

Päivi Voutilainen, Marja Vaarama

Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa

© Kirjoittaja ja Stakes

Taitto: Päivi Voutilainen

ISBN 951-33-1636-X (paperimoniste)

ISSN 1236-0740

ISBN 951-33-1637-8 (verkkokirja)

ISSN 1795-8210

Stakesin monistamo

Helsinki 2005



Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2005

Tiivistelmä

Päivi Voutilainen & Marja Vaarama. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes, Raportteja 7/2005. Helsinki 2005. 47 sivua, hinta 10 €. ISBN 951-33-1636-X

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä toimintakykymittareita kunnissa käytetään ikääntyneiden palvelutarvetta arvioitaessa palveluiden myöntämiseen liittyviä päätöksiä tehtäessä, analysoida yleisimmin käytettyjen mittareiden sisältöjä suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen ja selvittää minkä ajan kuluessa yhteydenotosta palvelupisteeseen ikääntyneet pääsevät palvelutarpeen arviointiin kiireellisissä ja ei-kiireellisissä tapauksissa. Tutkimus liittyy Sosiaalialan kehittämishankkeen Oikeus palvelun tarpeen arviointiin -osahankkeeseen.

Tutkimusaineisto kerättiin Manner-Suomen kunnista niiden ikääntyneiden palveluista vastaavilta henkilöiltä. Kyselylomake kehitettiin tätä tutkimusta varten. Aineisto analysoitiin määrällisesti ja avointen kysymysten analysoinnissa käytettiin sisällön analyysia. Yleisimmin käytössä olevien toimintakykymittareiden sisältö suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen analysoitiin kvantitatiivista sisällön analyysia käyttäen. Yhteensä kyselyyn vastasi 287 kuntaa, jolloin vastausprosentti oli 69. Suuri osa vastaamatta jättäneistä kunnista oli pieniä, alle 5000 asukkaan kuntia.

Palvelujen saantiin liittyvät päätökset kunnissa perustuivat toimintakyvyn arviointiin vain osittain. Suurimmillaan tämä osuus oli omaishoidon tuen asiakkaiden kohdalla ja pienimmillään päivätoiminnan ja päiväsaaraalan palvelujen kohdalla. Toimintakyvyn mittausta palvelutarpeen arvioinnin perustana oli kirjallisesti ohjeistettu keskimäärin vajaassa 40 prosentissa kyselyyn vastanneista kunnista. Fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytettiin pääsääntöisesti RAVA -indeksiä. Muita fyysisistä toimintakykyä mittaavia mittareita käytettiin vain vähän. Keskimäärin vajaa viidennes kunnista käytti vähintään kahta mittaria ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn arviointiin. Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin useampia mittareita kuin muita toimintakyvyn osa-alueita arvioitaessa. Eniten käytettiin MiniMental State Examination (MMSE)-mittaria, CERAD -tehtäväsarjaa ja RAVA -indeksiä. Keskimäärin eri palveluissa yli puolet kysymykseen vastanneista kunnista käytti vähintään kahta mittaria kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa. Psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen oli hyvin vähäistä verrattuna fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen ja ympäristötekijöiden, kuten esim. asuin- ja lähiympäristön esteettömyyden, arviointi oli erittäin vähäistä.

Yleisimmin käytettyjä arviointimittareita arvioitiin suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen. Analyysi osoitti, että yleisimmin käytössä olevilla toimintakykymittareilla saadaan ikäihmisen toimintakyky arvioitua monipuolisesti silloin, kun käytetään mittaripatteristoa, jonka avulla toimintakyvyn eri ulottuvuudet saadaan kattavasti arvioinnin piiriin. Yksinään yksikään näistä yleisimmin käytetyistä mittareista ei ollut riittävä kattavaan toimintakyvyn arviointiin. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ikääntyneet kuntalaiset pääsivät palvelutarpeen arviointiin nopeimmin eli alle viikossa kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa, ml. yhdistetyn kotihoiton palvelut. Muiden palveluiden osalta palvelutarpeen arviointia joutui vastaajien mukaan odottamaan pidempään, pisimpään omaishoidon tuen, palveluasumisen ja päivätoiminnan palveluiden kohdalla. Kiireellisten ja ei-kiireellisten tapausten osalta palvelutarpeen arviointiin pääsy oli samansuuntaista: kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa palvelutarpeen arviointi järjestyi nopeimmin, päivätoiminnan palveluissa hitaimmin.

Tulosten perusteella voitiin todeta, että tällä hetkellä Suomessa ei ole yleisessä käytössä sellaista yhtenäistä toimintakykymittaria tai mittaripatteristoa, jonka avulla ikäihmisten toimintakyky voitaisiin arvioida riittävässä laajuudessa tilanteissa, joissa tehdään palvelujen saantiin liittyviä päätöksiä. Erityisesti psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä ympäristötekijöiden arviointi jäi vähäiselle huomiolle nykyisin yleisimmin käytetyillä mittareilla. Toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia on väline asiakkaan yksilölliseen, jatkuvuudeltaan turvattuun ja hyvin koordinoituun palveluun, ja palveluiden kohdennustehokkuuden kannalta sen merkitys on keskeinen. Kattavan toimintakyvyn arvioinnin merkitystä tulisikin korostaa nykyistä enemmän.

Asiasanat: toimintakyvyn arviointi, mittarit, ikääntyneet

Sammandrag

Päivi Voutilainen & Marja Vaarama. Användning av instrument för mätning av funktionsförmågan vid bedömning av äldres servicebehov. Stakes, Rapporter 7/2005. Helsinki 2005. 47 sidor, pris 10 €. ISBN 951-33-1636-X

Syftet med studien var att utreda vilka instrument för bedömning av funktionsförmåga som kommunerna använder när de bedömer äldres servicebehov vid fattande av beslut om beviljande av service. Dessutom analyserades innehållet i de mest använda instrumenten i förhållande till det omfattande begreppet funktionsförmåga och för det tredje utreddes hur snabbt de äldres servicebehov bedöms i brådskande och icke brådskande fall efter att servicepunkten kontaktats. Studien har anknytning till delprojektet Klientens rätt att få sitt servicebehov bedömt, som ingår i utvecklingsprojektet för det sociala området.

Studiematerialet samlades in från de personer som ansvarar för äldreomsorgen i kommunerna i Fasta Finland genom ett enkätformulär, som utarbetats för studien. Materialet analyserades kvantitativt och vid analysen av de öppna frågorna användes innehållsanalys. De mest använda bedömningsinstrumentens innehåll analyserades i förhållande till det omfattande begreppet funktionsförmåga genom en kvantitativ innehållsanalys. Sammanlagt 287 kommuner svarade på enkäten, vilket betyder att svarsprocenten var 69. En stor del av de kommuner som inte svarade var små kommuner med under 5 000 invånare.

Kommunens beslut om beviljande av service grundade sig endast delvis på en bedömning av funktionsförmågan. Störst var denna andel för klienterna inom stöd för närståendevård och minst inom dagverksamhet och dagsjukhustjänster. Av de kommuner som svarade på enkäten hade i genomsnitt knappt 40 procent skriftliga anvisningar för hur bedömning av funktionsförmågan används som grund för bedömning av servicebehovet. I regel användes Rava-indexet för att bedöma den fysiska funktionsförmågan. Andra instrument som mäter den fysiska funktionsförmågan användes endast i liten utsträckning. I genomsnitt en knapp femtedel av kommunerna använde minst två instrument för att bedöma de äldres fysiska funktionsförmåga. Vid bedömning av den kognitiva funktionsförmågan användes fler instrument än vid bedömning av de övriga delområdena av funktionsförmågan. Mest användes instrumentet Mini Mental State Examination (MMSE), uppgiftserien Cerad och Rava-indexet. Inom de olika tjänsterna använde i snitt över hälften av de kommuner som besvarat frågan minst två instrument för att bedöma den kognitiva funktionsförmågan. Den psykiska och sociala funktionsförmågan bedömdes i mycket liten utsträckning jämfört med den fysiska och kognitiva funktionsförmågan och omgivningsfaktorerna, som till exempel boende- och närmiljöns framkomlighet.

De instrument som användes mest bedömdes i förhållande till det omfattande begreppet funktionsförmåga. Analysen gav vid handen att man med hjälp av de instrument som användes mest kan bedöma äldres funktionsförmåga på ett mångsidigt sätt när flera olika instrument används samtidigt, eftersom det medför att man kan beakta funktionsförmågans olika dimensioner på ett heltäckande sätt i bedömningen. Inget av de instrument som användes mest var ensamt tillräckligt för en övergripande bedömning av funktionsförmågan.

Enligt resultaten från denna studie bedömdes de äldre kommuninvånarnas servicebehov snabbast, dvs. under mindre än en vecka, inom hemservicen och hemsjukvården, inklusive den sammanslagna hemvårdens tjänster. De svarande uppgav att man måste vänta längre på en bedömning av servicebehovet inom de övriga tjänsterna. Längst måste man vänta i fråga om stöd för närståendevård, serviceboende och dagverksamhetens tjänster. Samma tendenser gällde för bedömningen av servicebehovet i brådskande och icke brådskande fall: inom hemservice och hemsjukvård gjordes bedömningen av servicebehovet snabbast och inom dagverksamhetens tjänster långsammast.

Med utgångspunkt i resultaten kunde konstateras att för närvarande används inte allmänt i Finland ett sådant gemensamt instrument eller "instrumentbatteri" för bedömning av funktionsförmåga, genom vilket äldres funktionsförmåga kunde bedömas i tillräcklig omfattning när man beslutar om beviljandet av service. Särskilt den psykiska och sociala funktionsförmågan samt omgivningsfaktorerna bedömdes i ringa utsträckning av de instrument som används mest för närvarande. Att bedöma funktionsförmågan samtidigt som servicebehovet bedöms är ett sätt att tillhandahålla klienten individuell, garanterat fortgående och väl koordinerad service. Detta är av central betydelse när det gäller servicens kostnadseffektivitet. Därför borde betydelsen av en övergripande bedömning av funktionsförmågan framhävas mer än för närvarande.

Nyckelord: bedömning av funktionsförmåga, mätare, åldringar

Abstract

Päivi Voutilainen & Marja Vaarama. Use of Measures of Functional Capacity in the Assessment of Service Needs among Older People. STAKES, Reports 7/2005. Helsinki 2005. 47 pages, price 10 €. ISBN 951-33-1636-X

The purpose of the study was to examine the use of different measures of functional capacity in the assessment of service needs among older people when deciding on access to services in municipalities. The study also aimed to analyse the contents of the most widely used measures in relation to the broad concept of functional capacity as well as to find out within what time frames from contacting the service older people's need for services is assessed in emergency and non-emergency cases. The study forms part of the Right to the Assessment of Service Needs Project, a subproject of the National Development Project for Social Welfare.

The data were gathered from Finnish municipalities (excluding Ahvenanmaa) by contacting persons responsible for care and services for older people. The questionnaire was specifically developed for the study. The data were analysed quantitatively, and open-end questions were analysed by content analysis. The contents of the most widely used measures of functional capacity were analysed in relation to the broad concept of functional capacity by quantitative content analysis. In all, 287 municipalities responded to the questionnaire, the response rate being 69%. Most of the non-respondents were small municipalities with a population of less than 5000.

In the municipalities, the assessment of functional capacity was not the only criterion in deciding on access to services. The relative importance of this criterion was greatest in support for informal care, and smallest in day-centre and day-hospital services. An average of less than 40 per cent of the respondents reported having written guidelines for the measurement of functional capacity as a basis for the assessment of service needs. Assessment of physical functioning was mostly carried out by the RAVA index. Other measures of physical functioning were used very little. On average, less than a fifth of the respondents used two or more measures in assessing the physical functioning of older people. In the assessment of cognitive performance, a greater number of measures were used compared with the other areas of functioning. The most widely used measures were the Mini Mental State Examination (MMSE), the CERAD test battery, and the RAVA index. In different services, an average of more than half of the respondents used two or more measures in assessing cognitive performance. Compared with the measurement of physical and cognitive functioning, psychic and social functioning was measured very little. The assessment of environmental factors, such as accessibility in residential areas and immediate neighbourhoods, was also very infrequent.

The most widely used measures were analysed in relation to the broad concept of functional capacity. The analysis showed that the most widely used measures of functioning enable the functional capacity of older people to be assessed adequately if a battery of measures is used that covers the different dimensions of functioning so that they can all be taken into account in the assessment. None of the measures was alone sufficient to allow an adequate assessment of functional capacity. The findings of the study show that the need for services among older people is assessed within the shortest time frame, that is, in less than a week, in home-help services and home nursing, including integrated home care services. Further, the respondents reported that waiting times for the assessment of service needs were longer in other services, being the longest in support for informal care, service housing and day-centre services. Access to the assessment of service needs was very similar in emergency and non-emergency cases: waiting times were shortest in home-help services and home nursing, and longest in day-centre services.

The results suggests that at the moment no such uniform single measure or battery of measures of functional capacity is in wide use in Finland that would allow the functional capacity of older people to be adequately assessed when deciding on access to services. In particular, the most widely used measures pay little attention to psychic and social functioning and environmental factors. The assessment of functional capacity as a part of the assessment of service needs is a means of providing the client with well-coordinated, individualised services that ensure continuity of care. It is also of vital importance for the efficiency of service allocation. Accordingly, the importance of adequate assessment of functional capacity should be emphasised.

Key words: functionality assessment, measurement, aged

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	1
SAMMANDRAG	2
ABSTRACT	3
KUVIOT	5
TAULUKOT	5
1 JOHDANTO	6
2 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI	7
2.1 TOIMINTAKYVYN KÄSITE	7
2.2 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN KÄYTETTÄVÄT MITTARIT	9
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	11
4 AINEISTO JA KÄYTETYT MENETELMÄT	11
5 TULOKSET	14
5.1 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN KÄYTETTÄVÄT MITTARIT	14
5.1.1 <i>Fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit</i>	15
5.1.2 <i>Kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit</i>	16
5.1.3 <i>Psyykkisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit</i>	18
5.1.4 <i>Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit</i>	19
5.1.5 <i>Omaishoidon tuen myöntämisessä huomioon otettavat omaishoitajaan liittyvät mittarit</i>	20
5.1.6 <i>Muut arviointimenetelmät ja arviointiin osallistuvat tahot</i>	21
5.1.7 <i>Käytössä olevien toimintakykymittareiden valintaperusteet ja käytön tukimuodot</i>	22
5.2 YLEISIMMIN KÄYTÖSSÄ OLEVIEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIMITTAREIDEN SISÄLTÖ SUHTEESSA LAAJAAN TOIMINTAKYVYN KÄSITTEESEEN	24
5.3 PÄÄSY PALVELUTARPEEN ARVIOINTIIN.....	28
6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA PÄÄTELMÄT	29
6.1 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	29
6.1.1 <i>Käytössä olevat toimintakyvyn arviointimittarit</i>	29
6.1.2 <i>Käytettyjen toimintakykymittareiden suhde laajaan toimintakyvyn käsitteeseen</i>	31
6.1.3 <i>Pääsy palvelutarpeen arviointiin</i>	32
6.2 PÄÄTELMÄT	33
KIRJALLISUUS	35
LIITETAULUKKO 1: FYYSISEN, KOGNITIIVISEN, PSYKKISEN JA SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIIN KÄYTETTÄVÄT MITTARIT	39

Kuviot

- Kuvio 1. ICF -luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet.
- Kuvio 2. Fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät yleisimmät arviointimenetelmät palveluittain.
- Kuvio 3. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät yleisimmät arviointimenetelmät palveluittain.
- Kuvio 4. Psykkisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät yleisimmät arviointimenetelmät palveluittain.
- Kuvio 5. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät yleisimmät arviointimenetelmät palveluittain.

Taulukot

- Taulukko 1. Toimintakyvyn arviointiin Suomessa käytettävissä olevien mittareiden kattavuus suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen kirjallisuusviitteiden mukaan.
- Taulukko 2. Kyselyyn vastanneet kunnat ja Manner-Suomen kunnat luokitellun asukasluvun mukaan.
- Taulukko 3. Kyselyyn vastanneet kunnat ja Manner-Suomen kunnat lääneittäin.
- Taulukko 4. Kirjalliset ohjeistot toimintakyvyn arviointiin käytettävistä mittareista palveluittain.
- Taulukko 5. Palvelujen saantiin liittyvien päätösten perustuminen toimintakyvyn arviointiin palveluittain.
- Taulukko 6. Omaishoitajan tilanteeseen liittyvien mittareiden käyttö omaishoidon tuen myöntämisessä.
- Taulukko 7. Palvelutarpeen arviointiin osallistuvat tahot.
- Taulukko 8. Kuntien arviot käytössä olevien toimintakyvyn arviointimenetelmien valintaan vaikuttavista tekijöistä.
- Taulukko 9. Toimintakyvyn arviointiin tukea antaneet tahot kunnissa.
- Taulukko 10. Arvio yleisimmin käytössä olevien toimintakykymittareiden sisällöstä suhteessa laajan toimintakyvyn käsitteen eri ulottuvuuksiin.
- Taulukko 11. Kyselyyn vastaajien arviot toimintakykymittareiden sisällöstä suhteessa laajan toimintakyvyn käsitteen eri ulottuvuuksiin.
- Taulukko 12. Palvelutarpeen arviointiin pääsyyn kuluva aika kiireellisissä ja ei-kiireellisissä tapauksissa.

1 Johdanto

Ikäihmisen laadukas hoito ja palvelu voi perustua ainoastaan huolellisesti tehtyyn kokonaistilanteen arviointiin. Arviointiin osallistuvat - ainakin ideaalitapauksessa - ikäihmisen ja hänen läheistensä ohella niin sosiaalityön, hoitotyön kuin lääketieteellisenkin työn ammattilaiset, jotka tuovat oman asiantuntemuksensa oikea-aikaisten ja tarpeidenmukaisten palvelujen turvaamiseksi ikäihmisen tueksi. Arvioinnin tavoitteena on luoda asiakkaan tarpeita ja muuttuvaa toimintakykyä vastaava saumaton palvelukokonaisuus, joka muuttuu asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten mukaisesti. Ikääntymiseen ja rappeuttaviin pitkäaikaissairauksiin liittyvä toimintakyvyn heikentyminen tapahtuu asteittain. Ensin vaativat päivittäistoiminnot (AADL: Advanced Activities of Daily Living), kuten yhteiskunnallinen harrastustoiminta, karsiutuvat. Seuraavassa vaiheessa ongelmia ilmenee ns. välinetoiminnoissa (IADL: Instrumental Activities of Daily Living), joita ovat mm. pankkiasioden hoitaminen, siivous tai puhelimen käyttö. Lopulta toimintakyvyn heikkeneminen ulottuu päivittäisiin perustoimintoihin (BADL tai ADL: Basic Activities of Daily Living). Niiden on havaittu vaikeutuvan seuraavassa järjestyksessä: kävely, peseytyminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, wc:ssä käyminen ja syöminen. (Dunlop ym. 1997, Valvanne & Noro 1999.)

Asiakkaiden toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset edellyttävät hoitoon ja palveluun osallistuvilta herkkyyttä havaita ikäihmisen muuttuvaa elämäntilannetta ja kykyä tarvittaessa lisätä, vähentää tai yhdistellä eri palveluita. Arviointi konkretisoituu hoito- ja palvelusuunnitelmassa, johon dokumentoidaan arvioinnin tulokset, yhteistyössä asetetut tavoitteet, jotka ohjaavat hoidon ja palvelun toteutusta sekä tiedot siitä, milloin ja miten tavoitteiden saavuttamista arvioidaan.

Toimintakyvyn arviointi on palvelutarpeen arvioinnin yksi ja keskeinen osa. Jotta ikäihmisen toimintakyvystä saataisiin riittävän laaja kuva palvelutarpeen arvioinnin perustaksi, tulisi käytettävän mittarin/mittaripatteriston ottaa huomioon ikäihmisen toimintakyvyn fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Tämän lisäksi myös asuin- ja elinympäristöön liittyvät, toimintakykyyn vaikuttavat tekijät tulisi määrittää arvioitaessa palvelutarvetta kattavasti. (esim. Verbrugge & Jette 1994, WHO & Stakes 2004.)

Ikääntyneiden ihmisten palvelutarpeita arvioidaan Suomen kunnissa monin eri tavoin. Samoin toimintakyvyn arviointiin käytetään erilaisia mittareita, jotka arvioivat ihmisen fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä erilaisin painotuksin. Osa käytössä olevista mittareista on ns. yksiulotteisia (yksidimensionaalisia) mittareita, jotka on suunniteltu mittaamaan vain yhtä toimintakyvyn osa-aluetta, ja osa ns. moniulotteisia (monidimensionaalisia), useampaa kuin yhtä toimintakyvyn osa-aluetta mittaavia. Vaikka käytössä oleva arviointiväline mittaisikin useampaa toimintakyvyn osa-aluetta, toimintakykymittauksen tulos ilmaistaan yleensä toimintakykyä kuvaavana indeksiarvona. Indeksien arvo antaa karkean käsityksen asiakkaan toimintakyvystä, mutta palvelujen tarkoituksenmukaisen kohdentamisen näkökulmasta tulisi mittauksessa löytää juuri ne keskeiset tekijät, joihin puuttumalla asiakasta voidaan auttaa. On viitteitä siitä, että eri kunnissa palveluita myönnetään eri kriteerein, josta voi seurata se, että palveluita tarvitsevat eivät ole yhdenvertaisessa asemassa. (esim. Vaarama 1992, Vaarama ym. 2003, Aaltonen 2004, Vaarama 2004, Vaarama ym. 2004, Teperi 2005a, 2005b.) Yhtenäisen, selkeän ja riittävän kattavan arviointimenetelmän ja palveluiden myöntämiskriteereiden tarve on myös nostettu esille (esim. Aaltonen 2004).

Sosiaalialan kehittämishanke (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 2003b) nostaa palvelujen saamisen turvaamisen keskeisimmäksi sosiaalipalveluiden kehittämiskohteeksi kansalaisten näkökulmasta. Sosiaalialan kehittämishankkeen muina tavoitteina on turvata sosiaalipalveluiden laatu, kehittää palveluja, turvata henkilökunnan riittävyys ja osaaminen ja kehittää työoloja sekä varmistaa sosiaalialan pitkän aikavälin kehittäminen. Hankkeella pyritään uudistamaan sosiaalipalveluja, tehostamaan niiden tuottamista ja vahvistamaan sosiaalipalveluiden rahoitusta. Sosiaalipalveluiden saatavuutta parannetaan säätämällä siitä, minkä ajan kuluessa asiakkaan palvelutarve tulee arvioida (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, HE sosiaalihuoltolain muuttamisesta 2005). Nyt raportoitava tutkimus liittyy Sosiaalialan kehittämishankkeen Oikeus palvelun tarpeen arviointiin - osahankkeeseen. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä toimintakykymittareita kunnissa käytetään ikääntyneiden palvelutarvetta arvioitaessa ja analysoida yleisimmin käytettyjen mittareiden sisältöjä suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen.

2 Toimintakyvyn arviointi

2.1 Toimintakyvyn käsite

Toimintakyvyn käsite voidaan määritellä eri tavoin eikä yleisesti hyväksyttyä, yhtenäistä käsitteistöä ole toistaiseksi ollut. Käsite liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin ja se voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn tasona, tai todettuina toiminnan vajeina. Ihmisen oma identiteetti ja se kulttuuri, jossa hän elää, muodostavat kontekstin, jossa ihminen arvioi omaa toimintaansa suhteessa omaan aikaisempaan toimintaansa ja/tai ikätovereihinsa. (esim. Rissanen 2000, Laukkanen 2003.) Laajasti määritellen toimintakyky on ihmisen selviytymistä jokapäiväisen elämän moninaisista vaatimuksista (Smolander & Hurri 2004).

Toimintakyky voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen. *Fyysinen toimintakyky* määritellään ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, wc-käynneistä ja liikkumisesta (ADL) sekä asioiden hoitamisesta, kuten kotiaskareista ja asioinnista kodin ulkopuolella (IADL). Lisäksi terveydentila ja erilaisten toiminnan vajavuuksien esiintyminen kuuluvat fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen.

Kognitiivinen (älyllinen) toimintakyky käsittää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. *Psyykkisen toimintakyvyn* käsite liittyy ihmisen elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Itsearvostus, mieliala, omat voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen kuuluvat psyykkisen toimintakyvyn kokonaisuuteen. *Sosiaalinen toimintakyky* käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Mm. suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen, mutta myös vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys määrittävät sosiaalista toimintakykyä. (Heikkinen 1997a, 1997b Rissanen 1999, Laukkanen 2003, Vaarama 2004.) WHO:n määritelmän mukaan myös *ympäristö* on tärkeä toimintakykyä määrittävä tekijä (WHO & Stakes 2004, ks. myös Vaarama 2004).

Toimintakyvyn laaja-alaisen hahmottamisen tueksi on kehitetty käsitejärjestelmiä. Verbruggen ja Jetten (1994) toiminnanvajausten kehittymismalli on yksi yleisimmin käytetty viitekehys toimintakykytutkimuksessa. Tässä mallissa kuvataan, miten sairaudet

ja/tai vammat aiheuttavat vaurioita eri elinjärjestelmien rakenteisiin ja toimintaan, jotka puolestaan vaikuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Yksilö- ja ympäristötekijät joko nopeuttavat tai hidastavat toiminnanvajauden kehittymistä. Yksilötekijöihin kuuluvat ihmisen elämäntapa ja käyttäytymismuutokset, mukautuminen ja kompensatio sekä psykososiaaliset tekijät ja kognitiivinen selviytyminen. Ympäristötekijät käsittävät ihmisen tarvitseman hoidon ja kuntoutuksen sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön. Malli antaa useita vihjeitä kattavaan palvelutarpeeseen ja sen osana toimintakyvyn arviointiin.

Maailman terveysjärjestö WHO (ks. WHO & Stakes 2004) on kehittänyt ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) -luokituksen, joka tarjoaa tieteellisen perustan ja yhteisen kielen toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvän toiminnallisen tilan ymmärtämiseksi ja tutkimiseksi. Yhteinen kieli mahdollistaa tietojen vertaamisen ja tarjoaa koodausmenetelmän sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiä varten. ICF -luokituksessa on kaksi osaa, joista kumpikin koostuu kahdesta osa-alueesta:

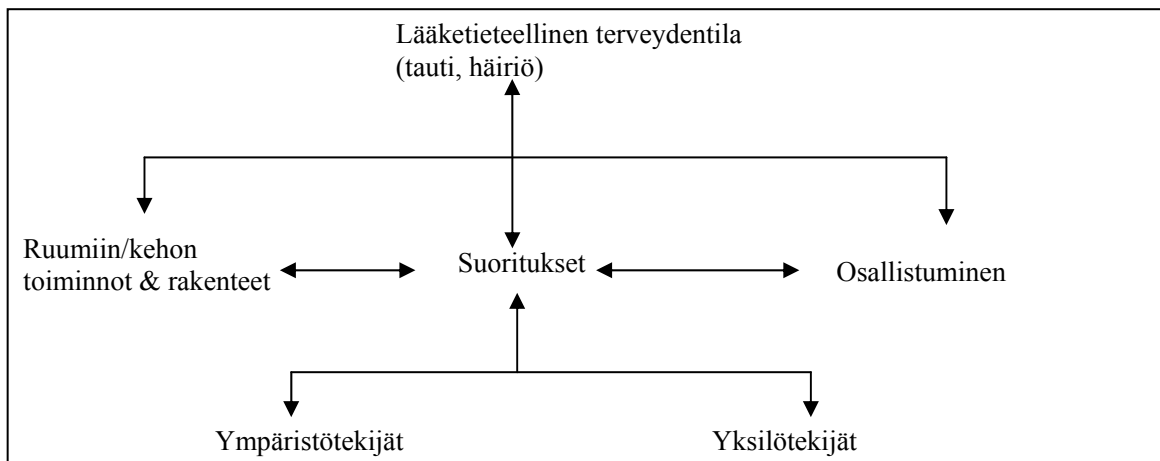
Osa I: Toimintakyky ja toimintarajoitteet

- a.) ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet
- b.) suoritukset ja osallistuminen

Osa II: Kontekstuaaliset tekijät

- c.) ympäristötekijät
- d.) yksilötekijät.

Ruumiin/kehon toiminnoilla tarkoitetaan elinjärjestelmien fysiologisia ja psykologisia toimintoja, rakenteilla eri elimiä ja raajoja ja vajavuuksilla toimintojen ja rakenteiden ongelmia, jotka voivat olla tilapäisiä tai pysyviä. Suoritukset ovat tehtäviä tai toimia, joita ihminen toteuttaa ja osallistuminen on osallisuutta elämän eri tilanteisiin. Kontekstuaaliset eli ympäristötekijät käsittävät ihmisen elämän ja elämisen koko taustan. Näistä ympäristötekijät ovat se fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Nämä tekijät voivat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti ihmisen suoriutumiseen yhteiskunnan jäsenenä, ihmisen kykyyn toimia ja ihmisen kehon toimintoihin tai rakenteeseen. Yksilötekijät muodostava ihmisen elämän ja elämisen tietyn taustan, joka ei kuulu ihmisen lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan. Näitä tekijöitä ovat mm. sukupuoli, rotu, ikä, yleiskunto, elämäntavat, tottumukset, elämäntapahtumat. ICF -luokitus antaa tietoa toimintakyvyn laajan kokonaisuuden hahmottamiseksi ja sen riittävän monipuolisen ja kattavan arvioinnin tueksi. Luokitusta voidaan hyödyntää myös toimintakykyä koskevan yleisen tietoisuuden lisäämiseksi ja yhteiskunnallisten toimenpiteiden toteuttamiseen. Kuviossa 1. esitetään ICF -luokituksen osa-alueet ja niiden väliset vuorovaikutussuhteet.



Kuvio 1. ICF -luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (WHO & Stakes 2004).

Toimintakykyä kuvaavaa tietoa voidaan hyödyntää etsittäessä riskiryhmiä, jolloin ehkäisevät interventiot voidaan suunnata tehokkaasti, eri sairauksien hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun, seurannan ja tuloksellisuuden arvioinnin tukena sekä niissä moninaisissa tilanteissa, joissa tehdään päätöksiä ihmisille myönnettävistä sosiaaliturvan etuuksista ja palveluista. (esim. Laukkanen 2003, Lehto 2004, Toljamo ym. 2005.) Vain luotettavaan arviointiin perustuen voidaan toimintakyvyn edistämiseksi suunnattu hoito ja palvelut kohdentaa oikein ja saavuttaa optimaalisia tuloksia.

2.2 Toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit

Palvelutarpeen arviointiin liittyvän päätöksenteon helpottamiseksi tarvittaisiin toimintakykymittari, joka yksiselitteisesti kuvaisi joko a) yleistä tai b) spesifiä toimintakyvyn osa-aluetta tai c) näiden yhdistelmää. Kattavaa, kaikkia eri toimintakyvyn ulottuvuuksia mittaavaa, mittaristoa ei todennäköisesti pystytä luomaan (Laukkanen 2003), jolloin tarve käyttää mittauksen kulloisenkin tavoitteen kannalta tarkoituksenmukaista mittaripatteristoa on ilmeinen. Viimeksi kuluneiden 50 vuoden aikana mittareita on kehitetty hyvin suuri määrä ja valittavissa on sekä eri toimintakyvyn osa-alueita mittaavia monidimensionaalisia mittareita että spesifejä, vain yhtä toimintakyvyn osa-aluetta mittaavia mittareita (ks. esim. Bowling 1991, McDowell & Newell 1996, Kane & Kane 2000).

Jokaisen käytössä olevan mittarin tulisi olla teoreettisesti perusteltu, käyttökelpoinen käytettävissä olevat voimavarat huomioon ottaen, luotettava ja pätevä. Mitä tahansa olemassa olevaa toimintakykymittaria käytetäänkin on tärkeää arvioida huolellisesti mittarin tarkoitusta, käyttöaluetta ja psykometrisia eli mittausominaisuuksia (Leino-Kilpi ym. 1994, Norbeck 1986). Jokainen mittari on aikanaan laadittu johonkin tiettyyn tarkoitukseen, jonka selvittäminen edellyttää paneutumista mittarin kehittelyprosessiin ja siitä kirjoitettuihin julkaisuihin.

Taulukkoon 1. on kirjallisuuskatsauksen pohjalta koottu joukko toimintakyvyn arviointiin kehitettyjä mittareita, joista on olemassa suomenkielinen versio. Monilla näistä mittareista ei ole virallisia suomenkielisiä lyhenteitä tai nimiä, vaan niistä puhutaan käyttämällä niiden englanninkielisistä nimistä johdettuja, osin jo vakiintuneita lyhenteitä. Taulukkoon on merkitty ne toimintakyvyn osa-alueet, joita mittari esitettyjen kirjallisuusviitteiden mukaan

arvioi. Fyysisen toimintakyvyn arviointiin on tarjolla suurin joukko arvioinnin välineitä, sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin puolestaan vähäisin.

Taulukko 1. Toimintakyvyn arviointiin Suomessa käytettävissä olevia mittareita ja niiden kattavuus suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen kirjallisuusviitteiden mukaan.

Mittari & mittarin kehittäjä(t)	Mittattavat toimintakyvyn osa-alueet				
	Fyysinen	Kognitiivinen	Psyykinen	Sosiaalinen	Ympäristö
ADCS-ADL (Alzheimer Disease Cooperative Study - Activities of Daily Living) -mittari (Galasko ym. 1997)	X			X	
ADL -asteikko (Katz ym. 1963, 1970, Katz & Stroud 1989)	X				
Arjessa selviytymisen profiili (Helsingin kaupunki: Sosiaalivirasto & terveystyökeskus)	X			X	X
Barthelin indeksi (Mahoney & Barthel 1965)	X				
Basdec -depressiomittari (Adshead ym. 1992)			X		
Beckin masennustesti (Beck's Depression Inventory; Beck ym. 1961)			X		
CERAD -tehtäväsarja (ks. Hänninen ym. 1999)		X			
Cohen-Mansfieldin agitaatiotesti (Cohen-Mansfield ym. 1989)			X		
Cornell depressiomittari (Alexopoulos ym. 1988)			X		
CDR (Clinical Dementia Rating) -mittari (Hughes ym. 1982, Berg 1984)	X	X		X	
DAD (Disability Assessment for Dementia) -mittari (Gelinas ym. 1999)	X				
EASYcare - Vanhusten tilanteen arviointimenetelmä (ks. www.bbr-online.com/easycare)	X	X	X	X	
FIM™ -järjestelmä (ks. http://www.qualisan.fi/FIM.htm)	X	X			
GDS (Geriatric Depression Scale) -mittari (Yesavage ym. 1983)			X		
GDS (Global Deterioration Scale) -mittari (Reisberg ym. 1982)		X			
IADL -asteikko (Lawton & Brody 1969)	X				
Joensuu -luokitus (Mäkinen 1991)	X	X			
KYKY -arviointimenetelmä (Hokka ym. 1998, Kuusisto ym. 1998)	X	X	X		
MiniMental State Examination (MMSE) -testi (Folstein ym. 1975)					
NOSGER (Nurses' observation scale for geriatric patients) -mittari (Spiegel ym. 1991)	X	X	X	X	
NPI (Neuropsychiatric Inventory) -neuropsykiatrinen kyselylomake (Cummings ym. 1994)			X		
RAI -järjestelmä (ks. www.stakes.fi/finrai , Noro ym. 2005)	X	X	X	X	X
RAVA™ -järjestelmä (Lahtinen ym. 1999, Rajala ym. 2001, Valtonen ym. 2003)	X	X	X		
SAS (VASA) -mittari (Hulten ym. 1966)	X	X	X		

3 Tutkimustehtävät

Tutkimuksen yksilöityinä tehtävinä oli

1. selvittää mitä toimintakyvyn arviointimenetelmiä kunnat käyttävät ikääntyneiden asiakkaidensa fyysisen, kognitiivisen, emotionaalisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden arviointiin keskeisissä ikääntyneiden hoivapalveluissa (kotipalvelu ja kotisairaanhoido/kotihoito, omaishoidon tuki, päivätoiminta, päiväsairala, palveluasuminen ja laitoshoido) palvelun saamiseen liittyviä päätöksiä tehtäessä
2. analysoida yleisimmin käytössä olevien arviointimenetelmien sisältöä suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen
3. selvittää minkä ajan kuluessa yhteydenotosta palvelupisteeseen ikääntyneet pääsevät palvelutarpeen arviointiin kiireellisissä ja ei-kiireellisissä tapauksissa.

4 Aineisto ja käytetyt menetelmät

Tutkimusaineisto kerättiin Manner-Suomen kunnista niiden ikääntyneiden palveluista vastaavilta henkilöiltä. Kyselylomake kehitettiin tätä tutkimusta varten ja se perustuu laajaan toimintakyvyn käsitteeseen (Verbrugge & Jette 1994, WHO & Stakes 2004, Vaarama 2004). Mittari koostui yhteensä 26 osiosta, joista 24 oli suljettuja, valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä, ja kaksi avointa kysymystä. Kunnan taustatietoja käsitteleviä osioita oli kuusi: kunnan nimi, asukasluku, lääni, tiedot vastaajasta, kunnan tuottamat palvelut ja palveluiden tuotantotapa. Kunnan ikääntyneiden palveluista vastaavat henkilöt kuvasivat toimintakyvyn arvioinnissa käytettävien mittareiden osalta seuraavia kokonaisuuksia:

- fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden arviointiin käytettävät mittarit
- omaishoidon tuen myöntämisessä huomioon otettavat omaishoitajaan liittyvät mittarit
- arvio käytössä olevien mittareiden sisällöstä suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen
- käytössä olevien mittareiden valintaperusteet ja käytön tukimuodot
- muut palvelutarpeen arvioimiseksi käytettävät menetelmät
- palvelutarpeen arviointiin pääsyyn kuluva aika kiireellisissä ja ei-kiireellisissä tapauksissa.

Aineisto analysoitiin SPSS 12.0 -ohjelmiston avulla ja avointen kysymysten analysoinnissa käytettiin sisällön analyysia. Tulokset esitetään frekvenssi- ja prosenttijakaumina, keskiarvoina ja mediaaneina sekä ristiintaulukointeina. Yleisimmin käytössä olevien toimintakyvymittareiden sisältö suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen analysoitiin kvantitatiivista sisällön analyysia käyttäen. Analyysi tehtiin operationalisoimalla laaja toimintakyvyn käsite (Verbrugge & Jette 1994, Heikkinen 1997b, 1998, Vaarama 2004, WHO & Stakes 2004), johon yleisimmin käytössä olevien toimintakyvymittareiden sisältöä osio osiolta verrattiin. Objektiiivisen tuloksen saamiseksi käytettiin viittä luokittelijaa (koodaajaa). Tulokset raportoidaan matriisina, jossa yleisimmin käytössä olevien mittareiden kohdalle on merkitty neliportaista asteikkoa (0 = ei lainkaan, 3 = hyvin) käyttäen, missä määrin ko. mittari sisältää laajan toimintakyvyn käsitteen eri ulottuvuuksia.

Mittarin (= kuntien ikääntyneiden palveluista vastaaville henkilöille lähetetyn tiedonkeruulomakkeen) sisällön validiteetin varmistamiseksi käytettiin asiantuntijajaneelia. Asiantuntijat (n= 5) toimivat ikääntyneiden palvelujen käytännön, johtamis- ja tutkimustehtävissä. Asiantuntijat kävivät mittarin läpi osio osiolta ja arvioivat, mittaavatko sen osiot tutkimuksen tavoitteiden kannalta olennaisia asioita. Asiantuntijat arvioivat myös kyselylomakkeen osioiden konkreettisuutta ja selkeyttä. Mittarin osioiden reliabiliteettia (sisäinen johdonmukaisuus) arvioitiin määrittämällä Cronbachin α -kerroin osiokokonaisuuksittain. Alphan arvo vaihteli .696-.969 välillä, mikä tuki mittarin reliabiliteettia. Pienen (< 5 000 asukasta), keskisuuren (n. 20 000 asukasta) ja suuren (> 50 000 asukasta) kunnan ikääntyneiden palvelujen asiantuntijat koekäyttivät tiedonkeruulomaketta ennen sen käyttöön ottoa. Asiantuntija-arviointien ja koekäytön jälkeen lomakkeeseen tehtiin joitakin tarkennuksia.

Kyselylomake lähetettiin ikääntyneiden palveluista vastaaville henkilöille Manner-Suomen kuntiin (N= 416) marras-joulukuun vaihteessa 2004 (viikko 49). Uusintakyselyt vastaamatta jättäneille kunnille lähetettiin tammikuussa 2005 (viikko 2). Helmikuun 2005 lopussa (viikko 8) lähetettiin vielä sähköpostikysely niille yli 20 000 asukkaan kunnille, jotka eivät olleet kyselyyn tuolloin vielä vastanneet. Yhteensä kyselyyn vastasi 287 kuntaa, jolloin vastausprosentti oli 69. Tarkasteltaessa kyselyyn vastanneita kuntia niiden asukasluvun perusteella, voitiin todeta, että suuri osa vastaamatta jättäneistä kunnista oli pieniä, alle 5000 asukkaan kuntia. Suurimmista kaupungeista vain Tampere jätti vastaamatta kyselyyn. (Taulukko 2.) Vastanneiden kuntien asukasluku kattaa 77 % Manner-Suomen kuntien väestöstä. Näin ollen aineistoa voidaan pitää edustavana ikääntyneen väestön suhteen.

Taulukko 2. Kyselyyn vastanneet kunnat ja Manner-Suomen kunnat luokitellun asukasluvun mukaan.

	Vastanneet kunnat		Manner-Suomen kunnat	
	Lkm	%	Lkm	%
alle 5 000	133	46,8	208	50,0
5 000-9 999	79	27,8	107	25,7
10 000-14 999	19	6,7	34	8,2
15 000-29 999	31	10,9	36	8,7
30 000-50 000	10	3,5	17	4,1
yli 50 000	12	4,2	14	3,4
Yhteensä	284	100,0	416	100,0

Aktiivisimmin kyselyyn vastattiin Etelä-Suomen läänin kunnista, joissa vastanneiden kuntien osuus oli yli 80 %. Länsi-Suomen läänin kunnista vain vajaa 60 % kunnista vastasi kyselyyn. Osittain tämä johtuu siitä, että Länsi-Suomen läänin alueella on suuri joukko pieniä, asukasluvultaan alle 5 000 asukkaan kuntia, joiden vastausprosentti oli suurempiin kuntiin verrattuna pieni. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kyselyyn vastanneet kunnat ja Manner-Suomen kunnat lääneittäin.

	Vastanneet kunnat	Manner- Suomen kunnat	Vastanneet kunnat / lääni
	Lkm	Lkm	%
Etelä-Suomen lääni	70	86	81,4
Itä-Suomen lääni	46	59	78,0
Lapin lääni	17	22	77,3
Länsi-Suomen lääni	117	199	58,3
Oulun lääni	33	50	66,0
Yhteensä	283	416	67,8

Osioittain tarkasteltuna vastausprosentti vaihteli melko paljon. Kyselylomake arvioitiin osassa kuntia varsin työlääksi täyttää. Vastajat olivat kuitenkin koordinoineet kyselyyn vastaamisen huolellisesti eli tietoa oli aktiivisesti hankittu myös niiden palveluiden osalta, joissa vastaaja ei itse työskennellyt. Kyselylomakkeet olivat pääsääntöisesti huolellisesti täytettyjä. Vastaajien yleisin ammattinimike oli vanhustyön tai vanhushuolteen johtaja. Seuraavaksi yleisimpiä olivat tietyn vastualueen, esimerkiksi koti- tai laitoshoidon vastuuhenkilöitä kuvaavat nimikkeet kuten kotipalvelun ohjaaja, avopalvelujen tai kotihoidon johtaja, ja sitä seuraavaksi koko toimialan vastuuhenkilöitä kuvaavat nimikkeet kuten perusturvajohtaja, sosiaalijohtaja, johtava hoitaja tai hoitotyön johtaja.

5 Tulokset

5.1 Toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit

Kirjallisia ohjeita siitä, mitä toimintakykymittareita eri palveluissa tulisi käyttää, oli kunnissa vaihtelevasti. Eniten oli kirjallisesti ohjeistettu omaishoidon tuen myöntämistä. Yli 60 % tähän kysymykseen vastanneista kunnista ilmoitti, että niillä oli kirjallinen ohjeisto siitä, miten omaishoidon tuen asiakkaiksi pyrkivien henkilöiden toimintakykyä tulisi arvioida. Seuraavaksi eniten kirjallisia ohjeita toimintakyvyn arvioimiseksi löytyi tehostetun palveluasumisen, terveyskeskusten pitkäaikaishoidon, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä. Vähiten toimintakyvyn arviointia koskevia kirjallisia ohjeita oli laadittu päiväsairaaloissa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Kirjalliset ohjeistot toimintakyvyn arviointiin käytettävistä mittareista palveluittain.

	Kuntien lkm	%	n
Omaishoidon tuki	118	62,4	189
Tehostettu palveluasuminen	75	49,3	152
Terveyskeskus - pitkäaikaishoito	57	46,7	122
Kotisairaanhoido	48	44,9	107
Kotipalvelu	59	44,7	132
Vanhainkoti	64	43,5	147
Yhdistetty kotihoito	41	42,7	96
Terveyskeskus - lyhytaikaishoito	51	41,1	124
Tavallinen palveluasuminen	59	39,9	148
Päivätoiminta	36	26,1	138
Päiväsairaala	8	12,9	62

Vaikka kirjallisia ohjeistoja ei aina ollut, oli käytettävistä mittareista sovittu kunnissa muuten. Lähes 80 % kunnista ilmoitti, että omaishoidon tuen asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnista oli yhdessä sovittu. Vähiten oli yhteisiä sopimuksia päiväsairaalan asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnista (24 %). Näin ollen joko kirjallisesti tai muuten annettujen ohjeiden yleisyys palveluittain oli samansuuntainen.

Palvelujen saantiin liittyvät päätökset kunnissa perustuivat toimintakyvyn systemaattiseen arviointiin osittain. Palveluittain tämä osuus vaihteli 35:stä lähes 90:een prosenttiin. Aktiivisimmin toimintakyky arvioitiin omaishoidon tuen asiakkuutta hakevien henkilöiden kohdalla (87,9 %). Vähimmillään palvelujen saantiin liittyvät päätökset perustuivat toimintakyvyn arviointiin päivätoiminta- ja päiväsairaalapalveluista päätettäessä. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Palvelujen saantiin liittyvien päätösten perustuminen toimintakyvyn arviointiin palveluittain.

	Kuntien lkm	%	n
Omaishoidon tuki	233	87,9	265
Tehostettu palveluasuminen	180	81,1	222
Vanhainkoti	160	76,9	208
Terveyskeskus - pitkäaikaishoito	140	74,9	187
Tavallinen palveluasuminen	156	70,0	223
Kotipalvelu	123	67,6	182
Yhdistetty kotihoito	98	67,6	145
Terveyskeskus - lyhytaikaishoito	107	60,8	176
Kotisairaanhoido	87	60,0	145
Päivätoiminta	78	40,0	195
Päiväsairaala	24	34,8	69

5.1.1 Fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit

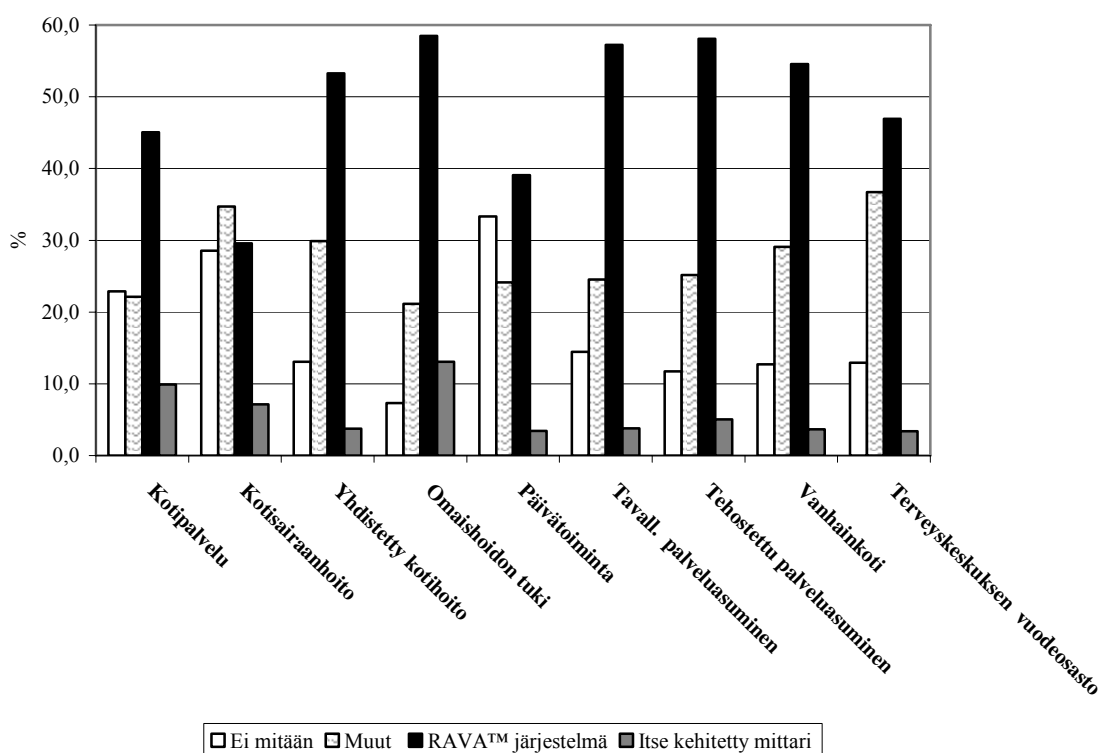
Palveluittain tarkasteltuna 14–30 kuntaa ilmoitti, että niissä ei käytetä mitään mittaria ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn arviointiin. Pienimmillään näiden vastaajien osuus oli omaishoidon tuessa, jossa 7 prosenttia kysymykseen vastanneista ilmoitti, että mitään mittaria ei käytetä, ja suurimmillaan kotisairaanhoidossa, jossa vastaava osuus oli lähes 29 prosenttia.

RAVA™ -järjestelmä oli kaikissa palveluissa yleisin fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytetty mittari ja sitä käytti eri palveluissa 29–152 kuntaa. Kysymykseen vastanneiden kuntien mukaan järjestelmää käytettiin suhteellisesti eniten omaishoidon tukeen (58,5 %) ja palveluasumiseen (tavallinen palveluasuminen 57,2 %, tehostettu palveluasuminen 58,1) liittyviä päätöksiä tehtäessä. Muiden mittareiden käyttö oli RAVAan verrattuna huomattavan vähäistä, sillä jokaista niistä käytettiin vain alle kymmenessä kunnassa. (Ks. kuvio 2. & liitetaulukko 1.) Kategoriaan "Muut" luokiteltuja mittareita olivat:

- ADCS-ADL (Alzheimer Disease Cooperative Study - Activities of Daily Living) - mittari (ks. Galasko ym. 1997)
- ADL -asteikko (Katz ym. 1963, 1970, Katz & Stroud 1989)
- Arjessa selviytymisen profiili (Helsingin kaupunki: Sosiaalivirasto & terveysturvasto)
- Barthelin indeksi (Mahoney & Barthel 1965)
- CDR (Clinical Dementia Rating) -mittari (Hughes ym. 1982, Berg 1984)
- DAD (Disability Assessment for Dementia) -mittari (Gelinas ym. 1999)
- EASYcare - Vanhusten tilanteen arviointimenetelmä (ks. www.bbr-online.com/easycare)
- FIM™ -järjestelmä (ks. <http://www.qualisan.fi/FIM.htm>)
- IADL -asteikko (Lawton & Brody 1969)
- Joensuu -luokitus (Mäkinen 1991)
- KYKY -arviointimenetelmä (Länsi-Suomen lääninhallitus & Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus 199X)
- RAI -järjestelmä (ks. www.stakes.fi/finrai, Noro ym. 2005)
- SAS -mittari (Hulten ym. 1966).

Lisäksi vastaajat toivat esille, että käytössä olevat hoito- ja palvelusuunnitelmalomakkeet, niin manuaaliset kuin sähköisetkin, sisälsivät erilaisia toimintakyvyn arviointiasteikkoja. Nämä olivat usein organisaatiokohtaisia. Myös ns. Kuntalomakkeita (ks. http://www.tosivisio.com/printel/Kuntalomake_2005.pdf) raportoitiin olevan käytössä. Itse kehitettyjä lomakkeita oli käytössä 39 kunnassa.

Koska edellä kuvatuissa prosentiosuuksissa on mukana mittareiden päällekkäiskäyttö, analysoitiin vielä vähintään yhtä mittaria käyttävistä kunnista ne, jotka käyttivät kahta tai useampaa mittaria fyysisen toimintakyvyn arviointiin. Kahta mittaria käytettiin pienimmillään kuntien päivätoiminnan (7 %) ja suurimmillaan niiden kotisairaanhoidon (18 %) palveluista päätettäessä. Kolmea tai useampaa mittaria käytti 3,4–12,0 prosenttia mittareita käyttävistä kunnista. (Liitetaulukko 1.)



Kuvio 2. Fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät yleisimmät arviointimenetelmät palveluittain.

5.1.2 Kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit

Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin enemmän mittareita kuin muita toimintakyvyn osa-alueita arvioitaessa. Kysymykseen vastanneiden kuntien edustajien mukaan kognitiivista toimintakykyä arvioitiin eniten käyttämällä MiniMental State Examination -testiä. Tätä mittaria käyttävien osuus vaihteli palveluittain 28,8–39,1 prosenttiin niin, että pienimmillään osuus oli päivätoiminnan ja suurimmillaan tehostetun palveluasumisen palveluita koskevia päätöksiä tehtäessä. Lisäksi kunnissa käytettiin MMSE -testin sisältävää CERAD -tehtäväsarjaa; tätä mittaripatteristoa käytti 6,4–14,4 prosenttia kysymykseen vastanneista kunnista. Tehtäväsarjaa käytettiin yleisimmin

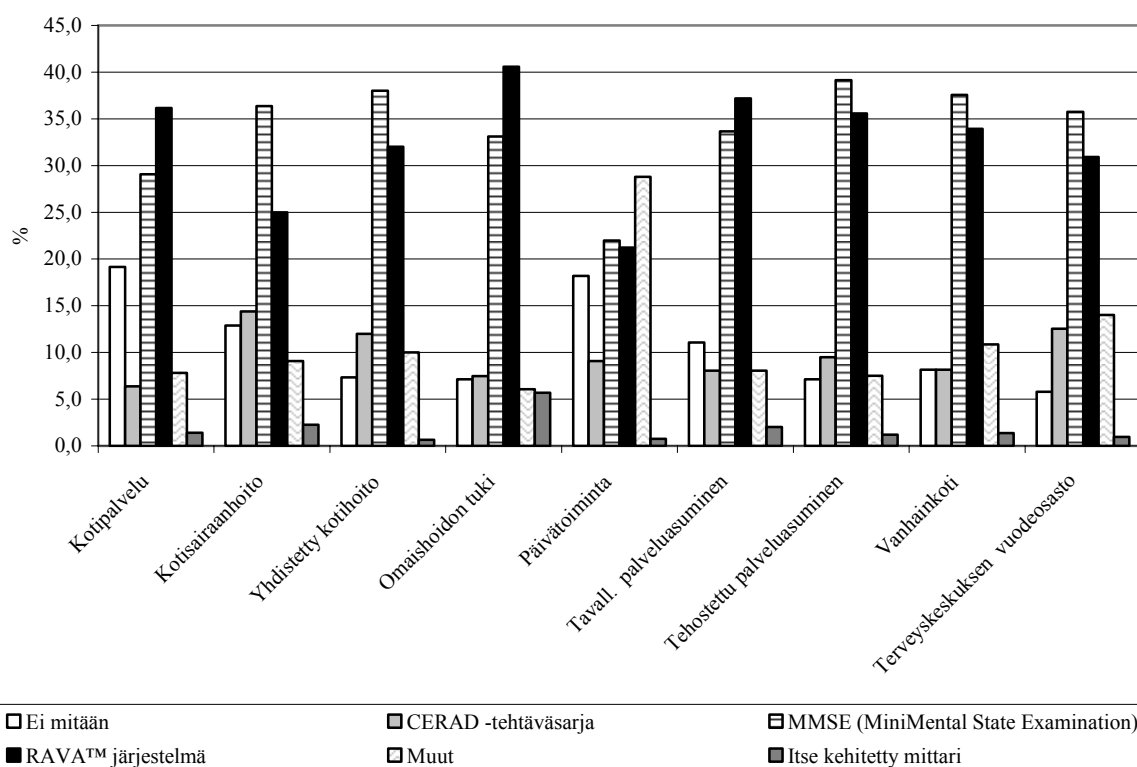
kotisairaanhoidossa ja terveystieteiden vuodeosastoilla. Kolmanneksi yleisintä oli RAVA -indeksin käyttäminen. RAVA -indeksiä käytettiin 25–40 prosentissa kysymykseen vastanneista kunnista. Kun kunnassa oli käytössä RAVA -indeksi, sitä käytettiin luonnollisesti myös psyykkisen toimintakyvyn arvioinnissa, vaikka indeksi sisältääkin vain yhden tätä toimintakyvyn osa-aluetta mittaavan osion.

Koska edellä kuvatuissa osuuksissa on mukana päällekkäiskäyttö, analysoitiin vielä vähintään yhtä mittaria käyttävistä ne, jotka käyttivät kahta tai useampaa mittaria kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin. Kahta mittaria käytti 33–47 prosenttia kunnista. Yleisin yhdistelmä oli MMSE -testin ja RAVA -indeksin käyttäminen. Kolmea tai useampaa mittaria käytti 11–23 prosenttia mittareita käyttävistä kunnista.

Muita kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin käytettäviä mittareita olivat:

- CDR (Clinical Dementia Rating) -mittari (Hughes ym. 1982)
- FIMTM -järjestelmä (ks. <http://www.qualisan.fi/FIM.htm>)
- GDS (Global Deterioration Scale) -mittari (Reisberg ym. 1982)
- Joensuu -luokitus (Mäkinen 1991)
- NOSGER (Nurses' observation scale for geriatric patients) -mittari (Spiegel ym. 1991)
- RAI -järjestelmä (ks. www.stakes.fi/finrai, Noro ym. 2005)
- SAS -mittari (Hulten ym. 1966).

Kutakin näistä em. "Muut" -kategoriaan luokitelluista mittareista käytettiin kuitenkin vain alle kymmenessä kunnassa. Itse kehitettyjä kognitiivisen toimintakyvyn arviointimittareita oli kuntien ilmoituksen mukaan käytössä vain hyvin vähän. (ks. kuvio 3. & liitetaulukko 1.)



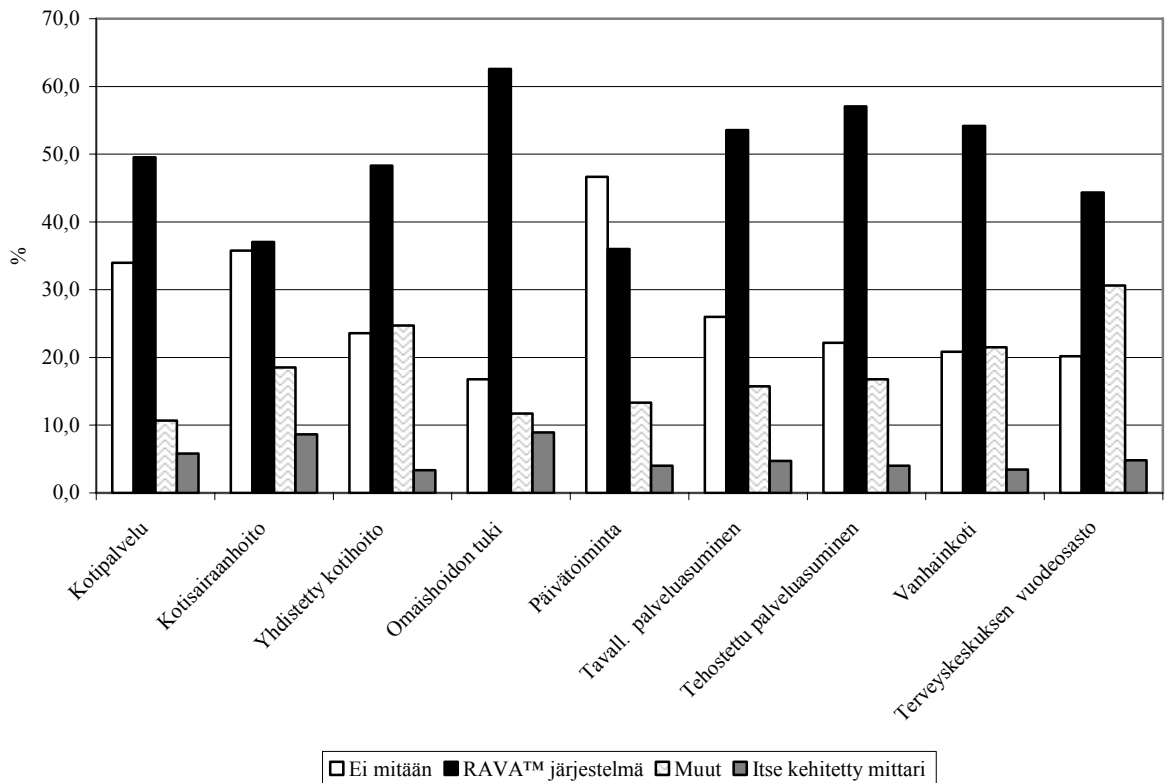
Kuvio 3. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät yleisimmät arviointimenetelmät palveluittain.

5.1.3 Psykkisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit

Psykkisen toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin vain vähän mittareita. "Ei mitään" -vastausvaihtoehdon valinneiden kuntavastaajien osuus vaihteli 16,8–46,7 prosentin välillä. Pienimmillään osuus oli omaishoidon tuen ja suurimmillaan päivätoiminnan palveluita koskevia päätöksiä tehtäessä. Kun kunnassa oli käytössä RAVA -indeksi, sitä käytettiin luonnollisesti myös psykkisen toimintakyvyn arvioinnissa, vaikka indeksi sisältääkin vain yhden tätä toimintakyvyn osa-aluetta mittaavan osion. RAVA -indeksin käyttäjien osuus vaihteli 36:sta 63:een prosenttiin. Vähiten indeksiä käytettiin päivätoimintaan ja eniten omaishoidon tukeen liittyviä päätöksiä tehtäessä. Muita psykkisen toimintakyvyn arvioinnissa käytettäviä mittavälineitä olivat:

- Basdec (Adshead ym. 1992)
- Beckin masennustesti (Beck's Depression Inventory; Beck ym. 1961)
- Cornell depressiomittari (Alexopoulos ym. 1988)
- EASYcare - Vanhusten tilanteen arviointimenetelmä (ks. www.bbr-online.com/easycare)
- FIM™ -järjestelmä (ks. <http://www.qualisan.fi/FIM.htm>)
- GDS (Geriatric Depression Scale) -mittari (Yesavage ym. 1983)
- NPI (Neuropsychiatric Inventory) - neuropsykiatrisen kyselylomake (Cummings ym. 1994)
- RAI -järjestelmä (ks. www.stakes.fi/finrai, Noro ym. 2005)

Kutakin näistä em. "Muut" -kategoriaan luokitelluista mittareista käytettiin kuitenkin vain alle kymmenessä kunnassa. Itse kehitettyjä psyykkisen toimintakyvyn arviointimittareita oli kuntien ilmoituksen mukaan käytössä vain vähän. (ks. kuvio 4. & liitetaulukko 1.)



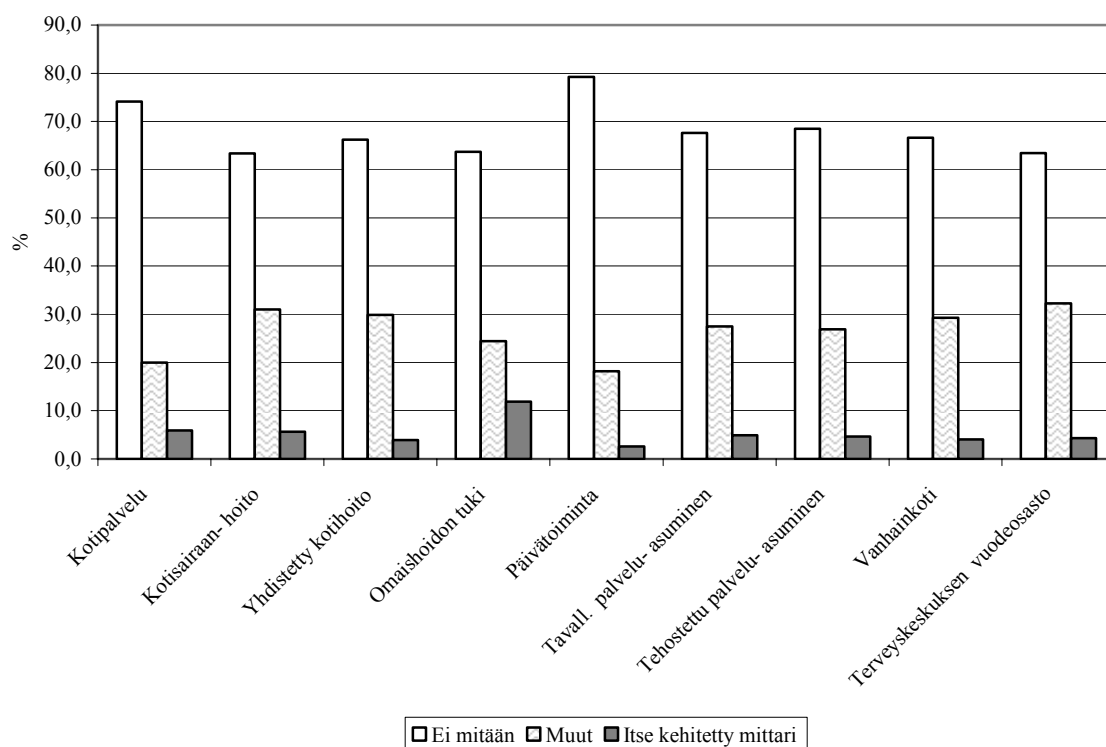
Kuvio 4. Psyykkisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät yleisimmät arviointimenetelmät palveluittain.

5.1.4 Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi oli alue, jossa käytettiin erilaisia mittavälineitä kaikkein vähiten. Kysymykseen vastaajista 63–80 prosenttia ilmoitti, että mitään mittaria ei ole käytössä. Niiden vastaajien osuus, jotka ylipäätään käyttivät jotakin yleistä mittaria, vaihteli yhden ja kymmenen prosentin välillä. Näitä mittareita olivat:

- ADCS-ADL (Galasko ym. 1997)
- Arjessa selviytymisen profiili (Helsingin kaupunki: Sosiaalivirasto & terveystyöryhmä)
- CDR (Clinical Dementia Rating) -mittari (Hughes ym. 1982, Berg 1984)
- EASYcare - Vanhusten tilanteen arviointimenetelmä (ks. www.bbr-online.com/easycare)
- FIM™ -järjestelmä (ks. <http://www.qualisan.fi/FIM.htm>)
- Joensuu -luokitus (Mäkinen 1991)
- RAI -järjestelmä (ks. www.stakes.fi/finrai, Noro ym. 2005)

Itse kehitettyjä sosiaalisen toimintakyvyn arviointimittareita oli kuntien ilmoituksen mukaan käytössä vähän. (ks. kuvio 5. & liitetaulukko 1.)



Kuvio 5. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät yleisimmät arviointimenetelmät palveluittain.

5.1.5 Omaishoidon tuen myöntämisessä huomioon otettavat omaishoitajaan liittyvät mittarit

Omaishoidon tukeen liittyviä päätöksiä tehtäessä ei yleensä arvioitu omaishoitajaan liittyviä tekijöitä. Näin ollen esimerkiksi omaishoitajan terveyttä, voimavaroja, hoitotaitoja ja/tai fyysistä ympäristöä, jossa omaishoitajan oli tarkoitus läheistään hoitaa, ei kartoitettu standardoidun mittarin avulla. Kysymykseen vastanneista kolme neljäsosaa ilmoitti, että erillistä omaishoitajan tilannetta kartoittavaa mittaria ei ollut käytössä. Joka kymmenes kysymykseen vastannut kunta ilmoitti käyttävänsä jotakin olemassa olevaa, kuten esimerkiksi Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmän (2001) laatimaa kyselyä muistihäiriöpotilaan läheiselle. Kaikki vaihtoehdon "Jokin muu" valinneet vastaajat eivät kuitenkaan tarkemmin määrittäneet, mikä mittari heillä oli käytössä. Niin ikään joka kymmenes vastaaja ilmoitti, että käytti itse omassa kunnassa kehitettyä mittaria. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Omaishoitajan tilanteeseen liittyvien mittareiden käyttö omaishoidon tuen myöntämisessä.

Arviointivälineet	Lkm	%
Ei mitään	197	76,4
Jokin muu	30	11,6
Itse kehitetty	31	12,0
Yhteensä	258	100,0

5.1.6 Muut arviointimenetelmät ja arviointiin osallistuvat tahot

Toimintakyvyn arviointia ei aina tehty palvelutarpeen arvioinnin perustaksi. Tätä kuvastaa se, että kaikilla edellä kuvatuilla toimintakyvyn osa-alueilla puuttuvien vastausten osuus oli suuri eikä mittareiden käyttämättömyyttä välttämättä haluttu ilmoittaa. Eniten puuttuvia tietoja oli päivätoiminnan ja vähiten omaishoidon tuen kohdalla. Jostakin syystä "Ei mitään" -vastausvaihtoehtoa ei käytetty, vaan kysymykseen jätettiin mieluummin vastaamatta. Tämä kävi selvästi ilmi kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen annetuista vastauksista. Mittareiden käyttämättömyyttä kommentoitiin mm. seuraavasti:

"Meillä ei ole käytössä systemaattisesti mitään toimintakyvyn arviointijärjestelmää"

"Hoitajien tekemät havainnot ovat parhaita arviointimittareita" tai

"Olemme pieni kunta, jossa työntekijät ovat olleet kauan. Tunnumme asukkaat, eikä mittareita tarvita. Palvelutarve arvioidaan yksilöllisesti."

Näin ollen puuttuva tieto ainakin jossakin määrin heijastaa sitä, että toimintakykymittareita ei ole käytössä.

Toimintakykymittareiden käytön lisänä tai sijasta käytettiin kuitenkin muita arviointimenetelmiä. Yhteensä vastaajat kuvasivat avoimissa vastauksissaan lukuisia muita palvelutarpeen arvioinnin muotoja (yhteensä 452 mainintaa). Näistä yleisin oli kotikäynti. Joka kolmas kysymykseen vastannut (n= 139) ilmoitti, että arvio ikäihmisen tarvitsemasta avusta ja päätös tarkoituksenmukaisesta palvelusta tehdään kotikäynnin yhteydessä. Toiseksi yleisintä kysymykseen vastanneiden mukaan oli se, että palveluista päätettiin lääkärinlausunnon perusteella (13,5 %). Lähes yhtä yleistä vastaajien mukaan oli se, että palveluista päätettiin moniammatillisessa tiimissä, esimerkiksi ns. SAS-työryhmissä. Vaihtoehdot eivät olleet toisiaan poissulkevia, joten samassa kunnassa saatettiin käyttää useita erilaisia tapoja arvioida ikäihmisen avuntarvetta päätöksenteon pohjaksi.

Kysymykseen siitä, kuka tai ketkä osallistuvat palvelutarpeen arviointiin, vastattiin monipuolisesti. Kaikkiaan tähän avoimeen kysymykseen annettiin 1257 mainintaa osallistujista. Palvelutarpeen arvioi yleisimmin ammattihenkilöstö, jonka osuus oli lähes puolet. Noin kolmannes maininnoista luokiteltiin kohtaan "Muut". Tähän ryhmään luokiteltiin ne vastaukset, jotka eivät suoraan vastanneet kysymykseen, vaan ilmaistiin yleisemmällä tasolla, kuten esimerkiksi kokonaisuina toimialana: kotipalvelu, kotisairaanhoido tai erikoissairaanhoido. Asiakas mainittiin palvelutarpeensa arviointiin osallistujana varsin harvoin: 7,6 %:ssa kaikista maininnoista. Omainen mainittiin osallistujaksi hiukan asiakasta useammin. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Palvelutarpeen arviointiin osallistuvat tahot.

Arviointiin osallistuvat tahot	Lkm	%
Asiakkaat	96	7,6
Omaiset	127	10,1
Ammattihenkilöstö, josta	624	49,6
eriateisia hoitajia	152	12,1
lääkäreitä	107	8,5
sosiaalityöntekijöitä	72	5,7
muita	293	23,3
Moniammatilliset tiimit	48	3,8
Muut	362	28,8
Yhteensä	1257	100,0

5.1.7 Käytössä olevien toimintakykykymittareiden valintaperusteet ja käytön tukimuodot

Toimintakyvyn arviointimittarit oli otettu käyttöön eri perustein. Näitä tiedusteltiin vastaajilta valintaperusteita koskevien väittämien avulla, joista vastaajat valitsivat oman kuntansa tilannetta parhaiten kuvaavan vastausvaihtoehdon neliportaisella Likert - tyyppisellä asteikolla. Vastausten perusteella yleinen valintaperuste oli se, että mittareihin tutustuttiin koulutustilaisuuksissa ja otettiin käyttöön näissä tilaisuuksissa esiteltyjä toimintakyvyn arviointimittareita. Kaksi kolmesta vastaajasta nimittäin ilmoitti olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä tämän väittämän kanssa. Myös vertailutietojen saamista pidettiin tärkeänä, sillä samansuuruinen joukko kuntavastaajista ilmoitti, että kunnassa on valittu käyttöön sellaisia arviointimenetelmiä, joita käyttämällä on mahdollisuus saada vertailutietoja. 56 % vastaajista puolestaan oli sitä mieltä, että toimintakykykymittarit on otettu käyttöön toisten organisaatioiden hyväksi havaitsemiin mittareihin tutustumisen jälkeen. Tarkoituksenmukaisen toimintakykykymittarin systemaattinen etsintä, koekäyttö ja sen pohjalta tapahtuva käyttöön otto näyttäisi olevan harvinaisempaa, sillä vain 19 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä tämän väittämän kanssa. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Kuntien arviot käytössä olevien toimintakyvyn arviointimenetelmien valintaan vaikuttavista tekijöistä.

Valintaperuste	Samaa mieltä (%, lkm)	Eri mieltä (%, lkm)
Koulutustilaisuudessa saatu tieto	66,5 (n= 171)	33,5 (n= 86)
Vertailutietojen saamisen mahdollisuus	64,7 (n= 167)	35,3 (n= 91)
Toisten organisaatioiden käyttämiin menetelmiin tutustuminen	56,6 (n= 145)	43,4 (n= 111)
Eri menetelmiin perehtyminen ryhmänä	50,6 (n= 131)	49,4 (n= 128)
Kirjallisuuden läpikäynti	42,3 (n= 107)	57,7 (n= 146)
Eri menetelmien systemaattinen läpikäynti ja koekäyttö	19,2 (n= 49)	80,8 (n= 206)

Tarkasteltaessa valintaperusteita kunnan koon mukaan voitiin todeta, että kunnan koko vaikutti kuntien arvioihin siitä, millä perusteilla toimintakyvyn arviointimenetelmiä otettiin käyttöön. Suurimmat kaupungit (> 30 000 asukasta) olivat tilastollisesti merkitsevästi pienempiä kuntia yksimielisempiä siitä, että vertailutietojen saantimahdollisuus (sig. ,000), kirjallisuuteen tutustuminen (sig. ,000) ja tarkoituksenmukaisen arviointimenetelmän systemaattinen läpikäynti ja koekäyttö (sig. ,001) olivat tärkeitä valintaperusteita.

Vastaajilta tiedusteltiin, millaista tukea henkilökunnalla oli käytettävissä asiakkaiden toimintakyvyn arvioimiseksi. 85 % kysymykseen vastanneista kuntien ikääntyneiden palveluista vastaavista henkilöistä ilmoitti, että tukea annettiin yleisimmin hankkimalla työyksiköihin ammattikirjallisuutta. Tukea annettiin myös henkilökohtaisesti opastamalla uuden työntekijän perehdytyksen yhteydessä (76 % vastanneista) ja henkilökohtaisesti opastamalla silloin, kun uusia järjestelmiä otettiin käyttöön (66 % vastanneista). Puolet kysymykseen vastanneista kuntien edustajista ilmoitti, että tukea annettiin järjestämällä täydennyskoulutusta. Tarkasteltaessa tukea kunnan koon mukaan voitiin todeta, että suurissa kunnissa (> 30 000 asukasta) oli pieniä kuntia suhteellisesti enemmän kaikkia em. tuen muotoja. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Tukea hankittiin pääsääntöisesti asiantuntijoilta omasta organisaatiosta tai vertaistukena muista vastaavista organisaatioista. Muina tuen antajina olivat Suomen Kuntaliitto, Stakes, ammattikorkeakoulut ja yliopistot sekä varsin vähäisessä määrin järjestöt ja sosiaalialan osaamiskeskukset. Suurissa kunnissa tukea hankittiin pieniä kuntia enemmän oman organisaation asiantuntijoilta. Suuret (> 30 000 asukasta) ja keskisuuret (10 000 - 29 999 asukasta) kunnat hankkivat koulutusta pieniä kuntia enemmän Suomen Kuntaliitosta. Tältä osin tulos viittaa RAVA -indeksiin käyttöön; RAVA -indeksi on Kuntaliiton omistama järjestelmä, jota verkostomaisessa yhteistyössä Kuntaliiton kanssa toimiva Efeko Oy ylläpitää. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Toimintakyvyn arviointiin tukea antaneet tahot kunnissa.

Taho, josta tuki on hankittu	Tuen määrä	
	Paljon (%, lkm)	Vähän/ei lainkaan (%, lkm)
Asiantuntijalta oman organisaation sisältä	57,3 (n= 141)	42,7 (n= 105)
Suomen Kuntaliitosta	40,8 (n= 100)	59,2 (n= 145)
Stakesista	24,3 (n= 55)	75,7 (n= 171)
Ammattikorkeakoulusta	18,0 (n= 42)	82,0 (n= 191)
Yliopistosta, ml. avoin yliopisto, yliopiston täydennyskoulutuskeskus tms.	14,0 (n= 31)	86,0 (n= 190)
Järjestöltä	9,6 (n= 22)	90,4 (n= 206)
Sosiaalialan osaamiskeskuksesta	6,6 (n= 15)	93,4 (n= 212)
Muualta, esim. asiantuntijoilta toisista organisaatioista tai toisista kunnista	36,3 (n= 33)	63,7 (n= 58)

5.2 Yleisimmin käytössä olevien toimintakyvyn arviointimittareiden sisältö suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen

Yleisimmin käytössä olevat toimintakyvyttimet koottiin matriisiin, johon kunkin mittarin kohdalle merkittiin neliportaista asteikkoa (0 = ei lainkaan, 3 = hyvin) käyttäen, missä määrin ko. mittari sisältää laajan toimintakyvyn käsitteen eri ulottuvuuksia. Luokittelun teki yhteensä viisi henkilöä, joiden arviot olivat hyvin yksimielisiä. Silloin, kun arvioitsijat pisteyttivät kohdan eri tavoin, esimerkiksi 1 - 1 - 3 - 2 - 2 - pisteytyksillä, koodattiin tämä osa-alue keskiarvona, pyöristäen arvo seuraavaan kokonaislukuun.

Toimintakyvyn eri ulottuvuudet ryhmiteltiin matriisiin karkeasti ICF -luokituksen osa-alueiden mukaan. Arvioitaessa päähuomio oli mittarin sisältöalueissa, jolloin huomiota ei kiinnitetty siihen, millainen mittausasteikko mittarilla on.

Osa näistä yleisimmin käytetyistä mittareista oli kehitetty vain tietyn, tarkasti määritellyn toimintakyvyn osa-alueen arviointia ja mittaamista varten. Näin ollen esimerkiksi ADL -asteikon on tarkoitus mitata vain fyysistä toimintakykyä ja sen alueella päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja MiniMental State Examination -mittarin vain kognitiivista toimintakykyä ja siinä orientaatiota, mieleen painamista ja palauttamista, tarkkaavaisuutta, keskittymiskykyä, laskemista ja kielellisiä toimintoja. Myös Geriatric Depression Scale (GDS) -mittari on vain yhden toimintakyvyn osa-alueen, psyykkisen toimintakyvyn, arviointiin kehitetty mittaväline. Nämä yksidimensionaaliset mittarit ovat käyttökelpoisia toimintakyvyn kattavan arvioinnin osina, eivät koskaan yksinään käytettyinä.

Useamman kuin yhden toimintakyvyn ulottuvuuden sisältäviä mittareita oli analyysissa mukana neljä. Näistä RAVA -indeksi mittaa fyysistä toimintakykyä (10 osiota 12:sta), kognitiivista ja psyykkistä toimintakykyä, joista kumpaakin yhdellä osiolla. Clinical Dementia Rating (CDR) -mittari sisältää osioita, jotka mittaavat sekä fyysistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä ja ADCS-ADL -mittari osioita, jotka mittaavat fyysistä ja

sosiaalista toimintakykyä. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyössä kehittämä Arjessa selviytymisen profiili mittaa puolestaan sosiaalista toimintakykyä ja ainoana analyysissä mukana olleista mittareista asumismuotoa, asunnon varustetasoa ym. ympäristötekijöitä.

Sellaiset osa-alueet, joissa esiintyi eniten hajontaa arvioitsijoiden välillä, olivat seuraavat (ks. taulukko 10.):

- ADCS-ADL -mittari kohdassa "muistihäiriöt ja dementia", jota kommentoitiin siten, että mittari mittaa kognitiivista toimintakykyä vain välillisesti
- Geriatric Depression Scale (GDS) -mittari kohdassa "mielenterveyden häiriöt", joita kommentoitiin siten, että mittari mittaa vain depressiota, ei muita mielialahäiriöitä, ja että parempiakin depressiomittareita on olemassa.

Yleisimmin käytössä olevilla toimintakykymittareilla saadaan ikäihmisen toimintakyky arvioitua monipuolisesti niissä tilanteissa, joissa käytetään tarkoituksenmukaista, kulloisenkin tilanteen vaatimaa mittaripatteristoa. Yksinään yhdelläkään näistä yleisesti käytössä olevista mittareista ei kattavaa arviointia pystytä tekemään. Lisäksi yhtä mittaria lukuun ottamatta kaikki jättävät arvioinnin ulkopuolelle ympäristötekijät, jotka erityisesti kotiin annettavien palvelujen näkökulmasta olisivat mitä tärkeimpiä huomioon otettavia tekijöitä palvelutarvetta arvioitaessa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Arvio yleisimmin käytössä olevien toimintakykymittareiden sisällöstä suhteessa laajan toimintakyvyn käsitteen eri ulottuvuuksiin.

	RAVA	MMSE	ADL	ADCS-ADL	Arjessa selv. prof.	CDR	GDS
I: Toimintakyky & toimintarajoitteet							
Kehon toiminnot							
Aistitoiminnot	2	0	0	0	0	0	0
Ihon kunto	0	0	0	0	0	0	0
Kaatumiset, tapaturma-alttius	1	0	0	0	0	0	0
Kipu	0	0	0	0	0	0	0
Käytösoireet	1	0	0	0	0	0	0
Mieliala	1	0	0	0	1	0	2
Mielenterveyden häiriöt	0	0	0	0	0	0	1
Muistihäiriöt ja dementia	1	3	0	1	0	2	0
Ravitsemustila	0	0	0	0	0	0	0
Sairaudet ja eri sairauksien vaatima hoito	0	0	0	0	0	0	0
Suun terveysongelmat	0	0	0	0	0	0	0
Päihteiden ongelmakäyttö	0	0	0	0	1	0	0
Suoritukset ja osallistuminen							
Apuvälineet	1	0	0	0	0	0	0
Kyky ilmaista itsensä	1	1	0	2	0	0	0
Kyky selviytyä päivittäisistä perustoimista	2	0	3	3	1	1	0
Kyky selviytyä arjen askareista	0	0	0	3	2	1	0
Kyky huolehtia lääkityksestä	2	0	0	0	0	0	0
Kyky huolehtia ulkonäöstä	0	0	0	3	0	0	0
Liikuntakyky	2	0	1	2	0	0	0
Osallistuminen toimintaan kodin ulkopuolella	0	0	0	2	1	1	1
Voimavarat (selviytymisstrategiat)	0	0	0	2	2	1	0
Yksinäisyys (sosiaalisten kontaktien puute)	0	0	0	0	1	0	0
II: Kontekstuaaliset tekijät							
Ympäristötekijät							
Asumismuoto	0	0	0	0	1	0	0
Asunnon varustetaso	0	0	0	0	1	0	0
Asuinympäristön esteettömyys	0	0	0	0	2	0	0
Lähiympäristön esteettömyys	0	0	0	0	0	0	0
Epävirallisen avun saatavuus	0	0	0	0	1	0	0
Sosiaaliset verkostot	0	0	0	0	2	0	0
Taloudellinen tilanne	0	0	0	0	2	1	0
Turvallisuus / turvattomuus	0	0	0	0	2	0	1

Kyselyyn vastanneet kuntien ikääntyneiden palveluista vastaavat henkilöt arvioivat käyttämiensä toimintakykymittareiden sisältöä samansuuntaisesti. Heiltä tiedusteltiin miten riittävästi käytössä olevat arviointimenetelmät ottavat huomioon em. laajan toimintakyvyn osatekijät. Myös tulokset olivat hyvin samansuuntaisia. Kuntavastaajien arvioiden mukaan heidän käyttämänsä toimintakykymittarit ottivat riittävimmin huomioon fyysisen toimintakyvyn osa-alueita: aistitoimintoja, kykyä selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista, huolehtia lääkityksestä ja liikkua. Suun terveydentilan ja mahdollisten terveysongelmien selvittäminen oli vastaajien mukaan kuitenkin riittämätöntä. Riittämättömäksi arvioitiin ympäristötekijöiden, kuten esimerkiksi asuin- ja lähiympäristöön liittyvien tekijöiden, taloudellisen tilanteen, epävirallisen avun saatavuuden ja ihmisen

osallistumismahdollisuuksien selvittäminen. Myös päihteiden käyttöä arvioitiin vastaajien mukaan niukasti.

Taulukko 11. Kyselyyn vastaajien arviot toimintakykymittareiden sisällöstä suhteessa laajan toimintakyvyn käsitteen eri ulottuvuuksiin.

Asiakkaan tarve / mahdollinen ongelma	Riittävästi	Melko riittävästi	Riittämättö- mästi	Ei lain- kaan	n
I: Toimintakyky & toimintarajoitteet					
Kehon toiminnot					
Aistitoiminnot	56,6	37,0	4,7	1,7	235
Ihon kunto	17,8	17,4	34,3	30,4	230
Kaatumiset ym. tapaturmat	14,5	23,4	39,1	23,0	235
Kipu	11,3	17,4	39,1	32,2	230
Käytösoireet	23,8	47,2	28,5	0,4	235
Mieliala	19,9	44,5	34,3	1,3	236
Mielenterveyden häiriöt	14,7	34,6	45,0	5,6	231
Muistihäiriöt & dementia	26,3	47,5	23,7	2,5	236
Ravitsemustila	18,4	29,1	35,9	16,7	234
Sairaudet & eri sairauksien vaatima hoito	16,4	25,0	34,5	24,1	232
Suun terveysongelmat	6,4	15,3	41,5	36,9	236
Päihteiden ongelmakäyttö	5,1	15,0	40,2	39,7	234
Suoritukset ja osallistuminen					
Apuvälineiden tarve	22,4	41,4	29,1	7,2	237
Kyky ilmaista itsensä	18,2	38,1	35,9	7,8	231
Kyky selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista	53,4	41,2	5,0	0,4	238
Kyky selviytyä arjen askareista	26,9	30,8	27,8	14,5	234
Kyky huolehtia lääkityksestä	44,4	41,0	13,2	1,3	234
Kyky huolehtia ulkonäöstä	5,6	20,8	38,1	35,5	231
Liikuntakyky, ml. liikkuminen kotona & kodin ulkopuolella	34,1	40,1	21,6	4,3	232
Osallistumismahdollisuudet toimintaan kodin ulkopuolella	6,4	18,5	37,3	37,8	233
Yksinäisyys / sosiaalisten kontaktien puute	9,9	16,8	43,1	30,2	232
II: Kontekstuaaliset tekijät					
Asumismuoto (yksin vai yhdessä toisten kanssa)	38,9	32,1	19,2	9,8	234
Asunnon varustetaso, ml. kodinmuutostöiden tarve	16,3	18,0	32,2	33,5	233
Lähiympäristön esteettömyys (liikkumista vaikeuttavat tekijät ympäristössä, kuten hissittömyys)	10,3	16,4	37,1	36,2	232
Asuinympäristön esteettömyys (lähipalveluiden saatavuus kuten kauppa-, pankki-, postipalvelut)	11,1	13,7	35,0	40,2	234
Epävirallisen avun saatavuus	4,4	18,0	37,3	40,4	228
Sosiaaliset verkostot	10,1	16,7	41,2	32,0	228
Taloudellinen tilanne & mahdollinen taloudellisten tukien tarve	10,4	12,6	32,5	44,6	231
Turvattomuus	9,8	20,5	42,7	26,9	234

5.3 Pääsy palvelutarpeen arviointiin

Vastaajilta tiedusteltiin, miten nopeasti ikääntyneet kuntalaiset pääsevät palvelutarpeen arviointiin kiireellisissä ja ei-kiireellisissä tapauksissa. Tulosten mukaan kotipalvelun, -sairaanhoidon tai yhdistetyn kotihoiton palvelujen osalta palvelutarve kiireellisissä tapauksissa voitaisiin arvioida alle viikossa lähes kaikissa kysymykseen vastanneissa kunnissa. Pisimpään palvelutarpeen arviointia joutuu odottamaan omaishoidon tuen, palveluasumisen, päivätoiminnan ja -sairaalan palveluiden kohdalla. Tilanne on hyvin samansuuntainen ei-kiireellisten tapausten kohdalla eri palveluissa; pisimpään palvelutarpeen arviointia joutuu odottamaan omaishoidon tuen, palveluasumisen, päiväsaaralan ja vanhainkotien pitkäaikaishoidon palveluista päätettäessä. Tarkasteltaessa tilannetta kunnan koon mukaan, voitiin havaita, että pienissä (> 10 000 asukasta) kunnissa palvelutarpeen arviointiin pääsi nopeammin kuin suuremmissa kunnissa. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Palvelutarpeen arviointiin pääsyyn kuluva aika kiireellisissä ja ei-kiireellisissä tapauksissa.

KIIREELLISET	< 3 vrk	4-7 vrk	8-14 vrk	> 14 vrk	n
Kotipalvelu	84,2	13,6	1,7	0,6	177
Kotisairaanhoito	83,8	15,5	0,7	0,0	142
Yhdistetty kotihoito	88,7	9,0	1,5	0,8	133
Omaishoidon tuki	21,5	31,2	29,6	17,7	260
Päivätoiminta	48,5	35,7	11,7	4,1	171
Päiväsairaala	44,1	29,4	23,5	2,9	34
Tavallinen palveluasuminen	38,4	25,6	13,8	22,2	203
Tehostettu palveluasuminen	38,4	28,6	11,3	21,7	203
Vanhainkoti - lyhytaikaishoito	57,7	20,9	13,9	7,5	201
Vanhainkoti - pitkäaikaishoito	36,1	24,8	10,9	28,2	202
Terveyskeskus - lyhytaikaishoito	73,4	17,8	5,9	3,0	169
Terveyskeskus - pitkäaikaishoito	50,9	21,9	4,7	22,5	169
EI-KIIREELLISET	< 3 vrk	4-7 vrk	8-14 vrk	> 14 vrk	n
Kotipalvelu	28,4	50,3	14,2	7,1	169
Kotisairaanhoito	31,4	48,2	13,9	6,6	137
Yhdistetty kotihoito	35,7	45,2	11,9	7,1	126
Omaishoidon tuki	9,2	19,3	25,7	45,8	249
Päivätoiminta	21,1	29,6	27,0	22,4	152
Päiväsairaala	19,5	24,4	24,4	31,7	41
Tavallinen palveluasuminen	13,0	26,9	18,7	41,5	193
Tehostettu palveluasuminen	11,7	26,8	22,0	39,5	205
Vanhainkoti - lyhytaikaishoito	20,4	25,1	25,1	29,3	191
Vanhainkoti - pitkäaikaishoito	12,6	23,6	18,8	45,0	191
Terveyskeskus - lyhytaikaishoito	36,1	22,2	15,2	26,6	158
Terveyskeskus - pitkäaikaishoito	24,2	17,8	16,6	41,4	157

6 Tutkimustulosten tarkastelu ja päätelmät

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

6.1.1 Käytössä olevat toimintakyvyn arviointimittarit

Palvelujen saantiin liittyvät päätökset kunnissa perustuivat toimintakyvyn arviointiin vain osittain. Suurimmillaan tämä osuus oli omaishoidon tuen asiakkaiden kohdalla, seuraavaksi suurin tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastohoidon kohdalla. Pienimmillään osuus oli päivätoiminnan ja päiväsairaalan palvelujen kohdalla. Toimintakyvyn mittausta palvelutarpeen arvioinnin perustana oli kirjallisesti ohjeistettu keskimäärin vajaassa 40 prosentissa kyselyyn vastanneista kunnista. Eniten oli kirjallisia ohjeistoja siitä, miten omaishoidon tuen asiakkaiksi pyrkivien henkilöiden toimintakyky arvioidaan. Seuraavaksi eniten kirjallisia ohjeita oli tehostetun palveluasumisen ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon osalta. Vähiten kirjallisia ohjeistoja oli päivätoiminta- ja päiväsairaalapalveluissa.

Yhtenäinen toimintakyvyn arvioinnin kirjallinen ohjeisto olisi tärkeä. Asiakkaiden näkökulmasta ohjeisto turvaisi osaltaan palveluiden yhdenvertaista saantia. Ammattilaisten näkökulmasta kyseessä on palveluiden yhdenmukaista myöntämistä edistävä tekijä. Ohjeiston laatiminen moniammatillisessa työryhmässä edistäisi parhaimmillaan pohdintaa eri arviointimenetelmien vahvuuksista ja heikkouksista, kannustaisi monipuoliseen toimintakyvyn arviointiin ja yhtenäistäisi käytäntöjä.

Fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytettiin pääsääntöisesti RAVA -indeksiä. Kysymykseen vastanneiden kuntien mukaan indeksiä käytettiin eniten omaishoidon tukeen ja palveluasumiseen liittyviä päätöksiä tehtäessä, mutta myös kaikissa muissa palveluissa sen osuus oli suurin. Muita fyysistä toimintakykyä mittaavia mittareita, kuten Katzin päivittäistoimintojen arviointiasteikkoa ja Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastojen kehittämää arjessa selviämisen profiilia käytettiin RAVAan verrattuna hyvin vähän. Keskimäärin vajaa viidennes kunnista käytti vähintään kahta mittaria ikääntyneiden kuntalaistensa fyysistä toimintakykyä arvioidessaan.

RAVA -indeksin kehitystä ja validointia on kuvattu Rajalan ym. (2001) raportissa, jossa todetaan, että indeksin 12 osiota ovat toistettavuudeltaan hyviä tai tyydyttäviä. Indeksien arvon on raportoitu korreloivan Katzin (Katz ym.1963) ja Joensuu -luokituksen (Mäkinen 1991) tulosten kanssa samansuuntaisesti. Indeksien validiteettia ja reliabiliteettia koskevia tutkimustuloksia tarvittaisiin kuitenkin lisää tilanteessa, jossa indeksiä käytetään näin suuressa määrin palvelujen myöntämisen apuvälineenä. Indeksia kohtaan on esitetty jossakin määrin kritiikkiä. Kritiikin mukaan indeksi on huomattavan karkea arvioitaessa muita kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia henkilöitä (Laukkanen 2003, ks. myös Mäkinen & Sihvonen 2000). Kun indeksiä kuitenkin käytetään myös kotipalvelussa ja -sairaanhoidossa palvelujen tarpeen arviointiin, on vaarana, että asiakkaan arjen askareisiin liittyvät avun tarpeet jäävät huomiotta. Kritiikkiä on esitetty myös tapaan, jolla summaindeksi muodostetaan (Laukkanen 2003). Myös Katzin ADL -mittaria on kritisoitu tavasta, jolla summapistemääriä lasketaan: jos kaikki eri päivittäistoiminnot ovat mittarissa samanarvoisia, mittari ei kuvaa riittävän tarkasti asiakkaan mahdollista avun tarvetta.

Esimerkiksi vuoteeseen siirtymisen vaikeus ei ole samanarvoinen toimintakykyvajaus kuin pidätyskyky. (Törnquist 1995.)

Arjessa selviämisen profiili on kehitetty Helsingin kaupungin Vanhuspalveluprojektissa ja sen tarkoituksena on tuottaa täydentävää tietoa asiakkaan toimintakyvystä RAVA -indeksin avulla kerätyn tiedon lisäksi. Profiilin validoinnista ei löydy kirjallisuusviitteitä. Profiili sisältää erittäin tärkeitä, muiden mittareiden mitta-alueen ulkopuolelle jääviä sisältöalueita, mutta sen mitta-asteikko on ongelmallinen. Samassa osiossa saatetaan kysyä useampaa kuin yhtä eri asiaa, jolloin kysymyksiin vastaaminen ja vastausten tulkinta muodostuu ongelmalliseksi.

Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin useampia mittareita kuin muita toimintakyvyn osa-alueita arviotaessa. Eniten käytettiin MiniMental State Examination (MMSE)-mittaria, joka on puhtaasti kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin suunniteltu, yksidimensionaalinen arviointiväline. Se on huolellisesti validoitu mittari ja sen tulokset ovat vertailukelpoisia niin kotimaassa kuin ulkomaillakin. MMSE -mittarin käytön rinnalla on yleistymässä myös CERAD -tehtäväsarjan käyttö, sillä 6-14 prosenttia kysymykseen vastanneista kunnista ilmoitti käyttävänsä tätä tehtäväsarjaa asiakkaiden kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa. CERAD (the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) -tehtäväsarjan kehittäminen alkoi Yhdysvalloissa 1980-luvun puolivälissä. Tarkoituksena oli yhtenäistää arviointikäytäntöjä ja luoda riittävän kattava ja luotettava tehtäväsarja Alzheimerin tautia sairastavien kognitiivisten toimintojen arviointiin ja seurantaan. Tämän tehtäväsarjan avulla arvioidaan seuraavia kognitiivisia toimintoja: sanojen mieleen painamista, sanojen ja visuaalisen materiaalin muistissa säilyttämistä, kielellisiä toimintoja, hahmottamista, toiminnan suunnitelmallisuutta ja joustavuutta. Tehtäväsarja sisältää myös edellä mainitun MMSE -mittarin. Tehtäväsarjaa suositellaan käytettäväksi osana muistihäiriöiden ja dementian varhaisvaiheen tutkimuksia. Tehtäväsarjan käyttö on yksinkertaista, mutta edellyttää huolellista perehtymistä esitysohjeisiin ja tulosten tulkintaan. (Hänninen ym. 1999.) RAVA -indeksiä ilmoitettiin myös käytettävän kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa ja se oli kolmanneksi yleisin kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnin apuväline. Kun kunnassa käytettiin RAVA -indeksiä, luonnollisesti myös kognitiivinen toimintakyky arvioitiin sen avulla. Keskimäärin eri palvelut yhdistäen yli puolet kysymykseen vastanneista kunnista käytti vähintään kahta mittaria kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa.

Psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen oli hyvin vähäistä verrattuna fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen. Tämä tulos on yhtenevä omaishoidon tuesta tehtyjen selvitysten tulosten kanssa, joissa todettiin, että tukea myönnettäessä erityisesti psyykkinen toimintakyky jäi usein arvioimatta ja että toimintakyvyn arviointiin käytetyt menetelmät eivät riittävässä määrin ottaneet huomioon erilaisten ryhmien erilaista avun tarvetta (Vaarama ym. 1999, Vaarama ym. 2003). Vastaajien mukaan psyykkistä toimintakykyä arvioitiin pääsääntöisesti RAVA -indeksin avulla: mittarin 12 osiosta yksi mittaa psyykkistä toimintakykyä. Muita vastaajien esille tuomista mittareista käytettiin vain alle kymmenessä kunnassa kutakin. Kotona asumisen mahdollistamisen näkökulmasta sekä psyykkisen että sosiaalisen toimintakyvyn arviointi olisi hyvin tärkeää. Esimerkiksi mahdollisen masennuksen hoitaminen ja osallistumisen mahdollistaminen erilaisiin tapahtumiin, vierailuihin jne. sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ovat tekijöitä, joiden avulla kotona asumista voitaisiin lisätä. Vaaraman (2004) mukaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn merkitys itsenäiselle selviytymiselle on huomattava. Siten myös nämä toimintakyvyn osa-alueet tulisi arvioida huolellisesti. Arvioinnin laiminlyönti osoittaa, ettei näiden tekijöiden merkitystä kotona asumisen kantavana voimana vielä ymmärretä. Sekä psyykkistä että sosiaalista

toimintakykyä - fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnista tinkimättä - on tehty suuremmassa määrin tilanteissa, joissa ehkäisevien kotikäyntien avulla on selvitetty potentiaalisia palvelutarpeita palveluja käyttämättömän, tietyn ikäisen väestön osan keskuudessa (Häkkinen & Holma 2004). Näin ollen niiden henkilöiden toimintakykyä, jotka eivät ole ilmoittaneet palvelua tarvitsevansa, on arvioitu hyvinkin monipuolisesti.

Ympäristötekijöiden, kuten esimerkiksi asuin- ja lähiympäristön esteettömyyden arviointi oli hyvin vähäistä. Vaaraman (2004) mukaan asunnossaan liikuntaesteitä omaavilla todettiin olevan kaksinkertainen riski toimintakyvyn ongelmiin verrattuna esteettömissä asunnoissa asuviin ja ympäristön liikuntaesteiden osalta tulos oli samanlainen. Asuinympäristön liikuntaesteisyys on ensimmäinen tekijä, joka altistaa ongelmille itsenäisessä kodin- ja asioiden hoidossa silloin, kun kyse ei ole dementoituneesta henkilöstä. Seuraavassa vaiheessa erityisesti asunnon liikuntaesteisyys heikentää toimintakykyä, ja ongelmia lisää asuinympäristön liikuntaesteisyys. Paljon apua tarvitsevilla asunnon perusvarustetaso ja liikuntaesteisyys ovat asuinympäristöä tärkeämpiä, osoittaen, miten tärkeää kodin toimivuus on silloin, kun toimintakyky alkaa vakavasti horjua. Kotona asumisen tukemisen näkökulmasta asuin- ja lähiympäristön esteettömyyden arviointi ja toimenpiteiden pohtiminen esteettömyyden lisäämiseksi olisi hyvin tärkeää. Ympäristötekijöiden arviointi on sisällytetty osaksi tarpeen arviointia ehkäisevien kotikäyntien yhteydessä (Häkkinen & Holma 2004).

Tarkasteltaessa toimintakyvyn arviointia palveluittain, voitiin todeta, että kaikkia eri toimintakyvyn osa-alueita arvioitiin eniten omaishoidon tuessa. Omaishoidon tuki oli siis tässä suhteessa tiukimmin "säännösteltyä", sen myöntämisen kriteerit muita palveluja tiukemmat. Tämä seikka on hieman yllättävä, sillä kyseessä on kunnalle edullinen sosiaalipalvelun muoto esimerkiksi intensiiviseen kotihoitoon tai laitoshoittoon verrattuna. Tavallisesti arvioitiin omaishoidon tuella hoidettavan henkilön toimintakykyä ja harvemmin omaishoitajaa, hänen terveyteensä, voimavaroihinsa tai hoitotaitoihinsa, liittyviä tekijöitä. Jälkimmäisen arviointia on pidetty sekä hoidettavan tarpeisiin vastaamisen että hoidettavan ja hänen omaishoitajansa elämänlaadun näkökulmasta tärkeinä. Tuen turvaamiseksi omaishoitajalle on omaishoitoa koskevassa uudistusesityksessä esitetty, että omaishoitajan soveltuvuus ja voimavarat arvioitaisiin ja arvioinnin pohjalta sovittaisiin tarpeellisista palveluista ja muusta tuesta (Aaltonen 2004). Tältä osin tilanne tulee parantumaan, kun omaishoidon tuen uudistus etenee.

Toimintakyvyn arvioinnin teki yleensä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista koostuva tiimi. Asiakas oli tiimin jäsenenä vain harvoin päätellen tähän avoimeen kysymykseen annetuista vastauksista. Omainen osallistui tiimin työskentelyyn hieman asiakasta enemmän. Tämä ei vastaa voimassa olevien säädösten ja suositusten henkeä.

6.1.2 Käytettyjen toimintakykymittareiden suhde laajaan toimintakyvyn käsitteeseen

Yleisimmin käytettyjä arviointimittareita arvioitiin suhteessa laajaan toimintakyvyn käsitteeseen kokoamalla matriisi, johon kunkin mittarin kohdalle merkittiin neliportaista arviointiasteikkoa käyttäen, missä määrin ko. mittari sisälsi laajan toimintakyvyn käsitteen eri ulottuvuuksia. Arvioinnin tekivät sekä tutkijat tukena viisihenkinen luokittelijajoukko että kyselyyn vastanneet kuntien ikääntyneiden palveluista vastaavat henkilöt. Viimeksi mainittu ryhmä arvioi, missä määrin kunnassa käytössä olevat mittarit - tarkemmin niitä nimeämättä - sisälsivät laajan toimintakyvyn eri ulottuvuuksia.

Tutkijoiden arvioitavina olivat RAVA -indeksi, MiniMental State Examination (MMSE) -mittari, Activities of Daily Living (ADL) -asteikko, Alzheimer Disease Cooperative Study - Activities of Daily Living (ADCS-ADL) -mittari, Arjessa selviytymisen profiili, Clinical Dementia Rating (CDR) ja Geriatric Depression Scale (GDS) -mittari. Tässä mittareiden joukossa oli sekä yksidimensionaalisia, tarkasti määritellyn toimintakyvyn osa-alueen mittaamiseen kehitettyjä mittareita että monidimensionaalisia, useamman kuin yhden toimintakyvyn osa-alueen mittaamiseen kehitettyjä mittareita. Näillä yleisimmin käytössä olevilla toimintakykymittareilla saadaan ikäihmisen toimintakyky arvioitua monipuolisesti silloin, kun käytetään mittaripatteristoa, jonka avulla toimintakyvyn eri ulottuvuudet saadaan kattavasti arvioinnin piiriin. Yksinään yksikään näistä yleisimmin käytetyistä mittareista ei riitä kattavaan toimintakyvyn arviointiin. Huolestuttavaa on, että yhtä arviointivälinettä lukuun ottamatta kaikki muut jättivät ympäristötekijät arvioinnin ulkopuolelle.

Kuntien ikääntyneiden palveluista vastaavien henkilöiden arviot olivat samansuuntaisia ja vahvistivat edellä kuvatun analyysin tulosta. Kuntavastaajien mukaan käytössä olevat toimintakyvyn arviointimittarit ottivat parhaiten huomioon fyysisen toimintakyvyn osa-alueet, kuten aistitoiminnot, kyky selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista, huolehtia lääkityksestä ja liikkua. Suun terveydentilan, ihon kunnon ja kivun arviointi jäivät kuitenkin riittämättömiksi. Päihteiden ongelmakäyttö ei myöskään tullut arvioiduksi riittävässä määrin. Yleisimmin arvioinnin ulkopuolelle jäivät kuntavastaajien mukaan kuitenkin ympäristötekijät: ikäihmisen asunnon varustetaso ja mahdollisten kodinmuutostöiden tarve, lähi- ja asuinympäristön esteettömyys. Myös ikäihmisen sosiaalinen verkosto, epävirallisen avun saatavuus, taloudellinen tilanne ja turvattomuus tulivat kuntavastaajien mukaan käytössä olevilla mittareilla riittämättömästi arvioiduiksi tai jäivät kokonaan arvioinnin ulkopuolelle.

6.1.3 Pääsy palvelutarpeen arviointiin

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ikääntyneet kuntalaiset pääsivät palvelutarpeen arviointiin nopeimmin eli alle viikossa kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa, ml. yhdistetyn kotihoidon palvelut. Muiden palveluiden osalta palvelutarpeen arviointia joutui vastaajien mukaan odottamaan pidempään, pisimpään omaishoidon tuen, palveluasumisen ja päivätoiminnan palveluiden kohdalla. Kiireellisten ja ei-kiireellisten tapausten osalta palvelutarpeen arviointiin pääsy oli samansuuntaista: kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa palvelutarpeen arviointi järjestyi nopeimmin, päivätoiminnan palveluissa hitaimmin. Avohoidossa palvelutarpeen arviointiin pääsy näyttäisi toimivan varsin hyvin, vanhainkotien lyhytaikaishoidon ja terveyskeskuksen vuodeosastohoidon kohdalla keskinkertaisesti ja muiden palveluiden osalta huonommin.

Hallituksen esitys sosiaalihuoltolain muuttamisesta siten, että siihen sisällytetään säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää palvelutarpeen arviointi määrääjässä näyttää siten tarpeelliselta. Kiireellisissä tilanteissa avun tarve tulisi esityksen mukaan arvioida viipymättä ja ei-kiireellisissä tapauksissa kunnan tulisi järjestää palvelutarpeen arviointi 80 vuotta täyttäneille henkilöille ja kansaneläkelain mukaista erityishoitotukea saaville viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta. (Hallituksen esitys ... 2005).

Ikäihmisellä avun tarvitsijana ja hakijana on omat erityispiirteensä. Kynnys avun hakemiseen saattaa olla korkea. Kun ikäihminen on päättänyt ottamaan yhteyttä kunnan

palvelupisteeseen, voi viikon mittainen odotusaika ennen palvelutarpeen arviointia olla pitkä. Palvelutarpeen arvioinnin ajankohdasta päättävällä henkilöllä tulisikin vankan ammattitaidon ohella olla herkkyyttä havaita apua tarvitsevan ihmisen yksilöllinen tilanne. Se, miten kulloinenkin tilanne määritellään kiireelliseksi, on olennaisen tärkeää. Hallituksen esitysluonnoksessa mainittu 80 vuoden ikä palvelutarpeen arvioinnin pääsyn kriteerinä voi olla liian korkea, sillä jo 75 vuotta täyttäneistä jo 25–30 prosenttia tarvitsee päivittäin apua. 80 vuoden ikäraja tukee kotiin annettavan avun nykyistä kohdentamislinjaa, jossa apu suunnataan kaikista iäkkäimmille, monisairaille, runsaasti apua tarvitseville henkilöille ja vasta varsin myöhäisessä vaiheessa. Riski on tällöin se, että menetetään varhaisen puuttumisen myötä saavutettavissa olevia mahdollisuuksia hidastaa ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemistä ja estää pysyvien toiminnanvajeiden syntymistä. Tämä ei ole linjassa sen tavoitteen kanssa, että ikääntyneitä aidosti tuettaisiin mahdollisimman pitkään asumaan kotona ja ehkäistäisiin toimintakyvyn vajeiden kehittymistä aktiivisesti.

6.2 Päätelmät

Tällä hetkellä Suomessa ei ole yleisessä käytössä sellaista yhtenäistä toimintakykymittaria tai mittaripatteristoa, jonka avulla ikäihmisten toimintakyky, voimavarat ja avun tarve voitaisiin arvioida riittävässä laajuudessa. Erityisesti psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä ympäristötekijöiden arviointi jää liian vähäiselle huomiolle nykyisin yleisimmin käytetyillä mittareilla. Kyse on paitsi laaja-alaisesti toimintakykyä mittaavien arviointivälineiden puutteesta myös yhteistyökäytännöistä ja osaamisesta. Ikääntyneen ihmisen voimavarojen tukeminen ja yksilöllinen auttaminen ovat voimavarojen käyttöä parhaimmillaan, eikä tähän päästä ilman, että asiakkaaksi tulo ja palvelujen saanti perustuu kattavaan arviointiin ja tavoitteelliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Tämä taas edellyttää moniammatillista palvelutarpeiden arviointia, interventioita ja seurantaa. Erityisesti gerontologinen sosiaalityö näyttää loistavan poissaolollaan tästä ikääntyneen ja koko palvelujärjestelmän kannalta ratkaisevasta prosessista. Gerontologisen sosiaalityön asiantuntemusta ja osallistumista tulisikin lisätä niin, että he ovat mukana ikääntyneen palvelutarpeiden ja palveluinterventioiden määrittelyssä ja seurannassa. Myös psykogerontologian asiantuntemusta tarvitaan joissakin tapauksissa. Riittävän laajajohjainen ymmärrys asiakkaan tarpeista ja voimavaroista syntyy vain palvelua tarvitsevan ihmisen ja gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrician ja tarvittaessa psykogerontologian ammattilaisten yhteistyön tuloksena.

Toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia on väline asiakkaan yksilölliseen, jatkuvuudeltaan turvattuun ja hyvin koordinoituun palveluun. Palveluiden vaikuttavuuden ja kohdennustehokkuuden kannalta sen merkitys on keskeinen. Kattavan toimintakyvyn arvioinnin merkitystä tulisikin korostaa nykyistä enemmän. Tätä tukisivat myös ohjeet ja suositukset, mutta ennen kaikkea tarvitaan käyttökelpoisia toimintakyvyn arviointimittareita käytännön työhön.

Jo nyt on käytettävissä suomenkielisiä, tietyn spesifin toimintakyvyn osa-alueen mittaamiseen kehitettyjä, huolellisesti validoituja mittareita, joiden käyttö on perusteltua. Silti niitä käytetään varsin vähän. Tässä raportissa esitetään runsaasti kirjallisuusviitteitä, joiden toivotaan kannustavan perehtymään tällaisiin validoituihin mittareihin. On hyvinkin mahdollista, että yhteen mittariin ei koskaan voida sisällyttää kaikkia toimintakyvyn eri osa-alueita. Tällöin toimivampi vaihtoehto olisi useasta mittarista koostuva patteristo. Kuitenkin tällaisen kattavan toimintakyvyn arviointimittariston kehittämistä tulisi

vakavasti pohtia. Asiakkaan tarpeisiin vastaava yksilöllinen palvelukokonaisuus voidaan suunnitella vain arvioimalla hänen yksilölliset tarpeensa ja voimavaransa huolellisesti. Kasvavien tarpeiden ja niukkenevien resurssien oloissa ei ole varaa muuhun kuin oikein kohdennettuun palveluun.

Selvityksen tulosten perusteella esitetään seuraavat päätelmät:

1. Kattavan toimintakyvyn arvioinnin tulisi olla kiinteä osa ikäihmisen voimavarojen ja palvelutarpeen arviointia ja palvelujen saannin tulisi aina perustua siihen.
2. Nykyinen toimintakyvyn arviointi on varsin kapea-alaista ja epäyhtenäistä. Toimintakyvyn mittaamista tulisi monipuolistaa niin, että siinä otetaan huomioon ikääntyneen toimintakyvyn eri ulottuvuudet. Fyysisen ja kognitiivisen ulottuvuuden lisäksi tulisi arvioida myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä asunnon ja lähiympäristön esteettömyyttä. Ikääntyneen avun tarve arjen toiminnoissa tulisi arvioida yhtäläillä kuin avuntarve päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminnoissa. Toimintakyvyn arviointi tulisi tehdä gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian ja tarvittaessa myös psykogerontologian ammattilaisten sekä asiakkaan ja hänen läheistensä yhteistyönä.
3. Toimintakyvyn arvioinnissa käytettävien välineiden valinnan tulisi perustua riittävään näyttöön välineiden tieteellisestä validiteetista ja reliabiliteetista sekä käytettävyydestä (käytön helppous, käyttöön kuluva aika).
4. Työntekijät tulisi kouluttaa mittareiden käyttöön asianmukaisesti.
5. Kuntalaisten yhdenvertaisen kohtelun ja palvelujen myöntämisen yhdenmukaisuuden takaamiseksi tulisi toimintakyvyn arvioinnille osana palvelutarpeen arviointia laatia kirjalliset ohjeet tai suositukset.
6. Ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin soveltuvien mittareiden arviointia ja kehittämistä tulisi suunnata tutkimus- ja kehittämistyön avulla.

Kirjallisuus

- Adshead F., Day Cody D. & Pitt B. 1992. BASDEC: a novel screening instrument for depression in elderly medical inpatients. *British Medical Journal* 305, 397.
- Alexopoulos G., Abrams R., Young R. ym. 1988. Cornell Scale for Depression in dementia. *Biological Psychiatry* 23, 271-284
- Avlund K. 1997. Methodological challenges in measurements of functional ability in gerontological research. A review. *Aging Clin. Exp. Res.* 9, 164-174.
- Beck A., Ward C., Mendelson M. ym. 1961. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4, 561-571.
- Bowling A. 1991. Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Open University Press, Buckingham.
- Cohen-Mansfield J., Marx M. & Rosenthal A. 1989. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontology* 44, M77-88.
- Cummings J., Mega M., Gray K., ym. 1994. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44, 2308-2314.
- Dunlop D., Hughes S. & Manheim L. 1997. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health* 87, 378-383.
- Folstein M., Folstein S. & McHugh P. 1975. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12, 189-198.
- Galasko D., Bennett D., Sano M. ym. 1997. An inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. *The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Disease & Associated Disorders* 11, Supplement 2, 33-39.
- Gelinas I., Gauthier L. & McIntyre M. 1999. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the Disability Assessment for Dementia. *American Journal of Occupational Therapy* 53, 471-481.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta. HE 95/2005.
- Heikkinen E. 1997a. Iäkkäiden ihmisten terveyst, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Era P. (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissektori LIKES, Jyväskylä.
- Heikkinen E. 1997b. Theoretical background and implementation of the study. In: Heikkinen E., Berg S., Schroll M. et al. (eds) *Functional status, health and aging: The Nora study. Facts, research and intervention in geriatrics.* p. 15-26. Serdi publishing company, Paris.
- Heikkinen E. 1998. Background, design and methods of the Evergreen project. *J Aging Phys Activity* 6, 106-120.
- Helsingin kaupunki: Sosiaali- ja terveysvirasto / Vanhuspalveluprojekti. Arjessa selviytymisen profiili.
- Hokka S., Kuusisto M.-L. & Hurskainen R. 1998. *Kyky. Arviointimallin sisältöopas. Yleiskuvaus, arviointilomake & täyttöohjeet.* Länsi-Suomen lääninhallitus/Sosiaali- ja terveysosasto & Turun yliopisto/Täydennyskoulutuskeskus, Turku.
- Hughes C., Berg L., Danziger W. et al 1982. A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry* 140, 566-572
- Hulten , Larsson , Svanborg , Kerstell & Olsson 1966. En metod för beräkning av vårdtyngd. *Läkartidningen* 65, 1683-1686.
- Häkkinen H. & Holma T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti - tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Suomen Kuntaliitto & Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Hänninen T., Pulliainen V., Salo J. ym. 1999. Kognitiiviset testit muistihäiriöiden ja alkavan dementian varhaisdiagnostiikassa: CERAD -tehtäväsarja. Suomen Lääkärilehti 54, 1967-1975.

Kane R.L. & Kane R.A. 2000. Assessing older persons. Measures, meaning, and practical applications. Oxford University Press, New York.

Karjalainen E. 1999. Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palveluasunnoissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. Acta Universitatis Ouluensis / Medica D 565. Oulun yliopisto, Oulu.

Katz S., Downs T., Cash H. ym. 1970. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist 10, 20-30.

Katz S., Ford A., Moskowitz R. ym. 1963. Studies of illness in the aged. The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of the American Medical Association 12, 914-919.

Katz S. & Stroud M. 1989. Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. Journal of American Geriatrics Society 37, 267-271.

Kuusisto M.-L., Hurskainen R. & Hokka S. 1998. Kyky-malli. Tietokonesovelluksen käyttöohje. Länsi-Suomen lääninhallitus/Sosiaali- ja terveystoimen & Turun yliopisto/täydennyskoulutuskeskus, Turku.

Lahtinen Y., Rajala T., Paunio P. & Liukko M. 1999. Suurten kaupunkien RAVA-tutkimus: Vanhuksien toimintakyky ja avun tarve. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Laukkanen P. 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen - käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa: Heikkinen E. & Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Lawton M. & Brody E. 1969. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 9, 179-186.

Lehto M. 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulosmuuttujana. Teoksessa: Matikainen E., Aro T., Huunan-Seppälä A. ym. 2004. Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Leino-Kilpi H., Walta L., Helenius H., Vuorenheimo J. & Välimäki M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen Hyvä hoito -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Raportteja 151. Stakes, Helsinki.

Mahoney F. & Barthel D. 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 14, 61-65.

McDowell I. & Newell C. 1996. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. Second edition. Oxford University Press, New York.

Mäkinen E. 1991. Classifying disability in supervised out-patient care. A comparative study with Joensuu classification and four other methods. Väitöskirjat 1:1991. Department of General Practice and Primary Health Care. University of Helsinki, Helsinki.

Mäkinen M. & Sihvonen M. 2000. Ikääntyneiden toimintakykymittarit ja sairaaloiden hoitoisuusluokitukset. Vertailua Rava-indeksiin. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 4/2000. Tampereen kaupunki, Tampere.

Norbeck J. 1986. What constitutes a publishable report of instrument development? Nursing Research 34, 380-382.

Noro A., Finne-Soveri H., Björkgren M. & Vähäkangas P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI -järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Helsinki.

Rajala T., Lahtinen Y. & Paunio P. 2001. Suurten kaupunkien toinen RAVA-tutkimus: Vanhuksien toimintakyky ja avuntarve. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Rissanen L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystoimen koettu tarve. Acta Universitatis Ouluensis / Medica D 560. Oulun yliopisto, Oulu.

Smolander J. & Hurri H. 2004. Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittausten menetelmien kartoittaminen ICF -luokituksen aihealueella "liikkuminen". Aiheita 25. Stakes, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a. Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamisesta. Esitteitä 5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b. Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. Monisteita 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Spiegel R., Brunner C., Ermini-Funfschilling D. ym. 1991. A new behavioural scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Journal of the American Geriatrics Society* 39, 339-347.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä 2001. Omaisen haastattelu tärkeä muistihäiriöpotilaan tutkimuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 56, 527-535.

Teperi J. 2005a. Kuka saa terveystalvija? Teoksessa: Heikkilä M. & Roos M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes, Helsinki.

Teperi J. 2005b. Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa? Teoksessa: Heikkilä M., Kautto M. & Teperi J. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.

Toljamo M., Haverinen R., Finne-Soveri H. ym. 2005. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutuksen iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. *FinSoc arviointiraportteja* 4. Stakes, Helsinki.

Törnquist K. 1995. Att fastställa och mäta förmåga till dagliga livets aktiviteter (ADL). En kritisk granskning av ADL-instrument och arbetsterapipraxis. Institutionen för socialt arbete. Skriftserien. Göteborgs universitet, Göteborg.

Vaarama M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveystalvijauihin. Raportteja 48. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki.

Vaarama M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut - nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa: Valtioneuvoston kanslia. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.

Vaarama M., Rintala T., Eteläpää-Vainio S. & Sinervo T. 1999. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta vuonna 1998. Selvityksiä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Vaarama M., Voutilainen P. & Manninen M. 2003. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Selvityksiä 8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Vaarama M., Voutilainen P. & Kauppinen S. 2004. Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa: Heikkilä M. & Roos M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes, Helsinki.

Valtonen L., Talvinko T. & Paunio P. 2003. Suurten kaupunkien 3. RAVA - tutkimus. Ikääntyneiden toimintakyky ja avun tarve. Qualisan Oy, Helsinki.

Valvanne J. & Noro A. 1999. Milloin laitoshoidon? *Duodecim* 115, 1591-1599.

Verbrugge L. & Jette A. 1994. The disablement process. *Social Science & Medicine* 38, 1-14.

Voutilainen P. & Laaksonen A. 2005. Vanhusten hoidon ja palvelun tarpeen selvittäminen. Teoksessa: Mustajoki M. ym. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 4. painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

WHO & Stakes 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 4. Stakes, Helsinki.

Yesavage J., Brink T., Rose T. ym. 1983. Development and validation of a geriatric depression screening scale. *Journal of Psychiatric Research* 17, 37-49.

INTERNET -LÄHTEET

Kuntalomakeluettelo 2005 -. Printel Oy. Saatavilla:
http://www.tosivisio.com/printel/Kuntalomake_2005.pdf

Liitetaulukko 1: Fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit

FYYSINEN TOIMINTAKYKY

LIITETAULUKKO 1 (4)

	Kotipalvelu	Kotisairaanhoido	Yhdistetty kotihoito	Omais-hoidon tuki	Päivä-toiminta	Tav. palvelu-asuminen	Teho.palvelu-asuminen	Vanhainkoti	Terveyskesk uksen vo
Ei mitään	30	28	14	19	29	23	21	21	19
ADCS-ADL	1	5	2	4	2	3	3	2	5
ADL -asteikko	6	8	2	10	4	5	5	8	7
Arjessa selviytymisen profiili	7	3	3	6	3	3	5	3	4
Barthelin indeksi	0	0	1	1	0	1	1	0	4
CDR - Clinical Dementia Rating	2	6	3	5	2	5	5	4	4
DAD - Disability Assessment for Dementia	0	0	0	0	1	0	0	0	0
EASYcare	0	0	1	0	0	0	1	0	1
FAQ -Functional Assessment Questionnaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FIM™ -Itsenäisen toimintakyvyn mittari	0	0	1	1	1	2	2	2	5
GDS (Global Deterioration Scale) tai	1	1	2	1	0	0	1	2	2
IADL -asteikko	0	1	2	3	2	1	1	2	1
Joensuuluokitus	0	1	1	3	1	1	0	0	0
NOSGER - Nurses' Observation for Geriatric	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAI -järjestelmä	1	0	1	0	0	2	2	8	5
RAVA™ järjestelmä	59	29	57	152	34	91	104	90	69
SAS -mittari (Vaasa-mittari)	3	2	1	4	1	3	4	4	2
Jokin muu, mikä	8	7	12	17	4	13	15	13	14
Itse kehitetty mittari	13	7	4	34	3	6	9	6	5
Yhteensä (sis. päällekkäiskäytön)	101	70	93	241	58	136	158	144	128
Vähintään yhtä mittaria käyttäneiden kuntien lkm	75	50	70	188	43	109	130	117	91
Kahta mittaria käyttäneiden kuntien lkm	8	9	8	25	3	10	11	16	12
Kolmea tai useampaa mittaria käyttäneiden kuntien lkm	9	5	6	12	6	7	8	4	10

KOGNITIIVINEN TOIMINTAKYKY

	Kotipalvelu	Kotisairaanhoido	Yhdistetty kotihoito	Omais-hoidon tuki	Päivä-toiminta	Tav. palvelu-asuminen	Teho.palvelu-asuminen	Vanhainkoti	Terveyskesk uksen vo
Ei mitään	27	17	11	20	24	22	18	18	12
CDR (Clinical Dementia Rating Scale)	3	5	3	3	3	3	4	4	4
CERAD -tehtäväsarja	9	19	18	21	12	16	24	18	26
DAD - Disability Assessment for Dementia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FIM™ -Itsenäisen toimintakyvyn mittari	0	0	1	1	1	2	2	2	4
GDS (Global Deterioration Scale) tai GDS-Fast	0	1	3	0	0	0	0	0	3
Joensuuluokitus	0	1	1	2	30	1	1	1	0
MMSE (MiniMental State Examination)	41	48	57	93	29	67	99	83	74
NOSGER - Nurses' Observation for Geriatric Patients	0	0	0	1	0	0	1	1	0
NPI (Neuropsykiatrinen kyselylomake)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAI järjestelmä	1	0	2	0	0	2	2	6	5
RAVA™ järjestelmä	51	33	48	114	28	74	90	75	64
SAS-mittari (Vaasa-mittari)	3	2	1	3	1	2	3	3	5
Jokin muu, mikä	4	3	4	7	3	6	6	7	8
Itse kehitetty mittari	2	3	1	16	1	4	3	3	2
Yhteensä (sis. päällekkäiskäytön)	114	115	139	261	108	177	235	203	195
Vähintään yhtä mittaria käyttäneiden kuntien lkm	72	64	73	161	45	103	137	117	104
Kahta mittaria käyttäneiden kuntien lkm	24	24	28	60	16	43	56	51	49
Kolmea tai useampaa mittaria käyttäneiden kuntien lkm	8	12	17	18	9	14	20	17	17

PSYKKINEN TOIMINTAKYKY

	Kotipalvelu	Kotisairaanhoido	Yhdistetty kotihoito	Omais-hoidon tuki	Päivä-toiminta	Tav. palvelu-asuminen	Teho.palvelu-asuminen	Vanhainkoti	Terveyskesk uksen vo
Ei mitään	35	29	21	30	35	33	33	30	25
Beckin masennustesti	0	1	3	2	2	1	2	1	1
CMAI (Cohen Mansfield-in levottomuusasteikko)	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Cornell	0	0	1	0	1	0	0	0	1
EASYcare	0	0	1	0	0	0	0	0	0
FIM™ -Itsenäisen toimintakyvyn mittari	0	0	1	1	1	2	2	2	6
GDS (Geriatric Depression Scale)	2	4	5	4	0	2	4	6	8
NOSGER (Nurses' Observation for Geriatric	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NPI (Neuropsykiatrinen kyselylomake)	0	0	0	0	0	0	0	0	1
RAI järjestelmä	1	0	2	1	1	3	2	7	5
RAVA™ järjestelmä	51	30	43	112	27	68	85	78	55
Jokin muu, mikä	8	10	8	13	5	12	15	15	16
Itse kehitetty mittari	6	7	3	16	3	6	6	5	6
Yhteensä (sis. päällekkäiskäytön)	68	52	68	149	40	94	116	114	99
Vähintään yhtä mittaria käyttäneiden kuntien lkm	66	48	61	145	38	92	114	110	83
<i>Kahta mittaria käyttäneiden kuntien lkm</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>3</i>	<i>8</i>	<i>11</i>	<i>11</i>	<i>10</i>
<i>Kolmea tai useampaa mittaria käyttäneiden kuntien lkm</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>7</i>

SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY

	Kotipalvelu	Kotisairaanhoido	Yhdistetty kotihoito	Omais-hoidon tuki	Päivä-toiminta	Tav. palvelu-asuminen	Teho.palvelu-asuminen	Vanhainkoti	Terveyskesk uksen vo
Ei mitään	63	45	51	86	61	69	74	66	59
ADCS-ADL	1	8	3	5	2	3	3	1	3
Arjessa selviytymisen profiili	4	2	3	4	3	4	4	2	4
CDR (Clinical Dementia Rating)	1	3	3	5	2	3	4	2	3
EASYcare	0	0	1	0	0	0	0	0	0
FIM™ -Itsenäisen toimintakyvyn mittari)	0	0	2	1	1	2	2	2	3
IADL -asteikko	0	1	2	1	1	0	0	1	1
Joensuuluokitus	0	1	0	2	0	0	0	0	0
NOSGER (Nurses' Observation for Geriatric	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAI järjestelmä	1	0	2	1	1	3	3	8	6
Jokin muu, mikä	10	7	7	14	4	13	13	13	10
Itse kehitetty mittari	5	4	3	16	2	5	5	4	4
Yhteensä (sis. päällekkäiskäytön)	22	26	26	49	16	33	34	33	34
Vähintään yhtä mittaria käyttäneiden kuntien lkm	22	26	26	49	16	33	34	33	34
<i>Kahta mittaria käyttäneiden kuntien lkm</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>3</i>
<i>Kolmea tai useampaa mittaria käyttäneiden kuntien lkm</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2005

Tuulikki Forssén: Huumehoidon asiantuntijuuden rakentuminen päiväkeskuksessa
Raportteja 1/2005 Tilausnro R1/2005

Pia Romppanen: Katsaus kuntien päihdestrategioihin
Raportteja 2/2005 Tilausnro R2/2005

Antti Parpo: SOMA 2002. Sosiaaliturvan ja verotuksen mikrosimulointimalli
Raportteja 3/2005 Tilausnro R3/2005

Pasi Moisio (toim.): Lapsiperheiden taloudellisen tilanteen kehitys Suomessa 1990–2002
Raportteja 4/2005 Tilausnro R4/2005

Tero Tammissalo: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien tietoturvan ja tietosuojan hallinnan periaatteet ja hyvät käytännöt. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille ja toimintayksiköille tietojärjestelmien tietoturvan ja tietosuojan kehittämiseksi
Raportteja 5/2005 Tilausnro R5/2005

Hannele Hyppönen, Päivi Hämäläinen, Marja Pajukoski, Emmi Tenhunen: Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla
Raportteja 6/2005 Tilausnro R6/2005