

PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN ARVIOINTI
ERIKOISSAIRAANHOIDON
ASUMISKOKEILUSSA

Ella Rantakari

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014

Toimintaterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Rantakari, Ella	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 1.4.2014
	Sivumäärä 66	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Päivittäisten toimintojen arviointi erikoissairaanhoidon asumiskokeilussa		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Kantanen, Mari		
Toimeksiantaja(t) Seinäjoen keskussairaalan toimintaterapiayksikkö		
Tiivistelmä Aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat ovat merkittäviä toimintakyvyn vajetta aiheuttavia tekijöitä. Toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointi päivittäisissä toiminnoissa on tärkeä osa AVH- ja aivovamma-kuntoutujan kotiutumisen suunnittelua, jotta turvallinen kotiutuminen ja tarvittavien tukitoimien määrittäminen olisi mahdollista. Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Seinäjoen keskussairaalan toimintaterapiayksikkö. Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusosastolla toteutettavan asumiskokeilujakson aikana voidaan harjoitella itse- näistä asumista ja arvioida asiakkaan toimintakykyä ja avuntarvetta kattavasti. Toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointi suoritetaan moniammatillisen kuntoutustiimin toimesta. Opinnäytetyöni on integroiva kirjallisuuskatsaus, joka käsittelee AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin soveltuvia päivittäisten toimintojen arviointimenetelmiä. Opinnäytetyöni tavoitteena on muodostaa kirjallisuuskatsauksen avulla löydetyistä arviointimenetelmistä arviointipaketti, jota voidaan hyödyntää Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusosastolla asu- miskokeilujakson yhteydessä. Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla arviointimenetelmiä löytyi yhteensä 31 kappaletta. Arviointimenetelmät, joista oli maininta useassa eri lähteessä, valittiin tarkemman tarkastelun kohteeksi, ja niiden käyttäminen kuvattiin Fisherin (2009) OTIPM – mallin määrittelemän arviointiprosessin eri vaiheissa. Arviointimenetelmien soveltuvuutta asumiskokeilujakson arviointiin tarkasteltiin muun muassa ICF – luokituksen, Suomen toimintaterapeuttiliiton suositusten, OTIPM – mallin ja TOIMIA – tietokannan suositusten mukaisesti. Löytämilläni arviointimenetelmillä voidaan arvioida AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakykyä ja avuntarvetta kattavasti asumiskokeilujakson aikana.		
Avainsanat (asiasanat) Aivoverenkiertohäiriö (AVH), aivovamma, toimintakyky, avuntarve, arviointi, asumiskokeilu, päivittäiset toiminnot, integroiva kirjallisuuskatsaus, ICF		
Muut tiedot		



Author(s) Rantakari, Ella	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 01042014
	Pages 66	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title ASSESSMENT OF THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN A HOUSING EXPERIMENT CONDUCTED BY SPECIAL HEALTH CARE		
Degree Programme Occupational Therapy		
Tutor(s) Kantanen, Mari		
Assigned by The Occupational Therapy Department of Seinäjoki Central Hospital		
<p>Abstract</p> <p>Cerebrovascular disorders and brain damage are significant factors that cause disability. The assessment of independence and need of help in daily life is a crucial part of stroke and brain injury patients' discharge planning so that settling in at home and the definition of the necessary forms of support are possible.</p> <p>This thesis was assigned by the Occupational Therapy Department of Seinäjoki Central Hospital. The Rehabilitation Unit of Seinäjoki Central Hospital offers its clients an opportunity to practice independent living during a housing experiment period. Moreover, the period is appropriate for the assessment of independent living and need of assistance. The assessment is performed by a multi-professional rehabilitation team.</p> <p>This thesis was an integrative literature review of different assessment tools suitable for assessing independence and need of help in the activities of daily living with patients who have had cerebrovascular disorders or brain injuries. The aim of the thesis was to define which assessment tools would be the most valid to use during the housing experiment and to form an assessment tool package that could be used by the Rehabilitation Unit of Seinäjoki Central Hospital.</p> <p>A total of 31 assessment tools were found in the literature review. Those that were mentioned in more than one reference were chosen for the second phase of analysis. The use of the tools was described in the different phases of the evaluation process as defined by Fisher (2009) in her OTIPM model. The suitability of the tools for the housing experiment was assessed based on the ICF-classification, the OTIPM model and the recommendations given by the Finnish Occupational Therapy Association and the TOIMIA –database. The assessment tools that were found can be used in assessing stroke and brain injury patients' independence and need of help in ADLs during the housing experiment.</p>		
Keywords cerebrovascular accident, stroke, brain injury, independence, need of help, assessment, housing experiment, activities of daily living, integrative literature review, ICF		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 Johdanto	5
2 Asumiskokeilu Seinäjoen keskussairaalassa	6
3 Aivoverenkiertohäiriö (AVH)	7
4 Aivovamma	8
5 Aivoverenkiertohäiriön ja aivovamman vaikutus toimintakykyyn päivittäisissä toiminnoissa	10
5.1 Toimintakyky ICF – luokituksen mukaan	10
5.2 Päivittäiset toiminnot	13
6 Toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointi päivittäisissä toiminnoissa	16
7 Occupational therapy intervention process model (OTIPM)	18
7.1 Asiakaskeskeisyys	18
7.2 Top-down – näkökulma	19
7.3 Toimintaan perustuva arviointi	19
7.4 Asiakaskeskeinen suoriutumisen viitekehys	20
7.5 OTIPM pääpiirteittäin	21
8 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	24
9 Integroiva kirjallisuuskatsaus	25
9.1 Tutkimusongelman muotoilu	26
9.2 Tiedonhaku	26
9.3 Aineiston analysointi	31
10 Tulokset	32
10.1.1 Asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehysten muodostaminen	34

10.1.2 Terapeuttisen yhteisymmärryksen ja yhteistyöhön perustuvan suhteen muodostaminen.....	37
10.1.3 Asiakkaan vahvuuksien ja heikkouksien määrittelemine.....	38
10.1.4 Toiminnan havainnointi	38
10.1.5 Toiminnalliseen suoriutumiseen vaikuttaneen tekijän määrittelemine.....	45
10.2 Arviointimenetelmien vertailu ja arviointipaketin muodostaminen	46
11 Pohdinta ja johtopäätökset	51
Lähteet	55
Liitteet	60
Liite 1. Taulukko arviointimenetelmiä koskevista artikkeleista ja muista lähteistä.....	60
Liite 2. Arviointimenetelmien lyhenteet	64
Liite 3. Lupa opinnäytetyölle	66

TAULUKOT

Taulukko 1. Asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehysten 10 ulottuvuutta.....	20
Taulukko 2. Hakukäsitteiden määrittely PICO - mallin mukaan.....	27
Taulukko 3. Sisällyttämis- ja poissulkukriteerit	29
Taulukko 4. Integroivalla kirjallisuuskatsauksella löydetty arviointimenetelmät.....	32
Taulukko 5. Asumiskokeilujaksoon parhaiten soveltuvat arviointimenetelmät.....	50

KUVIOT

Kuvio 1. ICF - luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet	12
Kuvio 2. OTIPM - malli	24
Kuvio 3. Tiedonhaku CINAHL- ja PubMed -tietokannoissa	30

1 Johdanto

Joka vuosi noin 14 000 suomalaista sairastaa aivoverenkiertohäiriön (AVH) ja aivovamman saa vuosittain 15 000 – 20 000 suomalaista (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007, 327; Aivovammat 2008). Aivoverenkiertohäiriöt ovat yksi terveydenhuollon suurimmista ongelmista ja yleisin vammaisuutta aiheuttava sairaus aikuisilla (Sivenius 2009). Aivovamma on myös merkittävä invaliditeetin aiheuttaja, ja Suomessa noin 100 000 henkilöllä arvellaan olevan pysyvä ja oireileva aivovamman jälkitila (Aivovammat 2008).

AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointi sairaalasta kotiutumisen yhteydessä on tärkeää, jotta saadaan tietoa siitä, onko kuntoutujan mahdollista palata kotiin ja millaisen avun turvin hän siellä selviytyisi. Sairaalassa järjestettävän asumiskokeilujakson aikana on mahdollista arvioida kuntoutujan toimintakykyä ja avuntarvetta kattavasti ja näin mahdollistaa turvallinen kotiutuminen.

Suomen perustuslain 19. artiklan (11.6.1999/731) mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus asuntoon ja julkisen vallan tehtävänä on tukea asumisen omatoimista järjestämistä. Lisäksi perustuslaki (6§, 11.6.1999/731) määrittelee, ettei ketään saa asettaa eriarvoiseen asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Toimintaterapeutit ovat erikoistuneet arvioimaan ihmisen toiminnallisuutta, joka muodostuu vuorovaikutuksessa ihmisen, toiminnan ja ympäristön kanssa. Toiminnallisuuden arviointi voi sisältää asiakkaan itsestä huolehtimisen, tuottavuuden ja vapaa-ajan arviointia. Tarkastelemalla asiakkaan taitoja ja valmiuksia sekä ympäristötekijöitä toimintaterapeutti voi määrittellä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet asiakkaan toiminnallisen suoriutumisen heikentymiseen. Lisäksi toimintaterapeutti hyödyntää arvioinnissa tietoa asiakkaan yksilöllisistä tekijöistä, kuten asiakkaan tavoista, tottumuksista, arvoista ja uskomuksista. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykkönen 2011, 30, 124–125)

Aivoverenkiertohäiriön ja aivovamman seuraukset voivat vaikuttaa merkittävästi ihmisen toiminnallisuuteen. Arvioidessaan AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintaky-

kyä ja avuntarvetta toimintaterapeutin on siis huomioitava arvioinnissa ihmisen toiminnallisuuteen vaikuttavat tekijät ja arvioitava asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti.

2 Asumiskokeilu Seinäjoen keskussairaalassa

Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimintaterapiayksikkö. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri vastaa 20 suomenkielisen kunnan ja 200 000 asukkaan terveyden edistämisestä yhdessä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Sairaanhoitopiiriin kuuluu kaksi sairaalaa, Seinäjoen keskussairaala ja Ähtärin sairaala. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri n.d.)

Opinnäytetyöni aihe liittyy Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusosastolla toteutettavaan asumiskokeilujaksoon. Asumiskokeilujakso on tarkoitettu pääasiassa kuntoutusosaston potilaille, mutta asiakkaat voivat mahdollisesti tulla myös sairaalan ulkopuolelta. Asiakasryhmä koostuu enimmäkseen AVH-, aivovamma ja selkäydinvammakuntoutujista. Tarkoituksena on, että asumiskokeilujakso toimisi välivaiheena sairaalasta kotiin tai palveluasuntoon. Asumiskokeilujakson aikana arvioidaan toimintakykyä laajemmin kuin muuten olisi mahdollista ja hankitaan tietoa asiakkaan kotiutumista varten; millaisen avun turvin asiakas selviäisi kotona tai onko kotiin palaaminen mahdollista. Arvioinnin lisäksi asumiskokeilujakson aikana voidaan harjoitella päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Asumiskokeilujakson pituus on riippuvainen kuntoutujan tarpeista. Asumiskokeilu toteutetaan Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusosastolla erillisessä tilassa, joka on suunniteltu mahdollisimman kodinomaiseksi, jotta itsenäisen asumisen luotettava arviointi olisi mahdollista.

Kuntoutujan arviointi asumiskokeilujakson aikana tapahtuu moniammatillisen tiimin toimesta, johon voi kuulua esimerkiksi sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, lääkäri, neuropsykologi tai sosiaalityöntekijä. Opinnäytetyöni käsittelee arviointia erityisesti toimintaterapian näkökulmasta.

Tällä hetkellä kuntoutusosaston toimintaterapeutit ovat hyödyntäneet arvioinnissa ASTA – arviointimenetelmää. Toimeksiantajani toiveesta olen pyrkinyt löytämään

muita AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin soveltuvia arviointimenetelmiä ASTA:n rinnalle.

3 Aivoverenkiertohäiriö (AVH)

Aivoverenkiertohäiriöllä tarkoitetaan aivoverisuonitapahtumaa, joka aiheuttaa ohimeneviä tai pitkäaikaisia neurologisia oireita (Tarnanen, Lindsberg, Sairanen & Vuorela 2011). Aivoverenkiertohäiriöt voidaan karkeasti jakaa aivoinfarkteihin ja aivoverenvuotoihin. Lisäksi ohimenevän ja äkillisen aivoverenkiertohäiriön voi aiheuttaa TIA – kohtaus. (Sivenius 2009)

Aivoverenkiertohäiriöistä 75 % on aivoinfarkteja (Sivenius 2009). Aivoinfarkti syntyy äkillisesti tukkeutuneen valtimon seurauksena, jolloin osa aivokudoksesta jää ilman verenkiertoa ja happea ja menee pysyvästi kuolioon (Tarnanen ym. 2011). Pääasiassa aivoinfarktit ovat seurausta ahtautuneesta kaulavaltimosta tai kallon sisäisestä valtimosta, mutta tukoksen voi aiheuttaa myös sydänperäinen veritulppa (Sivenius 2009). Aivoinfarkti on äkillinen aivotapahtuma, joka oireilee näkö- ja puhehäiriöinä, raajojen voimattomuutena ja tunnottomuutena tai suupielen roikkumisena. Aivoinfarktin saanut ei välttämättä itse tunnista oireitaan. (Tarnanen ym. 2011)

TIA (transient ischemic attack) muistuttaa oireiltaan aivoinfarktia, mutta menee ohi noin 2-15 minuutissa. TIA voi enteillä tulevaa aivoinfarktia, ja noin joka kolmas TIA:n sairastanut saa myöhemmin aivoinfarktin. (Aivoverenkiertohäiriö n.d.)

Aivoverenkiertohäiriöistä 25 % on aivoverenvuotoja (Sivenius 2009). Aivoverenvuoto aiheutuu verisuonen seinämän repeytyttyä, jolloin veri vuotaa aivokudokseen tai muuhun kallonsisäiseen tilaan. ICH eli intraserebraalivuoto tarkoittaa verenvuotoa aivokudokseen ja SAV eli subaraknoidaalivuoto aivokalvon alaista vuotoa. ICH:n oireet vaihtelevat riippuen siitä, missä vuoto on. Mahdollisia oireita voivat olla päänsärky, tajuttomuus, uneliaisuus, kouristukset ja tajunnan tason laskeminen. SAV-vuodon oireet poikkeavat jonkin verran ICH:n oireista. SAV-vuodolle tyypillisiä oireita ovat äkillisesti alkava voimakas päänsärky, pahoinvointi, oksentelu, niskajäykkyys, silmien valonarkuus, kouristelu, tajuttomuus ja joissain tapauksissa voi ilmetä myös halvausoireita. Aivoverenvuodon yleisin aiheuttaja on verenpainetauti. Lisäksi ve-

renvuoto voi olla seurausta valtimon pullistumasta eli aneurysmasta tai pään vam-
masta. (Aivoverenvuoto n.d.)

Aivoverenkiertohäiriöstä seuraa usein aivovaurio, joka vaikuttaa ihmisen toimintaky-
kyyn. Yleisin aivoinfarktin aiheuttama oire on hemipareesi eli osittainen toispuolei-
nen halvaus, joka on usein vaikeampi ylä- kuin alaraajassa. Kognitiiviset häiriöt ovat
myös yleisiä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella voi olla muistihäiriöitä, tarkkaa-
vuuden, toiminnanohjauksen, suunnittelun ja kontrollin häiriöitä sekä yleisen kogni-
tiivisen prosessoinnin hitautta ja päättelytoimintojen heikentymistä. Noin kolmas-
osalla AVH-kuntoutujista esiintyy afasiaa eli puheen ymmärtämisen ja tuottamisen
häiriötä. Lisäksi kuntoutujalla voi olla vaikeuksia lukemisessa, laskemisessa ja kirjoit-
tamisessa. Apraksiat ovat tahdonalaisten liikkeiden häiriöitä ja agnosiat tunnistami-
sen häiriöitä. Neglectiä eli oman kehon tai havaintokentän huomiotta jättämistä voi
liittyä ei-dominantin hemisfäärin vaurioon. Lisäksi AVH-kuntoutujalla voi olla osittai-
nen tai täydellinen näkökenttäpuutos ja tunne-elämän muutoksia, kuten masentu-
neisuutta ja mielialan vaihtelua. (Kaste ym. 2007, 327)

4 Aivovamma

Käypä hoito-suositusten mukaan (2008) aivovamma on päähän kohdistuneen trau-
man aiheuttama aivovaurio, johon liittyy joku seuraavista: tajunnan menetys, muistin
menetys, henkisen toimintakyvyn muutos, neurologinen oire tai löydös tai aivojen
kuvantamistutkimuksissa todettu vammamuutos. Aivovammojen luokittelu perustuu
vammamekanismiin, kudოსvaurion luonteeseen tai vaikeusasteeseen. Useimmiten
luokittelussa otetaan huomioon vamman jälkeisen muistiaukon kesto (PTA, post-
traumatic amnesia) ja tajunnan taso. (Aivovammat 2008)

Aivovammoja aiheutuu kaatumis- ja putoamistapaturmissa (65 %), liikenneonnetto-
muuksissa (20 %) ja väkivallan seurauksena (5 %). Loput aivovammoista aiheutuvat
sekalaisista syistä. Alkoholi on osallisena noin puolessa tapauksista. (Aivovammat
2008)

Aivovammat voivat olla suljettuja tai avoimia. Suljetussa aivovammassa aivoja suo-
jaavat aivokalvot ja kallon luu säilyvät ehjinä, vaikka murtumaviivoja tai painaumuksia

voikin esiintyä. Avoimessa aivovammassa kallon luut ja aivojen kovakalvo murtuu iskun seurauksesta. Toistuvilla aivoihin kohdistuvilla lievillä iskuilla voi olla kasautuvia vaikutuksia, joten myös lievät iskut voivat aiheuttaa aivovamman. (Kuikka ym. 2002, 295)

Aivovaurio voi syntyä karkeasti jaettuna kahdella tavalla. Pään kohdistuva voimakas isku voi aiheuttaa paikannettavia aivoruhjeita ja vaihtelevan tajunnan tason muutoksen. Aivovamma voi syntyä myös aivojen edestakaisesta heilahduksesta, vaikka kallo säilyisikin ehjänä. Tällöin myös iskun vastakkaiselle puolelle voi syntyä vakava kudosaivovaurio. Aivovammaan voi liittyä paljon toissijaisia muutoksia, kuten kudosturvotusta, aivopaineen nousua, verenvuotoa aivoissa tai aivokalvojen välissä tai valtimoverenkierron tukkeutuminen. (Kuikka ym. 2002, 297–298)

Aivovammakuntoutujan oirekuvaan vaikuttavat vamman vaikeusasteen lisäksi se, ovatko vauriot paikallisia ruhjeita tai hematoomia ja liittyykö vaurioon diffuusioita aksonivaurioita eli repeämisiä ja vaurioita hermosolujen aksoneissa. (Palomäki, Öhman & Koskinen 2007, 436; Kuikka ym. 2001, 298) Aivovammakuntoutujan yleinen oire on päänsärky ja huimaus. Ylä- ja alaraajoissa voi esiintyä vahva-asteista ekstensiotonusta ja yläraajoissa fleksiotonusta. Aivovammakuntoutujalla voi olla myös vapinaa, pakkoliikkeitä ja ataksiaa eli huonosta lihasten koordinaatiosta johtuvaa haparoivuutta. (Palomäki ym. 2007, 436; Kuikka ym. 2001, 97)

Neuropsykologiset oireet ovat myös tavallisia aivovammakuntoutujilla. Diffuusille aksonivauriolle tyypilliseen oirekuvaan kuuluu vireystilan vaihtelua, tarkkaavuuden suuntaamisen, ylläpitämisen ja jakamisen häiriötä, väsyvyyttä, kuormituskyvyn heikentymistä, häiriytymisalttiutta, kognitiivisen prosessoinnin hitautta, joustavuuden heikentymistä ja unihäiriötä. Otsalohkovaurioihin liittyy usein muistihäiriötä ja henkisten suoritusten hallinnan ja säätelyn vaikeutta. Etuotsalohkojen vauriot aiheuttavat häiriötä toiminnanohjauksessa, suunnittelussa, arvioinnissa, tavoitteiden asettelussa, aloitekyvyssä, tarkkaavuudessa ja oman toiminnan sekä tunne-elämän ja käyttäytymisen säätelyssä. Kyseiset häiriöt vaikuttavat oleellisesti esimerkiksi työssä selviytymiseen. Oiretiedostamattomuus on myös yleinen otsalohkovaurioon liittyvä oire. Tällöin kuntoutujan, läheisten ja asiantuntijoiden käsitykset kuntoutujan toimintakyvystä voivat poiketa merkittävästi toisistaan. Oiretiedostamattomuus voi kuntou-

tuksen alkuvaiheessa suojella kuntoutujaa, mutta myöhemmin vaikuttaa kuntoutumiseen kielteisesti. Aivovammakuntoutujan tyypilliseen oirekuvaan kuuluu myös kielellisiä häiriöitä, kuten nimeämis- ja sananlöytämisvaikeuksia, sanasujuvuuden heikkenemistä ja kielellisen prosessoinnin hitautta. Kielelliset häiriöt vaikeuttavat toimimista vuorovaikutustilanteissa. (Palomäki ym. 2007, 437–438)

Aivojen vauriosta riippuen aivovammakuntoutujilla voi esiintyä myös neuropsykologisia erityishäiriöitä, kuten afasiaa, apraksiaa tai amnesiaa eli vaikeaa muistihäiriötä. Tunne-elämään ja käyttäytymiseen liittyvät muutokset ovat myös mahdollisia ja kuormittavat erityisesti vammautuneen lähipiiriä ja liittyvät vahvasti vammautuneen elämänlaatuun. (Palomäki ym. 2007, 438–439)

5 Aivoverenkiertohäiriön ja aivovamman vaikutus toimintakykyyn päivittäisissä toiminnoissa

Aivoverenkiertohäiriön tai aivovamman aiheuttama kudosvaurio vaikuttaa oleellisesti ihmisen fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Seuraukset voivat olla pysyviä tai ohimeneviä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista 60 % on elossa vuoden kuluttua sairastumisesta ja heistä vain puolet tulee itsenäisesti toimeen arjessa (Sivenius 2009). Keskivaikean aivovamman saa Suomessa vuosittain noin tuhat ihmistä ja heistä puolelle jää haittaavia aivovamman jälkitiloja (Kuikka ym. 2002, 296).

5.1 Toimintakyky ICF – luokituksen mukaan

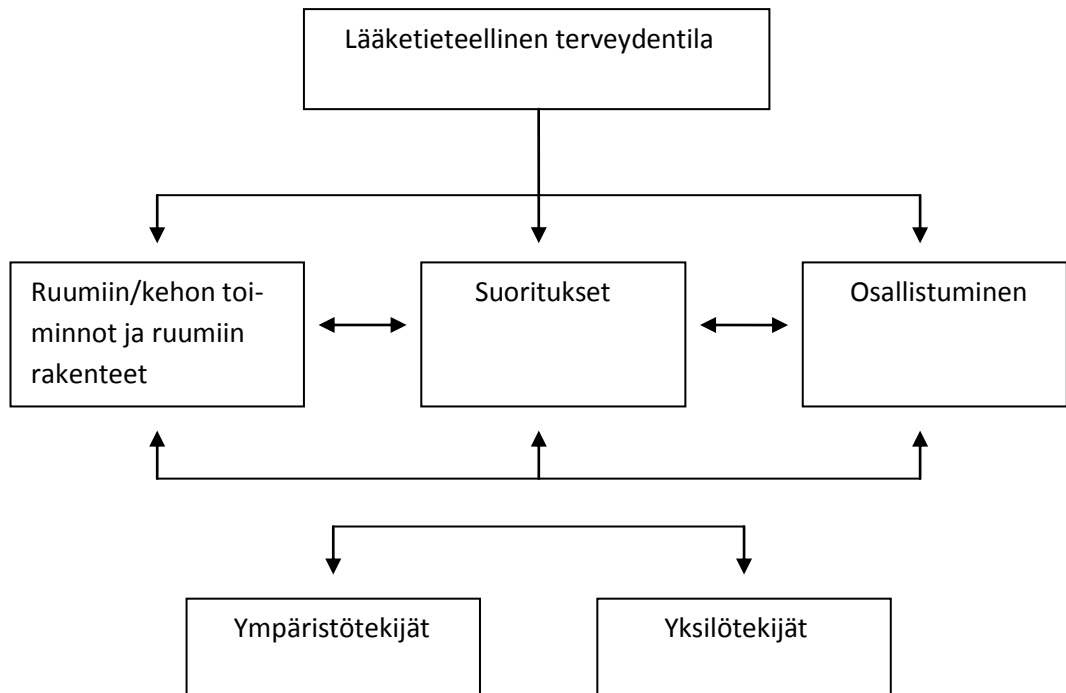
ICF – luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) eli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen avulla voidaan määritellä toimintakykyä. Se on jaettu kahteen osaan: 1. toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin sekä 2. kontekstuaalisiin tekijöihin. (ICF 2011, 3,10)

Toimintakyky ja toimintarajoitteet ovat yläkäsitteitä, jotka pitävät sisällään ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. Ruu-

miin ja kehon toiminnoilla tarkoitetaan elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja ja ruumiin rakenteilla ruumiin anatomisia osia. Kumpikin luokitus on jaettu kahdeksaan pääluokkaan ihmisen elinjärjestelmien mukaisesti. Suoritukset ovat yksilön toteuttamia tehtäviä ja toimia, ja osallistumisella viitataan elämän tilanteisiin osallistumiseen. Suoritukset ja osallistuminen on jaettu yhdeksään pääluokkaan (ICF 2011, 7-10, 29–30)

Kontekstuaaliset tekijät on jaettu ympäristö- ja yksilötekijöihin. Ympäristötekijät käsittelevät ihmisen fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön, jossa ihminen toimii ja elää. Ne vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn ja toimintarajoihin joko myönteisesti tai kielteisesti. Ympäristötekijöihin kuuluu viisi pääluokkaa. Yksilötekijät ovat elämän taustaan liittyviä tekijöitä, jotka eivät kuulu ihmisen lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan. Muun muassa sukupuoli, ikä, rotu, elämäntavat ja tottumukset ovat yksilötekijöitä. Yksilötekijät vaihtelevat sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden vuoksi paljon, joten niitä ei ole luokiteltu erikseen ICF – luokituksessa. (ICF 2011, 8-17, 29–30)

ICF – luokituksen mukaan toimintakyky ja toimintarajotteet voidaan nähdä vuorovaikutteisena kehitysprosessina. Yksilön toimintakyky muodostuu lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden dynaamisessa vuorovaikutuksessa, jossa yhteen elementtiin kohdistettu interventio voi vaikuttaa myös muihin elementteihin. (ICF 2011, 18–19) Toimintakyky muodostuu ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden sekä ihmisen suoritusten ja osallistumisen neutraaleista piirteistä, kun taas toimintarajotteet koostuvat kyseisten tekijöiden vajavaisuuksista ja rajoitteista. (Hautala ym. 2011, 317–318)



Kuvio 1. ICF - luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (WHO 2013)

Toimintakykyä ja toimintarajoitteita voidaan tarkastella lääketieteen tai yhteiskunnan näkökulmasta. Lääketieteellisen näkökulman mukaan toimintarajoite on trauman tai muun fyysisen tai psyykkisen vaivan aiheuttama ongelma, joka vaatii lääketieteellistä hoitoa. Toimintarajoitteita voidaan hoitaa tai yksilö voi sopeutua tilanteeseensa. Yhteiskunnallinen näkökulma näkee toimintarajoitteet puolestaan yhteiskunnan aiheuttamina ja pohjimmiltaan kysymys on yksilön integroimisesta yhteiskuntaan. Toimintarajoitteita ei pidetä yksilön ominaisuuksina vaan yhteiskunnallisen ympäristön aikaansaamina. Toimintarajoitteita voidaan siis hallita yhteiskunnallisilla toimenpiteillä ja muokkaamalla ympäristöä. (ICF 2011, 19–20)

Toimintaterapeutit ovat kiinnostuneita erityisesti ihmisen suorituksista ja osallistumisesta, ja tätä ICF – luokituksen osa-aluetta voidaan verrata toiminnallisen suoriutumisen käsitteeseen. ICF – luokitus jakaa suoritukset ja osallistumisen yhdeksään pääluokkaan: oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluontoiset tehtävät ja vaateet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. Suoritukset ja osallistuminen sekä toiminnallisuus eivät kuiten-

kaan ole täysin rinnastettavissa, sillä toimintaterapian näkökulmasta toiminnallisuuden liittyy myös ihmisen subjektiivinen kokemus, mikä ei korostu ICF – luokituksessa. Suorituksia ja osallistumista voidaan kuvata joko suoritustason tai suorituskyvyn kautta. Suoritustaso kuvaa, mitä ihminen tekee ympäristössään ja se voidaan ymmärtää ihmisen käytännön kokemuksina. Suorituskkyky puolestaan kuvaa ihmisen kykyä suoriutua tehtävästä. Lähtökohtana arvioinnissa on paras mahdollinen taso, jolla ihminen voi suoriutua tietyistä tehtävistä tietyllä hetkellä ja vakioidussa ympäristössä. Koska toimintaterapiassa painotetaan erityisesti ihmisen osallistumista elämään eri toimintojen kautta, korostuu arvioinnissa enemmän suoritustason kuin suorituskyvyn kuvaaminen. (Hautala ym. 2011, 318–322)

5.2 Päivittäiset toiminnot

Aivoverenkiertohäiriön ja aivovamman aiheuttamat oireet voivat vaikuttaa merkittävästi päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen (Daily living n.d.). Päivittäiset toiminnot eli ADL-toiminnot voidaan jakaa päivittäisiin perustoimintoihin (BADL) ja välillisiin päivittäisiin toimintoihin (IADL). Päivittäiset perustoiminnot liittyvät omasta kehosta huolehtimiseen ja mahdollistavat hengissä selviytymisen ja hyvinvoinnin. Päivittäisiä perustoimintoja ovat esimerkiksi peseytyminen, wc-asioiminen, hygieniasta huolehtiminen, pukeminen, syöminen, liikkuminen ja henkilökohtaisista välineistä huolehtiminen. Välilliset päivittäiset toiminnot ovat tehtäviä, jotka tukevat päivittäistä elämää. Ne ovat usein monimutkaisempia ja vaativampia kuin päivittäiset perustoiminnot ja voivat liittyä esimerkiksi toisesta ihmisestä ja lemmikistä huolehtimiseen tai asiointiin. (Hautala ym. 2011, 29)

Aivojen vaurioitumisesta johtuvat oireet voivat vaikeuttaa syömistä usealla tavalla. Sairastumisen jälkeen nieleminen voi olla vaikeaa nielemiseen tarvittavien lihasten osittaisen halvaantumisen tai heikkouden vuoksi (Daily living n.d.). Sairastunut ei välttämättä tunne ruokaa suussaan tai pureskeleminen voi olla vaikeaa. Näköhavainnon häiriöt tai neglect-oire vaikeuttavat ruoan havaitsemista lautasella. Lisäksi sairastunut ei välttämättä osaa käyttää ruokailuun tarvittavia esineitä oikealla tavalla tai ei tunnista tai muista, miten niitä käytetään. Yläraajan halvaantuminen tai liikkeiden kontrolloimisen häiriö vaikeuttavat syömistä myös omalta osaltaan. Mikäli kuntoutu-

jan dominantti käsi on halvaantunut, joutuu hän opettelemaan syömisen ei-dominantilla kädellään. Aivojen vaurioitumisesta voi seurata myös aistinkäsittelyn häiriöitä, jolloin kuntoutuja ei välttämättä haista tai maista ruokaa kunnolla. Mikäli kuntoutujalla on masennusta, voi hänellä olla myös ruokahalun puutetta. (Stroke Health Center 2011) Syömiseen liittyviin ongelmiin puuttuminen on tärkeää, sillä tutkimuksen mukaan aivohalvauksesta seuranneet syömisen vaikeudet voivat pahimmillaan johtaa aliravitsemukseen ja vaikuttaa negatiivisesti myös sosiaaliseen ja kulttuuriseen elämään (Klinke, Hafsteindóttir, Thorsteinsson & Jónsdóttir 2014).

Erityisesti tasapainovaikeudet voivat aiheuttaa vaaratilanteita suihkussa peseytymisen yhteydessä. Alaraajojen halvaus voi aiheuttaa riskitilanteita siirtymisissä ja yläraajojen halvaus vaikeuttaa puolestaan pesemistä. Veden säännöstely tai lämpötilan säätäminen voi olla vaikeaa erilaisten kognitiivisten häiriöiden vuoksi. Erityisesti näkökenttäpuutokset ja neglect voivat vaikeuttaa havaitsemista pesutilanteessa. Pesu-
altaan käyttäminen voi olla vaikeaa, jos kuntoutuja istuu pyörätuolissa ja pesuallas on väärällä korkeudella. Kuntoutujalla saattaa olla myös vaikeuksia käyttää peseytymiseen tarvittavia välineitä oikein, sillä hän ei välttämättä tunnista tai muista, miten niitä käytetään. (Bathroom Modifications n.d.)

Useat samat oireet, jotka vaikeuttavat peseytymistilanteissa toimimista vaikeuttavat myös wc:ssä asioimista. Varsinkin kuntoutuksen alkuvaiheessa suolen ja rakon hallinta voi olla vaikeaa lihasten heikkouden vuoksi. Tuntoaistiin liittyvien muutosten vuoksi kuntoutuja ei välttämättä tiedosta, milloin hänellä on tarve käydä wc:ssä. Halvausoireet vaikeuttavat riisumista, pukemista ja siirtymistä wc-istuimelle, ja wc-istuimella pysyminen voi olla vaikeaa heikon tasapainon vuoksi. Kognitiiviset oireet, kuten kommunikoinnin ja ajattelun vaikeudet sekä näköhavainnon häiriöt vaikeuttavat myös wc:ssä toimimista. (Incontinence after stroke 2012)

Pukemiseen liittyvät ongelmat ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriön tai aivovamman jälkeen (Walker 1991). Tutkimuksen mukaan erityisesti apraksiat eli opittujen tahdonalaisten liiketaitojen häiriöt vaikuttavat pukemiseen oleellisesti (Walker, Walker & Sunderland 2003; Kuikka ym. 2001, 100). Käytännön työssä puhutaan usein pukeutumisapraksiasta, jolloin kuntoutuja saattaa pukea vaatteet ylösalaisin tai nurinpäin. Lisäksi vaatteet saattavat mennä väärään ruumiinosaan, jolloin kuntoutuja saattaa

vetää housut esimerkiksi pään yli tai pujottaa paidan hihat jalkoihin. (Kuikka ym. 2001, 103) Myös neglect vaikuttaa pukemiseen oleellisesti (Walker ym. 2003). Jos kuntoutujalla esiintyy oman kehon toisen puolen huomiotta jättämistä, hän saattaa pukiessaan pukea vain toisen puolen kehostaan. (Kuikka ym. 2001, 89). Apraksian ja neglect-oireen lisäksi muistiongelmat sekä ylä- ja alaraajahalvaukset ovat merkittäviä pukeutumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Walker ym. 2003)

Keittiötoiminnot voivat pitää sisällään paljon riskejä, mikäli kuntoutujan toimintakyky on heikentynyt. Jos kuntoutuja istuu pyörätuolissa, hän ei välttämättä yllä keittiön kaappeihin tai tasoihin. Yläraajojen toimintakyvyn ongelmat vaikeuttavat keittiössä toimimista, sillä kuntoutuja saattaa joutua toimimaan yksikäsisesti tai hänen on käytettävä heikkoa kättä toimiessaan. Tällöin esimerkiksi ruoan pilkkominen, esineiden kantaminen ja pakkausten avaaminen voi olla vaikeaa. Kognitiiviset häiriöt voivat aiheuttaa keittiössä paljon vaaratilanteita. Kuntoutuja saattaa tarttua kuumiin pannuihin paljaalla kädellä, koska ei muista tai tiedosta, että pannu on kuuma. Hellan levyt tai uuni saattavat unohtua päälle ruoan laiton jälkeen tai oikean lämpötilan säätäminen voi olla haastavaa. (Trelogan n.d.)

IADL-toiminnoista suoriutuminen voi heikentyä myös merkittävästi aivoverenkierto-häiriön tai aivovamman seurauksena. IADL-toiminnoista suoriutuminen liittyy vahvasti ihmisen hyvinvointiin ja mahdollisuuteen asua itsenäisesti. Tutkimuksen mukaan erityisesti vapaa-ajan toiminnoista suoriutuminen liittyy oleellisesti ihmisen hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen omaan elämäänsä. (Sveen, Thommessen, Bautz-Holter, Wyller & Laake 2004; Instrumental Activities of Daily Living (ADL) 2004)

Mayo, Wood-Dauphinee, Côté, Durcan & Carlton (2002) selvittivät tutkimuksessaan, millaisia ongelmia aivohalvauskuntoutujat kokivat suoriutumisessa, osallistumisessa ja elämänlaadussa 6 kuukautta sairastumisen jälkeen. Tutkimukseen osallistui yhteensä 434 aivohalvauskuntoutujaa, joiden keski-ikä oli noin 68,4 vuotta. Tutkimuksen mukaan 39 % vastaajista koki rajoitteita toiminnallisissa tehtävissä. Vastaajista 54 % oli rajoitteita vaativimmissa päivittäisissä toiminnoissa, kuten kodinhoidossa ja ostosten tekemisessä, ja 65 % vastaajista koki rajoitteita yhteiskunnalliseen toimintaan osallistumisessa. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista tarvitsivat jonkin asteista apua kotona. Lisäksi monet aivohalvauskuntoutujista kertoivat merkityksellisen

toiminnan puutteesta, joka voi pahimmillaan johtaa masennukseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen.

6 Toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointi päivittäisissä toiminnoissa

Toimintaterapeutit ovat tottuneet määrittelemään asiakkaan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista asiakkaan toimintaan tarvitseman avun kautta. Sen vuoksi arvioinnissa käytetään paljon arviointiasteikkoja, jotka määrittelevät asiakkaan itsenäisyyden tason sen perusteella, miten paljon asiakas tarvitsee fyysistä apua tai sanallista ohjeistusta toiminnasta suoriutumiseen. Kyseisten arviointiasteikkojen käytön haasteena on, että toimintaterapian interventiot kohdistuvat usein asiakkaan toiminnasta suoriutumisen parantamiseen, eivätkä pelkästään itsenäisyyden lisäämiseen. Arviointiasteikot eivät siis anna välttämättä intervention kannalta oleellista tietoa. (Fisher 2009, 150–151)

Tämän puutteen vuoksi Fisher (2009, 151) on kirjassaan määritellyt kuusi laadullista jatkumoa, joiden avulla voidaan dokumentoida asiakkaan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Arvioitaessa asiakkaan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista arvioinnissa tulisi huomioida toimintaan vaadittava **fyysinen ponnistelu** eli toimintaan liittyvä fyysinen vaikeus, kömpelyys ja asiakkaan väsyminen toiminnan aikana. **Toiminnan tehokkuutta** voidaan arvioida havainnoimalla, miten järjestynyttä toiminta on sekä miten asiakas käyttää aikaa, tilaa ja esineitä toiminnan suorittamiseen. **Turvallisuus** on tärkeä tekijä, joka on myös huomioitava arvioinnissa. Arvioijan on määriteltävä, liittyykö toiminnan suorittamiseen riski vahingoittaa itseään tai ympäristöään. Toiminnasta suoriutumisen **itsenäisyyttä** voidaan arvioida määrittelemällä, miten paljon asiakas tarvitsee fyysistä avustusta tai sanallista ohjaamista toiminnan aikana. **Sosiaalista soveliaisuutta** voidaan arvioida huomioimalla sosiaalinen vaivaantuvuus, epäkypsyys ja vaivalloisuus, jota esiintyy asiakkaan ollessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Lisäksi arvioinnissa on huomioitava asiakkaan **tyytyväisyys** omaan toimintaansa.

ICF – luokitusta voidaan myös hyödyntää arviointia suunniteltaessa. Toimintaterapiassa arviointi keskittyy yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen arviointiin. ICF – luokituksessa näiden tekijöiden arviointi tapahtuu suoriutumisen ja osallistumisen sekä ympäristötekijöiden tasolla. Arvioitaessa asumista arviointi tapahtuu osallistumisen tasolla ja arvioitaessa päivittäisiä toimintoja, kuten pukemista, syömistä tai ruoan valmistusta arviointi tapahtuu suoriutumisen tasolla. (Law, Baum, Dunn 2005, 11–12)

Asiakaskeskeisyys on yksi toimintaterapian tärkeimmistä näkökulmista, joka huomioidaan myös arvioinnissa. Se on lähtöisin ajatuksesta, että vaikuttava terapia alkaa asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesta ymmärtämisestä. Asiakaskeskeisyys arvioinnin kohdalla tarkoittaa, että asiakas itse tunnistaa omat toiminnalliseen suoriutumiseen liittyvät ongelmansa sen sijaan, että ongelmien tunnistamisesta vastaisi terapeutti tai moniammatillinen tiimi. Mikäli asiakas ei esimerkiksi kognitiivista syistä tähän itse kykene, tekee terapeutti yhteistyötä asiakkaan läheisten kanssa. Arvioinnissa on tärkeä käyttää menetelmiä, joilla asiakkaan omat näkemykset saadaan selville. Sekä toiminnallisen suoriutumisen havainnointi että ympäristön arviointi on tärkeää, jotta terapeutti voi ymmärtää, miten ympäristö vaikuttaa asiakkaan toiminnalliseen suoriutumiseen. Asiakaskeskeisyys lisää terapian laadukkuutta, ja sillä on tutkimusten mukaan merkitystä myös terapian lopputulosten kannalta. Asiakkaan ottaminen mukaan osaksi koko terapiaprosessia lisää myös motivaatiota noudattaa omaa kuntoutusohjelmaa. (Law ym. 2005, 8-9)

Suomen toimintaterapeuttiliitto (2010) on julkaissut suosituksen hyvistä arviointikäytännöistä suomalaisessa toimintaterapiassa. Suosituksen mukaan erityisesti näyttöön perustuva työskentelytapa on tärkeää. Arvioinnin kohdalla tämä tarkoittaa esimerkiksi tutkittujen arviointimenetelmien käyttöä osana arviointia. Arvioinnin tulee kohdistua erityisesti asiakkaan merkitykselliseen ja tarkoituksenmukaiseen toimintaan asiakkaan omassa ympäristössä. Asiakas- ja perhekeskeisyyden huomioiminen on suosituksen mukaan myös tärkeää. Arvioinnissa huomioidaan siis asiakkaan yksilölliset tarpeet arjessa sekä asiakkaan läheisten näkemykset tilanteesta. Moniammatillisessa tiimissä toimiessaan toimintaterapeutti toimii erityisesti toiminnan asiantuntijana. Kun asiakkaan tilannetta arvioidaan yhteisesti moniammatillisen tiimin voimin, saadaan selville kokonais käsitys asiakkaan voimavaroista ja tuen tarpeista. Toiminta-

terapeutin tehtävänä on selvittää asiakkaan tärkeiksi kokemat toiminnot ja arvioida, miten hän niistä suoriutuu.

Arviointimenetelmän valinnassa on tärkeää huomioida, että se soveltuu asiakkaan nykytilanteen kuvaamiseen, toimintakyvyn ennustamiseen ja muutoksen havaitsemiseen. Lisäksi arviointimenetelmän valinnassa on huomioitava sen reliabiliteetti ja validiteetti eli arviointimenetelmän kyky tuottaa sama tieto arvioijasta tai ajankohdasta riippumatta ja arviointimenetelmän pätevyys arvioida juuri sitä, mitä sen on tarkoitus arvioida. (Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa 2010)

7 Occupational therapy intervention process model (OTIPM)

Opinnäytetyöni teoriapohjana olen käyttänyt OTIPM – mallia, joka ohjaa toimintaterapeutteja työskentelemään toimintaterapian keskeisten näkökulmien mukaisesti. Se ohjaa toimintaterapeutteja ammatilliseen harkintaan sekä suunnittelemaan ja toteuttamaan asiakaskeskeisiä, top-down – näkökulman mukaisia ja toimintaan perustuvia arviointeja ja interventioita. OTIPM – malli pohjautuu toimintaterapian keskeisiin periaatteisiin, joiden mukaan jokainen ihminen on yksilö, jolla on tahto sitoutua merkitykselliseen ja tarkoituksenmukaiseen toimintaan. Toimintaan sitoutuminen on toimintaterapian keskeinen ajatus ja terapian päämäärä. Asiakkaan sitoutuminen toimintaan pyritään saavuttamaan käyttämällä toimintaa terapeuttisena keinona. (Fisher 2009, 1)

7.1 Asiakaskeskeisyys

OTIPM -malli korostaa asiakaskeskeisyyttä, joka on yksi toimintaterapian keskeisimmistä käsitteistä. Asiakaskeskeisen työskentelytavan perustana on, että terapeutin ja asiakkaan välillä vallitsee terapeuttinen yhteisymmärrys. Asiakkaan kanssa työskennellään yhteistyössä hänen tarpeensa ja toiveensa huomioiden, ja asiakas on aktiivisesti mukana kaikessa päätöksenteossa. Toimintaterapeutin on pyrittävä ymmärtämään asiakasta mahdollisimman laajasta näkökulmasta ja selvitettävä, miten asiakas

itse kokee tilanteensa. Asiakkaan mielipiteiden ja tavoitteiden kunnioittaminen on tärkeä osa asiakaskeskeistä työskentelytapaa. (Fisher 2009, 1-2)

7.2 Top-down – näkökulma

Top-down – näkökulman mukaisessa työskentelytavassa arviointi aloitetaan asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesta kartoittamisesta ja tarkennetaan vähitellen yksityiskohtaisempiin osiin. Arvioinnin alkuvaiheessa toimintaterapeutti selvittää asiakkaan tarpeet ja toiveet sekä toiminnot, joista asiakas toivoisi suoriutuvansa paremmin. Arvioinnissa on tärkeää huomioida myös asiakkaan roolit, jotka ovat hänelle tärkeitä ja jotka tukevat hänen osallistumistaan päivittäiseen elämään. (Fisher 2009, 6)

Asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaisen kartoittamisen jälkeen arvioinnissa siirrytään niiden toimintakokonaisuuksien havainnointiin, jotka asiakas on määritellyt ongelmallisiksi. Havainnoinnin avulla toimintaterapeutti pyrkii selvittämään, mitä taitoja (motoriset taidot, prosessitaidot, sosiaaliset vuorovaikutustaidot) asiakas käyttää tehokkaasti ja mitä ei. Tämän selvitettyään toimintaterapeutti voi määritellä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet asiakkaan toiminnallisen suoriutumisen heikentymiseen. Toiminnalliseen suoriutumiseen vaikuttaneet tekijät voivat liittyä kehon toimintoihin, yksilötekijöihin tai ympäristötekijöihin. (Fisher 2009, 7, 147)

7.3 Toimintaan perustuva arviointi

Asiakkaan sitoutuminen merkitykselliseen ja tarkoituksenmukaiseen toimintaan on keskeistä toimintaterapiassa, ja tähän pyritään käyttämällä toimintaa terapeuttisena keinona. Koska toiminta on keskeinen osa toimintaterapiaa, tulee myös arvioinnin keskittyä siihen. (Fisher 2009, 10) Arvioinnissa on tärkeää käyttää toimintaan perustuvia arviointimenetelmiä, jotka sisältävät sekä toiminnan tason että tehtävätason analyysiä. Toiminnan tason analyysiä käytetään asiakkaan toiminnallisen suoriutumisen arviointiin ja tehtävätason analyysiä yksilötekijöiden, kehon toimintojen ja ympäristötekijöiden arviointiin. (Fisher 2013, 3) OTIPM – mallissa Fisher (2009, 10) koros-

taa, että toiminnallisen suoriutumisen laadun arvioinnin lisäksi on yhtä lailla tärkeää arvioida myös asiakkaan tyytyväisyyttä omaan toiminnalliseen suoriutumiseensa. Tällöin arvioinnin tulee olla sekä objektiivista että subjektiivista.

7.4 Asiakaskeskeinen suoriutumisen viitekehys

Asiakaskeskeinen suoriutumisen viitekehys (client-centered performance context) auttaa ymmärtämään, kuka asiakas on ja mitkä ovat hänen tarpeensa ja ongelmansa toiminnallisessa suoriutumisessa. Asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehysten muodostamisessa tavoitteena on siis ymmärtää asiakkaan tilannetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Fisher 2009, 62–63) Fisher (2009, 65–66) on määritellyt OTIPM – mallissa 10 eri ulottuvuutta, joiden avulla voidaan varmistaa, että arvioinnilla saadaan selville asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehysten muodostamisen kannalta oleellista tietoa asiakkaasta. Ulottuvuudet on kuvattu seuraavassa taulukossa.

Taulukko 1. Asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehysten 10 ulottuvuutta Fisherin (2009, 65) mukaan.

Osa-alue	Mitä arvioidaan?
Ympäristö	<ul style="list-style-type: none"> • Kuka on läsnä asiakkaan toimiessa? • Mitä esineitä asiakas käyttää toimiessaan? • Missä fyysisessä tilassa toiminta tapahtuu?
Roolit	<ul style="list-style-type: none"> • Mitkä roolit ovat asiakkaalle tärkeitä? • Suoriutuuko asiakas rooliinsa liittyvistä tehtävistä asianmukaisella tavalla? • Onko toivotun/asiakkaalta odotetun roolikäyttäytymisen ja roolikäyttäytymiseen sitoutumisen välillä epäjohdonmukaisuuksia?
Motivaatio	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjoavatko asiakkaan arvot, mielenkiinnon kohteet ja tavoitteet merkityksellisyyttä ja motivaatiota toimintaa kohtaan? • Mitkä ovat asiakkaan päämäärät, toiveet ja huolet koskien toiminnallista suoriutumista tulevaisuudessa? • Onko asiakkaan sisäisestä vietistä näyttöä ja ilmeekö se toiminnassa?

Tehtävät	<ul style="list-style-type: none"> • Mistä tehtävistä asiakkaan on suoriuduttava ja mistä tehtävistä hän haluaa suoriutua? • Millaisia tehtävät ovat?
Kulttuurinen ulottuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • Onko asiakkaalla kulttuuriin liittyviä uskomuksia, arvoja ja käytäntöjä, jotka vaikuttavat hänen toimintaansa?
Sosiaalinen ulottuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • Onko asiakkaalla yhteyksiä tai suhteita muihin ihmisiin? • Miten paljon vuorovaikutussuhteita asiakkaalla on muihin ihmisiin ja millaisia suhteet ovat?
Yhteiskunnallinen ulottuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • Millaisia voimavaroja ja rajoitteita (palvelut, taloudelliset seikat, lait, normit, asenteet) yhteiskunnalliseen ulottuvuuteen liittyy?
Kehon toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> • Mitä tietoa asiakkaan papereihin on kirjattu liittyen asiakkaan fyysiseen, kognitiiviseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn? • Mitä tietoa edellä mainituista tekijöistä saatiin haastattelun ja havainnoinnin avulla? • Miten tieto liittyy asiakkaan mahdollisuuteen kuntoutua?
Ajallinen ulottuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • Mitkä ovat asiakkaan päivittäiset rutiinit? • Mikä on asiakkaan nykyinen elämäntilanne? • Millainen on asiakkaan menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus liittyen muihin ulottuvuuksiin?
Mukautuminen	<ul style="list-style-type: none"> • Onko asiakas muokannut käyttäytymistä tai ympäristöä, jotta toimiminen olisi helpompaa? • Onko asiakas joustava ja avoin uusille ideoille?

7.5 OTIPM pääpiirteittäin

Fisher (2009, 15) kuvaa mallissaan toimintaterapiaprosessin vaiheita. Toimintaterapiaprosessi alkaa asiakaskeskeisen viitekehyksen muodostamisesta. Asiakkaan kanssa työskennellään yhteistyössä ja hyvässä yhteisymmärryksessä. Tämä edellyttää asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaista ymmärtämistä. Toimintaterapeutti pyrkii selvittämään, millaista asiakkaan toiminnallinen suoriutuminen on tällä hetkellä ja pystyykö asiakas suoriutumaan hänelle merkityksellisistä päivittäisistä toiminnoista, joista hän haluaa suoriutua tai joista hänen odotetaan suoriutuvan. Alkuvaiheen arvioinnissa selvitetään myös asiakkaalle merkitykselliset roolit ja niihin liittyvät toiminnot, asiakkaan motivaatio, mielenkiinnon kohteet sekä tavat ja tottumukset. Kun toimintate-

rapeutti on hankkinut asiakkaasta mahdollisimman paljon tietoa, hän voi määritellä asiakkaan vahvuudet ja heikkoudet, jotka vaikuttavat hänen toiminnalliseen suoriutumiseensa. Asiakaskeskeinen työskentely edellyttää, että toimintaterapeutti selvittää, mitkä toiminnot ovat asiakkaalle merkityksellisiä ja tärkeitä ja suoriutuuko hän niistä omasta mielestään haluamallaan tavalla. Koska toimintaterapiapalvelut keskittyvät ennaltaehkäisyyn ja hyvinvointiin, arvioinnissa otetaan huomioon myös ne toiminnot, joista asiakas saattaa suoriutua heikosti tulevaisuudessa. Lopuksi asiakasta pyydetään priorisoimaan ne toiminnot, joista hän ei suoriudu haluamallaan tavalla ja jotka ovat hänelle merkityksellisiä ja tarkoituksenmukaisia. Nämä toiminnot valitaan tarkemman arvioinnin ja mahdollisesti myös intervention kohteeksi. (Fisher 2009, 15–16)

Seuraavaksi toimintaterapeutti havainnoi asiakkaan toimintakokonaisuuksia ja suorittaa toiminnan analyysin. Toiminnan analyysissä toimintaterapeutti arvioi asiakkaan toiminnallisen suoriutumisen laatua, ja sen avulla hän pystyy määrittelemään, mitä taitoja asiakas käyttää tehokkaasti ja mitä ei. Toiminnan analyysi on tärkeä suorittaa asiakkaan toimiessa hänelle luonnollisessa ympäristössä ja asiakkaalle merkityksellisen toiminnan yhteydessä. Havainnoituaan asiakkaan toimintaa toimintaterapeutti voi määritellä, mitkä tekijät vaikuttavat asiakkaan toiminnalliseen suoriutumiseen. Tekijät voivat liittyä ihmiseen, (vammat, toimintarajoitteet, yksilötekijät) ympäristöön (fyysinen, sosiaalinen) tai yhteiskunnallisiin tekijöihin. Arvioinnin lopuksi määritellään asiakkaan tavoitteet terapialle. (Fisher 2009, 16–18)

Arviointivaiheen jälkeen toimintaterapeutti valitsee yhden tai useamman mallin, jota hän hyödyntää toimintaan perustuvaa interventiota suunnitellessaan ja toteuttaessaan. Fisher (2009, 16–18) on määritellyt neljä eri mallia: korvaava malli (compensatory model), koulutuksen ja opettamisen malli (model for education and teaching), toiminnallisten taitojen harjoittelun malli (model for occupational skills training/acquisitional model) ja yksilötekijöiden ja kehon toimintojen parantamisen malli (model for enhancement of person factors and body functions/restorative model).

Korvaavassa mallissa (compensatory model) toimintaa pyritään mukauttamaan eri keinoin. Toimintaa voidaan mahdollistaa esimerkiksi apuvälineitä käyttämällä tai muokkaamalla asiakkaan fyysistä ja sosiaalista ympäristöä. Mukautettu toiminta pi-

tää aina sisällään yhteistyöhön perustuvaa konsultaatiota sekä koulutukseen pohjautuvia toimintatapoja. Toimintaterapeutti voi antaa asiakkaalle suosituksia toimintojen mukauttamiseksi ja opettaa, miten toimintaa voidaan mukauttaa turvallisella ja tehokkaalla tavalla. (Fisher 2009, 18, 37)

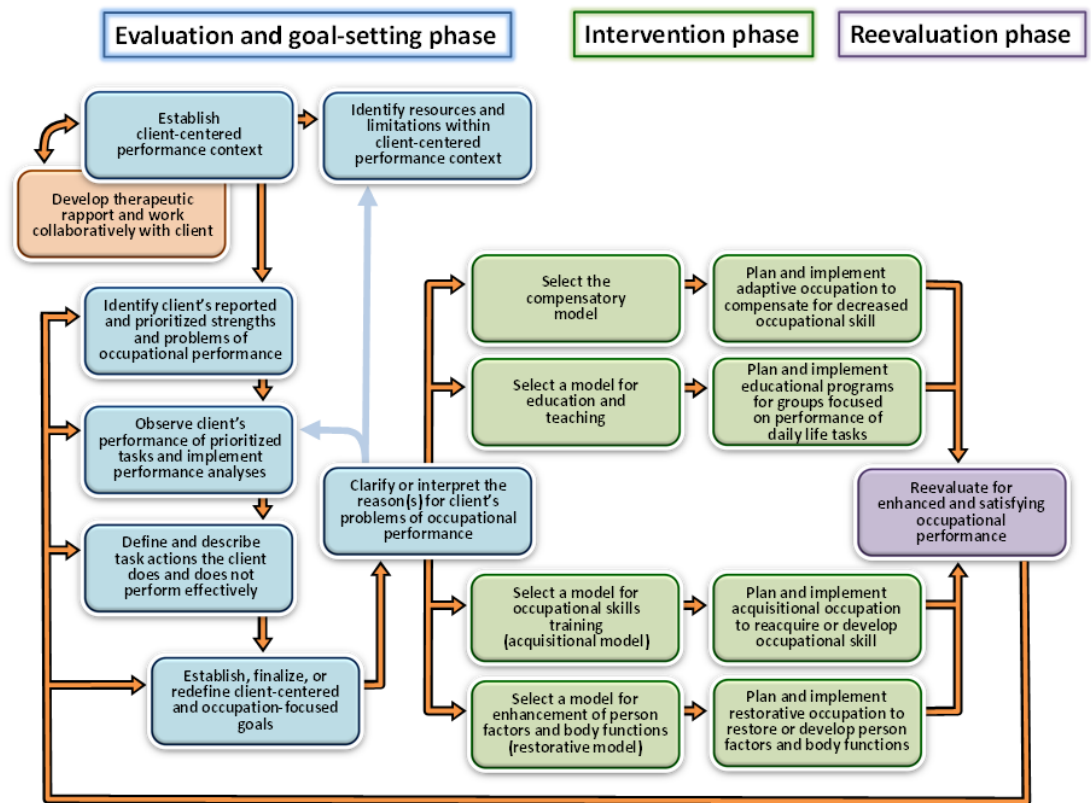
Koulutuksen ja opettamisen mallissa (model for education and teaching) toimintaterapeutti suunnittelee ja toteuttaa koulutusohjelman isommalle ryhmälle. Koulutus voidaan toteuttaa esimerkiksi seminaari-, luento- tai työpajamuotoisena. Ryhmässä voidaan keskustella päivittäisestä elämästä ja siihen liittyvistä toiminnoista. (Fisher 2009, 19) Esimerkiksi AVH- tai aivovammakuntoutujan läheisille toimintaterapeutti voisi järjestää koulutuspäivän, jossa hän opettaisi, miten läheiset voisivat tukea kuntoutujan toimintaa. Koulutuksessa asiakkaiden on mahdollista keskustella yhteisesti asioista, mutta käytännön harjoittelu jää vähemmälle luokkahuonemaisen toteutustavan vuoksi (Fisher 2009, 19)

Toiminnallisten taitojen harjoittelun malli (model for occupational skills training/acquisitional model) pitää sisällään toimintaa, jonka avulla pyritään hankkimaan tai kehittämään toiminnallisia taitoja. Tarkoituksena on joko palauttaa, kehittää tai säilyttää toiminnallisia taitoja, jotta asiakas pystyisi suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista haluamallaan tavalla. Asiakkaan kanssa voidaan esimerkiksi harjoitella ruokakaupassa käyntiä, mikäli asiakkaan tavoite on pystyä käymään ruokaostoksilla itsenäisesti. (Fisher 2009, 18, 34)

Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen parantamisen malli (model for enhancement of person factors and body functions) on hyvin samankaltainen kuin toiminnallisten taitojen harjoittelun malli. Erona on, että yksilötekijöiden ja kehon toimintojen mallissa tavoitteena on palauttaa, kehittää ja säilyttää niitä yksilötekijöitä (arvot, tavat, tottumukset) tai kehon toimintoja, jotka vaikuttavat toimintaan, kun taas toiminnallisten taitojen harjoittelun mallissa vaikutukset kohdistuvat asiakkaan toiminnallisiin taitoihin. Toimintaterapiassa voidaan esimerkiksi pyrkiä parantamaan asiakkaan keskittymiskykyä pelaamalla asiakkaan kanssa hänelle mieluista korttipeliä. (Fisher 2009, 19, 33- 34)

Intervention toteuttamisen jälkeen suoritetaan uudelleenarviointi, jolla pyritään selvittämään, onko asiakkaan tavoitteita saavutettu. Terapian vaikuttavuus saadaan

selville arvioimalla asiakkaan sen hetkistä toiminnallisen suoriutumisen laatua ja tavoitteita. Toimintaterapiaprosessi voi joko päättyä loppuarviointiin tai tarvittaessa asiakkaan tavoitteita voidaan tarkentaa ja toteuttaa uusi interventio. (Fisher 2009, 16, 19)



Adapted from: Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins CO: Three Star Press. (Revised June 2013)

Kuvio 2. OTIPM - malli (Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) 2014)

8 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa arviointimenetelmistä, jotka soveltuvat AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin sairaalolosuhteissa. Tavoitteena on muodostaa soveltuvista arviointimenetelmistä arviointipaketti, jota voidaan hyödyntää Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusosastolla asumiskokeilujakson yhteydessä. Asumiskokeilujakson aikana toteutetulla arvioinnilla pyritään selvittämään, onko asiakkaan kotiutuminen mahdollista ja millaisen avun

turvin asiakas selviäisi kotona. Lisäksi asumiskokeilujakson aikana on mahdollista arvioida toimintakykyä kattavasti.

9 Integroiva kirjallisuuskatsaus

Integroiva kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, joka mahdollistaa eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistämisen. Se on laajin kirjallisuuskatsauksen muoto ja mahdollistaa tutkittavan aiheen monipuolisen tarkastelun. Tarkoituksena on kerätä tietoa tutkittavasta aiheesta mahdollisimman kattavasti, arvioida tiedon luotettavuutta ja merkityksellisyyttä sekä muodostaa johtopäätöksiä tiedon perusteella. (Flinkman, Salanterä 2007, 84–85)

Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan hyödyntää tutkittavaan aiheeseen liittyvää teoretietoa ja kirjallisuutta. Huolella suoritettu integroiva kirjallisuuskatsaus kuvaa tutkitun aiheen sen hetkistä tilaa, edistää teorian kehittymistä ja soveltaa tietoa suoraan käytäntöön. Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla tutkittavaa aihetta on mahdollista tarkastella kattavasti eri näkökulmista. (Whittemore, Knafli 2005, 546–547)

Kun tiedonhaku ei ole tarkkaa ja systemaattista, vaarana on, että tuotettu tieto ei ole täsmällistä. Virheitä voi tapahtua lähes missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Lisäksi riskinä on, että kirjallisuuskatsauksen suorittajalla on ennako-odotuksia tutkittavasta aiheesta, mikä voi vaikuttaa tutkimuksen lopputulokseen. Huolellinen tiedonhaun strategian suunnittelu on tärkeä osa integroivaa kirjallisuuskatsausta. (Whittemore, Knafli 2005, 547–548)

Integroidun kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat pääpiirteittäin samat kuin alkuperäis- tutkimuksissa. Tutkimus aloitetaan tutkimusongelman muotoilulla. On pohdittava, mihin kysymykseen kirjallisuuskatsauksella halutaan vastata ja mitkä ovat aiheen kannalta keskeisiä käsitteitä. Aiheen rajaaminen on tärkeää, jotta katsauksella saadaan riittävä määrä tietoa. Tutkimusongelman määrittelyn jälkeen suoritetaan aineiston keruu. Jotta kirjallisuuskatsaus on mahdollisimman kattava, tulee tiedonhaussa hyödyntää useita eri tiedonhaun menetelmiä. Aineiston keräämisvaiheessa

tulee määritellä aineiston sisällyttämisen- ja poissulkukriteerit, käytettävät tietokannat ja hakutavat sekä käytettävät hakusanat ja niiden yhdistelmät. Aineiston keruun jälkeen hankittu aineisto arvioidaan ja analysoidaan, jolloin erillisistä tutkimustuloksista muodostetaan kokonaisvaltainen synteesi eli tutkimustieto tiivistetään lukijaystävälliseksi. Integroivan kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on tutkimustulosten esittäminen ja julkaisu. (Flinkman, Salanterä 2007, 88–97)

9.1 Tutkimusongelman muotoilu

Integroiva kirjallisuuskatsaus aloitetaan määrittelemällä tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset. Keskeisten käsitteiden ja niiden välisten suhteiden määrittelemisen ja operationalisointi on tärkeää, jotta tutkittavasta aiheesta löytyy oikeanlaista tietoa. Aihetta rajaamalla voidaan puolestaan säätää löydetyn tiedon määrää. (Flinkman, Salanterä 2007, 88–90)

Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla pyrin vastaamaan seuraavaan kysymykseen:

- Mitkä arviointimenetelmät soveltuvat AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin päivittäisissä toiminnoissa asu-
miskokeilujakson yhteydessä?

9.2 Tiedonhaku

Tiedonhaussa käytettyjen käsitteiden määrittelyssä olen hyödyntänyt PICO -mallia, joka on tarkoitettu auttamaan kliinisen kysymyksen määrittelyssä. Mallissa P (patient, population, problem) tarkoittaa asiakasryhmää, I (intervention) käytettävää interventiota, C (comparison) vertailtavaa asiaa ja O (outcome) lopputulosta. (Schardt, Adams, Owens, Keitz & Fontelo 2007) Tiedonhaussa on hyödynnetty kansainvälisiä tietokantoja, joten haussa käytettävät käsitteet on määritelty englanniksi. Käsitteiden määrittelyssä on huomioitu samaa asiaa tarkoittavat eri termit ja erilaiset kirjoitusasut.

Taulukko 2. Hakukäsitteiden määrittely PICO - mallin mukaan

P (asiakasryhmä)	<ul style="list-style-type: none"> • stroke • stroke patient • cerebral hemorrhage • cerebral haemorrhage • intracerebral hemorrhage • intracerebral haemorrhage • brain infarction • cerebral infarction • brain injury • brain damage
I (interventio)	<ul style="list-style-type: none"> • assess* • evaluat* • measure* • assessment tool • assessment method • occupational therapy
C (vertailu)	
O (lopputulokset)	<ul style="list-style-type: none"> • activities of daily living • instrumental activities of daily living • ADL • IADL

Hakulauseke on määritelty Boolean AND- ja OR -operaattoreita käyttäen. CINAHL- ja PubMed -tietokannoissa olen käyttänyt seuraavaa hakulauseketta:

(stroke OR "stroke patient" OR "cerebral hemorrhage" OR "cerebral haemorrhage" OR "intracerebral hemorrhage" OR "intracerebral haemorrhage" OR "brain infarction" OR "cerebral infarction" OR "brain injury" OR "brain damage") **AND** (assess* OR evaluat* OR measure* OR "assessment tool" OR "assessment method") **AND** ("activities of daily living" OR "instrumental activities of daily living" OR ADL OR IADL) **AND** "occupational therapy"

Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa tulee hyödyntää useita eri tiedonhaun menetelmiä, jotta tutkittavaa aihetta voidaan ymmärtää mahdollisimman kattavasti. Tiedonhaussa voidaan hyödyntää esimerkiksi sähköisiä tietokantoja ja hakupalveluita tai artikkeleita ja raportteja. Aineiston keruun tarkka kuvaaminen on tärkeää, jotta katsauksen lukija voi arvioida aineiston keruun luotettavuutta ja mielekkyyttä. (Flinkman, Salanterä 2007, 91)

Opinnäytetyössäni olen hyödyntänyt sekä suomalaisia että kansainvälisiä kuntoutuksen ja hoitotieteen tietokantoja. CINAHL(EBSCO) on kansainvälinen artikkelitietokanta, johon on koottu terveydenhuoltoon ja kuntoutukseen liittyvää aineistoa (CINAHL (EBSCO) n.d.). CINAHL(EBSCO) – tietokantaa olen käyttänyt Jyväskylän ammattikorkeakoulun tunnuksilla Nelli-portaalin kautta. PubMed on sähköinen avoimesti käytettävissä oleva kansainvälinen artikkelitietokanta, joka sisältää pääasiassa lääketieteen ja hoitotieteen sekä muiden lähialojen artikkeliviitteitä (PubMed n.d.).

Suomalaisista tietokannoista olen hyödyntänyt TOIMIA-tietokantaa, jonne on koottu noin 70 toimintakyvyn mittaria. Tietokantaan on koottu kuvauksia mittareista ja asiantuntijoiden tekemiä arvioita niiden soveltumisesta eri käyttötarkoituksiin. Lisäksi TOIMIA-tietokannassa on suosituksia ja ohjeita toimintakyvyn mittaamiseen eri tilanteissa. (Tervetuloa TOIMIA-tietokantaan n.d.)

Olen hyödyntänyt tiedonhaussa myös seuraavia toimintaterapia-arviointia käsitteleviä kirjoja, joihin on koottu päivittäisten toimintojen arviointiin soveltuvia arviointimenetelmiä.

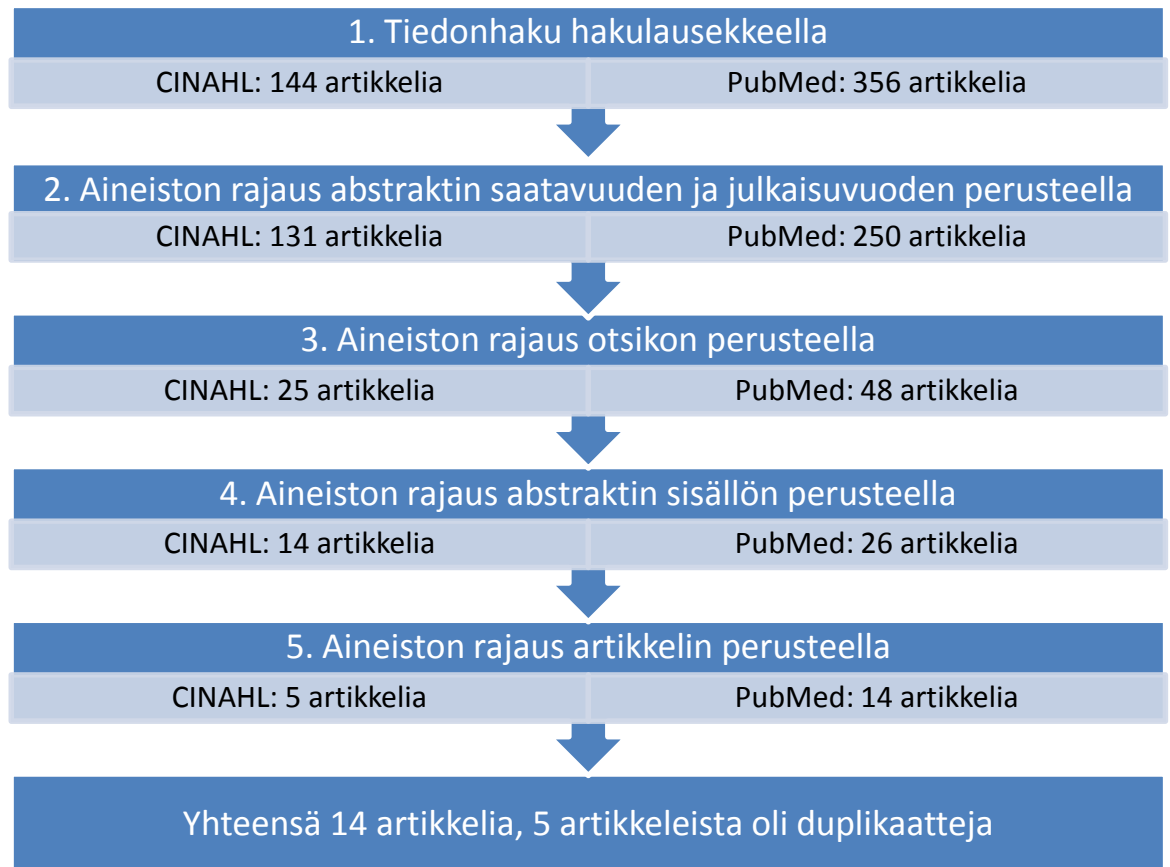
- Asher, I.E. (ed.) 2007. Occupational therapy assessment tools: An annotated index. (3rd ed.) Bethesda, MD: AOTA Press.
- Law, M. Baum, C. Dunn, W. 2005. Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy. (2nd ed.) Thorofare, NJ: Slack Incorporated.

CINAHL- ja PubMed – tietokannoissa käyttämäni sisällyttämis- ja poissulkukriteerit olen kuvannut taulukkomuodossa.

Taulukko 3. Sisällyttämis- ja poissulkukriteerit

Sisällyttämiskriteerit	Poissulkukriteerit
vuodet 2003–2013	lapset, nuoret (alle 18-vuotiaat)
abstrakti saatavilla	
tutkimus käsittelee aikuisen AVH- tai aivovammakuntoutujan avuntarpeen tai toimintakyvyn arviointia päivittäisissä toiminnoissa	

CINAHL-tietokannassa käyttämälläni hakulausekkeella artikkeleita löytyi yhteensä 131, kun haussa huomioitiin artikkelin julkaisuvuosi (2003–2013) ja abstraktin saatavuus. PubMed-tietokannassa vastaavilla rajauksilla löytyi 250 artikkelia. Aineiston käsittely aloitettiin otsikoiden lukemisella. Otsikoista pyrittiin löytämään vastaavuuksia hakusanoihin ja epäselvissä tapauksissa luettiin myös artikkelin tiivistelmä. Otsikoiden lukemisen jälkeen CINAHL-tietokannan artikkeleita oli jäljellä 25 ja PubMedissä vastaava luku oli 48. Tämän jälkeen aineistoa karsittiin abstraktin perusteella. Mukaan on valittu artikkeleita, jotka käsittelevät eri arviointimenetelmien soveltumista AVH- tai aivovammakuntoutujan avuntarpeen tai toimintakyvyn arviointiin päivittäisissä toiminnoissa. Joissain tapauksissa abstraktista ei ole selvinnyt, mitä arviointimenetelmä arvioi, jolloin olen etsinyt arviointimenetelmästä lisätietoa Internetistä. Osa artikkeleista on hylätty sen vuoksi, että abstraktit ovat olleet puutteelliset. Abstraktin lukemisen jälkeen artikkeleita jäi jäljelle CINAHL-tietokannassa 14 ja PubMedissä 26. Lopuksi artikkeleihin perehdyttiin tarkemmin, jolloin CINAHL-tietokannan artikkeleita valittiin viisi ja PubMedin artikkeleita 14. Artikkeleista viisi oli kaksoiskappaleita, joten yhteensä artikkeleita valikoitui mukaan 14.



Kuvio 3. Tiedonhaku CINAHL- ja PubMed -tietokannoissa

TOIMIA-tietokannasta arviointimenetelmiä valikoitui mukaan yhdeksän. Arviointimenetelmät valittiin TOIMIA-tietokannan asiantuntijoiden laatimien suositusten ja soveltuvuusarvioiden perusteella. Tietokannassa on mahdollista rajata haku toimintakyvyn ulottuvuuksien, ICF-koodin ja tiedonkeruumenetelmän perusteella. Tiedonhaussa ei käytetty rajausta, jottei yksikään arviointimenetelmä jäisi rajauksen vuoksi huomiotta.

Occupational therapy assessment tools – kirjassa arviointimenetelmät on jaettu eri kategorioihin. Valitsin opinnäytetyöhön sekä toiminnallisen suoriutumisen että ADL-toimintojen arviointimenetelmiä. Toiminnallisen suoriutumisen arviointimenetelmiä on kirjassa mainittu yhteensä 11 ja ADL-toimintojen arviointimenetelmiä 45. AVH- ja aivovammakuntoutujien arviointiin soveltuvia arviointimenetelmiä löytyi yhteensä 16 ja niistä seitsemän oli jaoteltu toiminnallisen suoriutumisen arviointimenetelmiksi ja yhdeksän ADL-toimintojen arviointimenetelmiksi.

Measuring Occupational Performance – kirjassa olen myös huomionnut sekä toiminnallista suoriutumista että ADL/IADL-toimintoja arvioivat menetelmät. Kaiken kaikkiaan toiminnallisen suoriutumisen arviointimenetelmiä on lueteltu kirjassa 11 kappaletta, päivittäisten perustoimintojen arviointimenetelmiä 15 ja välillisten päivittäisten toimintojen arviointimenetelmiä 12 kappaletta. Toiminnallisen suoriutumisen arviointimenetelmiä valittiin neljä, päivittäisten perustoimintojen arviointimenetelmiä kuusi ja välillisten päivittäisten toimintojen arviointimenetelmiä kolme. Lisäksi mukaan valikoitui yksi toiminnallisen osallistumisen arviointimenetelmä yhdeksän muun joukosta. Yhteensä arviointimenetelmiä löytyi siis 14.

9.3 Aineiston analysointi

Aineiston rajausvaiheessa mukaan otettiin ainoastaan artikkeleita, jotka käsittelevät AVH- ja aivovammakuntoutujan avuntarpeen tai toimintakyvyn arviointiin soveltuvia arviointimenetelmiä. Aineiston analysointivaiheessa löydetyt arviointimenetelmät listattiin luetteloksi, johon merkittiin, kuinka monessa eri lähteessä arviointimenetelmästä oli maininta ja onko arviointimenetelmä havainnointi-, haastattelu- vai itsearviointimenetelmä. Lisäksi merkitsin taulukkoon, mikäli arviointimenetelmästä on saatavilla suomenkielinen versio. Lopuksi pyrin löytämään tietoa, linkittykö arviointimenetelmä ICF – luokitukseen ja määrittelin, mitä ICF – luokituksen osa-aluetta arviointimenetelmällä voidaan arvioida. Mikäli ICF – luokitukseen linkittymisestä ei löytynyt tietoa, jätettiin taulukon ruutu tyhjäksi.

Arviointimenetelmät, joista oli maininta vähintään kahdessa eri lähteessä, valittiin tarkemman tarkastelun kohteeksi. Valikoidut arviointimenetelmät sijoiteltiin OTIPM -mallin eri vaiheisiin. OTIPM -mallin kuvaama arviointiprosessi määrittelee, millaisilla arviointimenetelmillä tulee hankkia tietoa missäkin arvioinnin vaiheessa. Kuvasin OTIPM -mallin mukaisen arviointiprosessin ja liitin siihen löytämiäni arviointimenetelmiä, joita voidaan hyödyntää arvioinnin eri vaiheissa.

Aineiston analysoinnin viimeisessä vaiheessa vertailin löytämiäni arviointimenetelmiä keskenään. Vertailussa otin huomioon arviointimenetelmistä löytämäni tutkimustiedon määrän sekä niiden käytettävyyden ja soveltuvuuden asumiskokeilujakson aika-

na toteutettavaan arviointiin. Lisäksi tarkastelin arviointimenetelmiä Fisherin (2009) OTIPM – mallissa tehtyjen suositusten sekä toimintaterapeuttiliiton suositusten mukaisesti. TOIMIA – tietokannan suositukset ja asiantuntijoiden laatimat soveltu-
vuusarviointit auttoivat myös arviointimenetelmän valinnassa. Parhaiten soveltuvis-
ta arviointimenetelmistä muodostettiin arviointipaketti, jota voidaan hyödyntää Sei-
näjoen keskussairaalassa asumiskokeilujakson aikana. Arviointipakettiin sisällytetyt
arviointimenetelmät kuvasin taulukkomuodossa.

10 Tulokset

AVH- ja aivovammakuntoutujan arviointiin soveltuvia arviointimenetelmiä löytyi yh-
teensä 31 kappaletta. Löydetyt arviointimenetelmät on kuvattu seuraavassa taulu-
kossa lähteiden määrän, tiedonkeruumenetelmän, suomennoksen saatavuuden ja
ICF – luokituksen mukaisesti aakkosjärjestyksessä.

Taulukko 4. Integroivalla kirjallisuuskatsauksella löydetyt arviointimenetelmät

Arviointi- menetelmä	Kpl	havainnointi	haastattelu	itsearviointi	suomennos	ICF
ADL CAT ⁷	1	x	x			-
A-ONE ^{15, 16}	2	x				-
AMPS ^{3,} 15,16,17	4	x	x			d
Barthelin indeksi 13,15,16,17	4	x	x	x		d
COPM ^{4,15,16,17}	4		x		x	d
CADL ⁹	1		x			-
EADL ¹⁶	1			x		-
FSQfin ¹⁷	1		x	x	x	-
SMAF ^{15,16}	2	x	x			-
FIM ^{13,15,16}	3	x	x		x	d, b

GOSE ¹⁷	1		x		x	d, b, e
IADL- asteikko 15,16,17	3		x	x	x	d
IPA ^{5,17}	2			x	x	-
Katzin indeksi 15,16,17	3	x	x	x	x	d
K-B Scale ¹⁵	1	x				d
KELS ¹⁵	1	x	x			-
Melville- Nelson SCA 16	1	x				-
MOHOST ¹⁵	1	x			x	d, b, e
NPDS ¹²	1	x	x			d, b
NEADL ^{10,11}	2		x			-
OCAIRS ^{15,16}	2		x			-
OGQ ⁸	1			x		-
OPHI-II ^{15,16}	2		x		x	-
OQ ¹⁵	1			x		-
OSA ^{15,16}	2			x	x	d, e
PRPP ¹	1	x				-
PC-PART ¹⁶	1		x			d
PAS ⁶	1	x				-
SINGER ²	1	x				-
SIS ¹⁴	1		x			-
VQ ¹⁵	1	x				d, e, b

ICF-luokituksen kirjaintunnukset: b = ruumiin/kehon toiminnot, d = suoritukset ja osallistuminen, e = ympäristötekijät (ICF-luokituksen koodit ja tarkenteet n.d.)

10.1 Arvioinnin kuvaaminen OTIPM – mallin mukaisesti

Toimintaterapiaprosessiin kuuluva arviointivaihe on kuvattu OTIPM - mallissa tarkasti. OTIPM -malli määrittelee, millaista tietoa asiakkaasta on kartoitettava arvioinnin eri vaiheissa, joten olen kuvannut, mikä arviointimenetelmä soveltuu AVH- ja aivoammakuntoutujan arviointiin OTIPM – mallin mukaisesti.

10.1.1 Asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehyksen muodostaminen

OTIPM- mallissa arviointi aloitetaan asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehyksen muodostamisella. Asiakaskeskeinen suoriutumisen viitekehys auttaa asiakkaan tilanteen ymmärtämisessä ja asiakkaan tarpeiden, toiveiden sekä päivittäisen elämän toimintoihin liittyvien ongelmien selvittämisessä. Tarkoituksena on kartuttaa mahdollisimman paljon tietoa asiakkaan sisäisistä (roolit, motivaatio, kehon toiminnot) ja ulkoisista tekijöistä (ympäristö), jotka yhdessä muodostavat viitekehyksen asiakkaan päivittäiselle toiminnalle. Arvioinnilla toimintaterapeutin tulisi saada selville, miksi asiakas on hakeutunut toimintaterapiaan, resurssit ja rajoitteet, jotka vaikuttavat asiakkaan suoriutumiseen, asiakkaan subjektiivinen kokemus omasta toimintakyvystään sekä mitkä päivittäisen elämän toiminnot ovat asiakkaalle merkityksellisiä ja tarkoituksenmukaisia. (Fisher 2009, 62–64)

Asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehyksen muodostamiseksi arvioinnin alkuvaiheessa on käytettävä arviointimenetelmiä, joilla saadaan tietoa asiakkaan ympäristöstä, rooleista, motivaatiosta, tehtävistä, kulttuurista, sosiaalisesta ulottuvuudesta, yhteiskunnallisesta ulottuvuudesta, kehon toiminnoista, ajallisesta ulottuvuudesta ja toiminnallisesta mukautumisesta (Fisher 2009, 65).

Erityisesti haastattelu- ja itsearviointimenetelmillä saadun tiedon avulla voidaan ymmärtää asiakkaan subjektiivista kokemusta hänen tilanteestaan. Löytämistäni haastattelu- ja itsearviointimenetelmistä COPM, IPA, OPHI-II, OCAIRS ja OSA nousivat esiin arviointimenetelmistä löytyneiden lähteiden määrän perusteella. Jokaisesta arviointimenetelmästä oli maininta vähintään kahdessa eri lähteessä.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

COPM-haastattelulomake sisältää kolme osiota: itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika. Arvioinnissa asiakas tunnistaa itse toiminnot, joista hänen on vaikea suoriutua ja määrittelee, miten tärkeitä ne hänelle ovat. Arvioinnissa keskitytään erityisesti ongelmien tunnistamiseen ja sen suorittaminen vie noin 30–40 minuuttia.

COPM on paljon käytetty mittari, joka on luotettava ja herkkä muutokselle. Myös validiteetti on todettu useassa eri tutkimuksessa. (Law ym. 2005, 84–86) Asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehyksen muodostamisen kannalta COPM-haastattelumenetelmällä saadaan tärkeää tietoa asiakkaan tehtäviin (mistä toiminnoista asiakas haluaisi suoriutua paremmin), sosiaaliseen ulottuvuuteen ja motivaatioon liittyen.

Impact on Participation and Autonomy (IPA)

IPA on arviointimenetelmä, jolla voidaan arvioida kuntoutujan osallistumisrajoitteiden vaikeusastetta sekä yksilölliseen osallistumiseen ja autonomiaan liittyviä tarpeita. Arvioinnissa asiakas täyttää itse kyselylomakkeen, mihin tulee varata aikaa noin 20 minuuttia. IPA sisältää 32 osallistumisen rajoituksiin liittyvää kysymystä ja yhdeksän osallistumisessa koettuihin ongelmiin liittyvää kysymystä. Osallistumisen rajoituksiin liittyvät kysymykset jakautuvat seuraaviin aihealueisiin: autonomia sisällä, rooli perheessä, autonomia ulkona, sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet sekä työ ja koulutus. IPA soveltuu käytettäväksi aikuisen, fyysisesti toimintarajoitteisen henkilön arviointiin. (Kanelisto, Salminen & Paltamaa 2013a)

IPA on tutkittu arviointimenetelmä, jonka toistettavuudesta ja pätevyydestä on olemassa näyttöä. IPA on helppokäyttöinen, sillä mittari on saatavilla sähköisenä versiona, eikä sen käyttäminen vaadi koulutusta. IPA:n rajoituksena on, että asiakkaalla tulee olla riittävän hyvä kognitiivinen toimintakyky, jotta hän kykenee vastaamaan kysymyksiin todenmukaisesti. IPA ei sovellu käytettäväksi sairaalaolosuhteissa sairauden tai vamman akuuttivaiheessa, sillä tutkittavalla tulee olla kokemusta kotona asumisesta nykyisellä toimintakyvyllään. (Kanelisto, Salminen & Paltamaa 2013b)

IPA-kyselylomakkeella on mahdollista saada tietoa asiakkaan tehtäviin, yhteiskunnal-

liseen ulottuvuuteen, ajalliseen ulottuvuuteen, motivaatioon, ympäristöön, sosiaaliseen ulottuvuuteen ja rooleihin liittyen.

Occupational Performance History Interview II (OPHI-II)

OPHI-II on kolmeosainen arviointimenetelmä, johon kuuluu semistrukturoitu haastattelu, pisteytysjärjestelmä ja narratiivinen elämäntarina. OPHI-II perustuu Inhimillisen toiminnan malliin ja sen avulla voidaan arvioida asiakkaan toiminnallista identiteettiä, toiminnallista pätevyyttä ja toimintaympäristön vaikutusta. OPHI-II – arviointimenetelmän avulla toimintaterapeutti saa laajan ja yksityiskohtaisen käsityksen asiakkaan elämänhistoriasta ja sairauden tai vamman vaikutuksesta asiakkaan elämään. Kokonaisuudessaan haastattelu vie aikaa noin tunnin, mutta se voidaan jakaa myös lyhyempiin osiin. Haastattelun aihealueita ovat toiminnalliset roolit, päivittäiset rutiinit, toimintaympäristö, toiminnalliset valinnat ja tärkeät elämäntapahtumat. Arvioijan tulee olla perehtynyt Inhimillisen toiminnan malliin. OPHI-II on validi menetelmä toiminnallisen suoriutumisen arviointiin. (Asher 2007, 43) Fisherin (2009, 65) määrittelemistä 10 ulottuvuudesta OPHI-II arviointimenetelmällä voidaan saada tietoa asiakkaan ympäristöön, rooleihin, ajalliseen ulottuvuuteen ja tehtäviin liittyen.

The Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS)

OCAIRS käsittelee asiakkaan toiminnallista mukautumista ja osallistumista. Kuten OPHI-II ja OSA, myös OCAIRS perustuu Inhimillisen toiminnan malliin. OCAIRS on haastattelumenetelmä, jonka suorittaminen vie noin 40 minuuttia. Haastattelulla pyritään saamaan tietoa asiakkaan osallistumisesta, henkilökohtaisesta vaikuttamisesta, arvoista ja tavoitteista, taidoista sekä sosiaalisesta ja fyysisestä ympäristöstä. Haastattelun jälkeen toimintaterapeutti pisteyttää lomakkeen, josta saadaan selville toiminnalliseen suoriutumiseen liittyvät vahvuudet ja heikkoudet. Pisteytys vie aikaa noin 15 minuuttia. Alun perin OCAIRS on suunniteltu käytettäväksi psykiatrisen potilaan kotiutuksen suunnittelussa, mutta nykyinen versio soveltuu useiden eri asiakkaiden arviointiin. Luotettavuus ja validiteetti on todettu kohtalaiseksi. (Law ym. 2005, 85–86) Asiakaskeskeisen suoriutumisen kontekstin muodostamiseen liittyen

OCAIRS- arvioinnilla saadaan tietoa muun muassa asiakkaan ympäristöstä, tehtävistä, sosiaalisesta ulottuvuudesta ja motivaatiosta.

Occupational Self Assessment (OSA)

OSA on itsearviointilomake, jonka avulla asiakas voi priorisoida tärkeimmät muutoksen kohteet ja terapian tavoitteet. OSA arvioi asiakkaan toiminnallista pätevyyttä ja ympäristön vaikutusta toiminnalliseen mukautumiseen, ja sen käsitteet pohjautuvat Inhimillisen toiminnan malliin. OSA sisältää 21 väittämää toiminnallisesta suoriutumisesta ja kahdeksan ympäristöstä. Arvioinnin suorittaminen vie noin 10–20 minuuttia. COPM – arvioinnin tapaan myös OSA -arvioinnissa pisteytetään sekä suoriutuminen että sen tärkeys. (Law ym. 2005, 83–84) OSA – arvioinnilla voidaan hankkia tietoa asiakkaan ympäristöön, tehtäviin, sosiaaliseen ulottuvuuteen, motivaatioon ja ajalliseen ulottuvuuteen liittyen.

10.1.2 Terapeuttisen yhteisymmärryksen ja yhteistyöhön perustuvan suhteen muodostaminen

Terapeuttisen yhteisymmärryksen muodostaminen alkaa samassa vaiheessa, kun terapeutti haastattelee asiakasta asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehyksen muodostamiseksi. Terapeuttisen yhteisymmärryksen muodostaminen on prosessi, johon sisältyy keskinäistä luottamista ja kunnioitusta toimintaterapeutin ja asiakkaan välillä. Terapeuttinen yhteisymmärrys liittyy vahvasti vuorovaikutuksen laatuun ja interventioon sitoutumiseen. Toimintaterapeutin ja asiakkaan välinen yhteistyö alkaa jo arviointivaiheessa. Toimintaterapeutti toimii asiantuntijana interventioihin ja mahdollisiin tuloksiin liittyen, kun taas asiakas tuo tietoa hänen arvoistaan, mielenkiinnon kohteistaan, tavoitteistaan ja päämääristään. Haastattelua suoritettaessa on tärkeää huomioida, ettei toimintaterapeutti käsittele liian nopeasti tai syvällisesti asiakkaalle herkkiä asioita, jottei keskinäisen luottamuksen muodostuminen vaarantuisi. (Fisher 2009, 79–80)

10.1.3 Asiakkaan vahvuuksien ja heikkouksien määrittelyminen

Arvioinnissa on tärkeää huomioida, mistä tehtävistä asiakas suoriutuu omasta mielestään hyvin ja mistä heikosti. Asiakkaan mielipiteet tulee selvittää heti arvioinnin alkuvaiheessa. (Fisher 2009, 83) Fisherin (2009, 83–84) mukaan erityisesti COPM on erinomainen arviointimenetelmä, kun halutaan määrittellä, mistä toiminnoista asiakas suoriutuu omasta mielestään hyvin ja mistä ei. COPM - arviointimenetelmän avulla arvioinnin huomio keskittyy erityisesti toimintaan sen sijaan että arviointi kohdistuisi kehon toimintoihin tai yksilötekijöihin. Haastattelijalla on myös vastuu ohjata asiakasta vastaamaan niin, että arviointi keskittyy erityisesti toiminnan arviointiin. Ne toiminnot, jotka asiakas määrittelee haastaviksi, valitaan terapian tavoitteiksi sekä tarkemman arvioinnin ja mahdollisen intervention kohteeksi.

COPM nousi esille useassa eri lähteessä kirjallisuuskatsauksessani, joten sen käyttäminen kuntoutujan subjektiivisesti kokemien vahvuuksien ja heikkouksien määrittelyssä on perusteltua. Koska asumiskokeilujakson aikana keskitytään erityisesti päivittäisten toimintojen arviointiin kuntoutujan avuntarpeen selvittämiseksi, tulee myös toiminnallisen suoriutumisen vahvuuksien ja heikkouksien liittyä päivittäisiin toimintoihin.

10.1.4 Toiminnan havainnointi

Kun tarkemman arvioinnin kohteeksi valitut toiminnot on määritelty, toimintaterapeutti toteuttaa toiminnan analyysin. Toiminnan analyysissä toimintaterapeutti havainnoi asiakkaan suorittamien tavoitteellisten tekojen laatua ja tehokkuutta. Toimintaterapeutti siis arvioi asiakkaan toiminnallisia taitoja (motoriset taidot, prosessitaidot ja vuorovaikutustaidot), jotka ovat pienimpiä havainnoitavissa olevia yksiköitä asiakkaan toiminnallisessa suoriutumisessa. Motoriset taidot liittyvät toiminnan tehokkuuteen, kun asiakas liikuttaa itseään tai esineitä. Prosessitaidot liittyvät toiminnan tehokkuuteen, kun asiakas valitsee, on vuorovaikutuksessa tai käyttää eri työkaluja ja materiaaleja, ja sosiaalisia vuorovaikutustaitoja voidaan havainnoida, kun asiakas on vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Sosiaalisten vuorovaikutustaitojen havainnoinnissa huomioidaan muun muassa vuorovaikutukseen liittyvä kypsyys ja soveliaisuus. Havainnoidessaan asiakkaan toiminnallisia taitoja toimintaterapeutti

kiinnittää huomiota viiteen eri jatkumoon: fyysiseen ponnisteluun, toiminnan tehokkuuteen, turvallisuuteen, itsenäisyyteen ja sosiaaliseen soveliaisuuteen vuorovaikutuksessa. (Fisher 2009, 87–88)

Asumiskokeilujakson aikana keskitytään erityisesti päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen arviointiin ja pyritään siten saamaan tietoa kuntoutujan toimintakyvystä ja avuntarpeesta kotiuttamisen tueksi. Tämän vuoksi havainnoitavien toimintojen tulee olla asiakkaalle merkityksellisiä ja tarkoituksenmukaisia päivittäisiä toimintoja. Havainnoitavat toiminnot voidaan määritellä sen perusteella, mitkä toiminnot ovat itsenäisen asumisen kannalta kuntoutujalle välttämättömiä. Erityisesti päivittäisten perustoimintojen katsotaan olevan hengissä selviämisen ja hyvinvoinnin kannalta oleellisia (Hautala ym. 2011, 29). Välillisten päivittäisten toimintojen arviointi on kuitenkin yhtä lailla tärkeää, sillä niistä suoriutuminen voi olla edellytys itsenäiselle asumiselle (Kernisan n.d.).

Löysin integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla useita arviointimenetelmiä, jotka soveltuvat AVH- ja aivovammakuntoutujan päivittäisten toimintojen havainnointiin. Lähteiden määrän perusteella valitsin tarkemman tarkastelun kohteeksi seuraavat arviointimenetelmät: AMPS, FIM, Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE), Barthelin indeksi, Katzin indeksi ja Functional Autonomy Measurement System (SMAF). Jokaisesta arviointimenetelmästä löytyi maininta vähintään kahdessa eri lähteessä. Lisäksi olen huomioinut tässä osioissa ASTA-arviointimenetelmän, jota on hyödynnetty Seinäjoen keskussairaalan asumiskokeilujakson arvioinnissa.

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

AMPS on havainnointimenetelmä, jolla voidaan arvioida asiakkaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen laatua. Arvioinnissa asiakkaan toimintaa havainnoidaan kahdessa tai kolmessa hänelle ennalta tutussa tehtävässä. Jokaisessa tehtävässä arvioidaan 16 motorista ja 20 prosessitaitoa ponnistelun, tehokkuuden, turvallisuuden ja omatoimisuuden näkökulmasta. Taidot arvioidaan 4-portaisella asteikolla, jossa 1 tarkoittaa merkittävästi puutteellista taitoa ja 4 riittävää/kykenevää. Arvioinnilla saadaan selville, onko kuntoutujalla riittävät motoriset ja prosessitaidot, jotta hän voi

selvitä hänelle tarkoituksenmukaisista toiminnoista päivittäisessä elämässään. Haastattelu ja tehtävien havainnointi vie aikaa noin 30–40 minuuttia. Tämän lisäksi aikaa on varattava materiaalien hankkimiseen, pisteyttämiseen sekä tietojen syöttämiseen tietokoneohjelmaan. AMPS on tarkoitettu ainoastaan toimintaterapeuttien käyttöön ja sen käyttö vaatii maksullisen koulutuksen käymisen. Mittarista ei ole saatavissa suomennosta. (Kantanen, Hilli 2011a).

AMPS- arviointimenetelmän on todettu soveltuvan AVH- kuntoutujan toiminnan laadun ja itsenäisyyden tason arviointiin PADL- ja IADL-toiminnoissa. AVH-kuntoutujien lisäksi se soveltuu myös useiden muiden asiakasryhmien arviointiin. AMPS - arviointimenetelmän pätevyys on todettu hyväksi useassa eri tutkimuksessa. Myös toistettavuus on todettu päteväksi. (Kantanen, Hilli 2011b) Fisher (2009, 89) on kirjassaan suositellut AMPS-arviointimenetelmän käyttöä toiminnan analyysin suorittamiseen. Arviointimenetelmän asiakaskeisyys on huomioitu siten, että havainnoitavat tehtävät valitaan yhdessä asiakkaan kanssa neuvotellen. AMPS sisältää yhteensä yli sata PADL- ja IADL-toimintoihin liittyvää standardoitua tehtävää, joista havainnoitavat tehtävät voidaan valita. (Kantanen, Hilli 2011a) Fisherin (2009, 88) mainitsemista jatkumoista AMPS – arviointimenetelmällä voidaan arvioida kaikkia muita jatkumoa paitsi vuorovaikutuksen sosiaalista soveliaisuutta.

Functional Independence Measure (FIM)

FIM on toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointimenetelmä, jolla voidaan määrittää kuntoutujan toimintakyvyn taso ja avuntarve. FIM arvioi kuntoutujan toimintaa 18 eri päivittäisessä toiminnossa, jotka on jaettu 13 motoriseen ja 5 kognitiiviseen toimintoon. Motoriset toiminnot on jaettu itsestä huolehtimiseen, sulkijalihasten hallintaan, siirtymiseen ja liikkumiseen. Kognition toiminnot liittyvät kommunikointiin ja sosiaaliseen kognitioon. Arviointi voidaan suorittaa joko havainnoimalla, haastatteleamalla tai muulla luotettavalla keinolla, ja se on suositeltavaa toteuttaa moniammatillisen tiimin toimesta. Arvioinnissa toimintaa havainnoidaan erityisesti kuntoutujan avuntarpeen näkökulmasta. (FCG Finnish Consulting Group n.d.)

FIM soveltuu sellaisen henkilön arviointiin, jolla on puutteita usealla toimintakyvyn alueella. FIM-arviointimenetelmään kuuluu oma vammaluokittelu, joka pitää sisälleen myös aivoverenkiertohäiriön ja aivovamman. FIM on paljon tutkittu toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointimenetelmä, joka on todettu luotettavaksi ja validiksi arviointimenetelmäksi useassa tutkimuksessa. (FCG Finnish Consulting Group n.d.) FIM arvioi Fisherin (2009, 88) mainitsemista jatkumoista muun muassa itsenäisyyttä ja vuorovaikutuksen soveliaisuutta.

Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)

A-ONE on toimintaan perustuva havainnointimenetelmä, joka arvioi neurobehavioraalisen häiriön vaikutusta kuntoutujan toimintaan päivittäisissä toiminnoissa. A-ONE -arviointi noudattaa top-down – näkökulman mukaista järjestystä ja koostuu kahdesta eri osasta. Ensimmäisessä osassa arvioidaan asiakkaan itsenäisyyttä päivittäisissä toiminnoissa ja määritellään asiakkaan avuntarpeen määrä. Arvioinnin toisessa osassa määritellään asiakkaan itsenäisyyttä rajoittavan neurobehavioraalisen häiriön vaikeus ja tyyppi. Päivittäisiä toimintoja havainnoidaan viidessä eri osiossa: pukeminen, siistiytyminen ja hygienia, siirtymiset ja liikkuvuus, syöminen ja kommunikointi. Neurobehavioraalisen häiriön asteikko on suunniteltu auttamaan toimintaterapeuttia määrittelemään aivokuoren toimintahäiriön ja havainnoidun neurologisen käyttäytymisen yhteyttä toisiinsa. Asteikkoon on luokiteltu eri neurologisia oireita, kuten apraksia, neglect ja afasia. Lisäksi asteikossa on huomioitu tunne-elämän muutokset, kuten labiilius, masentuneisuus ja turhautuminen. A-ONE soveltuu neurologisen häiriön omaavan henkilön, kuten AVH- ja aivovammakuntoutujan arviointiin. Arviointimenetelmästä ei ole saatavilla suomennosta. (In Depth Review of the Arnadottir OT-ADL Neurobehavioural Evaluation (A-ONE) n.d.)

Luotettavuustutkimuksissa A-ONE – arviointimenetelmän sisäinen konsistenssi on todettu päteväksi päivittäisten toimintojen osalta, mutta heikoksi neurobehavioraalisen häiriön asteikon osalta. Eri arvioijien välinen toistettavuus on todettu erinomaiseksi. (Psychometric Properties n.d.) Fisherin (2009, 88) jatkumoista A-ONE arvioi toiminnasta suoriutumista erityisesti itsenäisyyden näkökulmasta.

Barthelin indeksi

Barthelin indeksi on toimintakyvyn mittaamisen arviointimenetelmä, joka mittaa yleistä toimintakykyä päivittäisissä perustoiminnoissa ja soveltuu muun muassa kuntoutujan hoitoajan pituuden, kuntoutumisen ja kotiutumisen ennustamiseen. Arviointi toteutetaan haastattelemalla ja havainnoimalla asiakasta. Lisäksi Barthelin indeksi sisältää itse täytettävän lomakkeen. Aikaa arviointia varten tulee varata yli tunti. Lomakkeen täyttö ja haastattelu vie aikaa noin 2-5 minuuttia ja havainnointi 25–60 minuuttia. Barthelin indeksistä on olemassa eri versioita. Alkuperäinen versio sisältää 10 osiota, laajennettu 15 osiota ja lisäksi on olemassa myös 12-, 14-, 16- ja 17-osioiset versiot. Alkuperäisessä 10-osioisessa versiossa arvioidaan ruokailua, siirtymistä vuoteesta tuoliin, siisteyttä, WC:ssä käyntiä, kylpemistä, liikkumista, kävelyä portaissa, pukeutumista ja riisumista sekä suolen ja rakon toimintaa. (Autio, Vesterinen 2011a)

Barthelin indeksi soveltuu heikon toimintakyvyn omaavan ihmisen palvelutarpeen arviointiin päivittäisissä toiminnoissa. Barthelin indeksi ankkuroituu kansainvälisiin luokituksiin, kuten ICF- ja ICD-luokituksiin ja on todettu toistettavuudeltaan hyväksi ja validiksi mittariksi. Rajoituksena on, että Barthelin indeksi ei erottele henkilöitä, jotka suoriutuvat PADL-toiminnoista hyvin, mutta tarvitsevat apua IADL-toiminnoista suoriutumiseen. (Autio 2011a) Fisherin (2009, 88) mainitsemista jatkumoista Barthelin indeksillä voidaan arvioida toiminnasta suoriutumisen itsenäisyyttä.

Katzin indeksi

Katzin indeksi on toimintakyvyn arviointimenetelmä, joka on kehitetty iäkkäiden ja kroonisesti sairaiden aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioimiseen. Katzin indeksia on käytetty paljon myös muilla asiakasryhmillä, ja lisäksi sitä on hyödynnetty avuntarpeen ennustamisessa. Arviointi toteutetaan haastattelemalla ja havainnoimalla asiakasta. Lisäksi asiakkaan tulee täyttää kyselylomake. Lomakkeen täyttämiseen ja haastatteluun tulee varata aikaa noin 2-5 minuuttia ja havainnointiin 25 min-1 tunti. Katzin indeksi arvioi toimintakykyä kuudella eri osa-

alueella: peseytyminen, pukeutuminen/riisuminen, WC-käynnit, liikkuminen, pidä-
tyskyky ja syöminen. (Autio, Vesterinen 2012)

Katzin indeksi soveltuu erityisesti heikon toimintakyvyn omaavien kuntoutujien päi-
vittäisten perustoimintojen arviointiin. Katzin indeksin etu on, että se on helppokäyt-
töinen. Mittarin rajoituksena on, että se ei erottele henkilöitä, jotka selviytyvät päi-
vittäisistä perustoiminnoista, mutta tarvitsevat apua välinetoiminnoissa. Katzin in-
deksin validiteetti on todettu hyväksi päivittäisten toimintojen osalta ympärivuoro-
kautista avuntarvetta arvioitaessa. Mittarin toistettavuudesta on saatavilla ristiriitais-
ta tietoa. (Autio, Vesterinen 2011b) Fisherin (2009, 88) jatkumoista Katzin indeksillä
voidaan arvioida ainoastaan toiminnasta suoriutumisen itsenäisyyttä.

Functional Autonomy Measurement System (SMAF)

Functional Autonomy Measurement System (SMAF) on arviointimenetelmä, jolla
voidaan arvioida toimintarajoitteisen tai ikääntyneen toimintakykyä viidellä eri osa-
alueella: päivittäiset toiminnot, liikkuvuus, kommunikointi, mielen toiminnot ja välilli-
set päivittäiset toiminnot. Yhteensä arvioitavia kohtia on 29. Arvioinnissa tieto kerä-
tään joko havainnoimalla tai haastatteleamalla asiakasta, ja toiminnot pisteytetään 5-
portaisella asteikolla, jossa 0 tarkoittaa itsenäistä ja -3 riippuvaista. Arvioinnissa
huomioidaan myös tarjolla olevat resurssit, jotka mahdollistavat toiminnasta suoriu-
tumisen, ja niiden pysyvyys. Arvioinnin suorittajan tulee olla terveydenalan ammatti-
lainen. (Hébert, Guilbault, Desrosiers & Dubuc 2001) SMAF – arviointimenetelmällä
voidaan arvioida Fisherin (2009, 88) jatkumoiden mukaan ainoastaan toiminnasta
suoriutumisen itsenäisyyttä.

ASTA

ASTA on asumisen toimintojen arviointimenetelmä, jolla voidaan selvittää asiakkaan
mahdollista avuntarvetta kotona tapahtuvissa toiminnoissa. ASTA soveltuu käytettä-
väksi asiakkaille, joiden avuntarve voi olla lähtöisin fyysisistä, psyykkisistä tai kognitii-
visista syistä. Täten ASTA soveltuu esimerkiksi AVH- ja aivovammakuntoutujan avun-
tarpeen arviointiin. ASTA -arvioinnilla saadaan selville, missä toiminnoissa asiakas

tarvitsee apua ja millaista avuntarve on. Lisäksi ASTA:lla on mahdollista selvittää, vaihteleeeko avuntarve eri päivien tai tilanteiden mukaan. ASTA on laaja ja kattava avuntarpeen arviointimenetelmä, jota voidaan hyödyntää myös soveltuvin osin asiakkaan tarpeiden mukaan. Arviointi voidaan toteuttaa joko havainnoimalla tai haastatteleamalla asiakasta. ASTA -arviointin asiakaskeskeisyys on huomioitu siten, että arvioinnissa on mahdollista korostaa asiakkaalle merkitykselliset ja tarkoituksenmukaiset toiminnot. (ASTA – asumisen toimintojen arviointiin n.d.) Fisherin (2009, 88) mainitsemista jatkumoista ASTA – arviointimenetelmällä voidaan arvioida toiminnasta suoriutumisen itsenäisyyttä.

Löysin kirjallisuuskatsauksella myös kaksi arviointimenetelmää, joilla tieto kerätään haastatteleamalla asiakasta. Vaikka OTIPM -mallin mukaan asiakkaan toimintaa tulisi havainnoida, voidaan haastattelumenetelmillä saatua tietoa käyttää havainnoinnilla saadun tiedon tueksi. IADL-asteikko ja Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL) ovat haastattelumenetelmiä, jotka arvioivat suoriutumista ADL- ja IADL-toiminnoissa.

IADL-asteikko

IADL-asteikko on haastattelumenetelmä välillisten päivittäisten toimintojen ja avuntarpeen arviointiin. IADL-asteikko arvioi kuntoutujan puhelimen käyttöä, ostosten tekoa, ruoanvalmistusta, kodinhoitoa, pyykinpesua, liikkumista kulkuvälineillä, lääkityksestä huolehtimista, ja raha-asioista huolehtimista. Haastattelun suorittaminen vie aikaa noin 5 minuuttia. (Autio 2012)

IADL-asteikko on tarkoitettu erityisesti ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin. Se on todettu toistettavuudeltaan hyväksi ja validiksi mittariksi. Lisäksi IADL-asteikko ankkuroituu kansainvälisiin luokituksiin, kuten ICF- ja ICD-luokituksiin. Arviointimenetelmän rajoituksena on, että se on kulttuuri-, ympäristö- ja sukupuolisidonnainen, mikä on huomioitava tuloksia tulkittaessa. (Autio 2011b) IADL-asteikolla voidaan arvioida toiminnasta suoriutumisen itsenäisyyttä, joka on yksi Fisherin (2009, 88) mainitsemista jatkumoista.

Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL)

Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL) arvioi kuntoutujan itsenäisyyttä päivittäisissä toiminnoissa. Arviointi voidaan toteuttaa joko haastattelemalla asiakasta tai vaihtoehtoisesti asiakas voi täyttää lomakkeen itse. Arvioinnissa kuntoutuja vertaa väittämiä suorittamiinsa toimintoihin viime viikkojen ajalta. NEADL sisältää yhteensä 22 kysymystä, jotka liittyvät liikkumiseen, ruokailuun, astioiden pesuun, ruoan valmistukseen, vaatteiden pesuun, rahan hallintaan, kotitöiden tekemiseen, ostosten tekemiseen, lukemiseen, puhelimen käyttöön, kirjeiden kirjoittamiseen, sosiaalisiin suhteisiin, puutarhan hoitoon ja autolla ajamiseen. Kysymyksiin vastataan rasti ruutuun – tyyppisesti ja vaihtoehtoja on yhteensä neljä. Arvioinnissa kuntoutuja määrittelee, onko hän suorittanut toiminnon itsenäisesti (on your own), itsenäisesti, vaikka vaikeuksia on ollut (on your own with difficulty), avun kanssa (with help) vai ei ollenkaan (not at all). (Nottingham Extended Activities of Daily Living (NEADL) Scale n.d.; Nottingham Extended ADL Scale n.d.) NEADL – arviointimenetelmän on tutkittu soveltuvan aivohalvauskuntoutujan arviointiin (Wu, Chuang, Lin & Horng 2011). Fisherin (2009, 88) jatkumoista NEADL arvioi toiminnasta suoriutumisen itsenäisyyttä.

10.1.5 Toiminnalliseen suoriutumiseen vaikuttaneen tekijän määrittelyminen

Kun toimintaterapeutti on havainnoinut asiakkaan suoriutumista valituissa tehtävissä, hän voi määritellä ne teot, joista asiakas suoriutui tehokkaasti/tehottomasti sekä syyt havaituille ongelmille. Syy voi liittyä yksilötekijöihin, kehon toimintoihin, fyysiseen tai sosiaaliseen ympäristöön tai yhteiskunnallisiin rajoituksiin ja odotuksiin. Usein toiminnalliseen suoriutumiseen vaikuttanut syy on helposti havaittavissa, mutta joissain tapauksissa voidaan tarvita tarkempaa arviointia. Arviointi voidaan toteuttaa tarkastelemalla uudestaan niitä 10 ulottuvuutta, joita hyödynnettiin asiakaskeksien suoriutumisen viitekehyksen muodostamisessa tai pohtimalla asiakkaan toiminnasta tehtyjä havaintoja uudelleen. Asiakkaan yksilötekijöitä ja kehon toimintoja voidaan testata myös tarkemmilla mittareilla. (Fisher 2009, 98–100)

Opinnäytetyössäni keskityin etsimään arviointimenetelmiä, jotka keskittyvät toiminnan tason arviointiin. Tämän vuoksi mukaan ei valikoitunut ainuttakaan kehon toimintojen tai yksilötekijöiden mittaria. Löytämistäni arviointimenetelmistä A-ONE on kuitenkin arviointimenetelmä, joka perustuu top-down – näkökulman mukaiseen arviointiin ja jolla on mahdollista määrittellä myös asiakkaan itsenäisyyttä rajoittava neurobehavioraalinen häiriö arvioinnin toisessa osassa. (In Depth Review of the Arnadottir OT-ADL Neurobehavioural Evaluation (A-ONE) n.d.)

Arvioinnin lopuksi dokumentoidaan asiakkaan toimintakyvyn taso, määritellään tavoitteet interventiolle, valitaan asiakkaan tilanteeseen soveltuva malli ja toteutetaan toimintaan perustuva interventio. (Fisher 2009, 93, 104–106).

10.2 Arviointimenetelmien vertailu ja arviointipaketin muodostaminen

Löytämilläni haastattelu- ja itsearviointimenetelmillä (COPM, OPHI-II, OCAIRS, OSA, IPA) voidaan selvittää asiakkaan subjektiivinen kokemus omasta elämäntilanteestaan. Haastattelu- ja itsearviointimenetelmien rajoituksena on, että asiakkaan on kyettävä itse arvioimaan omaa suoriutumistaan, mikä voi olla AVH- tai aivovammapotilaille vaikeaa tai mahdotonta kognitiivisten häiriöiden vuoksi. Vaihtoehtoisesti haastattelu voidaan toteuttaa kuntoutujan läheisille. COPM, OPHI-II, OCAIRS ja OSA ovat arviointimenetelmiä, jotka pohjautuvat toimintaterapian malleihin ja käsitteisiin. Arvioijalta vaaditaan siis tarkempaa perehtymistä arviointimenetelmän pohjalla olevaan malliin, ja kyseiset arviointimenetelmät on ensisijaisesti tarkoitettu toimintaterapeuttien käyttöön. IPA on arviointimenetelmä, joka soveltuu kenen tahansa kuntoutustiimin jäsenen käyttöön. Kaikista muista paitsi OCAIRS- arviointimenetelmästä on saatavilla suomenkielinen versio.

Löysin kirjallisuuskatsauksen avulla eniten tietoa COPM- arviointimenetelmästä, josta löytyi maininta neljässä eri lähteessä. OCAIRS-, OPHI-II-, OSA ja IPA - arviointimenetelmistä löytyi maininta ainoastaan kahdessa eri lähteessä. Suorittamani kirjallisuuskatsaus siis tukee erityisesti COPM-arviointimenetelmän käyttöä osana AVH- ja aivovammapotilaiden alkuvaiheen arviointia. Lisäksi COPM on TOIMIA-tietokannassa mukana seuraavissa suosituksissa: ”Suositus osallistumisen yleis-

luonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla” ja ”Suositus aivoverenkiertohäiriö (AVH)- ja MS-kuntoutujan liikkumisen ja osallistumisen arviointiin”. (Kantanen 2011a)

IPA – arviointimenetelmän käyttöä puoltaa se, että sen voi suorittaa kuka tahansa kuntoutustiimin jäsen ja lomake on saatavissa ilmaiseksi Internetistä. IPA arvioi erityisesti asiakkaan mahdollisuutta osallistua haluamiinsa toimintoihin ja sen avulla voidaan tunnistaa ne toiminnot, joissa asiakkaalla on osallistumisen rajoitteita. (Kanelisto ym. 2013a) Lisäksi IPA huomioi asiakkaan tahdon, mikä tekee siitä asiakaskeksisen arviointimenetelmän. Näiden tekijöiden vuoksi IPA soveltuu hyvin käytettäväksi arvioinnin alkuvaiheessa. TOIMIA- tietokannassa IPA on osana seuraavaa suositusta: ”Suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla”. IPA – arviointimenetelmän käytössä on huomioitava, että asiakkaalla on oltava kokemusta kotona asumisesta nykyisellä toimintakyvyllään. (Kanelisto ym. 2013a)

Löytämistäni havainnointimenetelmistä FIM ja ASTA ovat arviointimenetelmiä, jotka mittaavat toimintakykyä avuntarpeen näkökulmasta. Ne ovat hyvin laajoja ja kattavia arviointimenetelmiä ja soveltuvat eri terveydenalan ammattilaisten käyttöön. Arviointimenetelmien etuna siis on, että moniammatillinen tiimi voi yhteisesti suorittaa arviointia FIM- ja ASTA – arviointimenetelmillä. FIM on tunnettu ja tutkittu mittari, jonka luotettavuudesta ja validiteetista on julkaistu yli sata kansainvälistä tutkimusta (FCG Finnish Consulting Group n.d.) ASTA ei ole yhtä laajalti käytössä kuin FIM, eikä sen luotettavuudesta ja validiteetista ole tehty tutkimusta samassa mittakaavassa. Kirjallisuuskatsauksella löysin FIM – arviointimenetelmästä maininnan yhteensä kolmessa eri lähteessä. ASTA arviointimenetelmästä ei löytynyt mainintaa yhdessäkään lähteessä, mikä johtuu todennäköisesti siitä, että suuri osa käyttämistäni tietokannoista olivat kansainvälisiä ja ASTA on suomalainen arviointimenetelmä.

FIM – arviointimenetelmän käyttö vaatii koulutuksen käymisen (FCG Finnish Consulting Group). Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusosaston työntekijät on koulutettu FIM – arviointimenetelmän käyttöön, mikä puoltaa sen käyttöönottamista myös asumiskokeilussa. ASTA ei vaadi erillisen koulutuksen käymistä, mutta koulutuksia järjestetään kysynnän mukaan. Lomakkeisto on saatavilla ilmaiseksi netistä. (ASTA – asumisen toimintojen arviointiin n.d.) Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusosaston

toimintaterapeutit ovat hyödyntäneet ASTA – arviointimenetelmää asumiskokeilujakson arvioinnissa, joten se on heille ennalta tuttu arviointimenetelmä.

AMPS – arviointimenetelmän käyttöä puoltaa se, että se soveltuu erityisesti toiminnan analyysin suorittamiseen OTIPM – mallin mukaisesti. Lisäksi AMPS mahdollistaa myös asiakkaan mielipiteiden huomioimisen havainnoitavia toimintoja valittaessa. Fisherin (2009, 88) mainitsemista jatkumoista AMPS – arviointimenetelmällä voidaan arvioida toimintaan vaadittavaa fyysistä ponnistelua, toiminnan tehokkuutta, itsenäisyyttä ja turvallisuutta. Se ei siis arvioi toimintaa ainoastaan itsenäisyyden näkökulmasta, kuten monet muut löytämäni arviointimenetelmät. TOIMIA-tietokannassa AMPS on mukana seuraavissa suosituksissa: ”Suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla” ja ”Suositus aivoverenkiertohäiriö (AVH)- ja MS-kuntoutujan liikkumisen ja osallistumisen arviointiin”. AMPS – arviointimenetelmän rajoituksena on, että sen käyttäminen vaatii maksullisen koulutuksen käymisen ja arvioijan tulee olla toimintaterapeutti. (Kantanen, Hilli 2011a) Tämän vuoksi AMPS ei sovellu moniammatillisen tiimin yhteiseen käyttöön. Löysin kirjallisuuskatsauksen avulla AMPS – arviointimenetelmästä maininnan yhteensä neljässä eri lähteessä.

A-ONE arviointimenetelmästä löytyi maininta kahdessa eri lähteessä. Arviointimenetelmän käyttöä puoltaa se, että se on toimintaan perustuva arviointimenetelmä ja mahdollistaa top-down – näkökulman mukaisen arvioinnin toteuttamisen, kuten OTIPM – mallissa on suositeltu. A-ONE – arviointimenetelmän heikkoutena on, että sen luotettavuus ei ole hyvä kaikissa osioissa. Lisäksi en löytänyt juurikaan tietoa A-ONE – arviointimenetelmän käytettävyydestä Suomessa.

Barthelin indeksi ja Katzin indeksi ovat hyvin samankaltaisia arviointimenetelmiä, sillä ne arvioivat samoja toimintoja ja tieto hankitaan sekä haastattelemalla että havainnoimalla asiakasta. Barthelin indeksissä tietyt osiot on kuitenkin eritelty tarkempiin osiin, jolloin arviointi on yksityiskohtaisempaa. Barthelin indeksi ja Katzin indeksi eivät erottele, mitkä toiminnot ovat asiakkaalle tärkeitä. Tämä onkin kummankin arviointimenetelmän heikkous. Katzin indeksin arviointilomake on saatavissa netistä suomeksi, mutta Barthelin indeksistä suomennosta ei ole vielä saatavilla. Barthelin indeksistä löytyi maininta yhteensä neljässä eri lähteessä ja Katzin indeksistä kolmessa eri lähteessä. TOIMIA – tietokannassa Barthelin indeksi ja Katzin indeksi ovat mo-

lemmat mukana seuraavassa suosituksessa: ”lääkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä”(Autio, Vesterinen 2011a; Autio, Vesterinen 2012).

Functional Autonomy Measurement System (SMAF) – arviointimenetelmä on myös rinnastettavissa Barthelin indeksiin ja Katzin indeksiin tiedonkeruutavan ja arvioitavien toimintojen osalta. SMAF – arviointimenetelmän käytettävyydestä Suomessa ei kuitenkaan löytynyt juurikaan tietoa.

Välillisten päivittäisten toimintojen haastattelumenetelmistä IADL-asteikosta löytyi maininta kolmessa eri lähteessä ja NEADL – arviointimenetelmästä kahdessa eri lähteessä. IADL-asteikon etuna on, että se on suomennettu arviointimenetelmä ja yleisesti käytössä maailmalla. Lisäksi IADL-asteikko on helppo ja nopea toteuttaa ja lomake on saatavilla ilmaiseksi. TOIMIA – tietokannassa IADL-asteikko on mukana seuraavassa suosituksessa: ”lääkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä”. (Autio 2012) NEADL – arviointimenetelmästä ei ole saatavilla suomenkielistä versiota. Englanninkielinen arviointilomake on saatavilla netissä. NEADL – arviointimenetelmän käytettävyydestä ei löytynyt juurikaan tietoa.

Arviointipakettiin valitsemani arviointimenetelmät olen kuvannut taulukossa, johon olen listannut asumiskokeilujakson arviointiin parhaiten soveltuvat arviointimenetelmät ja perustellut, miksi olen ne valinnut. Lisäksi olen eritellyt, missä arvioinnin vaiheessa arviointimenetelmää voidaan käyttää ja mitä muita arviointimenetelmiä voidaan vaihtoehtoisesti käyttää valitsemani menetelmän rinnalla tai tilalla. Käytännössä arviointi suunnitellaan jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisesti, joten asiakkaan arviointiin soveltuvat arviointimenetelmät voivat vaihdella jonkin verran. Toiminnan havainnointiin hyvin soveltuvia arviointimenetelmiä löytyi useita, joten valitsin ne kaikki osaksi arviointipakettia, vaikka käytännössä havainnointi toteutetaan käyttämällä todennäköisesti vain yhtä tai kahta arviointimenetelmää.

Taulukko 5. Asumiskokeilujaksoon parhaiten soveltuvat arviointimenetelmät

Arvioinnin vaihe OTIPM – mallin mukaan	Parhaiten soveltuva arviointi- menetelmä	Perustelut	Muut vaihto- ehdot
Asiakaskeskeisen suoriutumisen viitekehysten muodostaminen	COPM	<ul style="list-style-type: none"> - arviointimenetelmästä löytyi maininta useassa eri lähteessä - asiakaskeskeinen - mukana TOIMIA – tietokannan suosituksissa: ”Suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla” ja ”Suositus aivoverenkiertohäiriö (AVH)- ja MS-kuntoutujan liikku- misen ja osallistumisen arvioin- tiin” - reliaabeli, validi ja paljon käytetty arviointimenetelmä - suomennos saatavilla 	OSA OPHI-II OCAIRS
	IPA	<ul style="list-style-type: none"> - soveltuu kenen tahansa kuntou- tustyöryhmän jäsenen käyttöön - asiakaskeskeinen - mukana TOIMIA - tietokannan suosituksessa: ”Suositus osallis- tumisen yleisluonteisista arvioin- timenetelmistä aikuisilla” - tutkittu arviointimenetelmä - suomennos saatavilla 	
Toiminnan havainnointi	AMPS	<ul style="list-style-type: none"> - soveltuu erinomaisesti toiminnan analyysiin - arvioi toimintaa useasta eri nä- kökulmasta (ponnistelu, tehok- kuus, omatoimisuus, turvallisuus) - asiakaskeskeinen - mukana TOIMIA - tietokannan suosituksissa: ”Suositus osallis- tumisen yleisluonteisista arvioin- timenetelmistä aikuisilla”, ”Suosi- tus aivoverenkiertohäiriö (AVH)- ja MS-kuntoutujan liikkumisen ja osallistumisen arviointiin” - tutkittu arviointimenetelmä 	A-ONE Barthe- lin in- deksi Katzin indeksi SMAF IADL- asteikko
	FIM	<ul style="list-style-type: none"> - arviointi voidaan toteuttaa mo- niammatillisen tiimin toimesta - paljon käytetty ja tutkittu arvi- ointimenetelmä - arvioi itsenäisyyden ohella myös vuorovaikutusta 	NEADL

		<ul style="list-style-type: none"> - kattava päivittäisten toimintojen arviointimenetelmä - suomennos saatavilla 	
	ASTA	<ul style="list-style-type: none"> - asiakaskeskeinen - arvioi avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa kattavasti - arviointi voidaan mukauttaa asiakkaalle sopivaksi - arviointi voidaan toteuttaa moniammatillisen tiimin toimesta - suomenkielinen 	

11 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli etsiä integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla arviointimenetelmiä, jotka soveltuvat AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin päivittäisissä toiminnoissa. Tavoitteena oli muodostaa löydetystä arviointimenetelmistä arviointipaketti, jota voidaan hyödyntää Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusosaston asumiskokeilujakson yhteydessä.

Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla löysin yhteensä 31 arviointimenetelmää, joiden raportoitiin soveltuvan AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin päivittäisissä toiminnoissa. Yhteensä 13 arviointimenetelmästä oli maininta useammassa kuin yhdessä lähteessä, ja ne valittiin tarkemman tarkastelun kohteeksi. Muodostamaani arviointipakettiin valitsin yhteensä viisi arviointimenetelmää, jotka soveltuvat parhaiten asumiskokeilujakson aikana käytettäväksi. Hyvin soveltuvia havainnointimenetelmiä löytyi useita, joten lopullinen päätös havainnointimenetelmän valinnasta ja käyttöönotosta jää Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusosaston työntekijöiden tehtäväksi.

Opinnäytetyöni teoriataustana käytin toimintaterapeuttien ammatillista harkintaa ohjaavaa OTIPM – mallia, joka kuvailee toimintaterapiaprosessin vaiheet asiakaskeisyyden, toimintaan perustuvuuden ja top-down – näkökulman mukaisesti (Fisher 2009, 1). Onnistuin integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla löytämään useita erilai-

sia arviointimenetelmiä, jotka olivat toimintaan perustuvia ja huomioivat asiakkaan näkökulman arvioinnissa. Löysin kirjallisuuskatsauksen avulla myös yhden arviointimenetelmän, joka noudatti top-down – näkökulman mukaista arviointia. Suurin osa löytämistäni arviointimenetelmistä linkittyi ICF – luokituksen suoritukset ja osallistuminen – osa-alueelle, mikä on erityisesti toimintaterapeuttien kiinnostuksen kohde. Löytämäni arviointimenetelmät hyödynsivät monipuolisesti eri tiedonkeruutapoja, kuten haastattelua, havainnointia ja itsearviointia. Täten arviointimenetelmien tarkastelu ja liittäminen osaksi OTIPM – mallin arviointiprosessin vaiheita oli vaivatonta.

OTIPM – mallissa Fisher (2009, 65–66) on määritellyt 10 eri ulottuvuutta, joiden huomioiminen arvioinnissa on tärkeää. Arvioinnilla tulisi saada tietoa liittyen asiakkaan ympäristöön, rooleihin, motivaatioon, tehtäviin, kulttuuriseen ulottuvuuteen, sosiaaliseen ulottuvuuteen, yhteiskunnalliseen ulottuvuuteen, kehon toimintoihin, ajalliseen ulottuvuuteen ja toimintaan mukautumiseen. Löytämilläni arviointimenetelmillä saatu tieto ei kata kaikkia Fisherin mainitsemia ulottuvuuksia. Vaikka ulottuvuuksia ei ole tarkoitettu käytettäväksi arvioinnissa haastattelukysymyksinä, on niillä saatu tieto parempi kuin että ulottuvuus jätettäisiin kokonaan huomioimatta. Täten Fisherin määrittelemien kysymysten käyttäminen osana arviointia voi olla perusteltua.

Kymmenen ulottuvuuden lisäksi Fisher (2009, 151) on määritellyt kuusi laadullista jatkumoa, joiden avulla voidaan havainnoida asiakkaan toiminnallista suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. Fisherin mukaan havainnoinnissa tulee huomioida toimintaan vaadittava fyysinen ponnistelu, toiminnan tehokkuus, turvallisuus, omatoimisuus, itsenäisyys, sosiaalisen vuorovaikutuksen soveliaisuus sekä asiakkaan tyytyväisyys omaan toimintaansa. Löytämistäni havainnointimenetelmistä ainoastaan AMPS - arviointimenetelmällä voidaan arvioida useita laadullisia jatkumoa, kuten ponnistelu, tehokkuutta, turvallisuutta ja omatoimisuutta. Suurin osa löytämistäni havainnointivälineistä arvioi toimintaa ainoastaan itsenäisyyden näkökulmasta.

Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä on useita. Käytettävät tietokannat ja lähteet sekä hakusanat ja hakulausekkeet voivat vaikuttaa tutkimuksen laadukkuuteen merkittävästi. Pyrin opinnäytetyössäni etsimään tietoa useasta eri lähteestä. Tiedonhaussa hyödynsin kahta kansainvälistä

ja yhtä suomalaista tietokantaa sekä kahta toimintaterapia-arviointiin keskittyvää kirjaa. Hakukäsitteitä määritellessäni pyrin huomioimaan samaa asiaa tarkoittavat useat eri termit sekä kirjoitusasut. Huomioimalla nämä tekijät, pyrin löytämään oikeanlaista tietoa, joka käsittelisi tutkittavaa aihetta mahdollisimman kattavasti. Ennen aineiston rajaamista määrittelin sisällyttämisen- ja poissulkukriteerit mahdollisimman tarkasti, jotta mukaan valikoituisi opinnäytetyöni kannalta oleellista tietoa. Aineiston rajaaminen suoritettiin vaiheittain ensin otsikon, sitten abstraktin ja lopuksi varsinaisen artikkelin perusteella. Aineistoa rajatessa pyrin kriittisesti pohtimaan arviointimenetelmän soveltuvuutta AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin päivittäisissä toiminnoissa. Mikäli artikkelissa tai kirjassa ei ollut kuvattu arviointimenetelmää tarpeeksi tarkasti, etsin siitä lisätietoa Internetin avulla. Vaikka suoritin aineiston haun ja rajaamisen yksin, pyrin työskentelemään huolellisesti, jotta tiedonhaku olisi mahdollisimman luotettava.

Aineiston analyysivaiheessa pyrin tarkastelemaan löytämiäni arviointimenetelmiä useasta eri näkökulmasta. Alustavasti arviointimenetelmät valittiin lähteiden määrän perusteella ja analyysin seuraavassa vaiheessa pyrin tarkastelemaan arviointimenetelmiä muun muassa ICF – luokituksen, OTIPM – mallin, Suomen toimintaterapeuttiliiton suositusten ja arviointimenetelmän käytettävyyden perusteella. Analyysivaiheessa vaikeuksia tuotti arviointimenetelmien vertailu keskenään, sillä hyviä arviointimenetelmiä löytyi useita ja ne saattoivat sopia arviointiin useista eri syistä. Muodostaessani arviointipakettia valitsin toiminnan havainnointiin soveltuvia arviointimenetelmiä useita, sillä niiden lopullinen soveltuminen asumiskokeilujakson arviointiin voidaan määritellä ainoastaan käytännön kokemusten perusteella.

Arviointimenetelmien testaaminen käytännössä asumiskokeilujakson yhteydessä olisikin mielenkiintoinen jatkokehitysidea opinnäytetyöni kannalta. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, mitä arviointimenetelmiä muut asumiskokeilujaksoja järjestävät kuntoutuslaitokset hyödyntävät asiakkaan toimintakykyä ja avuntarvetta arvioidessa.

Suomen toimintaterapeuttiliiton suositusten (2010) mukaan arvioinnin tulisi tapahtua asiakkaalle luonnollisessa ympäristössä. Asumiskokeilujakson aikana arviointi toteutetaan siihen tarkoitettuun erillisessä tilassa, joten toiminnan arviointi luonnolli-

sessä ympäristössä ei ole mahdollista. Vaikka asumiskokeilujakson tila on suunniteltu mahdollisimman kodinomaiseksi, tulee arvioinnin tuloksia tulkittaessa huomioida, että vieras ympäristö on voinut vaikuttaa tuloksiin.

Opinnäytetyöni pohjalta voidaan todeta, että AVH- ja aivovammakuntoutujan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin soveltuvia tutkittuja arviointimenetelmiä on saatavilla paljon. Haastattelumenetelmistä erityisesti COPM ja IPA ovat paljon käytettyjä arviointimenetelmiä, joilla voidaan arvioida AVH- ja aivovammakuntoutujan toiminnallista suoriutumista ja osallistumista asiakkaan subjektiivisesta näkökulmasta.

AMPS, FIM ja ASTA ovat arviointimenetelmiä, jotka soveltuvat AVH- ja aivovammakuntoutujan toiminnallisen suoriutumisen havainnointiin päivittäisissä toiminnoissa. Kyseisillä havainnointimenetelmillä voidaan määrittää asiakkaan toimintakyky ja selvittää, miten paljon apua hän tarvitsee päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen.

Lähteet

Aivovammat. 16.12.2008. Käypä hoito. Viitattu 29.1.2014

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi18020>.

Aivoverenkiertohäiriö. N.d. Aivoliitto. Viitattu 29.1.2014 <http://aivoliitto.fi>, Aivoverenkiertohäiriö (AVH), Aivoverenkiertohäiriö.

Aivoverenvuoto. N.d. Aivovaurio.fi. Viitattu 30.1.2014 <http://aivovaurio.fi>, Aivoverenkiertohäiriö, AVH, Aivoverenvuoto.

Asher, I. E. (ed.) 2007. Occupational therapy assessment tools: An annotated index (3rd ed.). Bethesda, MD: AOTA Press.

ASTA – asumisen toimintojen arviointiin. N.d. Aspa-säätiö. Viitattu 23.3.2014

<http://www.aspasaatio.fi/kehitt%C3%A4minen-ja-vaikuttaminen/asta%E2%84%A2-asumisen-toimintojen-arviointiin>.

Autio, T. 25.1.2011a. Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin.

Arvioitu mittari: Barthelin indeksi. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 22.3.2014

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/58/>.

Autio, T. 25.1.2011b. Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin.

Arvioitu mittari: IADL-asteikko. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 22.3.2014

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/19/>.

Autio, T. 8.6.2012. IADL-asteikko. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 22.3.2014

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/31/>.

Autio, T. Vesterinen, P. 25.1.2011a. Barthelin indeksi. TOIMIA-tietokanta. Viitattu

22.3.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>.

Autio, T. Vesterinen, P. 26.1.2011b. Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin.

Arvioitu mittari: Katzin indeksi. TOIMIA-tietokanta. Viitattu

22.3.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/65/>.

Autio, T. Vesterinen, P. 8.6.2012. Katzin indeksi. TOIMIA-tietokanta. Viitattu

22.3.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/94/>.

Bathroom Modifications. N.d. The Internet Stroke Center. An independent web resource for information about stroke care and research. Viitattu 16.3.2014

<http://www.strokecenter.org/patients/caregiver-and-patient-resources/home-modification/bathroom/>.

CINAHL (EBSCO). N.d. Nelli tiedonhakuportaali. Viitattu 12.2.2014

<http://jamk.fi/kirjasto>, Löydä, kysy, opi, Nelli-portaali.

Daily living. N.d. Stroke Recovery Association NSW. Reducing the Impact of Stroke.

Viitattu 16.3.2014 <http://www.strokensw.org.au/after-a-stroke/daily-living/>.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, N.d. Etelä-pohjanmaan sairaanhoitopiirin verkkosivut. Viitattu 11.11.2013 www.epshp.fi, Yleisesittely.

FCG Finnish Consulting Group. N.d. Viitattu 22.3.2014 <http://www.fimmittari.fi/>.

Fisher, A. G. 2009. Occupational Therapy Intervention Process Model. A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions. Fort Collins, Colorado: Three Star Press, Inc.

Fisher, A. G. 2013. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2013, Early Online, 1-12.

Flinkman, M. Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – Eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Toim. Johansson, K. Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R-L. Turun yliopisto. Hoitotieteen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino –Turun yliopisto.

Hautala, T. Hämäläinen, T. Mäkelä, L. & Rusi-Pyykkönen, M. 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita Prima.

Hébert, R. Guilbault, J. Desrosiers, J. & Dubuc, N. 2001. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): A Clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. Viitattu 25.3.2014 http://www.expertise-san-te.com/modules/AxialRealisation/img_repository/files/documents/SMAF_J%20Can%20Geriatrics%20Soc%202001.pdf.

Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa, Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset. 2010. Suomen toimintaterapeuttiliitto ry. Viitattu 26.3.2014 <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/arviointijulkaisu.pdf>.

ICF-luokituksen koodit ja tarkenteet. N.d. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.2.2014 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/icf/luokitus/icf_luokituksen_koodit_ja_tarkenteet.

ICF -Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 4.painos. 2011. STAKES, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, ohjeita ja luokituksia 2004: 4. WHO World Organization. Jyväskylä: Bookwell.

Incontinence after stroke. 2012. Fact Sheet. National Stroke Foundation. Continence Foundation of Australia. Viitattu 17.3.2014 http://strokefoundation.com.au/site/media/FS10_Incontinence_web.pdf.

In Depth Review of the Arnadottir OT-ADL Neurobehavioural Evaluation (A-ONE). N.d. StrokEngine Assess. Canadian Stroke Network. Viitattu 25.3.2014 http://strokengine.ca/assess/module_a_2d_one_indepth-en.html.

Instrumental Activities of Daily Living (ADL) 2004. Rehabilitation Best Practice Standards IADL. Vancouver Island health authority, Rehabilitation Services. Viitattu 26.3.2014 http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/B9279155-0172-40E7-86F4-80D026B68855/0/iadl1_stnd_13_doc.pdf.

- Kanelisto, K. Salminen, A-L. & Paltamaa, J. 24.6.2013a. IPA, Impact on Participation and Autonomy. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 23.3.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/130/>.
- Kanelisto, K. Salminen, A-L. & Paltamaa, J. 24.6.2013b. IPA –i tsearviointimenetelmän soveltuvuus osallistumisen arviointiin kuntoutuksessa. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 23.3.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/88/>.
- Kantanen, M. 13.6.2011a. COPM. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 22.3.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/95/>.
- Kantanen, M. 3.2.2011b. Soveltuvuus osallistumisen muutoksen arviointiin MS-tautia ja aivoverenkiertohäiriötä sairastavien kuntoutuksessa. Arvioitu mittari: COPM. Viitattu 22.3.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/67/>.
- Kantanen, M. Hilli, T. 9.3.2011a. AMPS, Assessment of Motor and Process Skills. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 22.3.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/101/>.
- Kantanen, M. Hilli, T. 9.3.2011b. Soveltuvuus päivittäisten toimintojen arviointiin aivoverenkiertohäiriö (AVH)- ja MS-kuntoutujalla. Arvioitu mittari: AMPS, Assessment of Motor and Process Skills. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 22.3.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/79/>.
- Kaste, M. Hernesniemi, J. Kotila, M. Lepäntalo, M. Lindsberg, P. Palomäki, H. Roine, R. O. & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Neurologia. Duodecim. Toim. Soinila, S. Kaste, M. & Somer, H. Jyväskylä: Gummerrus.
- Kernisan, L. N.d. Activities of Daily Living: What are ADLs and IADLs. Caring.com. Viitattu 25.3.2014 <http://www.caring.com/articles/activities-of-daily-living-what-are-adls-and-iadls>.
- Klinke, M. E. Hafsteinsdóttir, T. B. Thorsteinsson, B. & Jónsdóttir, H. 2014. Living at home with eating difficulties following stroke: a phenomenological study of younger people's experiences. Viitattu 16.3.2014 <http://jamk.fi/kirjasto>, Löydä,kysy,opi, Nelli-portaali, CINAHL.
- Kuikka, P. Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2001. Kliininen neuropsykologia. Porvoo: WSOY.
- Kuikka, P. Pulliainen, V. Hänninen, R. 2002. Kliininen neuropsykologia. Porvoo: WSOY.
- Law, M. Baum, C. & Dunn, W. 2005. Measuring Occupational Performance. Supporting best practice in occupational therapy. Second Edition. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Mayo, N. E. Wood-Dauphinee, S. Côté, R. Durcan, L. & Carlton, J. 2002. Activity, Participation, and Quality of Life 6 Months Poststroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2002 Aug; 83(8): 1035-42. PubMed. Viitattu 26.3.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12161823>.
- Nottingham Extended Activities of Daily Living (NEADL) Scale. N.d. Guidance Notes. The University of Nottingham. Viitattu 25.3.2014

<http://www.nottingham.ac.uk/medicine/documents/publishedassessments/neadl-notes.pdf>.

Nottingham Extended ADL Scale. N.d. The University of Nottingham. Viitattu 25.3.2014

<http://www.nottingham.ac.uk/medicine/documents/publishedassessments/neadl.pdf>.

Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM). 2014. Center for Innovative OT Solutions. Creating tools for occupation-centered practice. Viitattu 23.3.2014 <http://www.innovativeotsolutions.com/content/otipm/>.

Palomäki, H. Öhman, J. & Koskinen, S. 2007. Aivovammat. Teoksessa Neurologia. Duodecim. Toim. Soinila, S. Kaste, M. & Somer, H. Jyväskylä: Gummerrus.

Psychometric Properties. N.d. StrokEngine Assess. Canadian Stroke Network. Viitattu 25.3.2014 http://strokengine.ca/assess/module_a_2d_one_indepth-en.html.

PubMed. N.d. Nelli-portaali. Viitattu 12.2.2014 <http://jamk.fi/kirjasto>, Löydä, kysy, opi, Nelli-portaali.

Schardt, C. Adams, M. B. Owens, T. Keitz, S. & Fontelo, P. 2007. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. BMC Medical Informatics and Decision Making. Viitattu 26.3.2014 <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/7/16>.

Sivenius, J. 19.1.2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 29.1.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00006.

Stroke Health Center. 28.6.2011. Stroke Recovery: Coping With Eating Problems. WebMD. Viitattu 16.3.2014 <http://www.webmd.com/stroke/managing-eating-problems-after-a-stroke#>.

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. Finlex. Viitattu 26.3.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#P19>.

Sveen, U. Thommessen, B. Bautz-Holter, E. Wyller, T.B. & Laake, K. 2004. Clinical Rehabilitation 2004 May; 18(3): 267-74. PubMed. Viitattu 26.3.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15137558>.

Tarnanen, K. Lindsberg, P. Sairanen, T. & Vuorela, P. 7.1.2011. Aivoinfarkti. Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 30.1.2014 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnu/khp00062>.

Tervetuloa TOIMIA-tietokantaan. N.d. TOIMIA, toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.2.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>.

Trelogan, S. N.d. Making Someone's Kitchen Safer After a Stroke. Caring.com. Viitattu 18.3.2014 <http://www.caring.com/articles/kitchen-safety-after-stroke>.

Walker, C. M. Walker, M. F. & Sunderland, A. 2003. Dressing after a stroke: a survey of current occupational practice. Viitattu 16.3.2014 <http://jamk.fi/kirjasto>, Löydä, kysy, opi, Nelli-portaali, CINAHL.

Walker, M. 1991. Dressing after stroke. University of Nottingham. Viitattu 16.3.2014 http://etheses.nottingham.ac.uk/357/1/M._F._Walker_-_Dressing_after_stroke.pdf.

Whittemore, R. Knaf, K. 2005. Methodological issues in nursing research, The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing 52(5), 546-553. Viitattu 12.2.2014 http://users.php.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittemore_knaf_05.pdf.

WHO. 2013. How to Use the ICF. A Practical Manual for Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Viitattu 26.3.2014 <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1>.

Wu, C. Chuang, L.L. Lin, K.C. & Horng, Y.S. 2011. Responsiveness and validity of two outcome measures of instrumental activities of daily living in stroke survivors receiving rehabilitative therapies. Clinical Rehabilitation 2011 Feb; 25(2): 175-83. PubMed. Viitattu 25.3.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21059664>.

Liitteet

Liite 1. Taulukko arviointimenetelmiä koskevista artikkeleista ja muista lähteistä

Artikkeli/ Kirja/Tietokanta	Tekijät, julkaisu- vuosi	Lähde/Kustantaja	Arviointimenetelmä (t)
1. Reliability of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: a criterion-referenced assessment.	Nott, M. T. Chapparo, C. & Heard, R. 2009	Australian Occupational Therapy Journal 2009 Oct; 56 (5): 307-314. (32 ref) (CINAHL, PubMed)	Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP)
2. "Scores of Independence for Neurologic and Geriatric Rehabilitation (SINGER)" - Development and Validation of a New Assessment Instrument] [German].	Gerdes, N. Funke, U. N. Schüwer, U. Themann, P. Pfeiffer, G. & Meffert, C. 2012	Rehabilitation 2012 Oct; 51 (5): 289-299 (CINAHL, PubMed)	Scores of Independence for Neurologic and Geriatric Rehabilitation (SINGER)
3. Using the Assessment of Motor and Process Skills to measure functional change in adults with severe traumatic brain injury: A pilot study.	Lange, B. Spagnolo, K. & Fowler, B. 2009	Australian Occupational Therapy Journal 2009 Apr; 56 (2): 89-96. (28 ref) (CINAHL, PubMed)	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)
4. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients.	Cup, E. Scholte op Reimer, W. Thijssen, M. & van Kuyk-Minis, M. 2003	Clinical Rehabilitation 2003 Jul; 17 (4): 402-409. (26 ref) (CINAHL, PubMed)	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
5. Impact on Participation and Autonomy (IPA): Psychometric evaluation of the Persian version to use for persons with stroke.	Fallahpour, M. Jonsson, H. Joghataei, M. T. & Kottorp A. 2011	Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2011 Mar; 18 (1): 59-71. (46 ref) (CINAHL, PubMed)	Impact on Participation and Autonomy
6. Evaluation of autonomies in the severely brain injured: the Progression of Autonomies Scale.	Arcuri, F. Lucca, L.F. Rosadini, V. Mercurio, G. & Mazzucchi, A. 2013	Functional Neurology 2013 Jan-Mar; 28 (1): 29-38. (PubMed)	Progression of Autonomies Scale
7. Development of a computerized adaptive test for assessing activities of daily living in outpatients with stroke.	Hsueh, I.P. Chen, J.H. Wang, C.H. Hou, W.H. & Hsieh, C.L. 2013	Physical Therapy 2013 May; 93 (5): 681-693. (PubMed)	ADL CAT
8. A cross-diagnostic validation of an instrument measuring participation in everyday occupations: the Occu-	Eriksson, G. Tham, K. & Kottorp, A. 2013	Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2013 Mar; 20 (2): 152-160. (PubMed)	Occupational Gaps Questionnaire (OGQ)

ational Gaps Questionnaire (OGQ).			
9. Test-retest reliability and validity of the comprehensive activities of daily living measure in patients with stroke.	Hsueh, I.P. Wang, C.H. Liou, T.H. Lin, C.H. & Hsieh, C.L. 2012	Journal of Rehabilitation Medicine 2012 Jul; 44 (8): 637-641. (PubMed)	Comprehensive Activities of Daily Living Measure (CADL)
10. Responsiveness, minimal detectable change, and minimal clinically important difference of the Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale in patients with improved performance after stroke rehabilitation.	Wu, C.Y. Chuang, L.L. Lin, K.C. Lee, S.D. & Hong, W.H. 2011.	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2011 Aug; 92 (8): 1281-1287. (PubMed)	Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL)
11. Responsiveness and validity of two outcome measures of instrumental activities of daily living in stroke survivors receiving rehabilitative therapies.	Wu, C.Y. Chuang, L.L. Lin, K.C. & Horng, Y.S. 2011	Clinical Rehabilitation 2011 Feb; 25 (2): 175-183. (PubMed)	Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL)
12. Reliability and validity of the Northwick Park Dependency Score (NPDS) Swedish version 6.0.	Svensson, S. Sonn, U. & Sunnerhagen, K.S. 2005	Clinical Rehabilitation 2005 Jun; 19 (4): 419-425. (PubMed)	Northwick Park Dependency Score (NPDS)
13. Sensitivity to changes in disability after stroke: a comparison of four scales useful in clinical trials.	Dromerick, A.W. Edwards, D.F. & Diringier, M.N. 2003	Journal of Rehabilitation Research and Development 2003 Jan-Feb; 40 (1): 1-8. (PubMed)	Barthelin indeksi, Functional Independence Measure (FIM)
14. Psychometric comparisons of the Stroke Impact Scale 3.0 and Stroke-Specific Quality of Life Scale.	Lin, K.C. Fu, T. Wu, C.Y. Hsieh, Y.W. Chen, C.L. Lee, P.C. 2010	Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation 2010 Apr; 19 (3): 435-443. (PubMed)	Stroke Impact Scale
15. Occupational Therapy Assessment Tools: an Annotated Index (3 rd ed.)	Asher, I.E. (Ed.) 2007	Bethesda, MD: AOTA Press	<ul style="list-style-type: none"> - COPM - MOHOST - OCAIRS - OPHI-II - Occupational Questionnaire - OSA - Volitional

			<p>Questionnaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation - AMPS - Barthelin indeksi - FIM - Functional Autonomy Measurement System (SMAF) - IADL-asteikko - Katzin indeksi - Klein-Bell Activities of Daily Living Scale - Kohlman Evaluation of Living Skills
16. Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy (2 nd ed.)	Law, M. Baum, C. Dunn, W. 2005	Thorofare, NJ: SLACK Incorporated	<ul style="list-style-type: none"> - OPHI-II - OSA - COPM - OCAIRS - Personal Care Participation Assessment and Resource Tool (PC-PART) - Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation - Barthelin indeksi - Functional Autonomy Measurement System (SMAF) - FIM - Katzin indeksi - Melville Nelson Self-Care Assessment - AMPS - Extended Activities of Daily Living (EADL) - IADL-asteikko

17. TOIMIA-tietokanta			<ul style="list-style-type: none">- AMPS- Barthelin indeksi- COPM- FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä- GOSE- IADL-asteikko- IPA- Katzin indeksi
-----------------------	--	--	--

Liite 2. Arviointimenetelmien lyhenteet

A-ONE: Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation

AMPS: Assessment of Motor and Process Skills

COPM: Canadian Occupational Performance Measure

CADL: Comprehensive Activities of Daily Living Measure

EADL: Extended Activities of Daily Living

FSQfin: FSQfin -Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä

SMAF: Functional Autonomy Measurement System

FIM: Functional Independence Measure

GOSE: Glasgow Outcome Scale – Extended

IPA: Impact on Participation and Autonomy

K-B Scale: Klein-Bell Activities of Daily Living Scale

KELS: Kohlman Evaluation of Living Skills

Melville-Nelson SCA: Melville- Nelson Self-Care Assessment

MOHOST: Model of Human Occupation Screening Tool

NPDS: Northwick Park Dependency Score

NEADL: Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale

OCAIRS: Occupational Circumstances Assessment Interview Rating Scale

OGQ : Occupational Gaps Questionnaire

OPHI-II: Occupational Performance History Interview-II

OQ: Occupational Questionnaire

OSA: Occupational Self Assessment

PRPP: Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis

PC-PART: Personal Care Participation Assessment and Resource Tool

PAS: Progression of Autonomies Scale

SINGER: Scores of Independence for Neurologic and Geriatric Rehabilitation

SIS: Stroke Impact Scale

VQ: Volitional Questionnaire

Liite 3. Lupa opinnäytetyölle

ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAAN-
HOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ


VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Nro

Keskushallinto

30.12.2013

94

Asia	Lupa opinnäytetyölle "Asumiskokeilu Seinäjoen keskussairaалassa - toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointi päivittäisissä toiminnoissa", Rantakari Ella
Selostus	<p>Jyväskylän ammattikorkeakoulun toimintaterapian koulutusohjelman opiskelija Ella Rantakari hakee lupaa otsikossa mainitulle opinnäytetyölle.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää arviointimenetelmien soveltuvuus AVH- tai aivovammakuntoutujan avuntarpeen ja toimintakyvyn arviointiin. Tavoitteena on koota valmiista avuntarpeen arviointimenetelmistä ja toimintakyvyn mittareista arviointipaketti toimintaterapeuttien käytettäväksi kuntoutujien asumiskokeilujaksojen aikana.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaajana toimii Mari Kantanen.</p> <p>Liitteenä lupahakemus, opinnäytetyön suunnitelma sekä kuntoutuksen toimintayksikön puoltava ote muistiosta.</p>
Päätös	Lupa myönnetty.
Tiedoksi	Opiskelija Ella Rantakari Vastaava toimintaterapeutti Virpi Aralinna Ohjaaja Mari Kantanen
Oikaisuvaatimus viranomaisen	<p>Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitus Huhtalantie 53 60220 SEINÄJOKI Puhelinvaihe (06) 415 4111 Telefax (06) 415 4351</p> <p>Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimuskielmoissa on ilmoitettava päätös, johon haetaan oikaisua, sekä se, millaista oikaisua vaaditaan ja millä perusteilla sitä vaaditaan.</p>
Paikka ja aika	Seinäjoki 30.12.2013
Allekirjoitus	
Virka-asema	Kirsi Korkiamäki vs. hallintoylihoitaja