

Auli Karttunen, Petra Kokko, Mikko Jaakonsaari ja Kristiina Kahur

# Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila

Toimintakyvyn yhteys laitos- ja avomuotoisen kuntoutuksen kustannuksiin



## **Kirjoittajat**

Auli Karttunen, TtM, tohtorikoulutettava  
erityisasiantuntija

Petra Kokko, KTM, tohtorikoulutettava  
toimialajohtaja

Mikko Jaakonsaari, TtM  
erityisasiantuntija

Kristiina Kahur, LT  
johtava konsultti

FCG Konsultointi Oy  
etunimi.sukunimi@fcg.fi

© Kirjoittajat ja Kela

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)

ISSN 2323-9239

Helsinki 2016

# SISÄLTÖ

Tiivistelmä .....	4
1 Johdanto .....	5
2 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelu.....	5
3 Taustaa AVH:n sairastaneiden kävely- ja käsikuntoutuksen kustannusten tutkimukselle.....	6
4 Aineisto ja menetelmät .....	8
4.1 Tutkimusasetelma .....	8
4.2 Kohderyhmät.....	8
4.3 Tutkimusmenetelmät.....	9
4.3.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa.....	9
4.3.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitys ja nykytila kansainvälisesti .....	9
4.3.3 Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin.....	9
4.4 Tilastolliset menetelmät .....	10
5 Tulokset.....	10
5.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa.....	10
5.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitys ja nykytila kansainvälisesti.....	25
5.3 Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin .....	28
5.3.1 Tutkittavien perustiedot .....	28
5.3.2 Toimintakyky ja sen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin .....	30
5.3.3 Toimintakyky ja sen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin.....	34
6 Pohdinta.....	37
7 Johtopäätökset.....	42
Lähteet .....	42
Liitteet .....	45

## TIIVISTELMÄ

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelua Suomessa ja kansainvälisesti tutkittiin Kelan rahoittamana. Kyselytutkimuksella selvitettiin, mitä kuntoutujasta kirjataan rutiininomaisesti potilastietojärjestelmään Suomessa ja oliko se tieto hyödynnettävissä luokittelussa. Kirjallisuuskatsauksella ja haastatteluilla selvitettiin kansainvälisiä kuntoutuksen kirjaamistapoja ja luokittelumalleja. Luokittelukyselyn vastausprosentti oli 37. Vastauksia tuli tasaisesti erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta sekä yksityisiltä palveluntuottajilta ympäri Suomea. Kysely paljasti, että kirjaaminen oli suurimmassa osassa vastanneissa organisaatioissa puutteellista ja kirjavaa riippumatta organisaatiotasosta, jolloin sen hyödyntäminen kuntoutuspotilaiden luokittelussa oli osittain jopa mahdotonta. Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytilan parantumiseksi tarvittaisiin mm. käsitteiden määrittelyä sekä selkeää valtakunnallista ohjeistusta siitä, mitä kirjataan. Kansainvälisiä kuntoutuksen luokittelun kehittäjämaita ovat olleet USA, Australia, Ruotsi ja Englanti. Kaikille sopivaa yhtä mallia ei ole onnistuttu luomaan. Luokittelumallien taustalla on suurimmalla osalla kehittäjämaista ollut FIM-tieto. NordDRG-asiantuntijoiden mielestä Suomen kannalta lupaavin oli Ruotsin malli, joka perustuu ICF-luokitukseen.

Kelan GERI-hankkeen osatutkimukseen kuuluvassa laitos- ja avokuntoutusmallilla toteutetussa kävely- ja käsikuntoutuksessa selvitettiin 65–85-vuotiaiden aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden aineistolla (n = 245), millä toimintakykyä ja elämänlaatua kuvaavilla mittareilla oli yhteyttä laitos- ja avokuntoutuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin. Lisäksi mielenkiinnon kohteena oli se, miten muutos toimintakyvyssä ja avuntarpeessa näkyi kustannuksissa. Toimintakykymittareilla FIM, FSQ ja AMPS ja elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF oli yhteyttä laitospuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Kävelykuntoutuksessa lisäksi 10 metrin ja 6 minuutin kävelytesteillä ja käsikuntoutuksessa toimintakykymittareilla BBS, FAC ja pinch oli yhteyttä kustannuksiin. Toimintakykymittarilla FSQ oli yhteyttä avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Kävelykuntoutuksessa lisäksi elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF ja käsikuntoutuksessa puristusvoimamittarilla oli merkitsevää yhteyttä kustannuksiin. Kuntoutujien alkutilanne vaikutti kuntoutuksen kustannuksiin enemmän kuin toimintakyvyssä ja elämänlaadussa tapahtuneet muutokset. Kustannukset olivat pienempiä niillä kuntoutujilla, joilla muutos parempaan oli voimakkaampaa.

# 1 JOHDANTO

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelua Suomessa ja kansainvälisesti tutkittiin vuosina 2014–2016 Kelan rahoittamana. Lisäksi selvitettiin vuosina 2008–2012 geriatrisen kuntoutuksen (Kelan GERI-hanke) kehittämiseen liittyvässä osahankkeessa iäkkäiden (65–85-vuotiaiden) aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden (jäljempänä AVH-kuntoutujat) laitos- ja avomuotoisessa kävelyn kuntoutuksessa (jäljempänä kävelykuntoutus) ja käden tehostetun käytön kuntoutuksessa (jäljempänä käsikuntoutus) käytettyjen toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden käyttökelpoisuutta taloudellisuuden seurantaan ja raportointiin.

FCG Konsultointi Oy:n (jäljempänä FCG) suorittaman lääkinällisen kuntoutuksen luokittelututkimuksen päätarkoitus oli selvittää, mitä lääkinällistä kuntoutusta saavasta potilaasta kirjataan rutiininomaisesti potilastietojärjestelmään Suomessa. Kysely lähetettiin 20:lle erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirille, 26:lle perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista vastaavalle kuntayhtymälle ja 35:lle Kelan laitospotilaan kuntoutuksen palveluntuottajille. Tavoite oli selvittää, tunnistaako järjestelmä henkilön kuntoutujaksi kirjattujen tietojen perusteella. Lisäksi haluttiin selvittää lääkinällisen kuntoutuksen luokittelua kansainvälisesti. Toimintakyky- ja elämänlaatumittaritiedon tutkimuksessa päätarkoitus oli selvittää, millä toimintakykyä ja elämänlaatua kuvaavilla mittareilla on yhteyttä laitos- ja avokuntoutuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin AVH-kuntoutujien kävely- ja käsikuntoutuksessa. Tavoite oli myös selvittää, onko toimintakyvyn ja elämänlaadun muutoksilla yhteyttä laitos- ja avokuntoutuksesta aiheutuneiden kustannusten muutoksiin kävely- ja käsikuntoutuksessa.

## 2 LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN LUOKITTELU

Potilasluokittelussa potilaat jaetaan lääketieteellisesti ja kustannuksiltaan mielekkäisiin ryhmiin, minkä avulla voidaan tuottaa ja hinnoitella sairaanhoidon palveluja sekä seurata potilasjakautumaa eli *casemixiä* ja laatua (Fetter 1991). Olemassa olevat casemix-järjestelmät akuuteissa hoidon episodeissa perustuvat diagnooseihin (ICD<sup>1</sup>) ja interventioihin. Nykyinen casemix-järjestelmä ei ota huomioon potilaan toimintakykyä (Madden ym. 2013). Lääkinällistä kuntoutusta saavan potilaan luokittelun onnistumiseksi ei riitä diagnoosi- ja interventiotieto, sillä kaksi saman diagnoosin saanutta kuntoutuspotilasta voi olla toimintakyvyltään erilaisia. He saattavat tarvita sisällöltään, pituudeltaan ja tiheydeltään erilaista kuntoutusta. Toisaalta diagnoositieto on tärkeää tietää myös siitä sairaudesta, joka ei sillä kertaa ole hoidon kohteena, sillä esim. Parkinson-potilaan lonkkamurtumasta kuntoutuminen voi olla terveydenhuollolle merkitsevämmin kalliimpaa kuin potilaan, joka ei sairasta Parkinsonin tautia sen mukaan, kuinka Parkinsonin tauti vaikuttaa hänen toimintakykynsä (Madden ym. 2013). Kuntoutuspotilaan kirjaamisessa tulee kirjata perusdiagnoosien, toimenpiteiden ja toimintakyvyn lisäksi Z-50-alkuinen pää- tai sivudiagnoosi, jos luokittelussa halutaan luokitella kuntoutuspotilas DRG-ryhmittelyn kautta (katso THL:n ja Kelan Kansallinen koodistopalvelu<sup>2</sup>). Jos kuntoutuspotilaan luokittelussa ei käytetä DRG-ryhmittelyä, kirjaamiseen voi käyttää jostain muuta kuntoutusta ilmaisevaa koodia. Kuntoutusta ilmaisevalla koodilla pystytään erot-

1 ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

2 Ks. <http://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=23&versionKey=58>.

tamaan lääkinnällistä kuntoutusta saava potilas muista potilaista ja saadaan lisätietoa kuntoutuksen kokonaisuudesta sekä kustannuksista.

Kuntoutuksen asiantuntijat ovat pitäneet lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelua kuntoutuja-kohtaisesti Suomessa valtakunnallisesti ajankohtaisena ja tärkeänä aiheena erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa sekä Kelan järjestämässä vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Suomessa ei ole toistaiseksi kehitetty kaikille sopivaa yhtä järjestelmää, jolla kuntoutujia voisi luokitella. Osasyynä siihen on se, että kuntoutujien luokittelusta ei ole ollut riittävästi tietoa saatavilla Suomessa eikä kansainvälisesti. Lisää tietoa on kaivattu esimerkiksi siitä, mitä kuntoutujasta nykyisellään kirjataan ja mitä kuntoutujista tulisi kirjata potilastietojärjestelmiin.

### **3 TAUSTAA AVH:N SAIRASTANEIDEN KÄVELY- JA KÄSIKUNTOUKSEN KUSTANNUSTEN TUTKIMUKSELLE**

Kela rahoitti ikääntyneiden AVH-kuntoutujien kävely- ja käsikuntoutuksen kehittämishanketta vuosina 2008–2013. Hankkeesta on jo aiemmin raportoitu kahdessa erillisessä Kelan julkaisussa, joista toisen on tehnyt Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter (jäljempänä GeroCenter) (Karttunen ym. 2014) ja toisen FCG (Jaakonsaari ym. 2015).

Kävely- ja käsikuntoutuksen kehittämishankkeen tutkimusjoukkoon kuului yhteensä 270 AVH-kuntoutujaa, joiden aivoverenkiertohäiriön sairastamisesta oli kulunut 3–36 kuukautta ja jotka asuivat sairaalasta kotiuttamisen jälkeen joko kotona tai palveluasumisen piirissä. Tarkemmat mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitetty liitteessä 1<sup>3</sup>. Kuntoutusjakson ajalta kerättiin toimintakyky- ja elämänlaatutietoa sekä toimitettiin kuntoutuksen työaika- ja kustannustietoja. Kuntoutuksen toteuttivat neljä palveluntuottajaa kuntoutujan toiveen mukaisesti laitos- tai avomuotoisena, mistä lopullisen päätöksen teki Kela. Tutkimuksen asetelma oli kontrolloimaton seurantatutkimus. Se sisälsi kuntoutujaa kohden yhden vuoden aikana yhden perusjakson, kaksi seurantajaksoa ja kaksi kotikäyntiä. Perusjakso kävelykuntoutuksessa laitosmuotoisena kesti 20 vrk ja avomuotoisena 18 vrk; käsikuntoutuksessa laitosmuotoisena 14 vrk ja avomuotoisena 13 vrk. Kävely- ja käsikuntoutuksen molemmissa kuntoutusmuodoissa seurantajakson I kesto oli 6 vrk, mikä oli 6 kuukautta perusjakson päättymisestä, ja seurantajakson II kesto 2 vrk, mikä oli 12 kuukautta perusjakson päättymisestä. Kotikäynneistä ensimmäinen oli noin kuukausi perusjakson päättymisestä ja toinen noin 10–11 kuukautta perusjakson päättymisestä. Tämän lisäksi kävelykuntoutujille järjestettiin 10–15 kertaa avofysioterapiaa, joka alkoi välittömästi perusjakson päätyttyä ja loppui ennen ensimmäistä seurantajaksoa. Tutkimuksesta pois suljettuja oli kaiken kaikkiaan 3. He olivat olleet kävelykuntoutuksen laitosmuotoisessa kuntoutuksessa ja jäivät pois heti perusjakson jälkeen. Kuntoutuksen määrä ja sisältö olivat samoja laitos- ja avokuntoutuksessa sekä eri kuntoutuslaitoksissa.

---

3 Liitteet ovat erillisinä tiedostoina.

Yksi kuntoutuspäivä kesti vähintään seitsemän tuntia, josta kävelykuntoutujilla oli 5 ja käsi-kuntoutujilla 3–3,5 tuntia kuntoutuksen ammattilaisen ohjaamaa kuntoutusta. Kävelykuntoutus sisälsi painokevennettyä kävelyharjoittelua ja kävelyharjoittelua ilman painokevennystä sekä muuta fysioterapiaa. Käsikuntoutuksessa harjoittelu oli halvaantuneen käden tehostetun käytön harjoittelun (*constraint-induced movement therapy* CIMT, Sirtori ym. 2009) mukaista.

Hankkeessa käytettiin toimintakyvyn arvioimiseen seuraavia valideja, reliabeleja ja muutosherkkiä arviointimenetelmiä: toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, Functional Independence Measurement, FIM (Kuntaliitto, 1998); kyselymittari päivittäisistä toimintarajoitteiden vaikeusasteesta, Functional Status Questionnaire, FSQ (Jette ym. 1986); suoriutumisen laatua arvioiva mittari, Assessment of Motor and Process Skills, AMPS (Fisher 1993); yläraajan liikkuvuuden ja käden toimintaa arvioiva mittari, Wolf Motor Function Test, WMFT (Wolf ym. 2001); Bergin tasapainotesti, BBS (Berg ym. 1989); kävelyn luokittelu, Functional Ambulation Classification, FAC (Holden ym. 1984); kävelyn nopeustesti, 10 metrin kävelytesti, 10 m (Holden ym. 1984); kävelyn kestävyystesti, kuuden minuutin kävelytesti, 6 min (Guyatt ym. 1985); sormien pinsettiotteiden voimamittaukset, pinch (Mathiowetz ym. 1985); ja käden puristusvoimamittaus Jamar-Saehan dynamomittarilla (Sammons Preston Rolyan 2003). Elämänlaadun arvioimiseen käytettiin seuraavia valideja, reliabeleja ja muutosherkkiä arviointimenetelmiä: elämänlaatumittari World Health Organization Quality of Life Instruments, WHOQOL-BREF (WHOQOL Group 1998); kysely masennusoireista, Raitasalon Beck Depression Inventory, RBDI (Beck 1961; Raitasalo 2007); masennusoireiden tunnistamisen arviointimenetelmä, Geriatric Depression Scale-15, GDS-15 (Kurlowicz ja Greenberg 2007); ja elämän hallintakysely, Sense of Coherence, SOC-13 (Antonovsky 1987).

GeroCenter tutki kuntoutusjakson aikana tapahtuneita muutoksia toimintakyvyssä ja elämänlaadussa monipuolisilla mittauksilla sekä selvitti käytettyjen mittareiden käyttökelpoisuutta iäkkäillä AVH-kuntoutujilla. Lisäksi GeroCenter arvioi kuntoutuskäytäntöjen toteutettavuutta sekä laitos- että avomuotoisena kuntoutuksena ja selvitti eri taustamuuttujien, kuten kuntoutujan iän tai AVH:n sairastamisajan, yhteyttä kuntoutustulokseen (Karttunen ym. 2014). Tutkimuksessa kävi ilmi, että kuntoutujien taustatekijöistä vain alkutilanteen toimintakyky selitti tapahtuneet muutokset toimintakyvyssä. Ne, joilla oli heikompi toimintakyky alkutilanteessa, saavuttivat suhteellisesti parempia tuloksia kuin toimintakyvyltään paremmat. Toimintakyvyssä havaittiin tilastollisesti merkitseviä positiivisia muutoksia laitosmuotoisessa kävelykuntoutuksessa toimintakykymittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen) ja FAC sekä 6 min-kävelytestillä mitattuna ja avomuotoisessa kävelykuntoutuksessa 10 m- ja 6 min-kävelytesteillä arvioituna. Laitosmuotoisessa käsikuntoutuksessa havaittiin tilastollisesti positiivisia muutoksia toimintakyvyssä WMFT-mittarilla ja käden puristusvoimatestillä mitattuna ja avomuotoisessa käsikuntoutuksessa toimintakykymittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen), WMFT ja AMPS mitattuna. Elämänlaadussa tapahtui vähäisiä muutoksia, joista merkitseväksi nousi vain laitosmuotoisessa kävelykuntoutuksessa WHOQOL-BREF-mittarin ympäristön osa-alueella tapahtunut positiivinen muutos. Tarkemmat tiedot esimerkiksi alku- ja muutosarvoista ovat nähtävissä julkaisussa Karttunen ym. (2014).

Tarkemmat tiedot kävely- ja käsikuntoutuksen kehittämishankkeesta, siihen osallistuneista palveluntuottajista, tutkittavista ja arviointimenetelmistä löytyvät julkaisusta Karttunen ym. (2014).

FCG tutki ja raportoi aikaisemmassa julkaisussa kyseisessä hankkeessa FIM-toimintakyvyn ja avuntarpeen mittarin ja NordDRG-potilasluokittelujärjestelmään kuuluvan kuntoutuspotilaiden luokittelun (NASS<sup>4</sup>) käytettävyyttä AVH-kuntoutujilla laitos- ja avomuotoisessa kävely- ja käsikuntoutuksessa. Kuntoutuksen palveluntuottajat toimittivat FCG:lle kuntoutuksen toteutuksesta työaika- ja kustannustietoja kuntoutukseen osallistuneen henkilöstön työajan käytön mukaan sekä oheiskustannusten osalta (Jaakonsaari ym. 2015).

Kahden tutkimusaineiston (FCG:n ja GeroCenterin) jatkotarkastelua pidettiin Kelan ohjausryhmässä vuonna 2013 tarpeellisena. Haluttiin nähdä, ovatko hankkeessa käytetyt muut mittarit FIM-mittarin lisäksi käyttökelpoisia taloudellisuuden seurantaan ja raportointiin. Tutkimusaineistoja ei ollut aikaisemmin voitu yhdistää ja hyödyntää täysimääräisesti. Aineistoissa oli tunnistetietona sama kuntoutujan tutkimuskoodi, joten niitä voitiin yhdistää. Tutkimusaineistojen yhdistämiseen haettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lausunto. Sen mukaan eettisiä ongelmia ei ollut, sillä näissä aineistoissa ei ole henkilöiden tunnistamiseen liittyviä tietoja eikä tutkimuksessa mukana olleiden henkilöiden ollut tarkoitus osallistua uusiin tutkimustoimiin tai kyselyihin.

## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Tutkimusasetelma

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelututkimuksen asetelma oli poikittaistutkimus. Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen toimintakyvyn ja elämänlaadun mittaritiedon yhteys kustannuksiin -tutkimuksessa asetelma oli poikittais- ja pitkittäistutkimus.

### 4.2 Kohderyhmät

Suomalaisen lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelukyselytutkimuksen kohderyhmänä olivat erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisten organisaatioiden kuntoutusasiantuntijat Suomessa. Erikoissairaanhoidon organisaatioita olivat Suomen sairaanhoitopiirit, sairaanhoitopiirien kuntayhtymät sekä sosiaali- ja terveystalouksien piirit. Perusterveydenhuollon organisaatioita olivat Suomen peruspalvelu- tai sote-kuntayhtymät hyvinvoinnin, terveyden- ja sosiaalihuollon puolelta. Yksityisiä organisaatioita olivat Kelan laitostuntoutusta tarjoavat organisaatiot. Kansainvälisen lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelututkimuksen kohderyhmänä olivat kirjallisuuskatsauksen lisäksi Ruotsin ja Japanin kuntoutus- ja luokitte-  
luasiantuntijat.

Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin -tutkimuksen kohderyhmänä olivat ikääntyneet AVH-kuntoutujat, jotka osallistuivat vuosina 2008–2012 Kelan rahoittamaan kävely- ja käsikuntoutushankkeeseen. Lisäksi heidän kuntoutuksestaan tuli olla riittävät kustannustiedot kerättynä. Mittaritiedon yhteys kustannuksiin -tutkimuksen vuoksi tälle kohderyhmälle ei tehty uusia tutkimuksia, vaan käytettiin valmista dataa, jota oli saatu aiemmissa tutkimuksissa (Karttunen ym. 2014; Jaakonsaari ym. 2015).

---

4 NASS - Nordic Assessment Scoring System.



## 4.3 Tutkimusmenetelmät

### 4.3.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelukysely valmisteltiin FCG:ssä keväällä 2015 (liite 2). Kyselyn päätavoite oli selvittää lääkitunntällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa. Lisäksi haluttiin selvittää, mitä kuntoutuspotilaasta kirjataan potilastietojärjestelmiin. Ennen kyselyn lähettämistä varsinaisille vastaajille suoritettiin kyselyn pilotointi ja kerättiin kyselyä kehittävää palautetta. Pilotoinnin ja palautteen antajan kohderyhmänä olivat NordDRG-asiantuntijaryhmäläiset, jotka koostuivat FCG:n projektiryhmäläisten lisäksi viidestä kuntoutusalan lääkäristä ja yhdestä kuntoutuksen erikoistutkijasta. Kyselyä muokattiin saadun palautteen jälkeen. Kyselyn muokattu versio lähetettiin 11.5.2015 yhteensä 81 organisaatiolle laajasti ympäri Suomea sähköpostilla, jossa oli suora linkki kyselyyn.

### 4.3.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitys ja nykytila kansainvälisesti

Kansainvälisen lääkitunntällisen kuntoutuksen luokittelun selvittämistä varten perehdyttiin kirjallisuuteen ja otettiin suoraan yhteyttä FCG:n omien kontaktien kautta sähköpostitse Ruotsin ja Japanin kuntoutus- ja luokitteluasiantuntijoihin, jotka ovat tietoisia maansa kuntoutusluokittelusta. NordDRG-asiantuntijaryhmän kokouksessa esitettiin kansainvälisen luokituksen taustatutkimus ja lähdettiin tarkistelemaan asiantuntijoissa mielenkiintoa herättänyttä Ruotsin kuntoutuspotilaiden luokittelumallia (liite 3) tarkemmin. Sen mahdollistamiseksi lähetettiin tarkennettu uusintahaastattelu sähköpostitse Ruotsin sosiaalishallinnon tilastotieteen ja arvioinnin osaston potilasluokitteluverkoston tutkijalle.

### 4.3.3 Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin

Laitos- ja avomuotoisen kuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin -tutkimuksessa yhdistettiin kaksi tutkimusaineistoa (FCG:n ja GeroCenterin) Kelan iäkkäiden AVH-kuntoutujien kävely- ja käsikuntoutushankkeesta. Yhdistetystä datasta tutkittiin hankkeessa käytettyjen toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alku- ja muutosarvojen sekä kustannusten välistä yhteyttä.

Työaika ja kustannuksia seurattiin AVH-kuntoutujien kävely- ja käsikuntoutusprosessin alusta loppuun asti. Työaika seurattiin niiltä palveluntuottajien työntekijöiltä, jotka osallistuivat keskeisesti kuntoutuksen toteuttamiseen. Työaikakirjaukset jaettiin palkkausperusteisesti neljään henkilöstöryhmään, jotka ovat 1) lääkäri; 2) neuropsykologi ja psykologi; 3) fysio- ja toimintaterapeutti sekä sairaanhoitaja; ja 4) perus- ja lähihoitaja. Heidän työaikatietonsa muunnettiin perusjakson toteutumishetken palkkatietojen perusteella työaikakustannuksiksi. Peruspalkan perusteella laskettiin työaikakustannusten lisäksi sivukulut ja muut henkilöstösidonnaiset kustannukset sosiaalikulukustannuskertoimella 1,55, joka oli määritelty hankkeen ohjausryhmässä. Palveluntuottajat erottelivat suorasti kuntoutujaan liittyvät työaikakustannukset muista epäsuorista työaikakustannuksista, jotka liittyivät esimerkiksi kuntoutuksen järjestämiseen.

Kustannusseurannan tavoitteena oli kuvata kuntoutuskurssista aiheutuneita kustannuksia kuntoutujakohtaisesti. Ryhmätilanteissa työntekijöiden käyttämä työaika jaettiin ryhmään osallistuneiden kuntoutujien määrällä ja toisaalta, jos yhden kuntoutujan kanssa toimi yhtä aikaa useampia työntekijöitä, kirjattiin tiedonkeruuseen kaikkien työntekijöiden työaika. Työajan tiedonkeruu ja työaikakustannusten laskeminen on kuvattu tarkemmin aiemmassa kustannusseurantajulkaisussa (Jaakonsaari ym. 2015).

#### 4.4 Tilastolliset menetelmät

Luokittelukyselytutkimuksen aineiston kuvailemiseksi taustamuuttujista tarkasteltiin frekvenssejä (n) ja prosenttiosuuksia (%). AVH-datan käsittelyssä tilastollinen testaus tehtiin kävely- ja käsikuntoutujille. Taustamuuttujista tarkasteltiin frekvenssejä (n), keskiarvoja (ka), mediaaneja (md), keskihajontoja (SD) ja vaihteluvälejä (range). Ryhmien välisiä tilastollisia eroja testattiin t-testillä ja Khiin neliö -testillä.

Taustamuuttujien (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia, halvaantunut puoli, kuntoutusmuoto) ja mittarin alku- ja muutosarvojen yhteyttä kuntoutuksen kustannuksiin testattiin monimuuttujaisella regressioanalyysillä. Selitettävänä muuttujina olivat kustannukset. Yhteyden vahvuus kuvataan standardoidulla regressiotoimella (Beta) ja regressiomallin selitysosuus  $R^2$ -luvulla. Mittariarvot vietiin malleihin yksitellen, sillä osalla hankkeessa käytetyistä mittareista oli korrelaatiota toisten mittareiden kanssa (liitetaulukko 1a ja 1b). Korrelaation testauksessa käytettiin Pearsonin korrelaatiokerrointa ja tulkinta oli Metsämuurosen (2003) mukaan:

- $|r| > 0,8$  – muuttujien välillä on selvä lineaarinen yhteys (erittäin voimakas)
- $0,6 < |r| < 0,8$  – muuttujien välillä on lineaarista yhteyttä (voimakas)
- $0,4 < |r| < 0,6$  – muuttujien välillä on jonkin verran lineaarista yhteyttä (kohtalainen)
- $|r| < 0,4$  – muuttujien välillä ei ole juurikaan lineaarista yhteyttä (vähäinen).

Tulosten tilastollisen merkitsevyyden rajana oli  $p \leq 0,05$ .

## 5 TULOKSET

### 5.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelukyselyn palautti yhteensä 31 organisaatiota. Vastauksia oli vain 30 palautetussa kyselyssä, joten lopullinen vastausprosentti oli 37. Vastausten määrä vaihtelee kysymyksittäin, sillä kysymyksistä yhteenkään ei ollut pakko vastata. Tämä oli tietoinen valinta, sillä ei haluttu, että organisaatiot jättävät kokonaan vastaamatta, jos jokin kysymys tai jotkin kysymykset olisi koettu hankalaksi vastata tai niihin ei olisi haluttu vastata. Osa organisaatioista jättikin vastaamatta osaan kysymyksistä. Osaan kysymyksistä puolestaan osa organisaatioista oli vastannut usealla vaihtoehdolla ja/tai usealla avoimella vastauksella.

Luokittelukyselytutkimuksen 30 vastaajasta 29 (97 %) ilmoitti oman ja organisaationsa nimen (ei raportoida). 30 vastaajasta 29 (97 %) ilmoitti myös ammattinimikkeensä (taulukko 1).

**Taulukko 1.** Luokittelukyselytutkimukseen osallistuneet vastaajat (29 kpl) ammattinimikkeittäin.

Ammattinimike	Vastaajien määrä, n (%)
Kuntoutuspuolen ylilääkäri	6 (21)
Ylilääkäri	3 (10)
Vastaava fysioterapeutti/osastonhoitaja	3 (10)
Johtava lääkäri	2 (7)
Lääketieteellinen johtaja	2 (7)
Fysioterapeutti	2 (7)
Johtava ylilääkäri	1 (3)
Terveyspalvelujohtaja	1 (3)
Kuntoutusjohtaja	1 (3)
Palvelualueen johtaja	1 (3)
Apulaisyliääkäri	1 (3)
Kuntoutuslääkäri	1 (3)
Palvelu- ja laatu-päällikkö	1 (3)
Kuntoutuspalveluiden esimies	1 (3)
Kuntoutuspäällikkö	1 (3)
Kuntoutussuunnittelija	1 (3)
Kuntoutusohjaaja	1 (3)

Kyselyyn vastasi yhdeksän (30 %) erikoissairaanhoidon, 11 (37 %) perusterveydenhuollon ja 10 (33 %) yksityistä organisaatiota. Vastanneiden organisaatioiden määrä ja sijainti lääneittäin on esitetty taulukossa 2.

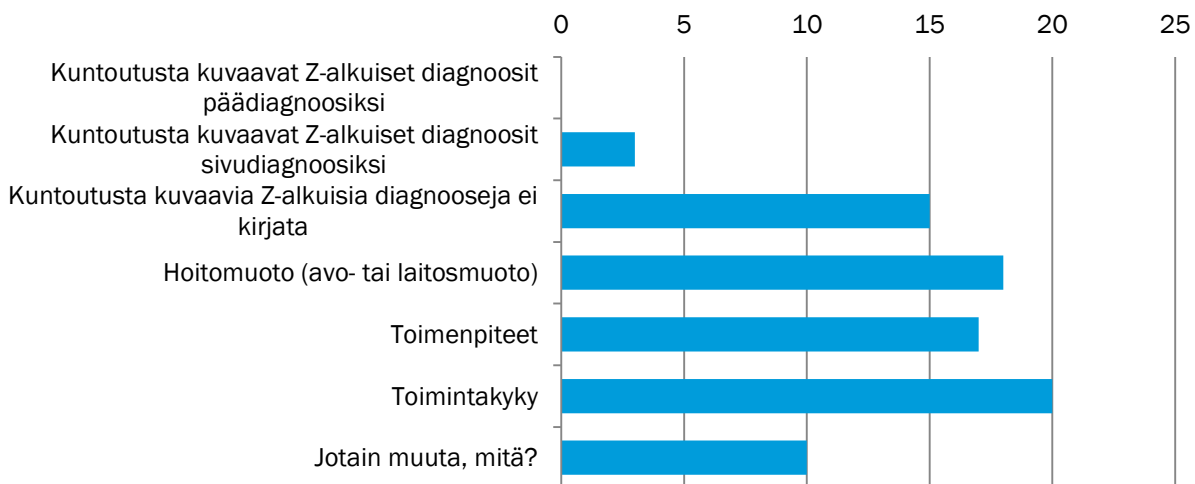
**Taulukko 2.** Vastanneiden organisaatioiden määrä ja sijainti lääneittäin<sup>a</sup>.

Lääni	Vastanneita
Ahvenanmaa	0
Etelä-Suomen lääni	5
Itä-Suomen lääni	5
Lapin lääni	3
Länsi-Suomen lääni	14
Oulun lääni	3

<sup>a</sup> Ahvenanmaa on nykyisin maakunta, jolla on itsehallinto.

Kyselyn mukaan lääkinnällistä kuntoutusta saavalle potilaalle 71 % organisaatioista (joista neljä oli erikoissairaanhoidosta, kahdeksan perusterveydenhuollosta ja kahdeksan yksityiseltä) kirjaa rutiininomaisesti eniten toimintakykytietoa, kun vastanneita organisaatioita oli 28 (kuvio 1, s. 12). Toiseksi eniten kirjataan rutiininomaisesti hoitomuoto (64 %, 2/7/9) ja lähes saman verran toimenpiteet (61 %, 1/8/8). Kuntoutusta kuvaavat Z-alkuiset diagnoosit kirjataan sivudiagnoosiksi (11 %, 1/0/2) tai niitä ei kirjata lainkaan (54 %, 5/5/5). Vastaajista 10 (2/5/3) organisaatiota ei antanut lainkaan tietoa Z-alkuisista diagnooseista.

**Kuvio 1.** Lääkinnällistä kuntoutusta saavalle potilaalle rutiininomaisesti kirjattavat asiat 28 organisaatiossa.



Muita rutiininomaisesti kirjattavia asioita aiemmin mainittujen lisäksi mainitsee 10 organisaatiota (kuvio 1). Erikoissairaanhoidossa rutiininomaisesti kirjataan:

”lääkärin asettama diagnoosi”

”satunnaisesti voi olla muuta, rutiineja vähän. Toimenpiteiden kirjaus alkaa 1.6.2015 avokäyntien tarkentimena”.

Perusterveydenhuollossa rutiininomaisesti kirjataan:

”[tilastoinnin] kautta käyntisyys icpc2, toimenpiteet spat, joskus ajoittain [sisältömerkintää] KUN-, RA-[alkuisia] koodeja”

”lääkinnällistä kuntoutusta saavaa potilasta ei erikseen määritellä, vaan edetään hoitosuunnitelman mukaan”

”myönnetty kuntoutus”

”käyntisyys ICPC2 luokituksella, Spat-koodeja rajoitetusti sovituisissa kohdin”

”asumismuodon ja -olosuhteiden kuvausta”.

Yksityisessä organisaatiossa kirjataan rutiininomaisesti:

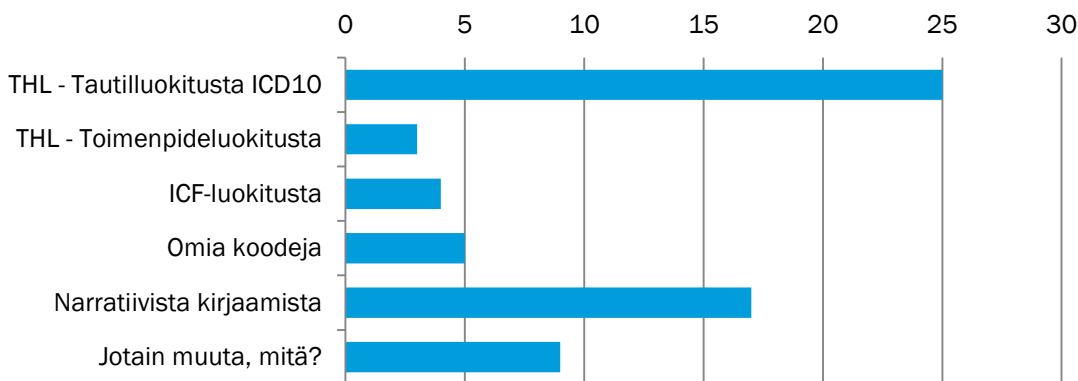
”lääkityksestä kooste, tulosanelu, lähtösanelu, omat osuudet / tt, ft, sos.tt, kuntoutuksen tavoitteet”

”hoitoisuustarve, kokonaistilanne, tavoitteet”

”kuntoutustavoitteet”.

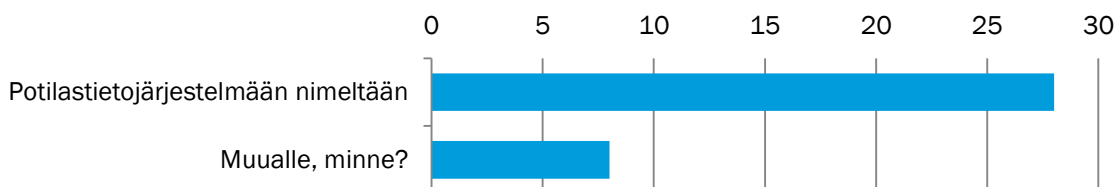
Kirjaamisessa 28 organisaatiossa käytetään eniten THL-tautiluokitusta ICD-10 (89 %, 0/1/2 ei sitä käyttänyt) ja narratiivista kirjaamista (61 %, 6/4/7) (kuvio 2). Vähemmän käytetään omia koodeja (18 %, 1/0/4), ICF-luokitusta (14 %, 0/0/4) ja THL-toimenpideluokitusta (11 %, 1/1/1). Muita kirjaamiskäytänteitä olivat erikoissairaanhoidossa kolmessa organisaatiossa rakenteinen kirjaaminen ja kahdessa organisaatiossa fysioterapian, toimintaterapian ja/tai kuntoutusohjauksen koodit. Perusterveydenhuollossa muita kirjaamiskäytänteitä mainitsi kolme organisaatiota, jotka kaikki käyttivät ICPC2-luokitusta. Yhdessä yksityisen organisaatiossa kirjaamisessa käytetään lisäksi havaintojen, testien ja mittareiden tuloksia ja kuntoutujan omaa näkemystä.

**Kuvio 2.** Kuntoutuspotilaan kirjaamiskäytännöt 28 organisaatiossa.



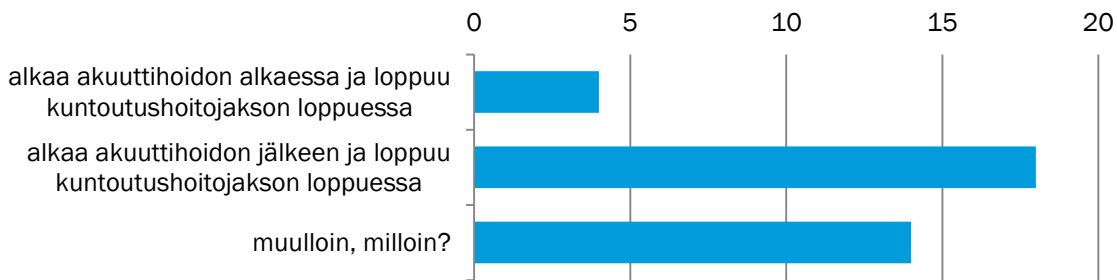
Lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan tiedot kirjataan 29 organisaatiosta 97-prosenttisesti erilaisiin potilastietojärjestelmiin (kuvio 3). Erikoissairaanhoidon kahdeksasta organisaatiosta lääkinällistä kuntoutusta saavat potilaat kirjataan potilastietojärjestelmiin Esko (kolme kpl), Effica (neljä kpl) ja Uranus (yksi kpl), perusterveydenhuollon 11 organisaatiosta potilastietojärjestelmiin Effica (yhdeksän kpl), Pegasos (yksi kpl) ja Mediatri (yksi kpl) sekä yhdeksästä yksityisestä organisaatiosta potilastietojärjestelmiin ElbitKuntoMaster (seitsemän kpl), Acute (yksi kpl) ja Mediatri (yksi kpl). Lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan tietojen kirjauksia kirjataan myös muualle, kuten Effectoriin (kolme erikoissairaanhoidon ja kolme perusterveydenhuollon organisaatiota), paperiseen arkistoon (kolme yksityistä organisaatiota), Oberon-tilastointiohjelmaan (yksi erikoissairaanhoidon organisaatio) ja omaan sähköiseen asiakastietojärjestelmään (yksi yksityinen organisaatio).

**Kuvio 3.** Lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan tietojen kirjaamispaikat 29 organisaatiossa.



Lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan hoitojakso alkaa akuuttihoiton jälkeen ja loppuu kuntoutusjakson loppuessa 64 %:ssa (5/6/7) organisaatioista 28 vastanneesta (kuvio 4, s. 14). Lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan hoitojakso 14 %:ssa (0/4/0) organisaatioista alkaa akuuttihoiton alkaessa ja loppuu kuntoutushoitojakson loppuessa.

**Kuvio 4.** Lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan hoitojakson alkamis- ja loppumisvaiheet 28 organisaatiossa.



Myös muita alkamis-/loppumisvaiheita mainittiin 50 %:ssa (4/3/7) organisaatioista (kuvio 4). Osa organisaatioista ilmoitti useampia lääkinällistä kuntoutusta saavan potilaan hoitojakson alkamis-/loppumisvaiheita. Niistä erikoissairaanhoidon organisaatioissa oli seuraavia:

”alkaa lähetteen tai sairaalan sisäisen konsultaatiopyynnön aloitteesta, päättyy kun suunnitelma asiakkaalle on tehty”

”apuvälinetoiminnassa lähete määrittelee alun, jakso loppuu kun lähete suljetaan. Erikoisalot määrittelevät hoitojakson, johon kuntoutuksen palveluita liitetään. Ryhmäkuntoutus kohdennetaan hoitojaksoon”

”alkaa jo akuuttihoiton aikana, mutta lyhyet sairaalassaoloajat, eli kuntoutus jatkuu perusterveydenhuollossa”

”sovitusti, esim. lastenneurologian arviointi- ja kuntoutusjaksot”.

Perusterveydenhuollon organisaatioissa mainittiin seuraavia muita alkamis-/loppumisvaiheita:

”leikkauspotilaiden kuntoutus loppuu erikoissairaanhoidon kontrolliin!!! [J]os kuntoutusta tarve jatkaa niin sv3fm:llä. Neurologisten asiakkaiden kuntoutus jatkuu pidempään”

”lääkärin katsomaan ajankohtaan”

”alkaa saapuneen lähetteen ja hoitoepikriiseihin perustuvan kuntoutuspyynnön perusteella. Kuntoutusjakson kesto perustuu terapeutin kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin”.

Yksityisissä organisaatioissa oli käytössä seuraavia muita alkamis-/loppumisvaiheita:

”muulloin [sovitusti], kuntoutusjaksot VK”

”ennen suunniteltua loppumisaikaa, jos kuntoutuja sairastuu siten, ettei voi osallistua kuntoutukseen tai mikäli kuntoutuja kuntoutuu arvioitua nopeammin”

”terapiajaksot erillisen tarpeen/sopimuksen mukaan; kuntoutus- ja /tai sopeutumisvalmennusjaksojen mukaiset hoitajakset”

”kuntoutuspäätöksen saapumisen jälkeen jaksot sovitaan [kuntoutujan] kanssa”

”Kelan kuntoutusvastuun alkaessa esim. harkinnanvarainen yksilökuntoutuksen tai kurssin alkaessa ja loppuessa. Valtiokonttorin/ [terveydenhuollon] maksusitoumuksella veteraani/sotainvalidi kuntoutusohjeistusten mukaisesti esim. vuosittain”

”sairauden tilasta riippuen [kuntoutus] voi olla primaari, [sekundaari-] tai [tertiäärikuntoutusta], joten kuntoutuksen aloitus ja lopetus vaihtelee”.

Kun kysyttiin jatkokysymys ”miten erotatte, että kyseessä on lääkinällistä kuntoutusta saava potilas?” niiltä neljältä (0/4/0) organisaatiolta, jotka vastasivat, että lääkinällistä kuntoutusta saavan potilaan hoitajakso alkaa akuuttihoiton alkaessa ja loppuu kuntoutushoitajakson loppuessa, vastauksia tuli kuitenkin viideltä (0/4/1) organisaatiolta.

Perusterveydenhuollon organisaatioiden vastaukset olivat:

”asiakkaasta erikoissairaanhoidon tai tk lääkärin lähete, josta tulee esille terapian tarve, dg tai toimenpide (neurologinen, ortopedinen/traumatologinen tila tai muut sairaudet). Käytämme – –:ssä – – SHP:n Lääkinällisen kuntoutuksen saatavuusperusteita!”

”kuntoutuksen tarve perustuu pitkäaikaiseen sairauteen”

”asiakas ohjautuu fysioterapeutin akuuttivastaanotolle esim. TK:n akuuttivastaanotolta”

”fysioterapeuttien pitämä akuuttiselkävastaanotto on tietyin kriteerein valitulle potilasryhmälle”.

Yksityisestä organisaatiosta tuli myös vastaus:

”kun kuntoutus liittyy sairauden aiheuttamaan toimintakyvyn laskuun tai sen ukaan”.

29 vastanneesta organisaatiosta 66 % (6/8/5) kokee pystyvänsä hyödyntämään käytössä olevia tietojärjestelmiään organisaatiossaan lääkinällisen kuntoutuksen raportoinnissa potilas- ja organisaatiokohtaisesti. Näistä erikoissairaanhoidon organisaatioissa oli käytössä Esko ja Effica, perusterveydenhuollossa Effica, Pegasos ja Mediatri sekä yksityisissä organisaatioissa Elbit-KuntoMaster, Mediatri, Acute ja oma sähköinen asiakastietojärjestelmä. Tietojärjestelmästäan potilas- tai organisaatiokohtaisesti ei koe hyötyvänsä 24 % organisaatioista, joista

kaksi on erikoissairaanhoidosta (Effic ja Uranus), neljä perusterveydenhuollosta (Effic) ja yksi yksityisestä (ElbitKuntoMaster) organisaatiosta.

Potilaskohtaisesti tietoa raportoidaan 26 vastanneesta organisaatiosta vaihtelevasti. Osa erikoissairaanhoidon organisaatioista raportoi jonkin/joitakin seuraavista mainituista: kotikunta, diagnoosi, käytössä oleva apuväline, FIM-pisteet, hoitokontaktit erityistyöntekijöihin, eri terapiat, D15-elämänlaatumittari, kuntoutuksen suositukset, potilasteksti, työntekijöiden käyntitilastointi, kuntoutuspäätökset, omina asiakaspalvelujen ostoina laitoskuntoutukset ja jatkohoitosuunnitelma. Toisaalta rutiininomaisia potilaskohtaisia raportteja ei kaikissa vastanneissa erikoissairaanhoidon organisaatioissa haeta. Yleisimmin Effector-järjestelmästä tarvitaan apuvälinetietoja.

Osa perusterveydenhuollon organisaatioista raportoi potilaskohtaisesti jonkin/joitakin seuraavista mainituista: potilaskertomusteksti, käynnit, hoitokaksot, käyntisyys, esitiedot, fysioterapianimikkeistö, tutkimuksessa liikkumisen arviointi, ohjaus, neuvonta, terapia, hoitosuunnitelma, toimintakyky, hoito- ja kuntoutustoimet, myönnetty kuntoutus, kuntoutuspäätökset, kuntoutuksen kertamäärä, aika, jonka kuluessa kuntoutuksen on toteuduttava, jatkosuunnitelma, myönnettyjä ja käytössä olevia apuvälineitä, kuntoutuksen vaikuttavuus (FIM), sovittuja mittareita, työtilastointi, jonotilanne, kuntoutuksessa tapahtuvat muutokset, kuntoutuksen edistyminen ja tavoitteet sekä mittaustulokset. Yksittäinen perusterveydenhuollon organisaatio olisi vastataksaan toivonut yksilöityä ohjetta siitä, mitä raportointia tarkoitettiin.

Osa yksityisistä organisaatioista raportoi potilaskohtaisesti jonkin/joitakin seuraavista mainituista: kaikki sähköisen järjestelmän tiedot, henkilötiedot, sairaus, lääkitys, diagnoosi, ikä, sukupuoli, jaksojen pituus, kuntoutuksen sisältö, kuntoutuskertomus, kuntoutuspalaute, hoitomuoto, tavoitteet, haastattelut, testitulokset, annetut terapiat, kursseilla luennot ja ryhmätunnit, asiakkaan toimintakyky, suositukset, verkostotyöt, kuntoutuksen maksajataho, kuntoutuksen mittarit (esim. mieliala, elämänlaatu, toimintakyky, kuntoutuspalaute), kuntoutuksen vaikutus, kuntoutuksen eteneminen sekä kuntoutujan omat näkemykset ja kokemukset kuntoutuksesta.

26 vastanneesta organisaatiosta raportoidaan organisaatiokohtaisesti vaihtelevasti. Osa erikoissairaanhoidon organisaatioista raportoi jonkin/joitakin seuraavista mainituista: käyntimäärät eri ammattihenkilöillä, läheteiden ja käyntien määrät, eri käyntityyppien määrät, avokäynneistä ja osastolla tapahtuvista kuntoutuskäynneistä sähköisen tilastoinnin perusteella virallisina ja sisäisinä käynneinä, kuntoutushoitopäivät osastohoidossa, hoitokaksot, apuvälinepalvelun ja kuntoutuksen maksusitoumukset, päätökset erikoisaloittain ja kunta-kohtaisesti, kuntalaskutus käyntitilastoinnin perusteella ja lääkinnällisen kuntoutuksen suosituksia. Yksittäinen erikoissairaanhoidon organisaatio koki, ettei tiedä, mitä kertoa siitä, mitä raportoivat organisaatiokohtaisesti.

Osa perusterveydenhuollon organisaatioista raportoi organisaatiokohtaisesti jonkin/joitakin seuraavista mainituista: yhteenvedot polikliinisistä kuntoutuskäynneistä eri erityistyöntekijöillä sekä hoitokaksosta kuntoutusosastolla, käyntimäärät akuuttiselkävastaanotolla, ryhmä-fysioterapioissa ja yksilökäynneissä, vuosittain järjestetyt lääkinnällisen kuntoutuksen ryhmät, apuvälineiden määrät jaoteltuina eri ryhmiin, kuntoutuksen aiheuttamat kustannukset, jatkokuntoutuksen tarve ja kuntoutujan tilanteen tiedottaminen. Yksittäinen perusterveyden-

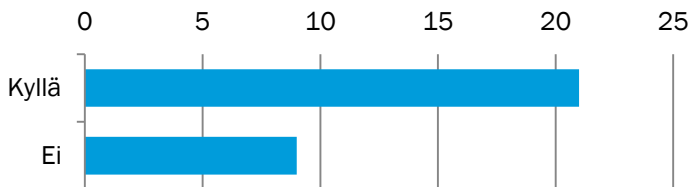


huollon organisaatio ei tiennyt, mitä raportoivat organisaatiokohtaisesti, sillä vastaajalla ei ollut riittäviä Effica-tunnuksia tilastojen tekemiseen tai niiden tutkimiseen.

Osa yksityisistä organisaatioista raportoi organisaatiokohtaisesti jonkin/joitakin seuraavista mainituista: lääkinnällisen kuntoutuksen asiakasmäärät yhteensä ja lähetettävien tahojen mukaan eriteltyinä, kuntoutusvuorokaudet, kuntoutusjaksot, jakson pituudet, lukumäärät, liikevaihto/asiakas, keskeytykset ja niiden syyt, tilastolliset jakaumat (ikä, sukupuoli, diagnoosi, kotikunta, kotiutuminen), maksajat, maksajan haluamat tilastot, työntekijämäärät, terapia- muodot, kurssimäärät ja kurssilajit. Yksittäinen yksityinen organisaatio olisi vastataksaan toivonut yksilöityä ohjetta siitä, mitä raportointia tarkoitettiin.

29 vastanneesta organisaatiosta 72 %:n (5/7/10) mielestä heidän käytössään olevat toimintakyvyn arviointimenetelmät ovat sopivia heidän organisaationsa tarpeisiin, 31 %:n (4/5/0) mielestä näin ei ole (yksi perusterveydenhuollon organisaatio vastasi kyllä ja ei) (kuvio 5).

**Kuvio 5.** Käytössä olevien toimintakyvyn arviointimenetelmien sopivuus 29 organisaatiossa.



Ne, joiden mielestä ne eivät olleet sopivia, vastasivat erikoissairaanhoidon organisaatioista muun muassa näin:

”arviointia on vaikea luokitella, koska toimintakyky koostuu myös yksilöllisistä ja asiakasriippuvaisista tekijöistä, joita ei voi kvantitatiivisesti mitata. Toimintakyvyn arvioinnissa on aina osin mukana myös yksilön tilanteen ymmärtäminen ja sitä kautta tulkinta, jota ei voi koodata”

”sattumanvarainen käyttö. Ei valtakunnallisesti sovittuja yhtenäisiä käytäntöjä”

”toistaiseksi ei ole käytössä sopivaa mittaria”

”olemme odottaneet [ICF]-luokituksen pikkuhiljaa alkavan vastata tarpeita, [valitettavasti] ei vielä aktiivisesti ja riittävän [yksinkertaisena] versiona käytettävissä”.

Perusterveydenhuollossa vastattiin muun muassa näin:

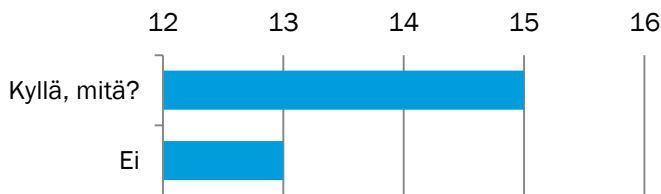
”ICF-luokittelu on kankea eikä oikein sovellu käytännön kliiniseen työhön”

”ei ole virallisia ja vakinaisia”.

28 organisaatiosta 54 % (8/3/4) on suunnitellut ottavansa käyttöön jatkossa muunlaisia toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja 46 % (1/7/5) ei (kuvio 6, s. 18). Erikoissairaanhoidossa on suunniteltu, että muunlaisista toimintakyvyn arviointimenetelmistä otetaan käyttöön jo-

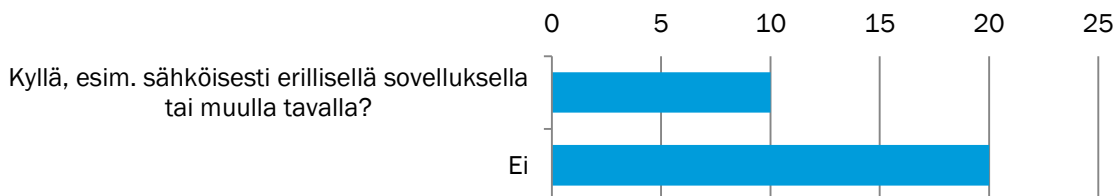
kin/jotkin seuraavista: WHODAS 2.0, ICF, ICF lyhyt versio, ICF-viitekehyksellä toimivat, HAD ja FIM. Perusterveydenhuollossa on suunniteltu, että otetaan käyttöön jatkossa jokin tai jotkin seuraavista: RAI, THL:n luokitus, Kuntaliiton Fysioterapianimikkeistö ja ICF. Yksityisessä organisaatiossa on suunniteltu, että otetaan käyttöön maksajatahojen vaatimat testit ja WHO-Qual.

**Kuvio 6.** 28 organisaation suunnitelma ottaa tai olla ottamatta käyttöön muunlaisia toimintakyvyn arviointimenetelmiä jatkossa.



Toimintakykytietoa pystyy erillisenä tietona hyödyntämään 30 vastanneesta organisaatiosta 33 % (1/3/6) (kuvio 7). Erikoissairaanhoidon organisaatio ei ollut tarkentanut sitä, millä tavalla se pystyy toimintakykytietoa hyödyntämään. Perusterveydenhuollon yksi organisaatio pystyy hyödyntämään toimintakykytietoa FIM-mittarilla (kaksi organisaatiota ei ollut tarkentanut vastaustaan) ja yksityiset kolme organisaatiota jollakin tai joillakin seuraavista: FIM-mittarilla, ELbit Test-, Quest- ja Kunto-ohjelmalla tai tarpeen mukaan muulla ohjelmalla (kolme organisaatiota ei ollut tarkentanut vastaustaan). Suurin osa (67 %) ei pysty hyödyntämään toimintakykytietoa erillisenä tietona.

**Kuvio 7.** Toimintakykytiedon erillisenä tietona hyödyntämisen mahdollisuus 30 organisaatiossa.



Organisaatioilta kysyttiin, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää kuntoutujakohtaisesti. Vastauksia tuli 25 organisaatiolta. Vastaukset vaihtelivat ”Nykyinen on riittävä” -kommenteista ”Yhteneväinen kirjaamiskäytäntö, edes alueellisesti” -kommentteihin.

Poimintoja erikoissairaanhoidon organisaatioiden kommentteista:

”ICF:n mukaisen dimensioiden pohjalta tapahtuva kirjaamisen kehittäminen voisi olla hyödyllistä, mutta ei voi perustua ICF:n mukaisiin aihe-alueisiin tai koodeihin – –. ICF:n lisäksi pitäisi löytyä kirjaamiskäytäntöjä myös kuntoutuksen ajallisen prosessin kuvaamiseen: esim. mikä kuntoutusprosessin vaihe on kyseessä: kuntoutustarpeen arviointi? kuntoutustavoitteiden ja suunnitelman laadinta? kuntoutuksen toteuttaminen? vai kuntoutuksen arviointi?”

”kirjaamista ohjaa sovittu strukturoitu sairauskertomus otsikoineen. Järjestelmään potilaskäyntikirjauksessa paremmin huomioitava onko kyseessä sairaanhoito vai kuntoutus. APOTTI-tietohanke tuonee työkaluja tähän”

”yhtenäiset ICF-pohjaiset toimintakyvyn arviointilomakkeet ja niihin perustuva kirjaaminen potilastietoihin”

”paljon kehitettävää – nykyinen potilastietojärjestelmämme liian työläs tähän käyttöön ja tilastointiin”

”alueella tulisi olla yhteneväinen kirjaamiskäytäntö ja yhteinen potilastietojärjestelmä, jolla turvattaisiin lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi ja varmistettaisiin jatkuvuus”

”yhteinen Kuntoutumiskertomus alusta, jossa näkyy samalla näkymällä eri ammattiryhmien suunnitelmat ja yhteinen kuntoutumissuunnitelma (Kuntoutumissuunnitelma eroaa Kelan Kuntoutussuunnitelmasta)”.

Poimintoja perusterveydenhuollon organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää kuntoutujakohtaisesti:

”kuntoutuksen kokonaisuus on hyvin pirstaleinen. Perusterveydenhuollon työmenetelmä on terveyshyötymallin mukainen hoitosuunnitelma alueellamme”

”lääkinnällisen kuntoutuksen kirjaamisessa ei ole mielestäni puutteita. Kirjaamiset toteutetaan siten miten THL ne kärkee ja miten organisaatio ne kouluttaa. Jos käytännössä on puutteita tulee tarkistaa ovatko kaikki työntekijät saaneet selkeät ohjeet ja riittävästi koulutusta. Vastuuta emme kanna siitä jos hoitoihin vaikuttavat tiedot eivät välity eteenpäin, asiakkaan hoitoihin osallistuvien (kuntoutuksen ulkopuolisten työntekijöiden) jättäessä kuntoutuksen tekstit lukematta. Fysioterapeutit eivät lähetä raportteja eteenpäin”

”tietojärjestelmän käyttäjien tietoisuutta vaihtoehtoista pitäisi lisätä, sopia tarkemmin yhtenäiset käytännöt. Rakenteisen [sairauskertomuksen] käyttö on jo yhtenäistänyt käytäntöjä jonkin verran, ja sairaskertomustietojen luettavuus on parantunut”

”otetaan käyttöön toimintakykyluokitus [ja Z-diagnoosit]”

”kirjaamiskäytäntöjä on jo kehitelty ja ne ovat nyt asianmukaiset”

”lisätään kirjauksen rakenteisuutta, sovitaan yhteisistä käytännöistä.”

Poimintoja yksityisten organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää kuntoutujakohtaisesti:

”esim. yhtäläinen sähköinen valtakunnallinen raportointipohja”

”kehitämme kirjaamista ICF-luokituksen mukaiseksi”

”kirjaamisessa huomioitava KANTA-yhteensopivuus. Kansalliset otsikot käyttöön kaikille. ICF-viitekehyksen mukainen kirjaaminen moniammatillinen näkemys huomioiden. Selkeys ja oleellisten asioiden kirjaaminen. Kirjaamisen yhtenäistämistä edistäisi yhtenäisen kirjaamisen opettaminen/ohjaaminen jo opiskeluvaiheessa ammattiin valmistuville”

”kehitetään määrämuotoista kirjaamista ja toimintakyvyn arviointia käyttäen esim. THLn asiantuntijoita ja etenkin TOIMIA[-verkostoa]. [Tavoitteena] tulisi olla toimintakyvyn [arviontimenetelmien] kehittäminen ja standardointi”.

Organisaatioilta kysyttiin, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää organisaatiokohtaisesti. Vastauksia tuli 23 organisaatiolta. Vastaukset vaihtelivat ”Toimivat tällä hetkellä” -kommentista ”Terveystieteiden raportointi on puutteellista mm. siltä osin että siellä ei ole raportointijärjestelmää kuntoutusta koskien (asiakkaan saama kuntoutus)” -kommenttiin.

Poimintoja erikoissairaanhoidon organisaatioiden kommentteista:

” – – kuntoutuksen prosessin vaiheiden raportoinnin kehittäminen. Asiakkaan kuntoutuksesta vastaavan tahon löytymisen helpottaminen”

”hoitajaksoissa ja lähetemenettelyissä on täsmentämistä, jotta raportointi niiden osalta saadaan relevantiksi. Keskeiset mittarit sähköisiksi, niillä tuotetut tulokset tulisi saada potilastietojärjestelmään. Palveluyksikkönä osallistumme erikoisalojen [hoitajaksoihin] ja prosesseihin, emme voi yksin vaikuttaa vaan kirjaamista tulisi kehittää koko talon tasolla”

”loppulausunnossa selostus ja hyvä hoito- ja kuntoutussuunnitelma KanTa-arkiston kaikkien nähtäväksi”

”valtakunnallisesti sopiminen käytännöistä. Yhtenäinen seuranta”

”potilastietojärjestelmässä tulisi olla kohta, jonka ohi hoitava lääkäri ei pääse ottamatta kantaa potilaan kuntoutustarpeeseen”

”tiliöinti saatava toimimaan aina kun ostetaan kuntoutuspalveluja, jotta sen seuranta helpottuisi. Omaan toimintaan pelisäännöt mitä kirjataan (mm. käytetty aika, menetelmät jne.)”.

Poimintoja perusterveydenhuollon organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää organisaatiokohtaisesti:

”kuntoutuksessa käytettävissä olevat luokitukset ja toimintakyvyn arviointimenetelmät pitäisi olla hyvin suunniteltu, yksinkertaiset käyttää ja määritelmät selkeät kaikille ammattiryhmille. Tietojärjestelmistä pitäisi saada raportteja mahdollisimman vaivattomasti. [Raporttien] pitäisi hyödyttää potilas työn suunnittelua ja hoitokäytäntöjen kehittämistä”

”SPAT-luokitusta käyttämällä tilastoinnissa tämä helpottuisi”

”toimintakykyluokitus ja Z-diagnoosit”

”seurattaisiin ketkä kuntoutuspalveluita käyttää, millaista kuntoutustyön sisältö on ja yhtenäistettäisiin vaikuttavuusmittaus esim. elämänlaadun mittaaminen. Asiakkaat mukaan kirjaamiseen”.

Poimintoja yksityisten organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää organisaatiokohtaisesti:

”sähköinen kirjaaminen osaksi arkea [kaikilla] ammattiryhmillä”

”ICF:n avulla saadaan myös organisaatiokohtaisesti lisää/tarkempaa tietoa”.

Organisaatioilta kysyttiin, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää valtakunnallisesti. Vastauksia tuli 23 organisaatiolta. Vastaukset vaihtelivat ”Pitäisi tietää mikä on valtakunnallisesti riittävä. Kirjaamisen tulisi tukea, ei vaikeuttaa eikä [hidastaa] perustason työtä” -kommentista ”KanTa-arkiston kautta” -kommenttiin.

Poimintoja erikoissairaanhoidon organisaatioiden kommentteista:

”kunnissa toteutettava [lääkinnällinen] kuntoutus on sattumanvaraista ja vain joidenkin ulottuvilla. Kuntoutussuunnitelman laatimisesta olisi jo sinänsä hyvä olla seurantatietoja: missä ja kenelle niitä laaditaan ja miksi kaikille ei laadita? Minkälaisissa sairausryhmissä tilanne on parempi, millä toteutuu heikosti?”

”sähköisten järjestelmien tulisi tarjota tai kysyä automaattisesti kuntoutuksen määrittelyjä, jotta niitä ei voisi erikoisaloillakaan ohittaa. Tulisi kehittää ohjaavia järjestelmiä, joilla tiedot ja raportoinnit saataisiin yhtenäistettyä valtakunnassa. Tietojärjestelmät eivät huomioi lääkinnällisen kuntoutuksen ajankohtaa ja luonnetta kovin hyvin toiminnoissaan ja mahdollisuuksissaan”

”valtakunnallinen laaturekisteri kuten Ruotsissa”

”kuntaliiton tekemä kehittämistyö koskien yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä tulisi jatkaa jollain tavalla”

”sama [tietojärjestelmä] ja samat [yksinkertaiset] ja mahdollisimman automaattiset kirjaamiskäytännöt koko maahan”

”[samanlainen] ohjeistus raportoinnista kaikille Erva-alueille”

”rakenteelliset lääkinnällisen kuntoutuksen [otsikoinnit] [käyttöön]”.

Poimintoja perusterveydenhuollon organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää valtakunnallisesti:

”tällä hetkellä on [liikaa] [erilaisia] potilastietojärjestelmiä. Liikaa rinnakkaisia [tauti- ja tilastointikoodistoja]. Ja turhaan jokaisella sairaanhoitopiirillä on omat lääkinnällisen kuntoutuksen kriteerit ja toisistaan poikkeavat hoito-ohjeet”

”[toimintakykyluokitus] ja Z-diagnoosit”

”arviointimittareiden siirto potilastietojärjestelmään”

”käytetään valtakunnallisia mittareita ja koodistoja”

”[selkeytettäisiin] kuntoutuksen suhteutuminen hoitotakuuseen ja sen odotusaikoihin. Milloin kuuluu hoitotakuuseen ja milloin ei, [seurantakäyntien] järjestämistavat hoitotakuulaki ja tietojärjestelmän ominaisuudet huomioiden. Milloin odotusaika alkaa hoidon tarpeen arviointi kuntoutuksessa lähettävä taho vai vastaanottava taho?”.

Poimintoja yksityisten organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää valtakunnallisesti:

”olisi luotu/sovittu yhtäläiset kirjaamiskäytännöt, saataisiin kootut tiedot eri tahojen järj. kuntoutuksesta, kronologista tietoa saatavilla, olisi saatavilla valtakunnalliset vertailutiedot”

”kanta-arkistoon yhteneväinen ohjeistus kuntoutuksen kirjaamisesta huomioiden ICF-luokitus”

”kanta-työn [loppuunsaattaminen] sekä julkisessa että yksityisessä [terveydenhuollossa]. Valtakunnallisesta tarvitaan yhtenäiset ohjeet lääkinnällisen kuntoutuksen kirjaamisesta huomioiden sekä julkisella puolella toteutettu lääk. kuntoutus että kelan kautta järjestetty lääkinnällinen kuntoutus. Tiedonkulun sujuvuus on ensiarvoisen tärkeää ja kuntoutuksen jatkuvuus eri toimijoiden välillä ja yhteistyössä kuntoutujan kanssa huomioiden myös lähipiiri!”.

Organisaatioilta kysyttiin kuinka he hyödyntävät lääkinällistä kuntoutusta saavasta potilaasta saatua luokitustietoa. Vastauksia tuli 22 organisaatiolta. Vastaukset vaihtelivat ”Tällä hetkellä ei hyödynnetä” -kommentista ”Resurssien ja prosessien suunnittelussa” -kommenttiin.

Poimintoja erikoissairaanhoidon organisaatioiden kommentteista:

”ei mitenkään tällä hetkellä, siis luokitustietoa”

”käyntitilastointiin ja kuntalaskutukseen”

”?”

”tilastotietoihin ja mahdollisesti tutkimukselliseen dataan”

”toiminnan laadun ja palvelun kehittämiseksi”.

Poimintoja perusterveydenhuollon organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he hyödyntävät lääkinällistä kuntoutusta saavasta potilaasta saatua luokitustietoa:

”mitä luokitustietoa?”

”ei vielä mitenkään”

”en hyödynnä luokitustietoa”

”oman laadun (tasapuolisuuden) varmistaminen. Kustannusten seuranta”

”luokitustietoa ei kerätty”

”kuntoutuksen asiakkaiden ryhmittely, palvelutarpeen ja kustannusten arviointi ja toiminnan suunnittelu”

”saataisiin kuvaa kuntoutuksen asiakaskunnasta ja toiminnan vaikuttavuudesta. Tällä tavoin voisi kohdentaa resursseja ja osaamista asiakkaiden tarpeisiin ja vaikuttavaan hoitoon”.

Poimintoja yksityisten organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he hyödyntävät lääkinällistä kuntoutusta saavasta potilaasta saatua luokitustietoa:

”hoidon ja terapian tarpeen ennakointiin, jakson sisällön suunnitteluun ja maksuluokan määrittelyyn”

”tällä hetkellä ei voida hyödyntää, mutta jatkossa kuntoutuksen ja resurssien arvioinnissa ja suunnittelussa”

"kurssisuunnittelussa hyödynnetään; tarve-, määrä- ja kohderyhmäarvioinnissa. Työntekijätarpeen ja koulutustarpeen arvioinnissa"

"satunnaisesti"

"seuraavien jaksojen suunnittelussa, resursoinnissa, toiminnan kehittämisessä".

"kuntoutuksen suunnittelussa"

"hyödynnettävyys on [tällä] hetkellä vaikeaa ainakin vaikeavammaisten [kuntoutujien] osalta. Muussa kuntoutuksessa luokitustietoja voi käyttää [jonkin verran] paremmin kuntoutuksen seurantamittareina".

Kyselyn lopussa oli jätetty tilaa vapaalle kommentoinnille lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan luokittelusta. Kommentteja tuli 16 organisaatiolta.

Kommentteja erikoissairaanhoidon organisaatioilta:

"ICF [potilastietojärjestelmiin]"

"diagnoosit eivät kerro paljonkaan, mutta ICF -pohjainen raportointimalli kuvaisi paremmin [potilaan] [toimintakykyä] ja sen kehittymistä ja elämänlaatua elämänlaatumittareilla subjektiivisesti osallistumista [ja] koettua toimintakykyä"

"kuntoutusohjaajan laatimia potilastekstejä tulisi jatkossa hyödyntää paremmin ja laajemmin esim. kuntoutussuunnitelmien laatimisessa"

"tilastot ja tiedot lähes puuttuvat. Maksusitoumuksia vaativat tapahtumat tilastoituvat parhaiten (apuvälinelainaus ja kuntoutuksen ostot). Se mitä tapahtuu toiminnassa sairaalajaksoilla tai poliklinikka käynneillä ei näy. Käynnit kirjaantuvat, mutta sisältö jää pimentoon"

"odotan [ICF -luokituksen] laajentumista ja soveltamista [käytäntöön] mielenkiinnolla".

Kommentteja perusterveydenhuollon organisaatioilta:

"meillä on suunnitteilla tietohallinnon potilastietokannasta keräämän laajan KulasDW-tietovaraston hyödyntäminen lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaiden seurannassa ja kuntoutuksen raportoinnissa"

"[kriittisyyttä] siihen, mitä kirjataan ja mitä seurataan, jos siitä ei ole potilaille selvää hyötyä. Hoitosuunnitelmaakaan ei vielä ole kaikilla suomalaisilla, joilla on pitkäaikais sairaus"

"kenelle tämä kysely oli tarkoitettu?"



”luokittelun hyödyt tulisi olla selvät ja konkreettiset käyttäjille”

”meille on tärkeämpää saada potilas kuntoutettua ja [esimerkiksi] iäkäs ihminen pärjäämään kotona. En koe, että mikään luokitus helpottaisi tätä perustyötä”

”seudulla on meneillä yhteistyö terveyskeskusten kanssa käytäntöjen harmonisoinniseksi”.

Kommentteja yksityisiltä organisaatioilta:

”ei ole käytössä yhtenäistä luokittelukäytäntöä. Eri yhteyksissä ja paikoissa käytetään erilaisia luokittelujärjestelmiä”

”yhtenäiset ohjeistukset ja suositukset tulevaisuudessa! Käsitteet myös yhtenäisiksi, liittyä kuntoutusjärjestelmän monitahoisuuteen. Kuntoutusketjut kuntoon esim. käypä hoito suositusten jatkoksi (tätä on jo tehty). Lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen vuoropuhelu, eivät saa olla erillisiä, koska usein sama ihminen ([kuntoutuja]) saattaa tarvita molempia. Avo- ja laituskuntoutuksen vahvuuksien hyödyntäminen!”

## 5.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitys ja nykytila kansainvälisesti

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokitteluun on kehitetty kansainvälisesti käytettyjä malleja. Kehittäjämaita ovat olleet Yhdysvallat, Australia, Ruotsi ja Englanti. Malleja on nykypäivänä useita, sillä kaikille sopivaa yhtä mallia ei ole onnistuttu kehittämään. Potilaiden luokittelumallin pohjalla oli Yhdysvalloissa ja Australiassa 1980-luvulla ICD-luokitteluun (WHO 2007) perustuva potilasluokittelujärjestelmä (Diagnosis Related Groups, DRG). Hyvin pian kuitenkin huomattiin, ettei järjestelmällä voitu riittävästi/asiaankuuluvasti luokitella potilaita, jotka otettiin subakuuteille vuodeosastoille ja laitoksiin (Vladeck ja Kramer, 1988).

Tultaessa 1990-luvulle Yhdysvalloissa kehitettiin subakuuttien kuntoutuspotilaiden luokitteluun ja kuntoutusten kustannusten ennalta-arvioimiseen toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointimenetelmään (Functional Independence Measure, FIM) (Hamilton ym. 1987) pohjautuva FRG-malli (FIM-function-related groups) (Stineman ym. 1994). Myöhemmin FRG muutettiin muotoon CMG eli casemix groups<sup>5</sup> (Turner-Stokes ym. 2011). Taustalla oli huoli siitä, että jos luokittelu olisi DRG-pohjainen, subakuutit kuntoutuspotilaat saisivat edelleen hoitoa, jonka rahallinen suoritus pohjautuisi joko historiallisiin perusteisiin (= olemassa oleva talousarvio siirretään vuodesta toiseen mukauttamalla tuottavuus ja kustannusten nousu hieman muutettuna hoidettujen potilaiden määrällä) tai päivämaksumalliin. Näiden järjestelmien heikkous on se, että ei ole kannustetta nostaa tuottavuutta ja uudemmat potentiaalisesti tehokkaammat ja vaikuttavammat hoitomuodot jäävät esittelemättä taloudellisten rajoitteiden vuoksi (Turner-Stokes ym. 2011).

<sup>5</sup> Ks. kansalliset DRG-sivut <http://www.norddrg.fi>.

Australiassa puolestaan kehitettiin 1990-luvulla subakuuttien ja ei-akuuttien kuntoutuspotilaiden luokittelua varten modifioituun Barthel Indexiin (BI) (Mahoney ja Barthel 1965) perustuva Casemix Rehabilitation And Funding Tree -malli (CRAFT) (Webster 1996) ja FIM-pohjaisen Australian National Sub-Acute and Non-acute Patient Classification -mallin (AN-SNAP) (Eagar ym. 1997). CRAFT-mallia käytetään nykyisin vähemmän kuin AN-SNAP-luokittelua, lähinnä yleisen (ei erikoistuneen) kuntoutuksen rahoituksen arvioimiseen (Turner-Stokes ym. 2011). AN-SNAP luokittelee samantyyppiset potilaat hoitomuotoihin käyttäen erikoiskriteerejä. AN-SNAP sisältää 32 luokkaa, jotka perustuvat 10 vajaakuntoisuuskategoriaan (jotka FIM ja kuntoutujan ikä määrittelevät) (Eagar ym. 1997).

Englannissa kehitettiin 1990-luvulla Healthcare resource groups -malli (HRG). Se on yhdistelmä diagnoosikoodeista (ICD-10) ja prosessikoodeista (OPCS) (Office of population, censuses and surveys classification of surgical operations and procedures 2006). HRG on episodiperusteinen tariffi terveydenhuollon hoidoista, ja siinä on 534 kategoriaa. Kuten DRG:ssä, myös HRG:ssä on terveydentilan ja interventioiden ryhmiä, joiden on tarkoitus olla resurssitarpeiltaan samanlaisia. HRG-mallia kehitettiin lisäämällä kategorioita, HRG2-versiossa niitä oli 533 ja HRG3.1-versiossa 572 (Mason ym. 2011, 199–201).

2000-luvulla kuntoutuspotilaan luokittelutyö jatkui. Yhdysvalloissa kehitettiin Inpatient rehabilitation facilities prospective payment system -malli (IRF-PPS) (Zorowitz, 2009). IRF-PPS-mallissa kuntoutuja luokitellaan yhteen 85 vajaakuntoisuuskoodista 21 kuntoutusluokassa. Nämä jaetaan vielä casemix-ryhmiin FIM-pisteiden ja kuntoutujan iän perusteella. Jokaisessa casemix-ryhmässä on neljä lisäsairauksien tasoa, jotka kertovat jonkin terveydellisen tilanteen (esim. hypertensio, diabetes) ja/tai komplikaation (esim. trakeostomia) joko olemassaolon tai puuttumisen. Australiassa jatkettiin AN-SNAP-mallin kehittämistä, ja se uudistettiin vuonna 2006 versiolla 2, jotta se olisi edelleen relevantti. Se sisältää 45 luokkaa laituskuntoutuksessa (Green ym. 2006). Myös Ruotsissa ja Englannissa kehitettiin omia kuntoutuspotilaan luokittelumalleja 2000-luvulla. Ruotsissa otettiin käyttöön FIM- ja ICF-pohjaisen Nordic Assessment Scoring System<sup>6</sup> -malli (NordDRG-NASS) (NordDRG Manual 2015) (liite 3). NordDRG on potilasluokittelujärjestelmä, ja sen sisältämä NASS-järjestelmä on kehitetty kuntoutuspotilaiden luokittelua varten. NASS-järjestelmä on sidottu FIM-toimintakykymittarilla arvioitaviin toimintoihin, ja ohjaavina koodeina käytetään ICF-koodeja (Turner-Stokes ym. 2011).

Englannissa jatkettiin 2000-luvulla HRG-mallin kehittämistä. HRG3.5 sisälsi 610 kategoriaa ja nykyinen HRG4 versio on kehitetty niin, että se kehittyy vuosi vuodelta eli kategorioiden määrä ei ole vakio. Tällä hetkellä HRG4 sisältää noin 1 400 ryhmää (Mason ym. 2011, 201). HRG4 sisältää 23 kuntoutuksen koodia, 3 arviointiin ja 20 hoitoon. Luokittelu perustuu yksinomaan diagnoosiin. HRG sisältää edelleen vähän kuntoutuskategorioita ja nekin on huonosti raportoitu. Tämän vuoksi dataa on vähän ja saatavilla olevassa datassa kuntoutuksen referenssikustannuksissa on laajasti vaihtelua, mikä johtuu siitä, että kuntoutuksen tarve on monimuotoista kussakin diagnostisessa potilasryhmässä (Turner-Stokes ym. 2011).

Australiassa jatkettiin 2010-luvulla AN-SNAP-mallin kehittämistä uusilla versioilla. Versio 3 sisältää 150 luokkaa ja 6 virheluokkaa ja luokittelee ne viidessä hoitomuodossa, joista sub-

---

<sup>6</sup> Ks. kansalliset DRG-sivut <http://www.norddrfg.fi>.

akuutteja ovat palliatiivinen hoito, kuntoutus, psykogeriatrinen ja geriatrinen arviointi sekä johtaminen (GEM) ja ei-akuutteja on ylläpitävä hoito (AN-SNAP Version 3, 2012). Versiossa 4 on kehitetty muun muassa pediatrien kuntoutuspotilaiden luokittelua (AN-SNAP Version 4, 2015).

Tohtori Jiro Okochin (Osakan Geriatrisen terveydenhuollon Tatsumanosato-osasto, Japani) mukaan Japanissa ei käytetä casemix-järjestelmää kuntoutuksessa, vaan he arvioivat pelkäänsä potilaan toimintakykyä.

Ruotsissa on ollut käytössä 2010-luvulta lähtien Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokitukseen (ICF) perustuva kuntoutuspotilaiden luokittelumalli (liite 3). Se kehitettiin alkuperäisistä pohjoismaisen NordDRG-potilasluokittelujärjestelmän sisältämistä ja kuntoutuspotilaiden luokitteluun sopivista NASS-koodeista, jotka ovat puolestaan sekoitus ICF- ja FIM-koodeista. Ruotsissa päädyttiin laajentamaan hieman NASS-koodeja, mutta ei haluttu ottaa käyttöön kaikkia ICF-koodeja, sillä ICF ei ole Ruotsissa käytössä juuri lainkaan. Toinen syy siihen oli se, että ei haluttu laajentaa koodausta vain koodauksien lisäämisen vuoksi, sillä heidän mielestään minimi määrä koodeja kertoo kuitenkin paljon potilaasta.

Ruotsin luokittelumalli ei ota nykyisellään huomioon ympäristötekijöitä, eikä sitä olla tämänhetkisten suunnitelmien mukaan laajentamassa tulevaisuudessakaan siihen. Perusteluksi kerrotaan, että sitä on vaikea standardoida, koska ympäristötekijät (esim. laitospäristö, kotiympäristö, yhteiskunta) vaihtelevat. Ruotsissa halutaan tietää vain, mitä potilas pystyy tai ei pysty tekemään. He toteavat, että tätä tietoa voidaan joskus tulevaisuudessa hyödyntää arvioitaessa, kuinka paljon apua potilaalle annetaan kotona.

Kuntoutuspotilaiden luokittelumallia käytetään Ruotsissa kaikissa niissä kunnissa, joissa NordDRG on käytössä. Sitä käytetään vain laitospäristyksessä, joka voi olla yksityisellä tai julkisella puolella tapahtuvaa. Tämä johtuu siitä, että luokittelumalli on kehittynyt alun perin NASS-koodeista ja Ruotsin Terveyden ja hyvinvoinnin osastot saavat kerätä vain rajoitettua dataa.

Koodaus alkaa aina siten, että perussairaus rekisteröidään päädiagnoosiksi. Muiden sairauksien diagnoosit kirjataan, jos se tieto on käyttökelpoista. Sen lisäksi toimenpiteeksi rekisteröidään koodit DV093 (Kuntoutussuunnitelman laatiminen) ja CV094 (Kuntoutussuunnitelman mukainen kuntoutus). Ruotsissa pyritään suosituksella myös siihen, että kuntoutuksessa käytettäisiin myös henkilökuntakategorioita. Esim. lääkärit eivät osallistu käytännön kuntoutuksen potilaan kanssa päivittäin, vaikka ovat muuten osallisia siinä.

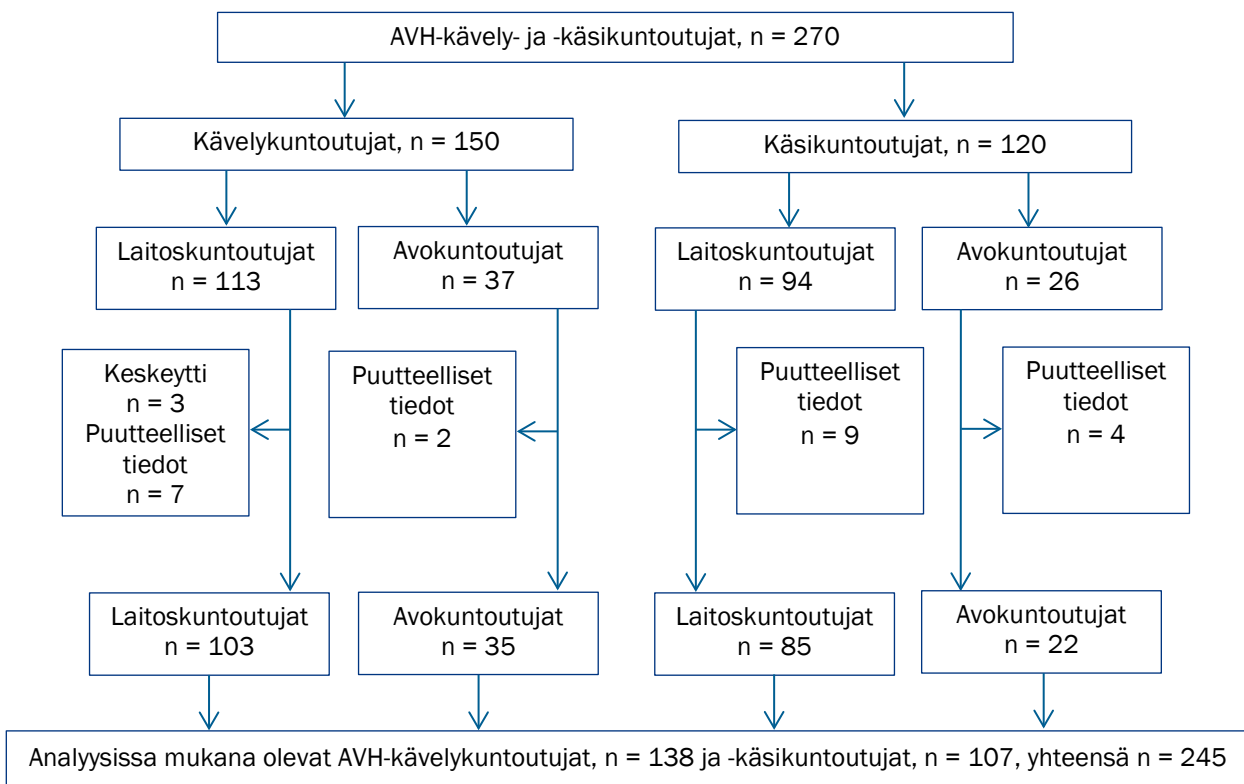
Ruotsin luokittelumalliin ei ole tehty erillistä tietoteknistä sovellusta. Käytetyt modifioidut ICF-koodit syötetään tavanomaiseen järjestelmään täydentäväksi diagnoosiksi, samaan paikkaan kuin kansainvälisen tautiluokituksen (ICD) koodit. Ruotsissa käytetään modifioituja ICF-koodeja sen vuoksi, että niitä käytetään monissa paikoissa Ruotsin alkuperäisissä tietojärjestelmissä.

## 5.3 Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin

### 5.3.1 Tutkittavien perustiedot

Kävely- ja käsikuntoutukseen osallistuneista (n = 270 AVH-kuntoutujaa) toimintakyvyn ja elämänlaadun yhteys kustannuksiin -tutkimus sisältää yhteensä 245 kuntoutujaa (kuvio 8). Analyysistä poistettiin ne 22, joiden seurantatiedoissa oli puutteita. Kävelykuntoutujia oli 138 ja käsikuntoutujia 107. Kävelykuntoutujista laitoskuntoutujia oli 103 ja avokuntoutujia 35. Käsikuntoutujista laitoskuntoutujia oli 85 ja avokuntoutujia 22.

**Kuvio 8.** AVH-kävely- ja -käsikuntoutujien toimintakyky ja sen yhteys laitos- ja avomuotoisen kuntoutuksen kustannustutkimuksessa.



**Kävelykuntoutus.** Kävelykuntoutujat (n = 138) olivat iältään keskimäärin 72-vuotiaita, 65 % oli miehiä ja sairastumisesta oli kulunut aikaa 14 kuukautta (taulukko 3, s. 29). Suurimmalla osalla kuntoutujista aivoverenkiertohäiriön taustalla oli ollut aivoverisuonitukos (80 %) ja halvaus oli vasemmalla puolella (67 %). Laitos- ja avokuntoutujat erosivat toisistaan kävelyn suhteen siten, että laituskuntoutujissa oli itsenäisiä kävelijöitä 46 % ja avokuntoutujissa 63 %.

**Taulukko 3.** Kävelykuntoutujien sosiodemograafiset ja kliiniset tiedot kuntoutuksen alussa.

	Laitos (n = 103)	Avo (n = 35)	P-arvo
Ikä, ka. (SD)	72 (5)	73 (6)	0,14
Sukupuoli m/n, n (%)	66/37 (64/36)	23/12 (66/34)	0,86
Aika sairastumisesta kuukausina, mediaani (vaihteluväli)	14 (3–38)	14 (4–63)	0,69
Etiologia, n (%)			0,59
Vuoto	22 (21)	6 (17)	
Infarkti	81 (79)	29 (83)	
Halvauksen puoli, n (%)			0,51
Oikea	31 (30)	13 (37)	
Vasen	71 (69)	21 (60)	
Molemmat	1 (1)	1 (3)	
FAC <sup>a</sup> , n (%)			0,03
1	13 (13)	5 (14)	
2	27 (26)	1 (3)	
3	16 (15)	7 (20)	
4	47 (46)	22 (63)	

<sup>a</sup>FAC = Functional Ambulation Classification.

**Käsikuntoutus.** Käsikuntoutujat (n = 107) olivat iältään keskimäärin 73-vuotiaita, 59 % oli miehiä ja sairastumisesta oli kulunut aikaa 12 kuukautta (taulukko 4). Suurimmalla osalla (77 %) kuntoutujista oli aivoverenkiertohäiriön taustalla ollut aivoverisuonitukos. Laitos- ja avokuntoutujat erosivat toisistaan sukupuolijakauman mukaan siten, että laituskuntoutujista miehiä oli 54 % ja avokuntoutujista 77 %.

**Taulukko 4.** Käsikuntoutujien sosiodemograafiset ja kliiniset tiedot kuntoutuksen alussa.

	Laitos (n = 85)	Avo (n = 22)	P-arvo
Ikä, ka. (SD)	72 (5)	74 (5)	0,108
Sukupuoli m/n, n (%)	46/39 (54/46)	17/5 (77/23)	0,049
Aika sairastumisesta kuukausina, mediaani (vaihteluväli)	11 (3–40)	13,5 (3–38)	0,141
Etiologia, n (%)			0,937
Vuoto	20 (23)	5 (23)	
Infarkti	65 (77)	17 (77)	
Halvauksen puoli, n (%)			0,816
Oikea	42 (49)	10 (45)	
Vasen	42 (49)	12 (55)	
Molemmat	1 (1)	0 (0)	
FAC <sup>a</sup> , n (%)			0,522
1	1 (1)	0 (0)	
2	4 (5)	0 (0)	
3	1 (1)	0 (0)	
4	35 (41)	13 (59)	
5	44 (52)	9 (41)	

<sup>a</sup>FAC = Functional Ambulation Classification.

### 5.3.2 Toimintakyky ja sen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin

Kävelykuntoutujien (n = 138) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia, halvaantunut puoli, kuntoutusmuoto) olivat 77 %:ssa yhteydessä kävelykuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 5). Tarkempi yksittäinen taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että kuntoutusmuoto (laitos/avo) ja halvauspuoli (oikea/vasen) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannusten muodostumiseen. Muilla taustatekijöillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kustannuksiin.

**Taulukko 5.** Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian, halvauspuolen ja kuntoutusmuodon yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138).

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
Ikä	-0,05	0,295	
Sukupuoli	0,02	0,698	
AVH:n sairastamisaika	0,04	0,362	
Etiologia	-0,00	0,998	
Halvauspuoli	-0,10	0,031	
Kuntoutusmuoto, laitos/avo	0,85	≤ 0,001	
Kaikki muuttajat yhteensä	NA <sup>a</sup>	NA <sup>a</sup>	0,77

<sup>a</sup>NA = ei relevantti.

Kävelyaineiston tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen, kodin hoito ja yhteensä), AMPS, 10 m ja 6 min mitattuna sekä elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF (fyysinen ja psyykinen) mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelykuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 6, s. 31). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FSQ (liikkuminen), BBS, FAC, WHOQOL-BREF (sosiaalinen, ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 2).

Kävelyaineiston tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. Motorisissa taitopisteissä (AMPS) tapahtunut muutos oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelykuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 7, s. 31). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden FIM, FSQ, AMPS (prosessitaidot), BBS, FAC, 10m, 6min, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13 osoittamat muutosarvot toimintakyvyssä ja elämänlaadussa eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin (liitetaulukko 3).

**Taulukko 6.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja kuntoutusmuoto.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
FIM <sup>a</sup>			
Motorinen	-0,22	≤ 0,001	0,81
Kognitiivinen	-0,12	0,006	0,78
Yhteensä	-0,22	≤ 0,001	0,81
FSQ <sup>b</sup>			
Itsestä huolehtiminen	-0,14	0,001	0,79
Kodin hoito	-0,14	0,001	0,80
Yhteensä	-0,10	0,019	0,78
AMPS <sup>c</sup>			
Motoriset taidot	-0,09	0,032	0,78
Prosessitaidot	-0,10	0,029	0,78
10 m <sup>d</sup>	-0,09	0,039	0,77
6 min <sup>e</sup>	-0,10	0,031	0,78
WHOQOL-BREF <sup>f</sup>			
Fyysinen	-0,15	0,001	0,79
Psyykinen	-0,10	0,020	0,79

<sup>a</sup>FIM: Functional Independence Measurement; <sup>b</sup>FSQ: Functional Status Questionnaire; <sup>c</sup>AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; <sup>d</sup>10 m: 10 metrin kävelytesti; <sup>e</sup>6 min: Kuuden minuutin kävelytesti; <sup>f</sup>WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

**Taulukko 7.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli, kuntoutusmuoto ja alkutilanne.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
AMPS <sup>a</sup>			0,80
Motoriset taidot muutos	-0,15	0,007	
Motoriset taidot alkutilanne	-0,09	0,032	

<sup>a</sup>AMPS: Assessment of Motor and Process Skills.

**Kävelyn laitoskuntoutus.** Kävelyn laitoskuntoutujien (n = 103) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia ja halvaantunut puoli) olivat 8 %:ssa yhteydessä kävelyn laitoskuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 8). Tarkempi yksittäinen taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että halvauspuoli (oikea/vasen) oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannusten muodostumiseen. Muilla taustatekijöillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kustannuksiin.

**Taulukko 8.** Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian ja halvauspuolen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103).

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
Ikä	-0,12	0,230	
Sukupuoli	0,05	0,586	
AVH:n sairastamisaika	0,12	0,240	
Etiologia	0,01	0,942	
Halvauspuoli	-0,23	0,025	
Kaikki muuttajat yhteensä	NA <sup>a</sup>	NA <sup>a</sup>	0,08

<sup>a</sup>NA = ei relevantti.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen, kodin hoito, yhteensä), AMPS, 10 m ja 6 min mitattuna ja elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF (fyysinen ja psyykinen) mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelyn laitoskuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 9, s. 32). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FSQ (liikkuminen), BBS, FAC, WHOQOL-BREF (sosiaalinen ja ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 4).

**Taulukko 9.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
FIM <sup>a</sup>			
Motorinen	-0,50	≤ 0,001	0,29
Kognitiivinen	-0,27	0,008	0,15
Yhteensä	-0,50	≤ 0,001	0,29
FSQ <sup>b</sup>			
Itsestä huolehtiminen	-0,31	0,002	0,18
Kodin hoito	-0,37	0,001	0,18
Yhteensä	-0,23	0,021	0,14
AMPS <sup>c</sup>			
Motoriset taidot	-0,20	0,043	0,12
Prosessitaidot	-0,22	0,033	0,13
10 m <sup>d</sup>	-0,22	0,035	0,13
6 min <sup>e</sup>	-0,24	0,015	0,15
WHOQOL-BREF <sup>f</sup>			
Fyysinen	-0,29	0,003	0,17
Psyykinen	-0,21	0,031	0,13

<sup>a</sup>FIM: Functional Independence Measurement; <sup>b</sup>FSQ: Functional Status Questionnaire; <sup>c</sup>AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; <sup>d</sup>10 m: 10 metrin kävelytesti; <sup>e</sup>6 min: Kuuden minuutin kävelytesti; <sup>f</sup>WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. Motorisissa taitopisteissä (AMPS) ja kymmenen metrin kävelyssä (10 m) tapahtuneet muutosarvot olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelyn laitoskuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 10, s. 33). Toimintakyky- ja elämänlaatumit-



tareiden FIM, AMPS (prosessitaidot), FSQ, BBS, FAC, 6min, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13 osoittamat muutosarvot toimintakyvyssä ja elämänlaadussa eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin (liitetaulukko 5).

**Taulukko 10.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
AMPS <sup>a</sup>			0,18
Motoriset taidot muutos	-0,34	0,011	
Motoriset taidot alkutilanne	-0,20	0,043	
10 m <sup>b</sup>			0,15
Muutos	-0,22	0,037	
Alkutilanne	-0,22	0,035	

<sup>a</sup>AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; <sup>b</sup>10m: 10 metrin kävelytesti.

**Kävelyn avokuntoutus.** Kävelyn avokuntoutujien (n = 35) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia ja halvaantunut puoli) olivat 8 % yhteydessä kävelyn avokuntoutuksen kustannuksiin, mutta yksittäisillä taustatekijöillä ei ollut tilastollista merkitsevää yhteyttä kustannuksiin (liitetaulukko 6).

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FSQ (yhteensä) ja WHOQOL-BREF (fyysinen) mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelyn avokuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 11). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kodin hoito), AMPS, BBS, FAC, 10 m, 6 min, WHOQOL-BREF (psykykinen, sosiaalinen ja ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 7).

**Taulukko 11.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 35). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
FSQ <sup>a</sup>			
Yhteensä	-0,44	0,025	0,25
WHOQOL-BREF <sup>b</sup>			
Fyysinen	-0,47	0,020	0,26

<sup>a</sup>FSQ: Functional Status Questionnaire; <sup>b</sup>WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana, mutta minkään mittarin (FIM, AMPS, FSQ, BBS, FAC, 10 m, 6 min, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13) osoittamat muutosarvot toimintakyvyssä ja elämänlaadussa eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin (liitetaulukko 8).

### 5.3.3 Toimintakyky ja sen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin

Käsikuntoutujien (n = 107) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia, halvaantunut puoli, kuntoutusmuoto) olivat 73 %:ssa yhteydessä käsikuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 12). Tarkempi yksittäisten taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että kuntoutusmuoto (laitos/avo) oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käsikuntoutuksen kustannuksiin. Muut taustatekijät eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin.

**Taulukko 12.** Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian, halvauspuolen ja kuntoutusmuodon yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 107).

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
Ikä	0,05	0,385	
Sukupuoli	-0,00	0,961	
AVH:n sairastamisaika	-0,08	0,161	
Etiologia	-0,03	0,566	
Halvauspuoli	0,09	0,116	
Kuntoutusmuoto, laitos/avo	0,83	≤ 0,001	
Kaikki muuttajat yhteensä	NA <sup>a</sup>	NA <sup>a</sup>	0,73

<sup>a</sup>NA = ei relevantti.

Käsiaineiston tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FIM (motoriikka ja yhteensä), FSQ, AMPS, BBS, FAC, pinch (kolmen sormen ote) mitattuna ja elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF (fyysinen) mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käsikuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 13, s. 35). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FIM (kognitiivinen), WMFT, pinch (pinsetti- ja avainote), puristusvoima, WHOQOL-BREF (psykykinen, sosiaalinen, ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 9).

Käsiaineiston tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. Muutosarvoilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä käsikuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 10).

**Taulukko 13.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 107). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja kuntoutusmuoto.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
FIM <sup>a</sup>			
Motorinen	-0,20	≤ 0,001	0,76
Yhteensä	-0,18	0,001	0,75
FSQ <sup>b</sup>			
Itsestä huolehtiminen	-0,18	0,001	0,75
Liikkuminen	-0,20	≤ 0,001	0,76
Kodin hoito	-0,15	0,007	0,75
Yhteensä	-0,21	≤ 0,001	0,76
AMPS <sup>c</sup>			
Motoriset taidot	-0,14	0,019	0,74
Prosessitaidot	-0,12	0,038	0,74
BBS <sup>d</sup>	-0,19	≤ 0,001	0,77
FAC <sup>e</sup>	-0,26	≤ 0,001	0,78
Pinch <sup>f</sup>			
Kolmen sormen ote	-0,13	0,022	0,74
WHOQOL-BREF <sup>g</sup>			
Fyysinen	-0,15	0,005	0,75

<sup>a</sup>FIM: Functional Independence Measurement; <sup>b</sup>FSQ: Functional Status Questionnaire; <sup>c</sup>AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; <sup>d</sup>BBS: Bergin tasapainotesti; <sup>e</sup>FAC: Functional Ambulation Classification; <sup>f</sup>pinch: Sormien pinsettiotteiden voimamittaukset; <sup>g</sup>WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

**Käden laitoskuntoutus.** Käden laitoskuntoutujien (n = 85) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia ja halvaantunut puoli) olivat 4 %:ssa yhteydessä käden laitoskuntoutuksen kustannuksiin. Tarkempi tarkastelu osoitti, että yksittäisillä taustatekijöillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kustannuksiin (liitetaulukko 11).

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FIM (motoriikka ja yhteensä), FSQ, AMPS, BBS, FAC, pinch (kolmen sormen ote) mitattuna ja elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF (fyysinen) mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käden laitoskuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 14, s. 36). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FIM (kognitiivinen), WMFT, pinch (pinsetti- ja avainote), puristusvoima, WHOQOL-BREF (psykykinen, sosiaalinen, ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 12).

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. Muutosarvoilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä käden laitoskuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 13).

**Taulukko 14.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
FIM <sup>a</sup>			
Motorinen	-0,42	≤ 0,001	0,20
Yhteensä	-0,39	≤ 0,001	0,18
FSQ <sup>b</sup>			
Itsestä huolehtiminen	-0,36	0,002	0,15
Liikkuminen	-0,40	0,001	0,17
Kodin hoito	-0,29	0,015	0,10
Yhteensä	-0,41	≤ 0,001	0,18
AMPS <sup>c</sup>			
Motoriset taidot	-0,26	0,029	0,10
Prosessitaidot	-0,25	0,035	0,09
BBS <sup>d</sup>	-0,38	0,001	0,15
FAC <sup>e</sup>	-0,51	≤ 0,001	0,25
Pinch <sup>f</sup>			
Kolmen sormen ote	-0,26	0,030	0,10
WHOQOL-BREF <sup>g</sup>			
Fyysinen	-0,29	0,008	0,12

<sup>a</sup>FIM: Functional Independence Measurement; <sup>b</sup>FSQ: Functional Status Questionnaire; <sup>c</sup>AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; <sup>d</sup>BBS: Bergin tasapainotesti; <sup>e</sup>FAC: Functional Ambulation Classification; <sup>f</sup>Pinch: Sormien pinsettiotteiden voimamittaukset; <sup>g</sup>WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

**Käden avokuntoutus.** Käden avokuntoutujien (n = 22) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia ja halvaantunut puoli) olivat 52 %:ssa yhteydessä käden avokuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 15). Tarkempi yksittäisten taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että kulunut aika AVH:n sairastamisesta oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin. Muilla taustatekijöillä ei ollut tilastollista yhteyttä kustannuksiin.

**Taulukko 15.** Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian ja halvauspuolen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22).

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
Ikä	0,09	0,694	
Sukupuoli	0,11	0,611	
AVH:n sairastamisaika	-0,64	0,005	
Etiologia	-0,01	0,958	
Halvauspuoli	0,31	0,133	
Kaikki muuttajat yhteensä	NA <sup>a</sup>	NA <sup>a</sup>	0,52

<sup>a</sup>NA = ei relevantti.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FSQ (kodin hoito) ja puristusvoima mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käden avokuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 16, s. 37). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja ympäristö), AMPS, WMFT, BBS, FAC, pinch, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 14).

**Taulukko 16.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
FSQ <sup>a</sup>			0,64
Kodin hoito	-0,39	0,038	
Puristusvoima <sup>b</sup>	-0,57	0,017	0,68

<sup>a</sup>FSQ: Functional Status Questionnaire; <sup>b</sup>Puristusvoima: käden puristusvoimamittaus Jamar-Saehan dynamomittarilla.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. FIM-mittarilla mitattu motorinen muutosarvo oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käden avokuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 17). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden FIM (kognitiivinen ja yhteensä), AMPS, WMFT, BBS, FAC, pinch, Puristusvoima, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13 osoittamat muutosarvot toimintakyvyssä ja elämänlaadussa eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin (liitetaulukko 15).

**Taulukko 17.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R <sup>2</sup>
FIM <sup>a</sup>			0,76
Motorinen muutosarvo	-0,83	0,004	
Motorinen alkuarvo	-0,20	0,351	

<sup>a</sup>FIM: Functional Independence Measurement.

## 6 POHDINTA

### Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa ja kansainvälisesti

FCG:n tekemän kyselyn tarkoitus oli selvittää lääkinällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa. Lisäksi haluttiin selvittää kuntoutuspotilaiden tietojen kirjaamiskäytännöt Suomessa. Kirjallisuushaulla ja sähköpostihaastattelulla tehtiin katsaus kansainväliseen kuntoutuksen luokitteluun. Katsauksella haluttiin selvittää, minkälaisia luokittelumalleja on jo kansainvälisesti käytössä ja onko niistä haettavissa Suomeen sopiva luokittelumalli.

Kyselyn vastauksia tuli tasaisesti erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja yksityiseltä puolelta, mutta kokonaisuudessaan vastausprosentti jäi matalaksi (37 %) huolimatta siitä, että vastausaikaa oli kolmen muistutuksen myötä yhteensä noin kolme kuukautta. Vastauksia ei näin ollen voida yleistää koskemaan koko terveydenhuoltoamme. Kysely antaa kuitenkin kuvan esimiesten ja käytännön näkemyksistä, jotka koskevat lääkinällisen kuntoutuksen luokittelua ja kirjausta osassa Suomen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisen puolen organisaatioita.

Kysely paljasti, että lääkinnällistä kuntoutusta saavasta potilaasta kirjataan osassa Suomen terveydenhuoltoa rutiininomaisesti toimintakykytieto, hoitomuoto ja toimenpiteet. Toimintakyky-, hoitomuoto- ja toimenpidetietoa kirjataan rutiininomaisesti enemmän perusterveydenhuollossa ja yksityisissä organisaatioissa kuin erikoissairaanhoidossa. Useimmiten ei kirjata Z-alkuisia diagnooseja lainkaan. Vain kolme organisaatiota 30:stä ilmoitti kirjaavansa niitä, yhtä vähän erikoissairaanhoidon ja yksityisissä organisaatioissa, perusterveydenhuollossa kukaan ei ilmoittanut kirjaavansa niitä. Osa kyselyyn vastaajista (40 %) ei reagoinut lainkaan kysymykseen Z-alkuisten diagnoosien käytöstä, jolloin on epäselvää, käytetäänkö niitä heidän organisaatioissaan vai ei. Vastamattomuus saattaa kertoa siitä, että useat terveydenhuollon ja kuntoutuspuolen ammattilaisista eivät ole tietoisia Z-alkuisista diagnooseista, minkä vuoksi ei ehkä osattu vastata kysymykseen. Jos kyse on tiedonpuutteesta, tätä voitaisiin parantaa esimerkiksi siten, että Tautien kirjaamisen ohjeistuksessa ja uudessa ICD-11-selaimessa olisi jo otsikkotasolla näkyvissä, että Z-alkuista diagnoosia (Z50.0–50.9) voidaan käyttää kuntoutujalla pää- tai sivudiagnoosina. Toisaalta reagoimattomuuteen saattaa syynä olla se, että organisaatioilla oli käytössään omia sisäisiä järjestelmiä luokituksiin. Osa perusterveydenhuollon organisaatioista ilmoitti käyttävänsä ICPC2-luokitusta sekä KUN- ja RA-alkuisia koodeja. Lisäksi organisaatioilla saattaa olla käytössään muitakin luokitteluja, kuten THL-toimenpideluokituksen R-luokat, jotka kaikki eivät vain käyneet ilmi kyselyssä. Selkeä kansallinen ohjeistus siis tuntuu puuttuvan ja kaivataan ohjeita siitä, mitä esimerkiksi näistä edellä mainituista tai muista koodeista/luokitteluista tulisi käyttää.

Kyselyyn vastanneista organisaatioista yksityisissä käytettiin enemmän ICF-luokitusta ja omia koodeja kuin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatioissa. Suomen kirjaaminen poikkeaa kansainvälisestä esimerkiksi siten, että useassa luokittelua kehittäneessä maassa toimintakyvyn kirjaamiseen käytetään FIM-mittaritietoa ja FIM-pisteytystä käytetään yhtenä lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun perusteena. Syynä eroon lienee se, että Suomessa FIM-mittarin käyttö ei ole niin yleistä kuin muissa luokittelua kehittäneissä maissa. Ruotsin mallista suomalainen kirjaaminen poikkeaa siten, että Ruotsissa päädiagnoosin lisäksi kirjataan koodit DV093 (Kuntoutussuunnitelman laatiminen) ja CV094 (Kuntoutussuunnitelman mukainen kuntoutus) ja toimintakyvyn kirjaaminen pohjautuu ICF-koodistoon toisin kuin Suomessa.

Kyselyyn vastanneista kaikki yksityiset organisaatiot olivat tyytyväisiä käytössä oleviin toimintakyvyn arviointimenetelmiinsä, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatioissa noin puolet oli tyytyväisiä. Toisaalta muutamat yksityiset organisaatiot ovat kuitenkin suunnitelleet ottavansa käyttöön jatkossa myös muunlaisia kuin nykyisin käytössä olevia toimintakyvyn arviointimenetelmiä. Vastauksessa saattaa näkyä se, että Kelan laitospotilasta tarjoavien yksityisten organisaatioiden täytyy seurata Kelan vaatimuksia tiettyjen arviointimenetelmien käytöstä kilpailutuksenkin vuoksi ja ne ovat sen vuoksi valmiita ottamaan useita muunlaisia arviointimenetelmiä käyttöön. Yksityiset organisaatiot näyttäisivät pystyvän eniten hyödyntämään toimintakykytietoa erillisenä tietona. Tämä johtuu siitä, että heillä näytti olevan käytössään erilaisia sovelluksia kuin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa on. Sama näkyy myös kuntoutuspotilaan tietojen kirjaamisessa tietojärjestelmiin. Kyselyyn vastanneiden yksityisten organisaatioiden tietojärjestelmät poikkeavat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tietojärjestelmistä lähes kokonaan.

Luokittelua oli jo tehty osassa organisaatioista ja kehitysehdotuksia sen edelleen parantamiseksi/onnistumiseksi annettiin. Kehitysehdotuksissa nostettiin esiin, että käsitteitä ja ohjeistuksia voisi yhtenäistää, toimintakykytietoa voisi tallentaa ICF-pohjaisesti, kuntoutusohjaajan laatimien potilastekstien hyödyntämistä voisi tehostaa ja KulasDW-tietovarastoa hyödyntää.

Lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan hoitojakso -käsitteen määritelmä vaihteli eri organisaatioissa. Osassa vastauksista näyttäisi olevan niin, että termit lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan hoitojakso ja kuntoutus/jatkokuntoutus ovat sekoittuneet toisiinsa. Määritelmät ja kirjaamiskäytännöt lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan hoitojakson alkamisesta ja loppumisesta vaihtelivat eri organisaatioissa. Kolmesta organisaatiotahosta (pth, esh ja yksityinen) yksityinen taho käytti eniten erilaisia kuntoutuspotilaan hoitojakson alku- ja loppuajankohdan määritelmiä. Tämä aiheutti sen, että systemaattinen ja luotettava valtakunnallinen kuntoutuspotilaiden tiedon keruu on tällä hetkellä suorastaan mahdotonta. Suomessa kuntoutuspotilaan hoitojakso -käsite olisi hyvä määritellä yksiselitteisesti, kuten osa vastanneista organisaatioista myös toi kehitysehdotuksena esiin. Ruotsissa koodit DV093 (Kuntoutussuunnitelman laatiminen) ja CV094 (Kuntoutussuunnitelman mukainen kuntoutus) liitetään potilaan kuntoutusvaiheeseen, joka tulee heti tai vähän ajan kuluttua hoitojaksosta. Ruotsissa esimerkiksi lonkkaleikkauksen jälkeinen mobilisaatio ei ole kuntoutusta, vaan se on osa lonkkaleikkausta ja kuuluu hoitojaksoon. Perusteluna on se, että lonkkaleikkauksen jälkeen kaikki operoidut tarvitsevat mobilisaatiota ja vain osa potilaista tarvitsee muuta kuntoutusta varsinaisessa kuntoutusvaiheessa.

Kirjaamiskäytäntöjen kehittämisehdotuksia pyydetessä vastauksia tuli kolmenlaisia. Osa oli kirjaamisen kehittämisen kannalla ja antoi myös siihen kehittämisehdotuksia, osa kritisoi nykykäytäntöä kertomalla vallitsevasta kirjaamistavasta ilman kehittämisehdotuksia ja osa ei pitänyt kirjaamiskäytäntöjen kehittämistä tarpeellisena, eikä näin ollen myöskään antanut kehittämisehdotuksia. Kirjaamiskäytäntöjen kehittämisen tarvetta viestitettiin kuitenkin selkeästi toisaalla kyselyssä, kun neljännes organisaatioista ilmoitti, ettei koe hyötyvänsä tietojärjestelmästäan raportoinnissa. Ongelmana tuolloin saattaa olla se, että kyseessä oleva tietojärjestelmä on epäsoveltuva lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan osalta organisaatiolle, tai osaltaan myös puutteellinen kirjaaminen. Puutteellisen kirjaamisen lisäksi saatetaan kirjata ehkä epäolennaisia asioita, joita ei kuitenkaan pystytä raportoinnissa hyödyntämään. Kun tämän hankkeen tuloksia esiteltiin DRG-johtoryhmäkokouksessa keväällä 2016, tuli suullisena palautteena erikoissairaanhoidon edustajilta se, että kyselyyn vastanneiden erikoissairaanhoidon organisaatioiden mainitsemien raporttisisältöjen lisäksi erikoissairaanhoidossa raportoidaan laajemminkin potilas- ja organisaatiokohtaisesti. Tämä tieto jäi tällä kertaa uupumaan tämän hankkeen tuloksista, sillä kyselyn vastausprosentti erikoissairaanhoidon osalta oli vain 30 % ja tulokset perustuvat näiden vastanneiden 9 erikoissairaanhoidon organisaation vastauksiin.

Kirjaamisen kehittämisehdotuksista osa oli osittain yhtäläisiä ehdotuksia muiden organisaatioiden kanssa ja osa joitakin yksittäisiä. Kehittämisehdotuksia oli mm. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) hyödyntäminen, potilaskäyntikirjauksessa on huomioitava, onko kyseessä sairaanhoito vai kuntoutus, kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen esim. ohjaavien järjestelmien kautta, toimintakykyluokituksen ja Z-diagnoosien käyttöönotto, Kanta-yhteensopivuuden huomioiminen, kuntoutusprosessin vai-

heiden raportoimisen kehittäminen, keskeisten arviointimenetelmien muuttaminen sähköiseen muotoon, hoitavan lääkärin pakottaminen ottamaan kantaa tietojärjestelmässä potilaan kuntoutustarpeeseen, asiakkaiden mukaanotto kirjaamiseen, kuntoutussuunnitelmista seuranta, Kuntaliitto tekemään kehittämistyötä ja selkiyttämällä kuntoutuksen suhteutuminen hoitotakuuseen. Nämä kirjaamisedotukset todennäköisesti kehittäisivät kuntoutuspotilaiden ym. potilaiden kirjaamista niin, että kuntoutuja- ja organisaatiokohtainen sekä valtakunnallinen raportointi monipuolistuisi. Osa kirjaamisedotuksista, eli selkeä ohjeistus siitä, mitä kirjataan, ja digitalisaation hyödyntäminen, parantaisi samalla myös lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan luokittelun mahdollisuutta.

Vastausten perusteella voidaan sanoa, että lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan luokittelu ja kirjaaminen oli hyvin vaihtelevaa kyselyyn vastanneissa organisaatioissa riippumatta siitä, onko kyseessä erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto tai yksityinen organisaatio. Nimenomaan luokittelu näyttäisi kaiken kaikkiaan olevan vieras asia monille vastanneille organisaatioille ja saattaa olla sitä myös muille kyselyn saaneille organisaatioille, jotka eivät ehkä siksi kyselyyn vastanneet lainkaan. Vaikka kysely pilotoitiin ja kysymyksiä tarkennettiin, kysymyksistä osa oli ehkä muotoiltu niin, että ne saattoi ymmärtää monella tapaa, mikä vaikeutti osaltaan vastaamista.

Osassa vastauksia voidaan havaita, että kyselyyn vastaaminen oli siirretty organisaatiossa muille kuin alkuperäiselle kyselyn saajalle ilman saatekirjettä. Tämä käy ilmi esimerkiksi ihmettelystä, kenelle kysely on tarkoitettu, vaikka kohderyhmä ja kyselyn tavoite oli saatekirjeessä ilmoitettu. Saatekirjeessä oli muutamalla sanalla avattu myös sitä, mitä tarkoittaa potilaiden luokittelu. Silti osa vastaajista näytti sekoittavan luokittelun päivittäiseen peruseräraportointiin. Osassa vastauksista puolestaan ei ollut nähty lääkinnällistä kuntoutusta ja sen luokitusta laajempina kokonaisuutena, vaan kysymyksiä oli tarkasteltu yksittäisen kuntoutujan ja usein pelkästään vain fysioterapian näkökulmasta.

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun ja kirjaamisen kehittämistä Suomessa kannattaa jatkaa. Pidemmän aikavälin tavoite olisi luoda lääkinnällisen kuntoutuksen kuvaamiseen toimiva potilasluokittelujärjestelmä, joka antaa lisätietoa kuntoutuksen kokonaisuudesta ja kustannuksista ja jota voitaisiin hyödyntää myös Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Kansainvälisesti lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitystyö näyttää yhä jatkuvan eli puutteita luokittelussa nähdään yhä.

## **Kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kuntoutuksen kustannuksiin**

Kelan geriatrisen kuntoutuksen osahankkeen tutkimuksen tarkoitus oli selvittää kävelyn ja käden kuntoutuksen kohdentaminen ja ajoitus iäkkäillä (65–85-vuotiaat) AVH:n sairastaneilla henkilöillä. Kelan tavoite oli sairaanhoitopiirien ja kuntien verkostoyhteistyön tiivistämisen lisäksi selvittää hankkeeseen valittujen mittareiden käyttökelpoisuus arviointiin ja raportointiin.

FCG:n päätarkoitus tässä tutkimuksessa oli tarkastella hankkeeseen valittujen mittareiden yhteyttä laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Lisäksi tarkasteltiin



AVH-kuntoutujien toimintakyvyn ja elämänlaadussa tapahtuneiden muutoksien yhteyttä laitos- ja avokuntoutuksesta aiheutuneiden kustannusten muutoksiin kävely- ja käsikuntoutuksessa.

Kuntoutujien taustatekijöiden ja mittaritiedon kokonaistarkastelussa voitiin havaita, että taustatekijöistä kuntoutusmuoto (laitos/avo), halvauspuoli (oikea/vasen) ja kulunut aika AVH:n sairastamisesta olivat merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin.

Mittaritiedon tarkastelussa havaittiin, että usealla hankkeessa käytetyllä mittaritiedolla oli yhteyttä kuntoutuksen kustannuksiin. Jos kuntoutujan alkutilanne oli alhainen, hän tarvitsi enemmän ulkopuolista apua, mikä nosti kustannuksia. Kuntoutujien alkutilanne vaikutti kuntoutuksen kustannuksiin enemmän kuin toimintakyvyssä ja elämänlaadussa tapahtuneet muutokset. Tämä tulos on yhteneväinen GeroCenterin tutkimuksen kanssa (Karttunen ym. 2014), jossa kävi ilmi, että kuntoutuksen aikana tapahtui pääasiassa vain vähäisiä muutoksia. Muutoksien vähäisyyden taustalla saattaa olla kuntoutujien useat lisäsairaudet, niiden progressiivinen eteneminen ja normaali ikääntymisen myötä tapahtuva toimintakyvyn lasku (Helin 2000). Kuntoutuksella pystyttiin kuitenkin vaikuttamaan positiivisesti toimintakyvyn laskuun siten, että keskimäärin kuntoutujien tulokset eivät laskeneet ja vähäisiä positiivisia muutoksiakin tapahtui (Karttunen ym. 2014). Tämä näkyy myös suhteessa kustannuksiin. Kustannukset olivat pienempiä niillä kuntoutujilla, joilla tapahtui voimakkaampaa muutosta parempaan. Tämä johtunee siitä, että tällaiset kuntoutujat ovat tarvinneet kuntoutusjakson loppupuolella vähemmän ulkopuolista apua kuin ne kuntoutujat, joilla muutosta parempaan tapahtui vähemmän.

Laitosmuotoisessa kävely- ja käsikuntoutuksessa kuntoutujien taustatekijät (ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli) yhdessä olivat vain vähäisessä yhteydessä kustannuksiin. Toimintakyvyllä ja elämänlaadulla alkutilanteessa (FIM, FSQ, AMPS ja WHO-QOL-BREF) oli yhteyttä kävely- ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Kävelykuntoutuksessa lisäksi alkutilanteella kävelynopeudessa 10 metrin matkalla ja kävelykestävyydessä 6 minuutin aikana mitattuna oli yhteyttä ja käsikuntoutuksessa BBS-, FAC- ja pinch-mittareilla alkutilanteessa oli yhteyttä kustannuksiin. Eli kun tutkittiin erikseen laitos- ja avokuntoutusta, merkitsevempiä tekijöitä kustannusten muodostumiseen olivat alkutilanteen toimintakyky ja elämänlaatu. Mitä heikommat toimintakyky ja elämänlaatu olivat, sen suuremmat olivat kustannukset. Toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset motorisissa taitopisteissä (AMPS) ja kymmenen metrin kävelyssä (10 m) olivat yhteydessä kävelykuntoutuksen kustannuksiin, ja käsikuntoutuksen muutostulokset hankkeessa käytetyillä mittareilla mitattuna eivät olleet yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin.

Avomuotoisessa kävelykuntoutuksessa kuntoutujien taustatekijät (ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli) yhdessä olivat vain vähäisessä yhteydessä kustannuksiin, käsikuntoutuksessa ne selittivät yhdessä noin puolet kustannuksista. FSQ-toimintakykymittarilla oli alkutilanteessa yhteyttä kävely- ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Kävelykuntoutuksessa lisäksi elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF ja käsikuntoutuksessa puristusvoimamittarilla oli merkitsevää yhteyttä kustannuksiin. Käsikuntoutuksessa FIM-mittarilla mitattu motorinen muutosarvo oli merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin, kävelykuntoutuksessa ei minkään hankkeessa käytetyn mittarin muutosarvo ollut yhteydessä kus-

tannuksiin. Eli avomuotoisessa kävelykuntoutuksessa taustatekijöistä merkitsevempiä tekijöitä kustannusten muodostumiseen olivat alkutilanteen toimintakyky ja elämänlaatu. Mitä heikompi toimintakyky ja elämänlaatu olivat, sen suuremmat olivat kustannukset. Avomuotoisessa käsikuntoutuksessa kustannusten muodostumiseen vaikuttivat tasapuolisemmin kuin laituskuntoutuksessa taustatekijät ja alkutilanteen toimintakyky ja elämänlaatu sekä kuntoutuksen aikana tapahtunut muutos motorisessa toimintakyvyssä (FIM).

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomessa ja kansainvälisesti ei ole pystytty kehittämään lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelumallia, joka olisi yhtenäinen organisaatioissa, jotka luokittelua tarvitsisivat. Suomessa kirjaamiskäytännöt näyttäisivät olevan niin kirjavat, ettei yhtenäistä mallia saada ennen kirjaamiskäytäntöjen muuttamista ja yhtenäistämistä. Kansainväliset luokittelumallit useissa maissa olivat FIM-pohjaisia. Ruotsissa oli aiemmin käytössä malli, joka perustui yhdistelmään FIM- ja ICF-koodeista. Sitten siellä on ollut käytössä ICF-pohjainen malli, jota NordDRG-kuntoutusasiantuntijat Suomessa pitävät lupaavana mallina myös Suomeen.

AVH-kuntoutuskustannusten kannalta edullista näyttäisi olevan se, että kuntoutus aloitettaisiin mahdollisimman pian akuuttivaiheen aikana (jos kuntoutujan kliininen tilanne sallii) tai heti sen jälkeen. Se voisi estää kuntoutujan toimintakyvyn ja elämänlaadun alentumista ja sen kautta vähentää kuntoutuksen kustannuksia.

## LÄHTEET

AN-SNAP Version 3. Wollongong: University of Wollongong, 2012. Saatavissa: <<http://www.ahsri.uow.edu.au/chsd/ansnap/index.html>>. Viitattu 7.9.2015.

AN-SNAP Version 4. Wollongong: University of Wollongong, 2015. Saatavissa: <<http://ahsri.uow.edu.au/chsd/an-snapversion4/index.html>>. Viitattu 7.9.2015.

Antonovsky A. Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiat 1961; 4: 561–571.

Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in the elderly. Preliminary development of an instrument. Phys Can 1989; 41: 304–311.

Eagar K, Gordon R, Hodgkinson A, Green J, Eagar L ym. The Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient Classification (AN-SNAP). Report of the National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Classification Study. Wollongong: University of Wollongong, 1997.

Fetter RB. Diagnosis related groups. Understanding hospital performance. Interfaces 1991; 21: 6–26.

Fisher AG. The assessment of IADL motor skills. An application of many-faceted Rasch analysis. *Am J Occup Ther* 1993; 77: 319–329.

Green J, Gordon R, Poulos C, Broadbent A. Report on the development of version 2 of the AN-SNAP classification. Wollongong: University of Wollongong, 2006.

Guyatt G, Sullivan M, Thompson P ym. The 6-minute walk. A new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. *Can Med Assoc J* 1985; 132: 919–923.

Hamilton BB, Granger CV, Sherwin FF, Zielezny M, Tashman JS. A uniform national data system for medical rehabilitation. Julkaisussa: Fuhrer M, toim. Rehabilitation outcomes. Analysis and measurement. Baltimore, MD: Brookes; 1987: 137–147.

Helin S. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä: University of Jyväskylä, Studies in Sport, Physical Education and Health 71, 2000.

Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR, Nathan J, Piehl-Baker L. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. *Phys Ther* 1984; 64: 35–40.

Jaakonsaari M, Karttunen A, Klemola L, Kokko P. Potilasluokittelujärjestelmä NordDRG ja kustannus-seuranta ikääntyneillä aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla kävelyn ja käden tehostetun käytön kuntoutuksen aikana. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 95, 2015.

Jette AM, Davies AR, Cleary PD ym. The Functional Status Questionnaire. Reliability and validity when used in primary care. *J Intern Med* 1986; 1: 143–149.

Karttunen A, Peurala S, Häkkinen A ym. Elämänlaadun ja toimintakyvyn muutokset ikääntyneillä aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla kävelyn ja käden tehostetun käytön kuntoutuksen aikana. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 87, 2014.

Kuntaliitto. Opas kuntoutuksen yhtenäiseen seuranta- ja arviointijärjestelmään. Sisältää FIM-toimintakykymittarin. Versio 5. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 1998.

Kurlowicz L, Greenberg SA. The Geriatric Depression Scale (GDS). *AJN* 2007; 107 (10): 67–68.

Madden R, Marshall R, Race S. ICF and casemix models for healthcare funding. Use of the WHO family of classifications to improve casemix. *Disabil Rehabil* 2013; 35 (13): 1074–1077.

Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation. The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 56–61.

Mason A, Ward P, Street A. England. The Healthcare Resource Group system. Julkaisussa: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, toim. Diagnosis related groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Buckingham, PA: Open University Press, 2011: 197–220.

Mathiowetz V, Kashman N, Volland G, ym. Grip and pinch strength. Normative data for adults. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66 (2): 69–74.

NordDRG Manual. Helsinki: NordCase. Saatavissa: <<http://www.nordcase.org/eng/materials/manuals>>. Viitattu 7.9.2015.

Office of population, censuses and surveys classification of surgical operations and procedures. 4th revision. London: Connecting for Health, 2006.

Raitasalo R. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86, 2007.

Sammons Preston Rolyan. Jamar adjustable hand dynamometer owner's manual. Grand Rapids, MI: Sammons Preston Rolyan, 2003.

Sirtori V, Corbetta D, Moja L, Gatti R. Constraint-induced movement therapy for upper extremities in stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 4: CD004433.

Stineman MG, Escarce JJ, Goin JE ym. A case-mix classification system for medical rehabilitation. *Med Care* 1994; 32: 366–379.

Turner-Stokes L, Sutch S, Dredge R, Eagar K. International casemix and funding models. Lessons for rehabilitation. *Clin Rehab* 2011; 26 (3): 195–208.

Vladeck BC, Kramer PS. Case mix measures. DRGs and alternatives. *Annu Rev Public Health* 1988; 9: 333–359.

Webster F. Development of a casemix classification system for inpatient rehabilitation services. Stage 1 of the Victorian Rehabilitation Project. *Aust Health Rev* 1996; 19: 81–92.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOLBref quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28 (3): 551–558.

World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision. Geneva: World Health Organization, 2007.

Wolf SL, Catlin PA, Ellis M ym. Assessing Wolf Motor Function Test as outcome measure for research in patients after stroke. *Stroke* 2001; 32: 1635–1639.

Zorowitz RD. Inpatient rehabilitation facilities under the prospective payment system. Lessons learned. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45: 259–263.

## LIITTEET

Liitteet ja liitetaulukot ovat erillisinä tiedostoina.

### Luettelo liitteistä

**Liite 1.** AVH-kuntoutujien mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

**Liite 2.** Organisaatioille lähetetty lääkinnällistä kuntoutusta saavan potilaan luokittelukysely.

**Liite 3.** Ruotsin kuntoutusluokitusmalli.

### Luettelo liitetaulukoista

**Liitetaulukko 1.** Kävely- ja käsikuntoutuksessa käytettyjen mittareiden korrelaatiot.

**Liitetaulukko 2.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja kuntoutusmuoto.

**Liitetaulukko 3.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli, kuntoutusmuoto ja alkutilanne.

**Liitetaulukko 4.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

**Liitetaulukko 5.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

**Liitetaulukko 6.** Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian, halvauspuolen ja kuntoutusmuodon yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 35).

**Liitetaulukko 7.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 35). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

**Liitetaulukko 8.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 35). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

**Liitetaulukko 9.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 107). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja kuntoutusmuoto.

**Liitetaulukko 10.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 107). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

**Liitetaulukko 11.** Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian ja halvauspuolen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 85).

**Liitetaulukko 12.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

**Liitetaulukko 13.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 85). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

**Liitetaulukko 14.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

**Liitetaulukko 15.** Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.