointiin

- 2 Täytetään RPS/ICF-arviointilomakkeen yläosa (kuvio 10)

- 3 Sen jälkeen kotihoidon työntekijä tekee kliiniseen päättelyyn perustuvan päätöksen siitä, miten ja millä arviointimenetelmillä hänen tulee arvioida suorituskykyä, toimintavalmiuksia (ruumiin/ kehon toiminnot) sekä ympäristö- ja yksilötekijöitä
 - tavoitteena, että arvioidaan tarkemmin kuntoutuksen tarpeeseen liittyviä kuvauskohteita
 - keskitytään iäkkään henkilön kannalta olennaisimpaan tarpeeseen. Esimerkiksi kysytään iäkkäältä henkilöltä, että mikä osallistumisessa on se, mihin hän eniten kokee tarvitsevansa kuntoutusta ja arvioidaan siihen vaikuttavia seikkoja
 - Arvioinnin lopputulos on aina yksilöllinen, arvioijan ja ikääntyneen sekä hänen läheistensä vuorovaikutuksen summa.
- 4 Kuntoutuminen edellyttää suunnitelmallisia ja ajallisesti määriteltyjä toimenpiteitä. Asiakkaan tulee olla keskiössä osallistuen omien kuntoutustavoitteidensa asettamisessa. Arvioinnin perusteella laaditaan tavoitteet – mikäli mahdollista huomioiden GAS-menetelmä ja SMART-periaatteet – sekä toteutussuunnitelma.

Uuden käytännön omaksuminen ja käyttöönotto vaativat kunnissa tehtäviä nopeita kokeiluja ICF-arviointilomakkeen periaatteita soveltaen:

- 1 työpajoissa / työryhmissä perehtyminen (ohjeistus)
- 2 vastuuhenkilö(t) kuntien kotihoitoyksiköistä
- 3 nopeat kokeilut (pilotointi)
- 4 arviointi

Kukoistava kotihoito -hankkeessa tiedostettiin, että kotihoitoyksiköt etenevät omaan tahtiinsa, jolloin tarvitaan vertaiskehittämistä. Ensimmäisenä pilotoinnin aloittaneet kotihoitoyksiköt (vastuuhenkilöt / työntekijät) voivat toimia myöhemmässä vaiheessa muiden kuntien työskentelyä ohjaavina mentoreina.

SOTU: Syntymäaika: Diagnoosi:		Päätavoite: Hoidon tavoite:	
Asiakkaan näkökulma	Asiakkaan näkökulma – asiakkaan kertomana		
	Rumiin/kehon toiminnot/rakenteet Suoritukset & Osallistuminen		
Ammattilaisen näkökulma	Terveystieteiden ammattilaisen näkökulma- kliinisestä tutkimuksesta, mittarista/testistä, havainnoinnista		
	Ympäristötekijät		Yksilötekijät
Tt Jaana Paltamaa			

Kuvio 10. RPS- / ICF-arviointilomake (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 51).

4.4 KATTAVA TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Kattava toimintakyvyn arviointi on kiinteä osa ikäihmisen voimavarojen ja palvelutarpeen selvittämistä. Toimintakyvyn arviointia tulee monipuolistaa niin, että siinä otetaan huomioon ikääntyneen toimintakyvyn eri ulottuvuudet, kuten arkisuoriutuminen sekä fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Arkisuoriutumisen edellytyksiin vaikuttavat henkilön yksilölliset ominaisuudet, itse koetut ja objektiivisesti todetut toimintakyvyn vaikeudet sekä ympäristössä tarvittavat muutostyöt ja toiminnan mahdollistavat apuvälineet. Lisäksi tulee arvioida ikääntyneen henkilön asunnon ja lähiympäristön esteettömyys. (Pikkarainen ym. 2016; Voutilainen & Vaarama 2005.)

Yhtenäiset ja laadukkaat arviointikäytännöt mahdollistavat kuntoutuksen ja muiden toimintakykyä tukevien palveluiden kehittämisen ja tuloksellisuuden arvioinnin. Se, miten kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta tullaan jatkossa arvioimaan, vaikuttaa siihen, miten kuntoutus järjestetään ja millaiset resurssit sille annetaan. Jo nyt on käytettävissä suomenkielisiä, tietyn spesifin toimintakyvyn osa-alueen mittaamiseen kehitettyjä, huolellisesti validoituja arviointimenetelmiä, joiden käyttö on perusteltua. Silti niitä käytetään varsin

vähän. Jos toimintaa arvioivat mittarit ja menetelmät ovat väärät, myös niistä tehdyt johtopäätökset ovat väärä. (Autti-Rämö & Salminen 2016; Voutilainen & Vaarama 2005.)

Suosituksena on, että:

- Toimintakyvyn arviointi tehdään yksilöllisen tarpeen mukaan moniammatillisesti ja vaiheittain (tarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen ja loppuarviointi). Kunnissa tulee nimetä toimintakyvyn arviointiin osallistuva henkilöstö kunnan kotihoitokäytäntöjen ja resurssien mukaan
- Kotihoidossa perehdytään ikääntyvän henkilön toimintakyvyn arviointiin suositeltujen arviointimenetelmien valintakriteereihin
- Kuntoutumisen prosessin eri vaiheissa tapahtuvaan arviointiin valitaan luotettavat arviointimenetelmät
- Arviointimenetelmien käyttöä, tulosten tulkintaa ja kirjaamista käydään yhteisesti läpi työpajoissa.

4.5 ASIAKASLÄHTÖISET GENEERISET TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIMENETELMÄT

Erityisesti yhtenäiset asiakasohjauskäytännöt ja kuntoutuksen vaikuttavuuden johtaminen edellyttävät vertailukelpoista toimintakyvyn arviointia (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 46, Sainio ja Salminen 2016, 208). Valintaa tulee tehdä geneeristen ja spesifisten arviointimenetelmien välillä. Geneeriset arviointimenetelmät mittaavat asioita yleisesti ja kokonaisvaltaisesti, esimerkiksi geneeriset elämänlaadun mittarit. Spesifit mittarit ovat taas kehitetty tiettyä sairautta tai tilannetta varten ja näitä ovat esimerkiksi sairauskohtaiset mittarit. Vaikka mittari olisikin todettu hyväksi, se ei automaattisesti tarkoita sitä, että se olisi pätevä ja luotettava kaikissa käyttötilanteissa ja kaikilla kohderyhmillä. (Valkeinen ym. 2014.)

Käytännössä arviointimenetelmän psykometrisiä ominaisuuksia ja käyttökelpoisuutta ei ole tarkoitus arvioida kaikissa mahdollisissa yhteyksissä tai tilanteissa, vaan nämä tiedot tulee koota ja arvioida siitä käyttötarkoituksesta käsin, joka on tarkastelun kohteena. Psykometrisen arvion tekemistä ohjaa siten aina se, millaisessa käyttötarkoituksessa mittaria on tarkoitus käyttää. (Valkeinen ym. 2014, 3; Voutilainen & Vaarama 2005.)

Ikääntyneiden kotihoidossa suositellaan hyödyntämään ICF-mallia sekä arvioimaan toimintakykyä käyttäen eri käyttötilanteisiin soveltuvia, luotettavia ja päteviä arviointimenetelmiä. Tämän suosituksen arviointimenetelmien valinnan periaatteena on ollut:

- 1 Arviointimenetelmistä huomioidaan mittariominaisuudet (psykometriikka) ja mittarin käyttötarkoitus (kuvaileva, erotteleva, ennustava tai muutosta arvioiva) TOIMIA-ohjeistuksen mukaan (Valkeinen ym. 2014)
- 2 Arviointimenetelmät valitaan suhteessa toimintakyvyn ICF-viitekehukseen (=mikä toimintakyvyn osa-alue)
- 3 Arviointimenetelmien valinta perustuu riittävään näyttöön välineiden tieteellisestä validiteetista ja reliabiliteetista sekä käytettävyydestä (käytön helppous, käyttöön kuluva aika).

Kukoistava kotihoito -hankesuunnitelma (2016) huomioiden **toimintakyvyn arviointikäytäntöä** on kehitetty keskittyen **luotettaviin arviointimenetelmiin** (TOIMIA-tietokanta). Kukoistava kotihoito hankkeen työpajoissa huomattiin, että kotihoidossa ikääntyneen henkilön toimintakykyä arvioidaan useilla ammattilaisen tekemillä arvioinneilla. Sen sijaan asiakaslähtöisiä, ikääntyneen henkilön omaa arviota ei juurikaan käytetty. (Kukoistava kotihoito 2018.) Kuitenkin asiakaslähtöinen, tavoitteellinen lähestymistapa edellyttää asiakkaan tekemää itsearviointia. Toimintakyvyn arviointi ei ole asiakaslähtöistä, jos arvioinnin aikana ei ole käytetty ikääntyneen henkilön omaa arviota tilanteestaan – tai tarvittaessa läheisen tekemää arviota, jos ikääntyneellä henkilöllä on esimerkiksi muisti- tai puheen tuoton tai ymmärryksen vaikeuksia.

Niinpä tässä suosituksessa keskitytään asiakaslähtöisiin arviointimenetelmiin (=asiakkaan itsearviointi). Arvioinnin lähtökohtana oli noin sata TOIMIA-asiiantuntijaverkostossa tehtyä arvioita (syyskuussa 2018). Arviointimenetelmien ajantaiseen sisältöön tulee aina perehtyä TOIMIA-tietokannassa (www.toimia.fi).

Ikääntyneen henkilön tavoitteellisessa asiakaslähtöisessä lähestymistavassa suositellaan:

- Käytettäväksi suomeksi saatavia toimintakyvyn geneerisiä asiakaslähtöisiä arviointimenetelmiä

- WHODAS 2.0 -arviointia yleisenä arkisuoriutumisen (osallistumisen) arviointimenetelmänä joko ikääntyneen henkilön tai läheisen tekemänä
- Lisäksi tulee käyttää muita asiakaslähtöisiä arviointeja (eli asiakkaan itsearviointimenetelmiä) ja täydentää arviointia ammattilaisen tekemillä arvioinneilla. Nämä arviointimenetelmät valitaan yksilöllisesti asiakkaan tarpeen pohjalta, jolloin menetelmien valinta on työntekijän asiantuntemuksen varassa
- Liitteessä 1 esitetään suositellut arviointimenetelmät ICF-viitekehyksessä

4.5.1 ARKISUORIUTUMISEN YLEISET ARVIOINTIMENETELMÄT (ICF SUORITUSTASO)

WHODAS 2.0 36-kysymyksen versio (itse täytettävä / haastattelu / läheisen tekemä arvio) (Paltamaa 2014; Paltamaa & Anttila 2015)

WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) on Maailman terveysjärjestön (WHO) geneerinen aikuisille soveltuva terveyden ja toimintarajoitusten arviointimenetelmä. Sen avulla voidaan selvittää terveydentilasta johtuvia vaikeuksia arjen osallistumisessa (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky).

WHODAS 2.0 sisältää kuusi ICF:n osallistumisen aihealuetta, jotka on valittu kirjallisuuskatsauksen ja em. kulttuuristen soveltuvuustutkimuksien perusteella:

- 1 Ymmärtäminen ja kommunikointi
- 2 Liikkuminen
- 3 Itsestä huolehtiminen
- 4 Ihmissuhteet
- 5 Arjen toiminnot
- 6 Yhteisöllinen osallistuminen

Tiedonkeruutapana voidaan käyttää itse täytettävää kyselylomaketta tai haastattelua. WHODAS 2.0 -arvioitimenetelmästä on olemassa seuraavat versiot:

- 1 36 kysymyksen versio – Haastattelu
- 2 36 kysymyksen versio – Itse täytettävä
- 3 36 kysymyksen versio – Läheisen tekemä arvio
- 4 12 kysymyksen versio – Haastattelu
- 5 12 kysymyksen versio – Itse täytettävä
- 6 12 kysymyksen versio – Läheisen tekemä arvio
- 7 12+24 kysymyksen versio – Haastattelu

Kukoistava kotihoito -hankkeessa suositellaan aloitettavan 12-kysymyksen lyhyellä versiolla, mutta sen jälkeen ensisijaisesti pilotoitavan 36-kysymyksen versiota haastatellen tai itse täyttävällä kyselylomakkeella seuraavien ohjeiden mukaisesti:

- Käyttäjän tulee perehtyä suomenkielisen WHODAS käsikirjan osaan 2, joka sisältää yleistä tietoa ja ohjeita WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän erilaisista käyttötavoista, yleisiä ohjeistuksia työkalun soveltamiseen sekä ohjeistusta eri kieliversioiden kehittämiseen (Paltamaa 2014)
- WHO edellyttää WHODAS 2.0 -verkkosivuilla olevan rekisteröitymislomakkeen täyttämisen
- Lisäksi käyttäjän tulee ilmoittaa WHODAS 2.0:n suomenkielisten versioiden käytöstä myös suomentajalle täyttämällä käyttöilmoitus
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/160/>.

WHODAS 2.0 oli THL:n Omahoitopolut.fi palvelussa oleva ikäihmisten toimintakyvyn testi, joka oli mahdollisuus täyttää netissä. Omahoitopolut palvelun sisällöt ovat siirtyneet marraskuussa 2017 osaksi ODA-palveluita (<https://thl.fi/fi/poistuneet-sivut/omahoitopolut-sivustoa-ei-ena-yllapideta>, <https://oda-projekti.blogspot.com/2016/12/toimintakyky-hyvinvoinnin-mittarina.html>)

PROMIS® (THL 2018)

PROMIS® (Patient Reported Outcomes Measurement Information System) on dynaaminen ja laaja kokonaisuus geneerisiä itsearviointimittareita. Se sisältää mittareita fyysiseltä, sosiaaliselta ja psyykkiseltä toimintakyvyn ulottuvuudelta. Mittareita ovat esimerkiksi väsymys, kipu, masentuneisuus tai sosiaalinen osallistuminen. PROMIS-mittaristo sisältää sekä aikuisille että lapsille ja heidän huoltajilleen tarkoitettuja kalibroituja kysymyspankkeja ja niistä koottuja suppeita lomakkeita.

Mittarit ovat päteviä, tarkkoja, joustavia sekä asiakkaille helppoja ja nopeita vastata. Kaikkien PROMIS-kysymyspankkien kehittämisessä ja validoinnissa käytetään monivaiheista ja standardoitua prosessia, jota PROMIS-terveysjärjestö kehittää ja validoi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on Suomen PROMIS-keskus (THL 2018). Sen tehtävänä on jakaa suomenkielisiä PROMIS materiaaleja ei-kaupalliseen käyttöön Suomessa, koordinoida PROMIS-kysymysten kääntämistä ja validointia Suomessa sekä osallistua PROMIS-menetelmien tieteellisten standardien kehittämiseen, joiden avulla harmonisoidaan ja standardoidaan asiakaslähtöistä toimintakyvyn ja terveyden mittaamista kansainvälisesti.

- Tiedonkeruutapa: itse täytettävät kyselylomakkeet
- PROMIS-mittareilla arvioidaan laajasti fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä erilaisia oireita, hyvinvointia ja tyytyväisyyttä.
- Suomeksi on saatavilla lyhyitä kyselylomakkeita yleisestä terveydestä sekä fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta terveydestä (THL 4.6.2018). Näitä ei ollut saatavilla Kukoistava kotihoito -hankkeen alkaessa eikä näitä voitu siten voitu pilotoida hankkeen aikana.
- PROMIS-mittarin yleiskuvaus löytyy TOIMIA-tietokannasta (Kokko & Anttila 2017).
- suomenkieliset PROMIS-mittauslomakkeet ovat saatavissa ei-kaupalliseen käyttöön THL:n kautta täyttämällä käyttöluopakemus, joka löytyy sivulta <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi/kansallinen-promis-keskus>

- lomakkeita ei saa käyttää kaupalliseen tarkoitukseen, lomakkeita ei saa jakaa eteenpäin, kääntää muille kielille eikä kysymysten sanamuotoja ja asettelua ei saa muuttaa.

4.5.2 IKÄÄNTYNEEN HENKILÖN PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN ARVIOINTIMENETELMÄT

Ikääntyneen henkilön arkisuoriutumista päivittäisistä toiminnoista kotona ja kodin ulkopuolella voidaan arvioida useilla jo pitkään käytössä olleilla arviointimenetelmillä (muun muassa Barthelin ja Katzin indeksit sekä Lawtonin IADL-asteikko). Nämä mittarit ovat asiakaslähtöisiä osallistumisen (suoritustason) arviointimenetelmiä, ***VAIN JOS tiedonkeruumenetelmänä käytetään ikääntyneen henkilön itse tekemää arviota haastattelun tai itse täytettävän kyselomakkeen avulla.***

Näiden kohdalla on huomioitava, että vastausvaihtoehtoja ei ole kehitetty itsearviointiin kuten uudemmissa itsearviointimenetelmissä (WHODAS, PROMIS, FSQfin), jolloin käyttökelpoisuus ja toimivuus itsearvioinnissa on kyseenalainen.

Barthelin indeksi

Barthelin indeksi arvioi itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoimissa. Siitä on olemassa useita versioita: alkuperäinen 10 osiota sisältävä versio, laajennettu 15 osiota sisältävä versio ja 12-, 14-, 16- ja 17-osioiset versiot. Alkuperäisen version muunnoksissa osioiden järjestys ja pisteytystapa vaihtelevat. Suomessa lienee käytetyin 10 osiota sisältävä versio, joka sisältää itsestä huolehtimisen lisäksi myös liikkumista arvioivan osion.

- Toimii asiakaslähtöisenä osallistumisen (suoritustason) arviointimenetelmänä, jos tiedonkeruumenetelmänä käytetään iäkkään henkilön itse tekemää arviota haastattelun tai itse täytettävän kyselomakkeen avulla
- Toteutustapa (ikäntyneen vai ammattilaisen arvio) tulee kirjata
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>

Katzin indeksi

Katzin indeksi arvioi itsenäistä selviytymistä päivittäisissä perustoimissa kuu-
den kysymyksen avulla. Asteikon pisteityksessä on ollut käytössä erilaisia
versioita, myös käännetty pisteitys.

- Toimii asiakaslähtöisenä osallistumisen (suoritustason) arviointimenetelmänä, jos tiedonkeruumenetelmänä käytetään iäkkään henkilön itse tekemää arviota haastattelun tai itse täytettävän kyselomakkeen avulla
- Toteutustapa (ikääntyneen vai ammattilaisen arvio) tulee kirjata
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/94/>

IADL-asteikko (Lawton IADL scale)

Lawtonin IADL-Asteikko kartoittaa päivittäisten asioiden hoitamiseen liitty-
vää toimintakykyä ja siihen liittyen ulkopuolisen avun tarvetta välinetoimissa
(Instrumental Activities of Daily Living, IADL).

- Toimii asiakaslähtöisenä osallistumisen (suoritustason) arviointimenetelmänä, jos tiedonkeruumenetelmänä käytetään iäkkään henkilön itse tekemää arviota haastattelun tai itse täytettävän kyselomakkeen avulla
- Toteutustapa (ikääntyneen vai ammattilaisen arvio) tulee kirjata
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/31/>

4.5.3 FYYSISEN TOIMINTAKYVYN ITSEARVIOINTIMENETELMÄT (ICF SUORITUSTASO)

FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä (Paltamaa 2013)

Functional Status Questionnaire eli FSQ -kysely tunnetaan subjektiivista toimintakykyä arvioivana mittarina. Täydellinen FSQ sisältää 34 kysymystä kattuen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueet. Suomenkielinen FSQfin -kysely sisältää alkuperäisen kyselyn osa-alueista vain fyysisen toimintakyvyn osa-alueet (BADL ja IADL), joihin on lisätty kysymyksiä ja jotka on sillattu ICF-luokitukseen.

- Tiedonkeruutapa: haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
- Tutkittava arvioi itse omaa osallistumistaan eli selviytymistään päivittäisistä askareista omassa nykyisessä elinympäristössä viimeisen kuukauden aikana
- FSQfin-kysely sisältää kolme ICF:n osallistumisen aihealuetta, joissa jokaisessa on viisi kysymystä:
 - 1 itsestä huolehtiminen
 - 2 liikkuminen
 - 3 kotielämä
- Kullekin aihealueelle voidaan laskea oma indeksi. Lisäksi voidaan laskea yksi arjessa selviytymisen indeksi
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/144/>

ABC-asteikko: toiminnallinen tasapainon varmuus (Paltamaa & Peurala 2010)

ABC-asteikko on alun perin kehitetty mittaamaan tasapainon hallinnan heikkenemistä hyväkuntoisilla yli 65-vuotiailla, mutta sitä on käytetty myös useilla sairausryhmillä. Kysymykset valittiin kliinikoiden ja ikääntyneiden haastattelijien perusteella sellaisista arkisista toiminnoista, jotka edellyttävät tasapainon hallintaa ja liikkumista (käveleminen).

- Tiedonkeruutapa: itse täytettävä kyselylomake
- ABC-asteikko sisältää 16 kysymystä, jotka antavat tietoa henkilön itse kokemasta tasapainon varmuudesta arkisissa toiminnoissa
- Vastaaja arvioi kunkin kysymyksen kohdalla tasapainonsa varmuutta asteikolla 0–100 %
- Vastauksista saadut prosenttilukemat (0–100) lasketaan yhteen ja jaetaan kysymysten lukumäärällä. Tällöin testistä saatava kokonaisprosentti vaihtelee 0–100 välillä. Mitä pienempi kokonaisprosentti, sitä voimakkaampi koettu tasapainon epävarmuus on
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/45/>

Kaatumispelkokysely (FES-I) (UKK instituutti 2014)

FES-I-kaatumishuolestuneisuuskysely (Falls Efficacy Scale-International) on työväline, jolla selvitetään vastaajan suhtautumista kaatumiselle altistaviin tilanteisiin. FES-I kartoittaa kaatumisen pelkoa useissa itsenäiseen elämään liittyvissä toiminnoissa. Kysely on tarkoitettu ikääntyneiden kanssa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

- Tiedonkeruutapa: itse täytettävä kyselylomake tai haastattelu
- FES-I-kyselyyn kuuluu 16 osiota, jotka kuvaavat tavanomaisen toimintatilanteen kodissa (esim. Käytte kylvyssä tai suihkussa) tai kodin ulkopuolella (esim. Kävelette tungoksessa)
- Joka tilanteesta vastaaja ilmaisee neliportaisella asteikolla (1 = ei huolestuta lainkaan – 4 = huolestuttaa hyvin paljon), miten vahvasti häntä siinä huolestuttaa kaatumisen mahdollisuus. Vastaaja arvioi siis huolestumistaan tilanne tilanteelta eikä yleisesti
- Tilannekartoituksen ohessa vastauksista saadaan myös huolestuneisuuden voimakkuutta kuvaava summapistemäärä
- Mittariominaisuuksien arvio puuttuu TOIMIA-tietokannasta
- Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/testaaminen/kaatumispelkokysely>

4.5.4 SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIMENETELMÄT (ICF SUORITUSTASO)

Sosiaalisen toimintakyvyn mittareita on hyvin vähän, ja olemassa olevista mittareista tarvitaan lisää tietoa. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin sisällytetään ainakin henkilön ihmissuhteiden määrä ja luonne sekä hänen osallistumisensa yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin (Tiikkainen & Pynnönen 2018.)

Social Provision Scale (SPS)

Social Provision Scale -mittari on kehitetty sosiaalisen tuen ja terveyden yhteisvaikutuksen tarkasteluun – erityisesti stressinsiedon näkökulmasta. SPS on 24-osioinen itsearviointiasteikko, joka koostuu yhteisyyden kuudesta ulottuvuudesta, kustakin kaksi myönteistä ja kaksi kielteistä väittämää. Sitä on käytetty ikääntyneillä henkilöillä arvioimaan yksinäisyyttä, koettua sosiaalista tukea ja subjektiivisia arvioita vuorovaikutussuhteista. (Tiikkainen & Pynnönen 2018).

- Tiedonkeruutapa: haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
- Kuusi vuorovaikutussuhteisiin liittyvää ulottuvuutta:
 - 1 kiintymys (*attachment*),
 - 2 liittyminen (*social integration*),
 - 3 arvostus (*reassurance of worth*),
 - 4 avun saannin mahdollisuus (*reliable alliance*),
 - 5 neuvojen saanti (*guidance*) ja
 - 6 hoivaaminen (*opportunity of nurturance*).
- Sisältää 24 kysymystä, neljä jokaisesta kuudesta ulottuvuudesta
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/46/>

Yksinäisyys, koettu

Yksinkertainen itsearviointiin perustuva yksinäisyyden mittari. Yksinäisyys ilmiönä sisältää sekä psyykkisiä että sosiaalisia ulottuvuuksia. Yksittäistä kysymystä yksinäisyydestä on käytetty lukuisissa kansainvälisissä ja kansallisissa väestötutkimuksissa, joskin kysymyksen muoto on vaihdellut. Yksinäisyyden tunnetta selvittävällä kysymyksellä saadaan esille vuorovaikutussuhteiden laatua kuvaavat ulottuvuudet, kuten odotukset ja tyytyväisyys vuorovaikutussuhteisiin. Yksittäinen kysymys ei myöskään erottele yksinäisyyden syitä, liittykö yksinäisyys eri elämän tilanteisiin vai yksilötekijöihin. Kysymys soveltuu paremmin kyselytutkimuksiin kuin haastatteluun, koska ihmisten voi olla vaikeaa myöntää yksinäisyyttään toisille ihmisille. (Tiikkainen & Pynnönen 2018.)

- Tiedonkeruutapa: haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
- Yksittäinen kysymys
- Kysymyksen muodolla on merkitystä, esim. ”Oletteko yksinäinen?” saatetaan ymmärtää yksinasumiseksi tai naimattomaksi (vrt. sosiaalinen eristyneisyys, yksin olo / yksinäisyys). ”Kärsittekö yksinäisyydestä?” kuvaa parhaiten yksinäisyyden kielteistä puolta, ja sillä on hyvä ennustevaliditeetti
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/92/>

4.5.5 TOIMINTAVALMIUKSIEN (RUUMIIN/KEHON TOIMINNOT) ITSEARVIOINTIMENETELMÄT

Useimmiten toimintavalmiuksien eli ICF-luokituksen ruumiin/kehon toimintojen (muisti /kognitio, kipu, uupumus, sydän ja hengitysoireet, virtsanpidätys, lihasvoima, jne) tutkimiseksi tehdään eri ammattilaisten mittauksia. Näihin voi olla käytössä myös itsearviointimenetelmiä, joita tulisi soveltaa ikääntyneiden henkilöiden toimintakyvyn arvioinnissa. Näitä on niin psyykkisen, kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn osa-alueilla.

1. Psyykkisten toimintavalmiuksien itsearviointimenetelmät

Psyykkinen tilanne arvioidaan psyykkisten voimavarojen ja niihin vaikuttavien tekijöiden havaitsemiseksi (<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>).

GDS-15, Myöhäisiän depressioseula

GDS-15 on erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen kehitetty mittari.

- Tiedonkeruutapa: haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
- Mittari sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä/ei
- Kysymyksiin vastattaessa pyydetään arvioimaan tuntemuksia kuluneen viikon aikana
- GDS-15 -mittarin raja-arvot vaihtelevat jonkin verran tutkimuksittain
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>

CES-D, The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CES-D on depressio-oireiden tunnistamiseen ja depression vaikeusasteen arviointiin kehitetty seulontamenetelmä koko väestölle. CES-D mittaa masennuksen somaattisia oireita sekä masennukseen liittyviä negatiivisia ja positiivisia tunteita sekä ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyviä ongelmia.

- Tiedonkeruutapa: haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
- Vastaja arvioi asteikolla nolasta kolmeen, miten usein kussakin väittämässä esitetty oire on esiintynyt viimeksi kuluneen viikon aikana
- Asteikko kattaa keskeisimmät kirjallisuudesta löytyvät masennuksen oireet. Pääpaino on affektiivisilla tekijöillä: depressiivinen mieliala, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, avuttomuuden ja toivottomuuden tunteet, psykomotorinen hitaus, ruokahalun väheneminen ja univaikeudet
- Mittari on sopiva seulontatarkoituksiin ikääntyville perusterveydenhuollon asiakkaille.
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/85/>

2. Kognitiivisten toimintavalmiuksien itsearviointimenetelmät

SUMU muistikysely

Muistihäiriöpotilaan huolellinen haastattelu kuuluu hyvään muistihäiriöpotilaan tutkimukseen. Henkilön kuvaamat kognitiivisen tiedonkäsittelyn muutokset ovat ensiarvoisen tärkeitä muistihäiriösairauksien alkuvaiheissa.

Suomen muistiasiantuntijoiden muistikysely on tarkoitettu muistioireisen henkilön itsensä täytettäväksi joko vastaanoton yhteydessä tai ennen sitä. Läheiselle annettu samansisältöinen kysely antaa mahdollisuuden verrata vastauksia. Selvä ero läheisen vastauksiin verrattuna samoista toiminnoista voi kuvata tutkittavan sairaudentunnon puutetta.

- Tiedonkeruutapa: itse täytettävä kyselylomake iäkkäälle tai läheiselle
- Lomake helpottaa tarkempaa haastattelua sekä auttaa läheistä jäsentämään ja ilmaisemaan havaintojaan
- Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/testit.php>

3. Fyysisten toimintavalmiuksien itsearviointimenetelmät

NYHA-luokitus

Sydän- ja verisuonisairauksien vaikeusasteen arviointiin kehitetty luokitus, jossa kartoitetaan tutkittavan oireet suhteessa tyypillisiin arkipäivän toimintoihin ja ponnistuksiin. ICF-luokituksessa arvioi rasituksen sietotoimintoja.

- Tiedonkeruutapa: haastattelu
- Haastattelija sijoittaa tutkittavan toimintakyvyn neliluokkaiselle asteikolle (I–IV, IV suurin toimintakyvyn rajoitus)
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/80/>

Kivun arviointi

Kivun arvioinnin lähtökohta on henkilön oma arvio kivustaan (Duodecim, 2015).

- Kipupotilas haastatellaan ja tutkitaan huolellisesti:
 - ① Kivun kesto, tyyppi ja sijainti arvioidaan esimerkiksi kipupiirroksen avulla.
 - ① Kivun voimakkuus arvioidaan jollakin yleisesti käytetyllä mittarilla, kuten kipujanalla (visual analogue scale, VAS), numeerisella asteikolla 0–10 (numerical rating scale, NRS), sanallisella arviolla (verbal rating scale, VRS) tai kasvokuvilla.
- Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50103>

4.5.6 YMPÄRISTÖTEKIJÄT

Ympäristön arviointi (Ikinä-opas)

Kaatumistapaturmien ehkäisy on tärkeä osa ikääntyneiden hyvää terveyttä ja hyvinvointia ylläpitäviä toimia, ja sen tulee olla osa kaikkia ikääntyneiden palveluita sekä omaishoitoa. Tehokas ja tulokellinen kaatumisten ehkäisy edellyttää monialaista toimintaa ja ammattiryhmien aitoa yhteistyötä. (Pajari 2016.)

Kaatumisille altistavista ulkoisista vaaratekijöistä suuri osa on asuinympäristön ja sen lähiympäristön ominaisuuksiin liittyviä tekijöitä. Ulkoisiin tekijöihin kuuluvat myös esimerkiksi sää ja keliolosuhteet. Ikääntyneen ymmärrys siitä, että ympäristön turvallisuuden parantaminen ja ylläpitäminen on tärkeää. Kun henkilö itse uskoo kodin turvallisuutta parantavien muutostöiden lisäävän hänen turvallisuuttaan, hän myös osallistuu aktiivisesti turvallisuutta lisäävien muutosten toteutukseen. (Pajari 2016.)

Vaikka ympäristön arviointi ei ole samalla tavalla asiakkaan itsearviointi kuin muut aiemmin esitellyt arviointimenetelmät, tulee ympäristön arviointi olla osa asiakaslähtöistä tavoitteellista lähestymistapaa.

- Kodin ja ympäristön vaaratekijät kartoitetaan aina kaatumisvaaran arvioinnissa

- Kartoitus, tarvittavien toimien suunnittelu ja toteutus tehdään moniammatillisesti
- Ikääntynyt ja hänen läheisensä otetaan mukaan kaatumisten ehkäisyn suunnitteluun
- Kodin ja asuinympäristön turvallisuuden kartoittaminen tehdään kaikille ikääntyneille, mutta erityisen tärkeää se on tehdä henkilöille, joilla on ollut kaatumisia
- ja/tai heikko toiminta- ja liikkumiskyky tai heikko näkökyky
- Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/79998>

QUEST 2.0: Apuvälinetyytyväisyyttä arvioiva mittari

QUEST on mittari, jonka avulla arvioidaan henkilön tyytyväisyyttä apuvälineeseensä ja siihen liittyviin palveluihin. Mittaria voidaan käyttää nuorilla, aikuisilla ja ikääntyneillä, joilla on käytössään apuväline toimintarajoitteiden takia. Arvioon vaikuttavat mm. henkilön odotukset, havainnot, asenteet ja henkilökohtaiset arvot. QUEST ei arvioi käyttäjän suoriutumista apuvälineen kanssa.

- Tiedonkeruutapa: haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
- Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/163/>

5 YHTEENVETO

Tämä julkaisu on tehty Kukoistava kotihoito -hankkeen (2017–2018) aikana vahvistamaan ja laajentamaan kotihoidon henkilöstön ymmärrystä toimintakyvystä ja sen tukemisesta. Julkaisuun kootut olemassa olevat suositukset (luku 3) perustuvat syyskuun 2018 tietoon, joten lukijan tulee päivittää ajantasaiset arviointisuositukset TOIMIA-tietokannasta. Lisäksi on hyvä huomioida, että tässä raportissa esitettyjä suosituksia tulee arvioida ja päivittää aina tarpeen mukaan.

Ikääntyneen asiakkaan toimintakyky tulee arvioida moniammatillisesti osana yksilöllistä kotihoitoa. Ikääntyneen ilmaisemat ja kokemat tarpeet ohjaavat tavoitteiden asettamista ja osallistavat hänet oman arkensa merkitykselliseen rakentamiseen. Toimintakyvyn arvioinnin lähtökohtana on asiakaslähtöiset itsearviointimenetelmät, jota ammattilaisen käyttämät arviointimenetelmät tukevat.

LÄHTEET

Aalto, A.-M., Korpilahti, U. Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. & Luoma, M.-L. 2013. Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutusten arvioinnissa (online). TOIMIA-tietokanta. Viitattu 12.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/40/>.

Alanko, T., Karhula, M., Piirainen, A., Kröger, T. & Nikander, R. 2017. Kuntoutuksen osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi. Helsinki: Kela. <http://hdl.handle.net/10138/175226>.

Autio, T. 2011. RAVA-mittarin Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin (online). TOIMIA-tietokanta. Viitattu 13.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/64/>.

Autti-Rämö, I., Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. Tavoitteiden laatiminen. Julkaisussa GAS-menetelmä: Käsikirja, versio 4, 5–10. Toim. S. Sukula & K. Vainiemi. Viitattu 13.9.2018. <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>.

Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. 2016a. Kuntoutumisen prosessi. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 56–73.

Autti-Rämö, I., Poutiainen, E., Pohjolainen, T. & Kehusmaa, S. 2016b. Kuntoutuksen vaikutusten arviointi. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 91–107.

Autti-Rämö, I. & Salminen, A.-L. 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 14–17.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. 1990. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Julkaisussa *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Toim. P. B. Baltes & M. M. Baltes. New York: Cambridge University Press, 1–34.

Cochrane, A., Furlong, M., McGiloway, S., Molloy, D., Stevenson, M. & Donnelly, M. 2016. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD010825. doi:10.1002/14651858.CD010825.pub2.

Dijkers, M. 2010. Issues in the conceptualization and measurement of participation: An overview. *Arch Phys Med Rehabil*, 91, 1, 5–16.

Esbjerg Municipality. 2013. The client-centric coordination model – an Esbjerg model. Esbjerg Municipality: Health & Care. Viitattu 12.9.2018. <http://dinsundhed.esbjergkommune.dk/om-sundhed/arrangementer/tidligere-arrangementer/model-for-koordination-med-borgeren-i-centrum.aspx>.

Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muurinen, S., Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä (online). TOIMIA-tietokanta. Viitattu 12.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>.

Heinemann, A. 2010. Measurement of participation in rehabilitation research. *Arch Phys Med Rehabil*, 91, 1, 1–4.

Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. 2011. Ikähoiva -työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Viitattu 13.9.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72259/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225753.pdf?sequence>.

ICF 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. World Health Organization. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Helsinki: Stakes. Viitattu 13.8.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>.

Jylhä, M. & Stranberg, T. 2012. Kohti parempaa vanhuutta – ainakin parin askeleen verran. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 128, 18, 1833–1834.

Jäntti, P. 2015. Moniammatillinen geriatrinen arviointi ja sen merkitys. Rovaniemi 15.12.2015. Viitattu 13.9.2018. http://www.sosiaalikollega.fi/poske/tapahtumat/hankkeet/seniorikaste/moniammatillisuusvanhuspalveluissa_151215/jantti_151215_moniammatillinen_arviointi.

Karhula, M., Veijola, A. & Ylisassi, H. 2016. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 225–238.

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Viitattu 12.9.2018. <https://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>.

Kokko, K & Anttila, H. PROMIS-yleiskuvaus. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 14.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/179/>.

Konsensuslausuma. 2012. Kohti parempaa vanhuutta 8.2.2012. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Viitattu 13.9.2018. <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f-271149680/konsensuslausuma20122.pdf>.

Kotihoito ja kotipalvelut. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Viitattu 12.9.2018. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>.

Kukoistava kotihoito. 2018. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihankkeen verkkosivut. Viitattu 9.4.2018. <http://www.ks2020.fi/uudistuksen-karkihankkeet/kotihoito/>.

Kukoistava kotihoito -hankesuunnitelma. 2016. Keski-Suomen ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus. 7.9.2016. Viitattu 9.4.2018. <http://www.ks2020.fi/wp-content/uploads/2017/03/Kukoistava-kotihoito-hankesuunnitelma.pdf>.

Kuntoutusselonteko. 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Viitattu 12.9.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236178>.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Viitattu 12.9.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226400>.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea. 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>.

L980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 12.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Litja, H. 2009. RAVA-mittari ikääntyvän toimintakyvyn kuvaajana. Helsinki: Helsingin yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu tutkielma. Viitattu 13.9.2018. <http://hdl.handle.net/10138/16473>.

Mäkelä, M., Alastalo, H., Noro, A. & Finne-Soveri, H. 2014. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi. Julkaisussa Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Toim. A. Noro & H. Alastalo. THL Raportti 13/2014, 131–149. Viitattu 13.9.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-169-3>.

Mäkelä, M., Autio, T., Heinonen, H., Holma, T., Häkkinen, H., Hänninen, T., Pajala, S., Sainio, P., Schroderus, K., Seppänen, M., Sihvonen, S., Stenholm, S. & Valkeinen, H. 2013. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 13.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/41/>.

Pajari, S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy opas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos opas 16 / 2016. Viitattu 16.9.2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/79998>.

Paltamaa, J. 2013. FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 14.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/144/>.

Paltamaa, J. 2014. WHODAS 2.0 : terveyden ja toimintarajoitteiden arvioinnin käsikirjan osat 2 & 3. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.9.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-348-3>.

Paltamaa, J. & Anttila, H. 2015. WHODAS 2.0 – terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 14.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/160/>.

Paltamaa, J. & Kantanen, M. 2016. Suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 13.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/39/>.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela. <http://hdl.handle.net/10138/24581>.

Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016. ICF-luokitus. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 37–55.

Paltamaa, J. & Peurala, S. ABC-asteikko: toiminnallisen tasapainon varmuus. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 14.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/45/>.

Pikkarainen, A. 2017. Arki-, koti- ja lähikuntoutuksen käsitteet. Ikä nyt 1/2017. Ikäosaamisen verkkojulkaisu. Karelia ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.4.2018. <http://www.karelia.fi/ikanyt/2017/03/23/arki-koti-ja-lahikuntoutuksen-kasitteet/>.

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 179–191.

Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Tampere: Kela. Viitattu 13.9.2018. <http://hdl.handle.net/10138/42029>.

RAI 2018. RAI vertailukehittäminen kotisivut. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.9.2018. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen>.

Rajala, T. 1997. ATK-pohjaisen hoitoisuusindeksin hyväksikäyttö vanhustenhuollon suunnittelussa ja kehittämisessä. Poliklinikka, 18–19.

Rauch, A., Cieza, A. & Stucki, G. 2008. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys Rehabil Med, 44, 319–342.

RAVA 2018. RAVA®-toimintakykymittari. FCG Finnish Consulting Group Oy. Viitattu 13.9.2018. <http://www.fcg.fi/rava>.

Royal College of Physicians of Ireland. 2016. Comprehensive Geriatric Assessment. National Clinical Programme for Older People. Viitattu 13.9.2018. <https://www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/olderpeopleprogramme/resources/ComprehensiveGeriatricAssessmentSummary.pdf>.

Sainio, P. & Salminen, A.-L. 2016. Toimintakyvyn arviointi ja menetelmät. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 206–224.

Salmi, E. 2017. Keski-Suomi kulkee kohti kukoistavaa kotihoitoa (20.9.2017). Viitattu 9.4.2018. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/keski-suomi-kulkee-kohti-kukoistavaa-kotihoitoa.

Salminen, A-L., Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2016. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 20–36.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. 2014. Työryhmän lopuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:14. Viitattu 12.9.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3485-6>.

Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. GAS-menetelmä: käsikirja, versio 4. Kela. Viitattu 13.9.2018. <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>.

Tiikkainen, P. & Pynnönen, K. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 16.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>. THL. 2018. Kansallinen PROMIS-keskus. Viitattu 14.9.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi/kansallinen-promis-keskus>.

TOIMIA-tietokanta. 2018. Viitattu 13.9.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>.

TOIMIA-käsikirja 2017. TOIMIA-käsikirja (2.0). Kuvaus toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin suositusten sekä mittariarviointien laadinnasta TOIMIA-asiantuntijaverkostossa. Viitattu 12.9.2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/132218>.

Torkki, P., Leskelä, R.-L., Linna, M., Torvinen, A., Klemola, K., Sinivuori, K., Larsio, A. & Hörhammer, I. 2017. Ehdotus sosiaali- ja terveystalvelujen uudeksi kansalliseksi mittariksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisu 36/2017. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 13.9.2018. <http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=18701>.

UKK-intituutti. Kaatumispelkokysely (FES-I). Viitattu 14.9.2018. <http://www.ukkinsstituutti.fi/ammattilaisille/testaaminen/kaatumispelkokysely>.

Valkeinen, H., Anttila, H. & Paltamaa, J. 2014. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0). Viitattu 12.9.2018. https://www.thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas_VALMIS_090614+%282%29.pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f.

Valta, M. 2009. Ikääntyneiden toimintakyky ja avuntarve. Suurten ja keskisuurten kaupunkien RAVA poikkileikkaustutkimus v. 2008. FCG. Efeko Oy.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Helsinki: Stakes Raportteja 7/2005. Viitattu 12.9.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194256>.

Wade, D. 2005. Describing rehabilitation interventions (Editorial). *Clin Rehabil*, 19, 811–818.

KIRJOITTAJAT

KIRJOITTAJAT

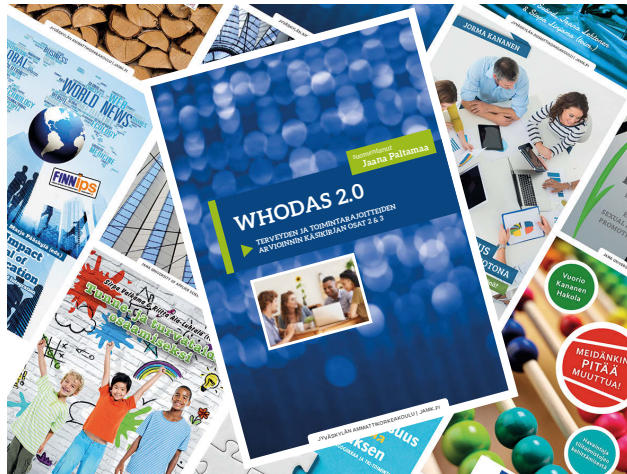
Jaana Paltamaa, Erikoissuunnittelija, Jyväskylän Ammattikorkeakoulu

LIITTEET

LIITE 1. ASIAKSLÄHTÖISET TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIMENETELMÄT SUHTEESSA ICF-VIITEKEHYKSEEN

RPS-LOMAKE (Rehabilitation Problem-Solving)		© 2002 Dr. Werner Steiner
Kuntoutujan nimi: Kuntoutuksen päätavoite:		
Pvm /paikka:	Häiriö tai tauti	Osallistujat:
lökkään henkilön ja/tai läheisen kysely / haastattelu (henkilön kannalta merkitykselliset asiat)		
Kuntoutujan (läheisen) näkökulma	Toimintavalmiuksien itsearviointi: Fyysinen toimintakyky: - Kipu VAS-janalla Psykyinen toimintakyky: - GDS-15, CES-D Kognitiivinen toimintakyky (jos epäillään Muistin heikkenemistä): - Muistikysely iäkkäälle henkilölle tai hänen läheiselle (SUMU-testit) http://www.muistiasiantuntijat.fi/testit.php	Suoritustaso / osallisuus arjessa: - WHODAS 2.0 - haastattelu Fyysinen suoritustaso: - FSQFin - arjen askareista selvytyminen (esim. Barthel itsearvioiden) Asennon hallinta ja ylläpitäminen (suoritustaso): - ABC-asteikko tai FES-I Omasta terveydestä huolehtiminen: - Alkoholin käyttö: AUDIT - Ravitsemus: MNA
	Ruumiin/kehon toiminnot	Suoritukset
Ammattilaisen näkökulma	<i>Ammattihenkilö valitsee arvioinnissa käytettävät Toimintavalmiuksien (Ruumiin/kehon toiminnot) ja Suoritustason arviointimenetelmät sen jälkeen, kun on tunnistettu kuntoutuksen tarve / arvioinnin kohde tai kohteet yhdessä asiakkaan kanssa.</i>	
	Toimintavalmiudet: Kognitiivinen: - MMSE - CERAD Fyysinen: - Puristusvoima Eilintoiminnot: - RR, paino, labrat	Ammattispesifit arviointimenetelmät (ft, tt) esimerkiksi - SPPB - Kaatumisvaaran arviointi (Ikinä-opas) - TUG - Bergin tasapainotesti
Kontekstuaaliset tekijät		
Ympäristötekijät:		Yksilötekijät:
kuntoutujan ja/tai läheisen haastattelu		
<i>strukturoidut kyselyt / haastattelut tai havainnointi, joiden avulla voidaan selvittää kuntoutuksen kannalta merkitykselliset ympäristö tai yksilötekijät</i>		
Ympäristön arviointi esimerkiksi IKINA-oppaan avulla		

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULUN Julkaisuja



MYynti JA JAKELU
Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjasto
PL 207, 40101 Jyväskylä
Rajakatu 35, 40200 Jyväskylä
040 865 0801
julkaisut@jamk.fi
www.jamk.fi/julkaisut

VERKKOKAUPPA
www.tahtijulkaisut.net

jamk.fi

jamk.fi

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU

PL 207, 40101 Jyväskylä

Rajakatu 35, 40200 Jyväskylä

Puh. 020 743 8100

Faksi (014) 449 9700

www.jamk.fi

AMMATILLINEN OPETTAJAKORKEAKOULU

HYVINVOINTIYKSIKKÖ

LIIKETOIMINTAYKSIKKÖ

TEKNOLOGIAYKSIKKÖ



Sosiaali- ja terveysministeriön I&O- kärkihankkeissa (2016–2018) tavoitteena oli kehittää iäkkäiden sekä omais- ja perhehoitajien palveluja yhdenvertaisemmiksi ja koordinoitummiksi. *Keski-Suomen Kukoistava kotihoito* -hanke oli yksi koti- ja omaishoidon uudistuksen alueellisista hankkeista. Osana tätä hanketta kartoitettiin asiakaslähtöisiä toimintakyvyn arviointikäytäntöjä, vahvistettiin yksilöllisten tavoitteiden tunnistamistaja määrittämistä huomioiden ikääntyneen asiakkaan voimavarat ja lähiympäristö.

Kotihoidon asiakaslähtöisen tavoitteellisen lähestymistavan lähtökohtana oli kotihoidon henkilöstön yhteisen toimintakyvykäsityksen (ICF) rakentaminen ja omaksuminen. Tämä julkaisu on tehty vahvistamaan ja laajentamaan kotihoidon henkilöstön ymmärrystä toimintakyvystä ja sen tukemisesta. Julkaisuun on koottu toimintakykyarvioinnin tausta, iäkkäiden toimintakyvyn arviointiin olemassa olevat suositukset ja käytännöt sekä hankkeen aikana laaditut suositukset asiakaslähtöisestä toimintakyvyn arvioinnista.

ISBN 978-951-830-502-9