

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2014

Eija Bhatia

SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIVÄLINE KOTIHOITOON



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ylempi ammattikorkeakoulu | Terveyden edistäminen

2014 | Sivumäärä 86

Pia Suvivuo

Eija Bhatia

SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINNIN VÄLINE KOTIHOIDOLLE

Sosiaalisella toimintakyvyllä on merkitystä elämänlaadulle, koetulle terveydelle ja toimintakyvyn säilymiselle. Sosiaalinen aktiivisuus myös vähentää sairastavuutta, vähentää kuolleisuutta ja palveluiden tarvetta.

Tässä kehittämissuorituksessa kehitettiin kotihoidon sosiaalisen toimintakyvyn arvioimista yhteistyössä Naantalin kotihoidon kanssa. Naantali oli mukana VIRTU-projektissa, joka oli 3-vuotinen monikansallinen virtuaalisten etäpalveluiden kehittämishanke. Kehittämishankkeen aihe saatiin VIRTU-projektilta. Kehittämishankkeen tavoitteena oli parantaa kotihoidon asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointia kehittämällä kliiniseen työhön sopiva arviointiväline kotihoidon henkilöstön käyttöön ja sen käyttöönoton organisointi.

Kehittämissuorituksen tuotoksena kehitettiin terveyteen liittyvä sosiaalisen toimintakyvyn arviointiväline kotihoidon käyttöön kirjallisuuden perusteella. Sen jälkeen kotihoidon henkilöstö testasi lomakkeen käyttöä kotihoidon asiakkailla. Lisäksi kotihoidon tiimien vetäjät kutsuttiin puolistrukturoituun teemahaastatteluun, joka järjestettiin ryhmähaastatteluna. Haastattelu äänitettiin ja litteroitiin. Saatu aineisto analysoitiin ja tulosten pohjalta arviointiväline muokattiin lopulliseen muotoonsa.

Haastattelun tuloksena oli, että arviointivälineen on oltava selkeä, yksiselitteinen ja helppokäyttöinen. Arviointivälineen käyttöönotto vaatii henkilöstön koulutusta ja ohjausta. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja arvioinnin käyttö tarvitsee lisää tutkimuksia. Tässä kehittämissuorituksessa kehitetty kotihoidon arviointiväline tarvitsee vielä lisätestausta reliabiliteetin ja validiuden testaamiseksi.

ASIASANAT:

Sosiaalinen toimintakyky, toimintakyvyn arviointi, kotihoito, ikääntyneet, ICF-luokitus

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme | Health Promotion

2014 | Total number of pages 86

Pia Suvivuo

Eija Bhatia

ASSESSMENT TOOL OF SOCIAL FUNCTIONING FOR HOMECARE

Social functioning improves quality of life and perceived health. It also helps to sustain activity of daily living. Being socially active reduces morbidity and need of health care and elderly services as well as postpones mortality.

Aim of this developing project was to improve assessment of social functioning of the elderly in home care. The project was performed in city of Naantali in cooperation with municipality home care personnel and as Master of health care thesis in Turku University of applied sciences. The title and subject of the project came from VIRTU-project. VIRTU-project was a three-year EU developing project 2010-2013 of developing virtual distant services for the elderly. Aim in this project was to improve the quality of life and reduce loneliness of the elderly by telecommunication screen in several municipalities in archipelagos of Baltic Sea, in Åland, Finland and Estonia. Aim of developing project was to improve means of social assessment of homecare personal by producing a tool of assessment which is easy to use in practical everyday work for the healthcare personal.

First a questionnaire was developed on the basis of literature. Homecare personnel tested the questionnaire with real home care clients (N 34). After testing Nurses were interviewed in a theme group interview. The interview was recorded and analysed with qualitative research method. After the analysing some changes were made to the questionnaire according to the study results.

Assessment tool helps to evaluate subjective needs of an individual elderly in home care more systematically. It is also hoped that this tool will help to evaluate the effectiveness of nursing and elderly services of homecare. This developing project proves that more research is needed in developing a reliable and valid social functioning scales for the elderly.

KEYWORDS:

Social functioning, assessment of functioning, homecare, elderly, ICF-classification

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS, TAVOITE JA ORGANISAATIO	9
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	12
3.1 VIRTU-projekti	12
3.2 Kotihoito	12
3.3 Kansalliset suositukset	13
4 SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY JA SEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	15
4.1 Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa käytettyjä mittareita	15
4.2 Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus.	18
4.3 Sosiaalinen toimintakyky	20
4.4 Toimintakyvyn arviointi	22
5 SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIVÄLINEEN KEHITTÄMISEN PROSESSI	25
5.1 Arviointivälineen ensimmäisen versio kehittäminen	27
5.2 Arviointivälineen testaus	30
5.3 Ryhmähaastattelu, aineiston analysointi ja tulokset	36
5.3.3 Ryhmähaastattelu, aineiston analysointi ja tulokset	39
6 SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIVÄLINE	44
6.1 Kehitetty arviointiväline	44
6.2 Arviointivälineen siltaus ICF-koodistoon	51
6.3 Arviointivälineen validiuden ja reliabiliteetin tarkastelua	53
7 ARVIOINTI	55
7.1 Kehittämiprojektin prosessin arviointi	55
7.2 Soveltavan tutkimukseen valittujen menetelmien arviointia	56
7.3 Tuotoksen eli arviointivälineen arviointia	58
8 POHDINTA	61

LIITTEET

KUVAT

Kuva 1. Arviointivälineen kehittämisprojektin viitekehys.	10
Kuva 2. Soveltavan tutkimuksen vaiheet.	11
Kuva 3. Sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudet käyttötilanteen mukaan (Seppänen, Simonen & Valve 2009).	18
Kuva 6. Kehittämisprojektin vaiheet kotihoidon organisaatiossa.	26
Kuva 5. Soveltavan tutkimuksen vaiheet.	Error! Bookmark not defined.

KAAVIOT

Kaavio 1. Terveysteen liittyvät kysymykset.	34
--	----

TAULUKOT

Taulukko 1. Sosiaalista toimintakykyä arvioivia mittareita.	80
Taulukko 2. Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin siltaaminen ICF koodistoon.	51

KÄYTETYT LYHENTEET

BIC mittari (Battery of Interpersonal Capabilities) Sosiaalisen joustavuuden asteikko

Cerad (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) Kognitiivinen tehtäväsarja

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus

GDS (Geriatric Depression Scale) Myöhäisiän depressioseula

MMSE (Mini mental state examination) lyhyt muistitesti

RAVA Suomen kuntaliiton omistama Ikäihmisen toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari

SPS (The Social Provisions Scale) Sosiaalisen tuen mittari

STM Sosiaali- ja terveysministeriö

THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

UCLA- mittari (University of California loneliness scale) Los Angelesin Kalifornian yliopiston yksinäisyys mittari

WHO World Health Organisation

1 JOHDANTO

Ottawan perusasiakirjan mukaan terveys nähdään prosessina, joka jatkuu läpi elämän. Terveysalan ammattilaisten lähestymistavan tulee olla voimaannuttava. Ammattilaiset tukevat ja mahdollistavat yksilöiden ja yhteisöjen omia mahdollisuuksia ja keinoja ymmärtää ja edistää terveyttään. Terveiden edistämisen prosessin päämääränä on hyvä elämä ja kokonaisvaltainen hyvinvointi, ei terveys sinänsä. (WHO 1986.)

Sosiaalinen eristäytyneisyys ja sosiaalisen tuen puute ovat yhteydessä heikentyneeseen elämänlaatuun ja toimintakykyyn sekä ennenaikaiseen laitoshoittoon (Hellström & Hallberg 2004, Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkälä 2006, Tiikkainen 2006, Savikko 2008, Tiikkainen & Heikkinen 2005). Sosiaaliseen osallistumiseen kannustaminen sekä sen varmistaminen, että ikääntyneillä on tarvittaessa mahdollisuus pyytää apua muilta, pitäisi kuulua avainprioriteetteihin yhteisön terveyden edistämisessä (Nummela, Sulander, Karisto & Uutela 2009, Nummela, Seppänen, & Uutela 2011). Tutkimuksissa on todettu selvä yhteys heikentyneen terveyden ja sosiaalisen eristäytyneisyyden, yksinäisyyden ja turvattomuuden kokemuksen välillä. Turvallisuuden ja yksinäisyyden kokemuksen tunnistaminen on haaste sosiaali- ja terveystaloukselle. (Dickens ym 2011, Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkälä 2006.)

Lukuisissa tutkimuksissa on osoitettu, että vanhusten sosiaalisella osallistumisella on yhteys sairastavuuteen, koettuun terveyteen ja eliniänodotteeseen. Sosiaalisesti aktiivisten ja sosiaalisesti passiivisimpien välillä on todettu olevan merkittävä ero hengissä selviytymisessä 20 vuoden seurannassa. Ero ei selittynyt esimerkiksi terveellisellä elämäntavalla, ei väestötieteellisillä seikoilla eikä edes perhesuhteilla, tulotasolla, sosiaalisella asemalla, koulutuksella eikä terveyden tilalla ole kyetty selittämään eroa. (Hyyppä 2011; Teinonen, Isoaho ja Kivelä 2007, Hyyppä, Mäki, Impivaara & Aromaa 2006.)

Palvelurakenteen uudistamisessa tavoitteena on painopisteen siirtäminen kotihoitoon ja laitoshoidon vähentäminen. Finne-Soverin (2012) selvityksessä Hel-

singin kaupungin iäkkäiden palveluista todetaan yhteenvedossa, että vain 3 % huonokuntoisista asiakkaista halusi muuttaa pois kotoa. Syynä halukkuuteen muuttaa pois kotoa eivät ole niinkään huono terveys tai toimintakyky, vaan koettu yksinäisyys, masennus ja koettu turvattomuus. (Finne-Soveri 2012, 159.) Vanhuspoliittisena suuntauksena on siirtää vanhusten hoidon painopistettä laitoshoidosta kotiin tarjottaviin palveluihin. Kotona selviytymiseen taas vaikuttaa suuresti turvallisuuden tunne, koettu yksinäisyys tai avuttomuus. Tänä vuonna voimaanastuneessa vanhuspalvelulaissa korostetaan myös kotihoidon ensisijaisuutta. Laissa korostetaan myös palvelun ja hoidon tarpeen arviointia.

Tutkimuksessa on myös osoitettu, että ryhmämuotoisella psykososiaalisella kuntoutuksella on voitu vähentää terveyspalveluiden kustannuksia (Pitkälä, Routasalo, Kautiainen & Tilvis 2009). Sosiaalinen eristäytyneisyys ja sosiaalisen tuen puute ovat yhteydessä myös heikentyneeseen elämänlaatuun ja enenaikaiseen laitoshoittoon (Hellström 2004 ja 200, Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkälä 2006, Tiikkainen 2006, Savikko 2008). Yksinäisyys ja sosiaalisen toimintakyvyn vajaukset saattavat myös lisätä kotihoidon tarvetta ja lisätä avun tarvetta (Dale, Sævareid, Kirkevold, & Söderhamn, 2010).

Tässä opinnäytetyönä tehdyssä kehittämissuunnitelmassa luotiin kotihoidon asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointiväline yhteistyössä Naantalien kotihoidon kanssa. Tällä työkalulla pyritään selvittämään asiakkaiden yksilölliset sosiaalisen tuen tarpeet. Arviointivälineen voidaan jatkossa myös arvioida kotihoidon hoitotyön vaikuttavuutta.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS, TAVOITE JA ORGANISAATIO

Uudessa vanhustenpalvelulaissa korostetaan oikeutta palvelutarpeen arviointiin, iäkkään mahdollisuutta vaikuttaa itseään koskeviin asioihin sekä palvelujen laatua. Laissa huomioidaan myös sosiaalisen vuorovaikutuksen turvaamisen sekä elämän merkityksen kokemisen ja turvallisuuden tarve: *”Pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveystalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkäseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Iäkkäille avio- ja avopuolisoille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä.”* – Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 14§. (980/2012)

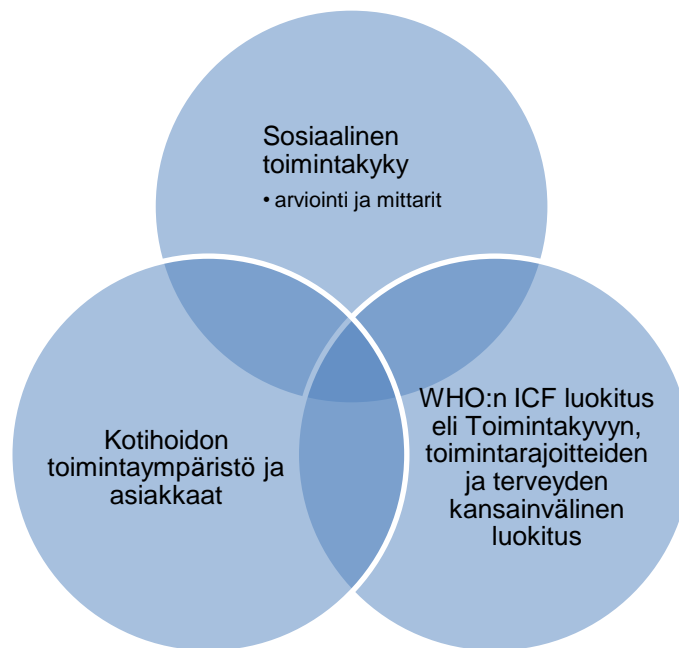
Mittarien ja arviointivälineiden käytöllä tulee pyrkiä löytämään ne tekijät, joihin vaikuttamalla voidaan asiakasta auttaa. Ikääntyneiden toimintakyvyn arvioinnissa tulee huomioida fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. (Finne-Soveri 2011 ym., STM 2006, Voutilainen & Vaarama 2005, Valvira 2012, 22.)

Kotihoidon palvelujen tarpeen arviointiin, kuuluu aina toimintakyvyn arviointi sekä toimintakykyä heikentävien tekijöiden arviointi. Toimintakyvyn heikkene mistä ennakoivia tekijöitä ovat esimerkiksi terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien vähäisyys ja kipu. (Finne-Soveri, ym. 2011.)

Elorannan ym. (2012) mukaan kotihoidon henkilöstön kyky arvioida potilaiden sosiaalisia tarpeita tarvitsee tukea. Henkilökunta tarvitsee arviointimenetelmiä, joilla he kykenevät ottamaan huomioon asiakkaiden omat kokemukset hyvinvoinnistaan. Kotihoidon henkilöstö arvioi antamansa psykososiaalisen tuen pa-

remmaksi kuin mitä se asiakkaiden kokemana on. Kotihoidossa tarvitaan arviointimenetelmiä, joissa huomioidaan asiakkaan kokemus. Tähän epäkohtaan on syytä puuttua hoitotyön koulutuksessa, johtamisessa ja kehittämisessä. (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012).

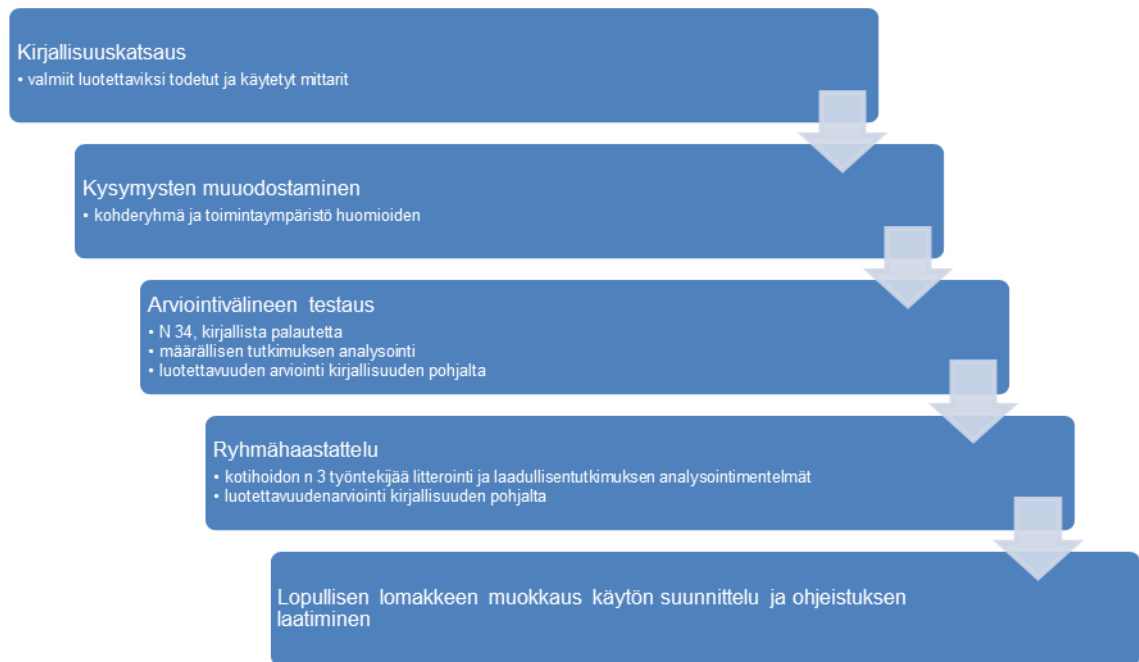
Kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää kotihoidon asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointia ja sitä kautta parantaa hoitotyön laatua. Opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisella lomakkeella Naantalın kotihoidon hoitohenkilöstö voi arvioida asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä sekä implementoida arviointivälineen käyttöönotto yhteistyössä henkilöstön ja vanhuspalveluiden johdon kanssa kliiniseen työhön; palveluiden tarpeen arviointiin, hoidon suunnitteluun ja seurantaan. Alla olevassa kuvassa (Kuva 1) on kuvattu sosiaalisen toimintakyvyn arviointivälineen kehittämisprojektin viitekehys.



Kuva 1. Arviointivälineen kehittämisprojektin viitekehys.

Kehittämisprojektin aihe saatiin VIRTU-projektilta. Siellä oli herännyt tarve saada käyttökelpoinen selkeä työkalu tai mittari vanhusten sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin. Kehittämisprojektin lopullinen tavoite muokattiin ensimmäisessä ohjausryhmän kokouksessa. Kehittämisprojektin alkuvaiheessa ensimmäisessä

ohjausryhmän tapaamisessa selvisi, että sosiaalisen toimintakyvyn arviointivälineen kehittäminen kohdennetaan kotihoidon käyttöön. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointivälineen kehittäminen tehtiin yhteistyössä Naantalin kotihoidon henkilöstön kanssa. Alla olevassa kaaviokuvassa (kuva 2) kuvataan kehittämisprojektin tärkeimmät vaiheet Naantalin kotihoidon organisaatiossa.



Kuva 2. Kehittämisprojektin vaiheet.

Opinnäytetyön tekijä, joka toimi myös projektipäällikkönä, on itse toiminut kotihoidon tiiminvetäjänä toisessa kunnassa. Hän on henkilökohtaisesti myös kiinnostunut kehittämään ja luomaan työvälineitä työssä ilmeiseen haasteeseen vastata kotihoidon asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen haasteisiin.

Kehittämisprojektin ohjausryhmään kuuluivat Naantalin hoito- ja vanhustyön johtaja, kotihoidon osastonhoitaja, VIRTU-projektin projektikoordinaattori ja ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä ohjaava opettaja. Projektiryhmään kuuluivat projektipäällikön lisäksi kotihoidon osastonhoitaja.

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

3.1 VIRTU-projekti

Tämä kehittämisprojekti tuotetaan Turun ylemmän ammattikoulun opinnäytetyönä yhteistyössä Naantalın kotihoidon kanssa. Naantalın kaupunki oli mukana EU:n tukemassa VIRTU-projektissa, ”Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands”. Hanke oli kolmivuotinen EU-projekti, joka toteutettiin vuosina 2010–2013. Hanke päättyi elokuussa 2013. VIRTU-projekti pyrki vastaamaan väestön ikääntymisen tuomaan haasteeseen kehittämällä teknologian käyttökeinoja vanhusten hoidossa. VIRTU-projektissa pyrittiin tukemaan saaristossa asuvien vanhusten sosiaalista kanssakäymistä, parantamaan elämänlaatua ja lisäämään turvallisuuden tunnetta virtuaalisen etäpalvelun mahdollistavan videoneuvottelulaitteiston avulla. (VIRTU-projekti.)

VIRTU-projektiin osallistuivat Suomessa Naantali, Parainen, Kemiönsaari, Siipoo ja Eckerö. Virossa mukana olivat Kuressaaren, Kaarman, Kärlan, Leisin, Lymadan, Orissaaren ja Ruhnun kunnat. Eri ammattikorkeakoulut toimivat palvelun tuottajina yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten sekä muiden julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Turun ammattikorkeakoulu toteutti palvelua Naantaliin. (VIRTU-projekti.)

3.2 Kotihoito

Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat tukea ja apua kotiin sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Kotihoidossa huolehditaan myös sairaanhoidollisesta hoidosta. Kotisairaanhoitoon asiakkaan kotona kuuluu suorittaa lääkärin määräämät sairaanhoidolliset toimet, ottaa näytteitä, valvoa lääkitystä ja seurata asiakkaan vointia. Omaisten tukeminen ja neuvonta palveluihin liittyvissä asioissa kuuluvat myös kotihoidon tehtäviin. Kotihoidon työntekijät ovat pääasiassa ko-

dinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. Sairaanhoidollisen hoitotyön asiantuntijoina toimivat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelma perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja tavoitteena on tukea asiakkaan kuntoutumista. Palvelu- ja hoitosuunnitelman noudattamista seurataan ja tarvittaessa sitä tarkistetaan tarpeiden tai toimintakyvyn muuttuessa. (STM 2013, Valvira 2012.)

Kunnan vanhuspalvelun strategisen johdon vastuulla on huolehtia siitä, että palveluja tuottavissa toimintayksiköissä käytetään luotettavia ja tarkoituksenmukaisia arviointi-, seuranta- ja palautejärjestelmiä. Lähijohdon ja yksiköiden esimiesten tehtävänä on huolehtia henkilöstön osaamisen kehittämisestä ja henkilöstöressurssien kohdentamisesta. He huolehtivat myös henkilöstön hyvinvoinnista ja oppimisen tukemisesta sekä kannustavat toiminnan kehittämiseen ja uusien toimintatapojen innovointiin. Palveluissa tulee toteuttaa omavalvontaa järjestelmällisesti. (STM 2006, STM 2013.)

Valtakunnallisesti terveyden ja hyvinvointilaitoksen (THL) tekemän laskelman mukaan vuosien 2001–2012 aikana on säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä kasvanut 30,6 prosenttia. Naantalissa kotihoidon piirissä oli vuoden 2012 marraskuussa 452 asiakasta, säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli 215, joista 156 oli yli 75-vuotiaita. Vuodesta 2011 ikääntyneiden, yli 75-vuotiaiden, määrä on kasvanut 10,4 %. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden keski-ikä Naantalissa oli 78,4 vuotta, yli 85-vuotiaita asiakkaita oli 41,9 %. 2011 -2012 koko maassa yli 75-vuotiaiden osuus on kasvanut 11,4 %. Koko maassa samoin kuin Naantalissa viime vuoden aikana säännöllisten kotihoidon asiakkaiden määrä on hieman laskenut. (THL 2012b.)

3.3 Kansalliset suositukset

Uudessa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja kuntaliiton (2013) laatusuosituksessa korostetaan kotona asumisen tukemista. Palvelurakenne uudistus ei ole edennyt halutulla tavalla ja Suomessa vanhusten palvelut painottuvat edelleen enemmän laitoshoitoon kuin useassa muussa Euroopan maassa. Kotiin

tuodut palvelut ja riittävät kuntoutuspalvelut tukevat itsenäistä kodissa selviytymistä. Tärkeää on myös kiinnittää huomiota ennakkoivasti riskien hallintaan ja ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen, joissa myös sosiaalisella aktiivisuudella on merkitystä. (STM 2013.)

Vanhuspalvelulaissa ikääntynyt henkilö määritellään seuraavasti: läkkäällä henkilöllä tarkoitetaan ”henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta.” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 3§.)

Valtakunnallisen suositusten mukaan laadukas palvelu perustuu asiakkaan / perheen yksilöllisiin tarpeisiin ja kattavaan, säännöllisin välien tehtävään palvelutarpeen arviointiin. Palvelun tulee olla tavoitteellista, kirjallisen palvelu- ja hoitosuunnitelman ohjaamaa. Tavoitteena tulee olla toimintakyvyn ja kuntoutumien edistäminen. Palvelu- ja hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan, hänen läheistensä ja eri palveluntuottajien kanssa. Palveluissa hyödynnetään tutkimustietoa ja hyviä käytäntöjä. Kansallisen sosiaali- ja terveystalvvelujen kehittämishankkeen ikäihmisten osa-alueen kohdalla todetaan, että palvelujen arvioinnissa ja kohdentamisessa on parannettavaa ja että kotiin on annettava monipuolisempia yksilöllisesti räätälöityjä palveluja ja kuntoutusta. Erityisesti huomioitavaksi asiaksi nostetaan myös ikääntyneiden yksinäisyys. (STM 2012, 24, STM 2013, Valvira 2012.) Yhteiskuntaan kohdistetaan vaatimuksia vanhusten yksinäisyyden vähentämiseksi ja sosiaalisen eristäytyneisyyden ehkäisemiseksi (Uotila 2011).

4 SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY JA SEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

4.1 Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa käytettyjä mittareita

Liitteenä olevaan taulukkoon (Liite 5) on kerätty kirjallisuushaussa löytyneitä sosiaalisen toimintakyvyn mittareita. Taulukossa kuvataan lyhyesti mittarin rakenne ja kuvattava asia. Viimeisessä sarakkeessa on lyhyt arviointi mittarin soveltuvuudesta kotihoidon palvelun tarpeen arviointiin. Useimmat mittarit on kehitetty tutkimuskäyttöön. Muutamia mittareita on tarkoitettu laitospalveluun kuten SWON- (Gerritsen, Steverink, Frijters, Ooms, & Ribbe 2010) ja SES-mittarit (THL 2012c). Lubbenin sosiaalisen verkoston mittarista on kehitetty myös lyhennetty versio kliiniseen työhön.

Yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytyneisyyden interventiotutkimuksissa paljon käytetty mittari on Los Angelesin Kalifornian yliopiston yksinäisyys mittari (UCLA Loneliness scale). UCLA-mittaria on muokattu soveltuvaksi vanhusten yksinäisyyden mittaamiseen ja sen luotettavuutta ja käytettävyyttä on tutkittu eri väestöryhmillä ja useissa eri kulttuureissa (Durak & Senol-Durak 2010). Sitä oli käytetty Cattarin 2005 ym. menetelmäkatsauksen mukaan lähes joka neljännessä tutkimuksessa. De John Gierven mittaria käytettiin kahdessa tutkimuksessa. Katsaukseen hyväksytyissä tutkimuksissa käytettiin muitakin yksittäisiä mittareita tai yksinäisyyden osa oli liitetty muihin mittareihin. (Cattan ym. 2005.)

Routasalo ym. (2012) tutkivat ryhmätoiminnan vaikutusta yksinäisyyden kokemukseen. Mittareina käytettiin UCLA Loneliness-mittaria ja Lubbenin sosiaalisen verkoston mittaria. Mittarit eivät osoittautuneet olevan riittävän herkkiä mittaamaan vaikuttavuutta. (Routasalo, Tilvis, Kautiainen, & Pitkälä 2008.) Lubbenin mittarista on kehitetty myös lyhennetty 6-osainen mittari kliiniseen käyttöön. Mittaria on käytetty erilaisten vanhusryhmien parissa. (Boston college 2011).

BIC-asteikkoa, Battery of interpersonal Capabilities, mittaria on käytetty Suomessa ainakin Ikivihreät-projektissa (Lähteenmäki 1997). Mittarissa kuvataan itsearvioimalla kykyä toimia sosiaalisissa tilanteissa tilanteiden vaatimalla tavalla. Itsearviointi tehdään arvioimalla 7-asteisella Likertin asteikolla, onko kulloisen tapainen käytös tai ilmaisu henkilölle hyvin helppoa 1 tai hyvin vaikeaa 7. Bic asteikko on kehitetty 1987 Kanadassa. Sen käytöstä löytyy heikosti viitteitä viime vuosikymmeniltä. Ikivihreät projektissa sen tuloksilla ei nähty olevan yhteyttä masentuneisuuteen. Yhdessä artikkelissa vuodelta 2005 todetaan, että BIC asteikolla saadut tulokset eivät korreloineet itsetuntemuksen, elämäntyytyväisyyden ja sairastavuuden kanssa (Hofsess & Tracy 2005).

Sosiaalisten taitojen eli sosiaalisen toiminnallisen joustavuuden (Battery of Interpersonal Capabilities eli BIC) ja vuorovaikutusongelmien (Interpersonal Behaviour Problem Statement Scale eli IBPSS) mittaamiseen on kehitetty myös mittareita. Niiden käytöstä löytyy Suomessa arviointia vain ikääntyneiden työntekijöiden tutkimisesta. (Tiikkainen & Heikkinen 2011.)

Terveystilaan liittyvän elämänlaadunmittari, Rand-36 mittari, on kehitetty väestötutkimuksiin ryhmätasoisien erojen mittaamiseen. Yksilötason eroihin se ei Pekkosen väitöskirjatutkimuksen mukaan sovellu kovin hyvin. Rand-36 mittarissa arvioidaan kahdella samantapaisella kysymysosalla sosiaalista toimintakykyä. Pekkosen (2010) mukaan Rand-36 mittaria voidaan pitää myös toimintakykymittarina. (Pekkonen 2010, Aalto, Aro, & Teperi 1999.)

Koettua yksinäisyyttä on arvioitu erilaisissa väestötutkimuksissa yksittäisellä kysymyksellä. Koetulla yksinäisyydellä on selvä yhteys vanhusten heikentyneeseen kykyyn selviytyä kotona, heikentyneeseen elämänlaatuun ja turvallisuuteen. Yksinäisyyttä määrittäviä tekijöitä kannattaa käyttää seulontatutkimuksissa, joissa on tarkoituksena löytää henkilöt, jolle yksinäisyys saattaa olla ongelma. (Hellström, 2001, Hellström & Hallberg 2004, Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkälä 2006, Tiikkainen 2006, Savikko 2008). Sillä on todettu olevan hyvä ennustevaliditeetti. Yksinäisyydellä on havaittu olevan yhteys myös heikentyneeseen koettuun terveyteen, masentuneisuuteen ja jopa lisääntyneeseen kuolemaan ja lisääntyneeseen terveydenhuoltopalveluiden käyttöön ja sairastavuuteen.

teen (Couture 2012, Pitkälä, Routasalo, Kautiainen & Tilvis 2009, Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006, Tiikkainen 2006.) Joitakin maailmalla paljon tutkittuja mittareita kuten De Jong Gierveldin mittaria ei ole käytetty suomalaisessa väestötutkimuksessa (Tiikkainen & Heikkinen 2011).

Tiilikainen (2006) on tutkinut 5-vuotisessa seurantatutkimuksessa vanhusten yksinäisyyden pysyvyyteen ja muuttumiseen vaikuttavia tekijöitä, sosiaalisia suhteita, yksinäisyyttä, terveyttä ja toimintakykyä. Yhteisyyttä mitattiin The Social Provisions Scale (SPS)-itsearviointiasteikolla. SPS-mittari perustuu Weissin teoriaan, jonka mukaan yhteisyyteen kuuluu kuusi vuorovaikutussuhteiden ulottuvuutta. Yhteisyyden ulottuvuudet ovat: guidance eli mahdollisuus saada neuvoja, ohjausta ja tietoa, reliable alliance eli luotettavan ystävän olemassaolon, reassurance of worth arvostetuksi tuleminen, nurturance eli mahdollisuus hoivata tai kokea itsensä tarpeelliseksi, attachment eli kiintyminen ja rakkauden tarve, integration eli sosiaalinen liittyminen ja kuuluminen yhteisöön.

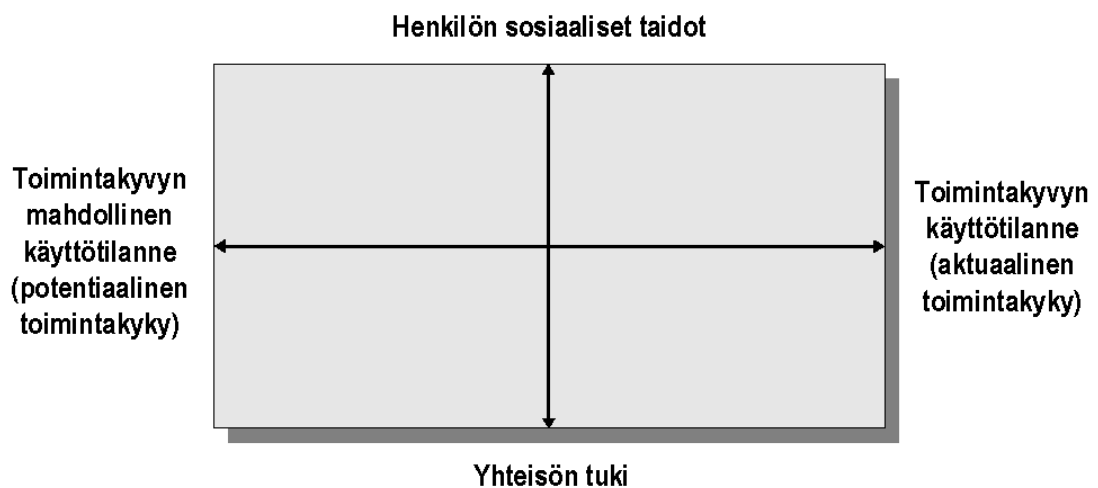
Myös Toimia-tietokannan sosiaalisen toimintakyvyn mittareissa on arvioitu koettu yksinäisyys-mittaria ja SPS- mittaria. Tiikkaisen 2006 mukaan SPS-mittarin käyttö kaksikulotteisena kuvaa suhteellisen hyvin sosiaalista ja emotionaalista yhteisyyttä. Sosiaalisen verkoston objektiivisten muuttujien kuvaamista tarvitaan myös tutkimuksen mukaan. Objektiivisiä muuttujia ovat leskeys, ystävien määrä ja tapaamistiheys sekä yksinasuminen. (Tiikkainen 2006).

Hyvinvoinnin ja elämänlaadun mittarin testissä oli saatu hyviä kokemuksia suhteellisen helppokäyttöisen ja riittävän herkän ICECAP-O (ICEpop CAPability measure for Older people) mittarin käytössä. (Makai, Koopmanschap. Brouwer & Nieboer 2013, University of Birmingham 2013.)

Päijät-Hämeessä kehitettiin ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointia HYVE- ja Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeissa. Hyve-hankkeen sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin kehittämisen osahankkeessa 2009 todettiin, että sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin ei ole olemassa käyttökelpoisia työkaluja. Hankkeessa kehitettiin teoreettisen mallin pohjalta lomake ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin. Tämän lomakkeen teoreettisena perustana olivat kaksi ulot-

tuvuutta: henkilön sosiaalisten taitojen ulottuvuus ja yhteisöön kuulumisen ja tuen saannin ulottuvuus jotka yhdistyvät aktuaaliseen ja mahdollisiin käyttötilaisuuksiin (Kuva 3.) Hankkeen jatkokehittämisen tarpeina esitetään pisteytyksen kehittäminen sekä ICF-luokituksen kytkemistä lomakkeeseen. (Seppänen, Simonen & Valve 2009.)

Kuva 3. Sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudet käyttötilanteen mukaan (Seppänen, Simonen & Valve 2009).



4.2 Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus.

WHO:n kehittämässä toimintakyvyn ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) eli kansainvälisessä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokittelussa tavoitteena on yhtenäistää terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa ja arviointiin käytettyä käsitteistöä. uomi on WHO jäsen valtiona sitoutunut myös käyttämään tätä luokitusta. ICF:n käyttökohteita ovat toiminnan tuloksellisuuden, elämänlaadun ja ympäristötekijöiden arviointi sekä kliininen työ esim. hoidon ja kuntoutuksen tarpeiden arviointiin. (WHO & Stakes 2004.)

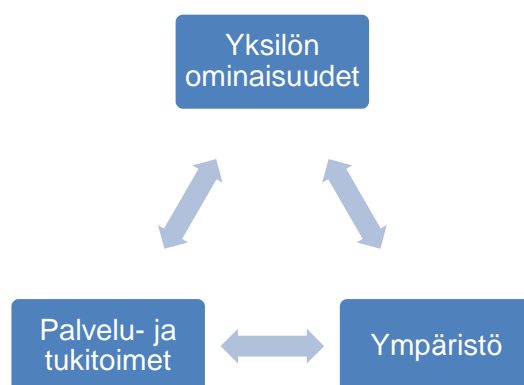
WHO:n ICF julkaistiin 2001, suomennos valmistui 2004. Sen tarkoituksena on kuvata terveyden toiminnallista tilaa ja toimintakyvyn vajausta. ICF-luokituksessa huomio siirretään pois toimintakyvyn vajauksen syystä sen vaikutukseen. ICF-luokitus ottaa huomioon myös toimintakyvyn sosiaalisen ulottuvuuden ja ympäristön vaikutuksen toimintakykyyn. Toimintakyvyn vajoisuus koskee tiettyssä määrin jokaista ihmistä. Useat maat ovat ryhtyneet linjaamaan sosiaali- ja terveystieteitä ICF:n mukaan. (WHO & Stakes 2004.) ICF:an perustuvia indikaattoreita ja raportointisysteemejä on käytetty kuntoutuksessa, kotihoidossa ja toimintakyvyn vajauksen arvioinneissa Australiassa, Kanadassa, Italiassa, Intiassa, Japanissa ja Mexikossa. (WHO, 2012.) Toimia-tietokannan viidestä asiantuntijaryhmästä yksi on keskittynyt ICF-terminologiaan. Ryhmä on sillannut mittareiden termistöä ICF:n mukaiseksi (TOIMIA 2012).

ICF-luokitus perustuu laajaan terveystieteeseen. Se ei käsitä yhteiskunnallistaloudellisia tekijöitä, joita ovat esim. sukupuoli, rotu tai taloudellinen asema, vaikka näilläkin saattaa olla vaikutusta toimintakykyyn. ICF ei myöskään tarjoa välineitä toimintakyvyn arviointiin. ICF-luokituksen käsitteissä mittaamista ja arviointia ohjaavat ensinnäkin ruumiin ja kehon toimintojen muutos (fysiologinen) ja ruumiin rakenteiden muutos (anatominen), suorituskäky tai suoritustaso eli tehtävien toteutus nyky-ympäristössä, mihin vaikuttavat niin fyysinen ja sosiaalinen kuin asenneympäristö joko edistävästi tai rajoittavasti. (WHO & Stakes 2004)

WHO on kehittänyt ICF-luokituksen toimintakyvyn käsitteen riittävän monipuolisen arvioinnin tueksi. ICF-luokituksen koodiston muodostavat kaksi osaa, joilla kummallakin on edelleen kaksi osa-aluetta. Osat erotellaan luokituskoodein kirjain-etuliitteellä. Ruumiin ja kehon toiminnat merkitään b-kirjaimella, osallistumisesta d-kirjaimella, ruumiin rakenteet s-kirjaimella ja ympäristötekijöitä e:lla. ICF-koodisto ei tarjoa arviointi – tai mittausjärjestelmiä, mutta käytössä olevia mittareita tulee arvioida suhteessa ICF-luokitukseen. Mittarien käsitteitä on mahdollista muuntaa ICF-kuvauskohteiksi. Tämän katsotaan osoittavan mittarien arvioivan toimintakykyä ja toimintaedellytyksiä ICF-käsitteistön mukaisesti. (Koskinen, Talo, Hokkinen Paltamaa & Musikka-Siirtola, 2009.)

4.3 Sosiaalinen toimintakyky

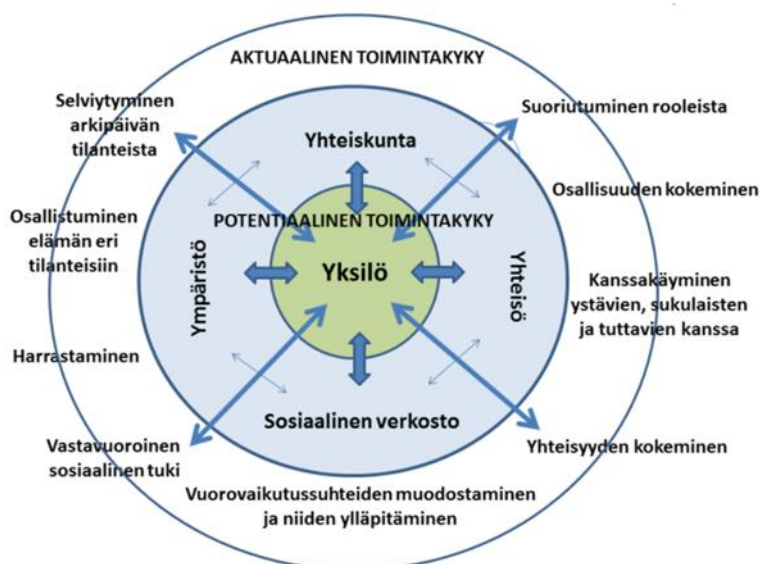
Toimintakyky kuvaa yksilön ja hänen ympäristönsä suhdetta. Siinä yksilön kyvyt, tunteet, tarpeet ja toiveet törmäävät kulloisenkin tilanteen fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön, sen odotuksiin ja vaatimuksiin. Toimintakyky tarkoittaa sitä miten hyvin yksilö selviytyy hänelle itselleen tärkeistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Ihminen on fyysis- psyykkis- sosiaalinen kokonaisuus. Ihmisen kykyyn toimia eri tilanteissa vaikuttavat hänen fyysiset ominaisuutensa, kulloinenkin suorituskkyky, psyykkiset voimavarat sekä sosiaaliset suhteet ja roolit. Yllä olevassa kuviossa (kuva 4.) kuvataan toimintakyvyn tukemisen keskeiset kolme osatekijää, jotka ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Toimintakyvyn tukemisessa palvelu ja apu on suhteutettava yksilön ja ympäristön tarpeisiin. (Sosiaaliportti 2013.)



Kuva 4. Toimintakyvyn tukeminen (Soveltaen Sosiaaliportti 2013.).

Sosiaalinen toimintakyky on monitahoinen käsite, jota voidaan tarkastella useista eri näkökulmista. Edellä olevassa kuvassa (Kuva 5.) on kuvattu sosiaalisen toimintakyvyn moniulotteisuutta. Tiikkainen jakaa toimintakyvyn potentiaaliseen toimintakykyyn, joka käsittää yksilön ominaisuudet ja ympäristön, missä yksilö toimii ja elää. Yksilön ominaisuuksia ovat esimerkiksi yksilön terveys, ikä, arvot, tiedot ja kyvyt. Ympäristö käsittää ensinnäkin sosiaalisen verkoston eli ihmiset, joiden kanssa yksilö on vuorovaikutuksessa henkilökohtaisesti. Eri yhteisöt, joihin henkilö kokee kuuluvansa, vaikuttavat sosiaaliseen toimintakykyyn. Yhteis-

kunnan rakenteet infrastruktuureineen ja palvelujärjestelmineen, lakeineen ja säädöksineen voi joko rajoittaa tai tukea yksilön toimintakykyä. Muu ympäristö käsittää maantieteellisen ja rakennetun ympäristön, joka vaikuttaa yksilön mahdollisuuksiin osallistua ja toteuttaa uloimmassa kehässä lueteltuja aktuaalisia sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuksia. (Tiikkainen 2011.)



Kuva 5. Sosiaalinen toimintakyky (Tiikkainen 2011).

Sosiaalisella toimintakyvyllä on selvä yhteys vanhusten terveyteen, hyvinvointiin ja kotona selviytymiseen. Sosiaalisen toimintakyvyn tarkastelussa voidaan huomioida esimerkiksi sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen eristyneisyys, sosiaalinen yhteisyys, yksinäisyys, sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen sekä sosiaaliset taidot. Sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa on huomioitava sekä objektiivisia että subjektiivisia näkökulmia. Sosiaalinen pääoma sivuaa sosiaalista toimintakykyä. Toimijuus-käsite taas lisää toimintakykyyn kokemuksellisuuden, arvioinnin ja ennakkoinnin ulottuvuudet. Sosiaalinen tuki kuvaa sosiaalista vuorovaikutusta voimavarana ja prosessina. Sosiaalinen toimintakyky on kiinteästi yhteydessä ympäristöön ja yksilön ominaisuuksiin. (Tiikkainen & Heikkinen 2011.)

Eristäytyneisyyteen ja yksinäisyyteen kohdentuvien terveyden edistämisen interventioiden vaikuttavuudesta on vain vähän tutkimusnäyttöä (Cattan & White 1998). Tutkimuksilla on kuitenkin osoitettu, että vanhusten sosiaalista toimintakykyä on pyritty tukemaan useilla eri tavoilla, joissa oleellista on ollut sosiaalisten suhteiden mahdollistaminen ja vanhusten aktivointi. Vanhusten yksinäisyyden tunnetta ja eristäytyneisyyttä on kyetty vähentämään erilaisilla interventioilla, joista vaikuttavimpia ovat olleet ryhmämuotoiset interventiot. Vaikuttavuutta on lisännyt se, että ikäihmiset ovat päässeet mukaan suunnittelemaan, kehittämään heille tarkoitettuja palveluja sekä osallistuneet toimintaan palveluiden tuottamisessa. (Cattan & White 1998, Cattan, White, Bond & Learmouth, 2011, Routasalo, Tilvis, Kautiainen & Pitkälä, 2008.)

Pitkäaikaissairauksien hyvällä hoidolla voidaan tutkimuksen mukaan myös vähentää yksinäisyyttä (Victor & Bowling 2012). Vuorovaikutteisen teknologian hyödyntämisestä vanhuspalveluissa on myös vielä vähän tutkimuksia. Internet-pohjaisten videopuheluiden käytöstä on jo hyviä kokemuksia yksinasuvien vanhusten yksinäisyyden vähentämisessä ja omaishoitajien jaksamisen tukemisessa ja kotihoidon tukena niin Suomessa kuin ulkomaillakin (Cudd, Magnusson, & Hanson, 2012, Jauhiainen, & Miettinen 2011, Lehto, & Leskelä (toim.) 2011, Martin, Kelly, Kernohan, McCreight. & Nuget 2009, Hu 2009, Magnusson, & Hansen, 2005, Marziali & Donahue, 2006.)

4.4 Toimintakyvyn arviointi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima Toimia tietokanta on kansallinen toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntija verkosto. Verkostossa ovat mukana sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Kela, Suomen Kuntaliitto, Kuntien eläkevakuutus, Työterveyslaitos sekä monet asiantuntijat tutkimusta ja kliinistä työtä tekevistä laitoksista. Tietokanta on tarkoitettu työvälineeksi toimintakyvyn mittaamisen parissa työskenteleville ammattilaisille kliiniseen työhön, opetukseen ja tutkimukseen. (TOIMIA 2012a.)

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointia voidaan hyödyntää palveluntarpeen selvittämisessä, hoito- ja palvelusuunnitelmassa, arvioitaessa palveluiden vaikuttavuutta, palveluiden kohdentamisessa ja lakisääteisessä palveluntarpeen arvioinnissa. Yksilön ominaisuuksien lisäksi tulee arvioida myös asumisen- ja ympäristön toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. Toimintakykymittareilla selvitetään asiakkaan toimintakyvyn heikkeneminen sekä jäljellä oleva toimintakyky. Arvioinnissa tulee käyttää vain luotettavia työvälineitä myös niiden käyttöön ja tulosten tulkintaan on perehdyttävä asianmukaisesti. Tämä edellyttää henkilöstön koulutusta. (Valvira 2012, STM 2013b.)

Finne-Soverin ym. (2011) suosituksessa toimintakyvyn arvioinnin mittareiden vähimmäiskriteereiksi asetetaan, että mittarin kysymykset sopivat kansainvälisesti hyväksytyihin luokitteluihin, kuten tautiluokitukset tai toimintakykyluokitus (ICF), ja ovat ymmärrettäviä. Mittaria on verrattu tilastollisin menetelmin, asiantuntijoiden arviointiin tai aiemmin päteväksi todistettuun samaa asiaa mittavaan mittariin, kaksi eri arvioijaa on päätenyt samaan tulokseen arvioidessaan samaa henkilöä samanaikaisesti ja mittareiden ominaisuudet on julkaistu vertaisarviointimenetelmää käyttävissä lehdissä. (Finne-Soveri ym. 2011.)

Arviointimenetelmän käyttökelpoisuuden arvioinnissa on huomioitava sen käyttötarkoitus. Arvo- ja teoreettisten lähtökohtien tulee olla yhteneväisiä käyttötarkoituksen kanssa. Arviointimenetelmän käyttöalue on määriteltävä selkeästi. Käyttöalue saattaa olla tietty ikäryhmä tai toimintaympäristö. (Stakes 2006, Valvira 2012, 23.)

Sosiaalisen toimintakyvyn käsite on moniulotteinen käsite ja sen mittaamisessa on otettava huomioon useita eri ulottuvuuksia. Erilaisia sosiaalisen toimintakyvyn mittareita on käytetty pääasiassa väestötutkimuksissa. Kokemuksia kliinisessä työssä on vain vähän. (Toimia 2012.) Sosiaalisen toimintakyvyn mittausta tai systemaattista arviointia tehdään hyvin vähän terveydenhoidon kliinisessä työssä. Tutkimuksessa on todettu myös, että henkilöstön tekemä subjektiivinen arviointi ei ole yhteneväinen asiakkaiden kokemusten kanssa (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo, 2012). Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa olisi huomioitava sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen eristyneisyys, sosiaalinen

yhteisyys, yksinäisyys, sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen sekä sosiaaliset taidot. Tarvitaan objektiivisia ja subjektiivisia arvioita. (Tiikkainen & Heikkinen 2011.)

5 SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIVÄLINEEN KEHITTÄMISEN PROSESSI

Kotihoidon tiiminvetäjien palaverissa joulukuussa 2012 kehittämisprojekti esiteltiin henkilöstölle ja annettiin ohjeistus arviointivälineen testaamisesta. Helmikuun lopussa testauskyselyt oli tehty kaikilla Naantalın kotihoitotiimien kahdeksalla alueella. Kotihoidon henkilöstö testasi arviointivälinettä noin 40 asiakkaalla. Annetun ohjeistuksen mukaan henkilöstö oli kiitettävästi kirjannut testauksen aikana tekemiään huomioita vastaus lomakkeisiin. Vastauslomakkeet kerättiin helmikuun lopussa.

Kehittämishankkeen aihe esiteltiin kotihoidon tiimien vetäjille siinä vaiheessa, kun arviointilomakkeen ensimmäinen versio oli saatu valmiiksi testausta varten. Lomakkeet jaettiin ja niiden käyttö ohjeistettiin kotihoidon tiiminvetäjien palaverissa. Lomakkeen testauksen jälkeen tiimien vetäjät kutsuttiin ryhmähaastatteluuun. Ryhmähaastattelussa keskusteltiin lomakkeen sisällöstä, sen käyttökokeuksista sekä henkilöstön näkemyksistä sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista arviointivälineen avulla. Lomakkeen ensimmäisen testauksen tulosten ja haastattelun aineiston analysointia selostetaan tarkemmin seuraavassa luvussa.

Aiheen teoreettisiin perusteisiin ja arviointivälineen ensimmäisen version muokkaaminen tehtiin syksyllä 2012. Tavoitteena arviointivälineen kehittämisessä oli löytää jo tieteellisesti luotettavaksi todettuja mittareita tai mittarien yhdistelmä ja testata niitä kotihoidossa. Arviointilomakkeen ensimmäinen versio kehitettiin kirjallisuuden pohjalta.

Saatujen tulosten ja lisäkirjallisuuden perusteella lomaketta muokattiin ja tiivistettiin. Keskustelussa kotihoidon osastonhoitajalta ja hoito- ja vanhuspäalvelujohdajalta uudistetusta lomakkeesta saatiin vielä parannusehdotuksia. Tässä keskustelussa sovittiin myös siitä, miten lomake voidaan ottaa kotihoidossa käyttöön.

Uusittu arviointilomake lähetettiin vielä sähköpostitse tiiminvetäjille ja pyydettiin vielä arvioimaan lomaketta sekä antamaan muutosehdotuksia. Aikaa viimeiseen palautteen antoon annettiin noin kaksi viikkoa. Uusia parannusehdotuksia ei enää saatu.



Kuva 4. Kehittämiprojektin vaiheet kotihoidon organisaatiossa.

Toimintakyvyn arviointivälinettä kehitettäessä on selvitettävä, miten saadaan selville asiakkaan palvelun/tuen tarve. On myös selvitettävä henkilöstön ammatilliset taidot sekä lisä koulutuksen tai perehdytyksen tarve. Arviointimenetelmän validiteetin ja reliabiliteetin arviointi on vaativa, mutta välttämätön osa arviointivälineen kehittämisessä. Arviointiin käytettävä aika ja nopeus ovat tärkeitä työresurssien järkevän käytön ja henkilöstön motivaation kannalta. Arviointivälineen käyttöön ja tulosten tulkinnan on oltava selkeät. (Sosiaaliportti, STM 2006)

Kyseessä on kehittämistutkimus, jossa tyypillisesti käytetään monimenetelmäistä tutkimusstrategiaa. Projektia tarkastellaan useasta näkökulmasta käyttäen erilaisia tieteellisiä menetelmiä projektin eri vaiheissa. (Kananen 2012.) Aineis-

totriangulaation avulla samasta aiheesta useammalla menetelmällä saatu tieto yhdistetään analysoinnin avulla.

Sosiaalisen arviointivälineen Soveltavan tutkimuksen osiossa tavoitteena oli selvittää

1. Millaisella arviointivälineellä kotihoidon henkilöstö voi arvioida asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä?
2. Miten kehitetty sosiaalisen toimintakyvyn arviointiväline soveltuu kotihoidon käyttöön?
3. Miten henkilöstö kokee sosiaalisen toimintakyvyn arviointivälineen käytön?

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotiin ensimmäinen arviointivälineen versio, joka testattiin käytännössä. Kotihoidon henkilöstö testasi arviointivälinettä 34 kotihoidon asiakkaalla. Käyttökokemuksista kerättiin tietoa myös hoitajien ryhmähaastatteluilla. Arviointivälineen tuloksena saatu määrällinen aineisto analysoitiin ja haastattelusta saatu aineisto litteroitiin ja analysoitiin laadullisin menetelmin. Näin saatujen tietojen pohjalta lomaketta muokattiin edelleen. Lomakkeesta on työskentelyn aikana saatu palautetta myös ohjausryhmältä, mentoreilta ja projektiryhmän jäseniltä.

5.1 Arviointivälineen ensimmäisen versio kehittäminen

Soveltavan tutkimuksen osio aloitettiin kirjallisuushaulla. Hakuja tehtiin Academic Search Elite EBSCO:n, Cinahlin ja Medicin tietokannoista. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi elderly, social functioning, ICF, loneliness, social isolation, measurement, assessment, scale, social functioning erilaisilla yhdistelmillä. Medicista hakuja tehtiin katkaistuilla hakusanoilla vanhu*, ikääntyn*, yksin*, mittar* tai toimintaky* eri yhdistelminä. Aikarajauksena käytettiin useimmiten 2000–2013. Saatujen lähteiden lähteistä haettiin edelleen kiinnostavia lähteitä.

WHO:n ICF koodistoon liittyvää asiaa etsittiin Googlen kautta samoin kuin valtiollisia STM:n, THL:n tai Valviran sivuja.

Sosiaalista toimintakykyä pitää arvioida ja mitata mittareilla useammasta eri näkökulmasta, joita ovat Tiikkaisen (2011) mukaan: Sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen eristyneisyys, sosiaalinen yhteisyys, yksinäisyys, sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen sekä sosiaaliset taidot: sosiaalinen joustavuus ja vuorovaikutusongelmat.

Arviointivälineen ensimmäisessä versiossa oli 22 kysymystä/ väittämää (LIITE 1). Ensimmäiset kuusi kysymystä oli tarkoitettu hoitajan täytettäväksi. Kysymykset 1-6 käsittivät kuuloa, näköä, liikuntakykyä, puhumista, mielenterveyttä ja muistia. Näitä kutakin kohtaa arvioitiin 4-asteisella järjestysasteikolla, jossa paras tulos oli 4 ja heikoin 1.

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin valittiin Social Provision Scale eli SPS-mittari Tutkimusten mukaan vanhusten ihmissuhteiden laadulla on enemmän merkitystä kuin sillä, miten usein tai kuinka paljon vanhuksella on ihmiskontakteja. Tämän vuoksi arviointivälineeseen liitettiin osa SPS-mittarin kysymyksistä. SPS-mittari on kehitetty arvioimaan sosiaalisen tuen ja terveyden yhteyttä. SPS-mittarilla on kyetty osoittamaan interventioden vaikuttavuutta ja sitä on käytetty paljon Suomessa ja muissa maissa vanhustutkimuksissa. (Tiikkainen & Heikkinen 2008.)

Uusimmassa SPS mittarissa on 24 väittämää. SPS-mittarissa on neljä väittämää jokaista kuutta yhteisyyden ulottuvuutta kohden (s. 19). Näistä neljästä kysymyksestä kaksi on myönteisiä väittämiä ja kaksi kielteisiä väittämiä. Toimiatietokannan sosiaalisen toimintakyvyn mittarin suosituksessa ehdotetaan, että SPS-kyselyä voisi kokeilla siten, että kysymyksiä olisi vain 6, käytössä olleen 24 kysymyksen sijaan. (Tiikkainen & Heikkinen 2011.)

Mittarin tekemisessä pyrittiin vaivattomuuteen. Kielteisten väittämien pisteenlasku saattaa tuottaa hankaluuksia käytännössä. Tämän vuoksi tässä vaiheessa päätettiin, että poistetaan vain kielteiset väittämät ja muut väittämät jätetään samaan muotoon ja järjestykseen kuin ne ovat olleet SPS-mittarin käytössä

muissakin tutkimuksissa. Liitteessä 2 nämä ovat väittämät 7- 18: ihmissuhteet, sosiaalinen tuki ja sosiaalinen yhteys väittämät yhteensä 12- 48 pistettä. Mitä enemmän pisteitä, sen parempi on sosiaalinen toimintakyky. Näissä väittämissä oli neliportainen vastausvalikko: ”täysin samaa mieltä”, ”samaa mieltä”, ”eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”.

Kolmannen osion kysymykset 18–22 käsittelivät kokemusta sosiaalisten tapaa-
misten useudesta, koettua yksinäisyyttä, pitkästymisen kokemusta sekä lähei-
sen menetyksestä kulunutta aikaa. Lisäksi VIRTU-asiakkaille esitettiin erillisiä
kysymyksiä kokemuksista virtuaalisesta etäpalvelusta (LIITE 2.)

Tutkimusmetodiikassa suositellaan käänteisten vastausvaihtoehtojen käyttöä
noin puolessa kysymyksistä (Burns & Grove 2009, 411). Tämän lomakkeen pis-
teidenlaskua se hankaloittaisi. Tavoitteena on tehdä mahdollisimman selkeä ja
helppokäyttöinen lomake ja siksi käänteistä vastausvalikkoa tai kysymyksiä ei
käytetty. Iäkkäiden kohdalla se saattaisi myös vaikeuttaa vastaamista. Arviointi-
väline tulostettiin kolmelle A4 arkille. Lomakkeessa pyydettiin laskemaan yh-
teis pisteet. Kysymysten aiheiden ja asteikkojen perusteluja tutkimusnäytön poh-
jalta selvitetään tarkemmin lopullisen arviointivälineen kohdalla, kts. luku 5.

Finne-Soveri ym. (2011) suosituksessa toimintakyvyn arvioinnin mittareiden
vähimmäiskriteereiksi annetaan seuraavat viisi asiaa. Ensinnäkin mittarin kysy-
mykset sopivat kansainvälisesti hyväksytyihin luokitteluihin kuten tautiluokituk-
set tai toimintakykyluokitus (ICF) ja ovat ymmärrettäviä. Lisäksi mittaria on ver-
rattu tilastollisin menetelmin asiantuntijoiden arviointiin tai aiemmin päteväksi
todistettuun samaa asiaa mittavaan mittariin, kaksi eri arvioijaa päätyy samaan
tulokseen arvioidessaan samaa henkilöä samanaikaisesti ja mittareiden ominai-
suudet on julkaistu vertaisarviointimenetelmää käyttävissä lehdissä. (Finne-
Soveri ym. 2011.)

5.2 Arviointivälineen testaus

Arviointivälineen testaus ohjeistettiin tiiminvetäjien kuukausipalaverissa. Ohjeistuksessa käsiteltiin kehittämishankkeen tarkoitus, sosiaalisen toimintakyvyn käsite sekä sosiaalisen toimintakyvyn yhteys asiakkaiden hyvinvointiin sekä sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin kehittämisen tarve. Lisäksi tiimien vetäjille lähetettiin sähköpostitse palaverissa esitetty powerpoint ja arviointivälineen käytön ohjeistus. Ohjeistuksessa sanottiin, että arviointiväline soveltui kotikuntoiselle kotihoidon asiakkaalle. Arviointiväline ei sovellu desorientoituneiden, vaikeasti harhaisten tai masentuneiden asiakkaiden tai saattohoitopotilaiden arviointiin. Kyselyn voi tehdä potilaan omahoitaja tai muuten hyvin tunteva hoitaja. Ohjeistuksessa mainittiin myös, että ensimmäiset kuusi kysymystä hoitaja täyttää ja muut kysymykset oli määrä täyttään haastattelemalla. Tiiminvetäjiä ohjeistettiin keräämään tiimiläisiltään palautetta käyttökokemuksista.

Sairaanhoitajat käytännössä tekevät hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä hoidon arvioinnit. Siksi heidän näkemyksensä ovat erityisen tärkeitä arviointivälineen kehittämisessä. Haastatteluun kutsuttiin kaikki kotihoidon sairaanhoitajat, joiden tiimeissä arviointivälinettä on käytetty. Yhdessä lomakkeessa ohjeistus, että hoitaja täyttää nämä kysymykset, ei ilmeisesti ollut saavuttanut kirjallisen palautteen antajaa.

Henkilöstö osallistui hyvin arviointivälineen ensimmäisen version testaamiseen. Aikaa testaukseen oli 2 kuukautta joului- ja tammikuukaudet. Aikaa annettiin reilusti joulupyhien ja talvilomien vuoksi. Lähes kaikki lomakkeet palautettiin määräaikaan mennessä. Yhden tiimin lomakkeet saatiin muutaman päivän sisällä postitse. Lomakkeet oli täytetty huolellisesti ja asiaan oli paneuduttu huolellisesti.

Aineiston keräämisessä noudatettiin tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita, joita ovat esimerkiksi se, että kyselyyn vastaamisen oli vapaaehtoista ja tulokset käsiteltiin luottamuksellisesti. Nämä asiat oli kirjattu saatekirjeeseen (Liite 3). Soveltavalle tutkimuksen tekemiselle ja aineiston keruulle lupa haettiin kirjal-

lisesti organisaation johdolta. Tuloksista raportoitiin rehellisesti ja noudatetaan tarkkuutta viittauksissa ja lähteiden ilmoittamisessa.

Tuloksista tiedotettiin henkilöstölle tiedotustilaisuudessa ja tuloksista tehtiin kirjallinen yhteenveto. Projektiryhmässä mietittiin aivoriihessä tuloksista nousevia kehittämishaasteita ja mittarin jatkokäytön juurruttamista hoitotyöhön.

Alkuosan kuusi kysymystä koettiin selkeiksi ja niistä löytyi helposti sopiva vastaus vaihtoehto hoitajien mielestä. Eniten kommentteja oli kirjattu väittämien 7-18, osuudessa, jotka koskivat SPS mittaria. Esimerkiksi samantyyppisten kysymysten toistaminen oli tuntunut omituiselta tai asiakkaat olivat todenneet, että ”sinähän kysyt jo tuon”. Sanavalintoihin ehdotettiin muutoksia ja joidenkin asioiden kysyminen heikkokuntoiselta vanhukselta oli ollut epämukavaa ja tuntunut loukkaavalta esimerkiksi väittämä 17. ”On ihmisiä, jotka ihailevat kykyjäni ja taitojani” oli koettu tällaisena.

Johtopäätöksenä soveltavan tutkimuksen osioista on, että SPS-mittarista valittu osio ei sellaisenaan näytä soveltuvan kovin hyvin kotihoidon asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin. Samansisältöiset kysymykset tuntuivat hoitajista ja asiakkaista turhilta ja aiheuttivat epämukavuutta ja hämmennystä. Lisäksi arvostusta (reassurance of worth) ja hoivaamista (nurturance) koskevat kysymykset tuntuivat erään palautteen perusteella jopa loukkaavilta esittää apua tarvitsevalle vanhukselle. Arvostus – ja hoivaaminen – osien tarpeellisuutta on aikaisemmissakin tutkimuksissa kyseenalaistettu (TOIMIA 2013).

Useammassa SPS-osion kysymyksessä vierastettiin sanavalintoja. Vapaa-aika, harrastukset tai arki-sana eivät sovellu eläkkeellä olevien vanhusten kyselyyn. lätkkää eivä erittele vapa-aikaa ja muuta aikaa. Myös ” kuuluminen samat mielipiteet ja uskomukset omaavien ryhmään” hämmensi asiakkaita eikä siihen osattu vastata.

Tästä osiosta, kysymykset 7-18, päätettiin luopua ja muokata kysymykset uudestaan uuteen lomakkeeseen. Useiden tutkimusten mukaan ihmissuhteiden laadulla on merkitystä yksinäisyyden kokemukselle ja koetulle terveydelle

enemmän kuin ihmissuhteiden määrällä (Nummela ym. 2009). Tämän vuoksi kysymysten sisällöstä ei haluttu luopua kokonaan.

Liikuntakyvyn kysymyksen vastauksista yli puolet oli 1 tai 2 pisteen vastauksia. Kotihoidon asiakkaat ovat monisairaita. Liikuntakykyyn vaikuttavat useat sairaudet ja vaivat. Liikuntakykyyn liittyvän kysymyksen asteikkoa päätettiin muokata enemmän kuvaamaan toimintakyvyn vajauksesta osallistumiselle koituvaa haittaa.

Leskeksi jääminen ja läheisten menettäminen on yksi tärkeimmistä koettua yksinäisyyttä lisäävistä tekijöistä ja se koskee suurta osaa kotihoidon asiakkaita. Oletteko menettänyt puolisonne tai toisen hyvin läheisen ihmisen? Kysymykseen vastataan kertomalla miten kauan menetyksestä on kulunut aikaa, koska yksilöillä on tapana sopeutua uuteen elämäntilanteeseen ja yksinäisyyden kokemus saattaa ajan kuluessa lieventyä. (Uotila 2011, Tiikkainen 2006). Myös haastatellut totesivat, että kysymyksellä on merkitystä ja sillä voidaan saada tarpeellista tietoa. Tosin koetulla yksinäisyydellä ja tällä kysymyksellä ei näyttänyt tässä aineistossa olevat yhteyttä. Tämä poikkeaa aikaisemmista yksinäisyystutkimuksista.

Kysymyksessä 20. ”Tuleeko teillä arkisin aika pitkäksi tai tylsistyttkö?” huomiota sai ”arkisin”-sana, koska vanhuksen elämässä usein viikonloput tuntuvat usein pitkästyttävimmiltä tai arkea ja muuta aikaa ei voida erottaa toisistaan.

Arviointivälineeseen liitettiin erilliset kysymykset VIRTU-laitteen käyttäjille. VIRTU-laitteen käyttäjille suunnatuilla kysymyksillä toivotaan vastauksia siihen, miten palvelun käyttöä tulisi kehittää, näyttöä VIRTUn vaikuttavuudesta ja siitä, mille kohderyhmälle VIRTUSTA on ollut hyötyä. Kyselyyn liitetään kysymys, miten on palvelua käyttänyt, miten usein ja miten tärkeäksi palvelu on muodostunut käyttäjälle. Tämä kysymysosio liittyy opinnäytetyön aiheenantajatahoon, VIRTU-projektiin. Arviointiin liittyy myös tarve löytää keinoja vastata tarpeisiin. Virtuaalisesta etäpalvelusta on tutkimusten mukaan ollut hyötyä sosiaalisen eristäytymisen ehkäisyssä ja käyttäjät ovat kokeneet sen hyödylliseksi.

Arviointivälineen lomakkeeseen liitettiin VIRTU-laitteen käyttäjille lisäksi kysymyksiä, jotka liittyivät virtuaalisen etäpalvelun käyttöön. Vastauksia tähän liitteeseen saatiin 5. Muutamille palvelun käyttäjille tästä palvelusta on tullut tärkeä osa elämää ja se tukee heidän sosiaalista toimintakykyään merkittävästi. He myös käyttivät palvelua päivittäin.

Tarkemman analysoinnin jälkeen tehtiin muutokset arviointivälineeseen. SPS osasta luovutaan. Kysymykset muokataan sisällöltään sosiaalisen tuen laatua kuvaavalla väittämällä, joiden sanamuoto muokattiin aineistonkeruulla saatujen ehdotusten mukaan.

Mittaamisella kliinisessä työssä pyritään saamaan tietoa, jolla voidaan arvioida interventioiden vaikuttavuutta. Mittarin tulos on saatava laskettua helposti, sen tuloksista on voitava vetää johtopäätös tarvittavista jatkotoimista tai tarjottavista palveluista. Mittarista saatavia tuloksia käytetään asiakaskohtaisten hoitosuunnitelmien ja hoidon arvioinneissa sekä palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä. (Finn-Soveri 2011, STM 2006.)

Arviointilomakkeen pisteiden lasku ja tulosten tulkinta tehtiin mahdollisimman helpoksi. Lomakkeeseen merkittiin tulkintaohje: ”Tulos 1 tai 2 minkä tahansa kysymyksen tai väittämän kohdalla on huomioitava hoitosuunnitelmassa.” ”Mikäli kysymyksissä/väittämissä 7-14 tulos on 1 tai 2 pistettä, tehdään myös GDS 15.” (kts. s.48.)

Lomakkeen ensimmäisestä testaamisesta saatiin 34 täytettyä lomaketta. Osaan lomakkeista oli kirjoitettu myös sanallista palautetta. VIRTU-laitteeseen liittyviin kysymyksiin saatiin viisi vastauslomaketta.

Arviointivälineen 1. Version lomakkeisiin kirjattua palautetta oli kolmessa lomakkeessa:

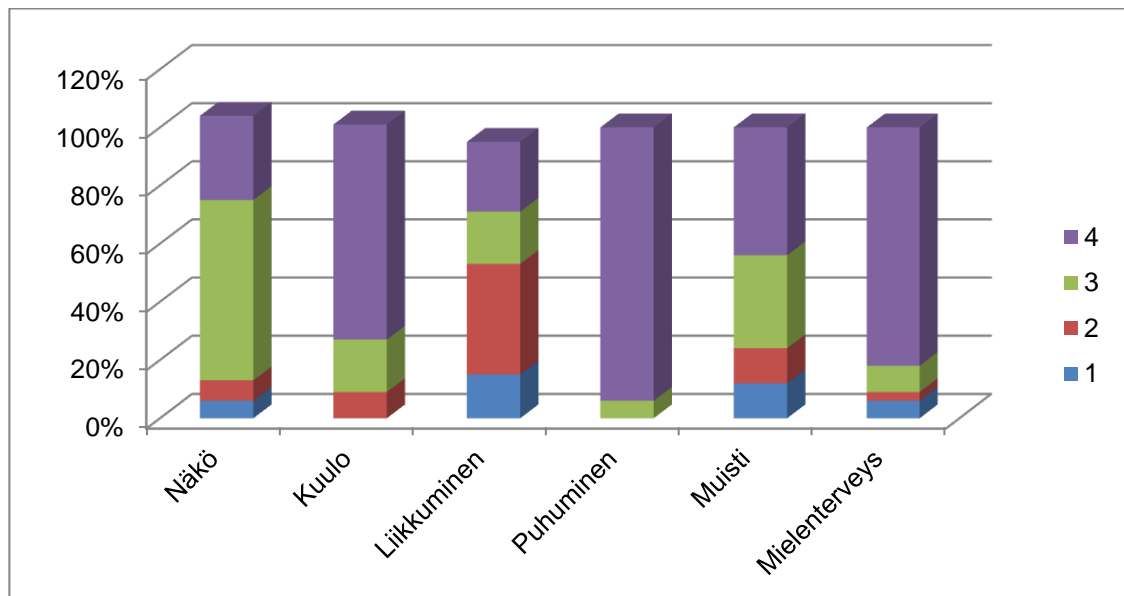
”Osa kysymyksistä tuntui oudoilta sekä kysyä että vastata. Osa kysymyksistä tuntuu loukkaavalta ja myös vaikeasti ymmärrettäviltä.” Kysymykset 11, 13,17 ja 21 oli jätetty vastaamatta.

”Monet kysymykset mahdottomia esitettäväksi kotihoidon asiakkaille, jotka kaikki raihnaisia, monisairaita, kärsivät monenlaisesta toiminnanvajeudesta. Esim. 14. ja 17 kuulostivat suorastaan pilkanteolta, joten en niitä esittänyt. Samoin 6/mielenterveys; arvioin sen itse, koska tiedän kysymyksen loukkaavan. Suoraan sanoen kysymyssarja tuntui irrelevantilta, epätarkoituksenmukaiselta.” Kysymykset 14, 17 ja 21 oli jätetty vastaamatta.

”Asiakkaan mielestä testi oli mukava tehdä tuli mietittyä omaa itseään, kysymykset mukavia ja helppo vastata, asiakas oli kiinnostunut miksi/minkä takia kysely tehtiin, asiakas oli mukana kyselyssä, vastasi itsenäisesti kysymyksiin.”

Kysymysmerkkejä tai huutomerkkejä oli merkitty muutamissa lomakkeissa kysymysten kohdilla, jos ne oli jätetty vastaamatta.

Ensimmäisissä kuudessa terveyden tilaan liittyvää kysymystä eniten 1 ja 2 pisteen vastauksia oli liikuntakyky- (53 %), muisti- (24 %) ja mielenterveyskysymyksen (9 %) ja näkö (9 %) vastauksissa. Tämä kuvastaa terveyteen liittyvien toiminnan vajauksien olevan hyvin yleisiä kotihoidon asiakkailta.



Kaavio 1. Terveysteen liittyvät kysymykset.

Kysymys 8 ”Tunnen ihmisiä, jotka kääntyvät puoleeni tarvitessaan apua” 47 % ”eri mieltä”- tai ”täysin eri mieltä” -vastauksia ja kysymys 10 ”Tunnen olevani

henkilökohtaisesti vastuussa jonkun ihmisen hyvinvoinnista” sai ”eri mieltä”- tai ”täysin eri mieltä” -vastauksia 81 %.

Kysymykseen 14 ”Minulla on ihmissuhteita, joissa pätevyyttäni ja taitojani arvostetaan.” ”eri mieltä”- tai ”täysin eri mieltä”- vastauksia saatiin 19,3 %. Samansäلتöiseen Kysymykseen 17 ”On ihmisiä, jotka ihailevat kykyjäni ja taitojani” oli jätetty vastaamatta 7 kertaa ja ”eri mieltä”- tai ”täysin eri mieltä”- vastauksia oli 33,3 %.

Yksinäisyyttä kokee kyselyn mukaan usein tai aina 11,8 %. Läheisen ihmisen menetyksen oli kokenut äskettäin tai noin kaksi vuotta sitten 27,3 %. Kukaan äskettäin tai muutaman vuoden aikana omaisensa menettäneistä ei kuitenkaan kokenut itseään yksinäiseksi.

Tulokset syötettiin myös Windowsin SPSS tilastolliseen ohjelmaan. Sosiaalisen tuen mittarin kysymyksistä 7-18 muodostettiin summamuuttuja (LIITE3). Summamuuttuja testillä arvioidaan miten hyvin kysymykset mittaavat kysyttyä asiaa. Väitteissä: ”On ihmisiä, jotka kääntyvät puoleeni tarvitessaan apua”, ”Tunnen ihmisiä, jotka pitävät samoista vapaa-ajan harrastuksista kuin minä” ja ”Tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa jonkun ihmisen hyvinvoinnista” Cronbachin alfa oli alle 0,6.

Tilastollista merkitsevyyttä oli korrelaatiomatriisissa kysymyksillä (LIITE 3) ”Kärjistekö yksinäisyydestä”, ”Tuleeko arkisin aika pitkäksi tai tylsistyttekö?” ja ”Tapaatteko mielestänne ystäviä, tuttavvia tai sukulaisia riittävän usein?”

VIRTU-laitetta viidestä vastaajasta käytti päivittäin kaksi ja yksi vähintään kerran viikossa osallistuen ryhmäkeskusteluihin ja ohjelmiin. Yksi asiakas ei käyttänyt VIRTU-laitetta lainkaan vaikka oli laitteen saanut. Kahdelle käyttäjälle laite oli tullut erittäin tärkeäksi keinoksi pitää yhteyttä muihin ihmisiin. Yhdelle siitä oli ollut jonkin verran apua yhteydenpidossa.

5.3 Ryhmähaastattelu, aineiston analysointi ja tulokset

Käyttökokemuksista kerättiin tietoa hoitajien ryhmähaastatteluilla. Arviointivälineen tuloksena saatu määrällinen aineisto analysoitiin ja haastattelusta saatu aineisto litteroitiin ja analysoitiin laadullisin menetelmin. Näin saatujen tietojen pohjalta lomaketta muokattiin edelleen. Lomakkeesta on työskentelyn aikana saatu palautetta myös ohjausryhmältä, mentoreilta ja projektiryhmän jäseniltä. Fenomenologisessa tutkimuksessa aineisto valitaan harkiten niin, että tutkittavien joukolla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkittavien määrä on yleensä pieni. Tutkimukseen osallistujien määrä on riittävä, kun samat asiat toistuvat eri henkilöiden kuvauksissa. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997.)

Ryhmähaastattelu on tehokas menetelmä kerätä tietoa usealta henkilöltä samalla kerralla (Hirsijärvi, Remes & Saajavaara 2011, 108). Teemahaastattelussa teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsijärvi, Remes & Saajavaara 2011, 108). Ryhmähaastatteluun valitaan ne henkilöt, joita ilmiö erityisesti koskee ja jotka tietävät ilmiöstä eniten. Haastateltavien määräksi voidaan ottaa kaikki ilmiöön liittyvät henkilöt jos määrä on pieni. (Kananen 2011, 99- 101.)

Ryhmähaastattelun analysointistrategia riippuu tutkimusongelmasta. Faktuaalinen informaation käsittelystrategia sopii, kun ryhmäläisiä yhdistää esimerkiksi jokin yhteinen harrastus ja kun ryhmäläisten toivotaan muodostavan yhteinen näkemys asiasta. Yhteiset kokemukset tekevät käyttäytymisestä julkista (Sulkunen 1995, 264–285). Haastattelussa haastateltavat ovat aktiivisia toimijoita ja toimivat tilanteessa subjekteina ja saavat vapaasti tuoda esiin omat näkemyksensä. Haastattelumenetelmän käyttö on perusteltu myös silloin, kun ongelmana on uusi asia, josta ei ole aikaisempia kokemuksia. Haastatteleamalla saadaan myös uutta tietoa, jota ei saada esiin aikaisemmin tehtyjen tutkimuksien perusteella. (Hirsijärvi, Remes & Saajavaara 2011, 204–212).

Ryhmähaastattelun valittujen teemojen on vastattava tutkimuskysymyksiä. Haastattelussa on vältettävä liian johdattelevia kysymyksiä. Haastattelussa korostuu haastattelijan taidot ja kokemus. Ryhmähaastattelussa on huomioitava

ryhmädynamiikkaa ja huolehdittava haastateltavien tasapuolisesta kohtelusta ja keskustelun ohjaamisesta ja pysymisestä asiassa. Haastattelun litteroinnissa pyritään rehellisyyteen ja haastattelussa saatujen vastatusten mahdollisimman oikeaan tulkintaan. Litteroinnissa tallennetaan kaikki haastattelun teemoihin oleellisesti liittyvät kommentit. Litteroitu aineisto luokitellaan teemojen mukaan ja tiivistetään. (Kananen 2011, 101–120)

Edellä on kuvattu miten sairaanhoitajat oli ohjeistettu keskustelemaan ja keräämään palautetta tiimeiltään kotihoidon lähi- ja kodinhoitajilta arviointivälineen käytöstä ennen haastattelua.

Maaliskuun alussa 2013 tiimien vetäjät kutsuttiin ryhmähaastatteluun. Haastatteluun oli valmistauduttu teemakysymyksin ja apukysymyksin (LIITE3). Kysymykset koskivat arviointivälineen kysymysten ja väitteiden käyttökelpoisuutta, asteikoiden selkeyttä, saatujen tulosten merkityksiä ja hyödynnettävyyttä sekä sitä miten saadut tulokset ohjaavat kotihoidon henkilöstöä hoidon suunnittelussa.

Haastatteluun saapui 3 kotihoidon hoitajaa, jotka olivat myös tiimien vetäjiä. Haastattelu kesti noin tunnin ja se tallennettiin ja litteroitiin. Haastattelussa kertynyt aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Haastattelussa jokaisella oli edessään käytetty kyselylomake (LIITE1) ja haastattelussa edettiin kysymys kysymykseltä kuitenkin niin, että aikaisempiin kysymyksiin voitiin palata jos haastattelun aikana tuli mieleen jotain lisättävää.

Henkilöstön asenteita sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista analysoitiin laadullisen tutkimuksen menetelmällä (Liite 4). Asenteet olivat uuden lomakkeen käyttöön ottoon epäileviä. Erilaisten mittarien käyttöön saatiin kahdenlaista suhtautumista. Jokainen haastatelluista oli saanut palautetta tiimeiltään. Haastatteluun saapuneilla hoitajilla oli kaikilla erittäin pitkä tai useamman vuoden työkokemus kotihoidosta. Ryhmähaastattelu toteutettiin teemahaastatteluna seuraavan ennakolta laaditun kysymysten pohjalta.

Haastattelussa käsiteltiin myös mittarien käyttöä, arvioitiin kehitettyä arviointivälinettä sekä sosiaalisen toimintakyvyn keinoja. Näistä kysymyksistä on tehty

yhteenvetoa taulukkomuodossa. Analysoinnin tuloksena saatiin että ensinnäkin hoitajat käyttävät mittareita joita johto on ohjeistanut käytettäväksi tai joiden tuloksia lääkärit kaipaavat. Uuden arviointivälineen käyttöön suhtauduttiin torjuvasti vedoten nykyiseen väsymiseen erilaisten suunnitelmien ja arviointien käyttöön ja siihen että nyt on jo käytössä ne, joita tarvitaan.

Esim. ”Jos katsoisin vain kaavaketta tuntuisi, että haluaisin itse tavata ja tutustua eikä vain tuollaisia pisteytyksiä lukea”. ”Nyt on jo liian paljon tietokoneella tavaraa ja pöydät täynnä kaikenmaailman papereita.”

Keskustelun kuluessa nousi esiin myös positiivisia näkemyksiä siitä millä kysymyksillä on merkitystä asiakkaan tilanteen arvioinnissa.

Esim. ”Antaa pohjaa että tietää pohjaa sille miten kauan siitä tapahtumasta on antaa kyllä sellaista selitystä ja lisätietoa”, ”Viimeinen sivu on hyvä”

Arviointivälineeltä edellytetään että se on selkeä, sen tulos on helposti tulkittavissa ja käyttö on helppoa.

Esim. ”Mittarit on hyviä jos ne on napakoita”, ”Jos sä tästä hyvän hiot niin ehkä tämäkin alkaa elämään ”

Ensimmäisissä kuudessa terveyden tilaan liittyvää kysymystä eniten 1 ja 2 pisteen vastauksia oli liikuntakyky- (58 %), muisti- (20,6 %) ja mielenterveyskysymyksen (11,8 %) vastauksissa. Tämä kuvastaa terveyteen liittyvien toiminnan vajauksien olevan hyvin yleisiä kotihoidon asiakkailla.

Kysymys 8 ”Tunnen ihmisiä, jotka kääntyvät puoleeni tarvitessaan apua” 47 % ”eri mieltä”- tai ”täysin eri mieltä” -vastauksia ja kysymys 10 ”Tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa jonkun ihmisen hyvinvoinnista” sai ”eri mieltä”- tai ”täysin eri mieltä” -vastauksia 81 %.

Kysymykseen 14 ”Minulla on ihmissuhteita, joissa pätevyyttäni ja taitojani arvostetaan.” ”eri mieltä”- tai ”täysin eri mieltä”- vastauksia saatiin 19,3 %. Samansisältöiseen Kysymykseen 17 ”On ihmisiä, jotka ihailevat kykyjäni ja taitojani” oli jätetty vastaamatta 7 kertaa ja ”eri mieltä”- tai ”täysin eri mieltä”- vastauksia oli 33,3 %.

Yksinäisyyttä kokee kyselyn mukaan usein tai aina 11,8 %. Läheisen ihmisen menetyksen oli kokenut äskettäin tai noin kaksi vuotta sitten 27,3 %. Kukaan äskettäin tai muutaman vuoden aikana omaisensa menettäneistä ei kuitenkaan kokenut itseään yksinäiseksi.

5.3.3 Ryhmähaastattelu, aineiston analysointi ja tulokset

Fenomenologisessa tutkimuksessa aineisto valitaan harkiten niin, että tutkittavien joukolla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkittavien määrä on yleensä pieni. Tutkimukseen osallistujien määrä on riittävä, kun samat asiat toistuvat eri henkilöiden kuvauksissa. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997.) Ryhmähaastattelu on tehokas menetelmä kerätä tietoa usealta henkilöltä samalla kerralla (Hirsijärvi, Remes & Saajavaara 2011, 108). Teemahaastattelussa teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsijärvi, Remes & Saajavaara 2011, 108). Ryhmähaastatteluun valitaan ne henkilöt, joita ilmiö erityisesti koskee ja jotka tietävät ilmiöstä eniten. Haastateltavien määräksi voidaan ottaa kaikki ilmiöön liittyvät henkilöt jos määrä on pieni. (Kananen 2011, 99- 101.) Ryhmähaastattelun analysointistrategia riippuu tutkimusongelmasta. Faktuaalinen informaation käsittelystrategia sopii, kun ryhmäläisiä yhdistää esimerkiksi jokin yhteinen harrastus ja kun ryhmäläisten toivotaan muodostavan yhteinen näkemys asiasta. Yhteiset kokemukset tekevät käyttäytymisestä julkista (Sulkunen 1995, 264–285). Haastattelussa haastateltavat ovat aktiivisia toimijoita ja toimivat tilanteessa subjekteina ja saavat vapaasti tuoda esiin omat näkemyksensä. Haastattelumenetelmän käyttö on perusteltu myös silloin, kun ongelmana on uusi asia, josta ei ole aikaisempia kokemuksia. Haastattelemalla saadaan myös uutta tietoa, jota ei saada esiin ai-

kaisemmin tehtyjen tutkimuksien perusteella. (Hirsijärvi, Remes & Saajavaara 2011, 204–212).

Ryhmähaastattelun valittujen teemojen on vastattava tutkimuskysymyksiä. Haastattelussa on vältettävä liian johdattelevia kysymyksiä. Haastattelussa korostuu haastattelijan taidot ja kokemus. Ryhmähaastattelussa on huomioitava ryhmädynamiikkaa ja huolehdittava haastateltavien tasapuolisesta kohtelusta ja keskustelun ohjaamisesta ja pysymisestä asiassa. Haastattelun litteroinnissa pyritään rehellisyyteen ja haastattelussa saatujen vastatusten mahdollisimman oikeaan tulkintaan. Litteroinnissa tallennetaan kaikki haastattelun teemoihin oleellisesti liittyvät kommentit. Litteroitu aineisto luokitellaan teemojen mukaan ja tiivistetään. (Kananen 2011, 101–120.)

Edellä on kuvattu miten sairaanhoitajat oli ohjeistettu keskustelemaan ja keräämään palautetta tiimeiltään kotihoidon lähi- ja kodinhoitajilta arviointivälineen käytöstä ennen haastattelua.

Maaliskuun alussa 2013 tiimien vetäjät kutsuttiin ryhmähaastatteluun. Haastatteluun oli valmistauduttu teemakysymyksin ja apukysymyksin (LIITE3). Kysymykset koskivat arviointivälineen kysymysten ja väitteiden käyttökelpoisuutta, asteikoiden selkeyttä, saatujen tulosten merkityksiä ja hyödynnettävyyttä sekä sitä miten saadut tulokset ohjaavat kotihoidon henkilöstöä hoidon suunnittelussa.

Haastatteluun saapui 3 kotihoidon hoitajaa, jotka olivat myös tiimien vetäjiä. Haastattelu kesti noin tunnin ja se tallennettiin ja litteroitiin. Haastattelussa kertynyt aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Haastattelussa jokaisella oli edessään käytetty kyselylomake (LIITE1) ja haastattelussa edettiin kysymys kysymykseltä kuitenkin niin, että aikaisempiin kysymyksiin voitiin palata jos haastattelun aikana tuli mieleen jotain lisättävää.

Jokainen haastatelluista oli saanut palautetta tiimeiltään. Haastatteluun saapuneilla hoitajilla oli kaikilla erittäin pitkä tai useamman vuoden työkokemus kotihoidosta. Ryhmähaastattelu toteutettiin teemahaastatteluna seuraavan ennakolta laaditun kysymysten pohjalta.

Ensimmäisen sivun kuuteen terveydentilan arviointiin kenelläkään haastatelluista ei ollut huomauttamista. Kysymyksiä pidettiin selkeinä ja vastausvaihtoehto oli helppo löytää.

1 sivu” Aika samanlainen kuin RAVA” ”Tämä oli selkä” ”Ei mulla ainakaan tule mieleen mitä lisätä.” ”Mun mielestä tämä oli selkeä.”

Seuraava osio kysymykset 7-18 on otettu suoraan sellaisenaan suomenkielisestä SPS:n käännöksestä alkuperäisessä muodossaan ja järjestyksessä niin, että kielteiset väittämät on jätetty pois. Tämä osion kohdalla haastatteluun osallistujat löysivät parannusehdotuksia lähes joka kysymyksen kohdalla. parannusehdotukset koskivat sanavalintoja, kysymyksen epäoleellisuutta, tai epäselkeyttä. Myös saman asian kysyminen kahteen kertaan koettiin turhana niin asiakkaiden kuin hoitajien mielestä.

2 sivu, kys 7-18 SPS

”Aika paljon vastasivat niin, että rupesivat kertomaan, että kuka se on esim. onhan mulla se poika, että asiakkailta tuli tarve selittää kuka ne on.”” Siitä sitten mun piti selvittää mikä se vastaus on.” (kysymys 7)

*”Näistä harrastuksista, kun kysyttiin niin meillä on niin huonokuntoisia, ettei he pysty mitään harrastamaan, mä en löytänyt tämmöistä, että olisi jonkunmoista harrastusta”
”Eläkkeellä olo on koko ajan vapaa-aikaa, niinku mulle joku vastas” (kysymys 9)*

”Mitä sillä kysymyksellä oikein haetaan? Muutaman se kysymys pisti miettimään? Onhan mulla ne lapset, että ehkä ne jo pärjää tai olenko vielä vastuussa.” (kysymys 10)

*”Siitä sitten kysyttiin, että mitä ryhmää tässä tarkoitetaan? Tarkoitatako tämä jotain uskonnollista ryhmää tai mitä tässä tarkoitetaan. – Sellane palaute tuli.” (kysymys11)
Toiset ajattelivat omaisia ja toiset sanoivat, että suthan mä tunnen” (kysymys 12 ja 13)*

”90- vuotias asiallinen rouva jäi miettimään pätevyyttään, että miten 90-vuotias voi olla pätevä. Pätevyyttäni sana koettiin liian mo-

derniksi. Pätevä kuuluu vähän enemmän työelämään.” (Kysymys 14)

”Varsinais-Suomalaiset ehkä arvostavat taitojani.” ”Niin mulla kans oli tuollainen, että kuka ihailisi. Nyt kun ollaan eläkkeellä ei tarvitse sillai olla enää pätevä” (Kysymykset 14 ja 17)

”Asiakkaat kysyivät mitä tarkoitetaan hätätilanteella. Hätää on monenlaista. Tarkoitetaanko 112 tai kotihoitoa tai naapuria.” ”Jos tässä onkin se, että onko joku jonka puoleen voisi kääntyä” Mitä sitten ajattelee onko siellä tulipalo tai jokin terveydellinen hätä” (kysymys 18)

Vastausvaihtoehdoista oli helppo valita. Toisaalta ”Ainoa on se jos ei ole ketään, ei ole ihmistä kuin tietysti kotipalvelu. Ei niihin osannut mitään merkata. Meillä on niitä, joilla ei ole yhtään omaisia, meillä ainakin on sellaisia. Ainoastaan se on me viranomaiset, jotka käy.”

Samansisältöiset kysymykset:

”Mulle tuli aika monta, kokivat, että on sama kysymys. Ne sanoivat sähän kysyt jo tätä. Kokivat, että sama kysymys tuli uudelleen”

”Ehkä 7 menee samaan kuin 15 ja 18.”

”Kysymykset tuntuivat samanlaisilta ja vastaukset olivat samansisältöiset. Ihmiset kyllä vastasivat, mutta vähän naurahtivat, että sähän kysyt jo.”

Viimeisen sivun kysymyksiin tuli muutama parannusehdotus. Kysymys 21 ”Tapaatteko ystävienne mielestänne ystäviä, tuttavvia tai sukulaisia riittävän usein?” oli epäselvä ja siihen oli jäänyt vahingossa ylimääräinen sana. Kaikki haastattelut olivat huomanneet sen ja korjanneet sen itse.

Sivu 3. kysymykset 19-22

”Kysymys yksinäisyydestä on ainakin ihan selvä. Siihen ei ainaakaan meidän tiimissä tullut mitään erityisempää” (kysymys 19)

”Voisiko arkisin sanan jättää pois” Mun mielestä se (arkisin) olisi hyvä jättää pois. Ne päivät on kuitenkin samanlaisia ikäihmisillä.”

”Kysymyksessä 21 on hyvät vastausvaihtoehdot” ”Kysymystä kannattaa kysyä” (kysymys 21)

”Kyllä se sellaisen pohjan antaa monelle sitten sellaiselle yksinäisyydelle ja kaipuulle, että tietää onko se kovin tuore tapahtuma. Se antaa sellaista lisätietoa kyllä.” (kysymys 22)

Haastattelussa käsiteltiin myös mittarien käyttöä, arvioitiin kehitettyä arviointivälinettä sekä sosiaalisen toimintakyvyn keinoja. Näistä kysymyksistä on tehty yhteenvetoa taulukkomuodossa. Analysoinnin tuloksena saatiin että ensinnäkin hoitajat käyttävät mittareita joita johto on ohjeistanut käytettäväksi tai joiden tuloksia lääkärit kaipaavat. Uuden arviointivälineen käyttöön suhtauduttiin torjuvasti vedoten nykyiseen väsymiseen erilaisten suunnitelmien ja arviointien käyttöön ja siihen että nyt on jo käytössä ne joita tarvitaan.

Esim. ”Jos katsoisin vain kaavaketta tuntuisi, että haluaisin itse tavata ja tutustua eikä vain tuollaisia pistetyksiä lukea”. ”Nyt on jo liian paljon tietokoneella tavaraa ja pöydät täynnä kaikenmaailman papereita.”

Keskustelun kuluessa nousi esiin myös positiivisia näkemyksiä siitä millä kysymyksillä on merkitystä asiakkaan tilanteen arvioinnissa.

Esim. ”Antaa pohjaa että tietää pohjaa sille miten kauan siitä tapahtumasta on antaa kyllä sellaista selitystä ja lisätietoa”, ” Viimeinen sivu on hyvä”

Arviointivälineeltä edellytetään että se on selkeä, sen tulos on helposti tulkittavissa ja käyttö on helppoa.

Esim. ”Mittarit on hyviä jos ne on napakoita”, ”Jos sä tästä hyvän hiot niin ehkä tämäkin alkaa elämään.”

6 SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTIVÄLINE

6.1 Kehitetty arviointiväline

Valmislomake voidaan tulostaa kaksipuolisena yhdelle A4 paperille: Tuotoksena kehitetty arviointilomake löytyy sivulta 48.

Terveyskysymykset 1-6

Tutkimus osoittaa, että heikko näkö ja kuulo, erilaiset krooniset sairaudet ja heikko terveydentila lisäävät yksinäisyyttä. (Korporaal, Broese van Groenou & van Tilburg 2008, Savikko ym. 2005, Johnson, Newman, Danhauer & Williams 2009; Smeeth ym. 2002, Bernabei ym. 2011, Lupsakko 2004) Mielenterveyden ongelmat ja dementoituminen heikentävät vuorovaikutustaitoja. Mielenterveysongelmat ja dementia lisääntyvät yksinolosta ja sosiaalisen eristäytyneisyyden vuoksi. (Blazer 2005, Bailey, Henry & Von Hippel 2008, Yeh & Sing 2004.)

Kotihoidon asiakkailla on usein erilaisia toimintakykyä rajoittavia terveysongelmia liittyen ikääntymiseen, sairauksiin ja aistitoiminnan vaurioitumisiin. Sairauksiin ja vanhuuteen liittyvät vaivat aiheuttavat eristäytymistä. Näihin voidaan lääketieteen ja hoitotyön keinoin vaikuttaa, siksi niitä kartoitetaan myös tässä mittarissa kuudella eri väittämällä. Ensimmäiset kuusi kysymystä käsittävät asiakkaan terveydentilaa ja toimintakykyä sisältäen psyyken ja kognitiiviset toiminnot, jotka vaikuttavat sosiaaliseen toimintakykyyn. Ensimmäiset kuusi kysymystä täyttää hoitaja, joka tuntee potilaan terveydentilan ja jolla on käytössään potilaan sairauskertomus. Väittämät koskevat näköä, kuuloa, puheentuottoa, liikuntarajoitteita, muistia ja psyykettä. Näitä arvioidaan 4-portaisella asteikolla.

Ensimmäiset kaksi kysymystä arvioivat aistitoimintoja ja niiden heikkoudesta koituvaa haittaa sosiaaliselle vuorovaikutukselle. Heikentynyt näkö ja kuulo voidaan tutkimusten mukaan yhdistää masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Kuulolaitteiden käyttöön ohjataan ja kuulonheikkenemiä hoidetaan edelleen heikosti. Joka neljäs kuulolaitteen saanut ei käytä sitä. Näön heikentyminen ja näön

tutkimatta jättäminen liittyvät ikääntyneiden alentuneeseen toimintakykyyn ja kognitiivisen toimintakyvyn alenemiseen. (Bernabei ym. 2011, Lupsakko 2004, Lupsakko, Kautiainen & Sulkana 2005 Lupsakko, Mäntyjärvi, Kautiainen & Sulkava 2003).

Koetun sosiaalisen tuen väittämät 7-10

7. Tunnen ihmisiä, joilta voin pyytää tarvittaessa apua tai neuvoja.
8. Tunnen ihmisiä, joita kiinnostavat samat asiat kuin minua.
9. Olen tekemisissä sellaisten ihmisten kanssa, joiden kanssa voin keskustella ja vaihtaa mielipiteitä.
10. Tunnen luotettavan henkilön, joka tukee minua tärkeissä päätöksissäni.

Väittämät kuvaavat koettua käytännön avun ja neuvojen saamista, liittymistä ja vastavuoroista vuorovaikutusta ja henkisen tuen saannin mahdollisuutta.

Toimia-tietokannan mukaan vanhusten sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa olisi selvitettävä ainakin henkilön ihmissuhteiden määrä ja luonne sekä hänen osallistumisensa yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin. (Finne-Soveri ym. 2011).

Väittämät 7-10 kuvaavat ihmissuhteiden laatua. Ihmissuhteiden määrää tai yhteydenpitämisen määrää ei kysytä, koska tutkimuksissa sillä ei ole löydetty olevan suoraan yhteyttä koettuun yksinäisyyteen tai koettuun sosiaaliseen tukeen. (Tiilikainen, 2006, Savikko 2008). Sen sijaan vastavuoroisuuden ja luottamuksellisuuden kokeminen on todettu merkitykselliseksi.

11. Tapaatteko ystäviä, tuttavvia tai sukulaisia?

Yksinäisyyden tutkimuksessa Savikko havaitsi, että kokemus oli yhteydessä siihen, miten usein toivoi tapaavansa ihmisiä eikä tapaamisten määrään (Savikko 2008). Merkitystä näyttää olevan sillä onko yhteydenpito tuttavien ja sukulaisten kanssa asiakkaan mielestä riittävän säännöllistä ja tiheää. Siksi arviointivälineeseen liitetään kysymys: Tapaatteko mielestänne ystäviä, tuttavvia tai su-

kulaisia? Vastausvaihtoehdot : 4 Kyllä, niin usein kuin toivonkin, 3 Emme tapaa aivan niin usein kuin toivoisin, 2. Tapaamme aivan liian harvoin, 1. En tapaa heitä oikeastaan lainkaan.

12. Oletteko menettänyt puolisonne tai toisen hyvin läheisen ihmisen?

Tutkimustieto osoittaa myös, että terveyden tai toimintakyvyn heikkeneminen ja sosiaalisten kontaktien väheneminen voivat lisätä vanhusten yksinäisyyttä. Ikääntymiseen liittyy ihmissuhdeverkoston pieneneminen sairastumisten tai menehtymisten vuoksi. Leskeytyminen ja läheisten menettäminen koskevat erityisesti ikääntyvää väestöä. Leskeksi jääminen on tutkimusten mukaan yksi eniten yksinäisyyden kokemusta selittävä tekijä. Yksilöillä on yksilöllisiä keinoja selviytyä ja sopeutua vanhuuden aiheuttamiin haasteisiin. Yksilöillä on tapana sopeutua uuteen elämäntilanteeseen ja yksinäisyyden kokemus saattaa ajan kuluessa lieventyä (Uotila 2011, Tiikkainen 2006). (Uotila 2011, Savikko 2008, Tiikkainen 2006.) Leskeksi jääminen ja läheisten menettäminen on yksi tärkeimmistä koettua yksinäisyyttä lisäävistä tekijöistä ja koskee suurta osaa kotihoidon asiakkaita. Vastausvaihtoehtoina tässä kysymyksessä ovat: 4. En tai useita vuosia sitten, 3. Kyllä, vuosia sitten, 2. Kyllä, noin kaksi vuotta sitten tai myöhemmin, 1. Kyllä, alle vuosi sitten tai äskettäin.

13. Kärsittekö yksinäisyydestä?

Yksinäisyyttä on mitattu useissa tutkimuksissa yksittäisellä kysymyksellä ja sen reliabiliteetti ja validius on todettu hyväksi. Sitä on myös käytetty lukuisissa kotimaisissa vanhustutkimuksissa. (Tiikkainen & Heikkinen 2008; Routasalo, Pitkälä, Savikko & Tilvis 2003.) Yksittäinen yksinäisyyttä koskeva kysymys on ollut käytössä hieman erilaisissa muodoissa useissa väestötutkimuksissa. Sen validiteetti ja käyttökelpoisuus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa on todistettu tutkimuksissa hyväksi. (TOIMIA 2012.) Kysymys on: ”Kärsittekö yksinäisyydestä?” Ja se arvioidaan neliportaisella asteikolla: Ei koskaan, harvoin tai joskus, usein, aina tai koko ajan.

14. Tuleeko teillä aika pitkäksi tai tylsistyttekö?

Viime vuonna julkaistussa väitöskirjassa (Uotila 2011) kuvataan, että vanhukset kuvailevat yksinäisyyden kokemusta tylsyytenä, pysähtyneisyytenä ja pitkästymisenä. Yksin jäämiseen ja yksin olon negatiiviseen tunteeseen liittyy pitkästymisen ja tylsyys (Uotila 2011) Koetun yksinäisyyskysymyksen käytettävyyden arvioinnissa viitataan siihen, että validiuteen saattaa vaikuttaa yksinäisyyteen liittyvä stigma. Eikä yksinäisyyttä ehkä haluta tunnustaa tai myöntää. Tylsistyminen ja pitkästymisen kuvaavat asiaa neutraalimmin Uotilan mukaan. Tällä perusteella valitaan kysymykseksi ” Tuleeko teillä arkisin aika pitkäksi tai tylsistyttkö?” Kahdessa viimeisessä kysymyksessä vastaus vaihtoehdot ovat: 4. En koskaan, 3. Joskus, 2. Usein, 1. Aina.

Arviointivälineen kehittämisessä on huomioitu kotihoidossa jo käytössä olevat mittarit. On pyritty välttämään eri arviointivälineiden päällekkäisyyttä. Tavoitteena on ollut, että arviointiväline täydentää nykyisin käytössä olevia mittareita. Naantalissa kotihoidon haastattelupalautteen mukaan arkikäytössä ovat MMSE (Mini mental state examination)-, RAVA-, Cerad- (kognitiivinen tehtäväsarja) ja GDS15(myöhäsiän depressioseula) -mittarit.

Mittariin on lisätty ohjeistukset mittarin käytöstä. Ensimmäisellä sivulla on ohje, että kysymykset 1-6 hoitaja täyttää. Lopussa on ohje että mikäli siitä joissakin kysymyksistä arvioissa tulee 1 tai 2 pistettä niin tehdään GDS15.

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi

Kysymykset 1-6 hoitaja täyttää

48

1. Näkö

näkökyky normaali	4.
selviytyy näön apuvälineiden avulla kotonaan	3.
edes näön apuvälineiden avulla ei pysty lukemaan	2.
ei erota ihmiskasvoja tai on lähes sokea	1.

2. Kuulo

normaali kuulo	4.
kuulolaite käytössä	3.
hyötyisi, mutta ei käytä kuulolaitetta	2.
keskustelu ei onnistu edes kuulon kuulolaitteen avulla	1.

3. Liikuntakyky

liikkuminen ja asiointi kodin ulkopuolella sujuvat normaalisti	4.
pääsee asioille saattajan kanssa tai apuvälineen avulla aina kun haluaa	3.
ei pääse ulos niin usein kuin toivoisi, koska ei saa riittävästi apua liikkumiseen	2.
Ei kykene/halua lähteä ulos. Ei vaikka apuvälineet on eikä edes saattajan kanssa.	1.

4. Puhuminen

puheen tuotto ja ymmärtäminen ovat normaalit	4.
vähäpuheinen, sulkeutunut tai hiljainen	3.
puhumisessa/ymmärtämisessä on vaikeutta	2.
huomattavasti häiritsevä puhumisen/ymmärtämisen vaikeus tai puheen epäselvyys	1.

5. Muisti

ei muistiongelmia	4.
toisinaan unohtelee asioita	3.
itsellä tai omaisilla huolta muistista	2.
muistisairaus	1.

6. Mielen terveys

ei mielen terveysongelmia	4.
lievä mielen terveysongelma	3.
psykykinen sairaus, mutta se ei merkittävästi haittaa vuorovaikutusta	2.
psykykinen sairaus haittaa vuorovaikutusta merkittävästi	1.

Pisteet (6-24p.):

1 tai 2 pistettä

YHT.

7. Tunnen ihmisiä, joilta voin pyytää tarvittaessa apua tai neuvoja.

Täysin samaa mieltä	4.
Samaa mieltä	3.
Eri mieltä	2.
Täysin eri mieltä	1.

8. Tunnen ihmisiä, joita kiinnostavat samat asiat kuin minua.

Täysin samaa mieltä	4.
Samaa mieltä	3.
Eri mieltä	2.
Täysin eri mieltä	1.

9. Olen tekemisissä sellaisten ihmisten kanssa, joiden kanssa voin keskustella ja vaihtaa mielipiteitä.

Täysin samaa mieltä	4.
Samaa mieltä	3.
Eri mieltä	2.
Täysin eri mieltä	1.

10. Tunnen luotettavan henkilön, joka tukee minua tärkeissä päätöksissäni.

Täysin samaa mieltä	4.
Samaa mieltä	3.
Eri mieltä	2.
Täysin eri mieltä	1.

11. Tapaatteko ystäviä, tuttavlia tai sukulaisia ?

Kyllä, niin usein kuin toivonkin	4.
Emme tapaa aivan niin usein kuin toivoisin	3.
Tapaamme aivan liian harvoin	2.
En tapaa heitä oikeastaan lainkaan	1.

12. Oletteko menettänyt puolisonne tai toisen hyvin läheisen ihmisen?

En tai useita vuosia sitten	4.
Kyllä, vuosia sitten	3.
Kyllä, noin kaksi vuotta sitten tai myöhemmin	2.
Kyllä, alle vuosi sitten tai äskettäin	1.

13. Kärsittekö yksinäisyydestä?

Ei koskaan	4.
Joskus	3.
Usein	2.
Aina	1.

14. Tuleeko teillä aika pitkäksi tai tylsistyttekö?

En koskaan	4.
------------	----

Joskus	3.
Usein	2.
Aina	1.

1-2 pistettä kertaa?

Pisteet yhteensä (14–56):

Tulos 1 tai 2 minkä tahansa kysymyksen tai väittämän kohdalla on huomioitava hoitosuunnitelmassa.
Mikäli kysymyksissä/väittämissä 7-14 tulos on 1 tai 2 pistettä, tee myös GDS15.

6.2 Arviointivälineen siltaus ICF-koodistoon

Seuraavassa taulukossa 2 on arviointivälineen osiot sillattu ICF-koodistoon. Koodausohjeen mukaan kolmennumeroista koodausta voidaan käyttää väestötutkimuksissa ja terveydenhuollon toiminnan tuloksellisuuden arvioinnissa. Koodistossa b-alkuiset luvut merkitsevät ruumiin ja kehon toimintoja, d-alkuiset koodit puolestaan viittaavat suoritukseen ja osallistumiseen. (WHO & Stakes 2009, 215- 216.)

Koodistoon linkittämisestä puuttuvat ympäristötekijät, jotka ovat oleellisia koodiston viitekehyksessä. Ympäristötekijöihin kuuluvat fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön edistävä ja rajoittava vaikutus. Ympäristötekijät voidaan arvioida yksilökohtaisesti. Ympäristötekijöitä on 5 pääluokkaa: 1. tuotteet ja teknologiat, 2. luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset, 3. tuki ja keskinäiset suhteet, 4. asenteet ja 5. palvelut, hallinto ja politiikat. (WHO & Stakes 2009,169- 203.)

Taulukko 1. Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin siltaaminen ICF koodistoon.

ICF-luokitus		
Kysymys/väite	koodit	Koodin määritelmä Ruumiin/Kehon toiminnot (b) ja suoritukset ja osallistuminen (d)
Näkö	b210 d110 d166	Näkötoiminnot Katseleminen Lukeminen
Kuulo	b230 d115	Kuulotoiminnot Kuunteleminen
Liikuntakyky	b280 b235 b455 b730 b770 b780 b810 b840 d410	Kipuaistimus Tasapainoelintoiminnot Rasituksen sieto toiminnot Lihaskivertäminen ja tehon toiminnot Kävely- ja juoksu- ja liiketoiminnot Lihaksiin ja liiketoimintoihin liittyvät aistimukset Ihon suojaustoiminnot Ihoaistimukset Asennon vaihtaminen

	d450 Käveleminen d460 Liikkuminen erilaisissa paikoissa d465 Liikkuminen välineiden avulla d535 Ruuansulatusjärjestelmään liittyvät aistimukset b525 Ulostustoiminnot b540 Aineenvaihdunta toiminnot b545 Neste- kivennäisaine ja elektrolyyttitasapainotoiminnot b550 Lämmönsäätelytoiminnot b555 Umpieritystoiminnot b620 Virtsaamistoiminnot
Puhuminen	b126 Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot b310 Puheäänitoiminnot b167 Kieleen liittyvät mielentoiminnot d310 Puhuttujen viestien ymmärtäminen d330 Puhuminen d350 Keskustelu d355 Asiakeskustelu d360 Kommunikointilaitteiden ja -tekniikoiden käyttö
Muisti Mielenterveys	b110 Tietoisuustoiminnot b114 Muistitoiminnot b117 Älykkyystoiminnot b122 Kokonaisvaltaiset psykososiaaliset toiminnot b130 Henkinen energia ja viettitoiminnot b140 Tarkkaavuustoiminnot b144 Muistitoiminnot b152 Tunne-elämän toiminnot b160 Ajattelutoiminnot b164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot b180 Itsen ja ajan kokemisen toiminnot d310 Puhuttujen viestien ymmärtäminen
Avun ja neuvojen saanti Liittyminen Vastavuoroisuus Henkisen tuen saanti Sosiaalisten kontaktien riittävyys Läheisten menetys Koettu yksinäisyys Pitkästyminen	b152 Tunne-elämän toiminnot d710 Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus d720 Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus d750 Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet d760 Perhesuhteet d770 Intiimit ihmissuhteet d910 Yhteisöllinen elämä d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika d930 Uskonto ja hengellisyys d940 Ihmisoikeudet d950 Poliittinen elämä ja kansalaisuus

Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin yhteydessä on syytä aina arvioida ympäristön vaikutuksia ja pohtia löytyykö keinoja parantaa toimintakykyä poistamalla toimintakyvyn esteitä tai muuttamalla ympäristöä toimintakykyä tukevaksi.

6.3 Arviointivälineen validiuden ja reliabiliteetin tarkastelua

Sisällön validiteetti tarkoittaa sitä, että arviointiväline kattaa oleelliset ja tärkeät osiot. Tämä voidaan taata kolmella eri keinoilla, joita ovat perehtyminen kirjallisuuteen, valitun väestöryhmän edustava otos sekä asiantuntijoiden konsultointi. Myös arviointivälineen hyväksyttävyydellä, siinä kontekstissa missä sitä on tarkoitus käyttää, on merkitystä. On tärkeää arvioida arviointivälineen sopivuutta hoitotyön tietoperustaan, koska useat käytössä olevat mittarit on kehitetty muilla tieteenaloilla. Käsitevaliditeetilla tarkoitetaan mittarin käsitteiden yhteyttä teoreettiseen taustaan. Sitä voidaan arvioida käsiteanalyysin, faktorianalyysin avulla tai rinnakkaismittauksilla. (Burns & Grove 2009, 381–384.)

Arviointivälineen kehittämisessä on perehdytty mahdollisimman laajasti niin kotimaiseen kuin kansainväliseenkin kirjallisuuteen, arviointivälinettä testasivat kotihoidon henkilöstö aidoille asiakkailleen tavanomaisessa työympäristössä. Palautetta saatiin ryhmähaastattelussa oman työnsä asiantuntijahoitajilta. Henkilöstön ottaminen mukaan arviointivälineen kehittämiseen ja palautteenanto-mahdollisuus lisää siis validiutta.

Mittarien arvioinnin perusta on sisällön validiteetin arviointi. Sisältövaliditeetilla tarkoitetaan, että mittaako mittari sitä, mitä on haluttu tutkia. Tämä edellyttää tutkittavan käsitteen selkeää määrittelyä ennen mittarin rakentamista. Luotettava validiteetti-arvio saadaan asiantuntijoiden arvioinnin perusteella. Asiantuntija paneelissa asiantuntijat arvioivat, miten hyvin kysymykset vastaavat taustateoriaa valmiiden kysymysten ja asteikon mukaan. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Burn & Grove 2009, 381-383.) Tässä opinnäytetyössä asiantuntija-paneelin tilalla käytettiin ryhmähaastattelua, jossa asiantuntijoina olivat kotihoidon hoitajat.

Validiuden testaamista voisi parantaa testaamalla arviointivälineen käyttöä muilla ryhmillä, joilla oletetaan saatavan merkittävästi erilaisia tuloksia. Validiutta voidaan osoittaa myös tekemällä tilastollisin menetelmin faktorianalyyseja summamuuttujista eli arviointivälineen osioiden riippuvuuksista (Burns & Grove 2009, 387)

Arviointivälineellä kuvataan yksilön subjektiivista kokemusta. Tässä oleellista on kysymysten muoto ja ymmärrettävyys. Kysymykset on muotoiltu mahdollisimman yleiskielisiksi ja sellaisiksi, että lisämääritelmiä ei tarvittaisi. Sosiaaliset suhteet ovat arkaluonteisia ja hyvin paljon arvoihin ja integriteettiin liittyviä kysymyksiä. Kysymykset on pyritty muokkaamaan mahdollisimman neutraaleiksi ja kohderyhmän integriteettiä ja valinnanvapautta kunnioittaviksi. Esimerkiksi ei kysytä kuinka usein asiakas tapaa sukulaisiaan. Tällöin saattaisi syntyä mielikuva, että päivittäin sukulaisia tapaava olisi paremmin onnistunut ja että hänen tuloksensa olisi tavoitellumpi tulos kuin jos tapaa vain kerran kuussa tai vuodessa. Sen vuoksi kysytään: ”Tapaatteko mielestänne niin usein, kuin toivoisitte?” Tapaamistiheys ja sosiaalisen verkoston olemassaolo kuuluvat ICF:n koodiston mukaisesti ympäristötekijöihin, jotka saattavat joko tukea tai heikentää yksilön toimintakykyä. Esimerkkejä vanhusten häirinnästä, kiusaamisesta tai hyväksikäytöstä löytyy empiirisestä kokemuksesta niin kuin kirjallisuudestakin.

7 ARVIOINTI

7.1 Kehittämiprojektin prosessin arviointi

Kehittämiprojektin tavoitteena oli tuottaa kotihoidon henkilöstölle työkalu hoitotyön käyttöön hoidon ja palveluntarpeen arviointiin. Ohjausryhmän kokoontumisen jälkeen tehtävänjako ja suunnitelma oli selkeä. Kansallisten suositusten ja lainsäädännön (vanhuspalvelulaki) tuki kehittämiprojektin aiheelle kantoivat projektin toteutusta koko työskentelyn ajan. Soveltavan tutkimusten menetelmien valinnoilla on pyritty tukemaan kotihoidon henkilöstön osallistumista ja sitoutumista kehittämiprojektiin. Kehittämiprojektissa on otettu huomioon henkilöstön ammattitaito ja heidän asiantuntemustaan on arvostettu. Kotihoidon johto on antanut johtamisellaan tukensa ja kannustanut koko projektin ajan rakentavilla ehdotuksillaan ja myönteisellä suhtautumisella kehittämiprojektia kohtaan. Nämä kaikki edellä mainitut tekijät tukevat kestävän vaikutuksen syntymistä (Silferberg 2007.)

Kehittämiprojektin aiheen tarve on perusteltu vahvasti tutkimustiedolla, lainsäädännöllä ja erilaisilla valtiollisilla suosituksilla ja tavoitteilla. Kirjallisuuskatsauksessa perehdyttiin suureen määrään aiheeseen liittyviin väestötutkimuksiin sekä erilaisiin implementaatio- ja vaikuttavuustutkimuksiin.

Kehittämishankkeen alussa toiveena oli löytää käyttökelpoinen jo käytössä oleva mittari tai eri mittarien yhdistelmä kotihoidon käyttöön. Kirjallisuuskatsauksen perusteella sellaista ei löytynyt. Päätettiin luopua mittari-nimityksestä ja kehittää arviointivälinettä. Selvää oli jo projektin alussa, että luotettavan mittarin vaatimukset täyttävän mittarin kehittäminen opinnäytetyön resurssein ei ole mahdollista. Käytännön työssä joudutaan joka tapauksessa tekemään päätöksiä tieteellisestä tutkimusnäytön puutteista huolimatta.

Projekti on pääosin edennyt suunnitelman mukaan eikä muutoksia ole toimintasuunnitelmaan tarvinnut tehdä. Kotihoidon suuri työmäärä vaikutti työn etene-

miseen niin, että esimerkiksi henkilöstö vaihdoksista, lomista ja sairauslomista johtuen ryhmähaastatteluun saatiin vain kolme työntekijää. Henkilöstövaihdoksilla oli vaikutusta myös tiedonkulkuun. Toinen mahdollisuus järjestettiin ja kutsu uusittiin seuraavalle. Tiedonkulkua pyrittiin varmistamaan esimerkiksi niin, että palaverissa puhutut asiat ja ohjeet lähetettiin vielä sähköpostitse henkilöstölle. Tästä huolimatta ohjeistus ei aivan tarkasti saavuttanut kaikkia, mikä on näinkin hajallaan olevan organisaation ohjaamisessa tavallista. Mitään huomattavaa haittaa ei pienistä tietokatkoksista kuitenkaan ole syntynyt.

Vastarintaa uutta työkalua kohtaan tuli esiin haastattelussa samoin kuin kirjallissakin palautteessa. Vastustus ja kritiikki eivät kuitenkaan jääneet vallitsevaksi vaikutelmaksi. Kriittiset näkökulmat otettiin vastaan ja huomioidaan ohjeistuksen ja koulutuksen suunnittelussa.

Projektipäällikkönä toimi henkilö, jolla on pitkä kokemus hoitotyöstä ja kotihoitosta. Käytännön hoitotyön tuoma kokemuksellinen tieto ohjasi koko työskentelyä aiheenvalinnasta, menetelmien valintaan ja tulosten tulkintaan asti. Kirjallisuuteen perehtyessä tosielämän erilaiset tilanteet, ongelmat ja onnistumiset ohjasivat lisätiedonhakua ja tuottivat erilaisia ahaa-elämyksiä ja innovaatioita.

Projektipäällikön mentorina on toiminut Naantalien hoito- ja vanhustyön johtaja. Mentori oli kiinnostunut projektista ja omalta osaltaan edistänyt projektia ja toiminut innostajana ja tukena. Aika tapaamisiin on löytynyt aina tarvittaessa. Projektiryhmä on antanut riittävästi aikaa projektin esittelyyn sekä osallistunut hyvin arviointivälineen testaamiseen.

7.2 Soveltavan tutkimukseen valittujen menetelmien arviointia

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisäisi, jos se olisi tehty systemaattisesti tiettyjä hakusanoja ja tietokantoja käyttäen, tarkasti raportoiden ja analysoiden hakujen tuloksia. Kirjallisuuskatsaus sisältää paljon yksinäisyystutkimuksiin, minkä voidaan ajatella kuvaavan seurausta sosiaalisen toimintakyvyn heikkoudesta tai ongelmista. Syy-seuraussuhteiden löytäminen toimintakyvyn laskulle

on monisyinen kysymys. Esimerkiksi mielialan lasku, ja sosiaalisen toimintakyvyn laskun on todistettavasti osoitettu liittyvän toisiinsa. Sen sijaan on vaikeampi osoittaa, johtuuko mielialan lasku vähäisistä sosiaalisista kontakteista tai johtuuko kontaktien vähyys mielialan laskusta. Kysymysten muokkauksessa ensimmäisessä vaiheessa pyrittiin käyttämään jo testattuja mittareita.

Arviointivälineen testaus todellisessa hoitaja-asiakastilanteessa antoi autenttista tietoa potilaiden reaktioista. Hoitajat olivat kirjanneet myös omia tuntemuksiaan ja asiakkaiden reaktioita lomakkeisiin. Näin saatiin uutta tietoa asiakkaiden reaktioista esimerkiksi SPS- mittarin soveltuvuudesta.

Haastatteluun osallistuneet olivat hyvin kokeneita ammattilaisia. He olivat myös paneutuneet lomakkeeseen, testanneet sen käyttöä ja näin valmistautuneet hyvin haastatteluun. Näin ollen heidän antamansa palautetta voidaan pitää riittävänä. Validiutta parantaa myös se, että kyselyn tulokset ja kirjallinen palaute olivat hyvin samansuuntaiset kuin haastattelussa saatu palaute.

Tutkimusongelmien ratkaisemiseen tarvittiin kuvaavaa tietoa. Laadullisessa menetelmässä haastattelijan vaikutusta ei voida täysin välttää. Haastattelussa haastattelija pyrki olemaan mahdollisimman neutraali antamalla tilaa haastateltaville vapauden ilmaista omat mielipiteet ja näkemykset. Haastattelijan oma kokemus hoitotyöstä ja kotihoidon arjesta tukivat haastattelua. Haastattelun alussa ja lopussa haastattelija joutui perustelemaan tutkimuksen aihetta ja selvittämään sen tarkoitusta. Ryhmähaastattelu toimi hyvänä menetelmänä uuden toimintatavan käyttöönoton arvioinnissa.

Tutkimusmenetelmien valinta oli onnistunut. Soveltavan tutkimuksen eri osiot täydensivät toisiaan. Pelkkä lomakkeen testaus ja siitä saatu tai pelkkä haastattelu olisivat antaneet pinnallisempaa ja niukempaa tietoa. Eri tutkimusmenetelmien yhdistäminen oli perusteltua myös siksi, että haluttiin tietoa uuden, aikaisemmin testaamattoman lomakkeen käyttökokemuksista. Lomakkeen kysymysten käyttö analysointivaiheessa luokitteluperusteena oli luontevaa ja selkeää. Tämä myös vähensi tutkijasta johtuvaa subjektiivisen tulkinnan vaikutusta ja näin lisää tulosten ja johtopäätösten luotettavuutta.

7.3 Tuotoksen eli arviointiväliseen arviointia

Finne-Soveri ym. (2011) suosituksessa toimintakyvyn arvioinnin mittareiden vähimmäiskriteereiksi asetetaan, että mittarin kysymykset sopivat kansainvälisesti hyväksytyihin luokitteluihin, kuten tautiluokitukset tai toimintakykyluokitus (ICF) ja ovat ymmärrettäviä. Mittaria on myös oltava verrattu tilastollisin menetelmin, asiantuntijoiden arviointiin tai aiemmin päteväksi todistettuun samaa asiaa mittavaan mittariin, kaksi eri arvioijaa on päätenyt samaan tulokseen arvioi-
dessaan samaa henkilöä samanaikaisesti ja mittareiden ominaisuudet on julkaistu vertaisarviointimenetelmää käyttävissä lehdissä. (Finne-Soveri ym. 2011.) Arviointiväliseen kehittämisessä ei kyetty täyttämään Toimia tietokannassa esitettyjä toimintakyvyn mittareille asetettuja vähimmäiskriteereitä. Vähimmäiskriteerien täyttäminen vaatii runsaasti lisää tieteellistä tutkimustyötä, jota ei opinnäytetyön puitteissa ole mahdollista tehdä.

Valmiin luotettavan mittarin puute lamaannutti työn tekemistä alussa. Pohdintaa aiheutti uhka koko projektin kaatumisesta siihen, että YAMK:n opinnäytetyönä ei voida osoittaa uuden mittarin luotettavuutta riittävästi. Validiuden ja reliabiliteetin testaaminen vaatisi laajoja vertailevia testauksia ja johdonmukaista analysointia määrällisen tutkimuksen menetelmin.

Kirjallisuuskatsauksessa löytyneet mittarit on pääasiassa kehitetty tieteelliseen tutkimuskäyttöön väestötutkimuksissa. Käyttökelpoisten mittarien puute ja tarve on ilmeinen. Esimerkiksi THL:n kansainvälisessä laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmässä, RAI:ssa, on sosiaalisen toimintakyvyn mittarina vain yksi mittari. Se on sosiaalisen osallisuuden mittari SES mittari, joka soveltuu laitospöyttöön (THL 2012). TOIMIA-tietokannasta löytyy seuraavia sosiaalisen toimintakyvyn mittareita: Audit-kysely, CES-D eli The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, SPS eli Social Provision Scale, SOFAS - Social and Occupational Functioning Assessment Scale ja koettu Yksinäisyys-mittari. Audit mittaa lähinnä päihteiden käyttöä, CES-D masennusta, SPS:n käytettävyys ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa arvioidaan koh-
tuulliseksi ja SOFAS arvioi mielialahäiriöpotilaiden sosiaalista ja ammatillista

toimintakykyä työelämässä. Ainostaan Koettu yksinäisyys-kysymyksen luotettavuus ja käyttökelpoisuus on osoitettu hyväksi. Luotettavuuden vuoksi haluttiin kuitenkin pitäytyä jo tutkittuihin mittareihin ja ensimmäiseen lomakkeeseen otettiin mukaan SPS-mittari, sovellettuna tosin.

Kehittämisprojektissa kehitetyllä arviointivälineellä on vahvuuksia. Ensinnäkin arviointivälineen kehittämisessä näkyy hoitotyön ajatus- ja toimintamalli. Hoitotieteessä tutkitaan erilaisissa elämäntilanteissa ihmisten terveyttä, terveyden edistämistä tai sairauksien hoitamista erilaisissa ympäristöissä. Keskeistä on asiakas- ja terveyslähtöisyys. Asiakkaan toimintakyvyn tukemisen perustana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet sekä terveydentilan arviointi, mikä sopii hyvin hoitotyön asiakaslähtöiseen otteeseen. Palvelun kohdentamisella sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen voidaan parantaa yksilöiden elämänlaatua sekä vähentää kotihoidon ja terveystalveluiden tarvetta. Vanhukset kykenevät sopeutumaan tilanteeseen vuosien kuluessa ja löytämään uusia keinoja selviytyä toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Hoitotyön menetelmillä on mahdollista vaikuttaa moniin fyysisen toimintakyvyn vajauksiin, jotka aiheuttavat sosiaalista eristäytyneisyyttä ja liittyvät toimintakyvyn laskuun, esimerkiksi dementian etenemiseen, yleiskunnon ja mielialan laskuun.

Arviointivälineen vahvuutena on myös ICF:n toimintakyvyn teoreettisen mallin soveltaminen. Perinteisesti eri tutkimusyhteisöt ovat toimineet erillään. On ollut lääketieteellinen yksilön ominaisuuksia ja sopeutumiskykyä tutkiva ja yhteiskunnan toimintoihin ja ongelmiin keskittyvä yhteiskunnallinen tutkimusnäkökulma. ICF-luokituksessa pyritään biologisen, yksilöpsykologisen ja yhteiskunnallisen tutkimusnäkökulman synteesiin. (WHO & Stakes 2009, 19–20.). ICF:n viitekehys antaa vahvan oikeutuksen terveyslähtöiselle toimintakyvyn arvioinnille. Aikaisemmissa mittareissa terveydentilaan liittyvää toimintakyvyn heikentymistä ei ole otettu näin huomioon. Niissä sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta on arvioitu erillään fyysisestä olemuksesta tai terveydentilan arvioinnista. ICF tarjoaa hoitotyön viitekehukseen sopivan ajatusmallin toimintakyvyn arviointiin. Opin- näytetyöntekijän mielestä jatkossa hoitotyön arviointivälineitä tulisikin kehittää ICF:n viitekehysten puitteissa.

Elämänlaatu-tutkimuksissa terveydentilan arviointi ja sosiaalinen toimintakyky on jotenkin sisällytetty. Elämänlaatu-mittareita käytetäänkin terveydenhuollon vaikuttavuuden arvioinnissa. Toimintakyvyn arviointivälineen avulla voidaan tuottaa tietoa yksilön tarvitsemasta tuesta ja kohdentaa toimenpiteet tarkemmin. Tätä arviointivälinettä voidaan käyttää yksilökohtaiseen sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin ja toimenpiteiden suunnitteluun.

8 POHDINTA

Hoitotyön tutkimuksessa aiheen ja näkökulman valinta liittyy kliinisestä työstä nousevaan ongelmaan. Se liittyy myös tutkijan henkilökohtaiseen kliiniseen asiantuntijuuteen, teoreettiseen tietoon, intuitioon, mielenkiinnon kohteisiin ja tavoitteisiin. Mielikuvitus ja luovuus auttavat tutkimusongelman määrittämisessä. Tutkimusongelmalla on oltava myös ammatillista merkitystä. Sillä on joko potentiaalista tai aktuaalista merkitystä yhteiskunnalle. Ongelman ja tavoitteen muokkaaminen vaatii usein moniammatillista yhteistyötä, jotta sillä on todellista merkitystä terveydenhoidon kehittämiseksi ja on silti toteuttamiskelpoinen. (Burns & Grove 2009, 76–79.)

Vanhenemista ja vanhuutta koskevat psykologiset teoriat saattavat selittää tai tukea muutamia projektin kuluessa esiin nousseita seikkoja. Ensinnäkin ikäänymistä tulee tarkastella yksilöllisesti, sillä vanhuuden kehitystehtävien sijoittuminen elämänjaksolle vaihtelee huomattavasti. Yleisesti psykologisissa teorioissa vanhuus nähdään kehitysvaiheena, joka vaatii erityistä psyykkistä joustavuutta. Joustavuutta vaativat muutokset fyysisessä ja psyykkisessä terveydessä ja sosiaalisessa ympäristössä. Valikointi, optimointi ja kompensoinnin tarve korostuvat vanhuudessa. Valikoinnista on kyse myös silloin, kun tietoisuus elämän rajallisuudesta ja jäljellä olevan ajan vähyydestä johtaa siihen, että ihminen keskittyy vain tiettyihin ihmissuhteisiin ja välttelee vähemmän merkityksellisiä sosiaalisia kontakteja. Puhutaan kolmannesta ja neljännessä iässä. Kolmannen iän kehitystavoitteena on itsensä toteuttaminen ja itsensä kehittäminen. Kolmannessa iässä pyritään välttämään vanhuuden merkkejä ja toimintakyvyn laskea, pysymään aktiivisena ja osallistuvana. Tässä vaiheessa pyritään täyttämään vielä toteutumattomia unelmia ja suuntaudutaan tulevaisuuteen. Ongelmaksi kolmannen iän positiivisuuden korostaminen muodostuu, kun siitä tulee elämää säätelevä normi, joka syrjäyttää neljännen iän. Siirtyminen kolmannesta ikäkaudesta neljanteen on dramaattinen. Tähän siirtymään valmistautumisen tulisikin olla tärkeä ennaltaehkäisevän mielenterveystyön painopiste. (Uotinen, Suutama & Raitanen 2004, Saarenheimo 2004.)

Geropsykologisen tiedon perusteella voidaan ehkä selittää myös se, miksi SPS mittari näyttää sopivan heikosti kotihoidon asiakkaiden arviointiin, vaikka sitä on menestyksekkäästi käytetty ikääntyneiden arviointiin Suomessa. Kotihoidon asiakkaat voidaan lukea ainakin melko suurelta osin kuuluvan neljänteen ikäryhmään. Siinä elämänvaiheessa ei ole enää oleellista ulkoinen osallistuminen ja aktiivisuus, pätevyys tai muista huolehtimisen vastuun kokeminen.

Opinnäytetyön tulokset kyseenalaistavat myös tämän päivän kulttuurisen arvon aktiivisesta osallistuvasta vanhuudesta, joita on keinolla millä hyvänsä ylläpidettävä elämän loppuun asti. Arviointiväline korostaa yksilöllistä kokemusta ja hyväksyy myös sosiaalisten kontaktien valikoinnin ja iän myötä tapahtuvan passiivisuuden luontaisena osana vanhenemista elämän lopussa.

Kulttuurivalidius saattaa selittää myös sitä, että mielipide ja arvoryhmään kulumiseen ei haluttu vastata. Suomi on ollut hyvin kulttuurisesti homogeeninen maa eikä erilaisiin ryhmiin kulumisen ole ollut niin merkityksellistä kuin joissakin muissa maissa, joissa SPS-mittaria on käytetty tai missä se on kehitetty. Tämän vuoksi myöskään useissa sosiaalista aktiivisuutta kartoittavissa väestötutkimuksissa käytetyt kysymykset eivät sovi tai ole hyödyllisiä kotihoidon asiakkailla. Sopimattomia ovat esimerkiksi kysymykset uskonnolliseen, aatteelliseen tai poliittiseen toimintaan osallistumisesta.

Sukulaisten, lasten, sisarusten, ystävien ym. määriä tai tapaamisten välejä ei myöskään haluttu liittää arviointivälineeseen. Näille ei voida asettaa pisteytystä. Haastateltujen mukaan usein asiakkaat halusivat kertoa, keitä omaisiaan he ajattelivat vastatessaan kysymyksiin. Haastattelun tulosten mukaan kotihoito myös vastaa avun ja neuvojen saannin tarpeeseen osaltaan.

Päihteidenkäyttö on ikääntyneiden ja kotihoidon asiakkaidenkin parissa kasvava ongelma, mikä varmasti vaikuttaa myös sosiaaliseen toimintakykyyn. Tässä arviointivälineessä päihteidenkäytön aiheuttamat ongelmat voidaan sisällyttää mielenterveyden, muistin tai liikuntakyvyn arviointeihin. Eikä esim. Audit kyselyä sisällytetty tähän arviointivälineeseen. Tarvittaessa palveluntarpeen arviointia voi täydentää ikääntyneiden alkoholin käyttö kyselyllä (STM 2006b).

Arviointiväline täydentää nykyisin käytössä olevia mittareita. MMSE kuvaa muistihäiriön astetta. Vanhusten subjektiivista kokemusta se ei ilmaise. Toisille jo melko lievä muistihäiriö aiheuttaa turvattomuutta ja ahdistusta. Toisilla ei ole lainkaan sairauden tuntoa, vaikeasta dementiasta huolimatta. Päinvastoin muistihäiriön edetessä kokemus omasta kyvykkyydestä saattaa jopa parantua. Sen vuoksi muistia koskeva arviointi annetaan hoitohenkilöstön täytettäväksi. Samoin mielenterveyden ongelmien aiheutuvien vaikeuksien subjektiivinen arviointi saattaa olla epäadekvaattia. Sosiaalinen toimintakyky liittyy kiinteästi mielialaongelmiin ja mielenterveyteen ja siksi arviointivälineessä ohjataan tarvittaessa käyttämään myös GDS 15 mittaria.

Fyysisen toimintakyvyn kysymykset muistuttavat RAVAn kysymyksiä. Kehityksessä arviointivälineessä toimintakyvyn arviossa näkökulmana on nimenomaan sosiaaliselle toimintakykyisyydelle syntyvä haitta. Näin uusi väline saattaisi tuoda lisäarvoa RAVA-mittariin nähden. Tämän todentaminen vaatii lisätutkimusta. Arviointivälineen kehittäminen vaatii edelleen laajempaa testausta ja tilastollisten menetelmien hyödyntämistä herkkyyden ja erittelykyvyn muokkaamiseksi. RAVAA käytetään sijoituspaikka-arvioiden yhteydessä. RAVA ei tuo esiin yksinäisyyden sosiaalisen eristäytymisen aiheuttamaa ahdistuneisuutta ja turvattomuutta, jotka usein ovat syynä kotona selviytymättömyyteen tai lisää palvelujen tarvetta.

Kiire ja kotihoitoon kohdistuva jatkuvasti lisääntyvä työmäärä vaikuttaa henkilöstön asenteisiin ottaa vastaan uutta asiaa. Tarvitaan vahvat perustelut arviointivälineen tarpeesta ja hyödyistä sekä taitoa esittää ne vakuuttavasti arviointivälineen käyttöönottamisen onnistumiseksi. Riittävä perehdytys arviointivälineen käyttöön, milloin ja miten lomaketta tullaan käyttämään, ovat erittäin tärkeitä. Tässä johdon rooli uuden toimintamallin käyttöönotossa on oleellinen. Naantalin kotihoidon johdon kanssa on sovittu selkeästi arviointivälineen käytöstä, että sosiaalisen toimintakyvyn arvio tehdään RAVA:n päivityksen yhteydessä.

Kotihoidon henkilöstöstä lähes kaikki ovat saaneet sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksen ja ovat siis lähihoitajia. He toimivat asiakkaiden omahoitajina ja tuntevat potilaat parhaiten ja ovat myös vastuullisessa asemassa huomioi-

maan ja raportoimaan asiakkaan tilassa tapahtuvista muutoksista. Lähihoitajien tulisi myös pyrkiä ennakoimaan riskitekijöitä ja edistää potilaan terveyttä. Arviointivälineen kysymyksillä pyritään kiinnittämään hoitajien huomio toimintakykyä heikentäviin aisoihin ja tarttumaan asioihin, joihin on hoitotyön keinoin mahdollista vaikuttaa. Lomakkeen systemaattisella käytöllä toivotaan voitavan systematisoida puuttumista asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarpeisiin.

Tutkimustietoon ja kirjallisuuteen perehtyminen sekä projektipäällikkönä toimiminen on antanut opinnäytetyön tekijälle valmiuksia toimia hoitotyön strategisessa johdossa hoitotyön kehittämisessä, seurannassa ja tuloksellisuuden arvioinnissa. Mittarien kehittäminen ja tulosten hyödyntäminen on tärkeää hoitotyön näkyväksi tekemisessä. Arviointivälineellä saatava palaute kannustaa myös henkilöstöä. Lisätutkimusta tarvitaan myös ikääntyneiden sosiaalisen eristäytymisen prosessista, syistä ja auttamismenetelmistä sekä ikääntyneiden keinoista ja valmiuksista ylläpitää sosiaalista toimintakykyään.

Vanhusten kokemus yksinäisyydestä ei ole yksiselitteinen. Yksinäisyyden subjektiivinen kokemus näyttää olevan yhteydessä myös ympäristön ilmapiiriin ja yhteiskunnan tilanteeseen. Yleensä yksinäisyys nähdään negatiivisena ilmiönä. Vanhukset itse kuvaavat yksinäisyyttä ulkopuolisuutena, tapahtumaköyhyytenä tai ahdistusta aiheuttavana asiana. Omavalintainen yksinäisyys saattaa olla myös positiivista. Yksinäisyydelle läheisiä käsitteitä ovat myös omavalintaiset ja enemmän positiiviset käsitteet kuten riippumattomuus, autonomisuus ja itsenäisyys. Negatiiviset käsitteet vieraantuminen ja syrjäytyminen taas eivät ole valittuja. (Uotila 2011.)

Eettistä pohdintaa, kypsyyttä ja hoitajan intuitiivista herkkyyttä tullaan tarvitsemaan yksilöllisten tarpeiden arvioinnissa edelleen arviointivälineen käytöstä huolimatta. Ei ole mitenkään itsestään selvää, milloin on kunnioitettava ikääntyneen vetäytymistä ja hyväksyttävä väistämätön voimien hiipuminen ja toimintakyvyn laskuun elämän viimeisessä vaiheessa. Milloin taas on tarmokkaasti kannustettava ikääntynyttä osallistumaan ja kuntoutumaan, jolloin pyritään estämään terveydentilan heikkeneminen ennen aikaisesti? Edelleen jää paljon hoitajan ammattitaidon ja inhimillisen intuition varaan. Opinnäytetyönä kehitetyn

sosiaalisen toimintakyvyn arviointivälineen avulla tehdään näkyväksi ikääntyneen oma näkemys ja toive. Tavoitteena on, että vanhus pysyy oman elämänsä aktiivisena toimijana ja elää näin hyvää elämää myös sen viimeisessä vaiheessa.

LÄHTEET

- Aalto, A-M., Aro, A. & Teperi, J. 1999. Rand-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina Mit-tarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. *Stakes tutkimuksia* 101.
- Bailey, P., Henry, J. & Von Hippel, W. 2008. Empathy and social functioning in late adulthood. *Aging & Mental Health*, 12/4, 499–503.
- Bernabei, V., Morini, V., Moretti, F., Marchiori, A., Ferrari, B., Dalmonte, E., Ronchi, D. & Rita, A. 2011. Vision and hearing impairments are associated with depressive-anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging & Mental Health* 15/4, 467-474.
- Blazer, D. 2005. Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship *Aging & Mental Health*. 9/6, 497-499.
- Boston college 2013. Lubben social Network Scale. Viitattu 1.9.2013 <http://www.bc.edu/content/bc/schools/gssw/lubben.html>
- Burns, N. & Grove, S. 2009. *The Practice of Nursing Research Appraisal, Synthesis and Gen-eration of Evidence* 6th edition. United States of America, Saunders Elsevier.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. 2005. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25/1, 41-67.
- Cattan, M. & White M. 1998 Developing evidence based health promotion for older people: a systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion*.
- Cudd, P., Magnusson, L. & Hanson, E. 2012. Partnership working: The key to the AT-technology transfer process of the ACTION service (Assisting Carers using Telematics Inter-ventions to meet Older people's Needs) in Sweden. *Technology and Disability* 24, 219–232.
- Couture, L. 2012. Loneliness Linked to Serious Health Problems and Death Among Elderly. *Adaptation & Aging*. 36/3, 266-268.
- Dale, B., Sævareid, H., Kirkevold, M. & Söderhamn, O. 2010. Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 24, 523–532.
- Dickens A., Richards S., Hawton A., Taylor R., Greaves C., Green, C. Edwards R. & Campbell JL. 2011. An Evaluation of the effectiveness of a community mentoring service for socially iso-lated older people: a control trial. *BMC public health* 11, 218.
- Durak, M. & Senol-Durak, E. 2010. Psychometric Qualities of the UCLA Loneliness Scale-Version 3 as Applied in a Turkish Culture. *Educational Gerontology*, 36/10-11, 988-1007.
- Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24/1, 14–26.
- Finlex 2013. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalpalveluista 980/2012. Viitattu 1.9.2013 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>
- Finne-Soveri, H. 2012. Vanhenemiseen varautuva kaupunki esimerkkinä Helsinki. Raportti 31, THL, Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy, Juvenes print. Viitattu 22.8.2012 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b4046c29-61fe-497c-a226-f517bd40f2bb>

- Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muurinen, S., Räsänen R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palveluntarpeen arvioinnin yhteydessä. Toimia suosituksia. Viitattu 17.9.2013
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/>
- Gerritsen, D., Steverink, N., Frijters, D., Ooms, M., & Ribbe, M. 2010. Social well-being and its measurement in the nursing home, the SWON-scale. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1243–1251.
- de Gierveld, J & Tilburg T. 1999. Manual of the loneliness scale. Department of Social Studies methodology, University of Amsterdam.
- Hellström, Y. 2001. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health and Social Care in the Community* 9/2, 61–71.
- Hellström, Y. & Hallberg, I. 2004. Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18, 387–395.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2010 Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna, Kariston kirjapaino Oy.
- Hofsess, C. & Tracy, T. 2005 The Interpersonal Circumplex As a Model of Interpersonal Capabilities. *Journal of Personality Assessment* 84 / 2, 137-147.
- Hu, M. 2009. Will Online Chat Help to Alleviate mood Loneliness? *Cyberpsychology & Behaviour: the Impact of the Internet, multimedia and Virtual reality on Behaviour and Society*, 12/2, 219-223.
- Hyyppä, M. 2011. Elinvoimaa yhteisöstä. *Tieteessä tapahtuu* 8, 15–18. Viitattu 28.2.2013
<http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/view/4639/4351>
- Hyyppä M., Mäki, J., Impivaara, O. & Aromaa, A. 2006. Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Health Promotion International*, 1, 5–12.
- Jauhiainen, A. & Miettinen T. 2011: Hyvinvointi-TV ikääntyneiden kotihoidon tukena. THL julkaisut Hyvärinen K. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyn tutkimuspäivät 2011. Raportteja 13.
- Johnson, C., Newman, C., Danhauer, J. & Williams, V. 2009. Screening for hearing loss, risk of falls: A hassle-free approach. *Journal of Family Practice*, 58 /9, 471-477.
- Kananen, J. 2012 Kehittämistutkimus opinnäytetyönä kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Korporaal M, van Groenou, B., van Tilburg T. 2008. Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. *Journal of Aging Health*. 20/3, 306-25.
- Koskinen S., Talo, S., Hokkinen, E-M., Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2009. Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehityksessä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46, 196–207.
- Lehto, P. & Leskelä J. (toim.) 2011. Interaktiivinen Hyvinvointi TV® ja käyttäjälähtöiset e-palvelut. Turvallinen koti hankkeen loppuraportti. Laurean ammattikorkeakoulun julkaisusarja B-44. Helsinki, Edita Prima Oy.
- Lupsakko, T. 2004. Functional visual and hearing impairment in a population aged 75 years and older in the city of Kuopio in Finland: associations with mood and activities of daily living. *Kuopion yliopisto, Lääketieteen julkaisuja* 342. Väitöskirja.

Lupsakko, T., Kautiainen, H. & Sulkava, R. 2005. The non-use of hearing aids in people aged 75 years and over in the city of Kuopio in Finland. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck*, 262/ 3, 165-169.

Lupsakko, T., Mäntyjärvi, M., Kautiainen, H. & Sulkava, R. 2003. Decrease Of Functional Or Cognitive Capacity Explains The Lack Of Eye Examination In Visually Impaired Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 51/ 4, 573-574.

Lähteenmäki E. 1997. Masentuneisuuden ja toimintakyvyn välinen yhteys 75-vuotiailla Jyväskyläläisillä. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteen laitos. Pro-gradu tutkielma.

Magnusson, L. & Hansen, E. 2005. Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis. *Journal of advanced nursing* 51/6, 645-657.

Makai, P., Koopmanschap, M., Brouwer, W. & Nieboer, A. 2013. A validation of the ICECAP-O in a population of post-hospitalized older people in the Netherlands Health and Quality of Life Outcomes, 11, 57.

Martin S., Kelly, G. Kernohan W., McCreight B. & Nuget C. 2009. Smart Home Technologies for Health and Social care support. The Cochrane Collaboration, John Wiley & sons Ltd.

Marziali, E. & Donahue, P. 2006. Caring for Others: Internet Health Care Support Intervention for Family Caregivers of Persons With Alzheimer's, Stroke, or Parkinson's Disease. *Families in Society* 86/3, 375-383.

Nummela, O., Seppänen, M. & Uutela, A. 2011. The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 53/2, 163-167.

Nummela, O., Sulander, T., Karisto, A. & Uutela, A. 2009 Self-rated Health and Social Capital Among Aging People Across the Urban–Rural Dimension. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16,189–194.

Pekkonen, M. 2010. Terveysteen liittyvä elämänlaatu laitospotilaan kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa RAND-36-mittarin soveltuvuus työikäisten laitospotilaan kuntoutuksen ongelmaprofiiliin määrittämiseen ja kuntoutuksen vaikutusten arvioimiseen. Kansanterveystieteen laitos, Helsingin yliopisto. Terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto. Helsinki: Yliopistopaino. Akateeminen väitöskirja.

Pitkälä, K., Routasalo, P., Kautiainen, H. & Tilvis, R. 2009. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use in health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *The journals of gerontology*, 64/7: 792-800.

Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2003 Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Tutkimusraportti 3, Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi.

Routasalo, P., Tilvis, R., Kautiainen, H., Pitkälä, K. 2009. Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Social Functioning, Loneliness and Well-being of Lonely, Older People: a Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 65/2, 297-305.

Saarenheimo, M. 2004. Positiivinen mielenterveys ja elämänhallinta. Teoksessa Raitanen, T. Hänninen, T. Pajunen, H. & Suutama, T., (Toim.) Geropsykologia vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo, WS Bookwell Oy. 132-151.

Savikko, N. 2008. Loneliness of older people and elements of an Intervention for its alleviation. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turku. Painosalama Oy. Väitöskirja Viitattu 6.5.2013
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38910/D808.pdf?sequence=1>

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. & Pitkälä, K. 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43, 198- 206. .

Savolainen, L., Hanson, E., Magnusson, L. & Gustavsson, T. 2008. An Internet-based videoconferencing system for supporting frail elderly people and their carers. *Journal of Telemedicine & Telecare*, 14/2, 79–82.

Seppänen, M., Simonen, M. & Valve, R. 2009. Ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointi. Kuvaus kehittämissuunnitelmista ja arviointimallista. Helsingin yliopisto. Lahti. Koulutus ja kehittämiskeskus Palmenia.

Silfverberg, P. Ideasta projektiksi –Projektin vetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy- Työministeriö <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Smeeth, L., Fletcher, A., Siu-Woon N., Stirling, S., Nunes, M., Breeze, E., Bulpitt, C., Jones, D. & Tulloch, A. 2002. Reduced hearing, ownership, and use of hearing aids in elderly people in the UK--the MRC Trial of the Assessment and Management of Older People in the Community: a cross-sectional survey. *Lancet*, 4/27.

Sosiaaliportti 2013. Toimintakyvyn arviointi. > Kehitysvammaisen henkilön toimintakyvyn arviointi. Viitattu 10.9.2013. www.sosiaaliportti.fi

Sulkunen, P. 1995. Ryhmähaastattelujen analysointi. Teoksessa: Mäkelä K. (toim.) 1995. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Saarijärvi, Gummerus kirjapaino Oy.

STM 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11. Tampere, Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

STM 2013b. Sosiaali- ja terveystalot, kotisairaanhoidot. viitattu 1.9.2013 http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja:1. Tampere, Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 24.10.2012 www.stm.fi/julkaisut

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011. STM julkaisuja 18.

STM 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 3 Helsinki.

STM 2006a. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palveluntarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote Viitattu 2.9.2013 <http://www.sosiaaliportti.fi/>

STM 2006b. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Alkoholiohjelma 2004-2007. Esitteitä 6. Viitattu 1.9.2013 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7206.pdf

Teinonen, T., Isoaho, R. & Kivelä, S-L. 2007. Vanhusten sosiaalinen osallistuminen ja elinajan ennuste. *Suomen Lääkärilehti* 14–15, 1493-1498.

THL 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitukset. Viitattu 6.8.2012 www.thl.fi/ Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitukset

THL 2012b. Kotihoidon laskenta 30.11.2012 Tilastoraportti. Viitattu 1.9.2013 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110191/Tr17_13.pdf?sequence=1

THL 2012c. RAI-vertailukehittäminen. www.thl.fi Etusivu > Tutkimus ja kehittäminen > Työkalut Viitattu 12.9.2013 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa_rai_jarjestelmasta

- Tiikkainen, P. 2006. Vanhusten yksinäisyys, Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House. Liikunta- ja terveystieteidenlaitos: Väitöskirja. Viitattu 6.5.2013
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13494/9513925374.pdf?se>
- Tiikkainen, P. 2011. TOIMIA-tietokannan julkaisuseminaarin materiaali 281.2011: Väestön sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen. Viitattu 1.11.2012 http://toimia.fi/img/Tiikkainen_110128.pdf
- Tiikkainen, P. & Heikkinen R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Suositus. Viitattu 1.11.2012 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>
- Tiikkainen, P. & Heikkinen, R.-L. 2005. Association between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health* 9/6, 526-534.
- TOIMIA 2012. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 6.9.2012 <http://www.toimia.fi/toiminta.html>
- TOIMIA 2012. Koettu yksinäisyys. Tietoja pätevydestä. Viitattu 6.5.2013
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/liitetiedosto/273/>
- TOIMIA 2011. Iäkkäiden toimintakyky – ryhmä. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaamisen palveluntarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 5.5.2013
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>
- Tomaka, J., Thompson, S. & Palacios, R. 2006. The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. *Journal of Aging & Health*, 18/3, 359-384.
- Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Viitattu 7.5.2013
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66801/978-951-44-8553-4.pdf?sequence=1>
- Uotinen, V., Suutama, T. & Raitanen, T. 2004. Persoonallisuuspsykologian näkökulmia ikäänymiseen. Teoksessa Raitanen, T. Hänninen, T. Pajunen, H. & Suutama T. (Toim.) Geropsykologia vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo, WS Bookwell Oy. 109–131.
- University of Birmingham 2013. ICECAP-O. Viitattu 5.9.2013.
<http://www.birmingham.ac.uk/research/activity>
- Valvira 2012. Kotiin annettavat palvelut ja hoito, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014. Valvontaohjelmia 7:2012. Viitattu 1.9.2013
http://www.valvira.fi/files/tiedostot/k/o/Kotihoidon_valvontaohjelma.pdf
- Victor, C. & Bowling, A. 2012. A Longitudinal Analysis of Loneliness Among Older People in Great Britain. *Journal of Psychology*. 146 / 3, 313-331.
- VIRTU-projekti. Hankkeen kotisivu www.virtuproject.fi
- Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005 Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palveluntarpeen arvioinnissa. Stakes, Raportteja 7. Helsinki. Viitattu 14.11.2012
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra7-2005.pdf>
- Wenger, G. 1997 Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging & Mental Health* 1/4, 311-320.
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L., Sloane, R., Pieper, C. & Box, T. 2002. A Randomized Controlled Trial of the Psychosocial Impact of Providing Internet Training and Access to Older people. *Aging and Mental Health* 6(3), 213-221.

WHO, 2012. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Viitattu 6.9.2013 <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

WHO & Stakes 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen lukitus. Stakes luokituksia 4. Jyväskylä, Gummerus kirjapaino Oy.

WHO 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. Viitattu 24.8.2012 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>

Yeh, S. & Sing K. 2004. Living alone, Social functioning, social support and Feeling Lonely among the Elderly. *Social Behavior & Personality: An International Journal*. 32 /2, 129-138.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehvilä-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Jyväskylä, WSOY, 152-163.

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi

- 1 Näkö**
- 4= näkökyky normaali
 - 3= selviytyy apuvälineiden avulla kotonaan
 - 2= edes apuvälineiden avulla ei pysty lukemaan
 - 1= ei erota ihmiskasvoja tai on lähes sokea
- 2 Kuulo**
- 4= normaali kuulo
 - 3= kuulolaite käytössä
 - 2=hyötyy, mutta ei käytä kuulolaitetta
 - 1= keskustelu ei onnistu edes apuvälineitä käyttäen
- 3 Liikuntakyky**
- 4= liikkuminen ja asiointi sujuu normaalisti
 - 3= asiointi kodin ulkopuolella on huomattava rasitus
 - 2= tarvitsee välttämättä saattajan ulkona asioidessa, kotona liikkuu omatoimisesti
 - 1= saattajan avulla vain välttämättömimmät asiointikäynnit ja kotonakin liikkuminen on vaivalloista
- 4 Puhuminen**
- 4= puheen tuotto ja ymmärtäminen normaalia
 - 3= vähäpuheinen hiljainen
 - 2= puheen tuottamisessa pientä vaikeutta
 - 1= huomattava ja haittaava afasia tai puheen epäselvyys
- 5 Muisti**
- 4= ei muistiongelmia
 - 3= toisinaan unohtelee asioita
 - 2=itsellä tai omaisilla huolta muistista
 - 1= muistisairaus
- 6 Mielen terveys**
- 4= ei mielen terveysongelmia
 - 3= lievä mielen terveysongelma
 - 2= psyykinen diagnoosi, mutta ei haittaa vuorovaikutusta
 - 1= psyykinen sairaus haittaa vuorovaikutusta

pisteet yhteensä: _____(6-24)

7. Tunnen ihmisiä, joilta tiedän saavani apua silloin, kun sitä todella tarvitsen.

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

8. On ihmisiä, jotka kääntyvät puoleeni tarvitessaan apua.

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

9. Tunnen ihmisiä, jotka pitävät samoista vapaa-ajan harrastuksista kuin minä.

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

10. Tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa jonkun ihmisen hyvinvoinnista.

4= täysin samaa 3=samaa mieltä 2=eri mieltä 1= täysin eri mieltä

11. Tunnen kuuluvani ryhmään, jolla on samat mielipiteet ja uskomukset kuin minulla.

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

12. Minulla on läheisiä ihmissuhteita, jotka antavat minulle henkistä turvallisuuden tunnetta

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

13. Voin keskustella elämäni liittyvistä tärkeistä päätöksistä jonkun toisen kanssa

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

14. Minulla on ihmissuhteita, joissa pätevyttäni ja taitojani arvostetaan

4= täysin samaa 3=samaa mieltä 2=eri mieltä 1= täysin eri mieltä

15. Tunnen luotettavan henkilön jonka puoleen voisin kääntyä, jos minulla olisi ongelmia.

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

16. Minulla on erittäin lämmin ja läheinen suhde ainakin yhden ihmisen kanssa.

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

17. On ihmisiä, jotka ihailevat kykyjäni ja taitojani

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

18. Tunnen ihmisiä, joiden puoleen voin kääntyä hätätilanteissa.

4= täysin samaa 3= samaa mieltä 2= eri mieltä 1= täysin eri mieltä

pisteet: _____ (12- 48)

19. Kärsittekö yksinäisyydestä?

4= ei koskaan 3= joskus 2= usein 1= aina

20. Tuleeko teillä arkisin aika pitkäksi tai tylsistyttekö?

4= en koskaan 3= joskus 2 = usein 1= aina

21. Tapaatteko ystävienne mielestänne ystäviä, tuttavvia tai sukulaisia riittävän usein?

4= kyllä

3= emme tapaa niin usein kuin toivoisin

2= tapaan aivan liian harvoin

1= en tapaa heitä oikeastaan lainkaan

22. Oletteko menettänyt puolisonne tai toisen hyvin läheisen ihmisen

4= useita vuosia sitten

3= muutamia vuosia sitten

2= noin kaksi vuotta sitten

1= äskettäin

pisteet: _____(4-16)

Yhteispisteet: _____(min 22-max 88)

Väittämät: 7-18 Ihmissuhteet, sosiaalinen tuki ja sosiaalinen yhteys väittämät Soveltaen Curtona CE, Russel DW. 1987 The Provisions of Social Relationships and Adaptation to Stress. Advances in Personal Relationships 1, 37-67. Suomennettu Ikivihreät-projektiin 1980-luvun lopulla.

LIITE 2

Virtun käyttäjille (pisteitä ei lasketa)

1. Osallistun Virtun ryhmäkeskusteluihin ja ohjelmiin

a Päivittäin

b Vähintään kerran viikossa

c Harvemmin kuin kerran viikossa

d en käytä Virtu-laitetta näin

2. Käytän laitetta yhteyden pitoon omaisten ja ystävien kanssa

a Päivittäin

b Vähintään kerran viikossa

c Harvemmin kuin kerran viikossa

d en käytä Virtu-laitetta näin

3. Minuun otetaan yhteyttä sen kautta

a Päivittäin

b Vähintään kerran viikossa

c Harvemmin kuin kerran viikossa

d en käytä Virtu-laitetta näin

4. Yhteyden pitoon kotihoidon kanssa

a Päivittäin

b Vähintään kerran viikossa

c Harvemmin kuin kerran viikossa

d en käytä Virtu-laitetta näin

5 Mitä Virtu laite teille merkitsee?

a. Se on tullut erittäin tärkeäksi minulle yhteydenpidossa muihin ihmisiin

b. Siitä on ollut jonkin verran apua yhteydenpidossa

c. En ole saanut siitä tarvitsemaani apua ihmissuhteiden ylläpitoon

Siitä on enemmänkin haittaa minulle

LIITE 3

Saatekirje sosiaalisen toimintakyvyn mittarin kyselylomakkeelle

Kyse on VIRTU-hankeeseen liittyvästä Naantalien kotihoidon ja Turun ammattikorkeakoulun yhteisestä kehittämisprojektista, jossa tarkoituksena on kehittää sosiaalisen toimintakyvyn mittari kotihoidon henkilökunnan käyttöön. Lomake täytetään kotihoidon henkilöstön avustuksella. Vastaaminen kestää noin 15 minuuttia. Lomakkeen tietoja tullaan käyttämään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Kyselylomakkeella kerätään tietoa kotihoidon palveluiden kehittämiseksi ja kotona asuvien vanhusten elämänlaadun parantamiseksi ja sen tuloksia käsitellään jatkossa nimettömänä.

Kotihoidon henkilöstö kerää lomakkeet taukotuvalleen. Lomakkeeseen ei tule nimeä ja ne kerätään kotihoidon taukotuvalta tammikuussa 2013.

Kehittämisprojektin projektipäällikkönä toimii ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija terveydenhoitaja Eija Bhatia. Häneen voi ottaa yhteyttä, mikäli on kysyttävää lomakkeesta tai meneillään olevasta kehittämisprojektista ja siihen liittyvästä tutkimuksesta. Yhteystiedot ovat alla kirjeen alalaidassa.

Jokainen vastaus on erittäin tärkeä kehittämisprojektin kannalta.

Lämmin kiitos osallistumisesta.

Ystävällisin terveisin

Eija Bhatia

Eija Bhatian puhelin numero on 045 1223732

sähköpostiosoite eija.bhatia@students.turkuamk.fi

Suostun haastatteluun

päiväys ja allekirjoitus: _____

Sosiaalisen tuen mittarin kysymysten analyysi

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Tunnen ihmisiä, joilta tiedän saavani apua silloin, kun sitä todella tarvitsen	34,50	34,180	,560	,863
On ihmisiä, jotka kääntyvät puoleeni tarvitessaan apua	35,58	32,734	,377	,880
Tunnen ihmisiä, jotka pitävät samoista vapaa-ajan harrastuksista kuin minä	35,12	32,346	,471	,870
Tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa jonkun ihmisen hyvinvoinnista	36,35	34,075	,283	,885
Tunnen kuuluvani ryhmään, jolla on samat mielipiteet ja uskomukset kuin minulla.	35,08	32,474	,668	,855
Minulla on läheisiä ihmissuhteita, jotka antavat minulle henkistä turvallisuuden tunnetta	34,54	32,978	,822	,852
Voin keskustella elämäni liittyvistä tärkeistä päätöksistä jonkun toisen kanssa	34,65	33,435	,646	,858
Minulla on ihmissuhteita, joissa pätevyytteni ja taitojani arvostetaan	35,15	31,095	,682	,853
Tunnen luotettavan henkilön jonka puoleen voisin kääntyä, jos minulla olisi ongelmia.	34,50	33,620	,731	,856
Minulla on erittäin lämmin ja läheinen suhde ainakin yhden ihmisen kanssa	34,42	33,454	,698	,856
On ihmisiä, jotka ihailevat kykyjäni ja taitojani	35,35	31,035	,648	,856
Tunnen ihmisiä, joiden puoleen voin kääntyä hätätilanteissa	34,46	33,298	,704	,856

Correlations

		Kärsittekö yksinäisyydestä?	Tuleeko teillä arkisin aika pitkäksi tai tylsistyttökö?	Tapaatteko ystäviä, tuttavuuksia tai sukulaisia riittävän usein?
Correlation Coefficient		1,000	,584**	,273
Sig. (1-tailed)		.	,000	,069
N		34	34	31
Spearman's rho	Correlation Coefficient	,584**	1,000	,372*
	Sig. (1-tailed)	,000	.	,020
	N	34	34	31

Tapaatkeko ystävienne mie-	Correlation Coefficient	,273	,372*	1,000
lestänne ystäviä, tuttavvia tai	Sig. (1-tailed)	,069	,020	.
sukulaisia riittävän usein?	N	31	31	31

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Haastattelukysymykset

- . Onko mittari käyttökelpoinen?
 - Mitkä osiot olivat toimivia? Mitkä ei?
 - Minkälaiseksi arvioitte kysymysten/väitteiden selkeyden?
 - Minkälaiseksi arvioitte kysymysten/väitteiden määrän? Minkälaiseksi arvioitte kysymysten/väitteiden sanamuodot?
 - Onko jotain mitä olisi vielä pitänyt kysyä?
 - Oliko loukkaavia kysymyksiä? Mitkä ja miksi?
 - Koettiinko jotkin kysymykset turhiksi? Mitkä ja miksi?
 - Mitkä kysymykset olivat erityisen oleellisia? Miksi?
2. Mitä voitte päätellä arvioinnin tuloksista?
- Minkälaiseksi arvioit vastausvalikot? Entä asteikon selkeyden?
 - Miten valitut vaihtoehdot oleelliset/sopivat kotihoidon asiakkaille?
 - Miten arvioit mittarista saadun tuloksen luettavuutta?
 - Miten saatu tulos kuvaa asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn tilaa?
3. Miten voisitte hyödyntää mittarin tuloksia asiakkaiden hoidon ja palvelujen suunnittelussa?
- o Miten voitte hyödyntää tuloksia hoidon tarpeen arvioinnissa, hoidon seurannassa tai toimenpiteiden suunnittelussa?
4. Millä tavoin kotihoidossa voidaan tukea sosiaalista toimintakykyä?
- Minkälaiseksi arvioit VIRTUn tarjoaman mahdollisen hyödyn asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa?
 - Mitä muita keinoja kotihoidolla voisi olla (niiden lisäksi joita jo on) asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen?

Taulukko 2.Sosiaalista toimintakykyä arvioivia mittareita.

MITTARI	Rakenne	Mitä kuvaa?	Arvio mittarin soveltuvuudesta palvelun tarpeen arvioinnissa
UCLA(University of California, Los Angeles)loneliness Scale UCLA – yksinäisyys mittari	20 väittämää, joista puolet negatiivisia ja puolet positiivisia väittämiä. Asteikko: ei koskaan, harvoin, joskus, aina	Kuvaa yksilön subjektiivista koettua yksinäisyyttä ja koettua sosiaalista eristäytyneisyyttä.	Mittarista ei löydy suomenkielistä versiota. Pisteiden lasku on hieinan hankalaa. Väittämiä suuri määrä hankaloittaa käyttöä.
Lubbenin sosiaalisen verkoston mittaria Lubben Social Network Scale LSNS scale	6 tai 18-osainen. 6-osainen tarkoitettu kliiniseen käyttöön. Pidempi versio on tutkimuskäyttöön. Puolet kysymyksistä koskee perhettä puolet ystäviä	Kuvaa ihmissuhteiden määrää, laatua ja tapaamiskertojen tai yhteydenpidon määrää	Mittarista ei löydy suomenkielistä versiota. Määrät eivät kuvaa subjektiivista kokemusta kovinkaan hyvin.
Koettu yksinäisyys	Kysymys esitetty eri muodoissa: Kärsittekö yksinäisyydestä? Tunnetteko itsenne yksinäiseksi? Koetteko yksinäisyyttä?	Parhaiten yksinäisyyden kielteistä puolta kuvaa ”Kärsittekö yksinäisyydestä?” – kysymys. Sillä on myös hyvä ennustevaliditeetti.	Haastattelussa yksinäisyyden tunnustaminen saattaa olla vaikeaa.
De Jong Gierveld Loneliness Scale	Yksinäisyyden kokemus 6 väittämää Sosiaalinen yksinäisyyttä koskee 5 väittämää	Kuvaa subjektiivista yksinäisyyden tunnekokemuksia ja ihmissuhteiden koettua laatua viittamatta suoraan yksinäisyyteen	Väittämistä/kysymyksistä puolet positiivisia ja puolet negatiivisia. Monimutkainen pisteiden lasku estää käytön.
Sosiaalisen tuen mittari Social provision scale, SPS scale	24 väittämää, joista puolet negatiivisia ja puolet positiivisia	2 positiivista ja 2 negatiivista väittämää, jotka kuvaavat kuutta sosiaalisiin suhteisiin liittyvään odotukseen. Näitä odotuksia ovat: kiintymys, liittyminen, arvostus, neuvojen saanti, avun saannin mahdollisuus ja hoivaaminen	Kiintymys- ja avun ja neuvojen saannin ulottuvuudet, on nähty ikääntyneiden tutkimuksessa tärkeiksi. Yhteisyyden kokemuksella on yhteyttä myös masentuneisuuteen. Ikääntyneellä väestöllä arvostus – ja hoivaaminen – ulottuvuuksien tarpeellisuus on kyseenalainen.
Sosiaalisen joustavuuden asteikko	16- osainen itsearviointi mittari	Arvioidaan omaa kykyä reagoida ti-	Mittarin manuaalia ei löydy.

Battery of inter-personal Capabilities, BIC asteikko	7-asteisella likert asteikolla 1- erittäin vaikeaa ja 7- erittäin helppoa.	lanteen vaatimalla tavalla. ”Jos tilanne vaatisi miten helppoa tai vaikeaa teidän olisi olla...” esim. helposti lähestyttävä tai syrjäinvetäytyvä	Validiudesta ei löydy tutkimusnäyttöä. Suomenkielinen versio löytyy ja sitä on käytetty Ikivihreät- projektissa, siinä ei havaittu yhteyttä BIC-asteikon tuloksen ja masennuksen välillä.
Sosiaalisen osallistumisen mittari, SES Social engagement mittari	6 Kysymystä, joista muodostettu Summamuuuttuja. Jokainen kysymys saa arvon 0 tai 1.	Pitkäaikaispotilaiden sosiaalista osallistumista ja vuorovaihtuksen aktiivisuutta. Valittu THL:n RAI järjestelmään sosiaalisen toimintakyvyn mittariksi.	Mittari on kehitetty laitoshoidon asiakkaille. Näyttöä ei löydy kotona asuvien osalta. Ei kuvaa subjektiivista kokemusta.
SWON-mittari	3 kysymystä kustakin kolmesta sosiaalisuutta tukevasta positivistisesta osa-alueesta	Pitkäaikaispotilaiden saamaa huomiota ja sosiaalista käyttäytymistä tarkkailun perusteella henkilöstön antama arvio. Osa-alueet liittyvät kiintymyseen, käyttäytymiseen ja asemaan .	Mittari on kehitetty laitoshoidon asiakkaille. Näyttöä ei löydy kotona asuvien osalta.
Rand-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun umittari	Sosiaalista toimintakykyä kartoittaan kaksi kysymysosiota. 5 asteinen vastausasteikko, missä 1 ei yhtään 5 erittäin paljon.	Kysymyksillä arvioidaan terveydentilan aiheuttamaa haittaa tavanomaiselle toiminnalle sosiaalisissa suhteissa	Tarkoitettu ryhmäkohtaisiin vertailuihin ja tutkimuskäyttöön ei yksilöiden arviointiin.
ICECAP-O(ICEpop CAPability measure for Older people)	Arvioi viittä kokemuksellista hyvinvoinnin osa-alueita neliporraisilla kysymyksellä	Kiintymys (love and friendship) Turvallisuus (thinking about the future without concern) Rooli (doing things that make you feel valued) Mielihyvä (enjoyment and pleasure) Kontrolli (independence)	Kotihoidon asukkailla vaatisi testaamisen. Englannista saatu hyvät tulokset

LIITE 4

Ryhmähaastattelun laadullinen analysointi-taulukko

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Kyllä mä luulen, että se RAVA on meillä tärkein mittari. Se on sellainen jota tarvitaan kaikkien paikkojen haussa ja jatko pääsyissä hirveesti pitää katsoa ja tehdä. Siinä on myös se pisteytys.</i>	Ravan mittarilla on käytännönmerkitystä jatkohoito paikan arvioinnissa	Rava ja nykyisin käytössä olevat mittarit riittävät käytännön työn tarpeisiin.	Johdon on määriteltävä käytettävät mittarit ja ohjattava niiden käyttö
<i>Aika pitkälti pelataan Minimentaalin ja ceradin ja Ravan kanssa</i>	Potilaan tilan selvittämisessä käytetään Muistitestejä ja Ravaa		
<i>Lääkärit aloittaa muistitesteistä</i>	Lääkärien pyynnöstä käytetään nykyisiä mittareita	Lääkärien tai johdon määräyksestä käytetään mittareita	
<i>Sit ois se Ravtar mikä ois parempi, mut siin on kai jotain lisenssimaksuja ettei sitä ole otettu käyttöön</i>	Johto valitsee mitkä mittarit on käytössä		
<i>Sit kuitenkin tuntee heidän taustan, tiedät kuinka sen ja sen luona, kuinka paljon on omaisia tai kuinka paljon siellä käydään</i>	Tunnen ja tiedän miten paljon asiakas on yhteydessä omaisiin ja sukulaisiin. Tiedän ketkä ovat yksinäisiä muutenkin	Luottamus omaan ammatilliseen arvioon	Asiakkaan tilanne tehdään ilman uutta arviointivälinettäkin
<i>Ei mulle ainakaan tullut yllätyksiä lomaketta täyttäessä ett</i>	Arviointivälineen tulos ei tuonut uutta tietoa		

<i>toi oliski ollu yksinäinen</i>			
<i>Mulle on ihminen aina ihminen se on täällä ja täällä</i>	Ihmiseen tutustuminen henkilökohtaisesti on tärkeää		
<i>Kyl ne tulee siin alkutilanteessa tarkkaan kyselyä miten tästä aletaan ja asiakkaan kanssa mietitään mitä aletaan toteuttamaan</i>	Palvelun tarve arvioidaan yksilöllisesti	Kartoituskäynnillä ja asiakkaaseen tutustumalla asiakkaan tilanne kartoitetaan monipuolisesti haastattelemalla	
<i>Kartoituskäynnillä käydään kaikki perinjuurin läpi</i>	Perusteellisella haastattelulla asiat selvitetään		
<i>Jos katsoisin vain kaavaketta tuntuisi että haluaisin itse tavata ja tutustua eikä vain tuollaisia pisteytyksiä lukea.</i>	Kaavakkeella ja pisteitä katsomalla ei voida saada kuvaa asiakkaan tarpeista	Arviointiväline ei saa lisätä työmäärää ja se pitää kokea hyödylliseksi	Arviointivälineen tulee helpottaa työtä
<i>Nyt on jo liian paljon tietokoneella tavaraa ja pöydät täynnä kaikenmaailman papeireita</i>	Tietoa kerätään jo liikaa koneelle ja erilaisiin lomakkeisiin		
<i>Kyllä se varmaan sellainen tietoähky on. Ei enää löydetä oleellista, on kaikenlaista pahosua ja hosua</i>	Potilasta koskevat oleelliset tiedot kaotavat kun sitä kerätään liikaa		
<i>Tässä ei tiedetä mitään pisteistä. jos me laskettiin ne pisteet</i>	Arviointivälineen pisteitä pitäisi voida saada selvä tulos		

<i>yhteen en osannut sanoa mitä testistä tuli. Jos joku kysyi että mitä pisteestä tuli? en osaa tulkita pistemäärää</i>			
<i>vaikka oltais saatu ujutettua se johonkin ryhmään niin tulisko siinä näkyviin jotain</i>	Arviointivälineellä saattaisi saada näkyviin onko asiakkaan tilanteenne parantunut kotihoidon ansiosta	Arviointivälineettä voitaisiin käyttää hoidon arvioinnissa ja täydentämään nykyisin käytettäviä mittareita	Arviointivälineellä saadaan tarpeellista tietoa
<i>Ravakaan ei anna koko totuutta vaikka sitä paljon käytetään</i>	Nykyisin käytettävät mittarit eivät anna riittävää kuvaa tilanteesta.		
<i>Antaa pohjaa että tietää pohjaa sille miten kauan siitä tapahtumasta on antaa kyllä sellaista selitystä ja lisätietoa</i>	Arviointivälineen kysymyksellä voidaan selvittää onko surulle selityksenä esimerkiksi läheisen menettäminen	Arviointivälineen tuottamaa hyödyllistä tietoa	
<i>Viimeinen sivu on hyvä</i>	Arviointivälineessä on tarpeellissiakin kysymyksiä.		
<i>Löytyykö sellaine ihmene? (Jolta saa ja voi pyytää apua) On hyvä tietää</i>	Tarpeellinen kysymys esitettäväksi		
<i>Mittarit on hyviä jos ne on napakoita</i>	Mittari on oltava tarkka ja selkeä	Muokattuna mittaria voitaisiin käyttää	
<i>Jos sä tästä hyvän hiot niin ehkä tämäkin</i>	Arviointiväline tarvitsee muokkausta		

<i>alkaa elämään</i>			
----------------------	--	--	--