

Piia Kotilainen, Anna-Leena Vuori

# Kotikuntoutusmallia palvelevat arviointimenetelmät ja niiden tarkoituksenmukaisuus asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti AMK

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

13.4.2015

<p>Tekijät Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Piia Kotilainen, Anna-Leena Vuori Kotikuntoutusmallia palvelevat arviointimenetelmät ja niiden tarkoituksenmukaisuus asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa</p> <p>53 sivua + 2 liitettä 13.4.2015</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Toimintaterapeutti AMK</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Toimintaterapian koulutusohjelma</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Toimintaterapia</p>
<p>Ohjaajat</p>	<p>yliopettaja Toini Harra lehtori Anja Sario</p>
<p>Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja merkittävä väestön ikärakenteen muuttuessa ja hoidon sekä kuntoutuksen painottuessa tulevaisuudessa kotiympäristöön. Tämä edellyttää uusien palvelumuotojen kehittämistä ja resurssien kohdentamista ennaltaehkäisevään ja tavoitteelliseen kotikuntoutukseen. Opinnäytetyö toteutui osana Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveysviraston Kotikuntoutusmallista kotihoitoon -kehittämishanketta. Opinnäytetyössä tarkasteltiin kotikuntoutusmalliin valittujen arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta kotikuntoutusasiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa.</p> <p>Arviointimenetelmien arvioinnin osa-alueet analysoitiin siltaamalla arviointimenetelmät ICF-luokitukseen Alarcos Ciezan ja kollegoiden määrittelemien sääntöjen mukaan sekä CMOP-E -malliin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla. Puolistrukturoitujen teemahaastattelujen avulla saatiin tietoa kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemyksistä ja kokemuksista kotikuntoutuksessa käytössä olevista arviointimenetelmistä sekä arviointiprosessista.</p> <p>Teemahaastatteluaineiston sisällönanalyysin tuloksena muodostui arviointitietoa, kotikuntoutusmallin arviointimenetelmiä ja toimintatapoja sekä asiakkaan tavoitteita ja asiakasvalintaa kuvaavat pääluokat. Arviointimenetelmien arvioinnin osa-alueiden sisällönanalyysin tuloksena ilmeni niiden jakaantuminen ICF-luokitukseen ja CMOP-E -malliin. Tiedon avulla oli mahdollista vertailla kotikuntoutukseen valittujen arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa. Teemahaastattelu aineiston analyysin ja arviointimenetelmien analyysien tulosten johtopäätöksenä muodostui kuva kotikuntoutuksen arviointikäytänteiden kriittisistä tekijöistä.</p> <p>Opinnäytetyön merkitys perustuu sen tuottaman tiedon hyödynnettävyyteen kotikuntoutuksen arviointiprosessin kehittämisessä. Tarkoituksenmukaiset arviointikäytännöt puolestaan edistävät kotikuntoutuksen vaikuttavuutta. Kotikuntoutuksen vaikuttavuuden osoittaminen lisää yhteiskunnallisella tasolla kotikuntoutuksen toteuttamiseen myönnettäviä resursseja.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>kotikuntoutus, arviointimenetelmät, ICF, CMOP-E</p>

Authors Title Number of Pages Date	Piia Kotilainen Anna-Leena Vuori Appropriate Tools for Assessing Client's Performance Capacity in Reablement 53 pages + 2 appendices Spring 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructors	Toini Harra, Principal Lecturer Anja Sario, Senior Lecturer
<p>The subject of the thesis has current value because the age structure in Finland is changing and in future the caretaking and rehabilitation will take place more often in home environment. These changes make it important to develop new type of services and resources must be targeted at preventive and goal-oriented reablement. Helsinki city Social Services and Health Department has an initiative to develop a model for reablement. The thesis was made in co-operation with the initiative. The focus of the thesis is to review how appropriately clients performance capacity can be assessed with the assessment tools selected for the reablement model.</p> <p>We gathered information from the employees of reablement with semi-structured theme interviews. The focus was to find out the thoughts and experiences employees have concerning assessment tools used in reablement and the assessment process. We analyzed the material by following data-oriented content analysis method. As a result of the analysis we formed five main categories that depict information gathered by use of assessment tools, assessment tools and approach used in reablement, individual goals set for the rehabilitation and the process of selecting clients for reablement.</p> <p>We also used two types of methods to analyze the content of assessment tools used in reablement. Firstly, the content was analyzed by following the standardized method developed by Alarcos Cieza and her associates to link assessment tools to ICF-classification. Secondly, we analyzed the content of assessment tools by following the method of theoretic oriented content analysis where the theoretic approach was the CMOP-E model. As a result of theoretic oriented content analysis we reviewed the division of content of assessment tools to ICF-classification and CMOP-E model. This information makes it possible to compare the different assessment tools and evaluate how appropriate the tool is to assess performance capacity of a person in restorative home care.</p> <p>As a conclusion the critical components concerning assessment practices in reablement was formed. The knowledge that is presented in this thesis can be used to improve the process of assessment in reablement model, which makes the thesis significant. Appropriate assessment practices benefit the effectiveness of reablement. It is important to prove that reablement is effective so that more resources will be directed at implementing reablement.</p>	
Keywords	reablement, assessment tools, ICF, CMOP-E

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset	3
3	Teoreettiset lähtökohdat	5
3.1	Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF	5
3.2	Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli CMOP-E	8
3.3	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	11
4	Teorialähtöinen ICF-analyysi, CMOP-E -analyysi ja tulokset	15
4.1	Kotikuntoutuksen arviointimenetelmät	15
4.2	Teorialähtöinen arviointimenetelmien sisällönanalyysi ja perusteet	21
4.3	ICF-analyysin tulokset	25
4.4	CMOP-E -analyysi	31
4.5	CMOP-E -analyysin tulokset	31
5	Teemahaastatteluaineiston analyysi ja tulokset	34
5.1	Haastattelun suunnittelu ja toteutus	34
5.2	Teemahaastattelun informantit	35
5.3	Teemahaastattelun sisällönanalyysi	35
5.4	Teemahaastattelun tulokset	38
6	Johtopäätökset	42
7	Pohdinta	46
8	Lähdeluettelo	50

### Liitteet

Liite 1. Teorialähtöinen ICF-siltaus ja CMOP-E -siltaus

Liite 2. Teemahaastattelun suostumuslomake

## 1 Johdanto

Opinnäytetyömme toteutuu osana Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveysviraston Kotikuntoutusmallista kotihoitoon -kehittämishanketta. Helsingin kaupunki on lähtenyt kehittämään kotihoitoon moniammatillista kotikuntoutusmallia. Kotikuntoutus-projekti toteutetaan etelän palvelualueella (Kallio 2:n ja Vallila 3:n lähipalvelualueilla) ja kuntoutuksen osaamiskeskuksen yhteistyönä kaupungin omilla resursseilla. (Pekkanen 2014.) Opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppani on Helsingin kaupungin itäisen, kaakkoisen ja keskisen terveysaseman sekä kotihoidon, akuutti- ja päivystyssairaaloiden vastaava toimintaterapeutti Meri Pekkanen.

Opinnäytetyön aiheena on tarkastella kotikuntoutusmallin käytössä olevien arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta kotikuntoutusasiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa. Kotikuntoutusmallin kehittämishankkeeseen tehdään samanaikaisesti kolme opinnäytetyötä. Työelämäyhteistyökumppanin Meri Pekkasen sekä opinnäytetyöohjaajan Toini Harran kanssa käydyt keskustelut opinnäytetyön aiheesta sekä idea- että suunnitelma- vaiheessa auttoivat meitä täsmällisen tutkimustavoitteen laatimisessa.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja merkittävä väestön ikärakenteen muuttuessa ja hoidon sekä kuntoutuksen painottuessa tulevaisuudessa kotiympäristöön. Tämä edellyttää uusien palvelumuotojen kehittämistä ja resurssien kohdentamista ennaltaehkäisevään ja tavoitteelliseen kotikuntoutukseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö on uudistanut vuonna 2013 laatusuosituksen, jonka pääta-voite on hyvän ikääntymisen turvaaminen sekä palveluiden parantaminen. Sen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn edistämistä sekä vanhuspalvelu- lain toimeenpanoa. Laatusuosituksessa otetaan kantaa mahdollisimman terveen ja toi- mintakykyisen ikääntymisen turvaamiseksi. Tämä edellyttää mahdollisuutta kotona asu- miseen sekä varhaiseen puuttumiseen. Merkittäväksi itsenäisen selviytymisen tueksi on mainittu oikea-aikaiset ja vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Erityishuomiota tulisi suosituksen mukaan kiinnittää kuntoutuspalvelujen kokonaisuuteen, monipuolisuuteen sekä niiden lisäämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 10.)

Helsingin kaupungin kotikuntoutushankkeeseen on tehty yksi opinnäytetyö. Einset ja Krook (2013) ovat opinnäytetyössään tutkineet toimintaterapeutin roolia kotikuntoutuksessa sekä luoneet määritelmän kotikuntoutukselle systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelujen avulla. Työssään he ovat kartoittaneet kattavasti myös pohjoismaissa tehtyjä tutkimuksia kotikuntoutuksesta. Heidän haastattelemansa toimintaterapeutit, jotka työskentelivät kotikuntoutuksen parissa Tanskassa ja Norjassa kertoivat käyttävänsä asiakkaiden arvioinnissa COPM -arviointimenetelmää. Työhön valituissa kirjallisuuskatsauksen tieteellisissä artikkeleissakin yleisimmin mainittu arviointiväline oli COPM -arviointimenetelmä. (Einset – Krook 2013: 46.)

Suomessa kotikuntoutuksen käytänteitä on kehitetty aiemmin esimerkiksi vuosina 2008-2011 toteutuneessa Käpyrinne ry:n toteuttamassa *Kotona kunnossa* -hankkeessa. Hankkeessa pyrittiin kehittämään kotikuntoutusmalli, jonka avulla voitaisiin tukea huonokuntoisten ikääntyvien ihmisten kotona asumista ja kuntoutuksellisia tarpeita. Lisäksi tavoitteena oli ikääntyneen henkilön toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja arviointiin sopivan menetelmän kehittäminen. Toimintakykyä arvioitiin Ikäinstituutin kehittämän laaja-alaisen toimintakyvyn arviointi -mallin avulla, joka korostaa ikääntyneen henkilön omaa kokemusta toimintakyvystään ja arkipäivän toiminnoista selviytymisessä. Lisäksi toimintakykyä on arvioitu fyysisen toimintakyvyn mittareilla. Hankkeen loppuraportissa on nostettu esille, että seitsemän viikon mittainen kuntoutusjakso on liian lyhyt aika laaja-alaisen toimintakyvyn tukemiseen ja kiinnitetty huomiota säännöllisen harjoittelun tärkeyteen fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Keskeiseksi asiakkaan toimintakykyä edistäväksi, voimaannuttavaksi tekijäksi nostettiin henkinen hyvinvointi, jota edistää asiakkaan kiireetön kohtaaminen ja hänelle tärkeiden asioiden kuuleminen. Lisäksi on havaittu, että asiakkaan osallisuus vahvistaa hänen kuntoutukseen sitoutumista ja motivoitumista. (Palonen — Takala — Pohjolainen — Tiihonen 2011: 3, 8, 9, 12, 52, 55—57.)

Opinnäytetyön raportissa esitellään aluksi työn tavoite ja tutkimuskysymykset. Alaluvussa kolme käsitellään työn teoreettisia lähtökohtia ja kuvataan opinnäytetyön aiheen kannalta keskeiset käsitteet. Näiden selvitystyötä ohjaavien *näkökulmien* jälkeen on alaluvuissa neljä ja viisi kuvattu opinnäytetyön aineistonkeruu, aineiston analyysi ja tulokset. Alaluku kuusi käsittää analyysien tuloksista tehdyt johtopäätökset. Raportin lopussa pohdimme ja arvioimme opinnäytetyön toteutukseen liittyviä tekijöitä ja niiden vaikutuksia sekä eettisiä näkökulmia.

## 2 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää ja kehittää kotikuntoutusmallin toimintaperiaatteita toimintakyvyn arviointiin liittyvän prosessin osalta. Pyrimme selvittämään mallin arviointikäytänteiden ja arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta asiakkaan toimintakyvyn arvioimisessa. Tarkastelemme tuottavatko valitut arviointimenetelmät tarkoituksenmukaista tietoa asiakkaan toimintakyvystä, jotta arviointitiedon pohjalta voidaan yhdessä asiakkaan kanssa laatia kuntoutukselle mielekkäät tavoitteet ja kotikuntoutus olisi tehokasta ja tuloksellista.

Kotikuntoutusasiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi on keskeistä löytää arvioinnissa toimintakyvyn liittyvät tekijät, jotka estävät tai mahdollistavat asiakkaan osallistumista ja toimimista arjessaan. Oikein kohdentuessaan arviointi tuottaa täsmällistä tietoa asiakkaan toimintamahdollisuuksista, mikä edistää tarkoituksenmukaisten kuntoutusmenetelmien valintaa ja realistisen suunnitelman tekemistä kotikuntoutusjaksolle.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

- **Millaista tietoa arviointi tuottaa kotikuntoutusasiakkaan toimintakyvystä?**
- **Kuinka tarkoituksenmukaisia kotikuntoutusmalliin valitut arviointimenetelmät ovat käytännön työssä?**

Opinnäytetyö noudattaa laadullisen tutkimuksen periaatteita, jossa lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja tutkimuskohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Opinnäytetyön tarkoitus on ymmärrykseen pyrkivä, mikä tutkimusongelman mukaisesti etsii ymmärrystä arviointikäytänteiden tarkoituksenmukaisuudesta kotikuntoutuksen asiakkaille. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 124–129, 152.) Eskola ja Suoranta (2000) ovat kuvanneet kvalitatiivista tutkimustapaa esimerkiksi aineistonkeruumenetelmän, tutkittavien näkökulman, otantatavan, aineiston analyysin ja tulosten esitystavan kautta (Eskola – Suoranta 2000: 15).

Yksinkertaisimmillaan laadullista aineistoa voidaan kuvata tekstimuotoiseksi aineistoksi, joka on muodostunut esimerkiksi haastattelemalla tai se voi olla jokin muu kuin itse tutkimusta varten tuotettu kirjallinen aineisto tai äänimateriaali (Eskola – Suoranta 2000:

15). Opinnäytetyön aineistona ovat sekä kotikuntoutusmallin arviointimenetelmien käyttämistä koskevat käsikirjat ja arviointilomakkeet että nauhoitteet kotikuntoutuksen työntekijöiden teemahaastatteluista. Teemahaastattelujen tarkoituksena on saada tietoa kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemyksistä ja kokemuksista kotikuntoutuksessa käytössä olevista arviointimenetelmistä ja arviointiprosessista. Eskola ja Suoranta (2000) ovat kuvanneet tällaista tutkimuksellista lähestymistapaa yhdeksi tyypilliseksi laadullisen tutkimuksen piirteeksi (Eskola – Suoranta 2000: 16).

Laadullisen tutkimuksen tutkimusjoukko muodostuu yleensä harkinnanvaraisen otannan kautta. Tutkijan täytyy määrittää tarvittavalle tutkimusjoukolle tunnusmerkit, joiden kautta hän pystyy kohdistamaan otannan juuri tutkimusongelman kannalta merkitykselliseen tutkittavien joukkoon. (Eskola – Suoranta 2000: 18, 66.) Opinnäytetyössä tärkeitä tutkimusjoukkoon liittyviä tunnusmerkkejä teemahaastatteluun osallistuvien henkilöiden osalta olivat haastateltavan ammatillinen tausta ja rooli kotikuntoutusprojektissa. Näiden tunnusmerkkien avulla pyrittiin varmistamaan mahdollisimman kattavan ja moniammatillisen kuvan muodostuminen kotikuntoutuksen arviointiprosessin piirteistä.

Laadullisen aineiston analysoinnin tuloksena tutkimusaineisto saadaan selkeämpään ja tiiviimpään muotoon. Analyysin ja tulkintaprosessin päämääränä on tuottaa uutta tietoa tutkittavasta aiheesta. Laadullisen analyysin tekemiseen on olemassa useita eri menetelmiä. Varsinaisesta analyysitavasta riippumatta ennen varsinaisen analyysin aloittamista on hyvä palata vielä tarkastelemaan työn tutkimusongelmaa. Näin analyysivaiheessa on kirkkaana mielessä mitä aineiston avulla on tarkoitus tutkia. Lisäksi aineiston järjestäminen jonkinlaiseen loogiseen muotoon helpottaa sen tulevaa jatkokäsittelyä analyysivaiheessa. Esimerkiksi tehdyt haastattelut voidaan numeroida tai järjestää jo tässä vaiheessa ryhmittelemällä aineisto jonkin ominaisuuden mukaan. (Eskola – Suoranta 2000: 137, 145, 149.) Opinnäytetyön analyysimenetelmät ovat aineistolähtöinen ja teorialähtöinen sisällönanalyysi. Opinnäytetyöhön liittyvät analyysimenetelmät ja -vaiheet on avattu tarkemmin alaluvuissa 4 ja 5.

### 3 Teoreettiset lähtökohdat

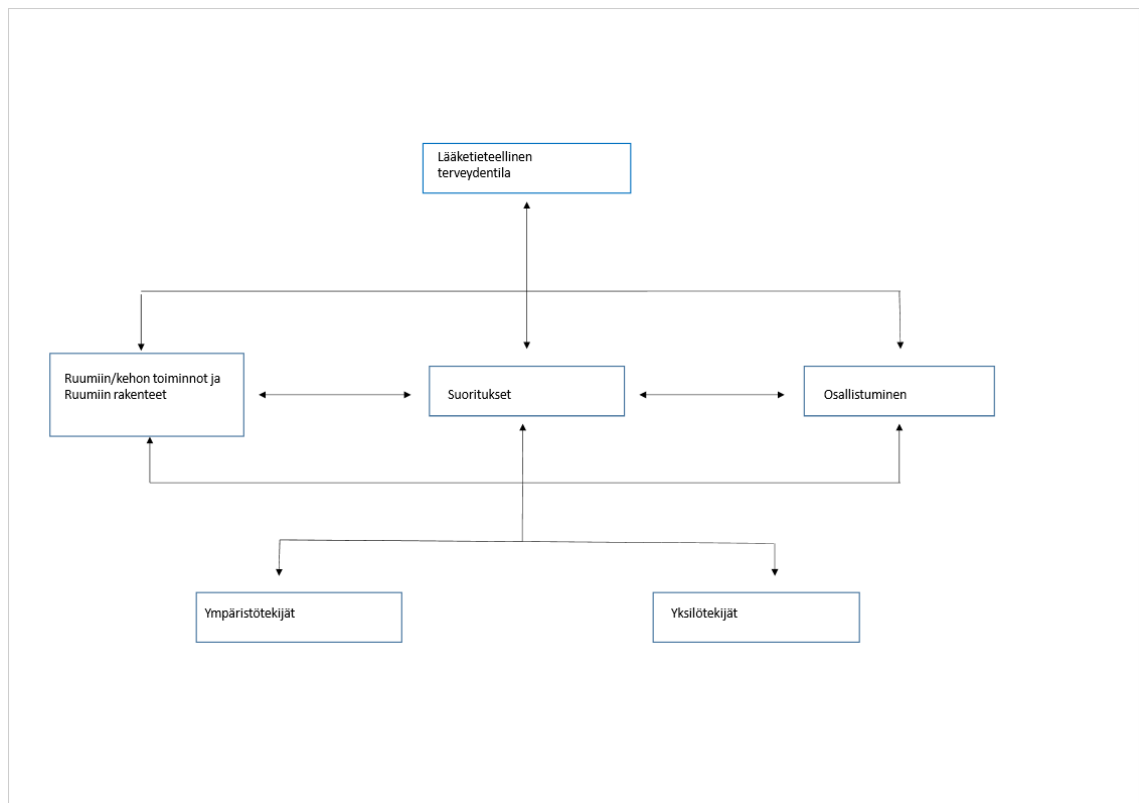
Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ja keskeiset käsitteet pyrkivät perustelemaan ja selittämään tutkittavaa ilmiötä sekä opinnäytetyön aiheen taustalla vallitsevia näkemyksiä. Käsitteen- ja teorianmuodostuksen tavoitteiden mukaisesti olemme valinneet käytökelpoisia teorioita, jotka luovat selvyyttä pääongelmaan ja tutkimustavoitteeseen. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ohjaavat löytämään uutta tietoa sekä jäsentämään kerättyä aineistoa. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 134.) Opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi muodostui edelliseen viitaten **Helsingin kaupungin moniammatillinen kotikuntoutusmalli, toimintakyky** sekä **toimintakyvyn arviointi**. Opinnäytetyön teoriapohjaksi valikoitui *toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus* (International Classification of Functioning, Disability and Health) *ICF* ja viitekehukseksi *kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli* (Canadian Model of Occupational Performance and Environment) *CMOP-E*.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaamiseksi opinnäytetyössä on tarkasteltu, kuinka kattavasti kotikuntoutusmallissa käytössä olevat arviointimenetelmät tuottavat tietoa asiakkaan toimintakyvystä. Tämän tiedon saamiseksi on selvitetty, mille toimintakyvyn eri osa-alueille arviointimenetelmät kohdentuvat ICF-luokituksessa ja CMOP-E -mallissa. Opinnäytetyön toinen aineisto on kerätty teemahaastattelemalla neljää kotikuntoutuksen työntekijää. Kyseisen aineiston avulla on haluttu selvittää työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä siitä, miten arviointi toteutuu käytännössä ja kuinka hyödylliseksi ja käyttökelpoiseksi he kokevat arvioinnista saadun tiedon asiakkaan toimintakyvyn edistämiseksi. Aineiston analyysin perusteella vastataan opinnäytetyön toiseen tutkimuskysymykseen.

#### 3.1 Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF

ICF-luokitus on kansainvälisesti hyväksytty perusta tutkia ja ymmärtää ihmisen terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. Luokitus selittää myös toimintakyvyn vaikutuksia ja sitä määrittäviä tekijöitä. Sen luokitusyksiköinä toimivat kuvauskohteet, jotka sisältyvät terveyden aihealueisiin. ICF toimii teoriana, joka jäsentää tilanteita ihmisen toimintakyvyn ja sen rajoitteiden näkökulmasta, yhdistäen informaation eri osat toisiinsa. ICF-luokitus

sisältää kaksi osaa, joista 1. osa käsittelee toimintakykyä ja toimintarajoitteita ja 2. osa niiden kontekstuaalisia tekijöitä. Molemmat osat sisältävät lisäksi kaksi osa-aluetta, jotka voidaan kuvata sekä myönteisellä että kielteisellä tavalla. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden osan osa-alueet ovat Ruumiin/kehon toiminnot ja Ruumiin rakenteet sekä Suoritukset ja Osallistuminen. Kontekstuaalisten tekijöiden osa-alueet ovat Ympäristötekijät sekä Yksilötekijät. Kaavio 1 havainnollistaa luokituksen eri osa-alueiden vuorovaikutussuhteita. (STAKES 2011: 5—18.)



kaavio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (STAKES 2011: 18)

**Lääketieteellinen terveydentila** on ICF-luokituksessa yläkäsite, joka sisältää akuuttien ja kroonisten tautien, häiriöiden, vammojen ja traumausten lisäksi myös joitakin lääketieteelliseen terveydentilaan vaikuttavia seikkoja (STAKES 2011: 208).

**Ruumiin/kehon toiminnot ja Ruumiin rakenteet** ovat luokiteltu ICF:ssä erikseen, mutta niitä on tarkoituksenmukaista käyttää rinnakkain. Ruumiin/kehon toiminnot luokitellaan elinjärjestelmittäin ja ne sisältävät fysiologiset toiminnot, joihin myös mielentoi-

minnot luetaan. Ruumiin rakenteet luokitellaan myös elinjärjestelmittain ja niitä ovat ruumiin anatomiset ja rakenteelliset osat. Huomioitavaa on, että Ruumiin/kehon toiminnot osa-alueen luokitusta on tarkoitettu käyttämään yhdessä Suoritukset ja Osallistuminen -luokituksen kanssa. (STAKES 2011: 12—13, 209.)

**Suoritukset ja Osallistuminen** -osa-alue käsittää kaikki elämän alueet ja sen avulla kuvataan joko yksilön suorituksia tai osallistumista tai molempia. Suoritus on yksilön toteuttama tehtävä tai toimi ja osallistuminen kuvaa ihmisen osallisuutta elämän tilanteisiin yhteisöllisestä näkökulmasta. Osa-alueen aihealueet muodostavat yhden luettelon ICF-luokituksessa, sillä niiden erottaminen toisistaan on vaikeaa. Käyttäjät voivat kuitenkin tarvittaessa erottaa aihealueet toisistaan omien määritelmiensä mukaisesti erillisen ohjeen mukaan. (STAKES 2011: 14—16, 209.)

ICF-luokituksen **Ympäristötekijät** -osa-alue käsittää ihmisen toimintakykyyn vaikuttavat ulkopuoliset tekijät, kuten fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö. Ne voivat vaikuttaa sekä myönteisellä että kielteisellä tavalla ihmisen toimintakykyyn, suoriutumiseen elinympäristössä sekä hänen Ruumiin/kehon toimintoihin ja rakenteisiin. Ne on jaoteltu luokitukseen kahden tarkastelutason mukaan, jotka ovat *yksittäisen ihmisen taso* ja *yhteiskuntataso*. Yksilötaso käsittää ympäristön fyysiset ja aineelliset piirteet sekä muut ihmiset, joihin yksilö on jollain tavalla kosketuksissa. Yhteiskuntataso koostuu virallisista ja epävirallisista sosiaalisista rakenteista, palveluista tai yhteisön järjestelmistä, jotka vaikuttavat yksilön elämään. (STAKES 2011: 16, 210.)

**Yksilötekijöitä** ei ole määritetty ICF-luokituksessa niiden laajan sosiaalisen ja kulttuurisen vaihtelun vuoksi. Ne ovat sellaisia yksilökohtaisia kontekstuaalisia tekijöitä, kuten sukupuoli, ikä, sosiaalinen asema ym. (STAKES 2011: 8, 210.)

ICF-luokitus on opinnäytetyössä keskeisessä asemassa, sillä se toimii kansainvälisenä ja moniammatillisena välineenä luokitella ja kuvata toimintakykyä. ICF-luokitus tarjoaa teorian, jonka avulla on mahdollista tarkastella, kuinka kattavasti arviointimenetelmät tuottavat tietoa suhteessa ICF-luokituksen toimintakyvyn osa-alueisiin.

ICF-luokituksen merkitys opinnäytetyössä perustuu arviointikäytänteiden merkitykselle yhteiskunnan terveyspalveluissa. Toimintakykyä tulisi arvioida luotettavilla menetelmillä, sillä useat yhteiskunnan palvelu-, etuisuus- ja kuntoutuspäätökset tehdään toimintakyvyn arvioinnin tulosten perusteella. Yhtenäiset käytännöt toimintakyvyn mittaamisessa ja

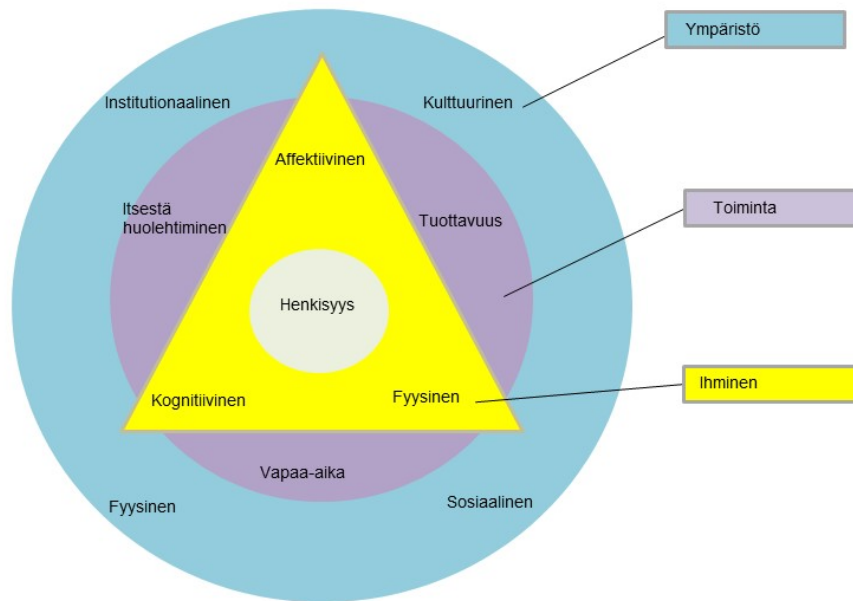
arvioinnissa edistävät lisäksi moniammatillista yhteistyötä eri ammattialojen kesken. (Anttila – Valkeinen 2014: 5.) Yhtenäinen toimintakyvyn terminologia tarkoituksenmukaisten arviointimenetelmien rinnalla edistää myös kotikuntoutuksen moniammatillisia arviointikäytäntöjä. ICF-siltaus kokoaa yhteen kotikuntoutuksessa käytössä olevien arviointimenetelmien tuottamaa tietoa yhdistäen sen ICF-luokituksen yhtenäisiin toimintakyvyn käsitteisiin.

### 3.2 Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli CMOP-E

Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä on *kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E)*. Se on kansainvälisesti merkittävä asiakaslähtöinen toimintaterapian malli, jonka keskeisiä käsitteitä on toiminta ja toimintaan sitoutuminen. Toimintaan sitoutuminen nähdään inhimillisenä perustarpeena, minkä vuoksi jokaisella ihmisellä tulisi olla riittävästi mahdollisuuksia toiminnallisuuteen. Sitoutumisen käsite kertoo sekä toiminnallisesta suoriutumisesta että siitä, kuinka tärkeäksi ihminen toiminnan kokee ja kuinka paljon nautintoa se tuottaa. Toimintaterapian keskeisenä päämääränä on mahdollistaa asiakkaan osallistuminen ja sitoutuminen hänelle merkitykselliseen toimintaan, minkä katsotaan vaikuttavan positiivisesti terveyteen ja hyvinvointiin sekä oikeudenmukaisuuden toteutumiseen. (Polatajko ym. 2007: 20,27, 28, 33.)

Toiminnan käsite pitää sisällään sekä toiminnallisen suoriutumisen, identiteetin, muutoksen, historian, merkityksen, sitoutumisen, oikeudenmukaisuuden että tasapainon (Townsend – Polatajko 2007: 6). Sillä viitataan kaikkiin jokapäiväisen elämän toimintakokonaisuuksiin, joiden tarkoitus voi liittyä itsestä huolehtimiseen, vapaa-aikaa tai tuottavuuteen. Tarkoituksen määrittelyyn vaikuttaa sekä ihmisen yksilölliset että kulttuurisen ympäristön arvot. (Polatajko ym. 2007: 17.) Esimerkiksi ruuan valmistaminen voidaan nähdä sekä vapaa-ajan, itsestä huolehtimisen että tuottavuuteen liittyvänä toimintana sen mukaan, millainen merkitys toiminnalla on ihmiselle itselleen.

Malli ohjaa tarkastelemaan yksilön toiminnallista suoriutumista ja toimintaan sitoutumista dynaamisena vuorovaikutuksena yksilön, toiminnan ja ympäristön välillä. Malli muodostuu kolmesta osa-alueesta, jotka ovat ihminen, toiminta ja ympäristö ja näiden osa-alueiden osatekijöistä (kts. kaavio 2). (Polatajko ym. 2007: 23, 27.)



Kaavio 2. Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli CMOP-E (Polatajko ym. 2007: 23)

Ihmisen yksilöllisten tekijöiden osa-alue rakentuu kognitiivisuuden, affektiivisuuden, fyysisyyden ja henkisyuden osatekijöistä, joista voidaan puhua myös toiminnallisina valmiuksina. Yksilötekijät vaikuttavat ihmisen toiminnalliseen suoriutumiseen. (Polatajko ym. 2007: 23.) Henkisyydellä tarkoitetaan ihmisen sisäistä ydintä ja ainutlaatuisuutta, mikä tulee näkyväksi yksilön toiminnallisten valintojen kautta. Valintoja ohjaa tahto, toimintaan motivoituminen sekä ihmisen toiminnalle antamat yksilölliset merkitykset. Affektiivisuus rakentuu emotionaalisista ja sosiaalisista osatekijöistä sisältäen ihmisen henkilökohtaiset ja ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät. Kognitiivisuudella tarkoitetaan kaikkia ihmisen älyllisiä ja kognitiivisia psyykkisiä toimintoja, kuten havaitseminen, muisti, ymmärtäminen, arvostelukyky ja päättelykyky. Fyysisyys pitää sisällään kaikki sensoriset, motoriset ja sensomotoriset taidot. (Law — Polatajko — Babbiste — Townsend 2002: 43, 44.)

Toimintaa kuvataan yksilöä ja ympäristöä yhdistävänä tekijänä ja se on jaoteltu toiminnan tarkoituksen mukaisesti itsestä huolehtimisen, tuottavuuden ja vapaa-ajan osa-alueisiin (Polatajko ym. 2007: 23). **Vapaa-ajan** toiminnot tuottavat mielihyvää ja käsittävät

esimerkiksi sosiaaliset ja luovat toiminnot sekä ulkoilun, pelien pelaamisen ja urheilun. **Tuottavuus** nähdään sekä sosiaalisen että taloudellisen pääoman hankkimisena ja taloudellisen toimeentulon edistämisenä. Tällaisia toimintoja ovat esimerkiksi lapsuudessa leikki ja koulutyö, aikuisuudessa palkkatyö, vanhemmuus ja vapaaehtoistyö. **Itsestä huolehtimisen** toiminnot sisältävät mm. henkilökohtaisten velvollisuuksien hoitamisen, ajankäytön ja oman tilan organisoimisen sekä liikkumisen erilaisilla kulkuvälineillä. (Law ym. 2002: 37.)

Mallissa yksilöä tarkastellaan kiinteässä yhteydessä ympäristön kanssa. Jokainen yksilö elää ainutlaatuisessa kontekstissa ja tämä kokonaisuus rakentuu kulttuurisen ja institutionaalisen sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön erilaisista osatekijöistä. Nämä tekijät vaikuttavat yhdessä yksilön toiminnallisiin mahdollisuuksiin. (Polatajko ym. 2007: 23.) **Kulttuuriseen** ympäristöön liittyviä asioita ovat esimerkiksi etnisen taustan vaikutukset ihmisten yksilöllisiin rutiineihin ja arvomaailmaan. **Institutionaalisella** ympäristöllä tarkoitetaan erilaisia yhteiskunnallisia järjestelmiä, kuten poliittinen, oikeudellinen ja taloudellinen järjestelmä sekä yhteiskunnallisia rakenteita, käytänteitä ja palveluita. **Fyysinen** ympäristö käsittää sekä rakennetun että luonnonympäristön ja teknologiset ratkaisut. **Sosiaalisen** ympäristön ominaisuuksia ovat mm. ihmisten sosiaaliset verkostot vapaaajalla ja työssä sekä tietyssä yhteiskunnassa elämiseen liittyvät vuorovaikutustavat. (Law ym. 2002: 46.)

ICF-luokituksen ja CMOP-E -mallin osa-alueiden ja käsitteiden sisällöllistä samankaltaisuutta ja niiden välisiä eroavaisuuksia on tarkasteltu toimintaterapia-alan tutkimuksissa. ICF-luokituksen Ruumiin ja kehon toiminnot ja Ruumiin rakenteet osa-alueiden sisältö yhdessä yksilötekijöiden -osa-alueen käsitteiden kanssa vastaavat CMOP-E -mallissa määriteltyjä yksilötekijöitä. Rakenteellisesti myös ICF-luokituksen Suoritukset ja osallistuminen -osa-alue vastaa CMOP-E -mallin käsitteitä toiminta ja toiminnallinen suoriutuminen. Osa-alueiden sisällölliset erot tulevat näkyviksi esimerkiksi arvioitaessa yksilön toiminnallisen osallistumisen mahdollistumista. CMOP-E -mallissa korostetaan yksilöllisten ja kulttuuristen arvojen muokkaamien toiminnan subjektiivisten merkitysten huomiointia. ICF-luokituksessa ei puolestaan huomioida osallistumisen käsitteeseen liittyviä yksilöllisiä kokemuksia vaan osallistumista tarkastellaan toiminnasta suoriutumisenä. (Law ym. 2002: 34,35.) CMOP-E mallin mukaan ihmisen osallistumista elämän tapahtumiin ei siis tulisi tarkastella vain siitä näkökulmasta, onko ihmisen mahdollista suoriutua erilaisista toiminnoista. Ikääntynyt henkilö voi esimerkiksi suoriutua hyvin päiväkahvikahvien järjestämiseen kuuluvista tehtävistä. Toimintakokonaisuuden merkityksellisyys voi

kuitenkin liittyä ensisijaisesti päiväkahvihetken jakamiseen toisen ihmisen kanssa. Tällöin kyseinen toimintakokonaisuus ei edusta asiakkaalle merkityksellistä toimintaa, elleivät sosiaalisen ulottuvuuden tekijät toteudu. Näin ollen ei olisi tarkoituksenmukaista puhua asiakkaan osallistumisesta hänelle merkitykselliseen toimintaan, vaikka hänen olisi mahdollista suoriutua toimintakokonaisuuden muista tehtävistä. Sekä ICF-luokitus että CMOP-E -malli tarkastelee ympäristön ja yksilön välistä vuorovaikutusta ja sen vaikutuksia toimintakykyyn. (Law ym. 2002: 34,35.)

CMOP-E -malli opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana ohjaa tarkastelemaan kotikuntoutuksen arviointimenetelmiä niiden tuottaman arviointitiedon lisäksi myös toimintaan osallistumisen viitekehystä. Toimintaan osallistumisen näkökulma ja ikääntyneen henkilön oman näkemyksen tärkeys toimintakyvyn arvioinnissa on nostettu esille myös *Ikäinstituutin* kehittämässä *Laaja-alainen toimintakyvyn arviointi ja tuki* -mallissa. Mallissa kuvatut toimintakyvyn arviointia koskevat näkemykset ovat monilta osin yhteneväisiä CMOP-E -mallin keskeisten käsitteiden kanssa. Ikäinstituutin mallissa toimintakyvyn arvioinnin painopisteenä on toimintakyvyn kokemuksellinen ulottuvuus mikä tarkoittaa, että arvioinnissa korostuu ikääntyneen henkilön oma kokemus toimintakyvystä ja arjen toiminnoista suoriutumisesta. Arvioinnissa huomioidaan kokonaisvaltaisesti ikääntyneen henkilön elämäntilanne ja siihen vaikuttavat ympäristötekijät, yksilölliset kokemukset ja merkitykset sekä elämänhistoria. Arviointimenetelmäksi on valittu Ikäinstituutin mallissa haastattelu ja sen aikana tapahtuva ikääntyneen henkilön havainnointi. Näin arvioinnin kautta saadaan tietoa esimerkiksi siitä, millaiset toiminnot ovat asiakkaalle tärkeitä ja millaisia toiminnoista hänen on mahdollista suoriutua. Laaja-alaisen toimintakyvyn arviointi ja tuki -mallia on hyödynnetty sen kehittämisvaiheessa esimerkiksi Kotona kunnossa -projektissa. (Heimonen 2009: 13.)

### 3.3 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

#### **Helsingin kaupungin moniammatillinen kotikuntoutusmalli**

Kotikuntoutusmallin tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja kohentuminen sekä kotona asumisen tukeminen moniammatillisen toimintakyvyn arvion ja intensiivisen kuntoutusjakson avulla. (Kotikuntoutus -projekti 2013.) Kotikuntoutuksen asiakkaiksi valitaan henkilöitä, joiden arvioidaan hyötyvän kotona tapahtuvasta tehostetusta kuntoutusjaksosta. Kuntoutukseen valitut asiakkaat voivat olla suoraan sairaalasta ko-

tiutuvia tai Helsingin kaupungin kotihoidon palveluita saavia lievästi muistioireisia asiakkaita tai asiakkaita, joilla on kohonnut riski kaatumiseen. (Helsingin sosiaali- ja terveyspalvelut ikääntyneille 2015: 23.) Helsingissä kotihoidon palveluiden saamisen kriteerinä on avun tarvitseminen päivittäisissä toiminnoissa kuten syöminen, pukeutuminen ja wc-käynnit (Kotihoitoa Keski-Helsingissä 2013).

Kotikuntoutusprosessi lähtee liikkeelle kotihoidon lääkärin tekemästä läheteestä. Ajatus kotikuntoutuksen tarpeesta on voinut herätä lääkärillä tai kotihoidon työntekijällä. Kotihoidon työntekijä tekee alkukartoituksen, jossa hän arvioi asiakkaan sopivuutta kotikuntoutukseen ja antaa asiakkaalle tietoa siitä, mitä kotikuntoutus pitää sisällään. Asiakkaan motivoitumisella prosessiin on keskeinen merkitys. Mikäli asiakas on halukas aloittamaan kotikuntoutusjakson, on seuraavana vuorossa toiminta- ja fysioterapeutin tekemät arviointikäynnit. Kuntoutuksen tavoitteet laaditaan yhteistapaamisessa, jossa ovat paikalla asiakas, toiminta- ja fysioterapeutti sekä kotihoidosta kotikuntoutukseen nimetty työntekijä. Tavoitteiden lisäksi tapaamisessa sovitaan prosessin kesto. Kuntoutusprosessi kestää keskimäärin 6-8 viikkoa ja sisältää 1-2 viikoittaista fysio- ja / tai toimintaterapiaa käyntiä. Myös kotihoidon työntekijät osallistuvat asiakkaan kuntoutukseen kotihoidon käyntien yhteydessä. Jakson loppupuolella tehdään loppuarviointi. (Pekkanen 2014.)

### **Toimintakyky**

Ihmisen toimintakykyä voidaan määritellä usealla tasolla ja erilaisista näkökulmista käsin. Kokonaisvaltaisessa ja laaja-alaisessa toimintakyvyn tarkastelussa huomioidaan yksilön kyky käyttää omia voimavarojaan ja mahdollisuudet osallistua erilaisiin toimintoihin. (Palonen – Takala – Pohjolainen — Tiihonen 2011: 26.) Edellä mainittujen lisäksi toimintakyvyn nähdään muodostuvan fyysisistä, psyykkisistä, kognitiivisista ja sosiaalisista tekijöistä. Toimintakykyyn vaikuttavat myös ihmisen terveydentila sekä hänen ainutlaatuinen elämäntilanteensa. Hyvä toimintakyky on ihmisen selviytymistä omassa arjessaan ja päivittäisissä toiminnoissa siinä ympäristössä, jossa hän elää. (Toimia-käsikirja 2014: 4.) Toimintakyky ei ole ainoastaan ihmisen ominaisuus, vaan siihen vaikuttaa kaikki ympäristön myönteiset ja kielteiset vaikutukset sekä ympäristön mahdollisuudet (Koskinen – Lundqvist – Ristiluoma 2011: 119). Näin ollen ihmisen toimintakyky voidaan nähdä yksilöllisen terveydentilan sekä ympäristön jatkuvana vuorovaikutuksena, jossa jokin muuttuva tekijä voi joko heikentää tai parantaa ihmisen toimintakykyä. Kokemuksellisen toimintakyvyn tarkastelussa keskeisessä asemassa on yksilön oma näkemys toimintakyvystään. Kokemusta muokkaavat toimintaympäristön normit ja kulttuuriset piirteet eli

kontekstuaaliset tekijät ja yksilön toiminnallinen identiteetti. (Palonen – Takala – Pohjolainen — Tiihonen 2011: 27.)

ICF-luokituksessa toimintakyky on yläkäsite, joka sisältää ruumiin rakenteet, ruumiin/kehon toiminnot sekä suoritukset ja osallistumisen. Toimintakyky käsittää yksilön lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristö- ja yksilötekijät) vuorovaikutuksen myönteisiä piirteitä. (STAKES 2011: Liite 1.) Luokitus erottaa toisistaan toimintakyvyn ja elämänlaadun käsitteet sekä ihmisten yksilölliset terveyteen liittämät näkemykset. Esimerkiksi toimintakyvyn rajoitusten merkitys yksilön kokemaan elämänlaatuun vaihtelee sen mukaan, millainen yksilöllinen merkitys rajoitteisiin liittyy. Merkitykset muodostuvat puolestaan yksilöllisten terveyteen liittyvien näkemysten kautta. Elämänlaadun kokemus ei täten ole suorassa suhteessa ihmisen toimintakyvyn tasoon. (Cieza ym. 2005: 212.)

### **Toimintakyvyn arviointi**

Hyvä arviointimenetelmä on näyttöön perustuva ja kuvaa luotettavasti asiakkaan sen hetkistä toimintakykyä. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen, ICF:n (WHO 2004) tarkoituksena on yhtenäistää toimintakyvyn kuvaamisessa ja arvioinnissa käytettäviä käsitteitä eri toimijoiden välillä. (Toimia-käsikirja 2014.) Yksilön toimintakyvyn arvioinnin tulisi olla mahdollisimman kokonaisvaltaista. Arvioinnissa olisi tärkeää pystyä tarkastelemaan asiakkaan toimintakykyä sairauden aiheuttamia oireita laaja-alaisemmin (Harra ym. 2006: 554).

Moniammatillinen kuntoutus ja yhteistyö luovat edellytykset vaikuttavalle kuntoutukselle useissa eri sairaus- ja ongelmaryhmissä. Lääketieteen ja terveydenhuollon kehittyessä on välttämätöntä arvioida terveydenhuollossa käytössä olevia menetelmiä tieteellisesti vaikuttavalla tavalla. Koska elämäntilanteen merkitys toimintakyvyn kokonaisarvioinnissa on ymmärretty terveydenhuollon kehittymisen myötä laajemmin, on tarkoituksenmukaista löytää arviointimenetelmiä, joilla voidaan tieteellisesti ja luotettavasti osoittaa asiakkaan toimintakyvyn muutoksia. Asiakkaan kuntoutuksen onnistuminen edellyttää tavanomaisten tutkimusten lisäksi kattavampaa tietoa asiakkaan elämäntilanteesta, toimintakyvystä, kokemuksista ja arvoista, sillä ne edistävät asiakkaan sitoutumista kuntoutukseen. (Harra ym. 2006: 555.)

Harra ja kumppanit (2006) ovat tarkastelleet asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisemmaksi ymmärtämiseksi ja hoidon optimoimiseksi neljää toimintaterapiassa käytössä olevaa arviointimenetelmää (AMPS, WRI, OPHI II ja COPM) sekä niiden hyötyä asiakkaan kuntoutuksessa. Tarkastelun tulokset he esittävät Duodecim-lehden katsauksessa ”Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia”. Tarkastelu osoittaa, että kyseiset toimintaterapian arviointimenetelmät ovat herkkiä osoittamaan toimintakyvyn muutoksia hoidon edetessä ja ne helpottavat asiakkaan elämäntilanteen ymmärtämistä. (Harra ym. 2006: 554—560.)

## 4 Teorialähtöinen ICF-analyysi, CMOP-E -analyysi ja tulokset

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaamiseksi on analysoitu kotikuntoutuksen arviointimenetelmien toimintakyvystä tuottamaa tietoa teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla. Teorialähtöisellä sisällönanalyysillä tarkoitetaan tutkimusaineiston analyysiä, joka perustuu jo olemassa olevaan malliin tai teoriaan. (Saaranen — Kauppinen — Puusniekka 2006.) Opinnäytetyössä sekä ICF-luokitus että CMOP-E -malli muodostavat teoreettiset lähtökohdat arviointimenetelmien sisällönanalyysille. Analyysien tuloksena muodostuu kuva siitä, kuinka kokonaisvaltaista tietoa kotikuntoutuksen arviointimenetelmät tuottavat kotikuntoutusasiakkaan toimintakyvystä.

### 4.1 Kotikuntoutuksen arviointimenetelmät

Opinnäytetyön ensimmäisen aineiston muodostavat kaikki kotikuntoutuksessa käytössä olevien arviointimenetelmien käsikirjat ja arviointilomakkeet. Kotikuntoutuksessa asiakkaan toimintakyvyn arvioimiseen osallistuvat toimintaterapeutti, fysioterapeutti sekä kotihoitoon työntekijät. Toimintaterapeutti käyttää arvioinnissa COPM-arviointimenetelmää, fysioterapeutit tekevät asiakkaille kotipotilaan liikkumis- ja toimintakyvyn testit ja kotihoitotyöntekijät arvioivat asiakkaan toimintakykyä kotihoitoon RAI-HC -menetelmän ja liikkumissopimukseen sisältyvien toimintakykytestien, haastattelun ja havainnoinnin avulla.

#### **Canadian Occupational Performance Measure COPM**

COPM eli kanadalainen toiminnallisen suoriutumisen mittari on asiakaslähtöinen itsearviointimenetelmä, joka pohjautuu *kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malliin* (CMOP-E). Sen tarkoituksena on selvittää asiakkaan osallistumista ja suoriutumista päivittäisen elämän toiminnoista haastattelun avulla. Asiakas määrittää ne toiminnot, joihin hän haluaa kuntoutuksella muutosta. Asiakas pisteyttää valitsemansa toiminnot tärkeyden, tyytyväisyyden ja suoriutumisen osalta asteikolla 0-10. (Kantanen – Kaukanen 2014.) Toimintaterapiaprosessin jälkeen COPM mittaa asiakkaan toiminnoissa havaitsemaa muutosta. COPM soveltuu eri-ikäisille asiakkaille. (Kantanen — Kaukinen 2005: 9.) Arviointimenetelmän käsikirjan lopussa on lista toiminnoista, jotka kuuluvat kullekin arviointialueelle. Kotikuntoutusmallissa arviointimenetelmää käytetään sekä asiakkaan alkuarvioinnissa että loppuarvioinnissa kuntoutusjakson päätyttyä.

### **Liikkumissopimukseen kuuluva toimintakykytesti**

Liikkumissopimus -toimintamalli on kehitetty vuonna 2006 käynnistyneen *Vanhusten syrjäytymisen ehkäiseminen Helsingin kotihoidossa - Lupaaavien käytäntöjen jalostaminen* -kehittämishankkeen tulosten pohjalta. Hanke on toteutunut Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kotihoidon ja Helsingin yliopiston toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikön yhteistyönä. (Niemelä 2014.) Lisäksi hankkeessa on ollut mukana muita yhteistyökumppaneita kuten Ikäinstituutti. Ikäinstituutti on osallistunut sekä liikkumissopimuksen innovointityöhön että mallin juurruttamiseen Helsingin kaupungin kotihoidon työvälineeksi. Toimintamalli on palkittu vuonna 2010 Helsingin kaupungin johtajan Vuoden saavutus -palkinnolla. (Ikäinstituutti, vuosikertomus 2010.)

Liikkumissopimuksen tarkoituksena on tukea kotihoidon asiakasta arkiliikkumisessa ja liikuntaharjoittelussa. Suunnitelma tehdään yhdessä kotihoidon henkilökunnan kanssa. (Helsingin kaupunki, Terveyskeskus 2012.) Liikuntaharjoitteiden sekä kotiaskareiden tavoitteena on parantaa kuntoutujan lihasvoimaa, tasapainoa ja toimintakykyä (Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto 2010). Kotikuntoutusmallin projektisuunnitelman mukaan arkiliikkumissopimuksella pyritään kohentamaan kotihoidon asiakkaan toimintakykyä ja tukemaan kotona asumista.

Liikkumissopimuksen toimintakykytesti koostuu kahdesta osasta, jotka ovat tuolista ylösnousu sekä seisten esineen poimiminen lattialta. (Liikkumissopimus Testaaminen ja tulokset -lomake 2013: 1) Tuolilta ylösnousu -testi kuuluu Valtiokonttorin toimintakykytyöryhmän suunnittelemaan TOIMIVA-testit -testipakettiin, johon sisältyy kuusi iäkkään henkilön päivittäisistä toiminnoista suoriutumista mittaavaa testiä (Arviointiasteikkoja veteraanien toimintakyvyn mittaamiseen 2013). Toimintakykytesti koostuu kahdesta osasta, jotka ovat tuolista ylösnousu sekä seisten esineen poimiminen lattialta. Tuolista ylösnousu -testissä asiakasta pyydetään nousemaan viisi kertaa tuolista ylös mahdollisimman nopeasti. Suorituksesta otetaan aika sekunnin tarkkuudella ja ajanotto lopetetaan viimeiseen seisoma-asentoon. Suorituksesta kirjataan ylös huomioita mm. siitä, suoritiko asiakas tuolilta ylösnousemisen omiin käsiin tukeutuen vai ilman käsien apua sekä minkälaista tuolia testauksessa on käytetty. Asiakasta ohjeistetaan suoristamaan polvet seisoma-asennossa ja huomioimaan, että selän tulee koskettaa tuolin selkänöjää istuma-asennossa. (Liikkumissopimus Testaaminen ja tulokset -lomake 2013: 1)

Kanadalaisen Katharine Bergin vuonna 1988 julkaisema tasapainotesti (Berg Balance Scale) sisältää 14 toiminnallista tasapainoa mittavaa osatestiä. Seisten esineen poimiminen lattialta -testi sisältyy edellä mainittuun mittariin. Bergin mittarin testit mittaavat erilaisia tasapainon -osa-alueita. Suoriutuminen esineen poimimisesta lattialta kertoo asiakkaan tasapainon hallinnasta tai siihen liittyvistä vaikeuksista asennosta toiseen siirtäessä. (Toimintakyvyn Mittarit To-Mi versio 2013.) Testissä arvioitavan henkilön eteen lattialle, noin 15 senttimetrin päähän jaloista asetetaan esine, joka asiakkaan tulee nostaa ylös. Asiakasta ohjataan suorittamaan liike mahdollisimman itsenäisesti ja ilman tukea. Suorituksesta voi saada pisteitä asteikolla 0-4 (0 pistettä: ei pysty yrittämään / tarvitsee avustusta, ettei kaatuisi – 4 pistettä: pystyy nostamaan esineen helposti ja turvallisesti). (Liikkumissopimus Testaaminen ja tulokset -lomake 2013: 2.)

### **Liikkumissopimukseen liittyvä fyysisen toimintakyvyn itsearviointi ja havainnointi kotioiloissa**

Liikkumissopimus sisältää asiakkaan fyysisen toimintakyvyn itsearvioinnin ja havainnoimisen kotioiloissa. Sekä asiakas että kotihoidon työntekijä arvioivat asiakkaan suoriutumista kahdeksassa toiminnossa, jotka on esitetty arviointilomakkeessa kysymyksen muodossa, esim. nouseteko itsenäisesti makuuasennosta istumaan, pystyttekö seisomaan ilman tukea ja säilyykö tasapainonne, kun suljette seistessä silmänne. Kysymysten vastaukset (kyllä/ei) kirjataan erikseen sekä asiakkaan itsearvioinnin että työntekijän havaintojen osalta. (Liikkumissopimus Haastattelu ja päätökset -lomake 2013: 1)

Haastattelu-osiossa asiakkaalle esitetään kysymyksiä koskien päivittäisiä toimintoja ja arkiaskareita sekä omaehtoista liikuntaa, liikuntaharrastuksia ja kuntouttavaa liikuntaa. Haastattelussa ollaan kiinnostuneita siitä, mitkä päivittäiset toiminnot ja arkiaskareet sujuvat edelleen, missä asiakas kokee vaikeuksia ja mistä askareista nauttii eniten. Asiakasta pyydetään myös kertomaan aiemmista ja nykyisistä liikuntaharrastuksista sekä siitä, liikkuuko asiakas mieluiten yksin/avustettuna, ystävän/omaisen kanssa vai ryhmässä. Liikkumissopimukseen sisältyvät itsearviointi, havainnointi ja haastattelu -osiot on koottu mukaillen *Vanhusten liikunnan perusteet* -työkirjaa, jonka on julkaissut Kuntokallio-Säätiö vuonna 2001 sekä *Testaus tavaksi – tapoja testaukseen* -työkirjaa, jonka on julkaissut vuonna 2006 Ikäinstituutti (Liikkumissopimus Haastattelu ja päätökset -lomake 2013: 1).

### **Kotihoidon RAI-HC**

Kotihoidon RAI-HC on osa kansainvälistä terveystalouden laadun ja kustannusvaikutavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä RAI:ta (Mikä on RAI? 2014). RAI-järjestelmä sisältää erilaisiin palvelutyyppeihin sopivia instrumentteja. Esimerkiksi kotihoidon RAI-HC on käytössä niiden asiakkaiden kohdalla, joiden palveluntarpeeseen vastataan kotiympäristössä. (RAI-järjestelmän rakenne 2014.) RAI-järjestelmässä arvioidaan validoitujen kysymyslomakkeiden pohjalta iäkkäiden, vammaisten henkilöiden tai psykiatristen potilaiden palvelutarvetta sekä laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Tämän lisäksi järjestelmään sisältyy kysymyslomakkeiden sisältöä täsmentävät mittarikäsikirjat. (Mikä on RAI? 2014.) Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan neljällä eri osa-alueella, jotka ovat arjesta suoriutuminen, psyykinen hyvinvointi, kognitio sekä sosiaalinen vuorovaikutus ja aktiivisuus. Lisäksi kysymyslomakkeissa tarkastellaan mm. asiakkaan ravitsemusta ja liikuntaa sekä diagnooseja ja lääkitystä. Eri RAI-instrumenttien keskeiset sisältöalueet ovat yhteneväiset. Sisältöalueita on lisäksi täydennetty kunkin palvelutyyppin kohdalla tarkoituksenmukaisilla muuttujilla. (RAI-järjestelmän rakenne 2014.)

Helsingin kaupungin kotikuntoutusmalliin on valittu RAI-HC -järjestelmästä tietyt arjesta suoriutumisen -mittarit, jotka ovat CPS -kognitioasteikko, päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko (ADL 28), välinetoiminnot asteikko (IADL 21), asiakkaan kuntoutumismahdollisuus hoitajan arvioimana (REHABPOT), terveydentilan vakauden asteikko (CHESS), hoidon ja palvelutarpeen asteikko (MAPLe 5) ja masennusasteikko (DRS) sekä kehon painoindeksi (BMI) (Pentikäinen 2014). Mittarikäsikirjassa on kuvattu yksityiskohtaisesti kuhunkin mittariin kuuluvat muuttujat sekä asteikko, jolla asiakkaan toimintakykyä kunkin mittarin osalta arvioidaan. Alla on kuvattu käsikirjaa yleisemmällä tasolla kotikuntoutuksessa mukana olevien mittareiden muuttujat ja/tai osa-alueet. Kunkin mittarin pisteyttämistä kuvaava tieto on harkitusti jätetty opinnäytetyön ulkopuolelle.

CPS (Cognitive Performance Scale) -mittarin tarkoituksena on arvioida kotihoidon asiakkaan kognitiivisia kykyjä neljän muuttujan avulla. Nämä muuttujat ovat lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky ja kyky syödä itse. Päivittäisten toimintojen pitkä asteikko arvioi henkilön suoriutuskykyä seitsemässä ADL-toiminnossa, jotka ovat liikkuminen kotona ja liikkuminen vuoteessa, siirtyminen, ruokailu, wc:n käyttö, henkilökohtainen hygienia sekä pukeutuminen. (RAI-HC Mittarikäsikirja 2012.)

Välinetoiminnot -asteikon (IADL 21) tarkoituksena on arvioida henkilön suoriutumista asioiden hoitoon liittyvistä toiminnoista. Mittari koostuu seitsemästä IADL -toiminnosta, jotka

ovat aterioiden valmistaminen, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä suoriutuminen, puhelimen käyttö, ostoksilla käynti ja kulkuvälineiden käyttö. REHABPOT -mittari kuvaa asiakkaan kuntoutumismahdollisuutta häntä hoitavien henkilöiden näkökulmasta. Tätä selvitetään vastaamalla kyllä tai ei toteamukseen ”hoitajat uskovat asiakkaan voivan parantaa fyysistä toimintakykyään itsenäisemmäksi”. (RAI-HC Mittarikäsikirja 2012.)

Terveystilan vakauden -mittari CHESS (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs) arvioi asiakkaan terveydentilan vakautta. Mittari muodostuu kolmesta muuttujasta, jotka ovat oireiden esiintyminen (mm. oksentelu, hengenahdistus ja turvotus), päätöksentekokyvyn huononeminen ja päivittäisten toimintojen suorituskyvyn huononeminen sekä elinennuste 6 kuukautta tai vähemmän. Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko (MAPLe\_5) koostuu päivittäisten toimintojen ja kognitiivisten toimintojen sekä käyttäytymiseen liittyvien oireiden ja ympäristön olosuhteiden arvioinnista. Lisäksi arvioidaan asiakkaan suoriutumista lääkityksestä ja kirjataan ylös asiakkaan käyttämien lääkkeiden lukumäärä. Mittarin muuttujia ovat myös haavaumat ja muut muuttujat, jotka pitävät sisällään esimerkiksi aterioiden valmistamisen ja vaeltelun. Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko sisältää myös mittarit koskien laitoshoidon joutumisen uhkaa (MAPLe Risk CAP) sekä asiakkaan itsenäistä selviytymiskykyä (MAPLe Screener). MAPLe Risk CAP pitää sisällään kahdeksan eri osa-alueita, mm. aikaisempi pitkäaikaishoito, neurologinen diagnoosi ja toimintakyky on huonontunut viimeisen 90 vrk:n aikana. MAPLe Screener (Geriatrinen Screener) -mittari rakentuu kuudesta fyysiseen toimintakykyyn ja päivittäisten toimintojen suorituskykyyn liittyvästä muuttujasta. Osa-alueita ovat esimerkiksi aterioiden valmistaminen, kylpeminen ja tavalliset kotitaloustyöt. Asiakkaan suoriutumisen perusteella laskettu mittarin arvo kuvaa asiakkaan itsenäistä selviytymiskykyä. (RAI-HC Mittarikäsikirja 2012.)

DRS (Depression Rating Scale) -mittarissa asiakkaan toimintakykyä arvioidaan seitsemän masennukseen liittyvän oireen avulla. Mittarin arvon perusteella voidaan arvioida onko syytä epäillä, että asiakas olisi masentunut. Arvioitavia oireita ovat esimerkiksi asiakkaalla ilmenevä surullisuuden tai masennuksen tunne, epärealistisilta vaikuttavat pelon ilmaukset ja toistuvat ahdistuneet valitukset/huolet. (RAI-HC Mittarikäsikirja 2012; RAI-HC Arviointilomake 2005.) BMI (Body Mass Index) -painoindeksi kuvaa painon ja pituuden suhdetta. Painoindeksille on määritetty raja-arvot ja viitearvot tulkinnan tueksi. (Kehon painoindeksi 2011.) Painoindeksi lasketaan jakamalla henkilön paino pituuden neliöllä. Painoindeksin tulkinnassa on tärkeää huomioida kunkin henkilön yksilöllinen

ruumiinrakenne, lihasmassa ja ikä. Indeksiluvun avulla voidaan arvioida kotihoidon asiakkaan ravitsemustilaa. (RAI-HC Mittarikäsikirja 2012.)

Kotikuntoutuksen asiakkaat arvioidaan samoilla RAI-HC -mittareilla kahdessa tai kolmessa eri vaiheessa riippuen siitä, jatkaako asiakas vielä jakson jälkeen kotihoidon asiakkaana. Ensimmäinen arviointi tehdään viimeistään 14 vuorokauden kuluessa siitä, kun kotikuntoutus on alkanut. Näin pystytään dokumentoimaan asiakkaan lähtötilanne, ilman kotikuntoutuksen vaikutuksia. RAI -arviointi tehdään seuraavan kerran kotikuntoutuksen päätyttyä, noin 3 kuukauden kuluttua alkuarvioinnista. Tässä kohden tarkoituksena on arvioida kotikuntoutuksen vaikuttavuutta ja tarkastella, näkyvätkö vaikutukset RAI-HC -mittareissa. Kolmas RAI -arviointi tehdään noin 9 kuukautta jakson alkamisen jälkeen niille kotikuntoutukseen osallistuneille, jotka jatkavat kotihoidon asiakkaina. Kotikuntoutuksen näkökulmasta tässä vaiheessa tarkastellaan sitä, kuinka hyvin kuntoutuksella saavutettu toimintakyky on säilynyt. (Pentikäinen 2014.)

### **Kotipotilaan liikkumis- ja toimintakyvyn testit**

Kotipotilaan liikkumis- ja toimintakyvyn arviointi muodostuu kolmesta eri testistä. Nämä ovat Timed Up and Go-Testi, Tandemseisonta sekä Puristusvoima. Timed Up and Go-Testillä arvioidaan asiakkaan tasapainoa havainnoimalla siten, että hän nousee tuolista seisomaan, kävelee kolme metriä, kääntyy, kävelee takaisin ja istuu tuoliin. Suorituksista arvioidaan asteikolla 1-5, jossa 1 kuvaa normaalia ja 5 erittäin epänormaalia suoritusta. (Toimintakyvyn Mittarit To-Mi versio 2013.)

Tandemseisonta -testi arvioi tasapainonhallintaa seisoma-asennossa ja sen kohderyhmänä ovat asiakkaat, joilla on edellytys seistä paikallaan joko itsenäisesti tai apuvälineen kanssa. Testissä asiakas laittaa jalkaterät samansuuntaisesti eteenpäin niin, että etumaisen jalan kantapää koskettaa taaimmisen jalan varpaita. Testiasentoon asettuessa testattava saa ottaa tukea tasapainon saavuttamiseksi. Asennossa pysyttävä aika on 10 sekuntia, jonka aikana jalkaterät pitää pysyä kiinni alustassa. Tulos pisteytetään sen mukaan pysyykö asiakas asennossa vaadittavan ajan. Jos asiakas pysyy asennossa vaadittavan 10 sekuntia, saa hän yhden pisteen suoritumisesta, muuten tulos on nolla. (Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testaaminen - SPPB 2014.)

Puristusvoiman mittaus mittaa testattavan käden tarttumaotteen ja puristuksen voimaa. Mittaaminen soveltuu erilaisten asiakasryhmien arviointiin. Puristusvoiman mittaaminen

on tarpeen myös kotikuntoutuksen arvioinnissa, sillä iän myötä käden lihasvoima ja puristusvoima heikkenevät. Testi suoritetaan niin, että testattava istuu selkä tuettuna. Olkavarsi on vartalon suuntaisesti ja testattavan käden kyynärnivel on 90 asteen kulmassa. Ranne on samassa linjassa käden kyynärvarren kanssa. Tutkittavan käden koon mukaan säädetään mittarin kahvan oteleveys. Puristusvoiman mittauksien tuloksia voidaan verrata vain sellaisiin viitearvoihin, joiden mittaukset on tehty samalla mittarilla. Lisäksi on huomioitava, kummastako kädestä puristusvoima on mitattu, suoritusasento, kuinka monta kertaa mittaus on tehty ja miten tulokset on ilmoitettu. (Käden puristusvoima 2013.)

#### 4.2 Teorialähtöinen arviointimenetelmien sisällönanalyysi ja perusteet

Ensimmäinen kotikuntoutuksen arviointimenetelmien teorialähtöinen sisällönanalyysi noudattaa Ciezan et al. (2005) muodostamaa luotettavaa ja yhdenmukaista menettelytapaa arviointimenetelmien siltaamisesta ICF-luokitukseen. Siltaamisen sääntöjen määrittelyllä taustalla on ollut tarve yhtenäistää tutkimuskäytäntöjä tutkimuksissa, jotka pyrkivät ymmärtämään terveyspalveluiden vaikutuksia. ICF-luokitus teoreettisena viitekehyksenä edistää näiden käytänteiden yhtenäistämistä useasta näkökulmasta käsin tarkasteltuna. (Cieza ym. 2005: 212, 213.)

ICF-luokituksen avulla voidaan esimerkiksi määrittellä täsmällisemmin terveydentilan, toimintakyvyn, hyvinvoinnin, elämänlaadun ja terveyden tilaan liittyvän elämänlaadun käsitteet, mikä parantaa eri tutkimuksien vertailtavuutta. Lisäksi luokituksen käyttäminen mahdollistaa järjestelmällisen tavan tarkastella sitä, mille toimintakyvyn osa-alueelle arviointi tulisi kohdentaa. Tämän tarkastelun tulisi johdonmukaisesti edeltää arviointimenetelmän valitsemista. (Cieza ym. 2005: 212, 213.) Näkökulmaa voidaan soveltaa myös opinnäytetyöhön. Koska kotikuntoutuksen arviointimenetelmien analysointi perustuu luotettavaan menetelmään, voidaan sen avulla saadun tiedon kautta perustellusti vertailla eri arviointimenetelmien tuottamaa tietoa. Lisäksi on mahdollista muodostaa käsitys siitä, kuinka laaja-alaisesti kotikuntoutuksen arviointimenetelmät yhdessä tuottavat tietoa toimintakyvyn eri osa-alueilta. Tämän analyysimenetelmän avulla vastataan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen tarkastelemalla, kuinka kotikuntoutuksessa käytössä olevien arviointimenetelmien tuottama tieto jakaantuu toimintakyvyn eri osa-alueille.

Cieza et al. (2005) ovat määritelleet tutkimusartikkelissaan tietyt perussäännöt sille, kuinka ICF-siltaus voidaan toteuttaa teknisille, kliinisille ja asiakaslähtöisille arviointimenetelmille. Tekniset arviointimenetelmät käsittävät esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. Kliinisillä tutkimuksilla tarkoitetaan fyysisten ja kognitiivisten häiriöiden testaamista ja esimerkiksi sellaisten toimintojen kuin käveleminen arvioimista. Asiakaslähtöiset arviointimenetelmät ottavat huomioon asiakkaan oman näkemyksen terveydentilasta, elämänlaadusta ja terveyteen liittyvistä käsityksistä ja arvoista. (Cieza ym. 2005: 212.) Kotikuntoutuksessa käytössä olevista arviointimenetelmistä COPM, RAI-HC ja liikkumissopimukseen kuuluva toimintakyvyn itsearviointi voidaan luokitella asiakaslähtöisiksi arviointimenetelmiksi. Liikkumissopimukseen kuuluvat fyysisen suorituskyvyn mittarit, BMI ja kotipotilaan liikkumis- ja toimintakyvyn testit puolestaan kliiniksiksi tutkimuksiksi.

Teknisten ja kliinisten arviointimenetelmien siltaamista ICF-luokituksen kuvauskohteisiin koskeva erityinen sääntö liittyy arviointimenetelmän käyttötarkoituksen määrittelyyn ennen siltaamisen aloittamista. Lisäksi on tärkeää huomioida, että yhden menetelmän käyttötarkoitus voi vaihdella eri tutkimuksissa. Terveydentilaa arvioivien menetelmien siltaaminen ICF-luokituksen kuvauskohteisiin aloitetaan puolestaan määrittelemällä arviointimenetelmän merkitykselliset käsitteet. Nämä käsitteet määritellään jokaisesta arviointimenetelmän osiosta. Taulukko 1 havainnollistaa RAI-HC arviointimenetelmän yhden osa-alueen pilkkomista keskeisiin käsitteisiin. Käsitteiden pilkkominen auttoi useita eri arviointikohteita sisältävien osa-alueiden siltaamisessa.

Taulukko 1. Ilmaisun pilkkominen osiin

Alkuperäinen ilmaisu	Liikkuminen vuoteessa - sisältää siirtymisen makuulta istumaan ja takaisin, kääntymisen ja asennon vaihtamisen vuoteessa.
Merkityksellinen käsite 1	liikkuminen vuoteessa
Merkityksellinen käsite 2	siirtyminen makuulta istumaan
Merkityksellinen käsite 3	siirtyminen istumasta makuulle
Merkityksellinen käsite 4	kääntyminen vuoteessa
Merkityksellinen käsite 5	asennon vaihtaminen vuoteessa

Seuraavassa vaiheessa etsitään sopivat ICF-luokituksen kuvauskohteet edellisessä vaiheessa määritellyille merkityksellisille käsitteille (taulukko 2). Jokaisen arviointimenetelmän osa-alueet ja niihin annetut esimerkit sillataan. Esimerkkeihin sillatut kuvauskohteet merkitään sulkuihin, kuten liitteessä 1 COPM- arviointimenetelmän siltaus osoittaa. (Cieza ym. 2005: 214.)

Taulukko 2. Esimerkki siltaamisesta

Arviointimenetelmän osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvauskohte	Osa-alue
Päivittäiset toiminnot (ADL)	Liikkuminen vuoteessa - sisältää siirtymisen makuulta istumaan ja takaisin, kääntymisen ja asennon vaihtamisen vuoteessa	d4100 Makuulle meno d4103 Istuminen d4106 Kehon painopisteen siirtäminen	Suoritukset ja osallistuminen

Cieza et al. (2005) ovat edellä kuvattujen arviointimenetelmäkohtaisten täsmällisten ohjeiden lisäksi määritelleet 8 yleisempää siltaamisen sääntöä (215). Nämä säännöt on esitelty alla olevassa taulukossa 3.

Taulukko 3. Siltaamisen säännöt (Cieza ym. 2005: 215)

1	Siltaaminen edellyttää ICF-luokituksen käsitteisiin ja luokkiin perehtymistä sekä luokituksen kappaleiden, alueiden, luokkien ja määritelmien tuntemista.
2	Jokainen merkityksellinen käsite sillataan tarkimpaan mahdolliseen ICF-luokkaan.
3	Luokkaa 8 ”muu määritelty”, ei tulisi käyttää. Mikäli merkityksellisen käsitteen sisällölle ei löydy luokituksesta tarkkaa vastinetta, se merkitään näkyviin.
4	Luokkaa 9 ”muu määrittelemätön” ei tulisi käyttää. Merkityksellinen käsite sillataan ylempään luokkaan.
5	<p>Mikäli merkitykselliseen käsitteeseen sopivaa ICF-luokkaa ei ole mahdollista löytää, kyseinen kohta merkitään tunnuksella nd (not defineable).</p> <p>Kyseiseen sääntöön liittyvät erityistapaukset:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne merkitykselliset käsitteet, jotka viittaavat yleisesti terveyteen, fyysiseen terveyteen tai henkiseen terveyteen merkitään tunnuksella nd-gh (not defineable-general health) nd-ph (not defineable-physical health) nd-mh (not defineable-mental health)</li> <li>• Ne merkitykselliset käsitteet, jotka viittaavat yleiseen elämänlaatuun merkitään tunnuksella nd-qol (not defineable-quality of life).</li> </ul>
6	Mikäli merkityksellinen käsite ei lukeudu ICF-luokitukseen, mutta on selkeästi luokituksen mukaisesti yksilötekijä, käsite merkitään tunnuksella pf (personal factor).
7	Ne merkitykselliset käsitteet, jotka eivät sisälly ICF-luokitukseen ja eivät ole selkeästi yksilötekijöitä merkitään tunnuksella nc (not covered by ICF).
8	Mikäli merkityksellinen käsite viittaa diagnoosiin tai terveydentilaan, merkitään käsite tunnuksella hc (health condition).

Vaikka yksilötekijöitä ei ole määritelty ICF-luokituksessa ne voidaan huomioda siltaamisprosessissa, kuten yllä esitetystä kuudennessa säännössä on kuvattu. Arviointimenetelmien siltaamisen kautta kerätty tieto siitä, millaiset tekijät luokitellaan yksilötekijöiksi,

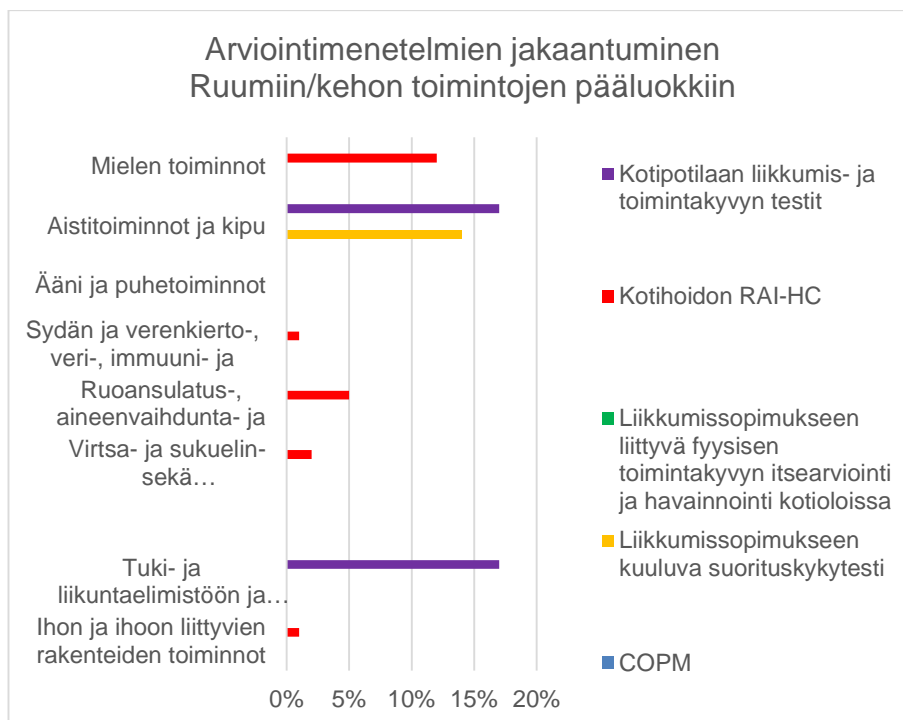
voi auttaa ICF-luokituksen jatkokehittämissä yksilötekijöiden tarkemman ja selkeämmän määrittelyn osalta. (Cieza ym. 2005: 214.)

#### 4.3 ICF-analyysin tulokset

Tarkoituksenmukainen tapa terveydentilaa arvioivien menetelmien siltaamisen tulosten analysointiin ja kuvauskohteiden esiintymiskertojen laskemiseen riippuu tutkimuksen tavoitteesta. Yksiselitteisiä ohjeita ei ole mahdollista antaa. Arviointimenetelmän yhden arvioinnin osa-alueen useampi merkityksellinen käsite tai osa-alueeseen liittyvä esimerkki voi kohdentua samaan kuvauskohteeseen useammin kuin kerran. (Cieza ym. 2005: 214.) Opinnäytetyön arviointimenetelmien osalta tämä tuli näkyväksi mm. COPM-arviointimenetelmän siltaamisprosessissa. Esimerkiksi useampi itsestä huolehtimisen arvioinnin osa-alueeseen liittyvä havainnollistava esimerkki kohdentui samaan ICF-luokituksen kuvauskohteeseen, kuten vaatteiden esiin ottaminen ja kiinnitys-systeemeistä selviytyminen.

Opinnäytetyössä on päädytty tarkastelemaan siltaamisen tuloksia arviointimenetelmäkohtaisesti ICF-luokituksen pääluokkien ja osa-alueitten tasolla opinnäytetyön ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaamiseksi. Yhden arviointimenetelmän siltaamisen tuloksena muodostuneella kuvauskohteiden määrällä jaettiin ICF-luokituksen yhden osa-alueen pääluokkaan siltattujen kuvauskohteiden määrä, josta saatiin tulokseksi arviointimenetelmän kohdentuminen pääluokittain prosentuaalisesti. Esimerkiksi kaaviossa 2 liikkumissopimukseen kuuluvat suorituskykytestit kohdentuvat Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueella liikkumisen pääluokkaan (86%) ja Ruumiin/kehon toimintojen osa-alueella aistitoiminnot ja kipu -pääluokkaan (14%).

Olemme kaavioiden avulla havainnollistaneet eri arviointimenetelmien jakaantumista ICF-luokituksen eri osa-alueille ja pääluokkiin (kaaviot 3—5). Tämän avulla on mahdollista tarkastella, mitä arviointitietoa eri arviointimenetelmät tuottavat suhteessa ICF-luokituksen eri toimintakyvyn osa-alueisiin. Kaavioita tarkasteltaessa on huomioitava, että eri osa-alueiden vaaka-akselit (prosentit) eivät ole yhtenevät, sillä ne ovat kaavioissa suhteessa arviointimenetelmien prosentuaaliseen jakaantumiseen.



Kaavio 3. Kotikuntoutuksen arviointimenetelmien prosentuaalinen kohdentuminen ICF-luokituksen osa-alueelle Ruumiin/kehon toiminnot

**Liikkumissopimukseen kuuluva fyysisen toimintakyvyn itsearviointi ja havainnointi kotioloissa arviointimenetelmä** tuottaa tietoa Suoritukset ja osallistuminen osa-alueelle. Arviointitieto näyttäytyy neljässä pääluokassa, joista Itsestä huolehtiminen kattaa 33% ja Liikkuminen 44%.

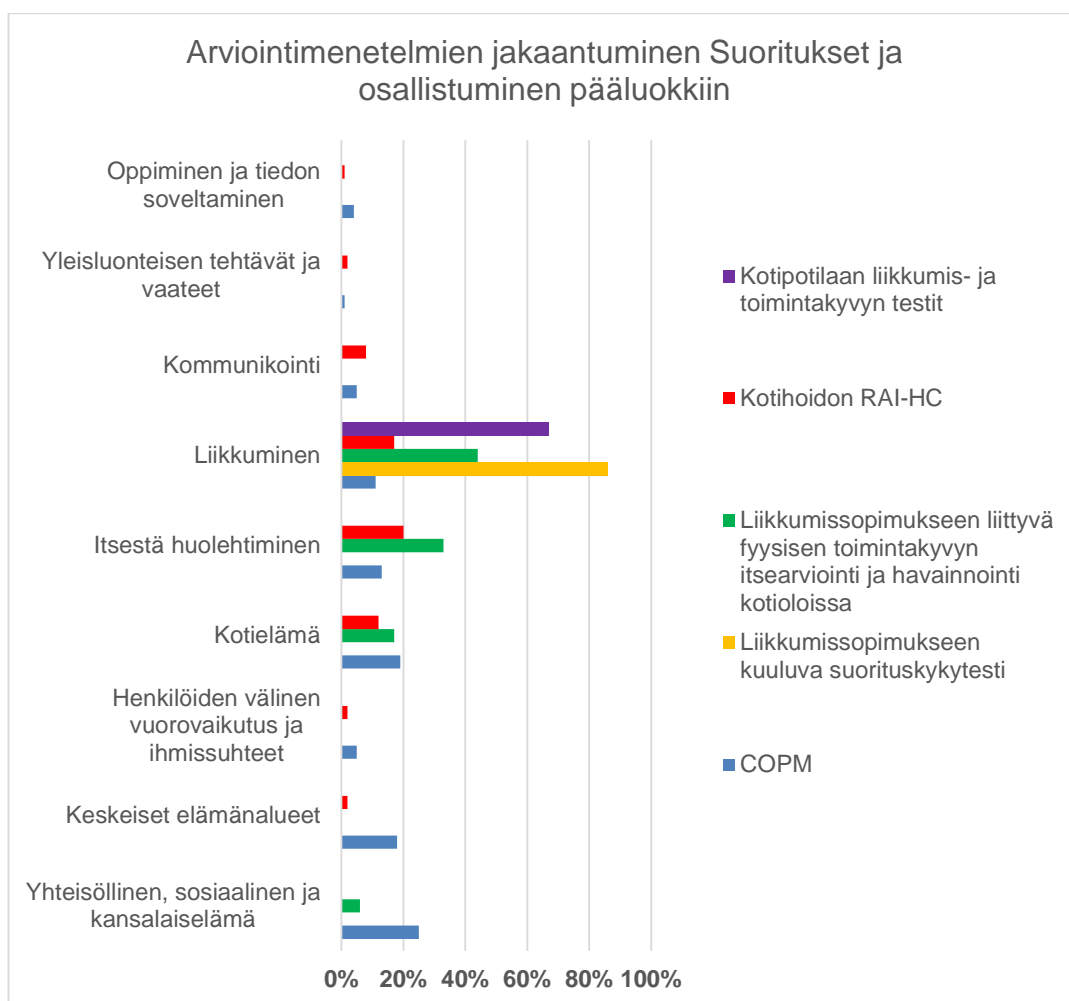
**Kotipotilaan liikkumis- ja toimintakyvyn testit** tuottavat tietoa asiakkaan toimintakyvystä Ruumiin/kehon toimintojen osa-alueella kahdessa pääluokassa Aistitoiminnot ja kipu (17%) sekä Tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot (17%). Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueella arvioinnin tuottama tieto kohdentuu ainoastaan Liikkumisen pääluokkaan (67%). Menetelmä ei tuota tietoa luokituksen Ympäristö osa-alueelle.

**Kotihoidon RAI-HC -menetelmä** kohdentuu jokaiselle luokituksen osa-alueelle. Kotikuntoutuksen muut arviointimenetelmät eivät tuota ympäristön osa-alueelle tietoa. Tällä osa-alueella tieto kohdistuu pääasiallisesti Tuotteet ja teknologiat -pääluokkaan (11%). Menetelmä ei tuota tietoa Tuki ja keskinäiset suhteet -pääluokkaan. Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueella tieto jakaantuu suurimmaksi osaksi Itsestä huolehtimisen (20%), Liikkumisen (17%) ja Kotielämän (12%) pääluokkiin. Menetelmä ei tuo esille tietoa ICF-

luokituksen mukaisesti asiakkaan yhteisöllisestä, sosiaalisesta ja kansalaiselämästä. Ruumiin/kehon toiminnot -osa-alueella arviointitieto jakaantuu pääasiallisesti Mielentoinnit (12%) ja Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot (5%) -pääluokkiin.

**Liikkumissopimukseen kuuluva fyysisen toimintakyvyn itsearviointi ja havainnointi kotioloissa arviointimenetelmä** tuottaa tietoa vain Suoritukset ja osallistuminen osa-alueelle. Arviointitieto näyttäytyy neljässä pääluokassa, joista Itsestä huolehtiminen kattaa 33% ja Liikkuminen 44%. **Liikkumissopimukseen kuuluvat suorituskykytestit** kohdentuvat yhteen pääluokkaan sekä ruumiin/kehon toimintojen että Suoritukset ja osallistuminen osa-alueilla. Tieto jakaantuu Aistitoiminnot ja kipu -pääluokkaan (14%) ja Liikkuminen -pääluokkaan (86%).

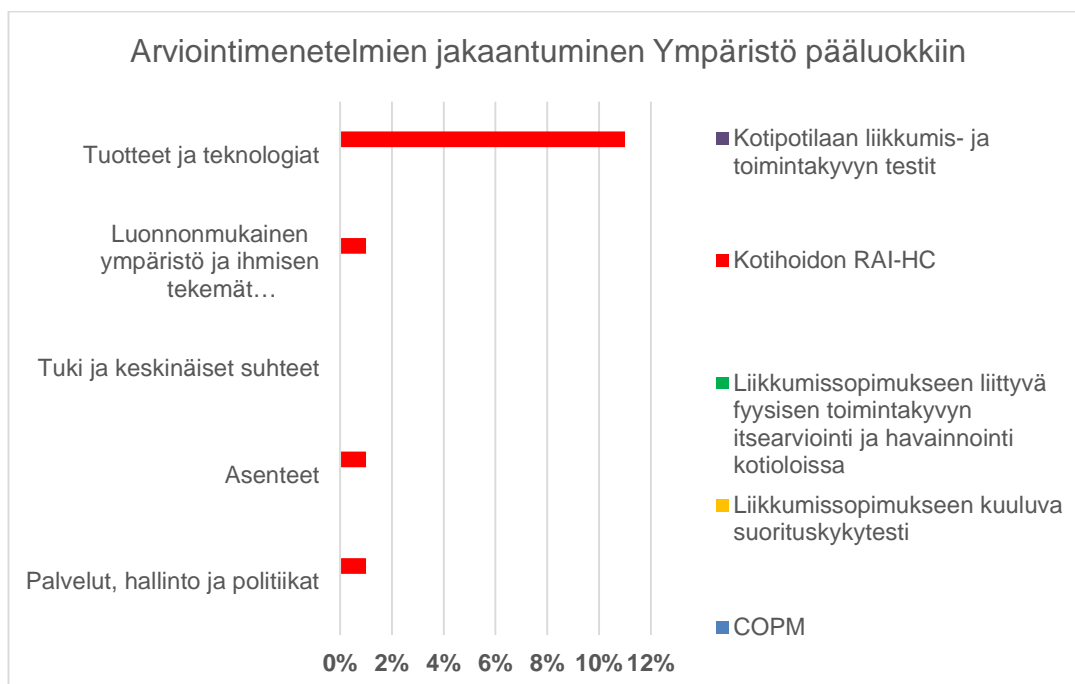
**COPM arviointimenetelmä** tuottaa tietoa asiakkaan toimintakyvystä kaikkiin Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueen pääluokkiin, kuten alla oleva kaavio 4 osoittaa. Tieto jakaantuu suurimmaksi osaksi Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (25%), Kotielämä (19%) ja Keskeiset elämänalueet (18%) -pääluokkiin.



Kaavio 4. Kotikuntoutuksen arviointimenetelmien prosentuaalinen kohdentuminen ICF-luokituksen osa-alueelle Suoritukset ja osallistuminen

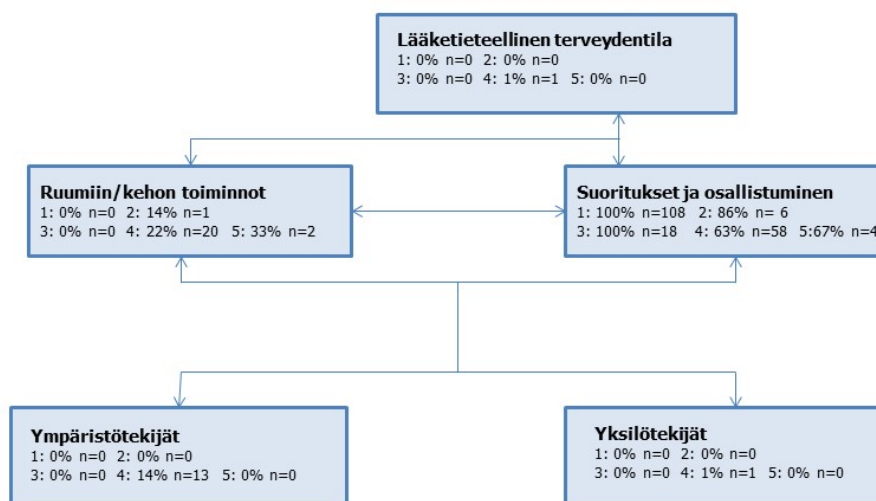
Kotikuntoutusasiakkaan toimintakyvyn arvioimiseen valittujen arviointimenetelmien tuottama tieto painottuu suurelta osin Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueelle. Liikkuminen -pääluokkaan kohdentuvaa tietoa saadaan neljän eri arviointimenetelmän kautta. Myös itsestä huolehtimisen ja kotielämän alueelta saadaan arvioinnin kautta tietoa. Oppiminen ja tiedon soveltaminen, Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet ja Henkilöiden välinen kommunikointi -pääluokkien sisältöön menetelmät tuottavat tietoa vähemmän.

Ruumiin/kehon toimintojen osa-alueella arviointimenetelmä kotihoidon RAI-HC tuottaa arviointitietoa laaja-alaisemmin kuin muut menetelmät, kohdentumalla osa-alueen viiteen pääluokkaan (kts kaavio 3). Se on myös menetelmistä ainoa, joka tuottaa tietoa Ympäristö osa-alueelle, kuten kaavio 5 osoittaa. Tällä osa-alueella tieto painottuu Tuotteet ja teknologiat -pääluokkaan.



Kaavio 5. Kotikuntoutuksen arviointimenetelmien prosentuaalinen kohdentuminen ICF-luokituksen osa-alueelle Ympäristö

Kaavio 6 osoittaa ICF-siltauksen tuloksena saadun arviointimenetelmien prosentuaalisen jakaantumisen ICF-luokituksen käsitteelliseen malliin. Kaavion avulla voidaan tarkastella ICF-luokituksen kontekstuaalisten tekijöiden osuutta suhteessa Ruumiin/kehon toimintoihin ja Ruumiin rakenteisiin sekä Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueelle. Nämä tekijät yhdessä yksilön lääketieteellisen terveydentilan kanssa osoittavat kuinka yksilön toimintakykyyn liittyvä arviointitieto jakaantuu luokituksen kaikille osa-alueille. Arviointimenetelmät on koodattu kaavioon luettavuuden helpottamiseksi numeroin.



Kaavio 6. Arviointimenetelmien jakaantuminen ICF-luokituksen käsitteelliseen malliin

COPM-arviointimenetelmä (nro 1) tuottaa tietoa ICF-luokituksessa yhteensä 108 kuvauskohteeseen (n=108), jonka lisäksi menetelmän neljälle arvioinnin osa-alueen esimerkille ei löytynyt sopivaa kuvauskohteetta. Kaikki kuvauskohteet jakaantuvat **Suoritukset ja osallistuminen** -pääluokkaan (100%).

Liikkumissopimukseen kuuluva suorituskykytesti (nro 2) tuottaa arviointitietoa 7 kuvauskohteeseen (n=7), mikä jakaantuu **Ruumiin/kehon toiminnot** -pääluokkaan (14%) ja **Suoritukset ja osallistuminen** -pääluokkaan (86%).

Liikkumissopimukseen kuuluvan fyysisen suorituskyvyn itsearviointi ja havainnointi kotiloissa (nro 3) tuottaa tietoa jakaantumalla yhteensä 18 kuvauskohteeseen (n=18), josta kaikki tieto kohdentuu **Suoritukset ja osallistuminen** -pääluokkaan (100%).

RAI-HC -menetelmä (nro 4) kohdentuu luokituksessa 92 kuvauskohteeseen (n=92), jonka lisäksi yksi arvioinnin osa-alue viittaa yksilötekijöihin ja yksi osa-alue yleiseen terveydentilaan. Näiden lisäksi kolme arvioinnin osa-aluetta viittaa lääketieteelliseen diagnoosiin, kolmea osa-aluetta ei ollut mahdollista luokitella ja yksi arvioinnin osa-alue ei sisälly ICF-luokitukseen. Menetelmä tuotti tietoa kaikkiin luokituksen osa-alueisiin. (kts kaavio 4).

Kotipotilaan liikkumis- ja toimintakyvyn testit (nro 5) kohdentuvat lukituksessa 6 kuvauskohteeseen (n=6), jotka jakaantuvat Ruumiin/kehon toimintojen- (33%) sekä Suoritukset ja osallistuminen (67%) -pääluokkiin.

#### 4.4 CMOP-E -analyysi

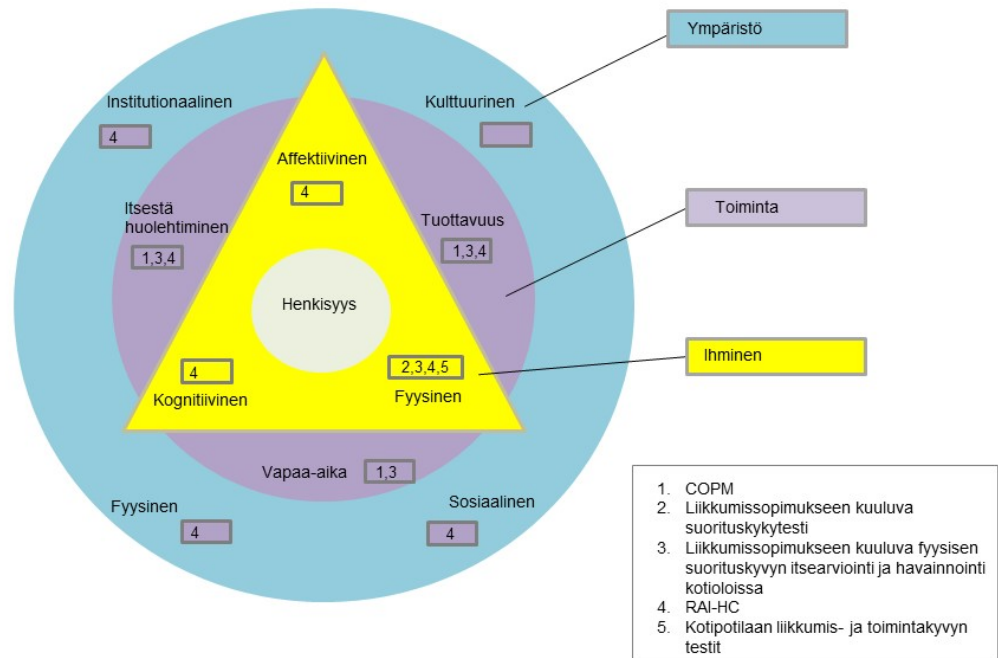
Kotikuntoutuksen arviointimenetelmien teorialähtöinen sisällönanalyysi perustuu CMOP-E -mallin teoriaan ihmisen toiminnallisuudesta ja toimintaan sitoutumisesta sekä mallissa kuvattujen *yksilölliset toiminnalliset valmiudet, toiminta ja ympäristö* -osa-alueiden osatekijöiden sisältöjä noudattaen. Analyysi toteutettiin siltaamalla arviointimenetelmien arvioinnin osa-alueet CMOP-E -mallin osa-alueiden osatekijöihin.

Siltauksen ongelmaksi muodostui toiminnan määrittelemisen vaikeus. Jokainen yksilö määrittelee toimintansa henkilökohtaisten tarkoitusten ja merkitysten mukaan. Polatajko ym. (2007) tuovat esille toiminnan luokittelamisen riittämättömyyden mallissa, sillä se jättää ulkopuolelle ihmisen toimintaan merkittävästi vaikuttavat henkilökohtaiset kokemukset sekä yhteiskunnalliset ja sosiaaliset vaikutukset ihmisen käyttäytymiseen. Esimerkiksi ihminen voi määritellä työnteon yksilöllisten merkitysten mukaan joko elannon ansaitsemisen näkökulmasta tai elämäntutsumuksena ja perimmäisenä tarkoituksena. (Polatajko ym. 2007: 42.)

Arviointimenetelmien arvioinnin osa-alueiden siltaus CMOP-E -malliin on esitetty samassa taulukossa ICF-siltauksen kanssa (kts. liite 1).

#### 4.5 CMOP-E -analyysin tulokset

Tulokset arviointimenetelmien siltaamisesta CMOP-E -mallin osa-alueiden osatekijöihin, on esitelty kaaviossa 7. Kaaviossa ei ole tuotu esille sitä, kuinka montaa kertaa yksi arviointimenetelmä kohdentuu yhteen mallin osatekijään, vaan tarkoitus on antaa kokonaisvaltainen kuva siitä, mitä tietoa menetelmät tuottavat ihmisen toimintakyvystä CMOP-E -mallin teorian kautta.



Kaavio 7. Arviointimenetelmien jakaantuminen Kanadalaiseen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malliin CMOP-E

CMOP-E -mallissa RAI-HC -menetelmä kohdentuu **toiminnallisten valmiuksien osa-alueella** (Affektiiivinen, fyysinen, kognitiivinen) sen kaikkiin osatekijöihin ja **toiminnan osa-alueella** itsestä huolehtimisen ja tuottavuuden osatekijöihin. RAI-HC -menetelmä on kotikuntoutuksen arviointimenetelmistä ainoa, joka kohdentuu **ympäristö osa-alueelle**. Menetelmän arvioinnin osa-alueet jakaantuvat ympäristön osa-alueella sosiaaliin, fyysisiin ja institutionaalisiin osatekijöihin.

Liikkumissopimukseen kuuluva fyysisen suorituskyvyn itsearviointi ja havainnointi kotiloissa -arviointimenetelmä kohdentuu **toiminnan osa-alueen** kaikkiin osatekijöihin. Liikkumissopimukseen kuuluva suorituskykytesti kohdentuu **toiminnallisten valmiuksien** osa-alueen fyysisiin osatekijöihin samoin kuin kotipotilaan liikkumis- ja toimintakyvyn -testit.

COPM -arviointimenetelmä jakaantuu kaikkiin **toiminnan osa-alueen** osatekijöihin (itsestä huolehtiminen, tuottavuus, vapaa-aika).

Neljä kotikuntoutuksen arviointimenetelmää tuottaa tietoa ihmisen toimintakyvyn fyysisistä osatekijöistä. Myös muihin osa-alueen osatekijöihin kohdentuu kotikuntoutuksen toimintakyvyn arvioinnin kautta tietoa. COPM-arviointimenetelmä on ainoa, joka ei kohdennu näihin osatekijöihin. Myös toiminnan osa-alueen osatekijöihin kohdentuu useamman kotikuntoutuksen arviointimenetelmän tuottama tieto. Ainoastaan ympäristö osa-alueen kulttuuriset osatekijät eivät tule huomioiduksi kotikuntoutuksen arviointimenetelmien tuottaman tiedon kautta ja muihin Ympäristön osatekijöihin kohdentuu yhden arviointimenetelmän tuottamaa tietoa.

## 5 Teemahaastatteluaineiston analyysi ja tulokset

Teemahaastattelun avulla halusimme selvittää arviointia toteuttaneilta moniammatillisen tiimin jäseniltä, millaista tietoa arviointi tuottaa kotikuntoutusasiakkaan toimintakyvystä ja kuinka arviointimenetelmät toimivat käytännön työssä. Koska tutkimusasetelma etsii vastauksia arviointimenetelmien soveltuvuudesta kotikuntoutusmalliin, on analyysin lähestymistapa ymmärtämiseen pyrkivä (Hirsjärvi ym. 2004: 212). Keräämästämme aineistosta halusimme selvittää työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä siitä, miten arviointi toteutuu käytännössä ja kuinka hyödylliseksi ja käyttökelpoiseksi he kokevat arvioinnista saadun tiedon asiakkaan toimintakyvyn edistämisessä.

### 5.1 Haastattelun suunnittelu ja toteutus

Haastattelumenetelmäksi valikoitui arvioiva/kuvaileva puolistrukturoitu yksilöteemahaastattelu, jonka tarkoituksena teemahaastattelun oletuksen mukaisesti on, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä (Hirsjärvi – Hurme 2009: 48). Jokainen haastattelu nauhoitettiin ja aineiston analyysi tapahtui aineiston keruun jälkeen. Analyysivaiheessa tarkoituksena oli löytää työntekijöiden kokemusten avulla vastauksia toiseen tutkimuskysymykseen koskien arviointimenetelmien käyttökelpoisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta kotikuntoutuksen suunnittelussa.

Ennen teemahaastattelun toteutusta laadimme haastattelua varten tutkimusongelmaa parhaiten kuvaavat pääteemat: **arviointimenetelmät käytännön työssä** sekä **arviointimenetelmien tuottaman tiedon hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus**. Teemojen tarkoitus oli antaa haastateltavalle tietoa siitä, mihin ilmiöön haluamme haastattelulla saada vastauksia. Koska halusimme saada aineistosta mahdollisimman kattavasti kokemustietoa, emme teemoittaneet haastattelua tiukasti vaan toteutimme joustavuuden periaatetta (Hirsjärvi ym. 2000: 66). Näin saimme aineistosta esiin yksilölliset kokemukset ja painotukset teemaan liittyen. Teimme haastateltaville useampia väliskysymyksiä, saadaksemme mahdollisimman kattavasti tietoa tutkimuskysymyksen ratkaisemiseksi. Teemahaastattelun teemat lähetimme haastateltaville noin viikkoa ennen haastattelun toteutusta.

Haastattelut suoritimme haastateltavien valitsemissa paikoissa, jotka soveltuivat hyvin haastattelun toteuttamiseen. Haastattelut kestivät keskimäärin kolmekymmentä minuuttia. Aluksi pyysimme haastateltavia kertomaan omasta koulutuksesta ja työhistoriasta, jonka jälkeen keskityimme teemoihin ja niistä nouseviin ajatuksiin.

## 5.2 Teemahaastattelun informantit

Tutkimusongelman kannalta keskeisen tiedon kerääminen ohjasi haastattelun informanttien valintaa (Hirsjärvi ym. 2000: 58). Koska tutkimme arviointikäytänteiden ja arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta kotikuntoutuksen käytännötyössä, haastattelun kohdejoukon muodostivat kotikuntoutuksessa asiakkaan toimintakykyä arvioivat moniammatillisen tiimin työntekijät. Yhteisessä kotikuntoutushankkeen projektiryhmän kokouksessa esitimme tarpeemme haastattelua varten ja meille valikoitui arviointeja tehneistä työntekijöistä fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä kaksi kotihoidon työntekijää.

Haastattelun informantit työskentelevät kotikuntoutuksen kehittämishankkeessa etelän palvelualueen kahdella eri lähipalvelualueella. Toimintaterapeutti ja fysioterapeutti ovat työskennelleet kotikuntoutuksessa ensimmäisen kotikuntoutusjakson aikana sekä mallin suunnitteluvaiheessa. Kotikuntoutusmallissa toimintaterapeutti käyttää arvioinnissa COPM -mittaria ja fysioterapeutti kotipotilaan liikkumis- ja toimintakyvyn testejä. Kotihoidon työntekijöiden arviointimenetelminä ovat liikkumissopimukseen kuuluvat testit ja haastattelu sekä kotihoidon RAI-HC. Keskityimme haastatteluissa keräämään tietoa informanttien oman ammattiryhmän arviointimenetelmistä luotettavan tiedon saamiseksi arvioinnin käytänteistä.

## 5.3 Teemahaastattelun sisällönanalyysi

Teemahaastatteluaineisto on analysoitu laadullisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti, pyrkimyksenä tuottaa ilmiöstä tiivistetty ja yleinen kuvaus (Tuomi — Sarajärvi 2002: 105). Ensimmäisessä vaiheessa haastattelun nauhoitukset on kuunneltu läpi yksitellen, kirjaamalla samalla ylös tutkimusongelman mukaisesti keskeisimmät ilmaukset. Aineiston redusointi- eli tiivistämävaiheessa informaatio on pelkistetty tiivistämällä se pienempiin osiin. *Klusterointi- eli ryhmittelyvaiheessa* aineiston alkuperäisilmauksia on

tutkittu ryhmittelemällä samankaltaiset ilmaukset ja yhdistämällä ne omaksi luokakseen tutkittavien käsitteiden ominaispiirteiden mukaan. *Abstrahointi* eli aineiston kannalta oleellisen tiedon yhdistämisen vaiheessa ilmauksista on valikoitu tutkimusongelman kannalta olennainen tieto, luomalla siitä johtopäätöksiä ja yhdistämällä ne edelleen yleisempiin luokkiin. Aineiston käsitteellistäminen on lopetettu pääluokkien muodostuttua, sillä niistä ei enää muodostunut tarkoituksenmukaisia yhdistäviä luokkia. (Tuomi — Sarajärvi 2002: 111—115.)

Taulukossa 3 olemme havainnollistaneet aineiston analyysivaiheet alaluokasta pääluokaksi:

Taulukko 3. Teemahaastatteluaineiston abstrahointi

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Asiakkaan soveltuvuus nykyiseen kotikuntoutusmalliin Asiakasvalinnan kriteerit	Asiakasvalinta	Asiakasvalinta
Tavoitteiden laatimiseen vaikuttavat tekijät Asiakkaan osallistuminen tavoitteiden laatimiseen Tavoitteiden laatiminen asiakaslähtöisesti	Asiakkaan tavoitteet	Asiakkaan tavoitteet
Kotikuntoutusmallin asiakaslähtöisyys Kotikuntoutusprosessin alku Kotikuntoutuksen kohdentuminen fyysiseen suorituskyyneen Kotikuntoutuksen moniammatillisen tiimin rakenne Kirjaamiskäytännöt Liikkumissopimuksen tekemisen käytänteet Arviointitiedon kirjaaminen	Kotikuntoutusmallin käytänteet	Kotikuntoutusmallin toimintatavat

<p>Moniammatillisen yhteistyön haasteet</p> <p>Moniammatillisen yhteistyön toimivuus</p> <p>Moniammatillisen tiedon jakamisen haasteet</p> <p>Moniammatillisen tiedon jakaminen</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö</p>	
<p>Asiakkaiden kokemus tavoitepalaverista</p> <p>Tavoitepalaverin tarkoituksenmukaisuus</p>	<p>Tavoitepalaveri</p>	
<p>Arviointitiedon asiakaskeisyys</p> <p>Kokonaisvaltaisen arviointitiedon kerääminen</p> <p>COPM arviointimenetelmän tuottama tieto</p> <p>COPM arviointimenetelmän tuottama tieto tavoitteiden laatisessa</p> <p>MOHOST arviointimenetelmän tuottama tieto</p> <p>RAI-HC arviointimenetelmän tuottama tieto</p> <p>FT-mittareiden tuottama tieto</p> <p>FT-mittareiden tuottaman tiedon hyödyllisyys</p> <p>Arviointitiedon käyttökelpoisuus asiakkaan motivoimisessa</p> <p>Arvioinnin tuottaman tiedon monipuolisuus</p> <p>Arviointitiedon kerääminen havainnoimalla (kotihoito)</p>	<p>Arvioinnin tuottama tieto</p>	<p>Arviointitieto</p>

Arviointitiedon jatkuva kerääminen (kotihoito)		
Arviointitiedon luotettavuuden vaikuttavat tekijät	Arviointitiedon luotettavuus	
COPM arviointimenetelmän käyttökelpoisuus kotikuntoutuksessa MOHOST arviointimenetelmän käyttökelpoisuus kotikuntoutuksessa Liikkumissopimus arviointimenetelmän käyttökelpoisuus RAI-HC arviointimenetelmän käyttökelpoisuus RAI-HC arviointimenetelmän käyttämiseen liittyvät haasteet	Arviointimenetelmien käyttökelpoisuus	Kotikuntoutusmallin arviointimenetelmät
RAI-HC arviointimenetelmän hyödyntäminen Arviointitiedon hyödyntäminen asiakkaan motivoimisessa FT-mittareiden tuottaman tiedon hyödyntäminen	Arviointimenetelmien hyödynnettävyys	

#### 5.4 Teemahaastattelun tulokset

Teemahaastatteluaineiston sisällönanalyysin tuloksena aineistosta muodostui **arviointitietoa, kotikuntoutusmallin arviointimenetelmiä ja toimintatapoja** sekä **asiakkaan**

**tavoitteita** ja **asiakasvalintaa** kuvaavat pääluokat. Teemahaastattelujen sisältö painotui suurimmaksi osaksi alkuarviointiin liittyviin käytänteisiin, mikä näkyy teemahaastattelun tuloksissa.

Haastatteluissa nousi esille **asiakasvalintaan** sekä asiakkaiden toimintakykyyn liittyviä asioita. Kotikuntoutuksen asiakkaiden toimintakyvyn taso on pääsääntöisesti heikko, sillä suurin osa kotikuntoutukseen valikoituvista asiakkaista on kotihoidon asiakaskuntaa. Haastateltavat toivat esille, että tämän hetkinen intensiivinen kotikuntoutusprosessi soveltuu heikommin asiakaskunnalle, jonka toimintakyvyn taso vaatisi pidempikestoisen kuntoutuksen. Kotikuntoutuksen tulisi kohdentua ensisijaisesti ”uusille asiakkaille”, esim. sairaalasta kotiutuville lonkkaleikkaukspotilaille, joiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen eivät vaadi pitkäaikaista kuntoutusta. Pohdintaa herätti myös mallin joustavuus asiakkaan tarpeiden mukaan. Pitäisikö asiakkaat valita tietynlaiseen malliin, vai kuntoutuskäytäntöjen olla siten joustavia, että malli soveltuisi toimintakyvyltään erilaisille asiakkaille? Lisäksi pohdittiin, tulisiko kuntoutus pystyä räätälöimään yksilöllisesti kunkin asiakkaan toimintakyvyn ja tarpeiden mukaisesti.

**Kotikuntoutuksen toimintatapoihin** liittyen aineistosta nousi esiin kotikuntoutusprosessin aloituksen haasteellisuus suhteessa kuntoutusvaiheen käynnistymiseen. Kuntoutusprosessin napakka aloitus koettiin tärkeäksi erityisesti uudempien, parempikuntoisten asiakkaiden kohdalla, jotta saataisiin tehokkaasti hyödynnettyä kuntoutukseen käytössä oleva aika. Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin koettiin painottuvan asiakkaan fyysiseen suorituskykyyn ja asiakkaan arjen kokonaisvaltaisen huomioimisen ei koettu toteutuvan nykyisessä mallissa tarpeeksi hyvin.

Moniammatillisesta yhteistyöstä haastateltavat toivat esille erilaisia näkemyksiä. Yhteistyö koettiin ajoittain hyvinkin sujuvaksi, mutta esille nousi myös toive tiiviimmästä yhteydenpidosta. Esimerkiksi yhteisen ajan löytäminen moniammatillisiin tapaamisiin asiakkaiden asioiden läpikäymiseksi koettiin haasteelliseksi, mutta tapaamisten hyötyä korostettiin. Kotikuntoutuksen aloittamisen myötä moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt ja kynnys yhteydenottamiseen on madaltunut. Projektin alkuvaiheessa tiedon kulkemisessa on ollut ongelmia ja esimerkiksi asiakasta on mennyt tapaamaan samanaikaisesti useampi työntekijä. Yhteisen kirjaamisjärjestelmän koettiin helpottavan tiedonjakamista, mutta toisaalta kirjausten pohjalta asiakkaan tilanteesta vaikea saada kokonaiskuvaa helposti ja nopeasti.

Haastatteluissa tuotiin esille tavoitepalaverin merkitys asiakkaan näkökulmasta. Työntekijät kokivat, että palaverissa asiakas hahmotti oman kuntoutuksensa kokonaisuuden ja kuntoutuksen tavoitteet. Asiakkailta on saatu tavoitepalaverista hyvää palautetta. Sen toteutustapa on haastateltavien mukaan asiakaslähtöinen, sillä se tapahtuu asiakkaan kotona ja **asiakas** on keskiössä omien **tavoitteidensa** laatimisessa. Toisaalta asiakkaan kunto saattaa heikentää tavoitteiden laatimiseen osallistumista. Eri menetelmien avulla kerättyä arviointitietoa käsiteltiin palavereissa vaihtelevasti. Yhden haastateltavan mukaan esimerkiksi fyysistä suorituskykyä mittaavien testien arviointitulokset eivät välttämättä tulleet palavereissa esille. Haastateltava kertoi, että COPM-arviointimenetelmän kautta saatua tietoa käsiteltiin palavereissa järjestelmällisesti tavoitteiden laatimisen yhteydessä.

**Kotikuntoutuksen arviointimenetelmien** käyttökelpoisuuteen ja hyödynnettävyyteen liittyen nousi esille erilaisia näkemyksiä menetelmäkohtaisesti. Toimintaterapeutin käyttämän arviointimenetelmän (COPM) käyttämisen haasteet liittyivät pisteytyksen tarkoituksenmukaisuuteen ja konkreettiseen toteuttamiseen. Tähän vaikutti muun muassa kotikuntoutusasiakkaiden heikko kognition taso. Yhden haastateltavan mukaan COPM-arviointimenetelmä on jo itsessään asiakaslähtöinen tapa arvioida toimintakykyä, sillä se tuo esille asiakkaan oman näkemyksen elämäntilanteestaan. COPM-arvioinnissa esiin tulleet asiat olivat usein samansuuntaisia asiakkaalle laadittujen tavoitteiden kanssa. Menetelmä tuottaa tietoa arjen toimintakokonaisuuksista ja haastateltavan mukaan tämä tieto on hyödyllistä koko moniammatilliselle tiimille. Jos COPM-arviointiin liittyvä pisteytys onnistui, toi se näkyväksi kuntoutuksen aikana tapahtuneet muutokset asiakkaan toimintakyvyssä sekä asiakkaan tyytyväisyyden omaan suoriutumiseen.

Arviointia tekevien työntekijöiden mukaan kotihoidon RAI-HC tuottaa kokonaisvaltaista tietoa ihmisen toimintakyvystä ja kyseinen tieto tulee hyvin menetelmän kautta esille. Menetelmän käyttö kotikuntoutuksessa koettiin kuitenkin haasteelliseksi, sillä sen toteuttamiseen ei ole tarpeeksi aikaa, eikä sen käyttöön ole saatu riittävästi koulutusta. RAI-HC -menetelmän avulla saadun **arviointitiedon** hyödyntäminen nähtiin myös puutteelliseksi, sillä tulosten tulkinta on haasteellista. Eräs haastateltava nosti myös esille, että joidenkin asiakkaiden on vaikea ymmärtää RAI-HC:n kysymyksiä, mikä heikentää menetelmän tuottaman tiedon luotettavuutta. Arviointitiedon luotettavuuteen vaikuttaviksi tekijöiksi nousi myös asiakkaan vireystila ja toimintakyky arviointihetkellä sekä asiakkaan sitoutuneisuus kotikuntoutukseen.

Kotikuntoutusasiakkaan liikkumis- ja toimintakyvyn testien koetaan tuovan hyvin esille muutoksia asiakkaan fyysisestä suoriutumisesta, mutta tieto jää irralliseksi kokonaisarvioinnin tuottamasta tiedosta. Haastateltavan näkemyksen mukaan erityisen merkityksellistä olisi kytkeä kyseinen tieto RAI-HC:n avulla kerättyyn tietoon, jotta se siirtyisi sujuvasti asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Näin fysioterapeuttien käyttämien testien tuottama tieto saataisiin hyödynnettyä käytännössä paremmin.

## 6 Johtopäätökset

Opinnäytetyön analyysien ja työtä ohjaavien teorioiden perusteella pyrimme muodostamaan kokonaiskuvan siitä, millaiset arviointikäytännöt ja -menetelmät palvelisivat mahdollisimman hyvin kotikuntoutusasiakkaan kuntoutumista. Tuomme tämän esille arvioinnin kannalta kriittisten tekijöiden valossa, jotka on esitetty kaaviossa 8.



Kaavio 8. Kotikuntoutusprosessin arviointikäytänteiden kriittiset tekijät

Prosessin alussa kriittisiksi tekijöiksi nousevat asiakasvalintaan ja kotikuntoutusprosessin käynnistämiseen liittyvät tekijät. Asiakkaan toimintakyky tulisi ottaa huomioon yksilöllisesti suunniteltaessa kuinka pitkäkestoinen kuntoutusjakson tulisi olla ja millä aikataululla prosessin tulisi käynnistyä. Esimerkiksi asiakkaat, joilla esiintyy vaikeuksia useilla toimintakyvyn alueilla, hyötyisivät pidempikestoisesta kuntoutusjaksosta, mikä myös edistäisi kuntoutuksen vaikuttavuutta. Toisaalta esimerkiksi sairaalasta juuri kotiutuneet asiakkaat, joilla on vähäisempiä toimintakyvyn rajoitteita, hyötyisivät tiiviistä kuntoutusjaksosta, joka alkaa välittömästi kotiutumisen jälkeen.

Alkuvaiheessa olisi hyvä pystyä havainnollistamaan asiakkaalle prosessin kulku selkeästi, mikä edistäisi asiakkaan sitoutumista ja motivoitumista prosessiin. Asiakkaan toiminnallista suoriutumista arjessa olisi hyvä kartoittaa yleisemmällä tasolla ja saada esiin

asiakkaan oma näkemys toimintakyvystä. Arviointi voitaisiin toteuttaa esimerkiksi käytämällä asiakaslähtöistä COPM-arviointimenetelmää, joka tuo esille asiakkaan oman näkemys toiminnallisesta suoriutumisesta ja merkitykselliseen toimintaan osallistumisesta omassa arjessaan. Menetelmän avulla toimintakyvyn arvioinnin fokus olisi toimintoista suoriutumisen lisäksi myös toiminnallisessa osallistumisessa.

Arviointimenetelmien valintaan liittyviä kriittisiä tekijöitä ovat tuloksien mitattavuus ja menetelmien tarkoituksenmukaisuus ja valitseminen asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Arviointimenetelmän tulisi osoittaa pieniäkin muutoksia ja edistymistä toiminnallisessa suoriutumisessa. Esimerkiksi toimintakyvyn tason säilyminen on jo itsessään tulos, joka pitäisi joissakin tapauksissa huomioida kuntoutuksen vaikuttavuutena. Arviointimenetelmiä valittaessa olisi tarkoituksenmukaisempaa kohdentaa arviointi niille toimintakyvyn osa-alueille, jotka ovat nousseet esille yllä mainitussa yleisemmässä toimintakyvyn arvioinnissa ja joita olisi asiakkaan toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta tarkoituksenmukaista arvioida tarkemmin. Nykyinen kotikuntoutuksen arviointimenetelmien kokonaisuus näyttäytyy käytännön työssä liian kattavalta, koska useampi arviointimenetelmä tuottaa tietoa samalle toimintakyvyn osa-alueelle. Kotikuntoutusmalliin olisi hyödyllistä muodostaa ns. arviointimenetelmäpaketti, josta voitaisiin helposti ja luotettavasti valita kunkin asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin kannalta tarkoituksenmukaiset menetelmät.

Nykyisten arviointimenetelmien tuottama tieto painottuu fyysisen suorituskyvyn osa-alueelle. Teorialähtöiset sisällönanalyysit osoittavat, että arjen toiminnoista itsestä huolehtimisen, tuottavuuden ja vapaa-ajan osa-alueilta saadaan kattavasti tietoa. Ympäristötekijöiden osalta arvioiminen jää puutteelliseksi ja sen osuus kotikuntoutuksen arviointimenetelmiä valittaessa tulisi huomioida jatkossa paremmin. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää sellaisten arviointimenetelmien valitsemiseen, joiden avulla fyysisen ja sosiaalisen ympäristön arvioiminen olisi mahdollista toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden näkökulmasta.

Arviointimenetelmien tulisi soveltua kotikuntoutuksen aikatauluun luotettavien arviointitulosten saamiseksi. Esimerkiksi RAI-HC -menetelmä ei sovellu kokonaisuudessaan kovin hyvin tämän hetkiseen kotikuntoutusmalliin, koska sen toteuttamiseen ei ole riittävästi aikaa. Arviointimenetelmänä se tuottaa tietoa ihmisen toimintakyvystä kokonaisvaltaisesti huomioiden myös lääketieteellisen terveydentilan ja hoidollisen tarpeen. Kotikuntoutuksen käytössä menetelmästä olisi tarkoituksenmukaista käyttää vain niitä arvioinnin

osia, jotka ovat asiakkaan yksilöllisen toimintakyvyn kannalta keskeisiä. Asiakasta olisi tärkeää informoida arvioinnin tarkoituksesta, jotta asiakas ymmärtäisi arvioinnin merkityksen ja sitoutuisi sen toteuttamiseen.

Laadittaessa kuntoutukselle tavoitteita olisi tärkeää ottaa huomioon myös ympäristön ominaisuudet, jotta valittaisiin asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen sopivat menetelmät. Kotikuntoutuksen arviointimenetelmien osa-alueet eivät tuota tietoa laaja-alaisesti ympäristökijöistä. Koska kuntoutus tapahtuu asiakkaan kotona, olisi tarkoituksenmukaista huomioida asiakkaan arjen ympäristö. Asiakkaan tulisi olla keskiössä tavoitteiden laati- misessa ja hänen tulisi olla tietoinen omista toiminnallisista vahvuuksista. Asiakkaan osallisuus prosessiin sen kaikissa vaiheissa edistää sekä sitoutumista tavoitteisiin että kuntoutusmenetelmiin. Asiakkaan motivoitumiseksi ja sitoutumisen vahvistamiseksi olisi tärkeää, että kuntoutusjaksolle valittujen, esimerkiksi fyysistä suorituskykyä edistävien harjoitteiden merkitys liitettäisiin selkeästi siihen, kuinka niiden tekeminen edistää asiak- kaan osallistumista hänelle merkitykselliseen toimintaan. Asiakkaalle tulisi sanoittaa tä- män kaltaiset yhteydet selkeästi. Asiakas on esimerkiksi tuonut esille COPM-arvioin- nissa, että hän toivoisi voivansa käydä kahvilla ystävänsä Kertun kanssa kodin lähellä sijaitsevassa kahvilassa. Tavoitteen toteutumiseksi asiakkaan tulisi motivoitua päivittäi- seen tuolijumppaan alaraajojen lihasten vahvistamiseksi. Näiden asioiden välinen yhteys tulisi kertoa asiakkaalle selkeästi.

Yksi kotikuntoutuksen toteuttamisen kriittisiä tekijöitä on asiakkaan kokonaistilanteen seurantaan liittyvät käytänteet. Asiakkaan tilannetta koskevan moniammatillisen tiedon tulisi olla helposti luettavissa, jotta asiakkaan kokonaistilanteesta pysyttäisiin ajan ta- salla. Moniammatillisen tiedon jakamista voisi helpottaa esimerkiksi yhteinen kirjaamis- järjestelmä, joka olisi tarkoitettu vain kotikuntoutusasiakkaiden tiedon jakamiseen. Nyky- tilanteessa asiakasta koskevat tiedot kirjataan yhteiseen potilastietojärjestelmään, mutta kukin työntekijä tekee kirjaukset oman ammattiryhmän lehdelle. Näin ollen asiakkaan tilanteesta ei ole saatavilla nopeasti ja helposti kokonaiskuvaa. Lisäksi kirjaamisessa käytettävien käsitteiden moniammatilliseen ymmärrettävyyteen ja yhtenäisyyteen tulisi kiinnittää huomiota.

Moniammatilliseen yhteistyöhön tulisi luoda selkeät käytännöt, jotka omalta osaltaan hel- pottaisivat yhteistyön tekemistä, esimerkiksi tiedon jakamiseen, tiedon kulkuun ja eri am- mattilaisten vastuualueisiin liittyen. Tiimin jäsenten tulisi olla tietoisia mm. kuntoutus-

käyntien aikatauluista ja sisällöistä, jotta vältetään päällekkäiseltä työltä ja voitaisiin informoida asiakasta aikataulujen kokonaisuudesta. Moniammatillisen tiimin jäsenillä olisi hyvä olla selkeä kuva siitä, millaista tietoa eri arviointimenetelmien kautta saadaan asiakkaan toimintakyvystä. Kotihoidon rooli kotikuntoutuksessa olisi syytä selkiyttää, jotta kotihoidon työntekijät voisivat keskittyä napakammin kuntouttaviin toimenpiteisiin.

Kotikuntoutusmallin resurssit eivät vaikuta tällä hetkellä olevan riittävät kotikuntoutuksen toteuttamisessa. Koska kotikuntoutuksen työntekijät työskentelevät hankkeessa oman työnsä ohessa, heikentää se kuntoutukseen käytettävän ajan määrää. Kotihoidon työntekijöillä on päivän aikana useita asiakkaita, joiden hoidollisiin toimenpiteisiin kuluu suuri osa ajasta. Teemahaastattelussa nousi myös esille työntekijöiden epätietoisuus arvioinnin kokonaisuudesta sekä RAI-HC -menetelmän käyttämisen haasteet. Luotettavan arviointitiedon saamiseksi olisi ensiarvoisen tärkeää, että työntekijöillä on aikaa ja riittävä koulutus toteuttaa asiakkaan arviointia niillä välineillä, jotka malliin on valittu.

Teemahaastatteluissa nousi kriittisenä tekijänä esille myös kotikuntoutusmallin moniammatillisen tiimin kokoonpano. Koska kotikuntoutuksen asiakaskunta on vaihtelevaa ja toiminnalliset haasteet moninaisia, olisi tarkoituksenmukaista että tiimiin kokoonpano olisi vielä moniammatillisempi. Esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan osallisuus tiimissä mahdollistaisi asiakkaan psyykkisen toimintakyvyn haasteisiin vastaamisen entistä tehokkaammin.

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli tarkastella kotikuntoutukseen valittujen arviointimenetelmien tuottamaa tietoa kotikuntoutusasiakkaan arvioinnissa. Mielestämme kotikuntoutusmalliin valittuja arviointimenetelmiä tulisi käyttää yksilöllisesti, jotta asiakkaan toimintakyvystä saataisiin tarkoituksenmukaista tietoa. Näin kotikuntoutus olisi vaikuttavaa ja toimintakyvyn muutoksia voitaisiin herkemmin mitata. Asiakaslähtöisesti suoritettuna arviointi on usein asiakkaalle terapeutin kokemus ja lisäksi asiakas on osallisena omassa kuntoutuksessaan. Yksilöllisesti ja täsmällisesti asiakkaan toiminnallisten haasteiden mukaan valitut menetelmät edistävät tarkoituksenmukaisen tiedon keräämistä asiakkaan toimintakyvystä. Tämä on tärkeää tavoitteiden laatimisen ja kuntoutuksen vaikuttavuuden näkökulmasta. Jotta kotikuntoutus nähtäisiin yhteiskunnassa merkittävänä osana ikääntyvän väestön terveystalvueluita, on tärkeää pystyä osoittamaan kotona tapahtuvan kuntoutuksen vaikuttavuus.

Arviointimenetelmät muodostivat opinnäytetyön keskeisen aineiston, jota tutkittiin teorialähtöisten sisällönanalyysien ja teemahaastatteluaaineiston kautta. Opinnäytetyössä esille tuotujen arviointimenetelmien lisäksi kotikuntoutuksessa on käytetty muutamien asiakkaiden kohdalla myös inhimillisen toiminnan mallin seulonta-arviointi -arviointimenetelmää (MOHOST). Menetelmä pohjautuu Inhimillisen toiminnan malliin, joka on yksi toimintaterapian teoreettisista malleista. Menetelmän käyttö kotikuntoutuksessa nousi esille teemahaastattelussa. Teimme harkitun päätöksen jättää menetelmän tarkastelun työn ulkopuolelle, koska sen käyttö kotikuntoutuksen arviointimenetelmänä on ollut vain satunnaista. Arviointitiedon kerääminen MOHOST arviointimenetelmää käyttäen vaatii paljon aikaa ja tämän vuoksi sen käyttäminen nykyisessä kotikuntoutusmallissa koettiin haasteelliseksi. Haastateltava toi myös esille, että tiedon kerääminen kyseisellä menetelmällä liian tiukassa aikataulussa voi heikentää kerätyn arviointitiedon luotettavuutta.

Meillä ei ollut käyttökokemusta kotikuntoutuksen moniammatillisista arviointimenetelmistä COPM -menetelmää lukuun ottamatta. Menetelmien sisältöjen ymmärtäminen edellytti huolellista perehtymistä arviointilomakkeisiin ja arvioinnin toteuttamiseen liittyviin ohjeisiin. Menetelmien ymmärtämisen kannalta ja analyysin luotettavuuden lisäämiseksi olisi voinut olla hyödyllistä saada menetelmistä tarkempaa tietoa myös arviointia suorittavilta työntekijöiltä. Esimerkiksi tehdessämme ICF-siltaukseen pohjautuvaa arvi-

oointimenetelmien analyysiä pohdimme fysioterapeutin käyttämien toimintakyvyn arviointimenetelmien tähtäintä ja sitä, kuinka kattavasti fysioterapeutti tarkastelee arviointia tehdessään asiakkaan suoriutumisen lisäksi myös sen taustalla vaikuttavia tekijöitä, kuten lihasvoimaa. Näin ollen arviointimenetelmän siltaamisessa eivät tule näkyviksi fyysisen suoriutumisen taustalla vaikuttavat fyysiset valmiudet.

Teemahaastattelun avulla kartoitimme arviointimenetelmien toimivuutta käytännön työssä ja haastatteluaineiston sisällönanalyysin avulla saimme tulokseksi arviointitietoa ja käytänteitä kuvaavia keskeisiä tekijöitä. Aineiston muodostumista suhteessa tutkimusongelmaan saattoi heikentää tutkijoiden kokemattomuus haastattelijoina. Aineistoja kuunnellessa huomasimme puutteita tarkentavien kysymysten sisällössä. Lisäksi aineiston luotettavuutta saattoi heikentää ajoittain myötäilevä ja johdatteleva haastattelutyylimme. Pidimme tärkeänä, että haastateltavalla oli mahdollisuus aloittaa teeman aiheesta kertominen juuri siitä näkökulmasta ja niistä asioista, joita hän pitää keskeisinä. Tämän mahdollistumiseksi, kummankin teeman käsittely aloitettiin toteamalla teema-alue ja rohkaisemalla haastateltavaa kertomaan kaikista aiheeseen liittyvistä asioista. Ennen seuraavaan teeman siirtymistä tai haastattelun lopettamista varmistimme, että haastateltava on ehtinyt tuoda esille kaikki hänen mielestään teemaan sisältyvät tärkeät asiat.

Opinnäytetyön teorioiksi valikoitui *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF*. Luokituksen valinta pohjautuu sen luotettavuuteen toimintakykyä laaja-alaisesti, järjestelmällisesti ja kansainvälisesti kuvaavana viitekehyksenä. ICF-luokitus oli meille teoriana melko tuntematon, joten sen rakenteen ja sisällön perusteellinen ymmärtäminen on vienyt opinnäytetyön toteuttamisvaiheessa paljon aikaa. Toinen opinnäytetyön teoria on *kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli CMOP-E*, joka tarkastelee yksilön toiminnallista suoriutumista ja toimintaan sitoutumista dynaamisena vuorovaikutuksena yksilön toiminnan ja ympäristön välillä. ICF-luokituksen ja CMOP-E -mallin muodostama opinnäytetyön teoreettinen perusta on auttanut tarkastelemaan kotikuntoutuksen arviointimenetelmien sisältöä laaja-alaisesti.

Opinnäytetyön teoreettinen perusta on ollut tarkoituksenmukainen ja edistänyt uuden tiedon muodostumista suhteessa tutkimusongelmaan. Sekä ICF-luokituksella että CMOP-E -mallilla on oma tärkeä osansa. ICF-luokituksen kautta oli mahdollista vertailla luotettavasti eri arviointimenetelmien sisältöä ja sitä millaista tietoa niiden kautta on mah-

dollista saada toimintakyvyn arvioinnissa. CMOP-E -mallin keskeiset käsitteet ovat toiminta ja toiminnallinen sitoutuminen. Toimintakyvyn arvioinnin teoreettisina viitekehyksinä niiden voidaan nähdä täydentävän hyvin toisiaan. Analyysin luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa joidenkin arviointimenetelmien osa-alueiden sisällön ja ICF:stä sopivan kuvauskohteen löytymisen haasteellisuus. ICF-luokitus on rakenteeltaan moniportainen ja täsmällistä vastaavuutta arviointimenetelmien osa-alueiden sisällöissä ja ICF:n kuvauskohteiden välillä ei aina ole ollut. Näin ollen sopivan kuvauskohteen löytyminen yhden arviointimenetelmän osa-alueelle on edellyttänyt tulkintaa sekä arvioinnin sisällön tarkoituksesta, että ICF-luokituksen kuvauskohteiden sisällöstä. ICF-analyysin kokonaistulokseen tämä siltaamiseen liittyvä haaste ei ole mielestämme vaikuttanut merkittävästi ja arviointimenetelmien sisällönanalyysin tulos on luotettava.

Arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta kotikuntoutusmallissa ja asiakkaan toimintakyvyn arvioimisessa ei voida määritellä pelkästään arviointimenetelmien tuottaman tiedon kautta. Arviointimenetelmien valinnassa on syytä kiinnittää huomiota myös menetelmien käyttöön liittyviin vaatimuksiin, kuten arvioinnin toteuttamiseen tarvittavaan aikaan. Lisäksi arviointitietoa olisi hyvä kerätä käyttäen erilaisia arviointitapoja, kuten havainnointia ja haastattelua. Yksi jatkotutkimus ehdotus opinnäytetyöksi olisi muodostaa kotikuntoutusmallia palveleva arviointimenetelmäpaketti, johon on valittu asiakkaan toimintakykyä laaja-alaisesti arvioivia menetelmiä. Arviointimenetelmien kokonaisuudesta olisi näin ollen mahdollista joustavasti valita asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan tarkoituksenmukaisia menetelmiä. Menetelmien valitsemiseksi tarvittava tieto voitaisiin kerätä hyödyntämällä aiemmin tuotettuja ICF-siltaamisen tuloksia sekä tarvittaessa siltaamalla muita mahdollisia toimintakykyä arvioivia menetelmiä. Lisäksi on tarpeen kerätä käyttökokemuksia arviointimenetelmiä käyttäviltä asiantuntijoilta. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla kotikuntoutuksen vaikutusten arvioiminen asiakkaan toimintakyvyn arvioinnista kerätyn tiedon tulosten kautta. Tarkastelu voitaisiin toteuttaa esimerkiksi vertailemalla alku- ja loppuarvioinnin tuloksia.

Olemme pyrkineet edistämään opinnäytetyön luotettavuutta ja uskottavuutta noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Lisäksi suhtauduimme aineistoon neutraalisti siten, että mahdolliset omat tai hankkeesta nousevat ennakkokäsitykset eivät vaikuttaisi työn toteuttamiseen. Aineiston analyysissa noudatimme laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysin periaatteita mahdollisimman totuudenmukaisten tutkimustulosten saamiseksi.

Käsittelimme kaiken opinnäytetyöhön sisältyvän salassa pidettävän materiaalin asianmukaisella tavalla, sovimme mm. teemahaastatteluaineiston luottamuksellisesta säilyttämisestä. Olemme raportoineet tutkimuksemme tulokset totuudenmukaisesti. Lisäksi olemme pyrkineet kaikin puolin toimimaan yhteistyökumppanin kanssa avoimesti ja kunnioittaen hankkeen yleisiä periaatteita. Olemme hakeneet työn toteuttamista varten asianmukaiset tutkimusluvut.

## 8 Lähdeluettelo

Anttila, Heidi – Valkeinen, Heli 2014. ICF-luokitus ja toimintakyky mittarit: mitä, miten ja miksi? Julkari. Terveystieteiden tutkimuskeskus, THL. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/116875>>. Luettu 6.4.2015.

Arviointiasteikkoja veteraanien toimintakyvyn mittaamiseen 2013. Sotainvalidien ja rintamaveteraanien etuudet. Valtiokonttori. verkkodokumentti. <[http://www.valtiokonttori.fi/fi-FI/Kansalaisille\\_ja\\_yhteisoille/Korvaukset\\_ja\\_etuisuudet/Sotainvalidien\\_ja\\_rintamaveteraanien\\_etuudet/Ohjeet\\_kuntoutuslaitoksille/Arviointiasteikkoja\\_veteraanien\\_toiminta%2845592%29](http://www.valtiokonttori.fi/fi-FI/Kansalaisille_ja_yhteisoille/Korvaukset_ja_etuisuudet/Sotainvalidien_ja_rintamaveteraanien_etuudet/Ohjeet_kuntoutuslaitoksille/Arviointiasteikkoja_veteraanien_toiminta%2845592%29)>. Luettu 2.4.2015.

Cieza, Alarcos – Geyh, Szilvia – Chatterji, Somnath – Konstanjsek, Nenad – Ustun, Bedirhan – Stucki, Gerold 2005. ICF-linking rules: an update based on lessons learned. Journal Rehabil Medicine 37. 212-218.

Einset, Elise – Krook, Pinja 2013. Kotikuntoutus – Kuntoutusta kotiympäristössä. Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä. Opinnäytetyö. Metropolia AMK.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Harra, Toini – Aralinn, Virpi – Heikkilä, Maija – Korikiatupa, Riitta – Löytönen, Kari – Onkalo-Okkonen, Riitta 2006. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku.jsessionid=78F9E40BA2046CDD7D7CBC70F2D5C8CD?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=uusinumero&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo95589](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku.jsessionid=78F9E40BA2046CDD7D7CBC70F2D5C8CD?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95589)>. Luettu 7.4.2015.

Heimonen, Sirkkaliisa 2009. Ikääntymisen haasteet toimintakyvylle. Toimintakyvyn arviointi ja tukeminen. Teoksessa Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Toimittanut Pohjolainen, Pertti – Heimonen, Sirkkaliisa. 7-17. Verkkodokumentti. <<http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/379>>. Luettu 12.4.2015.

Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveystieteiden virasto 2010. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Liikkumissopimus. Verkkodokumentti. <<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/959b60804a-154486a329e7b546fc4d01/LiikkumissopimusA3+%282%29.pdf?MOD=AJPERES&-CACHEID=959b60804a154486a329e7b546fc4d01>>. Luettu 21.5.2014.

Helsingin kaupunki, Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012. Apua kotiin; Helsingin kotihoidon palvelupalautteita. Toimittanut: kotihoidon johtotiimi. Pihlajamäki oy: kirjapaino Paintek. verkkodokumentti. <[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/9dd926004bec275c858eadb13d194583-/Apua\\_kotiin\\_1\\_2012\\_6.3.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9dd926004bec275c858eadb13d194583](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/9dd926004bec275c858eadb13d194583-/Apua_kotiin_1_2012_6.3.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9dd926004bec275c858eadb13d194583)>. Luettu 17.11.2014

Helsingin sosiaali- ja terveystalvetut ikääntyneille 2015. Helsingin kaupunki. Verkkodokumentti.

<[http://www.hel.fi/static/sote/stadinikaohjelma/materiaali/Helsingin\\_sosiaali\\_ ja\\_ terveystalvetut\\_ikaantyneille\\_v09022015.pdf](http://www.hel.fi/static/sote/stadinikaohjelma/materiaali/Helsingin_sosiaali_ ja_ terveystalvetut_ikaantyneille_v09022015.pdf)>. Luettu 12.4.2015.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Painopaikka Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ikäinstituutti, vuosikertomus 2010 Verkkodokumentti. <<http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/108/>>. Luettu 4.4.2015

Kantanen, Mari – Kaukanen, Mary-Ann 2011. Canadian Occupational Performance Measure. Suomenkielinen laitos. Alkuperäisteoksesta Law, Mary – Babbitt, Sue – Carswell, Anne – McColl, Mary Ann – Polatajko, Helene – Pollock Nancy 2005. Canadian Occupational Performance Measure (4.painos). Vaasa: Kirjapaino Prodo.

Kehon painoindeksi 2011. Mittarit. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014. Verkkodokumentti. < <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/55/>>. Luettu 10.4.2015.

Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora 2011. Terveysten, hyvinvointi ja toimintakyky Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, THL. Verkkodokumentti. <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_nettti.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_nettti.pdf?sequence=1)> Luettu 31.3.2015.

Kotihoitoa Keski-Helsingissä 2013. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystalvetut. Verkkodokumentti. <[http://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/24\\_Kotihoitoa\\_keski\\_Helsingissa\\_13.pdf](http://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/24_Kotihoitoa_keski_Helsingissa_13.pdf)>. Luettu 2.4.2015.

Kotikuntoutus -projekti 2013. Moniammatillisen kotikuntoutusmallin kehittäminen kotihoitoon. Perehdytysesite, versio 3.

Käden puristusvoima 2013. Mittarit. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014. Verkkodokumentti. < <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/141/>>. Luettu 12.4.2015.

Law, Mary – Polatajko, Helen – Babbitt, Sue – Townsend, Elizabeth 2002. Core Concepts of Occupational Therapy. Teoksessa Townsend, Elizabeth – tanton, Sue – Polatajko, helen – babbitt, Sue – Thompson-Franson, Tracey – Kramer, Christine – Swedlove, Fern – Brintnell, Sharon – Campanile, Sharon 2002. Enabling Occupation: an Occupational Therapy Perspective. CAOT Publications ACE. 29-56.

Liikkumissopimus, testaaminen ja tulokset -lomake 2013. Kotihoito. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystalvetut.

Liikkumissopimus Haastattelu ja päätökset -lomake 2013. kotihoito. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystalvetut.

Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testaaminen - SPPB 2014. Liikkumis- ja toimintakyvyn kyvyn testaaminen. Tapaturmat. THL, terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.

<<https://www.thl.fi/documents/567861/1449805/Lyhyt+fyysisen+suorituskyvyn+testi.pdf/09df308f-8ef7-415e-a530-45e87590a48e>>. Luettu 10.4.2015.

Mikä on RAI? 2014. Tietoa RAI-järjestelmästä. Ikääntyneiden palvelujen RAI-vertailukehittäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/mika-on-rai>>. Luettu 8.4.2015.

Niemelä, Anna-Liisa 2014 Verkkodokumentti. <<http://www.hel.fi/hki/sote/fi/Viraston+esitys/Hankkeet/Lupaava>>. Luettu 4.4.2015

Palonen, Minna — Takala, Katri — Pohjolainen, Pertti — Tiihonen, Arto 2011. Kotona kunnossa. Ikäihmisen toimintakyvyn tukeminen kotikuntoutuksen keinoin. Verkkodokumentti. <<http://www.kapyrinne.fi/sites/default/files/tiedostot/Koku-ra-portti160910%5B1%5D.pdf>>. Luettu 12.4.2015.

Pekkanen, Meri 2014. Itäisen, kaakkoisen ja keskisen Helsingin terveystasemien sekä kotihoiton, akuutti- ja päivystyssairaaloiden vastaava toimintaterapeutti.

Pentikäinen, Kirsi 2014. RAI-HC Keskisen kotihoitoalueen kotikuntoutusprojektissa -diasarja.

Polatajko, Helene J – Davis, Jane – Stewart, Deb – Cantin, Noemi – Amoroso, Bice – Purdie, Lisa – Zimmerman, Daniel 2007. Specifying the domain of concern: Occupation as core. Teoksessa Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy. Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Toimittanut Townsend, Elizabeth A – Polatajko, Helene J. Ottawa 2007: CAOT Publications ACE. 13-36.

RAI-HC Arviointilomake. Minium data set (MDS) – Kotihoito. Kotihoidossa olevan asiakkaan arviointia ja hoidon ja palvelun tarpeen kartoitusta varten. InterRAI Corporation, 2000.

RAI-HC Mittarikäsikirja 2012. Kotihoidon RAI. RAIsoft.

RAI-järjestelmän rakenne 2014. Tietoa RAI-järjestelmästä. Ikääntyneiden palvelujen RAI-vertailukehittäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-rakenne>>. Luettu 8.4.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf)> Luettu 20.11.2014.

STAKES 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, ICF. 4. painos. Jyväskylä 2011: Bookwell Oy.

TOIMIA-käsikirja 2014. TOIMIA. Käsikirjat. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014. Verkkodokumentti. <<http://www.toimia.fi/kasikirja/1.html>>. Luettu 13.11.2014.

Toimintakyvyn Mittarit To-Mi (versio 2013). To-Mi-kansio. VSSHP ohjepankki. Verkkodokumentti. <<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/to-mi>>. Luettu 9.4.2015.

Townsend, Elizabeth A – Polatajko, Helene 2007. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy. Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa 2007: CAOT Publications ACE.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.–4. painos. Jyväskylä 2006: Gummerus Kirjapaino Oy.

Arvioinnin osa-alueet	Toimintakokonaisuus ja siihen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Itsestä huolehtiminen Henkilökohtaiset toiminnot	<i>-vaatteiden esiin ottaminen</i>	(d 540) Pukeutuminen	Suoritukset ja osallistuminen	esiin ottaminen	Itsestä huolehtiminen
	<i>-kiinnitys-systeemeistä selviytyminen</i>	(d 540) Pukeutuminen			
	<i>-vaatteiden riisuminen</i>	(d 5401) Vaatteiden riisuminen			
	<i>-purkkien avaaminen</i>	(d 550) Ruokaileminen			
	<i>-nesteiden kaattaminen</i>	(d 560) Juominen			
	<i>-wc:ssä käyminen</i>	(d 530) WC:ssä käyminen			
	<i>-peseytyminen</i>	(d 510) peseytyminen			
	<i>-hampaiden peseminen</i>	(d 5201) Hampaiden hoitaminen			
	<i>-kynsien hoitaminen</i>	(d 5203) Sormenkynsien hoitaminen (d 5204) Varpaankynsien hoitaminen			
	<i>-parran ajaminen</i>	(d 5202) Hiuksen/parran hoitaminen			
	<i>-meikkaaminen</i>	(d5200) Ihon hoitaminen			
	<i>-seksuaalisten tarpeiden tyydyttäminen</i>	(d 7702) Seksuaalisuhteet		tarpeiden tyydyttäminen	
<i>-lääkkeiden ottaminen</i>	(d 570) Omasta terveydestä huolehtiminen				
Itsestä huolehtiminen Liikkuminen	<i>-sängyssä kääntyminen</i>	(d 4106) Kehon painopisteen siirtäminen			

Arvioin- nin osa- alueet	Toimintakoko- naisuus ja sii- hen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E - siltaus
Itsestä huolehti- minen Liikkumi- nen	<i>-pyörätuolista siirtyminen</i>	(d 4200) It- sensä siirtämi- nen istuma- asennossa	Suoritukset ja osallistu- minen		Itsestä huo- lehtiminen
	<i>-kylpyammee- seen menemi- nen ja tulemi- nen pois</i>	(d 410) Asen- non vaihtami- nen)		kylpyamme	
	<i>-portaissa käve- leminen</i>	(d 4551) Kiipeä- minen			
	<i>-autoon, taksiin meneminen ja sieltä poistumi- nen</i>	(d 410) Asen- non vaihtami- nen)		auto, taksi	
Itsestä huolehti- minen Asioiden hoitami- nen	<i>-autolla ajami- nen</i>	(d 4751) Moot- torikulkuneuvon kuljettaminen			
	<i>-julkisten kulku- välineiden käyt- täminen</i>	(d 4702) Julkis- ten moottorikul- kuneuvojen käyttäminen			
	<i>-puhelimien käyttö</i>	(d 3600) Tele- kommunikointi- laitteiden käyt- täminen			
	<i>-huollon järjes- täminen kuten putkimies</i>	(d 620) Tavaroi- den ja palvelui- den hankkimin- en		putkimies	
	<i>-tapaamisten sopiminen</i>	nd			
	<i>-raha-asioiden suunnittelu</i>	(d 860) talou- delliset perus- toimet		suunnittelu	

Arvioin- nin osa- alueet	Toimintakoko- naisuus ja sii- hen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E - siltaus
Itsestä huolehti- minen Asioiden hoitami- nen	<i>-laskujen mak- saminen</i>	(d 860) talou- delliset perus- toimet	Suoritukset ja osallistu- minen	lasku	Itsestä huo- lehtiminen
	<i>-rahojen käsit- teleminen, va- luutan vaihtami- nen</i>	(d 860) talou- delliset perus- toimet			
	<i>-veroilmoituk- sen täyttäminen</i>	(d 865) Vaativat taloudelliset toi- met		veroilmoi- tus	
	<i>-shoppailu</i>	(d 6200) Ostos- ten tekeminen			
Tuotta- vuus Palkka- työ/va- paa-eh- toistyö	Vapaa-ehtois- työ	d 855 Vastik- keeton työ			Tuottavuus
	<i>-työnhakeminen</i>	(d 8450) Työn- haku			
	<i>-ansioluettelon tekeminen</i>	(d 8450) Työn- haku		ansioluet- telo	
	<i>-haastattelun järjestäminen</i>	(d 8450) Työn- haku		järjestämi- nen	
	<i>-haastatteluun osallistuminen</i>	(d 8450) Työn- haku			
	<i>-työnvalinta</i>	(d 8450) Työn- haku			
	<i>-työskentelemi- nen sovittujen tuntien mukaan</i>	(d850) Vastik- keellinen työ			

Arvioin- nin osa- alueet	Toimintakoko- naisuus ja sii- hen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E - siltaus
Tuotta- vuus Palkka- työ/va- paa-eh- toistyö	<i>-uusien tehtä- vien oppiminen</i>	(d 155) Taitojen hankkiminen	Suoritukset ja osallistu- minen		Tuottavuus
	<i>-vastuun kanta- minen</i>	(d2400) Vas- tuun kantami- nen			
	<i>-työkavereiden huomioiminen</i>	(d 740) Muodol- liset ihmissuh- teet			
	<i>-turvallisuus- määräysten noudattaminen</i>	(d 850) Vastik- keellinen työ			
	<i>-täsmällisesti toimiminen</i>	(d 850) Vastik- keellinen työ		täsmälli- sesti	
	<i>-ongelmien ja konfliktien sel- vittäminen</i>	(d175) Ongel- man ratkaisemi- nen			
Tuotta- vuus Kotitöi- den teke- minen	<i>-ruokaostosten tekeminen</i>	(d 6200) Ostos- ten tekeminen			
	<i>-aterioiden suunnittelu</i>	(d 630) Aterioi- den valmistami- nen			
	<i>-reseptien nou- dattaminen</i>	(d 630) Aterioi- den valmistami- nen			
	<i>-ruoan valmis- taminen</i>	(d 630) Aterioi- den valmistami- nen			

Arvioin- nin osa- alueet	Toimintakoko- naisuus ja sii- hen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E - siltaus
Tuotta- vuus Kotitöi- den teke- minen	<i>-pöydän pyyhki- minen</i>	(d 6401) Keitto- alueen ja keit- tiötarvikkeiden puhdistaminen	Suoritukset ja osallistu- minen		Tuottavuus
	<i>-tiskaaminen</i>	(d 6401) Keitto- alueen ja keit- tiötarvikkeiden puhdistaminen			
	<i>-keittiön siivoa- minen</i>	(d 6401) Keitto- alueen ja keit- tiötarvikkeiden puhdistaminen			
	<i>-huonekalujen pyyhkiminen ja kiillottaminen</i>	(d 6402) Asun- non siivoami- nen			
	<i>-lattian lakaise- minen</i>	(d 6402) Asun- non siivoami- nen			
	<i>-imurointi</i>	(d 6403) Kotita- louskoneiden käyttäminen			
	<i>-roskien tyhjen- täminen</i>	(d 6405) Jättei- den hävittämi- nen			
	<i>-kylpyhuoneen siivoaminen</i>	(d 6402) Asun- non siivoami- nen			
	<i>-pyykin pesemi- nen</i>	(d 6400) Vaat- teiden ja asus- teiden pesemi- nen ja kuivaa- minen (d 6403) Kotita- louskoneiden käyttäminen			
	<i>-silittäminen</i>	(d 6403) Kotita- louskoneiden käyttäminen			
	<i>-pienien kor- jausten tekemi- nen esim. lamp- pujen vaihtami- nen</i>	(d6501) Asun- nosta ja huone- kaluista huoleh- timinen			

Arvioinnin osa-alueet	Toimintakokonaisuus ja siihen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Tuottavuus Kotitöiden tekeminen	<i>-lasten hoitaminen</i>	(d 660) Muiden henkilöiden avustaminen (d 7600) Vanhemman suhde lapseen	Suoritukset ja osallistuminen		Tuottavuus Tuottavuus
Tuottavuus Leikkiminen/koulunkäynti	Koulunkäynti	d 815 Esiopetus d 820 Kouluopetus d 825 Ammatillinen koulutus d 830 Korkeasteen koulutus			
	<i>-esineiden tutkiminen ja käsitleminen</i>	(d 440) Käden hienomotorinenkäyttäminen		tutkiminen	
	<i>-kiipeäminen, heittäminen, juokseminen, hyppiminen</i>	(d 4551) Kiipeäminen (d 4454) Heittäminen (d 4552) juokseminen (d 4553) Hyppääminen			
	<i>-vertaistensa kanssa leikkiminen</i>	(d 9200) Peli ja leikki			
	<i>-yhteistyötä vaativien pelien pelaaminen</i>	(d 9200) Peli ja leikki			
	<i>-jakaminen</i>	(d 710) Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus			
	<i>-vuorottelemisen</i>	(d 710) Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus			
	<i>-urheileminen</i>	(d 9201) Urheilu			
	<i>-roolileikit, esittäminen</i> <i>-luova ilmaiseminen</i>	(d 9200) Peli ja leikki			

Arvioin- nin osa- alueet	Toimintakoko- naisuus ja sii- hen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E - siltaus
Tuotta- vuus Leikkimi- nen/kou- lunkäynti	<i>-luova ilmaise- minen</i>	(d 9202) Taiteet ja kulttuuri (d 9203) Taide- ja käsityöt	Suoritukset ja osallistu- minen		Tuottavuus
	<i>-vanhemmista eroaminen</i>	(d 7601) Lap- sen suhde van- hempaan			
	<i>-piirtäminen, saksilla leikkaa- minen, maalaa- minen, muovai- leminen</i>	(d 9203) Taide- ja käsityöt			
	<i>-koneella kirjoit- taminen/käsin kirjoittaminen</i>	(d 170) Kirjoitta- minen			
	<i>-vähennys- ja kertolaskujen laskeminen</i>	(d 172) Laske- minen			
	<i>-suullinen ilmai- seminen</i>	(d 330) Puhumi- nen			
	<i>-kotitehtävien muistaminen</i>	(d 820) Koulu- opetus			
	<i>-kotiläksyjen te- keminen</i>	(d 820) Koulu- opetus			
	<i>-muistiinpano- jen tekeminen</i>	nd			
Vapaa- aika Rauhalli- set har- rastukset	<i>-musiikin kuun- teleminen</i>	(d 9202) Taiteet ja kulttuuri			Vapaa-aika
	<i>-television kat- seleminen</i>	(d920) Virkis- täytyminen ja vapaa-aika	televisio		

Arvioin- nin osa- alueet	Toimintakoko- naisuus ja sii- hen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E - siltaus
Vapaa- aika Rau- halliset harras- tukset	<i>-kirjojen, sano- malehden, aika- kausilehtien lu- keminen</i>	(d 9202) Taiteet ja kulttuuri	Suoritukset ja osallistu- minen	sanoma- lehti, aika- kausilehti	Vapaa-aika
	<i>-neulominen, ompeleminen, kutominen</i>	(d 9203) Taide- ja käsityöt			
	<i>-keräileminen</i>	(d 9204) Har- rastukset			
	<i>-taiteelliset har- rastukset, me- dia</i>	(d 9202) Taiteet ja kulttuuri		media	
	<i>-korttien, lauta- pelien pelaami- nen</i>	(d 9200) Peli ja leikki			
Vapaa- aika Aktiiviset harras- tukset	<i>-liikunnan har- rastaminen</i>	(d 9201) Liikun- nan harrastami- nen			
	<i>-lemmikkieläin- ten hoitaminen</i>	(d 6506) Eläin- ten hoitaminen			
	<i>-elokuvissa, te- attereissa käy- minen</i>	(d 9202) Taiteet ja kulttuuri			
	<i>-”ulkona” syö- minen</i>	(d 920) Virkis- täytyminen ja vapaa-aika			
	<i>-baareissa, yö- kerhoissa käy- minen</i>	(d 920) Virkis- täytyminen ja vapaa-aika		baari, yö- kerho	
	<i>-autoilu, nähtä- vyyksien kiertä- minen</i>	(d 4751) Moot- torikulkuneuvon kuljettaminen  (920) Virkistäy- tyminen ja va- paa-aika			

Arvioinnin osa-alueet	Toimintakokonaisuus ja siihen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Vapaa-aika Aktiiviset harrastukset	<i>-puistoissa, rannoilla, leikki-puistoissa käyminen</i>	(d 920) Virkistäytyminen ja vapaa-aika	Suoritukset ja osallistuminen		Vapaa-aika
	<i>-uskonnollisiin harrastuksiin osallistuminen</i>	(d 930) Uskonto ja hengellisyys			
	<i>-kursseille osallistuminen</i>	(d 920) Virkistäytyminen ja vapaa-aika			
	<i>-museoissa, kirjastoissa käyminen</i>	(d 9202) Taiteet ja kulttuuri)		kirjasto	
	<i>-matkaileminen</i>	(d 920) Virkistäytyminen ja vapaa-aika			
	<i>-urheilukilpailuissa käyminen ("penkkiurheilu")</i>	(d 920) Virkistäytyminen ja vapaa-aika			
Vapaa-aika Sosiaalisten suhteiden hoitaminen	<i>-ystävien/perheen luona kyläileminen</i>	(d 9205) Sosiaalinen kanssakäyminen			
	<i>-puhelimessa puhuminen</i>	(d 330) Puhuminen  (d 3600) Telekommunikaatiolaitteiden käyttäminen			
	<i>-juhliin osallistuminen</i>	(d 9102) Juhlallisuudet)			
	<i>-juhlien järjestäminen</i>	nd			
	<i>-kirjeiden kirjoittaminen</i>	(d 345) Viestien kirjoittaminen			

Arvioinnin osa-alueet	Toimintakokonaisuus ja siihen liittyvät esimerkit	Kuvauskohde	Osa-alueet	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Vapaa-aika Sosiaalisten suhteiden hoitaminen	<i>-sosiaalisten tapahtumien suunnitteleminen</i>	(d 9205) Sosiaalinen kanssakäyminen	Suoritukset ja osallistuminen		Vapaa-aika
	<i>-ryhmätoimintaan osallistuminen</i>	nd			

### Liikkumissopimukseen kuuluva suorituskykytesti

Arvioinnin osa-alueet	Kuvauskohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Tuolista ylösnousu	d 4103 Istuminen	Suoritukset ja osallistuminen		fyysinen
Seisten esineen poimiminen	b 235 tasapainoelintoiminnot (vestibulaariset toiminnot)	Ruumiin/kehon toiminnot		
- seisominen	d 4104 Seisominen	Suoritukset ja osallistuminen		
- esineen poimiminen lattialta	d 4105 vartalon taivuttaminen d 415 asennon ylläpitäminen d 4154 seisoma-asennon ylläpitäminen d 4400 Poimiminen		lattia	

**Liikkuessopimukseen kuuluva fyysisen toimintakyvyn itsearviointi ja havainnointi kotioiloissa**

Testin osa-alueet	Arvioinnin osa-alueet	Kuvauskohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Itsearviointi/tes- taajan havainto	Makuuasennosta istumaan nousu itsenäisesti	d 4100 makuulle meno	Suoritukset ja osallistuminen		fyysinen
	Tuolilta seisomaan nouseminen (ilman käsien apua ja käsillä avustuen)	d 4103 istuminen			
	Seisominen ilman tukea/tuettuna	d 4154 seisoma-asennon ylläpitäminen			
	Tasapainon säilyttäminen silmät suljettuna seisoma-asennossa	d 4154 seisoma-asennon ylläpitäminen		silmät suljettuna	
	Kävelemään lähteminen, kääntyminen ja palaaminen takaisin tuolille/sängylle (ilman tukea/tuettuna)	d 4103 istuminen d 4100 Makuulle meno d 4104 seisominen d 4500 lyhyiden matkojen käveleminen			

Testin osa-alueet	Arvioinnin osa-alueet	Kuvauskohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Haastattelu	Päivittäiset toiminnot ja arkiaskareet -peseytyminen -wc:ssä käyminen -pukeutuminen -ruokaileminen -kaupassa asiointi -ruoan valmistaminen -kodin siivoaminen	d 510 peseytyminen d 520 kehon osien hoitaminen d 530 wc:ssä käyminen d 540 pukeutuminen d 550 ruokaileminen d 560 juominen d 620 tavaroiden ja palveluiden hankkiminen d 630 aterioiden valmistaminen d 640 kotitaloustöiden tekeminen	Suoritukset ja osallistuminen		Itsestä huolehtiminen, tuottavuus
	Omaehtoinen liikunta/liikuntaharrastukset/kuntouttava liikunta	d 920 virkistäytyminen ja vapaa-aika			Vapaa-aika

**Kotihoidon RAI-HC**

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
CPS - kognition mittari ja MAPLe CPS	Lähimuisti toimii	b 1440 Lyhytkestoinen muisti	Ruumiin/kehon toiminnot		Kognitiivisuus
	Ymmärrätyksi tuleminen (ilmaisu) (tiedon välityminen, millä tahansa menetelmällä)	d 330 Puhuminen	Suoritukset ja osallistuminen		
		d 335 Ei kielellisten viestien tuottaminen			
		d 340 Viestien tuottaminen viittomakielellä			
d 345 Viestien kirjoittaminen					
Päivittäisiin päätöksiin liittyvät kognitiiviset taidot (päätöksentekokyky)	d 177 Päätöksen tekeminen				
	-Miten hyvin asiakas ratkaisi päivittäisen elämän järjestämisen ( <i>kuten milloin nousta ylös tai syödä, mitä vaatteita käyttää tai mitä puuhata</i> )				
	Ruokailu (kyky syödä itse) -ravinnon nauttiminen kaikin tavoin, myös letkuravitseminen	d 550 Ruokaileminen		letkuravitseminen	Itsestä huolehtiminen

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko (ADL)	Liikkuminen vuoteessa -sisältää siirtymisen makuulta istumaan ja takaisin, kääntymisen ja asennon vaihtamisen vuoteessa	d 4100 Makuulle meno d 4103 Istuminen d 4106 Kehon painopisteen siirtäminen	Suoritukset ja osallistuminen		Fyysinen
	Siirtyminen -sisältää siirtymisen tasolta toiselle: sängystä/sänkyyn, tuolista/tuoliin, pyörätuolista/pyörätuoliin, seisomaan/seisomasta (ei kirjata WC:tä tai kylpyä)	d 4100 Makuulle meno d 4103 istuminen d 4104 seisominen d 420 Itsensä siirtäminen			
Päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko (ADL) ja MAPLe ADL	Liikkuminen kotona (huom. jos pyörätuolissa, itsenäisyys pyörätuoliin päästyä)	d 4600 Kotona liikkuminen		pyörätuoli	

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvauskohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko (ADL) ja MAPLe ADL	<p>Pukeutuminen, Ylävar-talo</p> <p>-Miten asia-kas pukee ja riisuu kaikki tavalliset ar-kivaatteet (<i>alus-, sisä- ja ulkovaat-teet</i>) ylävar-talolta, mu-kaan lukien proteesit, or-toosit, nep-parit, villapu-serot ym.</p> <p>Pukeutumi-nen, Alavar-talo</p> <p>-Miten asia-kas pukee ja riisuu kaikki tavalliset ar-kivaatteet (<i>alus-, sisä- ja ulkovaat-teet</i>) alavar-talolta, mu-kaan lukien proteesit, or-toosit (jalka-tuet, vyöt, housut, ha-meen, ken-gät ja neppa-rit.</p>	<p>d 540 Pukeu-tuminen</p> <p>e 1151 Päi-vittäisen elä-män erityis-tuotteet ja teknologiat henkilökoh-taiseen käyt-töön</p>	<p>Suoritukset ja osallistu-minen</p> <p>Ympäristö</p>		<p>Itsestä huo-lehtiminen, fyysinen</p>
	<p>Ruokailu -ravinnon nauttiminen kaikin tavoin, myös letku-ravitseminen</p>	<p>d 550 Ruo-kaileminen</p>	<p>Suoritukset ja osallistu-minen</p>		<p>Itsestä huo-lehtiminen</p>

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvauskohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko (ADL) ja MAPLe ADL	WC:n käyttö  -WC:n, urinaalin tai portatiivin käyttökyky. Siirtyminen WC:hen ja sieltä pois, siistiytyminen WC-käynnin yhteydessä tai pidätyskyvyn pettäessä, vaipan vaihto, vaadittavien erikoisvälineiden käsittely (avanne tai katetri) ja vaatteiden kohennus	d 530 WC:ssä käyminen  b 5253 Ulostuksen pidätyskyky  b 6202 Virtsan pidätyskyky	Suoritukset ja osallistuminen	avanne, katetri, vaipan vaihto	Itsestä huolehtiminen, fyysinen huolehtiminen
	Henkilökohmainen hygienia  -hiusten kampaaminen, hampaiden pesu, parranajo, ehostaminen, kasvojen ja käsien pesu ja kuivaus (ei kirjata kylpyä tai suihkua)	d 5100 Kehon osien peseminen  d 5102 Kuivaaminen  d 5201 Hampaiden hoitaminen  d 5202 Hiuksen/parran hoitaminen			
Välinetoiminnot-asteikko (IADL)	Aterioiden valmistaminen (esim. aterioiden suunnittelu, kypsäminen, tarveaineiden kokoaminen, ruoan tarjoilu ja pöydän kattaminen)	d 630 aterioiden valmistaminen			Tuottavuus

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Välinetoimintotasteikko (IADL)	Tavalliset kotitaloustyöt, esim. -astianpesu	d 640 kotitaloustöiden tekeminen  (d 6401) Keittoalueen ja keittiötarvikkeiden puhdistaminen	Suoritukset ja osallistuminen		Tuottavuus
	-pölyjen pyyhkiminen,	(d 6402) Asunnon siivoaminen			
	-pyykistä suoriutuminen,	(d 6400) Vaatteiden ja asusteiden peseminen ja kuivaaminen			
		(d 6403) Kotitalouskoneiden käyttäminen			
	Raha-asioiden hoito -laskujen maksaminen, rahavarojen hoito	d 860 taloudelliset perustoimet  d 865 vaativat taloudelliset toimet			
	Lääkityksestä suoriutuminen (esim. lääkkeen oton muistaminen, pullojen avaaminen, oikea annostus, injektioiden otto, voiteiden levittäminen)	d 5702 oman terveyden ylläpitäminen  e 1101 Lääkkeet			Itsestä huolehtiminen

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Välinetoimintot-asteikko (IADL)	Puhelimen käyttö -puhelujen soittaminen tai vastaanottaminen (numeroiden suurennuslvyt, äänenvahvistimet tai muut apuvälineet mukaan lukien)	d 3600 telekommunikointilaitteiden käyttäminen  e 1251 Kommunikoinnin erityistuotteet ja teknologiat	Suoritukset ja osallistuminen		Itsestä huolehtiminen
	Ostoksilla käynti  <i>-ruoka- ja talousostosta suorittaminen (esim. tarvikkeiden valinta, rahan käyttö)</i>	d 6200 Ostosten tekeminen			Tuottavuus
	Kulkuvälineiden käyttö  <i>(esim. miten liikkuu kävelymatkaa pidemmälle)</i>	d 470 kuluneuvojen käyttäminen d 475 Ajaminen			Itsestä huolehtiminen
Asiakkaan kuntoutusmahdollisuus- REHABPOT	Hoitajat uskovat asiakkaan voivan parantaa toimintakykään itsenäisemmäksi (ADL, IADL, liikuntakyky)	e 440 kotipalvelutyöntekijöiden ja henkilökohtaisten avustajien asenteet	Ympäristökijät	ADL, IADL, liikuntakyky	Sosiaalinen ympäristö
Terveydentilan vakauden asteikko - CHES	Oksentelu (terveydentilaa koskevia ongelmia, jotka esiintyneet kahden tai useamman vuorokauden ajan)	b 5106 Regurgitaatio ja oksentaminen	Ruumiin/kehon toiminnot		Fyysinen

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvauskohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Terveystilan vakauden asteikko - CHES	Hengenahdistus (terveydentilaa koskevia ongelmia, jotka esiintyneet viimeisen kolmen vuorokauden aikana)	b 460 sydän ja verenkierto- sekä hengitysjärjestelmän toimintoihin liittyvät aistimukset	Ruumiin/kehon toiminnot		Fyysinen
	Turvotus (terveydentilaa koskevia ongelmia, jotka esiintyneet viimeisen kolmen vuorokauden aikana)	b 5450 nestetasapainotoiminnot		turvotus	
	Tahaton painonlasku, 5% tai enemmän viimeisen 30 vrk:n aikana (tai 10% tai enemmän viimeisen 180 vrk:n aikana)	b 530 painonhallintatoiminnot			
	Riittämätön juominen  <i>-ei juonut kaikkia juomia/miltei kaikkia juomia viimeksi kuluneen 3 vuorokauden aikana</i>	d 560 Juominen d 5701 ruokavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen		Suoritukset ja osallistuminen	

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Terveystentilan vakauden asteikko - CHESS	Normaalia vähäisempi nautitun ruoan tai juoman määrä	d 550 Ruokaileminen d 560 Juominen d 5701 ruokavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen	Ruumiin/kehon toiminnot		Fyysinen
	<i>-nautitun ruoan tai juoman määrä on ollut havaittavasti normaalia vähäisempää kuluneen 3 vuorokauden aikana</i>				
	Päätöksentekokyvyn huononeminen (päivittäisiin päätöksiin liittyvät kognitiiviset taidot) <i>-päätöksentekokyvyn huononeminen verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)</i>	d 177 päätöksenteke-			Kognitiivinen
	Päivittäisten toimintojen suorituskyvyn heikentyminen	d 230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen			Itsestä huolehtiminen, tuottavuus

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Terveydentilan vakauden asteikko - CHES	Elinennuste 6kk tai vähemmän <i>-esim. lääkäri on kertonut asiakkaalle tai asiakkaan perheelle asiakkaan olevan terminaalivaiheessa</i>	nc	Ruumiin/kehon toiminnot		ei luokitusta
Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko - MAPLe <b>käyttäytymiseen liittyvät oireet</b>	Karkea, uhkaava kielenkäyttö (uhkaillut, kiljunut ja kiroillut muille)	d 7202 Käyttäytymisen säätely vuorovaikutuksessa	Suoritukset ja osallistuminen		Kognitiivinen, affektiivinen, sosiaalinen ympäristö
	Fyysinen pahoinpitely (lyönyt, tönnönyt, raapinnut, lähennellyt muita)	d 7202 Käyttäytymisen säätely vuorovaikutuksessa			
	Sosiaalisesti sopimaton, häiritsevä käyttäytymisen (äännellyt häiritsevästi, ollut meluisa, kiljunut, vahingoittanut itseään, ollut seksuaalista häiriökäyttäytymistä tai riisumista julkisesti, sotkenut tai heiteltyt ruokaa/ulos-teita, penkonut muiden tavaroita, toistuvia käyttösalleja, nousee aikaisin aiheuttamaan häiriötä)	b 164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot	Ruumiin/kehon toiminnot		

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko - MAPLe <b>käyttäytymiseen liittyvät oireet</b>	<i>-kielteinen suhtautuminen hoitoon (vastustele lääkkeiden/pistosten antoa, päivitäisiin toimintoihin liittyvää apua, syömistä tai asennon vaihtoa)</i>	pf	Ruumiin/kehon toiminnot		Kognitiivinen, affektiivinen, sosiaalinen ympäristö
Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko - MAPLe: <b>Ympäristöolosuhteiden arviointi, vaarallinen kotiympäristö</b>	<i>-Kylpyhuone ja WC  (esim. wc epäkunnossa, vuotavat putket, ei tarvittavia kaiteita, liukas kylpyamme, ulkokäymälä)</i>	e 1551 arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat yksityisrakennusten sisällä olevien palvelutilojen käyttöä varten	Ympäristötekijät		Fyysinen ympäristö
	<i>-keittiö  (esim. vaarallinen liesi, jääkaappi rikki, rottia, hiiriä tai hyönteisiä kiusana)</i>	e 1551 arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat yksityisrakennusten sisällä olevien palvelutilojen käyttöä varten (e 2201) eläimet			

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvauskohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Hoidon- ja palvelutarpeen arviointi - MAPLe: <b>Ympäristön olosuhteiden arviointi, vaarallinen kotiympäristö</b>	<i>-lämmitys ja ilmastointi (esim. liian kuuma kesällä, liian kylmä talvella, puukamiina astmaatikon kodissa)</i>	e 1551 arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat yksityisrakennusten sisällä olevien palvelutilojen käyttöä varten	Ympäristö		Fyysinen ympäristö
	-henkilökohdainen turvallisuus  <i>(esim. väkivallan pelko, vaarallista mennä postilaatikoille tai vieraila naapurissa, raskas liikenne kadulla)</i>	nd			Fyysinen ympäristö, sosiaalinen ympäristö
	-pääsy kotiin <i>(esim. vaikeatulla/lähteä)</i>	e 1550 arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat yksityisrakennusten sisään- ja uloskäyntiä varten			Fyysinen ympäristö

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvauskohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
<p>Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko - MAPLe: <b>Ympäristön olosuhteiden arviointi, vaarallinen kotiympäristö</b></p>	<p>-pääsy kotiin <i>(esim. vaikeatulla/lähteä)</i></p>	<p>e 1552 arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat yksityisrakennusten viitoitusta sekä kulureitti- ja sijaintipaikka-merkintöjä varten</p>	<p>Ympäristö</p>		<p>Fyysinen ympäristö</p>
<p>Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko - MAPLe: <b>Lääkitys</b></p>	<p>Lääkityksestä suoriutuminen (vaikeudet)  <i>(esim. lääkkeen oton muistaminen, pullojen avaaminen, oikea annostus, injektioiden otto, voiteiden levittäminen)</i></p>	<p>d 5702 oman terveyden ylläpitäminen</p>	<p>Suoritukset ja osallistuminen</p>		<p>Itsestä huolehtiminen</p>

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvauskohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko - MAPLe: <b>Lääkitys</b>	Lääkkeiden lukumäärä  -kirjaa erilaisien säännöllisesti tai tilapäisesti otettujen lääkkeiden lukumäärä (reseptilääkkeet, käsi-kauppalääkkeet), mukaan lukien silmätipat viimeisen 7 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen).	e 1101 lääkkeet	Ympäristö		ei luokitusta
Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko- MAPLe: <b>Haavaumat</b>	Painehaava  -mikä tahansa ihoon kohdistuneen paineen tai venyttymisen aiheuttama ihorikko, joka on vaurioittanut alla olevaa kudosta	b 810 Ihon suojaustoiminnot	Ruumiin/kehon toiminnot		Fyysinen
	Säärihaava  -huonon alaraajojen verenkierron aiheuttama avohaava	b 180 Ihon suojaustoiminnot			

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko-MAPLe: <b>Muut muut-tujat</b>	Aterioiden valmistaminen (vaikeudet)  <i>-esim. aterioiden suunnittelu, kypsentyminen, tarveaineiden kokominen, ruoan tarjoilu ja pöydän kattaminen</i>	d 630 aterioiden valmistaminen	Suoritukset ja osallistuminen		Tuottavuus
	Vaeltelu  -kuljeskellut ilman järkevää syytä, ei ole ilmeisesti tietoinen tarpeistaan tai turvallisuudesta	nd			ei luokitusta
	Katuilu  -kaatumisien lukumäärä viimeisen 90 vuorokauden aikana tai viimeisen arvon jälkeen jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta	nd			ei luokitusta

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko-MAPLe: <b>Muut muut-tujat</b>	Vähän ateri- oita  -vähintään kahtena vii- meksi kulu- neesta 3 vuorokau- desta söi yh- den aterian päivässä tai vähemmän	d 5701 ruo- kavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtimi- nen	Suoritukset ja osallistu- minen		Itsestä huo- lehtiminen
	Nielemison- gelmia  <i>-yhdistetty suun kautta nautittava ja letkuravitse- mus</i>  <i>-ei ruokaa suun kautta</i>	b 5105 niele- minen	Ruumiin/ke- hon toiminnot		Fyysinen
	Ulkoilee ker- ran viikossa tai harvem- min  Kirjaa mo- nenako päi- vänä asiakas tavallisen vii- kon aikana, viimeksi ku- luneena 30 vuorokau- tena tavalli- sesti poistui rakennuk- sesta jossa asuu.	d 4601 muissa ra- kennuksissa kuin kotona liikkuminen  d 4602 kodin ja muiden ra- kennusten ul- kopuolella liikkuminen	Suoritukset ja osallistu- minen	Ulkoilu	Fyysinen

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvauskohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko- MAPLe: <b>Muut muut-tujat</b>	Virtsan pidätyskyky  -virtsarakon hallinta viimeisen 7 vuorokauden aikana (käsittää myös kate-trin tai inkontinenssi-ongelman)	b 6202 Virtsan pidätyskyky	Ruumiin/kehon toiminnot		Fyysinen
	Neurologinen diagnoosi: - Alzheimerin tauti - muu dementia kuin Alzheimerin tauti	hc			ei luokitusta
	Neurologinen diagnoosi: -Päänvamma	hc			ei luokitusta
	Neurologinen diagnoosi: -Multippeliskleroosi	hc			
	Toimintakyky on huonontunut viimeisen 90 vrk:n aikana  Päivittäisten toimintojen suorituskyky.  Yleinen oma-toimisuus on muuttunut merkittävästi verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten.	d 230 päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen		Suoritukset ja osallistuminen	

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvauskohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Hoidon- ja palvelutarpeen as- teikko- MAPLe: Muut muut- tujat	<p>Yksi tai use- ampi ensim- mäiseksi huonontu- vista ADL- vajeista</p> <p>- pukeutumi- nen</p> <p>- henkilökoh- tainen hygie- nia (hiusten kampa- us, hampaiden pesu, parran- ajo, ehosta- minen, kas- vojen ja kä- sien pesu ja kuivaus. Älä kirjaa kylpyä tai suihkua.</p> <p>-kylpeminen (miten asia- kas käy kyl- vyssä/suih- kussa tai pe- see koko vartalon sie- nellä. Älä kir- jaa tukan- ja selän pesua.</p>	<p>d 540 Pukeu- tuminen</p> <p>d 520 Kehon osien hoita- minen</p> <p>d 510 Pesey- tyminen</p>	Suoritukset ja osallistu- minen		Itsestä huo- lehtiminen
	Äkillinen tai uusi ti- lanne/muu- tos henki- sissä toimin- noissa -huomion kohdistami- nen, johdon- mukaisuus ja tietoisuus ympäristöstä vaihtelevat ennustamat- tomasti päi- vän mittaan	<p>b 140 Tark- kaavuustoi- minnot</p> <p>b 114 Orien- toitumison- gelmat</p>	Ruumiin/ke- hon toiminnot		Kognitiivinen

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko-MAPLe: <b>Muut muut-tujat</b>	Aterioiden valmistamista ja ostoksilla käyntiä ei tapahtunut viimeisen 7 päivän jakson aikana  <i>-aterioiden valmistaminen</i>  <i>-ostoksilla käynti (ruoka- ja talousostoksista suoriutuminen, esim. tarvikkeiden valinta, rahan käyttö)</i>	d 630 Aterioiden valmistaminen  d 6200 Ostosten tekeminen	Suoritukset ja osallistuminen		Tuottavuus
<b>MAPLe Screener</b> (Geriatrinen Screener)	Fyysisiin aktiiviteetteihin käytetty aika viimeksi kuluneen 3 vuorokauden aikana (esim. kävely, talon siivoaminen, voimistelu)	(d 450) Käveleminen  (d 6402) Asunnon siivoaminen	Suoritukset ja osallistuminen	voimistelu	Fyysinen Tuottavuus

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
<b>MAPLe Screener</b> (Geriatrinen Screener)	Aterioiden valmistaminen	d 630 Aterioiden valmistaminen	Suoritukset ja osallistuminen		Tuottavuus
	Tavalliset kotitaloustyöt	d 640 Kotitaloustöiden tekeminen			
	Kulkuvälineiden käyttö	d 470 Kulkuneuvojen käyttäminen  d 475 Ajaminen			Itsestä huolehtiminen
	Henkilökohmainen hygienia (älä kirjaa kylpyä tai suihkua)	d 520 Kehon osien hoitaminen			
	Kylpeminen Miten asiakas käy kylvyssä/suihkussa tai pesee vartalon, esim. sienellä (älä kirjaa tukan- ja selän pesua)	d 510 Peseytyminen			
<b>Masennusasteikko (DRS)</b>	Surullisuuden tai masennuksen tunne, esim.  <i>-”elämä ei ole elämisen arvoista”</i>  <i>-”millään ei ole mitään väliä”</i>  <i>”olisi parempi olla kuollut”</i>	b 1522 Tunneiden vaihteluala	Ruumiin/kehon toiminnot		Affektiivisuus

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
<b>Masennus-asteikko (DRS)</b>	Jatkuva omaan itseen tai muihin kohdistuva kiukku, esim.  - asiakas ärssyyntyy helposti  - suuttuu saadusta hoidosta	b152 Tunne-elämän toiminnot	Ruumiin/kehon toiminnot	kiukku	Affektiivisuus
	Epärealistiselta vaikuttavan pelon ilmaisuja, esim.  - hylätyksi tulemisen pelko  - yksinäämisen pelko  - muiden kanssa olemisen pelko	b 1520 Tunteiden tarkoituksenmukaisuus		pelko	
	Terveysteen liittyvät toistuvat valitukset, esim.  - etsii itsepin-taisesti lääketieteellistä huomiota  - tarkkailee pakonomaisesti ruumiin-toimintoja	nd-gh  d 330 Puhuminen  (b 1603 Ajattelun hallinta)			

Testin osa-alue	Arvioinnin osa-alue	Kuvaus-kohte	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
<b>Masennusasteikko (DRS)</b>	Toistuvat ahdistuneet valitukset/huolet, esim.  <i>-toistuva huomionherättämisen tarve</i>  <i>-tarvitsee vakuuttelua aikatauluista, ateroista, pyykistä, vaatteista, ihmissuhteista</i>	b 152 Tunne-elämän toiminnot  d 330 Puhuminen  (b 1603 Ajattelun hallinta)	Ruumiin/kehon toiminnot	ahdistus	Affektiivinen
	Murheellinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme  -kuten otsarypyssä	b 152 Tunne-elämän toiminnot  d 335 Ei-kielellisten viestien tuottaminen		murheellinen, kivulias	
	Toistuva itkeskely, kyynelehtiminen	b 152 Tunne-elämän toiminnot			
<b>Kehon painoindeksi BMI</b>		b 530 Painonhallintatoiminnot	Ruumiin/kehon toiminnot		fyysinen

**KOTIPOTILAAN LIIKKUMIS- JA TOIMINTAKYVYN TESTIT**

Arvioinnin osa-alueet	Kuvauskohde	Osa-alue	Lisätieto	CMOP-E -siltaus
Timed Up and Go-testi  -tuolilta ylös nousu  -istumaan meneminen	d 4103 Istuminen	Suoritukset ja osallistuminen		Fyysinen
-käveleminen	d 4500 Lyhyiden matkojen käveleminen			
Tandemseisonta (mittaa tasapainoa)	b 235 Tasapainoelin-toiminnot (vestibulaariset toiminnot)  d 4104 Seisominen  d 4154 Seisoma-asennon ylläpitäminen	Ruumiin/kehon toiminnot  Suoritukset ja osallistuminen		
Puristusvoima	b 7301 yhden raajan lihasten voima ja teho	Ruumiin/kehon toiminnot		

**Suostumuslomake**

Piia Kotilainen, opiskelija  
Anna-Leena Vuori, opiskelija  
Toimintaterapia  
Hyvinvointi ja toimintakyky  
Metropolia ammattikorkeakoulu

Suostun osallistumaan opinnäytetyön puolistrukturoituun teemahaastatteluun, joka toteutetaan puolistrukturoituna yksilö-teemahaastatteluna kotikuntoutustiimin arviointeja toteuttaville työntekijöille. Samalla suostun siihen, että haastattelu nauhoitetaan ja luovutetaan opinnäytetyöntekijöiden analysoitavaksi opinnäytetyötutkimuksen ajaksi.

Teemahaastattelun tarkoitus on selvittää arviointimenetelmien hyödyllisyyttä ja käyttökelpoisuutta kotikuntoutusasiakkaiden arvioinnissa käytännössä.

Olen saanut tietoa opinnäytetyöstä ja mahdollisuuden esittää siitä opinnäytetyöntekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa ilmoittamalla siitä tutkijalle. Ymmärrän että tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Annan luvan käyttää luovuttamani tietoja tämän tutkimuksen aineistona.

Suostun osallistumaan haastatteluun:

---

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyöntekijät:

---

Aika ja paikka

---

Piia Kotilainen, opiskelija

Anna-Leena Vuori, opiskelija