



Toimintakyvyn arviointi

ICF teoriasta käytäntöön

Toimittaneet

Jaana Paltamaa ja Pirkko Perttinen



Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2015

Toimittaneet Jaana Paltamaa ja Pirkko Perttinen

Toimintakyvyn arviointi

ICF teoriasta käytäntöön

Toimittajat

Jaana Paltamaa, TtT, erikoissuunnittelija
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Pirkko Perttinä, TtL, asiantuntija, projektipäällikkö
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-979-3 (nid.)

ISBN 978-951-669-980-9 (pdf)

ISSN-L 1238-5050

ISSN 1238-5050 (painettu)

ISSN 2323-7724 (verkkojulkaisu)

Juvenes Print
Tampere 2015

Tiivistelmä

Paltamaa J, Perttinen P, toim. **Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137, 2015. 139 s. ISBN 978-951-669-979-3 (nid.), 978-951-669-980-9 (pdf).

Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF) kuvaa, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. Suomessa muun muassa Kela suosittaa ICF:n käyttöä kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa. ICF julkaistiin vuonna 2001 ja käännettiin suomeksi vuonna 2004, mutta Suomessa sen käyttöön ottaminen on edennyt hitaasti. Tämän tutkimus- ja kehitysprojektin tarkoituksena oli edistää ICF:n juurtumista kliiniseen käyttöön. Tutkimuksessa arvioitiin ICF:n juurtumiseen liittyviä haasteita kolmessa kuntoutuskeskuksessa. Projektissa suomennettiin ICF eLearning Tool -itseopiskelumateriaali, joka tullaan sijoittamaan WHO:n kotisivuille. Tutkimuksen ensimmäisessä osassa selvitettiin kyselytutkimusten ja ryhmähaastattelujen avulla moniammatillisten kuntoutustiimien käsityksiä ICF:n käytöstä. Toisessa osassa selvitettiin COPM-haastattelun ja WHODAS 2.0 -kyselyn avulla selkäydinvammakuntoutujien kokemia toimintakyvyn haasteita ICF-viitekehityksessä. Lisäksi arvioitiin kuntoutusselosteiden sisällön muutoksia 10 vuoden aikana siltaamalla selosteiden sisältö ICF:ään ja vertaamalla tuloksia ICF:n selkäydinvamman ydinlistaan. Tulosten mukaan ICF tiedettiin nimenä, mutta se koettiin irrallisena tiimien ja organisaatioiden toiminnasta. Nykykäytäntöjen muuttaminen vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä sekä koko työyhteisön sitoutumista. Tarvitaan kaikki ammattihenkilöt tavoitettavaa koulutusta sekä yhteisöllistä oppimista organisaatioissa ja toimintaverkostoissa. ICF on laaja-alaista kuntoutujan tilanteen ja toimintakyvyn ymmärtämistä – aitoa kuntoutujalähtöistä työtä, joka koettiin hyödylliseksi ja tarpeelliseksi.

Avainsanat: ICF, toimintakyky, kuntoutus, moniammatillisuus, juurruttaminen

Sammandrag

Paltamaa J, Perttinä P, red. **Bedömning av funktionstillstånd. ICF från teori till praktik.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa, undersökningar 137, 2015. 139 s. ISBN 978-951-669-979-3 (hft.), 978-951-669-980-9 (pdf).

Världshälsoorganisationens (WHO) internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) beskriver hur sjukdom och handikapp inverkar på en persons liv. I Finland rekommenderar bland annat FPA användning av ICF i planeringen av rehabilitering, målsättning och bedömning av effekten. ICF publicerades 2001 och översattes till finska 2004, men i Finland har ibrukttagandet av klassifikationen framskridit långsamt. Syftet med detta forsknings- och utvecklingsprojekt har varit att främja etableringen av ICF inom kliniskt arbete. Inom studien bedömde man vid tre rehabiliteringscentra de utmaningar som påverkar etableringen av ICF. Inom ramen för projektet översattes ICF eLearning Tool-självstudiematerialet till finska och det kommer att finnas på WHO:s hemsida. I studiens första del utredde man med hjälp av enkätundersökningar och gruppintervjuer multidisciplinära rehabiliteringsteams uppfattningar om användningen av ICF. I den andra delen utredde man med hjälp av en COPM-intervju och WHODAS 2.0-enkät vilka utmaningar i fråga om funktionstillståndet rehabiliteringspatienter med ryggmärgsskada upplevt inom ICF-referensramen. Dessutom bedömde man hur innehållet i rehabiliteringsrapporter har förändrats under tio års tid genom att linka innehållet i rapporterna till ICF och jämföra resultaten med IFCs standardurval för ryggmärgsskada. Enligt resultaten känner man till begreppet ICF, men klassifikationen upplevs inte vara rotad i verksamheten av team och organisationer. Att ändra nuvarande praxis tar såväl tid som tålamod och kräver att hela arbetsgemenskapen engagerar sig. Det behövs utbildning som når hela yrkeskåren samt kollektiv inläring inom organisationer och verksamhetsnätverk. ICF betyder vittomfattande förståelse för rehabiliteringspatientens situation och funktionstillstånd – ett arbete som på ett genuint sätt sätter rehabiliteringspatienten i fokus, vilket upplevdes som meningsfullt och behövligt.

Nyckelord: ICF, funktionstillstånd, rehabilitering, multi-disciplinär, etablering

Abstract

Paltamaa J, Perttinen P, eds. **Assessment of functioning. The ICF from theory to practice.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 137, 2015. 139 pp. ISBN 978-951-669-979-3 (print), 978-951-669-980-9 (pdf).

The World Health Organisation's (WHO) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) encompasses the impact of illness and injury on the life of individuals. In Finland, Kela recommends the use of the ICF in rehabilitation for planning, setting goals and assessing effectiveness. The ICF was published in 2001 and translated into Finnish in 2004, but its implementation has been slow. This research and development project aimed to promote the implementation of the ICF in clinical use. The study assessed implementation-related challenges in three rehabilitation centres. During the project, ICF eLearning Tool self-study materials were translated into Finnish for the WHO website. In the first part of the study, the multi-professional rehabilitation team's conception of general utility of ICF was examined through surveys and group interviews. The second part investigated the functioning challenges of persons with spinal cord injuries through COPM interviews and WHODAS 2.0 questionnaires. The study also assessed changes in rehabilitation report content over 10 years by linking them to ICF and comparing the results to the ICF core sets for spinal cord injury. According to the results, people are familiar with the name ICF but experience it unrelated to team's work and organisation's operations. Changing current practices requires time, patience and commitment from the work community, along with training for all professionals, and communal learning within organisations and operational networks. ICF means an extensive understanding of the patient's situation and functionality – genuine patient-oriented work that is useful and necessary.

Key words: ICF, functioning, rehabilitation, multiprofessionality, implementation

ALKUSANAT

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF valmistui monikansallisena ja moniammatillisena yhteistyönä Maailman terveysjärjestössä WHO:ssa vuonna 2001. Suomennos saatiin käyttöön vuoden 2004 aikana. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kela ja ammattikorkeakoulut tekevät koulutusyhteistyötä ICF:n juurruttamiseksi suomalaisiin käytäntöihin.

ICF:n avulla luodaan kokonaisvaltainen kuvaus yksilön toimintakyvystä, sen muutoksista sekä niihin vaikuttavien tekijöiden vuorovaikutussuhteista. Sen avulla voidaan saada käsitys henkilön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden taustoista ja siitä, millä tavoin niihin voidaan vaikuttaa. ICF:n huomattava vahvuus on se, että sitä voidaan hyödyntää monilla ammattialoilla. ICF on monissa maissa ollut käytössä mm. kuntoutus- ja opetussuunnitelmien teossa, kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa sekä politiikoissa ja lainsäädännössä. Toimintakyky käsittää kehon toiminnot, rakenteet, yksilön suoritukset sekä osallistumisen yhteiskunnan ja oman elämän toimintoihin. ICF:n avulla toimintakyky ja toimintarajoitteet voidaan kuvata sellaisena kuin ne ovat: moniulotteisena, vuorovaikutuksellisena ja muuttavana tilana, joka koostuu lääketieteellisen terveydentilan sekä kontekstuaalisten yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. Henkilön osallistumista omaan elämäänsä voidaan näin tarkastella todellisissa arjen ympäristöissä.

Toimintakyvyn kuvaamisen avulla pyritään tunnistamaan yksilön ympäristön tai yksilöllisten toimintatyylien muutostarpeita, jotta yksilö voisi toteuttaa omia tavoitteitaan arjessaan ja ylläpitää työ-, opiskelu- ja toimintakykyään sekä vaikuttaa elämänhallintaansa. Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen on monen ammattilaisen yhteistyötä. Henkilön oma tai hänen edustajansa arviointi on olennainen osa kokonaisarviointia. Toimintakyvyn edistämistä koskevat tavoitteet asetetaan ja kirjataan yhteistyössä.

On välttämätöntä, että sähköisessä potilaskertomuksessa käytetään yhtenäisiä kansallisia rakenteita. Luotettavat ja yhdenmukaiset arviointimenetelmät ja yhtenevällä tavalla tehdyt toimintakyvyn kuvaukset ja kirjaaminen luovat edellytyksiä yhdenvertaisuudelle ja oikean suuntaisille johtopäätöksille.

ICF-luokituksen tunnettuuden edistäminen ja käytön vakiinnuttaminen on suuri ja laaja-alainen hanke. Kansallinen koulutus ja kansainvälinen yhteistyö on käynnistynyt ja ICF:n käyttö on lisääntynyt. ICF-luokitusta tuntevien moniammatillinen ja verkostoitunut joukko kasvaa koko ajan

Jyväskylän ammattikorkeakoulu on toiminut tässä verkostoyhteistyössä eturintamassa osoittaen vahvaa osaamista, sitoutuneisuutta, moniammatillisuutta ja innostunutta asennetta. *ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen: suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin* -projekti on koonnut ympärilleen monialaisen asiantuntijajoukon. Jyväskylän yliopisto ja kuntoutuskeskukset ovat tulleet aktiivisesti mukaan ICF-luokituksen käytön edistämisen arviointiin ja keskeiset yhteistyötahot ovat edustettuina ohjausryhmässä. Toimijat ansaitsevat sekä yhteisen kannustuksemme että kiitoksemme.

Jyväskylässä marraskuussa 2014

Tiina Suomela-Markkanen
Kela, Terveysosasto

Heli Mesiäinen
Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry

Leila Mäkelä
Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry
Finlands Ergoterapeutförbund rf

SISÄLTÖ

LYHENTEET	12
-----------------	----

JOHDANTO

Jaana Paltamaa ja Heidi Anttila

1 MAAILMAN TERVEYSJÄRJESTÖN TOIMINTAKYVYN, TOIMINTARAJOITTEIDEN JA TERVEYDEN KANSAINVÄLINEN LUOKITUS (ICF)...	15
1.1 Tausta.....	15
1.2 ICF:n rakenne	16
1.3 ICF:n käyttö.....	17
1.4 Lähteet	18

Jaana Paltamaa ja Pirkko Perttinen

2 ICF-PROJEKTIN (2012–2014) LÄHTÖKOHDAT, TAVOITTEET JA TOTEUTUS.....	20
2.1 Tausta.....	20
2.2 Tavoitteet.....	20
2.3 Toteutus.....	22
2.4 Kirjan rakenne.....	24
2.5 Lähteet	24

KÄSITYKSIÄ ICF:N KÄYTÖSTÄ

Suvi Rantakömi-Stansfield, Anna Valtamo, Arja Piirainen ja Tuulikki Sjögren

3 ICF:N JUURUTTAMINEN: JÄRJESTELMÄLLINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	29
3.1 Johdanto	29
3.2 Aineisto ja menetelmät	31
3.3 Tulokset.....	31
3.3.1 ICF-koulutuksen ja juurruttamisen vaikutuksia.....	33
3.3.2 ICF:n opiskeluun ja käyttöönottoon liittyviä käsityksiä ja kokemuksia.....	34
3.3.3 ICF:n luotettavuus ja soveltuvuus	35
3.4 Pohdinta	36
3.5 Yhteenveto.....	39
3.6 Lähteet	39

Anna Valtamo, Suvi Rantakömi-Stansfield, Tuulikki Sjögren ja Arja Piirainen

4 KUNTOUTUSKESKUSTEN MONIAMMATILLISTEN TYÖRYHMIEN KÄSITYKSIÄ ICF:STÄ.....	48
4.1 Johdanto.....	48
4.2 Aineisto ja menetelmät	49
4.3 Tulokset	49
4.3.1 Moniammatilliset työryhmät vierastavat ICF:n käyttöä (I).....	51

4.3.2	Haastavan ristiriitainen moniammatillisen yhteistyön väline (II)...	52
4.3.3	Ajatus ICF:stä kuntoutusyhteistyön toimintamallin kehittämisessä (III).....	52
4.4	Pohdinta	53
4.5	Yhteenveto.....	57
4.6	Lähteet	57

Tiina Lautamo ja Tiina Kuukkanen

5	TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMAT HAASTEET ICF:N JUURUTTAMISESSA	60
5.1	Johdanto.....	60
5.2	Aineisto ja menetelmät	63
5.2.1	Tutkimusmenetelmät.....	63
5.2.2	Toimenpiteet ICF-projektin aikana	63
5.2.3	Aineisto	64
5.2.4	Aineiston analyysi	65
5.3	Tulokset	66
5.3.1	Käyttäjään liittyviä tekijöitä.....	67
5.3.2	Työyhteisöön liittyviä tekijöitä	69
5.3.3	Juurutettavaan menetelmään liittyvät tekijät.....	70
5.3.4	Koulutukseen liittyvät tekijät.....	72
5.4	Pohdinta	72
5.5	Yhteenveto.....	77
5.6	Lähteet.....	77

ICF SELKÄYDINVAMMAISTEN KUNTOUTUKSESSA

Mari Kantanen, Eija Ahoniemi, Leena Mattila ja Katariina Murtonen

6	SELKÄYDINVAURIO	81
6.1	Tapaturmainen selkäytimen vaurio.....	81
6.2	Selkäydinvaurio vaikuttaa päivittäisten tehtävien suorittamiseen sekä osallistumiseen elämän eri alueilla	82
6.3	Vapaa-ajan toimet ja osallistuminen	83
6.4	Lähteet	83

Mari Kantanen, Leena Mattila, Katariina Murtonen ja Vilma Haapalo

7	SELKÄYDINVAMMAKUNTOUTUJAN MERKITYKSELLISET ARJEN HAASTEET ICF:N AVULLA TARKASTELTUNA	86
7.1	Johdanto.....	86
7.2	Aineisto ja menetelmät	86
7.2.1	Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	88
7.2.2	Aineiston analysointi	89
7.3	Tulokset	89
7.4	Pohdinta	92
7.5	Yhteenveto.....	94
7.6	Lähteet.....	94

Mari Kantanen, Vilma Haapalo, Sepideh Asadpoor ja Jaana Paltamaa

8 WHODAS 2.0 SELKÄYDINVAMMAISEN KUNTOUTUJAN OSALLISTUMISEN ITSEARVIOINNISSA	96
8.1 Johdanto.....	96
8.2 Aineisto ja menetelmät	97
8.2.1 Menetelmä.....	97
8.2.2 Aineiston analyysi	98
8.3 Tulokset	98
8.4 Pohdinta	102
8.5 Yhteenveto.....	104
8.6 Lähteet.....	104

Jaana Paltamaa

9 TOIMINTAKYVYN KUVAUS KUNTOUTUSSELOSTEISSA VUOSINA 2002–2003 JA 2013 ICF:N MUKAAN TARKASTELTUNA	107
9.1 Johdanto.....	107
9.2 Aineisto ja menetelmät	109
9.2.1 Tutkimusmenetelmät.....	109
9.2.2 Aineisto	110
9.2.3 Aineiston analyysi	111
9.3 Tulokset	112
9.3.1 Kuntoutusselosteiden muutokset selkäydinvamman ICF-ydinlistaan verrattuna.....	112
9.3.2 Kirjausten lukumäärän muuttuminen kymmenen vuoden aikana.....	114
9.3.3 Kuntoutusselosteiden sisällöt terveydentilan ja yksilötekijöiden mukaan	115
9.3.4 Selkäydinvammakuntoutujien tyypillisimmät toimintarajoitteet sekä rajoittavat tai edistävät ympäristötekijät vuonna 2013	117
9.4 Pohdinta	118
9.5 Yhteenveto.....	122
9.6 Lähteet	122

SUOSITUKSET JA KOMMENTIT

Mari Kantanen, Tiina Kuukkanen, Tiina Lautamo, Jaana Paltamaa, Pirkko Perttinen, Arja Piirainen ja Tuulikki Sjögren

10 TEORIASTA KÄYTÄNTÖÖN – SUOSITUKSET	127
10.1 Asiakaslähtöisyys	127
10.2 Moniammatillisuus.....	127
10.3 Toimintakyvyn arviointi ja mittarit.....	127
10.4 ICF:n juurtuminen.....	128
10.4.1 Työyhteisö	128
10.4.2 Työntekijä	128

10.4.3 Koulutus.....	129
10.4.4 Tutkimukselliset haasteet	129
10.5 Projektin tarjoamat menetelmät ICF:n käyttöönottoon	130
10.5.1 ICF eLearning Tool.....	130
10.5.2 WHODAS 2.0	130
10.5.3 TOIMIA-selkäydinvammasuosituksen päivitys.....	130
Leena Alajoki-Nyholm, Eeva-Maija Hokkinen, Teija Hurttu, Kirsi Lukka-Aro, Päivi Ryymin, Eeva-Liisa Saari ja Riitta Saksanen	
11 Kommenttipuheenvuoro: ICF-LUOKITUKSEN JUURUTTAMINEN LÄÄKINNÄLLISEEN KUNTOUTUKSEEN KUNTOUTUSKESKUKSISSA.....	131
Stina Sjöblom	
12 Kommenttipuheenvuoro: NÄKÖKULMIA ICF:N KÄYTÖSTÄ JA SOVELTAMISESTA SOSIAALITYÖSSÄ.....	134
KIRJOITTAJAT	138

LYHENTEET

AIS	ASIA Impairment Scale
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
ICD	Tautiluokitus (International Classification of Diseases)
ICF	Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health)
SD	Keskihajonta (standard deviation)
WHO	Maailman terveysjärjestö (World Health Organization)
WHODAS	WHO Disability Assessment Schedule
WHO-FIC	WHO Family of International Classifications

JOHDANTO

1 MAAILMAN TERVEYSJÄRJESTÖN TOIMINTAKYVYN, TOIMINTARAJOITTEIDEN JA TERVEYDEN KANSAINVÄLINEN LUOKITUS (ICF)

Jaana Paltamaa ja Heidi Anttila

1.1 Tausta

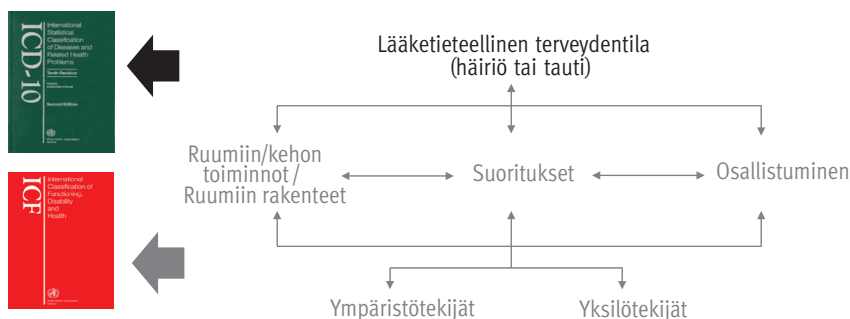
ICF on Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health). WHO julkaisi ICF:n vuonna 2001 (WHO 2001), ja se käännettiin suomeksi vuonna 2004 (ICF 2004).

ICF on WHO:n luokitusperheeseen kuuluva ajanmukainen toimintakyvyn luokitus tautiluokituksen (International Classification of Diseases, ICD) rinnalle (kuvio 1). Kun tautiluokituksen avulla kuvataan sairaus tai terveydentila, ICF kuvaa, miten sairauden ja vamman sekä kontekstuaalisten tekijöiden yhteisvaikutukset näkyvät ihmisen arjessa ja elämässä. Toimintakyvyllä tarkoitetaan laajaa ja kokonaisvaltaista näkemystä ihmisen selviytymisestä hänelle tärkeistä arjen toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää ja toimii. (WHO 2001.)

ICF pohjautuu vuonna 1980 julkaistuun sairauden seurauksien malliin (ICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), jota uudistettiin laajassa kansainvälisessä yhteistyössä yli seitsemän vuoden ajan. ICIDH-luokituksen kieli oli vammaisia ja toimintarajoitteisia ihmisiä leimaavaa ja negatiivista, eikä se ottanut huomioon ympäristö- ja yksilötekijöitä (THL 2014). ICF on terveyden osatekijöiden luokitus, kieleltään neutraali ja pidättäytyy ottamasta kantaa sairauden syihin. (WHO 2001.)

ICF on yleiskäyttöinen ja monitahoinen yhdistäen lääketieteellisen ja yhteiskunnallisen näkökulman toimintakykyyn. Toimintakykyä voidaan kuvata henkilön paikkana tietyllä hetkellä jatkumolla täysi toimintarajoite – täysi toimintakyky. Näin ollen ICF ei koske vain henkilöitä, joilla on toimintarajoitteita. Se auttaa myös jäsentämään tietoa toimintakykyyn liittyvistä ympäristön esteistä ja mahdollisuuksista.

Kuvio 1. Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainvälisen luokitusperheen toimintakyvyluokitus (ICF) ja tautiluokitus (ICD) sekä toimintakyvyn osa-alueet ja niiden vuorovaikutussuhteet.



Siten ICF ohjeistaa moniammatillista työnjakoa toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden arvioinnissa ja luo yhteisen lähtökohdan ja kielen asiakaslähtöiseen kokonaisvaltaiseen arviointiin, suunnitteluun ja kuntoutukseen. (WHO 2001.)

1.2 ICF:n rakenne

ICF on monitasoinen lähestymistapa, jonka avulla voidaan kuvata tilanteita ihmisen toimintakyvyn ja sen rajoitteiden näkökulmasta. Samalla se on luokitus, jonka avulla tämä tieto on järjestetty. ICF:n rakenteen tunteminen on välttämätöntä kokonaisuuden ymmärtämiseksi ja ICF:n käytön mahdollistamiseksi (taulukko 1).

Osan 1 (Toimintakyky ja toimintarajoitteet) osa-alueiden sisältämiä luokituksia voidaan käyttää kahdella tavalla. Toisaalta niillä voidaan kuvata ongelmia (esim. ruumiin/kehon toimintojen tai ruumiin rakenteiden vajavuus, suoritusrajoite ja osallistumisrajoite), joiden yhteinen yläkäsite on *toimintarajoitteet* (engl. *disability*); toisaalta ne osoittavat toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvän toiminnallisen tilan ongelmattomia (neutraaleja) piirteitä, joiden yhteinen yläkäsite on *toimintakyky* (engl. *functioning*). ICF:ssä toimintakyky ja toimintarajoitteet ymmärretään moniulotteiseksi, vuorovaikutukselliseksi ja dynaamiseksi tilaksi, joka koostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta (kuvio 1). (ICF 2004.)

Ympäristötekijät voivat joko edistää tai vaikeuttaa toimintakykyä (ICF 2004). Toimintakykyä rajoittavat esimerkiksi

- palvelujen saannin vaikeus
- läheisten tai työnantajien kielteiset asenteet
- puuttuva tuki
- sopimattomat tai epäkäytännölliset tuotteet ja teknologiat.

Taulukko 1. ICF:n rakenne.

Osa	Osa-alue	Määritelmä
1. Toimintakyky ja toimintarajoitteet	Suoritukset ja osallistuminen	Suoritus on tehtävä tai toimi, jonka yksilö toteuttaa. Se edustaa toimintakyvyn yksilölähtöistä näkökulmaa. Osallistuminen on osallisuutta elämän tilanteisiin. Se edustaa toimintakyvyn yhteisöllistä näkökulmaa.
	Ruumiin/kehon toiminnot	Elinjärjestelmien fysiologiset toiminnot (joihin luetaan myös psykologiset toiminnot).
	Ruumiin rakenteet	Ruumiin anatomiset osat, kuten elimet, raajat ja niiden rakenteet.
2. Kontekstuaaliset tekijät	Ympäristötekijät	Fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Nämä tekijät ovat yksilön ulkopuolella.
	Yksilötekijät	Muodostavat yksilön elämän ja elämisen tietyn taustan, joka ei kuulu yksilön lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan (mm. sukupuoli, ikä, elämäntavat, luonteenomaiset käytöspiirteet)

Sen sijaan esimerkiksi esteettömäksi rakennettu ympäristö edistää toimintaa. Kaikki nämä asiat ovat luokitettavissa ja numeerisesti arvioitavissa ICF-luokituksen avulla. ICF tarjoa systemaattisen tavan kuvata toimintarajoitteisiin vaikuttavaa ympäristöä, jossa henkilö elää ja toimii, ja se tulisi ottaa aina huomioon henkilön toimintakyvyn kuvauksessa. (THL 2014.)

Yksilötekijät saattavat vaikuttaa toimintarajoitteisiin niiden kaikilla tasoilla (WHO 2001). Yksilötekijöitä on otettu huomioon ICF-viitekehyksessä, mutta niitä ei ole vielä luokiteltu suurten kulttuuristen ja yksilöllisten vaihtelujen vuoksi. Yksilötekijät voidaan kuvata narratiivisesti osana toimintakyvyn kuvausta. (THL 2014.)

ICF:ssä kukin osa-alue sisältää *pääluokat* ja niiden sisällä olevat *kuvauskohteet*, joissa ilmaistaan kuvauskohteen yksityiskohtaisuus (kaksi-, kolme- tai neliportaisesti). Kuvauskohteet sisältävät lyhyen määritelmän sekä mahdolliset maininnat kuvauskohteen piiriin sisältyvistä ja ei-sisältyvistä termeistä. ICF on hierarkkinen luokitus. Tämä tarkoittaa sitä, että tieto, joka on koodattu tarkemmalla alatasolla, säilyttää merkityksensä siirryttäessä ylätasolle. Seurattaessa luokituksen haaroja alaspäin voidaan päästä hyvin yleisestä toimintakyvyn kuvauksesta hyvin yksityiskohtaiseen toimintakyvyn aspektien kuvaukseen. (ICF 2004.)

ICF-koodi muodostuu osa-alueen *kirjaintunnuksesta* (*b*, ruumiin/kehon toiminnot; *s*, ruumiin rakenteet; *d*, suoritukset ja osallistuminen tai *e*, ympäristötekijät) ja sitä seuraavasta eri kuvauskohteiden *numerotunnuksesta* sekä *tarkenteesta*. Jos ICF:ää käytetään yksiportaisesti eli pääluokkatasolla, enimmäismäärä ICF-koodeja on 34. Kaksiportaisessa luokituksessa (kirjankoodi ja kolme numeroa) enimmäismäärä on 362 ICF-koodia. Yksityiskohtaisessa (3–4 tason) luokituksessa käytettävissä on 1 424 ICF-koodia. (ICF 2004.)

Tarkenteet ovat numeroita, jotka ilmaisevat terveyden tasoa tai kyseessä olevan ongelman vakavuutta. Tarkenteiden avulla ilmaistaan

- vajavuuden sijaintia, määrää tai luonnetta (kehon rakenteissa, *s*)
- vajavuuden suuruutta (kehon toiminnoissa, *b*)
- suorituskykyä ja -tasoa (suorituksissa ja osallistumisessa, *d*)
- edistävää tai rajoittavaa tekijää (ympäristötekijöissä, *e*). (ICF 2004.)

1.3 ICF:n käyttö

Koska ICF on neutraali ja rakenteinen toimintakyvyn kuvaustapa, sitä voidaan hyödyntää käytännön työssä yhteisenä kielenä eri ammattialoilla: toimintakyvyn ymmärtämisessä ja jäsentämisessä, toimintakyvyn kuvaamisessa ja mittaamisessa, arvioinnin muistilistana sekä rakenteisessa kirjaamisessa, sähköisessä terveys- ja hoitosuunnitelmassa, kuntoutus-, palvelu- ja opetussuunnitelmissa sekä erilaisissa lausunnoissa. Lisäksi sitä voi käyttää palvelujen ja tukijärjestelmien suunnittelun ja hallinnon tukena, väestökyselyissä, tilastoinnissa, oppimisessa ja kouluissa, sosiaali-

ja terveystaloudessa sekä vammaisten henkilöiden voimaantumisen ja oikeuksien ajamisessa. (How to use ICF 2013; THL 2014.)

ICF:n avulla voidaan saada yksilöllinen ja laaja-alainen kuvaus yksilön toimintakyvystä ja seurata siinä tapahtuvia muutoksia (WHO 2001). Toimintakyvyn arvioinnissa tietoa selvitetään joko primaarilähteistä (asiakkaalta itseltään) tai sekundaarisista lähteistä (asiakasdokumentoinnista, tilastoista). Toimintakyvytietoa voidaan kerätä asiakkaan itsearviointilla tai ammattihenkilöiden tekemillä haastatteluilla, havainnoinnilla ja erilaisilla testeillä tai mittareilla (THL 2014). ICF Research Branch on kehittänyt erilaisia työkaluja, muun muassa sairauskohtaisia ydinlistoja (*core set*), ICF-arviointilomakkeen ja sähköisen kuvauslomakkeen (ICF eDocumentation form)¹ edistämään ICF:n käyttöä kuntoutusprosessin eri vaiheissa (ICF Research Branch 2014).

ICF ohjaa kuntoutuksen sisällön suunnittelua ja kohdentamista. Aina ei voida palauttaa yksilön suorituskykyä, mutta erilaisin toimenpitein voidaan parantaa suoritustasoa eli mahdollistaa hänen osallistumisensa koulutukseen, työhön tai muuhun yhteiskunnalliseen elämään. ICF on laaja käsitteistö, joka soveltuu käytettäväksi hyvin erilaisissa tilanteissa niin sairastumisen tai vammautumisen akuuttivaiheessa kuin vakiintuneessakin vaiheessa. Akuuttivaiheessa painottuvat arviointikohteet ruumiin/kehon toimintoihin (b) ja ruumiin rakenteisiin (s), kun taas myöhemmässä vaiheessa korostuvat suoritukset ja osallistuminen (d) ja yksilön lähiympäristöön ja palvelujärjestelmiin liittyvät ympäristötekijät (e) sekä yksilötekijät (pf), kuten yksilön oma suuntautuneisuus ja tavoitteet. Kuntoutuksen oikea ajoittaminen ja kohdentaminen ovat tärkeitä tuloksellisuuden kannalta, ja ICF auttaa tässä työssä. (Rauch ym. 2008; How to use ICF 2013.)

Suomenkielistä koulutusta ja materiaalia ICF:n käytöstä on ollut toistaiseksi vähän. Kuitenkin tilanne on muuttumassa THL:n verkkosivujen (THL 2014), Kelan, THL:n ja ammattikorkeakoulujen järjestämien kaksipäiväisten ICF-koulutusten ja suomenkielisten koulutus- ja itseopiskelumateriaalien myötä. Lisäksi kaikille avoimessa ICF-verkostossa voidaan vapaasti käydä keskustelua ja jakaa materiaalia (Innokylä 2014).

1.4 Lähteet

How to use the ICF. A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO, 2013. Saatavissa: <<http://www.who.int/entity/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>>. Viitattu 26.3.2014.

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

¹ Ks. <http://www.icf-core-sets.org>.

ICF Research Branch. 2014. Saatavissa: <<http://www.icf-research-branch.org>>. Viitattu 26.3.2014.

Innokylä. ICF-verkosto. Saatavissa: <<https://www.innokyla.fi/web/verkosto567246/etusivu>>. Viitattu 30.3.2014.

Rauch A, Cieza A, Stucki G, Melvin J. How to apply the ICF for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44: 329–342.

THL. ICF-luokitus ja toimintakyky. Helsinki: THL, 2014. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/icf>>. Viitattu 26.3.2014.

WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2001. Saatavissa: <<http://www.who.int/classifications/icf/en>>. Päivitetty 2013. Viitattu 26.3.2014.

2 ICF-PROJEKTIN (2012–2014) LÄHTÖKOHDAT, TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Jaana Paltamaa ja Pirkko Perttinen

2.1 Tausta

Maaailman terveysjärjestön (WHO) Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus (ICF) suomennettiin vuonna 2004, mutta sen tunnettuus ja käyttöönotto kuntoutustyössä ovat edenneet hitaasti. Suomessa mm. Kelan standardit² ja vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishanke (Paltamaa ym. 2011) suosittavat ICF:n käyttöä.

Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen (VAKE-hanke) tulosten mukaan ICF oli suurimmalle osalle Kelan palveluntuottajista pääpiirteissään tuttu, mutta vain harvat palveluntuottajat hyödynsivät sitä käytännön työssään. VAKE-hankkeen suosituksissa korostetaan, että kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa on noudatettava ICF-viitekehystä ja ICF:n käyttöön liittyvää koulutusta on lisättävä sekä kuntoutusta suunnitteleville että sitä toteuttaville tahoille. (Paltamaa ym. 2011.)

ICF:n käytön lisääminen on tärkeää, jotta kuntoutujan toimintaan ja osallistumiseen vaikuttavat tekijät huomioidaan laaja-alaisesti kuntoutusprosessin eri vaiheissa. ICF:n avulla voidaan saada yksilöllinen ja laaja-alainen kuvaus yksilön toimintakyvystä ja seurata siinä tapahtuvia muutoksia (Steiner ym. 2002). Koska ICF on neutraali ja rakenteinen kuvaustapa, sitä voidaan hyödyntää yhteisenä kielenä eri ammattialoilla muun muassa dokumentoinnissa. Samalla se ohjaa laajentamaan kuntoutuksellisia toimenpiteitä yksilöön keskittyvästä terapiasta myös fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. (THL 2014.)

ICF-koulutusmateriaalia ja ICF:n käyttöönoton mahdollistamiseksi ja helpottamiseksi kehitettyjä työkaluja ei ollut saatavilla suomeksi projektin suunnitteluvaiheessa vuosina 2011–2012. Rajoituksena ICF-luokitukseen perustuvien työkalujen käytölle on pidetty muun muassa kirjaamisen viemää aikaa ja kuvauskohteisiin kohdistuvien standardisoitujen mittareiden puutetta (Rauch ym. 2008). Koulutus koettiin tarpeelliseksi, sillä Jyväskylän ammattikorkeakoulun (JAMK) järjestämiin moniammatillisiin ICF-koulutuksiin osallistuneista (n = 98) lähes kaikki vastanneet (92 %) olivat sitä mieltä, että ICF:n käyttöönotto omassa työssä edellyttää koulutusta. (Paltamaa 2013.)

2.2 Tavoitteet

Tämän tutkimus- ja kehitysprojektin tavoite oli edistää ICF:n juurtumista kliiniseen käyttöön tutkimalla ICF:n juurtumiseen liittyviä haasteita sekä luomalla menetelmiä käyttöönoton helpottamiseksi. *Juurruttaminen* määriteltiin avaintoimijoiden

2 Ks. http://www.kela.fi/standardit_hyvakasytyt-standardit.

väliseksi vuorovaikutteiseksi oppimisprosessiksi, jossa painopiste on yhteiskunnallisissa verkostoissa (Kivisaari ym. 1999) ja jossa uuden toimintatavan tuottaminen ja käyttöönotto tapahtuvat samanaikaisesti (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21). Se voidaan kuvata kehänä, jossa sekä kehittämisen kohde että kehittämiseen osallistuva verkosto muuttuvat jatkuvasti. Juurruttamisen onnistumiseen liittyy useita muun muassa menetelmään, koulutukseen, käyttäjään ja käyttäjän työyhteisöön liittyviä tekijöitä.

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata käsityksiä ICF:n käytöstä ja arvioida ICF:n juurtumiseen liittyviä haasteita käyttäen esimerkkinä selkäydinvammakuntoutujan laitostuntoutusta. Suomessa selkäydinvammaisen (syv) kuntoutuspolku on selkeämpi kuin useimmissa muissa diagnooseissa. Lisäksi selkäydinvammaisille on tehty ICF-ydinlista (Rauch 2012) ja kehitetty kansainvälisesti ICF:ään perustuvia työvälineitä (Swiss Paraplegic Research ... 2007). Tässä tutkimuksessa ICF:ää käytettiin viitekehystenä (ei koodausjärjestelmänä).

Keskeinen osa menetelmien kehittämistä oli ICF eLearning Tool -itseopiskelumateriaalin suomentaminen WHO:n ICF Research Branchin englanninkielisen sivuston pohjalta. Käännössopimuksen ja projektin aloittamisen jälkeen vuonna 2012 WHO päätti aloittaa ICF eLearning Toolin päivityksen, mikä viivästytti suomenkielisen materiaalin valmistumista. Alkuperäinen ICF eLearning Tool on saatavissa ICF Research Branchin kotisivuilla³, mutta sen päivityksen takia itseopiskelumateriaalin pilotoinnissa jouduttiin käyttämään luonnosversiota (v2 23.5.2013). Projektissa kehitettiin myös ICF:n käyttöönottoa tukevia arviointimenetelmiä aloittamalla WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän kääntäminen ja tekemällä selkäydinvammakuntoutujilla käytettävien mittareiden arviointia.

Tutkimuksen osatavoitteina oli

1. selvittää, mitä ICF:n käyttöönoton siirtoprosessia edistäviä ja estäviä tekijöitä projektin aikana ilmenee huomioiden työntekijöihin, työyhteisöön ja ICF-itseopiskelumateriaaliin liittyvät tekijät
2. selvittää, miten ICF:n käyttöönotto vaikuttaa selkäydinvammakuntoutuksen käytäntöihin
 - a) mitkä ovat työntekijöiden kokemat hyödyt ja/tai haitat ICF:n käyttöönotosta
 - b) miten ICF on vaikuttanut laadittujen kuntoutusselosteiden sisältöön
3. selvittää selkäydinvammakuntoutujille merkitykselliset haasteet päivittäisessä elämässä ICF:n avulla tarkasteltuna käyttäen
 - a) COPM-haastattelua
 - b) WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen itse täytettävää versiota
4. selvittää, miten käytössä olevat toimintakyvyn arviointimenetelmät riittävät toimintakyvyn kuvaamiseen ICF:n viitekehyksessä sekä täydentää selkäydinvammaisten TOIMIA-tietokannan suositusta laatimalla mittariarviointeja.

3 Ks. <http://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool>.

2.3 Toteutus

Tutkimus- ja kehitysprojekti *ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen* (ICF-projekti) toteutettiin ajalla 1.8.2012–31.3.2014. Projektia hallinnoi Jyväskylän ammattikorkeakoulun (JAMK) Hyvinvointiyksikkö.

Projekti toteutettiin laajassa yhteistyössä JAMK:n, Kansaneläkelaitoksen (Kela), Jyväskylän yliopiston, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja kolmen selkäydinvammaisia hoitavan kuntoutuskeskuksen (Kankaanpää, Käpylä ja Peurunka) kesken. Hankkeessa tehtiin myös kansallista (THL:n TOIMIA-hanke) ja kansainvälistä (WHO, ICF Research Branch, WHO Nordic Centre ja Swiss Paraplegic Centre) yhteistyötä.

Projektille nimettiin ohjausryhmä (taulukko 2), johon jokainen hankkeeseen osallistuva ja sitä rahoittava taho nimesi jäsenen ja varajäsenen. Lisäksi ohjausryhmään kutsuttiin työelämän edustajia keskeisiltä selkäydinvammaisia hoitavilta tahoilta (erikoissairaanhoido ja vakuutuslaitos). Tutkimuksen toteuttaneen projektiryhmän

Taulukko 2. ICF-projektin ohjausryhmä.

Organisaatio	Varsinainen jäsen	Varajäsen
JAMK	Jaana Paltamaa, erikoissuunnittelija	Kare Norvapalo, TKI-päällikkö
Kansaneläkelaitos	Tiina Suomela-Markkanen, asiantuntijalääkäri	Riikka Peltonen, suunnittelija
Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry	Riitta Partia, kehittämisasiantuntija	Maarit Keskinen, puheenjohtaja, 1.1.2013 lähtien Heli Mesiäinen, puheenjohtaja
Suomen Toimintaterapeutiliitto ry	Jasu Forss (os. Miettunen), projektivastaava	Leila Mäkelä, toiminnanjohtaja
Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos	Tuulikki Sjögren, yliopistonlehtori	Arja Häkkinen, professori
Kuntoutumis- ja liikuntasäätiö Peurunka	Mika Pekkonen, ylilääkäri	Teija Hurtta, asiakkuuspäällikkö
Kuntoutuskeskus Kankaanpää	Eeva-Leena Rasimus, johtava lääkäri, 31.7.2013 asti, 1.8.2013 lähtien Anne Pinola, johtava lääkäri	Riitta Korte-Mäkiranta, palvelupäällikkö
Invalidiliiton Käpylään kuntoutuskeskus	Eija Ahoniemi, hallintoylilääkäri / Käpylä (22.7.2013 lähtien fysiatrian erikoislääkäri / HUS)	Ari Vikeväinen, fysiatri
THL	Anu Muuri, kehittämisspäällikkö	-
Keski-Suomen keskussairaala	Satu Auvinen, ylilääkäri	Marja Arkela, osastonhoitaja
Pohjola Vakuutus Oy	Anne Lamminpää, ylilääkäri	-

muodostivat Jyväskylän AMK:n, Jyväskylän yliopiston ja THL:n tutkijat yhdessä kuntoutuskeskusten vastuuhenkilöiden kanssa (taulukko 3). Lisäksi tutkimuksen toteutukseen osallistuivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun yliopettaja Tiina Lautamo ja lehtori Tiina Kuukkanen sekä Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen yliopistonlehtori Arja Piirainen.

Haluamme kiittää kaikkia edellä mainittuja projektin toteutukseen osallistuneita sekä myös JAMKin Hyvinvointiyksikön ja Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen opiskelijoita:

- Jyväskylän yliopisto: Piritta Poutiainen, Suvi Rantakömi-Stansfield ja Anna Valtamo
- JAMKin Hyvinvointiyksikkö: Sepideh Asadpoor, Minna Haapalo, Sanna Hakala, Juho-Matti Keskitalo, Mira Kolehmainen, Eveliina Lojas, Leena Mattila, Katariina Murtonen, Eveliina Pärssinen, Eeva Ruotsila, Paula Muranen, Sanni-Mari Sarajärvi, Heidi Seppä, Hilkka Tuovinen ja Veera Viita.

Tutkimus on tehty noudattaen tutkimuseettisiä periaatteita. Haastattelututkimuksiin haettiin eettisen toimikunnan lausunto. Selkäydinvammakuntoutujille tehtyyn haastattelututkimukseen (luvut 7 ja 8) saatiin puoltava lausunto Kelan tutkimusosaston eettiseltä toimikunnalta 12.12.2012. Kuntoutuskeskusten moniammatillisten tiimien haastattelututkimukselle (luku 4) saatiin puoltava lausunto Jyväskylän yliopiston eettiseltä toimikunnalta 12.3.2013.

Taulukko 3. ICF-projektin projektiryhmä.

Organisaatio	Jäsen
JAMK Hyvinvointiyksikkö	Pirkko Perttinä, projektipäällikkö
Jyväskylän yliopisto terveystieteiden laitos	Tuulikki Sjögren, yliopistonlehtori
Kuntoutumis- ja liikuntasäätiö Peurunka	Eeva-Liisa Saari, kuntoutuspsykologi
Kuntoutumis- ja liikuntasäätiö Peurunka	Päivi Ryymin, fysioterapeutti
Kuntoutuskeskus Kankaanpää	Marko Sandroos, fysioterapeutti
Kuntoutuskeskus Kankaanpää	Kirsi Lukka-Aro, hankekoordinaattori
Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus	Stina Sjöblom, kuntoutussosiaalityöntekijä, 1.8.2012–31.7.2013 ja 1.8.2013 lähtien Riitta Saksanen, kuntoutussosiaalityöntekijä
Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus	Leena Alajoki-Nyholm, toimintaterapeutti
THL	Heidi Anttila, erikoistutkija (varalla Päivi Nurmi-Koikkalainen, kehittämisspäällikkö)
JAMK Hyvinvointiyksikkö	Mari Kantanen, lehtori
JAMK Hyvinvointiyksikkö	Jaana Paltamaa, erikoissuunnittelija

2.4 Kirjan rakenne

Kirjan tarkoitus on kertoa projektin tutkimusten tuloksia ja herätellä ajatuksia ICF:n käytöstä ja keinoista sen juurruttamisen edistämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tässä kirjassa esitellään omissa luvuissaan eri tutkimusosiot yhteenvedoiteen ja lopuksi suosituksia sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Kirja on jaettu neljään osaan. Ensimmäisessä osassa johdatellaan ICF:ään ja tutkimukseen. Toisessa osassa kuvataan käsityksiä ICF:n käytöstä ja juurtumisesta kirjallisuuskatsauksen, teema-haastattelujen ja kyselytutkimuksen avulla. Kirjan kolmas teemallinen osa käsittelee ICF:n käyttöä selkäydinvammaisten kuntoutuksessa. Lopuksi esitetään suositukset ja kaksi kommenttipuheenvuoroa.

Projektin aikana kehitetyt, ICF:n käyttöönottoa tukevat työkalut tullaan julkaisemaan myöhemmin. Suomenkielinen ICF eLearning Tool julkaistaan WHO:n kotisivuilla yhdessä muiden kieliversioiden kanssa, kirja WHODAS 2.0 -arviointimenetelmästä on julkaistu JAMKin julkaisusarjassa (Paltamaa 2014) ja selkäydinvammaisten TOIMIA-suositusta päivitetään lisäämällä sinne projektissa arvioidut mittarit.

2.5 Lähteet

Kivisaari S, Kortelainen S, Saranummi N. Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla. Helsinki: Tekes, Digitaalisen median raportti 7, 1999.

Ora-Hyytiäinen E, Ahonen O, Partamies S, toim. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla, tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu, 2012.

Paltamaa J. Experiences of the ICF in clinical practice in Finland. 12th Congress of European Forum for Research in Rehabilitation. Istanbul 11.–14.9.2013. Turk J Phys Med Rehab 2013; (59 Suppl 2); 116.

Paltamaa J. WHODAS 2.0. Terveiden ja toimintarajoitteiden arvioinnin käsikirja, osat 2 ja 3. Jyväskylä: JAMK, Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 186, 2014.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I, toim. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.

Rauch A. Use case 2. Applying the comprehensive ICF core set for Spinal Cord Injury in post-acute care. Julkaisussa: Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G, toim. ICF core sets. Manual for clinical practice. Göttingen: Hogrefe, 2012: 55–70.

Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys Rehabil Med 2008; 44: 329–342.

Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 11: 1098–1107.

Swiss Paraplegic Research case study project. 2007. Saatavissa: <<http://www.icf-casestudies.org>>. Viitattu 25.3.2014.

THL. ICF-luokitus ja toimintakyky. Helsinki: THL, 2014. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/icf>>. Viitattu 26.3.2014.

KÄSITYKSIÄ ICF:N KÄYTÖSTÄ

3 ICF:N JUURUTTAMINEN: JÄRJESTELMÄLLINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Suvi Rantakömi-Stansfield, Anna Valtamo, Arja Piirainen ja Tuulikki Sjögren

3.1 Johdanto

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen (ICF) luokituksen, (ICF 2004, 3–10) käyttöä terveydenhuollossa ja kuntoutuksessa on tutkittu useissa kansainvälisissä katsauksissa (Allet ym. 2008; Jelsma 2009; Cerniauskaite ym. 2010; Fayed ym. 2011; Wiegand ym. 2012; Álvarez 2012). Aikaisemmin julkaistut katsaukset ovat olleet pääasiassa kuvailevia ilman järjestelmällistä tiedonhakua tai meta-analyysia. Kuvailevissa katsauksissa ICF:n käytön merkityksen on arvioitu olevan terveydenhuollon tai kuntoutuksen kannalta myönteinen (eli toimintaa kehittävä) tai kielteinen (eli toimintaa hankaloittava) tai sitten ICF:n käyttö on koettu ristiriitaiseksi eli siinä on nähty sekä myönteisiä että kielteisiä piirteitä. ICF:n voidaan sanoa olevan yleisesti tunnettu mutta tähän mennessä vähän käytetty terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskuudessa.

Alletin ym. (2008), Fayed ym. (2011) ja Wiegandin ym. (2012) katsauksissa ICF:n käyttöä pidettiin terveydenhuollon tai kuntoutuksen toimintaa kehittäväenä. Wiegandin ym. (2012) järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen perusteella ICF edisti moniammatillisen työryhmän kommunikointia ja dokumentointia sekä selvensi ydinosaamista. Lisäksi he arvioivat, että ICF:n leviäminen sekä terminä että käsitteenä kuntoutuksen alueella oli ollut menestyksekkästä. Fayed ym. (2011) käsitelivät ICF:n yhdistämissäntöjä kirjallisuuskatsauksessaan vuosilta 2001–2008. Tutkimuksessa tuotiin esille yhtenäisen kielen merkitys toimintakyvyn rajoitteiden kuvaamisessa ja keskustelussa sekä se, että ICF on WHO:n pyrkimys tarjota tämä standardoitu kieli toimintakyvyn kuvaamiseen (Fayed ym. 2011). Alletin ym. (2008) kirjallisuuskatsauksessa arvioitiin, että ICF on kliinisesti relevantti fysioterapeuttien työssä.

Cerniauskaite ym. (2010) ja Álvarezin (2012) katsauksissa ICF:n käyttöä pidettiin vastakkaisena eli terveydenhuollon tai kuntoutuksen toimintaa hankaloittavana tai jopa toimintaan epäsovivana. Cerniauskaite ym. (2010) katsauksen mukaan ICF:n juurruttamista ei ole juurikaan tutkittu, joten edelleenkin ei ole tietoa ICF:n konkreettisista hyödyistä moniammatillisen työryhmän jäsenille ja potilaille. Álvarezin (2012) kirjallisuuskatsauksessa arvioitiin, että ICF:ssä oli liian monimutkainen rakenne ja sen soveltuvuus psykiatristen potilaiden hoitoon oli kyseenalainen.

Jelsman (2009) katsauksessa ICF:n käytössä terveydenhuollossa ja kuntoutuksessa nähtiin sekä myönteisiä että kielteisiä piirteitä. Sen mukaan ICF:llä oli merkitystä tiedon käsitteellistämässä sekä tiedon keräämisessä ja sen edelleen prosessoinnissa. ICF tarjosi myös yleisen viitekehyksen terveydenhuollon ammattilaisille sekä edisti henkilökunnan koettua tyytyväisyyttä ja kuntoutujien tavoitteiden asettamista. Katsauksessa raportoitiin kuitenkin, että henkilökunnan arvion mukaan ICF:n osallistumisen kategoriat koettiin vaikeiksi ja luokituksessa esiintyi päällekkäistä koodausta.

Lisäksi ICF koettiin kokonaisuutena puutteelliseksi. ICF oli katsauksen mukaan käytössä vain harvoissa Afrikan alueen kehitysmaissa. (Jelsma 2009.)

Kirjallisuuskatsauksien lisäksi ICF:n osa-alueiden käyttöä ja juurruttamisen edistymistä on tarkasteltu useammassa kehittämistutkimuksessa (Steiner ym. 2002; Rentsch ym. 2003; McIntyre ja Tempest 2007; Martinuzzi ym. 2008). Myös näissä kehittämistutkimuksissa on havaittavissa samansuuntaisia tuloksia kuin aikaisemmin kuvatuissa katsauksissa eli ICF:n käytössä havaitaan sekä toimintaa kehittäviä että toimintaa hankaloittavia tekijöitä. Rentschin ym. (2003) mukaan moniammatillisen työryhmän ensimmäiset kokemukset ICF:n käyttöönotosta olivat myönteisiä. Tutkimuksen mukaan ICF on maailmanlaajuisesti arvokas työväline terveyttä koskevan tiedon keräämiseen ja analysointiin. Kirjoittajien arvion mukaan kuntoutuspalaverien sisällöt ja organisointi olivat myös parantuneet huomattavasti. Niin ikään henkilökunnan välinen kommunikointi ja dokumentointi oli kehittynyt, ja voitiin todeta, että ICF helpotti tavoitteiden luomista ja interventioiden suunnittelemista (Rentsch ym. 2003).

Steinerin ym. (2002) kehittämistutkimuksessa todettiin, että ICF:n osa-alueiden käyttö lisäsi johdonmukaisuutta, paransi eri ammattiryhmien välistä kommunikointia ja edisti moniammatillista vastuullisuutta. McIntyre ja Tempest (2007) totesivat johtopäätöksissään, että ICF on kansainvälisesti tunnistettu, kokonaisvaltainen ja moniammatillinen viitekehys. ICF nähtiin kuitenkin ristiriitaisena: osittain käytäjäystävällisenä ja näyttöön perustuvana kuntoutuskäytäntönä ja osittain paluuna tautikeskeiseen luokitukseen. Kirjoittajien mukaan ICF:n käytöstä on kerätty vähän käyttäjäkokemuksia (McIntyre ja Tempest 2007).

Martinuzzin ym. (2008) kehittämistutkimuksessa moniammatilliset työryhmät osallistuivat työpajatoimintaan, joiden tarkoitus oli selvittää ICF:n soveltuvuutta ja vaikuttavuutta. Osallistujista suurin osa (72 %) koki muun muassa, että luokituksen käyttö vaatii paljon aikaa, ja noin puolet (48 %) koki sen liian monimutkaiseksi ja harjoittelua vaativaksi (40 %). Osallistujista kuitenkin melkein kaikki (96 %) olivat sitä mieltä, että kaikki ammattiryhmät voivat käyttää ICF:ää ja sitä myös pitäisi käyttää. Osallistujista hieman yli puolet (56 %) arvioi, että ICF:ää voisi käyttää oman tiimin toiminnassa, mutta vain harva (20 %) arvioi, että sitä voisi käyttää kokouksien aikana. Osallistujista noin kolmasosa (29 %) käyttäisi ICF:ää toiminnassa, jossa kuntoutujat siirtyvät palvelusta toiseen ja vain viidesosa (17 %) käyttäisi luokitusta kuntoutusprojektia suunniteltaessa. Osallistujista kaksi kolmasosaa (64 %) arvioi, että luokituksen käyttö auttaa moniammatillisen työryhmän yhtenäisen kielen ja lähestymistavan omaksumisessa ja yli puolet (56 %) arvioi luokituksen käytöstä olevan hyötyä resurssien uudelleenmäärittelyssä ja työnjaossa (Martinuzzi ym. 2008).

Yhteenvedon voidaan todeta, että aikaisempien, pääasiassa kuvailevien katsausten ja kehittämistutkimusten perusteella terveydenhuollon ja kuntoutuksen ammattilaisten käsitykset ja kokemukset ICF:n hyödyistä ja käytettävyydestä olivat hyvin erilaisia ja osittain myös ristiriitaisia.

Tämän järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tavoite on selvittää ICF-koulutuksen ja juurruttamisen vaikutuksia sekä ICF:n opiskeluun ja käyttöönottoon liittyviä käsityksiä ja kokemuksia. Lisäksi tavoite on selvittää ICF:n luotettavuutta ja soveltuvuutta. Kohderyhmänä olivat terveydenhuollon ja kuntoutuksen ammattihenkilöt ja moniammatilliset työryhmät sekä niiden kliininen toiminta.

3.2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimukseen haettiin tietoa kahdesta eri tietokannasta: Medline (Ovid) (1946–11/2013) ja Cinahl (2002–11/2013) (kuviot 2, s. 32). Hakusanoina olivat ”ICF and Rehabilitation”. Mukaanottokriteereinä olivat terveydenhuollon tai kuntoutuksen ammattihenkilöt ja ICF:n käyttö. Artikkeleiden julkaisukielen tuli olla englanti, ruotsi tai suomi. Lisäksi järjestelmälliseen katsaukseen otettiin mukaan vain ne tutkimukset, joissa oli käytetty määrällisiä tai laadullisia tutkimusmenetelmiä. Alkuperäistutkimusten haun, tarkoituksenmukaisuuden arvioinnin ja tutkimusasetelman luokittelun toteutti kaksi tutkijaa itsenäisesti (AV ja SRS). Eriävissä mielipiteissä käytettiin kolmannen tutkijan arviointia (TS tai AP) tai tehtiin konsensuspäätös neljän hengen työryhmässä.⁴

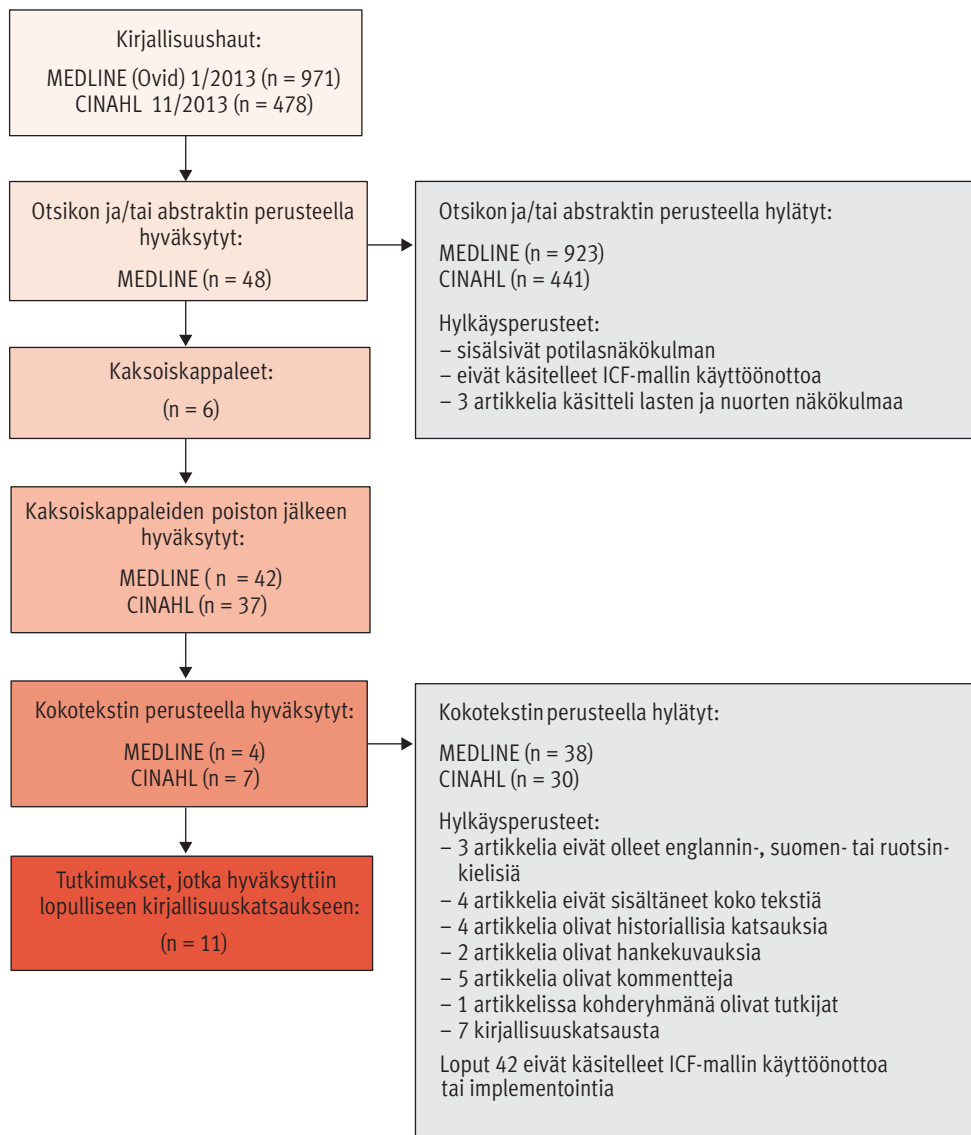
Kaksi työryhmän jäsentä (AV ja SRS) arvioi itsenäisesti alkuperäistutkimusten laadun. Tutkimuksen laatu arvioitiin interventiotutkimuksissa Furlan ym. (2009) laadunarviointimenetelmällä ja laadullisissa tutkimuksissa käytettiin COREQ-laadunarviointimenetelmää (Tong ym. 2007). Survey-tutkimuksessa laadunarvioinnissa hyödynnettiin Kelleyn ym. (2003) raportointiin kehitettyä tarkistuslistaa.

3.3 Tulokset

Järjestelmällisen kirjallisuushaun tuloksena löytyi 11 tutkimusta. Tutkimuksista viidessä oli käytetty laadullisia ja viidessä määrällisiä tutkimusmenetelmiä ja yhdessä molempia tutkimusmenetelmiä. Seuraavissa kappaleissa esitetään tutkimuksiin liittyvät tulokset. Laadullisista tutkimuksista viidessä käytettiin Delphi-menetelmää (Grill ym. 2005; Finger ym. 2006; Rauch ym. 2009; Glässel ym. 2010; Bossmann ym. 2011) ja yhdessä ryhmä- ja yksilöhaastattelua sekä kyselytutkimusta (Ptyushkin ym. 2010). Delphi-menetelmä soveltuu asiantuntijatiedon keräämiseen ja sitä kautta syntyneen yksimielisyyden rakentamiseen. Menetelmässä kerätään tietoa kyselyn avulla valikoituista asiantuntijoista koostuvalta raadilta (Hsu ja Sandford 2007). Määrällisistä tutkimuksista kolme oli vertailututkimuksia, joista yhdessä verrattiin ICF-luokitukseen liittyviä tuloksia erilaisissa koulutusinterventioissa (Reed ym. 2008), yhdessä vertailtiin ICF-pohjaisen työkalun käyttöönoton aiheuttamia muutoksia moniammatillisen tiimin toiminnassa kahdessa eri toimintaympäristössä (Verhoef ym. 2008)

4 AV = Anna Valtamo, SRS = Suvi Rantakömi-Stansfield, TS = Tuulikki Sjögren, AP = Arja Piirainen, ks. tarkemmin kirjoittajaluettelo, s. 138.

Kuvio 2. Työnkulkukaavio.



ja yhdessä verrattiin ICF:ään liittyviä käsityksiä eri ammattiryhmien sekä ammattiryhmien ja potilaiden välillä (Harty ym. 2011). Lisäksi järjestelmälliseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yksi laaja survey-tutkimus selkäydinvamman subakuutin ja kroonisen vaiheen kuntoutuksesta (Scheuringer ym. 2010) ja yksi käytettävyydetutkimus, jossa arvioitiin terveydenhuollon ammattilaisten ja heidän potilaidensa kokemuksia ICF:n osa-alueiden sisällön ymmärrettävyydestä (Maini ym. 2008). Liitetaulukossa luvun 3 jälkeen on tarkemmat tutkimuskohtaiset tiedot tutkimuksista ja tutkimusten tavoitteesta sekä tutkittaviin henkilöihin liittyvistä tekijöistä ja tuloksista. Lisäksi liitetaulukossa on kirjoittajien tekemä yhteenveto tämän tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisista tuloksista.

Tutkimuksista valtaosa oli tehty eurooppalaisissa terveydenhuollon ja/tai kuntoutuksen konteksteissa. Sveitsi on tutkimuspaikkana kuudessa ($n = 6$) tutkimuksessa (Grill ym. 2005; Finger ym. 2006; Rauch ym. 2009; Glässel ym. 2010; Scheuringer ym. 2010; Bossmann ym. 2011), joista osassa yhdessä Saksan (Grill ym. 2005; Finger ym. 2006; Rauch ym. 2009; Glässel ym. 2010; Bossmann ym. 2011) tai Itävallan kanssa (Grill ym. 2005; Glässel ym. 2010). Lisäksi yksittäisiä tutkimuksia oli tehty Espanjassa (Reed ym. 2008), Alankomaissa (Verhoef ym. 2008), Sloveniassa (Ptyushkin ym. 2010) ja Italiassa (Maini ym. 2008). Euroopan lisäksi tutkimuksia oli tehty Etelä-Afrikassa (Reed ym. 2008; Harty ym. 2011) ja Yhdysvalloissa (Reed ym. 2008).

Tutkimuksista kuudessa oli kohderyhmänä moniammatillinen työryhmä tai eri ammattihenkilöt (Grill ym. 2005; Maini ym. 2008; Verhoef ym. 2008; Ptyushkin ym. 2010; Scheuringer ym. 2010; Harty ym. 2011), kolmessa fysioterapeutit (Finger ym. 2006; Rauch ym. 2009; Bossmann ym. 2011) ja yhdessä toimintaterapeutit (Glässel ym. 2010) sekä yhdessä toimintaterapian opiskelijat, kuntoutusneuvojat ja julkisen sektorin kuntoutustyöntekijät (Reed ym. 2008).

Määrällisten ja laadullisten tutkimusten laatu oli kauttaaltaan heikkoa. Furlanin ym. (2009) laadunarvioinnin mukaan määrällisissä tutkimuksissa kaikkien tutkimusten laatupistemäärän keskiarvo oli 4,8 maksimipistemäärän ollessa 12 ja COREQin (Tong 2007) laadunarvioinnin keskiarvo oli 10,7 maksimipistemäärän ollessa 24. Survey-tutkimusten laadunarviointi Kelleyn ym. (2003) tarkistuslistaa hyödyntäen oli viisi maksimilaatupistemäärän ollessa seitsemän (liitetaulukko).

3.3.1 ICF-koulutuksen ja juurruttamisen vaikutuksia

ICF:n koulutukseen ja juurruttamistoimintaan liittyviä tutkimuksia oli yksi (Reed ym. 2008). Reedin ym. (2008) tutkimus koostui kolmesta ICF:n koulutusohjelmasta. Ensimmäisessä ohjelmassa vertailtiin ICF:ään liittyvää kahden tunnin ohjattua koulutusohjelmaa ja itseopiskelua. Toinen osa käsitti sarjan ICF:ään liittyviä intensiivisiä kolmen ja puolen päivän mittaisia työpajoja. Työpajatyöskentely sisälsi dialogista ohjausta, keskustelua, käytännön työn huomiointia ja koodauksen kehittämistä. Kolmas osa koostui sarjasta internetpohjaisia ICF:ään liittyviä opetusmoduuleja, jotka sisälsi-

vät verkkoluentoja ja opetuskalvoja. Opiskelijoilla oli myös mahdollisuus keskustella ICF-käsitteistä verkossa opettajan ja toisten opiskelijoiden kanssa. (Reed ym. 2008.)

Reedin ym. (2008) tutkimuksessa ohjatussa opiskelussa ja itseopiskelussa perustietämys ICF:stä parani tilastollisesti merkitsevästi. Lisäksi ohjatussa opiskelussa koodaus- taidot ja ICF:ään liittyvät asenteet paranivat tilastollisesti merkitsevästi verrattuna alkutilanteeseen. Työpajatyöskentelyssä ICF-perustietämys ja koodaustarkkuus paranivat tilastollisesti merkitsevästi verrattuna opiskelijoiden alkutilanteessa tekemään itsearviointiin. Kirjoittajien mielestä internetpohjaiset opetusmoduulit tarjosivat myös positiivisia kokemuksia ja näkemyksiä ICF:stä suoritettun kyselyn perusteella. (Reed ym. 2008.)

3.3.2 ICF:n opiskeluun ja käyttöönottoon liittyviä käsityksiä ja kokemuksia

ICF:n opiskelua tai käyttöönottoa käsiteltiin neljässä erilaisessa tutkimuksessa (Verhoef ym. 2008; Scheuringer ym. 2010; Ptyushkin ym. 2010; Hart ym. 2011). Näissä tutkimuksissa Verhoefin ym. (2008) ja Ptyushkinin ym. (2010) tavoite oli erilaisen työyhteisöjen käyttökokemusten vertailu ja Hartyn ym. (2011) ja Scheuringerin ym. (2010) tutkimuksissa tavoite oli ICF:n käytön arviointi potilastyössä.

Verhoefin ym. (2008) tutkimus tarkasteli ICF:n käyttöä kahdessa erilaisessa työympäristössä. Tutkimuksen mukaan poliklinikkatyössä päiväpotilaiden kanssa moniammatillinen työryhmä arvioi, että heidän työryhmänsä ilmapiiri ja tyytyväisyys tiimikokouksiin oli muuttunut tilastollisesti merkitsevästi paremmaksi ICF-pohjaisen kuntoutustyökalun käyttöönoton jälkeen. Osastotyötä tekevän moniammatillisen ryhmän ilmapiiri taas oli tilastollisesti merkittävästi huonompi kuntoutustyökalun käyttöönoton jälkeen ja arviossa tyytyväisyydestä tiimikokouksiin ei ollut tapahtunut merkitsevää muutosta. Molemmissa kuntoutustyökalua käyttävissä ryhmissä poliklinikka- ja osastotyössä hallinnollisiin tehtäviin käytetty aika oli kasvanut, mutta poliklinikkatyötä tekevä moniammatillinen tiimi oli tyytyväisempi hallinnollisiin tehtäviin käytettyyn aikaan kuin osastotyötä tekevä tiimi (Verhoef ym. 2008.)

Ptyushkinin ym. (2010) tutkimuksessa ryhmä- ja yksilöhaastattelut tehtiin ammatillisen kuntoutuksen moniammatilliselle työryhmälle, joka käytti ICF:ää työssään julkisella tai yksityisellä sektorilla. Yksityisen sektorin työntekijöiden mielipiteet olivat positiivisempia kuin julkisella sektorilla. Kuitenkin suurin osa sekä julkisen että yksityisen sektorin työntekijöistä koki, että ICF auttaa luomaan yhtenäisen kielen (91 %), auttaa kuntoutuksen suunnittelussa (82 %) ja hyödyttää potilaita (89 %). Noin puolet (49 %) työryhmästä piti ICF:ää hyvänä tulosten arvioinnin välineenä, mikäli se on yhdistetty muihin arviointimenetelmiin. Moniammatillisesta työryhmästä noin puolet (56 %) koki, että ei tiennyt tarpeeksi ICF:stä, noin kolmasosaa (27 %) koki, että tiesi tarpeeksi mutta haluaisi tietää vielä enemmän, ja vain harva (11 %) koki, että ei tiennyt tarpeeksi mutta ei halunnutkaan tietää enempää. (Ptyushkin ym. 2010.)

Hartyn ym. (2011) tutkimuksessa verrattiin moniammatillisen työryhmän ja potilaiden arvioita eri ICF:n osa-alueiden merkityksestä kuntoutusohjelmassa. Ryhmien arviointien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Moniammatillinen työryhmä ja potilaat arvioivat, että kuntoutukseen tulisi sisältyä osallistuminen-alueelta kommunikaation, liikkumisen, itsestä huolehtimisen ja ihmissuhteiden käsittelyä. Molemmat ryhmät arvioivat, että vapaa-ajan ja kotielämän sisällyttäminen kuntoutusohjelmaan on vähemmän merkityksellistä. Fysioterapeuteilla ja puheterapeuteilla oli tilastollisesti merkitsevä ero vapaa-ajan aktiviteettien, kommunikaation ja liikkumisen välillä. Puheterapeutit arvioivat näiden toimintojen merkityksen suuremmaksi kuin fysioterapeutit. (Harty ym. 2011.)

Scheuringerin ym. (2010) survey-tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisilta kartoitettiin avoimin kysymyksin selkäydinvammaisten henkilöiden toimintakykyyn sekä ympäristöön ja yksilöön liittyviä ongelmia subakuuttissa ja kroonisessa vaiheessa. Tämän jälkeen WHO:n (ICF Research Branchin) tutkijat luokittelivat avoimet vastaukset teemoihin ja yhdistivät luodut teemat ICF:n eri osa-alueisiin. Kyselylomakkeeseen vastanneiden eri ammattilaisisten vastauksista (n = 144, 59,3 %) voitiin nimetä 7 650 eri teemaa. Näistä teemoista 78,8 % voitiin yhdistää ICF:n osa-alueisiin. Selkäydinvammaisten henkilöiden subakuuttissa ja kroonisessa vaiheessa korostuivat kehon toimintojen ja osallistumisen alueen ongelmat. Tutkimuksen pohdinnassa tutkijat arvioivat selkäydinvammaisten ongelmien yhdistämisen ICF:n kuvauskohteisiin olleen monimutkaista. (Scheuringer ym. 2010.)

3.3.3 ICF:n luotettavuus ja soveltuvuus

Terveydenhuollon ja kuntoutuksen työntekijät tai tutkijat arvioivat ICF:n luotettavuuteen liittyviä asioita seitsemässä tutkimuksessa (Grill ym. 2005; Finger ym. 2006; Maini ym. 2008; Rauch ym. 2009; Glässel ym. 2010; Scheuringer ym. 2010; Bossmann ym. 2011). Tutkimusten perusteella yksimielisyyttä ICF:n sisällöstä havaittiin eniten fysioterapeuteilla (Finger ym. 2006; Rauch ym. 2009; Bossmann ym. 2011) ja toimintaterapeuteilla (Glässel ym. 2010). Näillä kahdella ryhmällä yksimielisyyden vaihteluväli oli 75 %–100 % Delphi-menetelmällä tutkittuna (skaala: 0 = ei yksimielisyyttä, 100 = täydellinen yksimielisyys). Moniammatillisen työryhmän tai eri ammattiryhmien väliset tulokset eivät olleet yhtä selkeitä. Grillin ym. (2005) tutkimuksessa yksimielisyys oli melko suurta (kappa-arvojen vaihteluvälin ollessa 0,66–0,77), mutta Mainin ym. (2008) kyselytutkimuksessa havaittiin, että eri terveydenhuollon ammattilaisilla oli vaikeuksia määritellä luotettavasti ICF:n osa-alueista etenkin suoritukseen ja osallistumiseen sekä ympäristöön liittyviä tekijöitä. Edellisen tutkimuksen haastattelussa työntekijät arvioivat myös, että ICF-luokituksen yhdenmukaisuuteen ja luotettavuuteen voi vaikuttaa terveydenhuollon ammattilaisten erilainen taustakoulutus. Myös Scheuringerin ym. (2010) tutkimuksessa kahden eri tutkijan välinen ICF-luokituksen toistettavuus todettiin kohtalaiseksi.

Eri tutkimuksissa työntekijät arvioivat myös, että ICF:n osa-alueet eivät välttämättä toimineet kaikkia sairauksia ja potilasryhmiä tutkittaessa. Grillin ym. (2005) tutkimuksessa neurologisten osastojen moniammatillinen työryhmä arvioi, että ICF:n kommunikointiin liittyvät kategoriat eivät välttämättä sopineet kaikille afaatikoille, ja Bossmannin ym. (2011) tutkimuksessa arvioitiin, että ICF:n kaikki osa-alueet eivät välttämättä toimineet osteoartriittia sairastavilla potilailla.

3.4 Pohdinta

Tämän järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että ICF:n koulutuksen ja juurruttamistoiminnan vaikutuksista on tehty vähän tutkimusta, vain Reedin ym. (2008) tutkimus käsitteli tätä aihetta. Vähäisen tutkimustiedon vuoksi ei voida sanoa esimerkiksi, mitkä menetelmät, toimintatavat tai pedagogiset ratkaisut olisivat vaikuttavia tai mitkä näistä tavoista ovat vaikuttavampia kuin toiset, kun ICF:ää juurrutetaan kuntoutukseen ja/tai terveydenhuoltoon tai erilaisiin työyhteisöihin ja työntekijäryhmiin. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimuksia, joissa tutkitaan ja vertaillaan erilaisten ICF:n koulutuksessa ja juurruttamisessa käytettyjen menetelmien tai toimintatapojen vaikutuksia tai vaikuttavuutta sekä kustannusvaikuttavuutta. Lisätutkimusta tarvitaan myös ICF:n juurruttamisen prosessien tutkimiseen. Juurruttamisen kannalta olisi tärkeää tietää prosessiin vaikuttavista tekijöistä, kuten yksilön ja yhteisön käsityksistä ja kokemuksista sekä näiden tekijöiden pysyvyydestä. Lisäksi olisi tärkeää tutkia juurruttamisprosessiin liittyviä edistäviä ja estäviä tekijöitä, jotta nämä voitaisiin paremmin huomioida työyhteisön kehittämisprosesseissa.

Reedin ym. (2008) tutkimuksessa esiteltiin pääasiassa kolme opetus- tai ohjausmenetelmää: itseopiskelu, ohjattu opiskelu ja työpajatoiminta sekä internetpohjainen toiminta. Tutkimuksessa ei kuitenkaan vertailtu selkeästi kaikkien näiden ryhmien välisiä eroja. Ryhmien välinen vertailu olisi kuitenkin tärkeää ICF:n käyttöönottoon parhaiten soveltuvan menetelmän löytymiseksi ja koulutuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi. Tutkimuksen perusteella ei voida sanoa, mikä koulutusohjelma on kaikkein tehokkain, voidaan vain pohtia, olisiko itseopiskelu parasta silloin, kun tarkoitus on lisätä perustietämystä ICF:stä. Ohjattu opiskelu voisi sopia parhaiten silloin, kun koulutuksen tarkoitus on herättää opiskelijoiden tai työntekijöiden mielenkiinto tai motivaatio tai kun harjoitellaan koodaamaan kliinisiä tapausesimerkkejä. Työpajatyöskentely puolestaan voisi sopia parhaiten edistämään ICF:n sisäistämistä ja sen siirtämistä käytännön työhön, kun ICF:n perusasiat ovat jo tiedossa. Internetpohjaiset opetusmoduulit puolestaan voisivat tarjota oppimismahdollisuuden suurelle osallistujamäärälle. Tulevaisuudessa interaktiivinen etäopiskelu teknologiaa hyödyntäen saattaa olla yhä tärkeämpi menetelmä ICF:n opiskeluun.

Moniammatillisten työryhmien ICF:ää koskevien käsityksien ja kokemusten tutkimus on niin ikään melko vähäistä. Tässä järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että ICF:n käytöstä saattaisi olla hyötyä moniammatillisen työryhmän toiminnassa, hallinnollisten tehtävien organisoimisessa, tiedon välittämisessä kirjal-

lisesti, yhtenäisemmän kielen löytymisessä ja kuntoutuksen suunnittelussa (Verhoef ym. 2008; Ptyushkin ym. 2010; Harty ym. 2011). Hyötyä havaittiin etenkin moniammatillisessa poliklinikkatoiminnassa (Verhoef ym. 2008) ja yksityisen sektorin toiminnassa (Ptyushkin ym. 2011), kun taas osastotoiminnassa (Verhoef ym. 2008) tai julkisella sektorilla (Ptyushkin ym. 2011) työskentelevissä moniammatillisissa työryhmissä käsitykset olivat negatiivisempia. Tulokset tässä järjestelmällisessä katsauksessa, kuten myös aikaisemmissa järjestelmällisissä kirjallisuuskatsauksissa ja kehittämistutkimuksissa, olivat siten osittain jopa ristiriitaisia. Esimerkiksi Wiegandin ym. (2012) järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa ICF:n on todettu edistävän mm. moniammatillisen työryhmän kommunikointia ja dokumentointia sekä selventävän ydinosaamista. Lisäksi yhtenäisen kielen ja kokonaisvaltaisen viitekehityksen merkitystä on korostettu aikaisemmissa katsauksissa (Jelsma 2009; Fayed ym. 2011; Wiegand ym. 2012) ja kehittämistutkimuksissa (Steiner ym. 2002; Rentsch ym. 2003; McIntyre ja Tempest 2007; Martinuzzi ym. 2008). Kuitenkin Cerniauskaiteen ym. (2010) ja Álvarezin (2012) katsauksissa ICF:n käyttö nähtiin vastakkaisena eli terveydenhuollon tai kuntoutuksen toimintaa hankaloittavana tai jopa toimintaan epäsojivana. Näiden, tämän tutkimuksen ja aikaisempien tutkimuksien, osittain ristiriitaisten tulosten perusteella tulisi tulevaisuudessa huomioida enemmän sekä tutkimuksissa että käytännön kehittämistyössä ICF:ään liittyvät yksilölliset, ammattikohtaiset sekä työympäristöön ja toimintakulttuuriin liittyvät käsitykset ja kokemukset. Käytännön kehittämisen kannalta olisi tärkeää esimerkiksi tietää paremmin, mikä on erilaisten toimintakulttuurien merkitys ICF:n käyttöön otossa, miten nämä toimintatavat ja käsitykset muodostuvat ja miten niihin voidaan mahdollisesti vaikuttaa.

Useista koetuista hyödyistä huolimatta vaikuttaa kuitenkin siltä, että ICF:n käyttö koetaan edelleen monimutkaiseksi (Scheuringer ym. 2010). Mainin ym. (2008) tutkimuksessa potilailla oli hankaluutta ymmärtää ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä vaikeutta määrittää ICF:n osa-alueita. ICF:n kokonaisuuden vaikeuden toivat esille myös aikaisemmin julkaistut katsaukset, kuten Martinuzzi ym. (2008), Jelsma (2009) ja Álvarez (2012). Ratkaisuna ICF:n käytön helpottamiseen saattaisi olla selkeiden, alakohtaisten, kohdennettujen ydinlistojen käytön kouluttaminen ja niiden juurruttaminen. Esimerkiksi tässä järjestelmällisessä katsauksessa Scheuringerin ym. (2010) tutkimuksessa moniammatillinen työryhmä luokitteli selkäydinvammaisten henkilöiden toimintakykyä ICF:n osa-alueiden mukaan tavoitteenaan tunnistaa selkäydinvammaisten ongelmat subakuutissa ja kroonisessa vaiheessa. ICF voisi olla helpommin ja välittömämmin käytettävissä osana moniammatillista ja verkosto- maista kuntoutustyötä, jos ICF:ään liittyvissä tutkimuksissa ja kehittämisprojekteissa huomioitaisiin enemmän käyttäjälähtöinen suunnittelu ja kehittämis työ.

Tässä järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa yksimielisyyttä ICF:n sisällöstä havaittiin enemmän saman ammattiryhmän, kuten fysioterapeuttien (Finger ym. 2006; Rauch ym. 2009; Bossmann ym. 2011) ja toimintaterapeuttien (Glüssel ym. 2010), edustajilla kuin moniammatillisen työryhmän tai eri ammattiryhmien edustajilla (Grill ym. 2005; Maini ym. 2008). Tulevaisuudessa ammatillisessa koulutuksessa ja täydennyskoulutuksessa tulisi huomioida tietoisemmin nämä mahdolliset erot

ICF:n osa-alueista etenkin eri ammattiryhmien välillä mutta myös mahdollisesti ammattiryhmien sisällä. Näiden asioiden tiedostaminen ja edelleen työstäminen voisivat edistää ICF:n juurruttamista eri ammattilaisille ja moniammatillisissa ryhmissä. Lisäksi koulutuksessa tulisi huomioida kuntoutujien ja kuntoutusryhmien sekä heidän sidosryhmiensä ICF:n ymmärtämiseen ja yksimielisyyteen sen sisällöstä liittyvät tekijät. Aikaisemmissa katsauksissa ammattien sisäistä tai ammattien välistä yksimielisyyttä ei ollut tutkittu.

Tämän järjestelmällisen katsauksen mukaan ICF soveltuu käytettäväksi kuntoutuksen suunnittelussa ja arvioinnissa, esim. keuhkohtaumapotilailla (Rauch ym. 2009) ja aivoverenkiertohäiriöpotilailla (Glässel ym. 2010; Harty ym. 2011), traumaattisilla aivovammapotilailla (Harty ym. 2011) ja selkäydinvammapotilailla Scheuringer ym. 2010) sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksia, neurologisia sairauksia ja sisätauteja sairastavilla henkilöillä (Finger ym. 2006). Kuitenkin Bossmannin ym. (2011) tutkimuksessa fysioterapeutit arvioivat, että tietyt ICF:n kuvauskohteet eivät välttämättä toimineet osteoartriittia sairastavien potilaiden kanssa, ja Grillin ym. (2005) tutkimuksessa neurologisten osastojen moniammatillinen työryhmä arvioi, että ICF:n kommunikointiin liittyvät kuvauskohteet eivät välttämättä sovi kaikille afaatikoille. Aikaisemmin julkaistussa Álvarezin (2012) katsauksessa taasen kyseenalaistettiin ICF:n soveltuvuus psykiatrian alalla. Tulevaisuudessa olisi tärkeä tutkia ja pohtia tarkemmin, mihin nämä kriittiset käsitykset tai kokemukset perustuvat ja miten ne muodostuvat eri ammattiryhmissä tai moniammatillisessa työryhmässä. Lisäksi tulisi tutkia, miten ICF:n työkaluja voisi edelleen kehittää siten, että niiden käyttö olisi mahdollista kaikissa potilasryhmissä ja kaikkien kuntoutujien kanssa.

Tutkimuksen luotettavuus

Järjestelmällisten katsausten tuottaman tiedon luotettavuus perustuu alkuperäistutkimusten menetelmälliseen tasoon sekä tiedon toistettavuuteen vertailukelpoisessa asetelmassa. Tässä järjestelmällisessä katsauksessa luotettavuutta heikentää se, että määrällisten ja laadullisten alkuperäistutkimusten laatu oli kauttaaltaan heikko. Tutkimuksen luotettavuutta taas lisää se, että järjestelmällisen katsauksen raportoinnin tarkkuus mahdollistaa sen toistamisen. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta lisää mm. se, että alkuperäistutkimusten haun, tarkoituksenmukaisuuden arvioinnin, tutkimusasetelman luokittelun sekä tutkimuksien laadunarvioinnin toteutti kaksi tutkijaa itsenäisesti. Tutkimuksessa olisi kuitenkin MEDLINE- (Ovid) ja CINAHL-tietokantojen lisäksi voinut käyttää useampia lääketieteessä, hoitotieteessä ja kuntoutuksessa käytettyjä tietokantoja. Tässä järjestelmällisessä katsauksessa tutkimusten tulokset kuvattiin sanallisesti. Jos alkuperäistutkimuksia olisi ollut enemmän ja niiden sisältö olisi ollut homogeenisempi, olisi tuloksia voitu yhdistellä ja analysoida myös määrällisin menetelmin eli ns. meta-analyysia käyttäen.

3.5 Yhteenveto

ICF on hyödyllinen terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimintaa yhtenäistävä ja tehostava viitekehys. Laajempi ICF:n käyttö edellyttää kuitenkin kohdennettua systemaattista koulutusta. Koulutus tulisi olla osana ammatillista koulutusta sekä osana ammattikohtaista ja moniammatillista täydennyskoulutusta. Koulutuksissa tulisi huomioida erilaiset kuntoutusympäristöt, kuntoutujat ja kuntouttajat sekä näiden kaikkien erilaiset sidosryhmät. Lisäksi olisi tärkeää kehittää ICF:ää ja sen käyttöä yhdessä käyttäjien kanssa.

3.6 Lähteet

Allet L, Bürge E, Monnin D. ICF. Clinical relevance for physiotherapy? A critical review. *Adv Physiother* 2008; 10: 127–137.

Álvarez AS. The application of the international classification of functioning, disability and health in psychiatry. Possible reasons for the lack of implementation. *Am J Phys Med Rehabil* 2012; 91: 69–73.

Bossmann T, Kirchberger I, Glässel A, Stucki G, Cieza A. Validation of the comprehensive ICF core set for osteoarthritis. The perspective of physical therapists. *Physiother* 2011; 97: 3–16.

Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, ym. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009. Its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil* 2011; 33 (4): 281–309.

Fayed N, Cieza A, Bickenbach JE. Linking health and health-related information to the ICF. A systematic review of the literature from 2001 to 2008. *Disabil Rehabil* 2011; 33 (21–22): 1941–1951.

Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health. A Delphi exercise. *Phys Ther* 2006; 86 (9): 1203–1220.

Furlan AD, Pennick V, Bombardier C, van Tulder M. 2009 updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group. *SPINE* 2009; 34 (18): 1929–1941.

Glässel A, Kirchberger I, Linseisen E, Stamm T, Cieza A, Stucki G. Content validation of the international classification of functioning, disability and health (ICF) core set for stroke. The perspective of occupational therapists. *Can J Occup Ther* 2010; 77 (5): 289–302.

Grill E, Quittan M, Huber EO, Boldt C, Stucki G. Identification of relevant ICF categories by health professionals in the acute hospital. *Disabil Rehabil* 2005; 27 (7/8): 437–445.

Harty M, Griesel M, van der Merwe A. The ICF as a common language for rehabilitation goal-setting. Comparing client and professional priorities. *Health Qual Life Out* 2011; 9 (87): 1–9.

Hsu C-C, Sandford BA. The Delphi technique. Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research and Evaluation* 2007; 12 (10): 1–3.

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

Jelsma J. Use of the international classification of functioning, disability and health. A literature survey. *J Rehabil Med* 2009; 41: 1–12.

Kelley K, Clark B, Brown V, Sitzia J. Good practice in the conduct and reporting of survey research. *Int J Qual Health C* 2003; 15 (3): 261–266.

Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation. Preliminary theoretical and practical considerations. *Disabil Rehabil* 2008; 30 (15): 1146–1152.

Martinuzzi A, Frare M, Pradal M, ym. Disseminating the WHO international classification of functioning health and disability (ICF) in the Veneto Region of Italy. *Disabil Rehabil* 2008; 30 (1): 71–80.

McIntyre A, Tempest S. Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil* 2007; 29 (18): 1475–1479.

Ptyushkin P, Vidmar G, Burger H, Marincek C, Escorpizo R. The international classification of functioning, disability and health (ICF) in vocational rehabilitation and disability assessment in Slovenia. State of law and users' perspective. *Disabil Rehabil* 2010; 33 (2): 130–136.

Rauch A, Kirchberger I, Stucki G, Cieza A. Validation of the comprehensive ICF core set for obstructive pulmonary diseases from the perspective of physiotherapists. *Physiother Res Int* 2009; 14 (4): 242–259.

Reed GM, Dilfer K, Bufka LF, ym. Three model curricula for teaching clinicians to use the ICF. *Disabil Rehabil* 2008; 30 (12–13): 927–941.

Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, ym. The implementation of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation. An interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne Switzerland. *Disabil Rehabil* 2003; 25 (8): 411–421.

Scheuringer M, Kirchberger I, Boldt C, ym. Identification of problems in individuals with spinal cord injury from the health professional perspective using the ICF. A worldwide expert survey. *Spinal Cord* 2010; 48: 529–536.

Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 82 (11): 1098–1107.

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health C* 2007; 19 (6): 349–357.

Verhoef J, Toussaint PJ, Putter H, Zwetsloot-Schonk JHM, Vliet Vlieland TPM. The impact of introducing an ICF-based rehabilitation tool on staff satisfaction with multidisciplinary team care in rheumatology. An exploratory study. *Clin Rehabil* 2008; 22: 23–37.

Wiegand NM, Belting J, Fekete C, Gutenbrunner C, Reinhardt J D. All talk, no action? The global diffusion and clinical implementation of the international classification of functioning, disability and health. *Am J Phys Med Rehabil* 2012; 91: 550–560.

Liitetaulukko. Tutkimuskohtaiset tiedot tutkimuksista. Järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen tutkimusten taustatiedot ja tulokset sekä tutkijaryhmän arvio tutkimustuloksen merkityksestä suhteessa tutkimuskysymyksiin.

Tutkimus: maat(t), tavoite, laadunarvio	Tutkimuksen kuvaus	Tutkittavat: koko, sukupuoli, ikä	Tulokset	Tutkijaryhmän arvio tuloksista ^a
1. Reed ym. 2008 Vertailututkimus ennen ja jälkeen Espanja, USA ja Etelä-Afrikka Kuvataan kolmea erilais- ta koulutusohjelmaa ja ohjelmien vaikutusten tehokkuutta ICF:n käytön omaksumisessa. Laatu: Furlan 4/12	Kolmessa koulutus- ohjelmassa (ohjatun opiskelun ja itseopiskelun vertailu, työparatyösken- tely ja internetpohjainen työskentely) osallistujat vastasivat kyselyyn ennen koulutusta sekä sen jälkeen. Kyselyssä kartoitettiin aikaisempaa tietämystä ICF:stä ja sen käytöstä.	1) Tt-opiskelijat 2) Julkisen sektorin kuntoutustyöntekijät 3) Kuntoutusneuvoja- opiskelijat n: ? Sukupuoli: ? Ikä: ka. 23 vuotta	Itseopiskelu: – Perustietämys ICF:stä lisääntyi (p < 0,001) – Koodaustaidot eivät parantuneet merkittävästi (p = 0,04). Ohjattu opiskelu: – Perustietämys ICF:stä lisääntyi (p < 0,001). – Koodaustaidot parantuivat (p < 0,001). – Asenne ICF:ään parantui (p < 0,001). Työparatyöskentely: – Perustietämys ICF:stä lisääntyi (p < 0,001). – Koodaustarkkuus parantui (58 % sama kuin kokeneilla koodaajilla). Internetpohjaiset opetusmoduulit tarjosivat positiivisia kokemuksia ja näkemyksiä ICF:stä.	ICF:n itseopiskelu, ohjattu opiskelu ja työparatyösken- tely lisäävät ICF-tietämystä. Ohjattu opiskelu ja työparatyöskentely lisäävät lisäksi koodaustaitoja ja positiivista asennetta ICF:ää kohtaan.
2. Harty ym. 2011 Vertailututkimus, eri ryhmien välinen vertailu Etelä-Afrikka Tutkittiin potilaiden ja kuntoutushenkilöstön näkökulmia ICF:n osallistumisen osa- alueen sisällyttämisen tärkeydestä kuntoutus- ohjelmaan. Laatu: Furlan 4/12	Tutkittavat arvioivat ICF:n osallistumisen osa-alueen huomiomisen tärkeyttä kuntoutusohjelmassa. Analyysissa vertailtiin moniammatillisen työryhmän ja potilaiden vastausten eroa. Lisäksi vertailtiin eri am- mattiryhmiä keskenään.	Moniammatillinen työryhmä n = 20 (ft, tt, pt, st) Potilaat n = 12 (aivoverenkiertohäiriöpotilaat AVH, n = 7; traumaattiset aivovam- ma- potilaat, n = 5) Sukupuoli: – työntekijät: naisia 19 (95 %) – potilaat: naisia 7 (58 %) Ikä: – työntekijät: ? – potilaat: – 25–40 vuotta n = 7 – yli 40 vuotta n = 3 – alle 25 vuotta n = 2	Moniammatillisen työryh- män ja potilaiden arviot kuntoutuksuunnitelman osallistumisen osa- alueiden tärkeydestä olivat samansuuntaisia. Kun- toutukseen tulisi sisältyä etenkin kommunikaation, liikkumisen, itsestä huoleh- timisen ja ihmissuhteiden käsittelyä. Puheterapeutit arvioivat vapaa-ajan aktiiviteet- tien, kommunikaation ja liikkumisen merkityksen suuremmaksi kuin fysio- terapeutit.	Moniammatillisen työryh- män ja potilaiden arviot kuntoutuksuunnitelman osallistumisen osa- alueiden tärkeydestä olivat samansuuntaisia. Kun- toutukseen tulisi sisältyä etenkin kommunikaation, liikkumisen, itsestä huoleh- timisen ja ihmissuhteiden käsittelyä. Puheterapeutit arvioivat vapaa-ajan aktiiviteet- tien, kommunikaation ja liikkumisen merkityksen suuremmaksi kuin fysio- terapeutit.

Liitetaulukko jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon.

Tutkimus: maat(i), tavoite, laadunarvio	Tutkimuksen kuvaus	Tutkittavat: koko, sukupuoli, ikä	Tulokset	Tutkijaryhmän arvio tuloksista ^a
<p>3. Verhoeft ym. 2008</p> <p>Vertailututkimus, ennen ja jälkeen</p> <p>Hollanti</p> <p>Tutkittiin kuntoutuksen työkalun käyttöönoton vaikutuksia moniammatillisen ryhmän tytyväisyyteen, joka liittyy moniammatillisen ryhmän toimintaan, kokouksiin ja kirjallisen tiedon vaihtoon.</p> <p>Laatu: Furlan 6/12</p>	<p>Tutkimuksessa kahdella moniammatillisilla ryhmällä oli käytössä ICF-pohjainen elektroninen kuntoutustyökalu (Rehabilitation Activities Profile), reumapotiilaiden kauden aikana (2001). Koulutuksen kesto oli 1,5 päivää.</p> <p>Vastaavasti kahdella ryhmällä ei ollut käytössä tutkimusajankohtana elektronista työkalua.</p> <p>Mittauksissa käytettiin The Group Environment Scale -tyytyväisyyskyselyä</p>	<p>Kaksi moniammatillista työryhmää (lääkäri/reumatologi, sh, ft, st, avustava hallinnollinen työntekijä)</p> <p>Työpaikka:</p> <p>a) poliklinikatyötä tekeviä työntekijöitä n = 32,</p> <p>b) osastotyötä tekeviä työntekijöitä n = 28</p> <p>Sukupuoli: 55 naista (92 %)</p> <p>Ikä:</p> <p>Ryhmä, alkumittaukset (T1): poliklinikatyö keskiarvo 41,5 vuotta (vaihteluväli 26–58) / osastotyö keskiarvo 38,0 vuotta (vaihteluväli 23–59)</p> <p>Ryhmä, seurantamittaukset (T2) poliklinikatyö keskiarvo 40,5 vuotta (vaihteluväli 26–58) / osastotyö keskiarvo 41,0 vuotta (vaihteluväli 25–52)</p> <p>Potilaat: reumapotiilaita</p> <p>Sukupuoli: ?</p> <p>Ikä: ?</p>	<p>a) Poliklinikkatyö, ICF-työkalun käyttö verrattuna ei-käyttöön: – Ilmapiiri (yhteenkuuluvuuden tunne) oli merkittävästi parempi seurantamittauksissa (mean difference 1,9; 95 % CI 0,3–3,4).</p> <p>– Tytyväisyys tiimikokousten toimintaan (ongelmien ratkaisu, kuntoutuksen suunnittelu, arviointi, organisointi ja summapiistemäärä) oli merkittävästi korkeampi seurantamittauksissa (mean difference total score 0,6; 95 % CI 0,3–1,0).</p> <p>b) Osastotyö, ICF:n käyttö verrattuna ei-käyttöön: – Ilmapiiri (yhteenkuuluvuuden tunne) oli merkittävästi huonompi seurantamittauksissa (mean difference – 3,0; 95 % CI –4,7––1,3).</p> <p>– Tytyväisyydessä tiimikokousten toimintaan ei ollut tapahtunut muutoksia verrattuna alkumittauksiin (mean difference –0,3; 95 % CI –0,7–0,2).</p> <p>c) Poliklinikka- ja osastotyö: – Hallinnollisiin tehtäviin käytettiin enemmän aikaa seurantamittauksissa verrattuna alkumittauksiin.</p> <p>– Poliklinikatyössä oliin tytyväisempiä hallinnollisiin tehtäviin käytettyyn aikaan (p = 0,03), tiimin väliseen kirjalliseen tiedonvaihtoon (p < 0,01) ja kirjallisen tiedonvaihtoon laatuun (p < 0,01) kuin osastotyössä.</p>	<p>ICF:n käyttö poliklinikatyössä paransi moniammatillisen tiimin ilmapiiriä ja koettua tytyväisyyttä kokouksiin.</p> <p>ICF:n käyttö osastotyössä heikensi moniammatillisen työn ilmapiiriä mutta ei vaikuttanut koettuun kokoustytytyväisyyteen.</p> <p>ICF:n käyttö lisäsi poliklinikka- ja osastotyössä hallinnollisiin tehtäviin käytettyä aikaa, mutta poliklinikatyössä oliin tytyväisempiä käytettyyn aikaan.</p>

Liitetaulukko jatkuu.

Jatkoa liitetaulukon.

Tutkimus: maati), tavoite, laadunarvio	Tutkimuksen kuvaus	Tutkittavat: koko, sukupuoli, ikä	Tulokset	Tutkijaryhmän arvio tuloksista ^a
<p>4. Maini ym. 2008</p> <p>Käytettävyyden vertailu Italia</p> <p>Tuotiin esiin laadullisia näkökohtia ICF:n ydiniltojen (core sets) käyttönotossa.</p> <p>Laatu: Furlan 5/12</p>	<p>Terveydenhuollon ammattilaisille lähetettiin sähköpostilla ICF:n eri osa-alueiden tiivistetyt lomakkeet (ydiniltoista: krooninen kipu, osteoporoosi, COPD, AVH). Arvioinnin kohteena oli ICF:n osa-alueiden sisällön ymmärtäminen.</p>	<p>Toimintakyksiköitä, n = 9</p> <p>a) Terveydenhuollon ammattilaisia, n = 9 (lääkäri, h, ft, ps)</p> <p>Sukupuoli: ? Ikä: ?</p> <p>b) Potilaat: ?</p>	<p>Ymmärtämys osa-alueiden sisällöstä (keskiarvo/skaala: 0 = ei vaikeutta ja 100 = täydellinen vaikeus):</p> <p>Ammatillisten mielestä potillailla oli vaikeuksia ymmärtää ICF:n sisältöä seuraavasti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kehon toiminnot 42,5 - kehon rakenteet 31,9 - osallistuminen 46,2 - ympäristötekijät 55,5 <p>Terveydenhuollon ammattilaisilla vaikeuksia määritellä kuvauskohteita seuraavasti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kehon toiminnot 37,5 - kehon rakenteet 35,0 - osallistuminen 45,0 - ympäristötekijät 53,3 	<p>ICF-luokituksen osa-alueiden sisällön ymmärtämiseen liittyvät vaikeudet olivat samansuuntaista terveydenhuollon ammattilaisilla ja potillailla.</p>
<p>5. Scheuringer ym. 2010</p> <p>Maailmanlaajuinen Internet survey -tutkimus</p> <p>Sveitsi</p> <p>Määritellään selkäydin-vammaisten ongelmat subakuutissa ja kroonisessa vaiheessa käyttäen ICF:ää</p> <p>Laatu: Keilley 5/7</p>	<p>Avoimet kysymykset koskivat selkäydin-vammaisten henkilöiden toimintakykyä sekä ympäristöön ja yksilöön liittyviä tekijöitä. Vastaukset teemoiteltiin ja siltettiin ICF:n osa-alueisiin.</p>	<p>Moniammatillinen työryhmä (lääkäri, ft, tt, st ja ps)</p> <p>Satunnaisotos: n = 243, jossa huomioitiin alueelliset ja ammatitekiäjät. Vastausprosentti 59,3 % (n = 144).</p> <p>Sukupuoli: 75 naista (61,5 %)</p> <p>Ikä: keskiarvo 40 vuotta (vaihteluväli 24–62)</p>	<p>Yhteensä löydettiin 7 650 teemaa, joista 78,8 % voitiin siltata ICF:n osa-alueisiin. Teemoista 16 esiintyi vain subakuutissa vaiheessa ja 20 vain kroonisessa vaiheessa.</p> <p>Teemat siltattuna ICF:n osa-alueisiin:</p> <p>a) Subakuutti vaihe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruumiin/kehon toiminnot 30,7 % - ruumiin rakenteet 14,8 % - suoritukset ja osallistuminen 30,7 % - ympäristötekijät 23,9 % <p>b) Krooninen vaihe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruumiin/kehon toiminnot 27,2 % - ruumiin rakenteet 13,0 % - suoritukset ja osallistuminen 35,9 % - ympäristötekijät 23,9 % <p>Siltauksen toistettavuus kahden tutkijan välillä: kappaeroin: 0,57 (95 % CI 0,50–0,63) (skaala: 0 = ei yhteneväisyyttä, 1 = täydellinen yhteneväisyys)</p>	<p>Selkäydinvammaisten henkilöiden ongelmien siltaus ICF:n osa-alueisiin oli kattavaa. ICF:n osa-alueista painottuivat ruumiin/kehon toiminnot sekä suoritukset ja osallistuminen.</p> <p>Silttaaminen ei ollut yksinkertaista, toistettavuus eri tutkijoiden välillä oli kohtalaista.</p>

Liitetaulukko jatkuu.

jatkoa liitetaulukoon.

Tutkimus: maati), tavoite, laadunarvio	Tutkimuksen kuvaus	Tutkittavat: koko, sukupuoli, ikä	Tulokset	Tutkijaryhmän arvio tuloksista ^a
<p>6. Ptyushkin ym. 2010</p> <p>Laadullinen menetelmä-tutkimus</p> <p>Slovenia</p> <p>Havainnollistetaan ICF:n käyttöä ammatillisessa kuntoutuksessa ja toimintakyvyn arvioinnissa.</p> <p>Laatu: COREQ 9/24</p>	<p>Ryhmä- ja yksilöhaastattelut ammatillisille, jotka käyttävät ICF:ää</p>	<p>Moniammatillinen työryhmä julkisella ja yksityisellä sektorilla (ps, st, ti, lääkäri, teknologi, koulutusneuvoja, sosiologi, kuntoutusneuvoja)</p> <p>n = 45</p> <p>Sukupuoli: naisia 89 % ja miehiä 11 %</p> <p>Ikä: keskiarvo 41 vuotta (vaihteluväli 27–58)</p> <p>Koulutus:</p> <ul style="list-style-type: none"> – on osallistunut vain ICF-seminaarin (51 %) – on osallistunut ICF-työpajaan (29 %) – ei ole osallistunut ICF-työpajaan (20 %) 	<p>Moniammatillisen työryhmän kokonaisuus, sisällönanalyysi (%; 0–100):</p> <ul style="list-style-type: none"> – ICF auttaa luomaan yhtenäisen kielen (91 %) – potilaat hyötyvät ICF:n käytöstä (89 %) – ICF auttaa kuntoutuksen suunnittelussa (82 %) <p>a) Julkinen sektori:</p> <ul style="list-style-type: none"> – noin puolet epäilee ICF:n hyödyllisyyttä kuntoutuksen suunnittelussa – uskoivat tietävänsä tarpeeksi ICF:stä eivätkä kokeneet tarvetta tietää enempää <p>b) Yksityinen sektori:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ICF auttaa kuntoutuksen suunnittelussa – ei tarpeeksi tietoa ICF:stä ja haluaisivat tietää enemmän 	<p>Julkkisen sektorin kokemukset ICF:n käytöstä olivat negatiivisemmat kuin yksityisen sektorin.</p> <p>Moniammatillinen työryhmä koki, että ICF:n käyttöä hyötyivät moniammatillinen työryhmä ja potilaat.</p>
<p>7. Bossmann ym. 2011</p> <p>Laadullinen menetelmä-tutkimus</p> <p>Saksa ja Sveitsi</p> <p>Validoidaan kattavat ICF-luokituksen osa-alueiden yhdistämisestä osteoartriitille fysioterapeuttien näkökulmasta.</p> <p>Laatu: Furlan 12/24</p>	<p>Delphi-menetelmä</p>	<p>ft</p> <p>n = 72</p> <p>Delphi-menetelmä</p> <p>Sukupuoli: naisia 53 %</p> <p>Ikä: keskiarvo 42 vuotta (vaihteluväli 26–60)</p>	<p>ICF-luokituksen jotkut osa-alueet eivät välttämättä toimi osteoartriitin kohdalla. ICF-luokituksen sisällön validiteetti oli hyvä fysioterapeuttien keskuudessa (kappakerroin = 0,61; CI 95 % 0,58–0,65).</p> <p>Kierros 3 (n = 61) fysioterapeuttien yksimielisyys (%; skaala: 0 = ei yksimielisyyttä ja 100 = täydellinen yksimielisyys)</p> <p>Ruumiin/kehon toiminnot:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kokemus itsestä ja ajasta 75 % – proprioseptiset toiminnot 97 % – harjoittelun sietäminen 100 % – painonhallinta 98 % – tahdosta riippumattomat liikereaktiot 90 % <p>Ruumiin rakenne:</p> <ul style="list-style-type: none"> – vartalon rakenne 84 % – Suorituskyky ja osallistuminen: – siirtyminen 93 % – liikkuminen apuvälineen kanssa 93 % – omasta terveydestä huolehtiminen 92 % <p>Ympäristötekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Harrastusmahdollisuudet 87 % 	<p>Fysioterapeuteilla oli selkeä yksimielisyys ICF:n osaluista.</p>

Liitetaulukko jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon.

Tutkimus: maat), tavoite, laadunarvio	Tutkimuksen kuvaus	Tutkittavat: koko, sukupuoli, ikä	Tulokset	Tutkijaryhmän arvio tuloksista ^a
8. Finger ym. 2006 Laadullinen menetelmä-tutkimus Saksa ja Sveitsi Tunnistettiin ICF:n osa-alueet, jotka kuvaavat relevantteimpia ja yleisimpiä potilaan (tuki- ja liikuntaelinsairaudet, neurologiset sairaudet ja sisätaudit) kokemia ongelmia, joita hoidetaan fysioterapiassa. Laatu: COREQ 13/24	Delphi-menetelmä ja ICF:n osa-alueiden tunnistaminen ja arviointi	ft n = 263, kaikki fysioterapeutit eivät osallistuneet jokaiselle kierrokselle. Sukupuoli: ? Ikä: ?	Fysioterapeuttien keskuudessa oli yli 80 %:n yksimieliisyys (%), skaala: 0 = ei yksimieliisyyttä ja 100 = täydellinen yksimieliisyys) valituista ICF:n osa-alueista (kehon toiminnot, kehon rakenteet, osallistuminen ja ympäristötekijät).	Fysioterapeuteilla oli selkeä yksimieliisyys ICF:n osa-alueista, jotka ovat merkityksellisiä tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa, neurologisissa sairauksissa ja sisätaudeissa.
9. Glässer ym. 2010 Laadullinen menetelmä-tutkimus Sveitsi, Saksa ja Itävalta Validoitiin ICF:n osa-alueet toimintaterapeuttien näkökulmasta. Laatu: COREQ 10/24	Delphi-menetelmä	tt n = 69 Sukupuoli: naisia 82,3 % Ikä: keskiarvo 36 vuotta (vaihteluväli 21–63)	AVH:n sairastaneiden kohdalla sisällön validiteetti ICF:n eri osa-alueilla oli toimintaterapeuttien laajasti kannattama, pääasiallisesti yli 75 % (%), skaala: 0 = ei yksimieliisyyttä ja 100 = täydellinen yksimieliisyys). ICF on käytännöllinen väline AVH:n sairastaneiden tutkimisessa. Lisäksi se on kokonaisvaltainen ja systemaattinen kuvausmenetelmä ja arvioinnin perusta moniammatilliselle työryhmälle.	Toimintaterapeutit olivat yksimielisiä ICF:n hyödyistä AVH:n sairastaneiden tutkimisessä.

Liitetaulukko jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon.

Tutkimus: maat(i), tavoite, laadunarvio	Tutkimuksen kuvaus	Tutkittavat: koko, sukupuoli, ikä	Tulokset	Tutkijaryhmän arvio tuloksista ^a
10. Grill ym. 2005 Laadullinen menetelmä-tutkimus Saksa, Sveitsi ja Itävalta	Delphi-menetelmä ja kohdistetut työryhmät.	Moniammatillinen työryhmä (Ikri, h, ft, tt, pt, ps, nps, rt) n = 40 (neurologisten osastojen ryhmä n = 14, sydän- ja keuhko-osastojen ryhmä n = 13 ja tuki- ja liikuntaelämäntöiden osastojen ryhmä n = 13) Sukupuoli: ? Ikä: ?	Suurin osa tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä koki ICF:n osa-alueiden kattavan pääalueet, jotka ovat merkittäviä akuutti-hoitopotilailla. Neurologisen osaston ryhmässä koettiin, että ICF:n kommunikointiin liittyvät kategoriat eivät välttämättä sovi kaikille afaattikoille. Laajin yksimielisyys saavutettiin sydän- ja keuhko-osaston työntekijöiden ryhmässä kehonrakenneiden osa-alueessa (Kappa = 0,77; 95 % CI 0,35–1,00) ja neurologisen osaston ryhmässä osallistumisen osa-alueessa (kappakerroin = 0,66; 95 % CI 0,46–0,85).	Moniammatillisen työryhmän mukaan ICF oli kattava, mutta ei täydellinen akuuttihoitolailla.
Laatu: COREQ 11/24				
11. Rauch ym. 2009 Laadullinen menetelmä-tutkimus Saksa ja Sveitsi	Delphi-menetelmä	ft n = 51 Sukupuoli: naisia n = 44 (86 %) Ikä: keskiarvo 42 vuotta (vaihteluväli 25–59)	ICF:ssä yksityiskohtaisesti luokitelluista kuvauskohteista 70/124, yksitötekijöistä 9/9 käsitettä ja 'ei luokitelluista' käsitteistä 15/16 saavutti yli 75 %:n yksimielisyyden (% skaala: 0 = ei yksimielisyyttä ja 100 = täydellinen yksimielisyys) fysioterapeuttien keskuudessa. Näistä ICF:n kuvauskohteista 55 (78,5 %) kattoi ICF:n osa-alueet keuhkohtaumataudissa.	Fysioterapeuteilla oli selkeä yksimielisyys ICF:n osa-alueista, jotka ovat merkityksellisiä keuhkohtaumataudissa.
Validoidaan ICF:n ydinlista keuhkohtaumatautiin fysioterapeuttien näkökulmasta. Laatu: COREQ 9/24				

Työntekijäryhmän jäsenistä käytettävät lyhenteet: sairaan hoitaja, sh; hoitaja, h; fysioterapeutti, ft; toimintaterapeutti, tt; sosiaalityöntekijä, st; puheterapeutti, pt; psykologi, ps; neuropsykologi, nps; ravitsemusterapeutti, rt.

? = Asiaa ei ole raportoitu artikkelissa.

Ka. = keskiarvo.

^aArvio perustuu tämän järjestelmällisen katsauksen tutkijoiden tulkintaan.

4 KUNTOUTUSKESKUSTEN MONIAMMATILLISTEN TYÖRYHMIEN KÄSITYKSIÄ ICF:STÄ

Anna Valtamo, Suvi Rantakömi-Stansfield, Tuulikki Sjögren ja Arja Piirainen

4.1 Johdanto

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) (ICF 2004, 3–10) käytön puutteen on todettu johtuvan osittain sen monimutkaisesta rakenteesta (Wiegand ym. 2012; Álvarez 2012). Martinuzzin ym. (2008) kehittämistutkimuksen mukaan sen käytön on todettu myös vaativan paljon aikaa ja harjoittelua. ICF:n käyttö lisääntyy jatkuvasti toimintakyvyn ja terveyden luokittelun työkaluna (Bruyère ja Peterson 2005). Tässä luvussa selvitetään, miten ICF on juurtunut kuntoutuslaitosten moniammatillisten työryhmien käyttöön.

ICF kattaa laajasti kuntoutujan terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät tekijät. ICF laajentaa kuntoutuksen käytännön toteutuksen ja arvioinnin näkemystä ja on siten hyvä viitekehys kuntoutujan toimintakyvyn moniammatilliseen arviointiin (Rauch ym. 2008). Kuntoutujan toimintaan ja osallistumiseen vaikuttavien tekijöiden parempi huomiointi kuntoutusprosessissa puoltaa ICF:n käytön lisäämistä (ICF 2004, 3–10).

Vaikeavammaisia koskevassa Kelan tutkimuksessa on arvioitu, että ICF:n käyttö selkeyttäisi käsitteitä kuvattaessa kuntoutujan kokonaistilannetta ja toimintakykyä. Yhtenäiset käsitteet helpottaisivat sekä eri ammattiryhmien keskinäistä kommunikointia että kuntoutujan ymmärrystä omasta tilanteestaan. ICF:n siirtyminen teoriasta käytäntöön edellyttää kuitenkin koulutusta kaikille opiskeleville ja työelämässä oleville terveydenhuoltoalan ja kuntoutuksen henkilöille. ICF:ää voidaan muokata käytön ja tutkimuksen edessä. ICF:n käyttöä ja koulutusta kehitetään koko ajan erilaisissa hankkeissa ja projekteissa (esim. Paltamaa ym. 2011, 39–40).

Tämä tutkimus on tehty yhteistyössä osana laajempaa tutkimus- ja kehitysprojektia *ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnällisen kuntoutuksen: suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin (ICF)* (Paltamaa 2012). Aihe on ajankohtainen, koska ICF on ollut pitkään kuntoutuskeskusten työntekijöiden tiedossa, mutta sen käyttö ei ole siirtynyt käytännön työelämään. ICF:n käyttöönottoa ja ICF-koulutusta ei ole myöskään juuri tutkittu (Valtamo ja Rantakömi-Stansfield 2014, 8–9). Kuntoutusprosessiin sidoksissa olevien käsitteiden yhtenäistäminen ICF:n avulla voisi edistää tiedon välittymistä helpottaen sekä ammattiryhmien välistä kommunikointia että asiakkaan ymmärrystä tilanteestaan.

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tuoda esiin kuntoutuskeskusten moniammatillisten työryhmien jäsenten käsityksiä ICF:stä. Tarkoitus oli lisäksi selvittää, miten ICF on juurtunut kuntoutuskeskusten käyttöön moniammatillisten työryhmien jäsenten käsitysten mukaan. Tutkimuksessa kysyttiin, minkälaisia käsityksiä moniammatillisten työryhmien jäsenillä on ICF:stä ja ICF:n juurtumisesta kuntoutuskeskusten käyttöön.

4.2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla huhtikuun 2013 aikana. Haastattelujen lähtökohtana olivat eri kuntoutuskeskusten moniammatillisten työryhmien jäsenten omat käsitykset ICF:stä. Kuntoutuskeskusten ICF-projektiryhmäläiset kokosivat haastateltavat moniammatilliset työryhmät. Kuntoutuskeskuksille esitettiin toivomus, että ryhmä koostuisi mahdollisimman monesta ammattiryhmästä ja että ryhmässä olisivat mukana vähintään yleisemmät työntekijäryhmät. Lisäksi esitettiin toivomus, että työntekijät toimisivat vaikeavammaisten kuntoutuksessa.

Käsitysten tutkimiseen sopii hyvin fenomenografia (Marton ja Pong 2005). Aineiston analyysissa käytettiin aineistolähtöistä fenomenografista tutkimusmenetelmää. Åkerlindin (2005) fenomenografinen analyysi perustuu ilmiön kuvauskategorioihin, kun taas esimerkiksi Niikon (2003) analyysitapa on strukturoidumpi käsitysten sisällön ryhmittely. Åkerlind (2005) korostaa analyysissaan lisäksi ilmiön kuvauskategorioiden analyysia. Tässä tutkimuksessa mukailaan Åkerlindin (2005) fenomenografista analyysitapaa, koska hän vie fenomenografisen analyysin pidemmälle korostaen yhteistä ymmärrystä.

Tutkijat hyödynsivät prosessin alusta alkaen triangulaatiota, jolla tarkoitetaan sitä, että samaa ilmiötä tutkii useampi tutkija. Analyysiprosessin ensimmäisessä vaiheessa ryhmähaastatteluaineistot litteroitiin tekstiksi. Analyysiprosessin toisessa vaiheessa tutkijat lukivat litteroidun aineiston kokonaisuutena useita kertoja. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkittava ilmiö ohjasivat aineiston lukemista. Analyysiprosessissa käytettiin aineistolähtöistä analyysia.

Analyysiprosessin kolmannessa vaiheessa tutkijat tunnistivat moniammatillisten työryhmien jäsenten ICF:ää koskevien käsitysten olevan hierarkkisesti rakentuneita. Tutkijat analysoivat kuntoutuskeskusten käsityksiä kuvaavat teemat ja todensivat ne autenttisten lainausten avulla. Neljännessä vaiheessa muotoutuivat tarkennetut kuvauskategoriat ja niiden rajoja kuvaavat kriittiset kuvauskategoriat. Näin muodostettiin kolme ICF:n juurruttamista kuvaavaa kategoriaa. Kuvauskategoriat ovat hierarkkisia siten, että edellinen sisältyy seuraavaan kategoriaan, esim. I kuvauskategoria sisältyy II kuvauskategoriaan. Kuvauskategorioiden tarkoitus on tuoda esiin ennen kaikkea yhteisiä käsityksiä ICF:stä. Tulokset raportoidaan kuvaamalla kolmen kuvauskategorian hierarkkinen suhde ja teemojen hierarkkinen variointi.

4.3 Tulokset

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata ICF:n juurtumista kuntoutuskeskusten työntekijöiden keskuuteen. Kuvauskategorioissa korostui etenkin työntekijöiden yhteinen ymmärrys ICF:n käytöstä.

Moniammatillisten työryhmien ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 20 työntekijää (n = 20) kolmesta eri kuntoutuskeskuksesta eri puolilta Suomea. Moniammatillisten työryhmien työntekijöistä valikoituivat haastatteluihin seuraavat ammattiryhmät: lääkärit (n = 3), sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (n = 3), terapeuhenkilöstö (n = 6) (fysioterapeutit ja toimintaterapeutit) ja erityistyöntekijät (n = 8) (sosiaalityöntekijät, psykologit, puheterapeutit ja erityisliikunnanohjaajat).

Moniammatillisten työryhmien jäsenten käsitykset ICF:stä esitetään kolmena kuvauskategoriana, jotka muodostettiin fenomenografisen analyysin perusteella moniammatillisten työryhmien jäsenten haastatteluissa ilmaisemista käsityksistä. Kolme kuvauskategoriaa, jotka kuvastavat moniammatillisten työryhmien jäsenten käsityksiä ICF:stä, ovat seuraavat: (I) Moniammatilliset työryhmät vierastavat ICF:n käyttöä, (II) Haastavan ristiriitainen moniammatillisen yhteistyön väline ja (III) Ajatus ICF:stä kuntoutusyhteistyön toimintamallin kehittämisessä (taulukko 4). Hierarkkisuus tässä tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että edellinen kuvauskategoria sisältyy aina seuraavaan. Hierarkkisessa kuvaustavassa käsitykset ovat eri kehitysasteilla toisiinsa nähden (Järvinen ja Järvinen 2004, 85–86).

Kategoriat muodostettiin aineistosta analyysin tuloksena siten, että ne erottavat kategoriat toisistaan neljän teeman mukaisesti: ICF:n tarkoitus, oma työ, kuntoutusyhteistyö ja koulutus. Teemojen yksityiskohtaisempi tarkastelu osoitti, että kukin niistä vaihtelee hierarkkisesti siten, että edellinen taso sisältää aina seuraavan tason teeman käsitykset (taulukko 5, s. 51). Taso II sisältää tason I ja taso III sisältää kaikki edelliset tasot. Toinen taso on siis kehittyneempi versio ensimmäisestä tasosta ja kolmas taso on kehittynein. Teemat tuovat esille haastateltavien yhteisölliset ilmaisut siitä, miten ilmiö käsitetään. Teemojen tarkoituksena oli muodostaa selkeä kuva moniammatillisten työryhmien jäsenten käsityksistä suhteessa tutkittavaan ilmiöön.

Taulukko 4. ICF-ilmiön kuvauskategoriat.

I Moniammatilliset työryhmät vierastavat ICF:n käyttöä	II Haastavan ristiriitainen moniammatillisen yhteistyön väline	III Ajatus ICF:stä kuntoutusyhteistyön toimintamallin kehittämisessä
Tuttu toiminta uudella nimellä	Ristiriitainen	Edistäisi yhteistyötä
Vieras omalle työlle	Koodeilla ei yhteyttä omaan työhön	Laajentaisi oman työn näkökulmaa
Pelottavan epäselvä	Vaikea yhteistyön väline	Epäselvä yhteistyön väline
Koulutus ei koske minua	ICF haastaa käytetyt opetustavat	Koulutus mahdollistaisi työn muutoksen

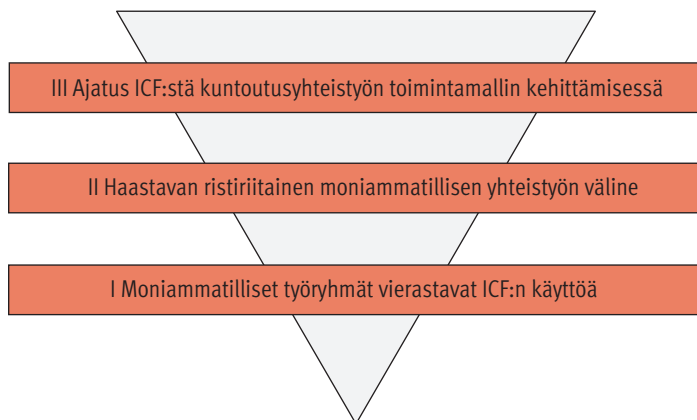
Taulukko 5. Teemojen hierarkkinen vaihtelu.

Teema			
ICF:n tarkoitus	Tuttu toiminta uudella nimellä	Ristiriitainen	Edistäisi yhteistyötä
Oma työ	Vieras omalle työlle	Koodeilla ei yhteyttä omaan työhön	Laajentaisi oman työn näkökulmaa
Kuntoutusyhteistyö	Pelottavan epäselvä	Vaikea yhteistyön väline	Epäselvä yhteistyön väline
Koulutus	Koulutus ei koske minua	ICF haastaa käytetyt opetustavat	Koulutus mahdollistaisi työn muutoksen

4.3.1 Moniammatilliset työryhmät vierastavat ICF:n käyttöä (I)

ICF-ilmion hierarkian alimmalla tasolla ICF ei ole juurtunut moniammatillisten työryhmien käyttöön (kuvio 3).

Kuvio 3. ICF-luokituksen juurtuminen moniammatillisten työryhmien käyttöön.



Se näkyy työntekijöiden kokemuksena siitä, että ICF on heille tuttua, uudelleen nimettyä toimintaa, vierasta omalle työlle ja pelottavan epäselvä. He myös kokevat, että koulutus ei koske heitä. Työntekijöille on lisäksi kehittynyt negatiivisia oletuksia ICF:stä sen epäselvyyden vuoksi, mikä osaltaan aiheuttaa myös pelon tunteita.

”Tavallaan se pelko et jos käyttää sit ihan väärin tai muuta. Monet tuolla käytäväkeskusteluissa, ne manailee mokomakin ICF – – Se on vähän niinku peikko, pelkää.” BF13

”Vähä mää mietin tätä ICF:ää, et mä en sillä tavalla koe, et kun se on sillai kuitenkin aika vieras itelle – –” AP21

”Mut se miten se just sovelletaan niin mulla ei oo siitä mitään käsitystä, eikä oo ollu mitään koulutusta eikä on vaan mullekin niinku näytetty tää paperi [RPS-lomake], että tällanen meillä on mut sit se on vähän niinku jääny, milloin ja missä ja miten mä sitä käytän, että.” BP5

4.3.2 Haastavan ristiriitainen moniammatillisen yhteistyön väline (II)

Hierarkian seuraavalla tasolla ICF:ää pidetään haastavan ristiriitaisena moniammatillisen yhteistyön välineenä. Moniammatillisten työryhmien jäsenten käsitys ICF:stä on se, että se on ristiriitainen ja vaikea yhteistyön väline. Työntekijät kokevat myös, että ICF:n koodeilla ei ole yhteyttä omaan työhön ja ICF:n koetaan haastavan käytetyt opetustavat. Työryhmien jäsenet esittävät muun muassa, että ICF:n toteuttaminen omassa työssä ei vaadi koodien käyttöä tai niiden ymmärtämistä. Työntekijät kyseenalaistavat koodit ja korostavat enemmän ICF:n viitekehyksen mukaista ajattelua. Haastatteluista käy ilmi, että omaan työhönsä työntekijöiden on ollut helpompi omaksua ICF:n viitekehyksen mukainen ajattelu kuin ICF:n koodikieli.

”Tää ICF on ilmeisesti oma ajattelutapa ja se ei oikein istu siihen, se ei tulis siihen kirjaamiseen jotenkin, ei käytettäis tää ICF-kieltä.” CSA5

”Et miks on olemassa tämmönen järjestelmä et jos sitä tavallaan tehdään niiden koodien takia et tää nyt on käytäntö.” CE8

4.3.3 Ajatus ICF:stä kuntoutusyhteistyön toimintamallin kehittämisessä (III)

Laajimmillaan moniammatillisten työryhmien jäsenet pohtivat ajatusta kuntoutusyhteistyön toimintamallin kehittämisestä. Kuntoutuskeskusten työntekijöiden näkemysten mukaan ICF voisi edistää yhteistyötä ja laajentaa oman työn näkökulmaa. Toisaalta ICF koetaan laajimmillaankin edelleen epäselväksi yhteistyön välineeksi. Käytännönläheisen koulutuksen nähdään kuitenkin mahdollistavan työn muutoksen. Kuntoutuskeskusten työntekijöiden mukaan ICF:n käyttöönotto heidän työssään edellyttää koulutusta. Työntekijät pitävät tärkeänä sitä, että koulutus annetaan heille ilman, että heidän tarvitsisi perehtyä ICF-luokitukseen itsenäisesti.

”Et se [ICF] olis tämmönen niinku oikeesti tämmönen yhtenäinen kuntoutuksen kieli.” AT23

”Mutta tota ku siitä ei oo semmosta tullu semmosta ihan selkeätä konkreettista, että tää nopeuttaa, helpottaa, yksinkertaistaa havainnointia tai muuta kirjaamista niin se ei oo jalkautunut.” BSO11

”Oikeastaan odotellaan vaan koulutusta ja niin, että päästäis niinkun käynnistämään sitä.” CF13

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella moniammatilliset työryhmät vierastavat ICF:n käyttöä. Käytännön työssä ICF-luokitusta on vaikea käyttää, ja ICF-koulutuksessa tulisi huomioida tämän vuoksi myös käytännön harjoittelu työpaikoilla. Juurtumattomuus näkyy myös ristiriitaisissa näkemyksissä ICF:stä ja epätietoisuutena sen tarkoituksesta ja hyödyistä. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että ICF-koulutuksen järjestäminen on tärkeää ja erityistä huomioita tulisi kiinnittää käytännön harjoitteluun, esimerkiksi työpajatoimintaan työpaikoilla. ICF-koulutus on tulevaisuudessa suurten haasteiden edessä, koska moniammatillisten työryhmien työntekijät odottavat, että koulutuksen kautta ICF voisi juurtua kuntoutuskeskusten käyttöön. ICF:n juurtuminen kuntoutuskeskuksiin mahdollisesti edistäisi ja helpotaisi yhtenäisen kuntoutuskielen ja kirjaamiskäytäntöjen mahdollistumista.

4.4 Pohdinta

ICF on haastava työväline

Kuntoutuskeskusten työntekijät kokivat ICF:n vaikeaksi yhteistyön välineeksi, ja erityisesti ICF:n osa-alueiden määrittäminen oli haastavaa. Lisäksi he pelkäsivät, että kuntoutujat eivät ymmärtäisi ICF:n sisältöä, koska se oli epäselvä myös ammattihenkilöille itselleen. Osa-alueiden määrittäminen moniammatillisessa työryhmässä koettiin haastavaksi ja monimutkaiseksi myös Mainin ym. (2008) tutkimuksessa. Terveystieteiden ammattilaisten kokemusten mukaan oli hankalaa määrittää, mitkä asiat kuuluvat tiettyihin osa-alueisiin ja miten asia tehdään ymmärrettäväksi kuntoutujalle.

Kuntoutuskeskusten työntekijät vierastivat ICF:n käyttöä ja kokivat sen käytön vievän liikaa aikaa suhteessa potilastyöhön, eivätkä he myöskään tuoneet esiin, että ICF-koodien käyttö voisi helpottaa työn tekoa. Samansuuntaisia tuloksia on myös Schuntermannin (2005) ja Mainin ym. (2008) tutkimuksissa.

Mainin ym. (2008) tutkimuksessa osa terveydenhuollon ammattilaisista koki, että luokitus ei mukaudu riittävän paljon asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Myös Scheuringerin ym. (2010) tutkimuksessa selkädinvammaisten ongelmien yhdistäminen ICF-luokituksen kuvauskohteisiin koettiin monimutkaiseksi. Kuntoutuskeskusten työntekijöiden käsityksistä ilmeni, että ICF ei näy heidän käytännön työssään, kun he toistavat ICF:n mahdollisia hyötyjä ulkoa opittujen lauseiden avulla. Myös Wiegandin ym. (2012) järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen mukaan ICF on huonosti juurtunut kuntoutukseen, minkä vuoksi se tuli esiin ainoastaan puheissa.

Tässä tutkimuksessa moniammatillisen työryhmän jäsenet olivat epäileväisiä ICF:n tuomista hyödyistä ja korostivat enemmän ICF:n monimutkaisuutta. Tulokset olivat samansuuntaisia Schuntermannin (2005) ja Ptyushkinin ym. (2010) tutkimusten kanssa. Julkisella sektorilla noin puolet epäili ICF:n hyödyllisyyttä kuntoutuksen suunnittelussa. He uskoivat tietävänsä tarpeeksi ICF:stä. Tutkimuksen tulosten pe-

rusteella ICF luo yhtenäisen kielen moniammatilliseen kommunikointiin, tarjoaa kokonaisvaltaisen näkemyksen ihmisestä mahdollistaen näin toimintakyvyn helpon arvioimisen. ICF:n haittapuolia on aiemmankin tutkimuksen tulosten mukaan monimutkainen terminologia ja arvioijan subjektiivisuus (Ptyushkin ym. 2010). Myös Schuntermannin (2005) artikkelissa kuntoutuskeskusten työntekijät kokivat, että ICF tarjoaa yhtenäisen kielen sekä kuntoutujille että työntekijöille.

Tässä tutkimuksessa kuntoutuskeskusten työntekijät arvelivat ICF:n tarjoavan uuden työkalun kuntoutukseen, kunhan he saavat riittävästi tietoa ICF:stä. Myös Ptyushkinin ym. (2010) tutkimuksessa ICF:n koettiin auttavan yksityissektorin kuntoutuksen suunnittelussa. Rentschin ym. (2003) tutkimuksessa ICF-pohjainen työskentely paransi moniammatillisen työryhmän työskentelyn laatua ja tarjosi systemaattisemman lähestymistavan kuntoutukseen. Kuntoutuskeskusten työntekijät kokivat, että ICF voisi helpottaa esimerkiksi tavoitteenasettelua, yhdenmukaistaa kuntoutuksen käytäntöjä ja toimia maailmanlaajuisena toimintakyvyn viitekehyksenä. Bruyèren ja Petersonin (2005) sekä Cerniauskaiteen ym. (2011) tutkimusten tulokset tukevat tätä tulosta. Niiden mukaan ICF rikastuttaa ja yhdenmukaistaa kuntoutusta luoden sille universaalin viitekehyksen (Bruyère ja Peterson 2005; Cerniauskaite ym. 2011).

Tämän tutkimuksen moniammatillisten työryhmien edustajat toivat esiin, että ICF voisi edistää kuntoutuksen yhteisen kielen syntymistä ja se voisi monipuolistaa oman työn tekoa. ICF:n on todettu muissa tutkimuksissa helpottavan kommunikointia terveydenhuollossa ja kuntoutuksessa yli ammattirajojen sekä selventävän ammattihenkilöiden rooleja (Steiner ym. 2002; Üstün ym. 2003; Tempest ja McIntyre 2006; Rauch ym. 2008; Kostansjek 2009) tarjoten yhtenäisen kielen, joka voidaan ymmärtää kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskuudessa (Boldt ym. 2005; Finger ym. 2006; Rauch ym. 2008; Glässel ym. 2010). ICF:n avulla voidaan monipuolisesti kuvata kuntoutujan toimintakykyä (Üstün ym. 2003), kun se on kokonaisvaltainen ja systemaattinen kuvausmenetelmä ja dokumentoinnin väline ja helpottaa tavoitteen asettelua pohdittaessa asiakkaan ongelmia ja voimavaroja (Heerkens ym. 2004; Jelsma 2009; Kostansjek 2009; Glässel ym. 2010).

ICF voisi tarjota arvioinnin perustan moniammatillisen työryhmän käyttöön (Glässel ym. 2010). Etenkin poliklinikka- ja osastotyössä tyytyväisyys kirjallisen tiedon laatuun oli parempi niissä ryhmissä, jotka käyttivät ICF-pohjaista elektronista kuntoutustyökalua. He olivat myös tyytyväisempiä moniammatillisen työryhmän väliseen kirjalliseen tiedonvaihtoon, työilmapiiriin ja tiimikokouksiin (Verhoef ym. 2008).

Tässä tutkimuksessa kuntoutuskeskusten työntekijät korostivat koulutuksen merkitystä ICF:n omaksumisessa. He pitivät tärkeänä erityisesti jatkuvaa koulutusta kaikille korostaen käytännön esimerkkien hyödyllisyyttä koulutuksessa. Työntekijät myös korostivat, ettei itseopiskelu olisi välttämättä toimiva ICF:n opiskelussa. Myös Reedin ym. (2008) mukaan ohjattu opiskelu oli hyödyllisempää verrattuna itseopiskeluun ICF:n perustietämyksen edistymisen kannalta. Työpajatyöskentelyn kautta tietämys

ICF:stä parani huomattavasti verrattuna alkutilanteeseen, kun se sisälsi didaktista ohjausta ja käytännön työn huomiointia (Reed ym. 2008).

Tutkimustulosten käytännön sovellutuksia ICF:n juurruttamisessa

Tämä tutkimus keskittyi erityisesti siihen, minkälaisia käsityksiä moniammatillisten työryhmien työntekijöillä oli ICF:stä ja miten ICF on juurtunut kuntoutuskeskuksiin työntekijöiden käsitysten mukaan. Analyysin perusteella työntekijöiden käsitykset ICF:stä hahmottuvat laaja-alaiseksi kentäksi. ICF värityy työntekijöiden käsityksissä negatiivissävytteisesti. Toisaalta he taas pohtivat ICF:n mahdollista juurtumista kuntoutuskeskuksiin.

Moniammatilliset työryhmät vierastivat ICF:n käyttöä osittain siksi, että ICF ei sisällynyt vielä kaikkien työntekijöiden pohjakoulutukseen. Muutosvastarinta voi johtua myös siitä, että kuntoutuskeskuksissa ollaan epätietoisia siitä, tuleeko ICF osaksi heidän työtään. Kuntoutuskeskusten työntekijät ovat myös haluttomia perehtymään ICF:ään osittain siksi, että työtahti on tiivis eikä ylimääräisen uuden asian opiskeluun ole aikaa eikä energiaa. Työntekijät vähättelevät ICF:n tarpeellisuutta, koska he kokevat, että heillä on jo toimivat vastaavanlaiset käytännöt. Toisaalta jokaisessa kuntoutuskeskuksessa palaverille on varattu aikaa, mutta sitä ei välttämättä osata hyödyntää koulutukseen tai itseopiskeluun. ICF:n juurtuminen edellyttää myös työnantajataholta myönteistä suhtautumista ICF:n käyttöönottoon ja halua sitouttaa työntekijät juurtumisprosessiin.

Kuntoutuskeskusten työntekijät voisivat tutustua ICF:ään ja ymmärtää sen haastavan ristiriitaiseksi moniammatilliseksi yhteistyön välineeksi (ks. kuvio 3) muuttamalla asennoitumistaan ICF:ää kohtaan. Kuntoutuskeskusten työntekijät käsittivät ICF:n kuntoutusyhteistyön toimintamallin kehittämisen välineeksi. ICF:n käyttöönottoon voitaisiin päästä käytännönläheisen ICF-koulutuksen avulla, mikä selventäisi ICF:n tarkoituksen ja sen merkityksen kuntoutustyöntekijöiden omassa työssä. Tässä vaiheessa luentotyypinen koulutus, ohjattu opiskelu ja web-pohjainen itseopiskelumateriaali (ICF eLearning Tool) voisivat lisätä perustietämystä. Perustietämys tarkoittaa sitä, että tuntee ICF:n termistön ja sen käyttömahdollisuudet. Verkko-opiskelu ei ole kuitenkaan välttämättä kaikille toimiva koulutusmuoto ICF-luokituksen itseopiskelumenetelmänä, koska kynnys käyttää sähköistä oppimismuotoa saattaa olla liian korkea. Iäkkäämmille työntekijöille sähköinen opiskelu on vieraampaa, koska verkkomuotoinen opiskelu ei ole sisältynyt heidän pohjakoulutukseensa. Koulutus on tärkeä järjestää siten, että se tavoittaa kaikki ammattihenkilöt. Kouluttajan tulisi myös tuntea kohdeorganisaationsa toimintamallit ja käytännöt, jotta ICF:ää voisi paremmin soveltaa kunkin organisaation tarpeisiin. Moniammatillisuuden huomiointi koulutuksessa voisi parantaa ICF:n käytettävyyttä kaikissa ammattiryhmissä.

Kuvaskategorian kolmaskaan taso ei kuitenkaan ole vielä riittävä ICF-luokituksen juurtumiseksi. Tällöin työntekijöillä on ainoastaan ajatus ICF:n tarkoituksesta ja sen

mahdollisuuksista kuntoutusyhteistyössä. Tasolta kolme seuraaville ICF:n juurtumisen tasoille voitaisiin päästä esimerkiksi hyödyntämällä ICF:n käytännönläheistä työpajakoulutusta. Koulutuksessa tulisi korostaa yhteisöllistä oppimista rakentamalla yhdessä tietoa ICF:stä oman organisaation tarpeisiin. Tätä voisivat tukea käytännön esimerkit eri ammattiryhmien omasta työstä, kun huomioidaan erilaiset ammatilliset lähestymistavat. Lisäksi ICF:n juurtuminen kuntoutuskeskuksiin edellyttää tiivistä yhteistyötä sekä organisaatioiden sisällä että organisaatioiden välillä. Kuntoutuskeskusten sisällä korostuu yhteistyö kuntoutushenkilöstön ja hallinnollisen henkilöstön välillä. Juurtumista ja koulutuksen toteutumista varten olisi esimerkiksi hyvä valita vastuuhenkilöt, jotka huolehtivat muun henkilöstön koulutuksen saannista ja kehittävät ICF:n yhtenäistä toimintamallia. Tätä kautta ICF voisi juurtua osaksi kuntoutuskeskusten käytäntöjä.

Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Moniammatillisten kuntoutustyöryhmien käsitysten analyysissa noudatettiin fenomenografian periaatteita (Järvinen ja Järvinen 2004, 84; Åkerlind 2005; Marton ja Pong 2005), joiden avulla muodostui monipuolinen analyysi moniammatillisten työryhmien ICF-käsityksistä. Aineiston analyysissa korostuu fenomenografiselle lähestymistavalle tyypillinen aineistolähtöisyys ja käsitysten yhtenäinen luonne (Åkerlind 2005; Tan 2009).

Tutkimustulokset on esitetty mahdollisimman läpinäkyvästi siten, että lukija pystyy seuraamaan tutkimuksen kulkua. Kuvaavimmat autenttiset lainaukset on yhdistetty jokaiseen kategoriaan. Tutkijatriangulaation (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 143) avulla koodaus ja merkityksellisten käsitysten muodostaminen tehtiin erikseen ja vasta sen jälkeen tutkijat keskustelivat yhdessä löydöksistään.

Kuntoutuskeskuksilla oli vapaus itse päättää, ketkä työntekijät osallistuivat ryhmähaastatteluun. Tämä saattoi vaikuttaa siihen, että osalla haastateltavista oli jo valmiiksi enemmän tietoa ICF:stä. Aineisto oli kattava, koska jokaisesta kuntoutuskeskuksesta valikoitui samasta ammattiryhmästä yksi edustaja. Kuntoutuskeskuksista ryhmähaastatteluun valikoituikin erityistyöntekijöitä, joita ei ollut kaikissa keskuksissa. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista.

Tutkimuksen tulokset antavat aihetta pohtia ICF-koulutuksen tarvetta, mutta ne eivät suoranaisesti ratkaise käytännön ongelmia. Tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, minkälaista koulutusta ICF:n juurruttamiseksi olisi hyödyllistä käyttää. Tuloksissa jokainen ICF:n juurruttamisen kuvauskategoria tuo esiin huomionarvoisia asioita ilmiön ymmärtämisestä.

4.5 Yhteenveto

Tämä tutkimus osoittaa, että ICF:n käyttöä vierastetaan, vaikka sitä pidetäänkin hyvänä yhteistyön välineenä. ICF-luokituksen juurtumiseen ja koulutukseen liittyvää määrällistä ja laadullista tutkimusta tulisi tehdä seuraavien vuosien aikana. Interventio- ja seurantatutkimus olisivat hyödyllisiä juurtumisen ja koulutuksen kannalta, jotta voitaisiin seurata koulutuksen vaikuttavuutta. Etenkin Suomessa tehtävä tutkimus olisi tarpeellista, koska ICF:n käyttöä terveydenhuollossa ja kuntoutuksessa ei ole juurikaan tutkittu Suomessa. Tällä hetkellä Saksassa, Sveitsissä ja Itävallassa on tehty eniten ICF-tutkimusta. Tarvitaan lisää tutkimusta ICF:n koulutusmenetelmien vaikuttavuudesta lähitulevaisuudessa, jotta saataisiin tietoa koulutuksen vaikuttavuudesta ICF-tietämyksen tasoon ja käyttöön. Lisäksi tarvitaan uusia tutkimuksia, joissa tarkastellaan ICF:n käyttöön liittyviä käsityksiä ja kokemuksia erilaisissa organisaatioissa ja työntekijäryhmillä. Näin saataisiin tietoa ICF:n juurtumisesta ja käytöstä terveydenhuollon ja kuntoutuksen eri sektoreilla.

4.6 Lähteet

Álvarez AS. The application of the international classification of functioning, disability and health in psychiatry. Possible reasons for the lack of implementation. *Am J Phys Med Rehabil* 2012; 91: 69–73.

Boldt C, Brach M, Grill E, ym. The ICF categories identified in nursing interventions administered to neurological patients with post-acute rehabilitation needs. *Disabil Rehabil* 2005; 27 (7–8): 431–436.

Bruyère SM, Peterson DB. Introduction to the special section on the International Classification of Functioning, Disability and Health. Implications for rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology* 2005; 50 (2): 103–104.

Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, ym. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009. Its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil* 2011; 33 (4): 281–309.

Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. A Delphi exercise. *Phys Ther* 2006; 86 (9): 1203–1220.

Glässel A, Kirchberger I, Linseisen E, Stamm T, Cieza A, Stucki G. Content validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for stroke. The perspective of occupational therapists. *Can J Occup Ther* 2010; 77 (5): 289–302.

Heerkens Y, Engels J, Kuiper C, van der Gulden J, Oostendorp R. The use of the ICF to describe work related factors influencing the health of employees. *Disabil Rehabil* 2004; 26 (17): 1060–1066.

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

Jelsma J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health. A literature survey. *J Rehabil Med* 2009; 41: 1–12.

Järvinen P, Järvinen A. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja, 2004.

Kostanjsek N. Implementation of ICF and ICF-CY in Italy. *Disabil Rehabil* 2009; 31 (S1): S1–S3.

Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation. Preliminary theoretical and practical considerations. *Disabil Rehabil* 2008; 30 (15): 1146–1152.

Martinuzzi A, Frare M, Pradal M, ym. Disseminating the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in the Veneto Region of Italy. *Disabil Rehabil* 2008; 30 (1): 71–80.

Marion F, Pong WY. On the unit of description in phenomenography. *Higher Education Research & Development* 2005; 24 (4): 335–348.

Niikko A. Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja 85, 2003.

Paltamaa J. Projektisuunnitelma: ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnällisen kuntoutukseen. Suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin (ICF), 2012.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I, toim. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.

Ptyushkin P, Vidmar G, Burger H, Marincek C, Escorpizo R. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in vocational rehabilitation and disability assessment in Slovenia. State of law and users' perspective. *Disabil Rehabil* 2010; 33 (2): 130–136.

Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44 (3): 329–342.

Reed GM, Dilfer K, Bufka LF, ym. Three model curricula for teaching clinicians to use the ICF. *Disabil Rehabil* 2008; 30 (12–13): 927–941.

Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, ym. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation. An interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne Switzerland. *Disabil Rehabil* 2003; 25 (8): 411–421.

Scheuringer M, Kirchberger I, Boldt C, ym. Identification of problems in individuals with spinal cord injury from the health professional perspective using the ICF. A worldwide expert survey. *Spinal Cord* 2010; 48: 529–536.

Schuntermann MF. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany. Experiences and problems. *Int J Rehabil Research* 2005; 28 (2): 93–102.

Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 82 (11): 1098–1107.

Tan K. Variation theory and the different ways of experiencing educational policy. *Educ Res Policy Prac* 2009; 8: 95–109.

Tempest S, McIntyre A. Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2006; 28 (10): 663–667.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. painos. Helsinki: Tammi, 2009.

Valtamo A, Rantakömi-Stansfield S. Moniammatillisten työryhmien käsityksiä ICF-luokituksesta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos, 2014.

Verhoef J, Toussaint PJ, Putter H, Zwetsloot-Schonk JHM, Vliet Vlieland TPM. The impact of introducing an ICF-based rehabilitation tool on staff satisfaction with multidisciplinary team care in rheumatology. An exploratory study. *Clin Rehabil* 2008; 22: 23–37.

Wiegand NM, Belting J, Fekete C, Gutenbrunner C, Reinhardt JD. All talk, no action? The global diffusion and clinical implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Am J Phys Med Rehabil* 2012; 91: 550–560.

Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health. A new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil* 2003; 25 (11–12): 565–571.

Åkerlind GS. Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development* 2005; 24 (4): 321–334.

5 TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMAT HAASTEET ICF:N JUURUTTAMISESSA

Tiina Lautamo ja Tiina Kuukkanen

5.1 Johdanto

ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen: suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin -hankkeen tarkoitus oli arvioida ICF:n käytön juurruttamiseen liittyviä haasteita ja luoda menetelmiä ICF:n käyttöönoton helpottamiseksi. Projektin yksi tavoite oli kartoittaa, mitkä ovat työntekijöiden kokemat hyödyt ja/tai haitat ICF:n käyttöönotosta ja miten hyödyn kokemus muuttuu tutkimus- ja kehitysprojektin aikana. Hyödyn kokemus ja siihen liittyvät tekijät vaikuttavat oleellisesti uuden viitekehyksen käyttöönottoon ja uusien työmenetelmien juurtumiseen kuntoutuskeskusten työkäytänteisiin. Tässä luvussa tarkastellaan kyselytutkimuksessa kartoitettuja työntekijöiden käsityksiä niistä tekijöistä, joiden on todettu yleisesti vaikuttavan merkittävästi juurruttamisen onnistumiseen.

Kuntoutuksen toimijoiden vaaditaan tuottavan korkealaatuisia ja yhtenäisiä palveluja. Uusien työmenetelmien ja yhtenäisen kielen löytymiselle on osoitettu olevan tarvetta vaikuttavassa kuntoutustoiminnassa. Haasteeseen vastaaminen edellyttää järjestelmän kehittämistä ja toiminnan tulosten seuraamista ja vertailua. ICF on luotu käsitteelliseksi viitekehykseksi kuvaamaan ihmisen terveyttä, toimintaa ja toimintakykyä. ICF tarjoaa yhtenäisen kielen ja yhtenäisen seurantajärjestelmän ja se laajentaa näkemystä kuntoutuksen toteutuksesta ja arvioinnista (Steiner ym. 2002; Rauch ym. 2008). On oletettu, että ICF:n käyttö lisää kuntoutujan tilanteeseen ja osallistumiseen vaikuttavien tekijöiden huomioimista laaja-alaisesti kuntoutusprosessin eri vaiheissa. ICF tarjoaa kaikille kuntoutusketjun toimijoille yhteisen tavan dokumentoida kuntoutujan tilaa. Samalla se paitsi ohjaa laajentamaan kuntoutuksellisia toimenpiteitä yksilöön keskittyvästä kuntoutuksesta myös huomioimaan fyysisen ja sosiaalisen ympäristön mahdollisuuksia ja haasteita. ICF:ää voidaan käyttää kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa – toimintakyvyn arviointi, tavoitteiden asettaminen, interventioiden suunnittelu, vaikuttavuuden arviointi sekä kirjaaminen – mutta ei ilman tarkoituksenmukaisia työvälineitä. Tätä tarkoitusta varten on kehitetty muun muassa ICF-luokitukseen perustuva arviointilomake (ICF-arviointilomake eli RPS-lomake), joka tukee asiakas- ja perhelähtöistä, kokonaisvaltaista ja moniammattillista arviointia ja kuntoutuksen suunnittelua (Steiner ym. 2002; Rauch ym. 2008) mutta jota Suomessa ei juurikaan käytetä. Myös suomenkielinen helposti saatavissa oleva ICF-itseopiskelumateriaali puuttuu. Rajoituksena ICF-luokitukseen perustuvien työkalujen käytölle on pidetty muun muassa kirjaamisen viemää aikaa ja kuvauskohteisiin kohdistuvien standardisoitujen mittareiden puutetta (Rauch ym. 2008). Terveystieteiden käytäntöjen muuttaminen on hidasta (Mäkelä ym. 2007) ja siten myös ICF:n juurruttaminen kliniseen työhön vaatii aikaa.

Käyttöönoton ja juurruttamisen käsitteitä käytetään lähes samaa tarkoittavassa merkityksessä. Käyttöönotossa ei tyydytä tiedon levittämiseen, vaan sitä tuetaan erilaisin menetelmin. Aktiivinen ja systemaattinen toteutus tarkoittaa muun muassa uuden

toimintatavan käyttöönottoa estävien ja edistävien tekijöiden analysointia ja niihin vaikuttamista (Bucknall ja Rycroft-Malone 2010). Uuden toimintatavan käyttöönotto sisältää kehitys-, toteutus-, käyttö- ja päivitysvaiheet (Bourne ym. 2000; Mäkelä ym. 2007). Juurruttaminen määritellään avaintoimijoiden väliseksi monivaiheiseksi, vuorovaikutteiseksi oppimisprosessiksi (Tuominen ym. 2005), ja se edellyttää myös kysynnän luomista, uusia ajattelu- ja toimintatapoja sekä toiminnan jatkuvaa arviointia. Juurruttaminen voidaan kuvata kehänä, jossa sekä kehittämisen kohde, esimerkiksi uusi toimintatapa, että kehittämiseen osallistuvat tahot ovat jatkuvassa muutoksessa (Kivisaari ym. 1999).

Onnistunut uuden menetelmän tai toimintatavan toteutus vaatii, että menetelmä tai toimintatapa juurtuu omaan arkityöhön. Uuden toimintatavan luotettava käyttö arjessa edellyttää mahdollisimman tehokasta toteutusta. Onnistuneen käyttöönoton taustalla on tarpeisiin perustuva muutos ja siihen on varattava tarvittavat resurssit. Se on päämäärähakuista toimintaa, jossa avaintoimijoina ovat käyttäjät ja sidosryhmät tarpeineen. Menetelmän siirtoon ja käyttöönottoon on kiinnitettävä huomiota sekä vuorovaikutteisen oppimisen että johtamisen näkökulmista. Lisäksi on huomioitava, että uuden menetelmän käyttöönottoon liittyy aina erilaisia asenteellisia tekijöitä, pelkoja ja vastustusta. (Kivisaari ym. 1999; Bourne ym. 2000; Kaila ja Kuukasjärvi 2005.)

Juurtumisen onnistumiseen liittyy useita muutosta edistäviä ja estäviä tekijöitä. Uuden työmenetelmän juurruttamista edistäviksi tai estäviksi tekijöiksi on mainittu muun muassa käyttäjänsä, organisaatioon, menetelmään ja koulutukseen liittyviä tekijöitä (Kivisaari ym. 1999; Grol ja Grimshaw 2003; Nevalainen 2007; Stergiou-Kita 2010).

Käyttäjään liittyvät tekijät ovat yksilötekijöitä, esimerkiksi ikä, ammatillinen koulutus, työvuosien määrä ja oppimistyyli. Aiempi kokemusmaailma, uskomukset, motivaatio sekä ennakoasenteet ja sitoutuneisuus muutokseen vaikuttavat yksilön muutosvalmiuteen. Käyttäjän luottamus omiin kykyihin ja osaamiseen heijastuu myös uuden menetelmän käyttöönottoon. Tärkeimpiä tekijöitä uusien käytänteiden eteenpäin viemiselle ovat yksilöllinen hyödyn kokemus, käyttäjien tarpeet ja asian tärkeys sekä lisäarvo käyttäjän kannalta. Juurtumisprosessi lähtee liikkeelle työntekijöistä, joilla on tarve jäsentää omaa työtään käyttöön otettavan menetelmän jäsenlajien käsittekokonaisuuksien avulla ja siten kehittää oman työnsä teoriaa ja käytäntöä. (Kivisaari ym. 1999; Bourne ym. 2000; Grol ja Grimshaw 2003; Kaila ja Kuukasjärvi 2005; Nevalainen 2007; Bucknall ja Rycroft-Malone 2010; Stergiou-Kita 2010.)

Toisen kriittisen tekijän muodostavat työyhteisöön liittyvät tekijät. Uusi tieto ja taito siirretään työhön, kun oppimiskokemus sekä työympäristö toimivat saman tavoitteen mukaisesti. Hankkeessa tapahtuvan kehittämistyön sijoittuminen organisaatioon vaikuttaa olennaisesti sen tulosten juurtumiseen. Käytännössä tämä tarkoittaa kehittämistyön suhdetta organisaation perustoimintaan, sitä, kuinka etäällä tai lähellä ne ovat toisiaan. Myös kehitettävän toiminnan realistisuus suhteessa perustoiminnassa käytössä oleviin resursseihin vaikuttaa juurtumiseen. Kehittämistyön tulosten juur-

ruttamisen kannalta on tärkeää pitää mielessä työyhteisön perustoiminnan todellisuus sekä käytettävissä olevat resurssit. Organisaatiotasolla voi olla kyse resursseista tai niiden puutteesta sekä yleisesti organisaatiokulttuurista. Sosiaalisessa kontekstissa nousevat esiin mielipidevaikuttajat, toimintojen rutiinit sekä mahdollinen kannustus. (Grol ja Grimshaw 2003; Stergiou-Kita 2010.)

Jos kehittämistyötä ei fokusoida riittävästi, voivat juurruttamisen ylittämättömäksi esteeksi nousta juuri kehittämistyön ja peruspalvelujen erilaiset toimintamahdollisuudet. Toisaalta juurtumista voi estää se, ettei organisaatioissa haluta nähdä tulosten käyttöönoton pitkällä aikavälillä tuottamia hyötyjä. Koulutuksen ja kehittämistyön tulosten juurtuminen on tehokasta, kun myös organisaation johto on sitoutunut kehittämistyöhön. Johto ja johtamisen tavat saattavat myös vaikeuttaa tulosten juurruttamista. Samanaikaisesti toiminnan kehittämisen kanssa olisi kehitettävä myös toiminnan johtamista. Organisaatioon liittyvät tekijät sekä menetelmän käyttöönoton strategioiden näkyväksi tekeminen helpottavat ja mahdollistavat onnistuneen käyttöönoton. (Kivisaari ym 1999; Bourne ym. 2000; Kaila ja Kuukasjärvi 2005.)

Kolmanneksi kriittiseksi tarkastelun kohteeksi tulisi ottaa myös juurrutettavan menetelmän tai työtavan ominaisuudet. Menetelmän pätevyys ja luotettavuuden lisäksi sen käytettävyys ja käyttäjän omat kokemukset ovat olennainen osa hyödyn kokemuksen syntymistä. Uuden toimintatavan vakuuttavuus, laadukkuus, kompleksisuus ja selkeys vaikuttavat myös implementoinnin onnistumiseen. (Stergiou-Kita 2010.)

Neljäs juurtumiseen vaikuttava kokonaisuus on koulutus ja sen sisällöt. Uudenlaisen työtavan haltuunotto lähtee yleisesti kouluttautumisen kautta liikkeelle ja koulutuksen siirtovaikutuksilla on tärkeä merkitys uusien työtapojen käyttöönotolle. Koulutuksen siirtovaikutuksella tarkoitetaan koulutuksessa opitun ja omaksutun tiedon tai käyttäytymismallin soveltamista uuteen tai aikaisempaan työkontekstiin. Uuden menetelmän tai työtavan käytäntöön soveltaminen on aina reflektiivinen prosessi, jossa yhdistetään teoriaa ja käytäntöä. Koulutusinterventioiden toteutuksessa käytettävät erilaiset pedagogiset ratkaisut vaikuttavat myös implementoinnin onnistumiseen. Barwick ym. (2005) ovat todenneet, että tiedon siirtäminen tapahtuu parhaiten suorassa vuorovaikutuksessa, joka sallii myös hiljaisen tiedon siirtämisen.

Tässä kyselytutkimuksessa tavoite oli kartoittaa työntekijöiden kokemusten kautta nousevia ICF:n juurtumiseen ja käyttöönottoon liittyviä edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä selvittää työntekijöiden kokema hyötyä ICF:n käyttöönotosta. Tässä projektissa ICF:n juurruttamisen prosessiin vaikutettiin projektin tutkimusosioihin liittyvillä avaintoimijoiden vuorovaikutuksella ja tarjoamalla kuntoutuskeskusten käyttöön suomenkielinen ICF eLearning Tool, itseopiskelun materiaalipaketti. Kuntoutuskeskukset ovat tehneet itsenäisiä sisäisiä ratkaisujaan ICF:n käytäntöön juurtumisen tukemiseksi. Näitä ratkaisuja ei ole kontrolloitu tämän tutkimuksen aikana. Tässä tutkimuksessa oli tavoitteena tutkia mahdollista muutosta työntekijöiden hyödyn kokemuksissa, käsityksissä ICF:stä ja ICF:n käyttöönotosta tutkimusprosessin aikana.

5.2 Aineisto ja menetelmät

5.2.1 Tutkimusmenetelmät

Tämä tutkimus oli valitulle kohderyhmälle suunnattu kyselytutkimus, jossa toteutettiin kaksi erillistä sähköistä Digium-kyselyä; alku- ja seurantakyselyt kolmen projektiin osallistuneen kuntoutuskeskuksen henkilökunnalle.

Alkukyselyllä helmikuussa 2013 kartoitettiin työntekijöiden käsityksiä ICF:n käyttöön liittyvistä tekijöistä sekä selvitettiin työntekijöiden kokemaa hyötyä ICF:n käyttöönotosta. Ennen alkukyselyn toteutusta työntekijöille oli tarjottu vaihtelevasti ICF:n käyttöön liittyviä työpaikkakohtaisia koulutuksia. Aiempien koulutusten määrä vuosina 2005–2011 vaihteli 4:stä 14:ään erilaiseen koulutustapahtumaan eri kuntoutuskeskuksissa. Koulutuksiin osallistuneiden määrä vaihteli yhdestä henkilöstä koko kuntoutushenkilöstöön. Voidaan siis olettaa, että tähän tutkimukseen osallistuneiden vastaajien aiempi tietoisuus ICF:stä vaihteli vähäisestä kohtalaiseen.

Seurantakysely toteutettiin projektin lopussa joulukuussa 2013, jolloin kaikki projektissa tehdyt tutkimusosiot ja toimenpiteet olivat ohi. Sen tavoite oli kartoittaa projektin aikana tapahtuneita ICF:n käyttöön liittyviä muutoksia henkilökunnan käsityksissä ja asenteissa. Lisäksi kerättiin kokemuksia itsenäisestä verkko-opiskelusta. Alun perin tavoite oli, että seurantakysely olisi toteutettu puoli vuotta itseopiskelumateriaalin opiskelun jälkeen, mutta aikataulumuutosten vuoksi seurantakysely jouduttiin tekemään välittömästi itseopiskelun jälkeen.

5.2.2 Toimenpiteet ICF-projektin aikana

Projektin aikana kuntoutuskeskuksissa toteutettiin projektin ohjaamina tapahtumia, joissa keskityttiin projektin tavoitteiden mukaisesti ICF-näkökulmiin kuntoutustyönsä. Näissä keskeisiä avainhenkilöitä olivat kuntoutuskeskusten projektityöntekijät. Heidän mukaansa erilaisissa tilanteissa keskusteltiin moniammatillisesti tai eri ammattiryhmien sisällä ICF:n toimivuudesta, konkreettisuudesta ja sen merkityksestä omassa toiminnassa.

Konkreettisin toimenpide oli ICF:n itseopiskelu loka-marraskuussa 2013 käyttäen suomennettua WHO:n ICF eLearning Tool -materiaalia. Itseopiskelun ajankohtaa jouduttiin siirtämään aivan projektin loppuun, koska materiaalin saaminen suomennettavaksi viivästyi.

WHO:n, WHO-FIC Nordic Centren, THL:n ja JAMK:n kanssa käydyissä keskusteluissa toukokuussa 2012 sovittiin itseopiskelumateriaalin suomentamisen aloittamisesta. WHO-FIC Nordic Centre hankki WHO:lta luvan ICF eLearning Toolin kääntämiseksi pohjoismaisille kielille. Kuitenkin vuoden 2012 alkupuolella WHO:n tekemä päätös ICF eLearning Toolin päivittämisestä ja siirtämisestä ICF Research

Branchin sivuilta⁵ WHO:n virallisille sivuille aiheutti sen, että materiaalia ei saatu-kaan alun perin sovittuna aikana. Tämän projektin alusta, elokuusta 2012, lähtien odoteltiin WHO:lta lopullista päivitettyä versiota ICF eLearning Tool -itseopiskelumateriaalista käännettäväksi. Päivitetyn version viipyessä päädyttiin elokuussa 2013 tekemään suomennos opiskelumateriaalin luonnosversiosta 2, joka oli lähetetty lausuntokierrokselle WHO:lle lopullista hyväksymistä varten. Materiaalista tehtiin suomenkieliset powerpoint-diat. Tutkimuksen käyttöön suomennettu ICF eLearning Tool -itseopiskelumateriaali valmistui syyskuussa 2013. Se oli opiskeltavissa JAMKin avointen oppimateriaalien sivustolla kahden kuukauden ajan 1.10.–31.11.2013. Kukin kuntoutuskeskus organisoii itseopiskelun heille parhaiten sopivalla tavalla.

Projektin aikana kaikissa kuntoutuskeskuksissa kannustettiin henkilöstöä itseopiskeluun, perehdytettiin opiskeluympäristöön, materiaaliin ja harjoituksiin ryhmissä ja varattiin työjärjestyksiin työaika (½–1 h/henkilö/viikko). Henkilöstö vieraili itseopiskelumateriaalin sivustolla yhteensä 1 898 kertaa (lokakuussa 713 ja marraskuussa 1 182). Käyntejä oli keskimäärin 19 kertaa päivässä. Opiskeluun käytettiin aikaa keskimäärin kolme tuntia (vaihteluväli 0–50 h). Verkossa ollut opiskelumateriaali koettiin kohtalaisen selkeäksi asteikolla vaikeaselkoinen (0) – selkeä (100) keskiarvon ollessa 46,3 (SD 29,8). Itseopiskelumateriaalin tukena henkilöistä noin kolmannes käytti muuta kirjallista materiaalia. Osa hyödynsi tiimissään käymiä keskusteluja (n = 13) tai sovelsi (n = 12) ICF:ää itsenäisesti työtehtävissään.

5.2.3 Aineisto

Sähköinen alkukysely lähetettiin yhteyshenkilöiden kautta kolmen kuntoutuskeskuksen työntekijöille (N ≈ 300) 30.1.2013. Linkki kyselyyn toimitettiin kuntoutuskeskusten yhteyshenkilöille, jotka jakoivat linkin työntekijöille sisäisen verkkoympäristön kautta. Vastausaika oli 22.2.2013 saakka ja vastauksia palautui 79 kappaletta, vastausprosentti oli 26.

Seurantakysely toteutettiin 2.12.2013–21.12.2013 eli välittömästi itseopiskelujakson päätyttyä. Vastauksia palautui 79 (taulukko 6, s. 65). Vastaajista 38 ilmoitti, että ei ollut vastannut alkukyselyyn, ja heistä 4 ilmoitti olevansa organisaation uusia työntekijöitä. Siten tämän kyselyn perusteella ei voi tarkastella mahdollisia muutoksia hyödyn kokemuksissa, käsityksissä ICF:stä tai ICF:n käyttöönotossa. Suurin osa vastaajista oli naisia ja ammattinimikkeeltään fysioterapeutteja (taulukko 7, s. 65).

5 Ks. <http://www.icf-research-branch.org>.

Taulukko 6. Vastaajat kuntoutuskeskuksittain.

Kuntoutuskeskus	Alkukysely (n = 79)	Seurantakysely (n = 79) ^a
Kuntoutus Peurunka	29	22
Kuntoutuskeskus Kankaanpää	25	26
Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus	25	31

^a Alku- ja seurantakyselyyn vastanneet n = 41.

Taulukko 7. Vastaajien taustatiedot ja tehtävänimikkeet.

Taustatiedot	Alkukysely (n = 79)	Seurantakysely (n = 79)
Ikä, vuotta (ka. ± SD)	46 ± 10,0	47 ± 10,9
Sukupuoli (n)		
Nainen	65	62
Mies	14	17
Työskentely, vuotta (ka. ± SD (vaihteluväli))		
Nykyisessä ammatissa	18 ± 10,4 (1–42)	17 ± 10,7 (1–38)
Nykyisessä organisaatiossa	14 ± 9,6 (0–37)	12 ± 9,6 (0–34)
Ammattinimike (n) ^a		
Fysioterapeutti	30	28
Psykologi	7	11
Sosiaalityöntekijä	6	10
Sairaanhoidaja	5	7
Toimintaterapeutti	4	7
Lääkäri	2	7
Lähihoitaja	0	3
Kuntoutuksen ohjaaja	1	1
Muu	5	5

^a Ammattinimike-kysymykseen vastanneiden määrä alkukyselyssä n = 60.

5.2.4 Aineiston analyysi

Aineisto siirrettiin Digium-kyselyistä Excel- ja SPSS-ohjelmiin. Aineiston kuvaamisessa käytettiin frekvenssejä, prosentiosuuksia, keskiarvoja ja keskihajontoja. Henkilöstön käsityksiä arvioitaessa tarkasteltiin eri muuttujien välisiä yhteyksiä ristiintaulukoiden ja korrelaatioiden avulla.

Hyödyn kokemuksen arviointiin rakennettiin mittausmenetelmä, joka koostuu 26:sta ICF:n käyttöönottoon liittyvästä osoittimesta. Osoittimet kuvaavat koettua ICF:n käytön hyödyn kohdetta (taulukko 10, s. 68). Hyödyn kokemusta arvioitiin kuusiporraisella Likert-asteikolla. Hyödyn kokemuksen mittarin rakentaminen pohjautui kahdessa eri kyselyssä tuotettuihin vastauksiin ($n = 132$). Vastausten järjestysasteikolliset muuttujat analysoitiin käyttäen FASETS-analyysiohjelmaa (Linacre 2014). Hyödyn kokemuksen pisteytysten analysointiin käytettiin kaksiosioista Rasch-analyysia. Analyysissa tarkasteltiin kahta välimatka-asteikollista jatkumoa: (a) osoittimien hyödyn kokemuksen haasteellisuutta ja (b) vastaajien yksilöllistä ICF:n kokonaisuhyötyä kuvaavaa muuttujaa.

Rasch-analyysi pohjaa todennäköisyysoletuksiin: (1) osoittimet, jotka kuvaavat suurinta hyötyä, todennäköisesti tuottavat kaikille vastaajille suuren hyödyn kokemuksen, ja vastaajat antavat niistä hyviä pisteitä, (2) osoittimet, jotka on vaikeaa kokea hyödylliseksi; todennäköisemmin kaikki vastaajat kokevat ne vain vähän hyödylliseksi ja he antavat niistä heikkoja pisteitä ja (3) ne vastaajista, jotka eivät koe ICF:ää hyödylliseksi, antavat todennäköisimmin vähemmän pisteitä kaikista osoittimista kuin ne, jotka kokevat sen hyödyllisemmäksi.

Ne ICF:n hyödyn kohdetta kuvaavat osoittimet ja vastaajat, jotka toimivat kyseisten oletusten mukaisesti, sopivat analyysissa luotuun hyödyn kokemisen Rasch-malliin.

FACETS-ohjelma tulostaa kaikki odottamattomat tulokset sopivuustilastoon (*goodness-of-fit statistics*). Se generoi keskineliöpoikkeaman ($MnSq$) ja standardipoikkeaman (z). Kriteereiksi hyväksyttävälle arvoille asetettiin $MnSq \leq 1,5$ ja $z < 2,0$. Yleisesti oletetaan, että osoittimista 95 % sopii tähän oletukseen. Kun näin tapahtuu, voidaan osoittaa, että hyödyn kokemuksen jatkumo toimii yksiulotteisena mittarina, jonka asteikon validiteetti on hyvä.

Luodulla ICF:n koetun hyödyn mittausmenetelmällä tuotettiin jokaiselle vastaajalle hyödyn kokemusta osoittava välimatka-asteikollinen logit-arvo. Ensimmäisessä kyselyssä valideja vastauksia oli 63 ja toisessa kyselyssä 67. Ensimmäisessä kyselyssä oli 15 ja toisessa kyselyssä 12 tyhjää tai ”en osaa sanoa” -vastausta kaikissa osoittimissa. Nämä tyhjät vastaukset poistettiin aineistosta. Arvioitaessa, onko hyödyn kokemus muuttunut kahden eri kyselyn välillä, verrattiin näitä kahden kyselyn mitattuja hyödyn kokemuksen logit-arvoja toisiinsa riippumattomien otosten t-testillä. Merkitsevän muutoksen rajaksi asetettiin $p < 0,05$.

5.3 Tulokset

Alku- ja seurantakyselyn tulokset raportoidaan tässä koetun hyödyn osalta yhdistettyinä tuloksina ja muuten erikseen alku- ja seurantakyselyn tuloksina. Seurantakyselyyn vastanneista lähes puolet ($n = 38$) oli uusia vastaajia, joten muuttuneet

arvot eivät ole yksiselitteisen luotettavasti vertailtavissa. Muutos kyselyiden välillä jäi kuitenkin vähäiseksi.

5.3.1 Käyttäjään liittyviä tekijöitä

Oman osaamisen merkitys

Käsitys omasta osaamisesta vaihteli vähäisestä kohtalaiseen (taulukko 8). Sekä alkueittä seurantakyselyssä ne vastaajat, jotka kokivat enemmän olevansa ICF-asiantuntijoita, kokivat ICF:n myös ohjaavan tällä hetkellä omaa työtään (alkukysely $r = 0,785$, $p < 0,01$; seurantakysely $r = 0,769$, $p < 0,01$). Suurin osa vastaajista koki kuitenkin tarvitsevansa lisää osaamista kyetäkseen soveltamaan ICF:ää omaan työhönsä.

Taulukko 8. Työntekijöiden näkemys omasta ICF-osaamisestaan.

ICF-osaaminen (janalla 0–100)	Alkukysely (ka. ± SD)	Seurantakysely (ka. ± SD)
Millaiseksi koet ICF-asiantuntijuutesi? Ei osaamista ↔ erinomainen osaaminen	30,9 ± 21,8	25,2 ± 18,4
Koetko tarvitsevasi vielä lisää osaamista? En ↔ paljon	80,0 ± 19,7	77,2 ± 26,3

Tarve uudelle menetelmälle

Tutkittaessa työntekijöiden käsityksiä ICF:n tarpeellisuudesta omaan työhön ICF koettiin keskimääräisesti hyödyllisenä ja oman työn kannalta tarpeellisenä kehityssuuntauksena (taulukko 9).

Taulukko 9. Työntekijöiden kokema ICF:n tarpeellisuus omassa työssään.

Tarve (janalla 0–100)	Alkukysely (ka. ± SD)	Seurantakysely (ka. ± SD)
Kuinka tarpeelliseksi koet ICF-luokittelun käyttöönoton oman työsi kannalta? Tarpeeton ↔ erittäin tarpeellinen	62,0 ± 20,2	54,7 ± 23,3
ICF:n käyttö sopii työtehtäviisi? Ei ollenkaan ↔ erittäin hyvin	59,7 ± 21,1	53,4 ± 23,5
ICF:n käyttöönotto omassa työssäsi on: Lisärasite ↔ hyödyllinen kehityssuunta	60,0 ± 22,2	54,1 ± 23,7

Hyödyn kokemus

Tutkittaessa ICF:n hyödyn kokemuksen osoittimien sopivuutta Rasch-malliin havaittiin, että kaksi (2/26) osoittimista poikkesi hyödyn kokemuksen Rasch-mallista ($MnSq \leq 1,50$, $z < 2,0$). Tämä oli 7,6 % kaikista osoittimista. Nämä osoittimet olivat ”hyötyä työajan priorisoinnissa” ja ”hyötyä asiakkaan kanssa keskustellessa”. Poikkeavat osoittimet poistettiin hyödyn kokemuksen mittarista.

Eniten hyötyä koettiin välittömään asiakastyöhön liittyvissä osoittimissa, kun taas koettu ICF:n hyöty oli vähäisempää tiimin työskentelyn ja organisaation toiminnan kannalta (taulukko 10). ICF tuo kuitenkin hyödyllisen yhteisen kielen moniammatillisen tiimin toimintaan. Vähiten koettua hyötyä nähtiin omaisten kanssa työskennellessä.

Taulukko 10. ICF:n käyttönotosta koettu hyöty Rasch-analyysin mukaan.

Logit	SE	Paljon koettua hyötyä
-1,2	0,14	Asiakkaan toimintakyvyn kuvaamisessa
-0,79	0,14	Asiakkaan elämän eri osatekijöiden huomioimisessa
-0,63	0,13	Asiakkaan eri toimintaympäristöjen huomioimisessa
-0,59	0,14	Arviointimenetelmien yhtenäistämässä
-0,49	0,13	Yksilöllisen kuntoutuksen suunnittelussa
-0,4	0,13	Kuntoutuksen vaikutusten arvioinnissa
-0,38	0,13	Moniammatillisen tiimin yhteisen kielen löytymisessä
-0,28	0,13	Tiimin yhteisen viitekehyksen löytymisessä
-0,27	0,15	Lausuntojen/kuntoutusselosteiden kirjoittamisessa
-0,15	0,13	Asiakkaan ongelmien priorisoinnissa
-0,11	0,13	Kirjaamisen jäsentämisessä
-0,03	0,13	Asiakkaan kuntoutukseen liittyvässä asiantuntijayhteistyössä
0,15	0,13	Yksilöllisyyden huomioimisessa asiakastyössä
0,18	0,14	Asiakkaan osallistamisessa kuntoutukseensa
0,18	0,14	Yhteistyössä eri toimijoiden välillä
0,19	0,13	Kuntoutukseen liittyvässä päätöksenteossa
0,19	0,12	Asiakaslähtöisen työotteen varmistamisessa
0,2	0,12	Tiimin yhteistyössä
0,29	0,13	Tiimityön kehittämisessä
0,39	0,13	Arviointimenetelmien valinnassa
0,48	0,14	Asiakastilanteisiin liittyvässä ongelmaratkaisussa
0,77	0,12	Tiimin työnjaon selkeyttämisessä
1,12	0,13	Ryhmätoiminnan suunnittelussa
1,18	0,14	Omaisten kanssa työskennellessä
		Vähän koettua hyötyä

Vertailtaessa alku- ja seurantakyselyjen työntekijöiden ICF:n hyödyn kokemuksen määrää mitattuna välimatka-asteikkolisina hyötymuuttujina, logit-arvoina, todettiin, että hyödyn kokemukset eivät poikenneet merkitsevästi kahden mittauksen välillä ($p = 0,54$). Hajonnat kummassakin mittauksessa olivat melko suuria (alkukysely $Ka \pm SD = 1,41 \pm 1,47$; seurantakysely $Ka \pm SD = 0,89 \pm 1,60$).

5.3.2 Työyhteisöön liittyviä tekijöitä

Vastaajista suurimman osan (78 %) mielestä kuntoutustiimeissä oli yhteinen lähestymistapa tai viitekehys. Tiedusteltaessa, millaisia yhteisiä viitekehelyksiä heillä oli käytössään, vastauksista 30 %:ssa löytyi mainintana ICF. Molemmissa kyselyissä niiden vastaajien mielestä, joilla oli enemmän ICF-tuntemusta, ICF soveltui hyvin kuntoutustiimin toimintaan (alkukysely $r = 0,512$, $p < 0,01$; seurantakysely $r = 0,585$, $p < 0,01$). Kuitenkaan lähes puolet vastaajista ($n = 32$, $n = 31$) ei tiennyt, oliko työyhteisössä yhteisesti sovittu käytännön toimenpiteitä ICF:n käyttöön otosta ja moni vastaajista ($n = 22$, $n = 32$) ilmoitti, että näitä yhteisiä käytäntöjä ei ollut sovittu. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Työyhteisön yhteisesti sovitut käytänteet ICF:n käyttöön ottoon.

Yhteisesti sovitut käytänteet ICF:n käyttöön ottoon	Alkukysely ^a (vastauksia 77 kpl)	Seurantakysely ^a (vastauksia 71 kpl)
Kyllä	23 (30 %)	8 (11 %)
Ei	22 (29 %)	32 (45 %)
En tiedä	32 (41 %)	31 (44 %)

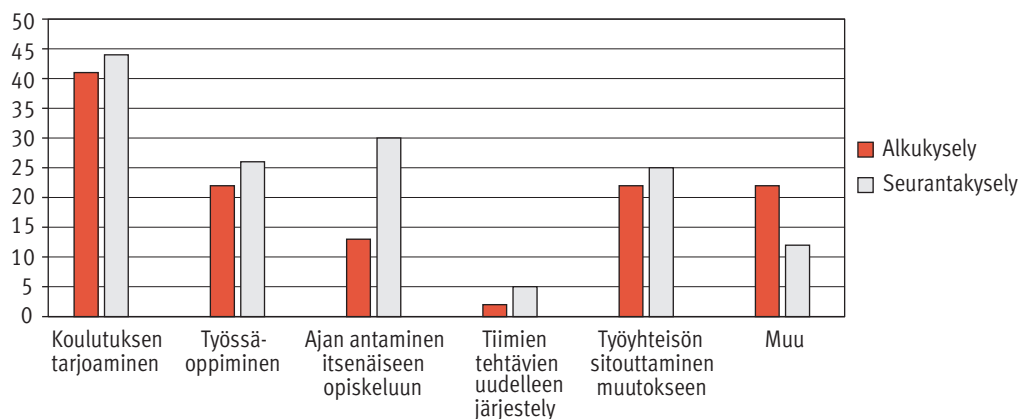
^a Kysymykseen vastanneiden määrä.

Otettaessa ICF käyttöön työyhteisön koettua yleistä ilmapiiriä ei pidetty positiivisena eikä negatiivisena, mutta vaihtelua työntekijöiden kokemuksissa on nähtävissä. Työyhteisöstä saadun tuen riittävyys ja tuen määrä koettiin melko vähäiseksi. Lisää tukea tarvitaan vielä ICF:n käyttöön ottamiseksi ja juurruttamiseksi lisää. (Taulukko 12, s. 70.)

Vastauksissa kysymykseen, miten organisaation johto on pyrkinyt tukemaan ICF:n käyttöön ottoa, nousevat esiin koulutuksen tarjoaminen ja ajan antaminen itsenäiseen opiskeluun (kuvio 4, s. 70). Muutosta oli tapahtunut itsenäisen opiskelun ajan antamisessa vastauksien välillä, mutta opiskeluaikaa ei koettu riittävänä. Vielä ICF ei ole vaikuttanut sanottavammin tiimin tehtävien organisointiin. Kohtaan ”Muu” vastanneet kertoivat, etteivät tiedä, miten organisaatio on tukenut tai eivät ole mielestään saaneet tukea.

Taulukko 12. Käsitukset työyhteisön tuesta ICF:n juurruttamiseksi.

Työyhteisön tuki (janalla 0–100)	Alkukysely (ka. ± SD)	Seurantakysely (ka. ± SD)
Yleinen ilmapiiri ICF:n käyttöönoton edistämiseksi työyhteisössäsi on: Vastustava ↔ kannustava	54,4 ± 16,9	50,8 ± 17,1
Oletko saanut riittävästi aikaa uuden opiskeluun työssäsi? En ollenkaan ↔ riittävästi	31,7 ± 22,3	42,7 ± 26,5
Oletko saanut tukea työyhteisössäsi ICF:n opiskeluun ja käyttöön ottamiseksi? En ollenkaan ↔ riittävästi	39,7 ± 23,1	43,4 ± 20,4
Koetko tarvitsevasi tulevaisuudessa tukea ICF:n käyttöönotossa omassa työssäsi? En ollenkaan ↔ paljon	77,5 ± 19,0	71,4 ± 21,9

Kuvio 4. Johdon tuki työntekijöille ICF-viitekehyksen käyttöönotossa.

5.3.3 Juurrutettavaan menetelmään liittyvät tekijät

ICF:n koettiin kohtuullisen hyvin soveltuvan kuntoutustiimin toimintaan. Sen nähtiin tuovan uusia, tarpeellisia välineitä työhön, joskin ICF:ää pidettiin kohtalaisen vaikeaselkoisena (taulukko 13, s. 71).

ICF-työvälineitä tunnettiin jonkin verran, mutta niiden käyttö oli vähäistä. ICF:n koodausjärjestelmä tunnistettiin jonkin verran useammin koulutuksen jälkeen, mutta työvälineiden käytön aste pysyi ennallaan (taulukko 14, s. 71). ICF-käsikirja oli käytössä päivittäin kahdella tai kolmella henkilöllä, silloin tällöin kirjaa käytti 16–22 henkilöä ja 30–34 vastaajaa ei käyttänyt kirjaa koskaan. Syitä kirjan käyttämättömyyteen olivat osaamisen puute tai se, että kirjaa ei ole ollut käytettävissä eikä myöskään yhteisiä käytänteitä kirjan käyttöön esimerkiksi kirjaamisessa.

Asiakasprosessin eri vaiheissa ICF oli ohjaamassa omaa työtä eniten asiakkaan alkuarvioinnissa (30 %) ja kuntoutuksen suunnittelussa (27 %) sekä koulutuksen jälkeen

myös kirjaamisessa (30 %). 40 % vastaajista ilmoitti, että ICF ei ohjaa omaa työtä. (Taulukko 15.)

Taulukko 13. ICF:ään liittyviä käsityksiä.

Työyhteisön tuki (asteikolla 0–100)	Alkukysely (ka. ± SD)	Seurantakysely (ka. ± SD)
Miten ICF-luokituksen käyttö soveltuu mielestäsi kuntoutustiimin toimintaan? Ei ollenkaan ↔ erinomaisesti	63,0 ± 18,1	51,9 ± 30,1
ICF:n käyttöönotto tuo uusia työvälineitä työhösi, koetko niiden olevan? Turhia uudistuksia ↔ tarpeellisia välineitä	63,2 ± 16,7	59,6 ± 20,5
Yleensä ottaen ICF on mielestäsi Vaikeaselkoinen ↔ selkeä	47,4 ± 20,3	45,6 ± 23,5

Taulukko 14. Työvälineiden tuttuus ja käyttö.

Työvälineet	Työvälineiden tuttuus		Työvälineiden käyttö	
	Alkukysely (vastauksia, kpl)	Seurantakysely (vastauksia, kpl)	Alkukysely (vastauksia, kpl)	Seurantakysely (vastauksia, kpl)
ICF-koodausjärjestelmä	26	32	6	7
ICF-tarkistuslista (ICF checklist)	16	14	0	4
Ydinlistat (core sets)	17	15	4	5
RPS-lomake ^a	24	16	6	6
Ei mikään edellisistä	32	33	51	52
Oma sovellus			17	12

^a RPS, Rehabilitation Problem Solving (tunnetaan myös nimeltä ICF-arviointilomake, ICF Assessmnet Sheet).

Taulukko 15. ICF:n käyttö asiakasprosessin vaiheissa.

Vaihe	Alkukysely (vastauksia, n = 79)	Seurantakysely (vastauksia, n = 79)
Tavoitteiden asettelu	^a	31
Alkuarviointi	23	25
Kirjaaminen	14	24
Kuntoutuksen suunnittelu	20	22
Asiakkaan osallistaminen	^a	18
Lausunnon/kuntoutusselosteen kirjoittaminen	19	18
Kuntoutuksen vaikutusten arviointi	18	10
Kehittämistyö	^a	8
Yhteistyöpalaverit	9	7
Ei käytössä	34	29
Jokin muu, mikä	5	1

^a Ei kysytty alkukyselyssä.

5.3.4 Koulutukseen liittyvät tekijät

Ennen ICF eLearning Tool -opiskelua noin puolet työtekijöistä oli tutustunut ICF:ään erilaisissa luentokoulutuksissa. Vastaajista 34 ei käyttänyt ICF:ää ollenkaan ja ICF ei suuressa määrin ohjannut vastaajien työtä (ka. \pm SD = 39,2 \pm 26,2), kuten ei myöskään koulutuksen jälkeen (ka. \pm SD = 28,1 \pm 25,2). Vastaajat kokivat ICF-asiantuntijuutensa heikoksi niin alussa (ka. \pm SD = 30,9 \pm 21,8) kuin koulutuksen jälkeenkin (ka. \pm SD = 25,2 \pm 18,4) ja tarvitsevansa vielä paljon lisää osaamista ICF:stä (Alkukysely ka. \pm SD = 80,0 \pm 19,7; seurantakysely ka. \pm SD = 77,2 \pm 26,3) (taulukko 16).

Taulukko 16. Väittämiä ICF-koulutuksen vaikutuksista.

Koulutuksen vaikutukset (0–100)	Ka \pm SD
Vaikuttiko ICF-koulutus tiimin yhteisten viitekehysten/lähestymistapojen määrittelyyn? Ei ollenkaan \leftrightarrow muuttunut täysin	24,5 \pm 17,9
Vaikuttiko ICF-koulutus omaan työhösi? Ei muutosta \leftrightarrow muuttunut paljon	25,4 \pm 21,7
Tuottiko ICF-verkko-opiskelu uutta osaamista? Ei ollenkaan \leftrightarrow riittävästi	31,5 \pm 21,5
Koetko tarvitsevasi vielä lisää osaamista? En \leftrightarrow paljon	77,2 \pm 26,3

ICF-opiskelun vaikutus omaan työhön oli yhteydessä koettuun ICF-asiantuntijuuteen ($r = 0,623$, $p < 0,01$), muutokseen tiimin yhteisessä viitekehyksessä ($r = 0,685$, $p < 0,01$), tarpeelliseksi koettuun kehityssuuntaukseen ($r = 0,488$, $p < 0,01$), ICF:ään oman työn ohjaajana ($r = 0,735$, $p < 0,01$) ja työtehtäviin sopivana ($r = 0,500$, $p < 0,01$).

Huomattavimmaksi opiskeluprosessia estäväksi tekijäksi vastaajat ($n = 46$) ilmoittivat ajanpuutteen ($n = 33$) ja materiaalin keskeneräisyyden, paljouden ja selkeyden puutteen ($n = 7$). Myös epävarmuus siitä, miten ICF:ää voisi hyödyntää omassa työssään, häiritsi opiskelua. Muutamien vastaajien mielestä itseopiskelu ei soveltunut heille henkilökohtaiseksi opiskelumenetelmäksi. Itseopiskelun tueksi kaivattiin lisää yhteisiä keskusteluja, ohjausta ja käytännön esimerkkejä. ICF-tietämystä pitäisi myös jakaa ja käyttää erilaisissa kokouksissa, palavereissa ja tiimin toiminnassa.

5.4 Pohdinta

Tässä kyselytutkimuksessa tavoite oli kartoittaa kuntoutuskeskusten työntekijöiden kokemuksia ICF:n juurtumiseen ja käyttöönottoon liittyvistä edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä selvittää työntekijöiden kokemaa hyötyä ICF:n käyttöönotosta. Lisäksi tavoite oli tutkia ICF:n käyttöönottoon liittyviä mahdollisia muutoksia työntekijöiden kokemuksissa heidän osallistuttuaan projektin aikaiseen toimintaan sekä itseopiskeluun ICF eLearning Toolin avulla. Tässä tutkimuksessa muutoksen mittaaminen ei

kuitenkaan toteutunut, sillä toisen vaiheen kyselyyn osallistuneista 38 vastaajaa 79:stä oli uusia. Aineistoa voi tarkastella enemmänkin olemassa olevan tilanteen kuvauksena kuin muutoksen osoittajana. Siitä syystä tässä pohdinnassa tarkastellaan ensimmäisen ja toisen kyselyn vastauksia yhdistettyinä.

Osaaminen, tarpeet ja hyödyn kokemus

Keskiarvoja tarkasteltaessa ICF koettiin pääasiassa hyödylliseksi ja tarpeelliseksi työtä ohjaavaksi käsitejärjestelmäksi ja toimintatavaksi kuntoutuskeskusympäristössä. Kyselyyn vastaajien kokema ICF-asiantuntijuus korreloi vahvasti tähän ICF:n omaan työhön ja organisaation toimintaan soveltuvuuden kokemuksen kanssa. Käyttäjien kokemus omasta osaamisestaan nousi tutkimuksessa tärkeäksi tekijäksi ja loi positiivista asennoitumista uuden menetelmän käyttöönotolle (vrt. Kivisaari ym. 1999).

Vastaajien käsitykset vaihtelivat huomattavasti. Vastaajien joukosta erottui ryhmä työntekijöitä, jotka olivat löytäneet motivaation oppimiselle ja uuden menetelmän käyttöönotolle. Osa vastaajista koki menetelmän kuitenkin soveltumattomaksi omaan työhönsä ja ulkoa tuoduksi lisärasitteeksi. Tarve uudenlaisten menetelmien käyttöönotolle ja oppimiselle ei synny vain ulkoisesti tuotettuna, vaan on hyvä synnyttää sisäinen motivaatio menetelmän käyttöönottamiselle. ICF:n käyttöönotto voidaan nähdä helposti ulkoa tuotetuksi vaatimukseksi, mikäli sen tuomia hyötyjä ei kyetä tunnistamaan ja ottamaan käyttöön omassa työssä. Määräviä tekijöitä motivaation suuntaamiselle ovat yksilölliset asenteet ja tavoitteet, jotka ohjaavat yksittäisen työntekijän toimintaa (Ryan ja Deci 2000). Muutos tulisi kyetä kytkemään myös yksittäisen työntekijän tavoitteeksi, sillä oman osaamisen lisäämisessä ja uuden menetelmän käyttöön soveltamisessa tärkeäksi tekijäksi nousee erityisesti sisäinen motivaatio muutokseen (Ryan ja Deci 2000).

Tarve uuden menetelmän käyttöön syntyy vanhan toimintatavan kehittämisen tarpeesta. Hyödyn kokemus voi toimia tällaisena muutostarpeen herättäjänä. Uuden menetelmän tulee siis tuottaa näkyviä hyötyjä työprosesseihin. Hyödyn kokemus vaihteli huomattavasti työntekijöiden välillä. Hyötyä mittaaviin kysymyksiin jätti vastaamatta osa (27/158) vastaajista. Tämä voi kertoa yleisestä asenteesta joko uutta menetelmää (ICF), tätä kyselytutkimusta tai molempia kohtaan. Osa vastaajista koki uuden välineen käyttöönoton lisärasitteena arjen kiireiden keskellä (vrt. Kivisaari ym 1999; Bourne ym. 2000; Kaila ja Kuukasjärvi 2005). Kiire määrittää nykyistä työelämää ja kiireen kokemus toimii muutosta hidastavana tekijänä. Ratkaisevaksi kysymykseksi nousee se, miten työprosesseihin saadaan aikaa ja tilaa uudelle toiminnalle ja mistä prosessin vaiheista muutos lähtee todennäköisimmin liikkeelle.

Selkein hyöty tässä tutkimuksessa ICF:n käyttöönotossa koettiin suoraan asiakastyöhön liittyvissä työprosesseissa. Työntekijöiden oli helpointa nähdä hyöty asiakkaan toimintakyvyn kuvaamisessa ja hänen eri toimintaympäristöjensä ja elämän eri osatekijöidensä huomioimisessa. ICF:ää pidettiin hyödyllisenä myös kuntoutuksen

suunnittelussa ja vaikutusten mittaamisessa. Nämä hyödylliseksi koetut osa-alueet voivat toimia muutoksen mahdollistavina kohteina, joista voidaan lähteä syventämään juurruttamisen prosessia.

Mielenkiintoisesti tässä tutkimuksessa nousi esiin se, että työntekijöiden oli vaikea nähdä ICF:n tuomaa hyötyä asiakkaan osallistamiseen omaan kuntoutukseen ja omaisten kanssa työskentelyyn. Kuntoutuksen työntekijät pyrkivät määrittämään työtään ja kuntoutuksen prosessia omien työmenetelmien ja tehtävien kautta, ja myös ICF nähdään tällaisena uutena työvälineenä. ICF on tarkoitettu kuitenkin toimivaksi asiakaslähtöiseksi asiakkaan arjen ja toimintakyvyn kuvaamisen välineeksi. Miksei se voisi toimia myös arkikielenä asiakkaan kanssa keskusteltaessa?

Työyhteisöön liittyvät tekijät ja johtaminen

ICF:n koettiin tuovan tiimille yhteisen viitekehyksen ja kielen, mutta suoraa yhteyttä tiimityön kehittämiseen ei nähty. Huomioitavaa on, että vain 19 % vastaajista tunnusti, että työyhteisössä on yhteisesti sovitut käytänteet ICF:n käyttöönottoon, ja 37 % ilmoitti, että tällaisia yhteisiä käytäntöjä ei ole sovittu. Työntekijöistä 44 % ei ollut tietoisia siitä, onko yhteisesti sovittuja käytäntöjä omassa työyhteisössä. Työntekijät myös kokivat, etteivät olleet saaneet riittävästi tukea työyhteisöstään uuden menetelmän käyttöönottoon, vaikka yleinen ilmapiiri koettiin pääasiassa tukevaksi. Bucknall ja Rycroft-Malone (2010) ovat esittäneet, että onnistunut toteutus vaatii organisaation sisäisiä mielipidevaikuttajia ja muutosagentteja, toiminnan hallinnoinnin ja johtamistapojen muokkaamista sekä muutosta edistävää vuorovaikutuskulttuuria. Tällainen innostuneiden osaajien joukko näyttäisi olevan jo syntynyt kuntoutuskeskuksissa. Olisi pohdittava, miten heidän osaamistaan hyödynnetään organisaatiossa muun työyhteisön sitouttamisessa mukaan kehitystyöhön.

Nyt vaaditaan uudenlaisia yhteisiä toimenpiteitä organisaatiotason muutoksen aikaansaamiseksi. Palvelujen laadun varmistamiseksi organisaatioiden tulisi kiinnittää huomiota yhteisten lähestymistapojen, käytänteiden ja pelisääntöjen laadintaan. Muutoksen hallinta on monitahoista ja onnistunut toteutus vaatii tarkkaa suunnittelua ja strategiaa sekä reagointia usealla eri tasolla: käyttäjät, organisaatio, systeemi, menetelmä (Barwick 2005). Organisaatioiden rakenteet ja toimintaprosessit vaihtelevat huomattavasti niin sisäisesti kuin toisiinsa verrattunakin ja siksi toteutustoimenpiteet tulee suunnitella yksilöidysti organisaation ja sen eri tiimienkin tarpeisiin.

ICF:n ominaisuudet ja käytettävyys

Kokonaisuudessaan ICF viitekehyksenä nähtiin tarpeellisena, mutta vaikeaselkoisena. Voidaan myös kysyä, millaisena ICF ymmärretään; onko se työntekijöille vain koodikieltä vai nähdäänkö se kokonaisvaltaisena lähestymistapana. Otettaessa uutta toimintatapaa käyttöön on huomioitava esimerkiksi se, kuinka kompleksisia juuru-

tettavat toiminnot ovat ja kuinka uusi toimintatapa soveltuu kyseisen organisaation ja eri henkilöstöryhmien toimintaan. Uuden toimintatavan juurruttamisessa voidaan myös harkita juurrutettavan asian jakamista pienempiin osiin tai muutoksen aika-auluttamista eri tavalla organisaation eri osissa.

ICF:n todettiin antavan työntekijöiden käyttöön uusia työvälineitä, mutta tällä hetkellä niitä ei tunneta riittävästi. ICF soveltuu myös asiakastyöhön ja terapiaprosessin eri vaiheisiin, ja sitä käytettiin eniten tavoitteiden asettelussa, alkuarvioinnissa ja kirjaamisessa. Tällä hetkellä sen ei koettu hyödyttävän yhteistyötä muiden toimijoiden tai omaisten kanssa. ICF:n käyttöä tulisikin laajentaa kokonaisvaltaisesti asiakastilanteisiin ja organisaation koko toimintaan, esimerkiksi se voisi toimia erilaisten yhteistyö- ja kuntoutussuunnitelmapalavereiden lähtökohtana ja yhteisenä kielenä. Lisäksi asiakaskunnan vastaanotto voisi edistää juurtumista (Bucknall ja Rycroft-Malone 2010) ja lisätä myös asiakkaan osallistumista kuntoutukseen liittyvään päätöksentekoon.

Koulutukseen liittyvät tekijät

Koulutus on ensimmäinen ja tärkeä tekijä uuden työtavan juurruttamiseksi, mutta se ei yksin riitä, vaan tietoa ja uutta toimintatapaa tulee lähteä systemaattisesti soveltamaan koko organisaation toimintaan. Uuden menetelmän juurruttamisen prosessi on hidas ja se vaatii monenlaisia pedagogisia ja menetelmällisiä lähestymistapoja perinteisen koulutuksen lisäksi. Aikaisemmilla toimenpiteillä ja nyt tapahtuneella itseopiskelulla kuntoutuskeskusten toimintaa on viritetty muutoksen vastaanottamiseen, mutta edelleen kaivataan huolellisia perusteluja muutoksen tarpeelle. Tässä tutkimuksessa ei kontrolloitu kuntoutuskeskuksissa tehtyjä muita toimenpiteitä tai sisäisiä koulutusprosesseja, joten suoria johtopäätöksiä pelkästään eLearning Toolin aiheuttamista muutoksista ei voida tehdä.

Tutkimusprojektin aikana ICF-koulutus annettiin tietokoneen avulla itseopiskelumenetelmin. Tutkittavat olivat käyttäneet aikaa opiskeluun keskimäärin kolme tuntia. Tässä ajassa he saattoivat käydä läpi PowerPoint-aineiston reflektoiden tai prosessoimatta oppimaansa sen syvällisemmin, puhumattakaan tiedon siirtämisestä tai ICF:n soveltamisesta omaan työhön. ICF:n opiskelun vaikutuksella omaan työhön ja ICF-asiantuntijuudella oli positiivinen yhteys. Mitä enemmän työntekijällä oli ICF-asiantuntijuutta, sitä enemmän sen voidaan olettaa ohjaavan työtapoja. Itseopiskelun jälkeenkin työntekijät kokivat tarvitsevansa lisää osaamista, aikaa ja tukitoimia ICF:n käyttöönottoon. Erilaisia kouluttautumismuotoja ja pedagogisia ratkaisuja tulisi voida valita, sillä yksilöiden oppimistyylytkin ovat erilaisia. Hyöty ja tarve uudelle toimintatavalle ovat nyt olemassa ja uteliaisuus ICF:ää kohtaan on synnytetty erilaisissa koulutuksissa.

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että luomalla oppimiselle sellaiset olosuhteet, jotka edistävät sisäistä motivaatiota, käsitteellinen oppiminen, luova ajattelu ja op-

pimisen laatu lisääntyvät dramaattisesti verrattuna sellaiseen oppimisympäristöön, joka tukee vain ulkoisesti motivoitunutta oppimista. Näyttäisi siis siltä, että epämuodollinen oppimisympäristö, joka tarjoaa optimaalisia haasteita, paljon virikkeitä ja mahdollisuuden kokea autonomian tunteita, edistää oppimisen kannalta suotuisan motivaation syntyä (Ryan ja Deci 2000). ICF:n teoreettinen opiskelu vaatii nyt rinnalleen soveltavaa ja käytäntöjen muuttumiseen tähtäävää toimintaa. Ensinnäkin organisaatioissa tulisi nyt pohtia tiedottamisen tehostamista, sillä suuri joukko vastaajia ei tiennyt meneillään olevasta ICF:n käyttöönotosta. Myös koko organisaation johdon sitouttaminen ja työyhteisössä yhteisesti sovittavat käytänteet vahvistaisivat käyttöönoton onnistumista. Olemassa olevia ICF-osaajia voitaisiin hyödyntää työparitoimintaa ja mentorointia kehittämällä. Erilaisia soveltavia ratkaisuja ICF:n käyttöön ottamiseksi työprosesseihin tulisi viedä käytäntöön sekä tutkia niiden mukanaan tuomia hyötyjä myös kuntoutuksen asiakkaille. Koulutus ja oppiminen eivät välttämättä aina johda muutokseen, vaan muutos vaatii konkreettisia toimenpiteitä organisaation eri tasoilla.

Tutkimuksen luotettavuus

Kyselyn vastauksiin vaikuttaa sekä kyselyn sisältö että vastaajan motivoituminen kyselyn aihealueeseen. Ensimmäisen kyselyn lomake muotoiltiin pohjaten tutkimuksiin juurruttamisen haasteista. Kyselylomake esiteltiin kuntoutuksen asiantuntijoilla ennen ensimmäisen kyselyn toteuttamista. Toisessa vaiheessa kysely sisälsi ensimmäisen vaiheen kysymykset samanmuotoisina ja lisäksi koulutukseen ja muutokseen liittyviä lisäkysymyksiä.

Tutkimuksen alkuperäisenä tarkoituksena oli tarkastella muutosta, mutta seuranta-kyselyyn vastanneista henkilöistä lähes puolet (48 %) ei ollut vastannut alkukyselyyn. Tämä osoittanee vastaajien sitoutumisen tasoa juurruttamisprosessiin tai esimerkiksi henkilökunnan vaihtuvuutta, sillä osa vastaajista ilmoitti olevansa uusia työntekijöitä kyselyn toisessa vaiheessa. Varsinaista muutosta ei voi siis kuvata luotettavasti ja mahdollisten muutosten osalta tuloksiin tulee suhtautua varauksella. Ammattinimikkeeltään suurin osa vastaajista oli fysioterapeutteja, joten vastaukset saattavat peilata pääasiassa tämän ammattiryhmän kokemuksia. Tiedossa ei myöskään ole, miten vastaajien ammattinimikkeet suhteutuivat kuntoutuskeskusten henkilöstörakenteeseen.

Kyselyt lähetettiin samanaikaisesti kaikkiin kolmeen kuntoutuskeskukseen. Kuntoutuskeskusten vastaavat projektityöntekijät välittivät verkkokyselyn osoitteen potentiaalisille vastaajille. Kyselyn vastausprosentti jäi kuitenkin pieneksi. Vastaamattomuuteen saattoi olla syynä tiedon ja käyttökokemusten puute, sillä suuri osa työntekijöistä ei tiennyt käynnissä olevasta ICF:ään liittyvästä juurruttamistoiminnasta ja lisäksi lähes puolet vastaajista ei ollut vielä käyttänyt ICF:ää asiakastyössään. Osa vastaajista on voinut kokea vastaamisen työvelvollisuudeksi, mikä on voinut vaikuttaa vastausten laatuun. Vastausajankohtana kuntoutuskeskuksissa saattoi olla meneillään erilaisia toimintaprosesseja ja kuntoutuskurssikokonaisuuksia, joita tässä tutkimuk-

sessä ei kontrolloitu. Vastaamiseen ovat voineet vaikuttaa myös kuntoutuskeskuksissa olevat asiakasryhmät ja muut työtoiminnot vastaushetkellä tuoden vaihtelua ICF:n käyttöön asiakasprosessin eri vaiheissa.

5.5 Yhteenveto

Työntekijät, jotka kokivat oman osaamisensa paremmaksi, kokivat myös ICF:n soveltuvan paremmin työyhteisön toimintaan. Oma osaaminen tai sen puute vaikutti myös asenteeseen uutta menetelmää kohtaan. Lisää osaamista kaivattiin, mutta pelkkä koulutuksen ja osaamisen lisääminen ei välttämättä johda muutokseen. Juurruttamiseen vaaditaan myös reflektiivistä pohdintaa ja soveltavia käytännön toimenpiteitä suhteessa omaan työhön ja sen haasteisiin. ICF:n hyöty välittömään asiakastyöhön on jo tehty näkyväksi. Käytäntöön juurruttamisen ja menetelmien soveltamisen voi aloittaa näistä välitöntä hyödyn kokemusta tuottavista työprosesseista. Parhaita osajia tulisi hyödyntää näiden välittömään asiakastyöhön soveltuvien ICF-menetelmien juurruttamisessa käytäntöön esimerkiksi luomalla työparitoimintaa ja rakentamalla mentorointimallin reflektiivisen oppimisen tueksi.

5.6 Lähteet

Barwick M, Boydell K, Stasiulis E, Ferguson H, Blase K, Fixsen D. Knowledge transfer and evidence-based practice in children's mental health. Toronto, ON: Children's Mental Health Ontario, 2005.

Bourne M, Mills J, Wilcox M, Neely A, Platts K. Design, implementing and updating performance measurement systems. *Int J Oper Prod Man* 2000; 20: 754–771.

Bucknall T, Rycroft-Malone J. Evidence-based practice. Doing the right thing for patients. Julkaisussa: Rycroft-Malone J, Bucknall T. Theory, frameworks, and models. Laying down the groundwork. Models and frameworks for implementing evidence-based practice. Linking evidence to action. Chichester: Wiley, 2010: 1–21.

Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice. Effective implementation of change in patients care. *Lancet* 2003; 362: 1225–1230.

Kaila M, Kuukasjärvi P. Menetelmien arviointia ja juurruttamista Isossa-Britanniassa. *Impakti* 2005; 8 (1): 10–11.

Kivisaari S, Kortelainen S, Saranummi N. Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla. Helsinki: Tekes, Digitaalisen median raportti 7, 1999.

Linacre M. Facets 3.71.4. Computer program for many-facet Rasch measurement. Saatavissa: <<http://www.winsteps.com/index.htm>>. Viitattu 31.3.2014.

Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M, toim. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Duodecim, 2007.

Nevalainen M. Hyvä Implementointi. Kulttuurista toiseen siirrettävän menetelmän käyttöönottoprosessi. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, Terveystieteiden laitos, 2007.

Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44: 329–342.

Ryan R, Deci E. Intrinsic and extrinsic motivations. Classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol* 2000; 25: 54–67. Saatavissa: <<http://www.idealibrary.com>>. Viitattu 31.3.2014.

Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 11: 1098–1107.

Stergiou-Kita M. Implementing clinical practice guidelines in occupational therapy practice. Recommendations from the research evidence. *Aust Occup Ther* 2010; 57: 76–87.

Tuominen A, Paananen M, Virtanen P. Projektituotteistajan opas. Helsinki: Työministeriö, 2005.

ICF SELKÄYDINVAMMAISTEN KUNTOUTUKSESSA

6 SELKÄYDINVAURIO

Mari Kantanen, Eija Ahoniemi, Leena Mattila ja Katariina Murtonen

6.1 Tapaturmainen selkäytimen vaurio

Selkäydin voi vaurioitua ulkoisen tapaturman tai sairauden seurauksena. Tapaturmaisessa selkäytimen vauriossa ulkoinen mekaaninen voima voi aiheuttaa nikaman murtuman, nikaman siirtymän tai välilevyn pullistuman, joka vaurioittaa selkäydintä. Tapaturma aiheuttaa selkäydinkanavaan verenvuotoa ja turvotusta sekä biokeemiallisia ja metabolisia muutoksia, jotka vaurioittavat hermokudosta. Selkäydin voi vaurioitua myös sairauden, kuten kasvainten, tulehduksen, verenkiertohäiriöiden tai selkäydinkanavan ahtautuman, vuoksi. Selkäytimen vaurioituminen aiheuttaa useimmiten pysyvää lihasvoimien ja tunnon heikentymistä tai puuttumista, joka voi johtaa erilaisiin toimintarajoitteisiin mm. liikkumisessa sekä autonomisen hermoston toiminnassa. (Selkäydinvamma 2012; Riikola ym. 2013.)

Vaurion sijainti (kaula-, rinta-, lanne- tai ristiranka) ja laajuus (osittainen tai täydellinen) määrittävät toimintakyvyn tason. Kaularangan selkäytimen vaurioituminen johtaa nelirajahalvaukseen (tetraplegia) ja rinta-, lanne- tai ristirangan vammautuminen alaraajojen halvaantumiseen (paraplegia). Kansainvälistä AIS-luokitusta (ISNCSCI, International standards of neurological classification of SCI) käytetään kuvaamaan selkäydinvaurion neurologista tasoa sekä vaurion laajuutta lihasvoiman ja tunnon osalta (Selkäydinvamma 2012; Riikola ym. 2013). Luokituksen luotettavuus ja soveltuvuus on todettu hyväksi (Suositus selkäydinvamman saaneiden ... 2010).

Selkäydin vaurioituu kehittyneissä maissa useimmiten liikennetapaturman, putoamisen tai kaatumisen seurauksena. Traumaattisten selkäydinvaurioiden esiintyvyys on Suomessa vähintään 14 tapausta miljoonaa asukasta kohden vuodessa. Suomessa on arvioitu olevan 3 000 selkäydinvaurion saanutta henkilöä. Selkäydinvaurion saaneiden henkilöiden odotettu elinaika on pidentynyt viime vuosina mutta on edelleen muuta väestöä lyhyempi. (Selkäydinvamma 2012.)

Selkäydinvamman seurauksena ylä- ja alaraajojen sekä vartalon muiden lihasten aktiiviset toiminnot ja tunto heikentyvät tai häviävät vauriotason alapuolelta. Vamman aiheuttamia *fysiologisia seurauksia* ovat muun muassa halvaantuneiden lihasten spastisuus, kivut, rakon ja suolen sekä seksuaalitoimintojen häiriöt, keuhkojen ja hengityselin toimintojen vaje, sydän- ja verenkiertoelimistön toimintojen muutokset, osteoporoosi sekä riski painehaavoille. (Selkäydinvammapotilaan asento- ja liikehoito-opas 2011, 7; Selkäydinvamma 2012.) Elintoimintojen häiriöt ovat usein vaikeahoitaisia ja vaikeuttavat kuntoutujan elämää monin eri tavoin. Esimerkiksi osteoporoosi lisää murtumariskiä ja murtumat puolestaan lisäävät spastisuutta ja altistavat painehaavojen syntymiselle. (Selkäydinvamma 2012.)

Elintoimintojen häiriöt muodostavat monille kuntoutujille suuria haasteita ja ne vaikeuttavat itsenäistä arjessa toimimista ja integroitumista yhteiskuntaan sekä heiken-

tävät elämänlaatua (Selkäydinvamma 2012). Tutkimusten mukaan selkäydinvaurion saaneet nimeävät suurimmiksi ongelmikseen kivut (Saikkonen ym, 2004, 462; Krause 2007, 42; Simpson ym. 2012, 1552), spastisuuden (Saikkonen ym. 2004, 462; Krause 2007, 42), rakon ja suolen toiminnot (Saikkonen ym. 2004, 462; Simpson ym. 2012, 1552), seksuaalitoiminnot (Saikkonen ym. 2004, 462; Simpson ym. 2012, 1552), iho-ongelmat sekä stressin (Krause 2007, 42).

Selkäydinvamma aiheuttaa väistämättä myös *psykkisen kriisin*. Kuntoutuja ja läheisten tukeminen ja informointi on kuntoutuksen alussa erityisen tärkeää. Toivon ylläpitämisessä myös vertaistuellalla on suuri merkitys. (Dahlberg ym. 2008, 307.)

6.2 Selkäydinvaurio vaikuttaa päivittäisten tehtävien suorittamiseen sekä osallistumiseen elämän eri alueilla

Sekä akuutissa vaiheessa että elinikäisen seurannan ja hoidon vaiheessa olevilla selkäydinvammakuntoutujilla on haasteita itsestä huolehtimisessa (Donnelly ym. 2004, 304; Kirchberger ym. 2010, 227) sekä liikkumisessa (Liem ym. 2004; Samuelsson ym. 2004, 5; Lüthi ym. 2011). Joka kolmas selkäydinvammakuntoutuja tarvitsee apua ruuanlaitossa ja ulkona liikkumisessa sekä pientä apua muissa päivittäisissä tehtävissä ja toimissa itsenäisen selviytymisen tukena (Post ym. 2005, 314). Liikkumisen haasteet vaihtelevat yksittäisen suorituksen, kuten kehon asennon, ylläpitämiseen liittyvistä haasteista kävelemiseen ja erilaisilla apuvälineillä liikkumiseen. Myös siirtymiset ovat tyypillisiä arjen haasteita (Liem ym. 2004). Pyörätuolin siirtäminen autoon on yksi tyypillinen haaste päivittäisissä toimissa (Samuelsson ym. 2004, 45). Arjen haasteiksi koetut asiat vaihtelevat kuntoutujien kokonaistoimintakyvyn mukaan. Henkilöt, joilla on enemmän toimintarajoitteita, käyttävät useammin enemmän aikaa liikkumiseen ja itsestä huolehtimiseen (Kozlowski ja Heinemann 2013, 162). Tehtävien ja toimien suorittamiseen käytetyn kohtuuttoman pitkän ajan vuoksi kuntoutuja voi pitää suoritusta haasteellisena, vaikka se onnistuisikin itsenäisesti. Itsestä huolehtimiseen kuluvan ajan kasvamisen vuoksi aikaa työhön ja vapaa-aikaan osallistumiseen jää vähemmän (Schönherr ym. 2005, 243, 246).

Tutkimusten mukaan selkäydinvammakuntoutujalla saattaa olla haasteita ja avun tarvetta kodin hoidossa, kuten siivoamisessa ja huollossa, ostosten tekemisessä sekä asiointiin liittyvissä tehtävissä ja toimissa (Liem ym. 2004, 1570; Post ym. 2005, 314; Pomeranz 2005, 79). Arjen haasteita voi ilmetä esimerkiksi ruoan säilytyskaappien ylähyllylle ylettymisessä ruokaa valmistettaessa tai kaupassa matalalle hyllylle kurotettaessa ostoksia tehtäessä. Ylettymisen ongelma tulee eteen myös pistokkeiden, laatikoiden ja kaappien käsittelyä vaativissa tehtävissä. Lisäksi tavaroiden kantaminen kaupasta kotiin ilman avustajaa voi olla haasteellista. (Suominen 2000, 8.) Selkäydinvammakuntoutujilla voi olla haasteita myös palkallisen työn tekemisessä (Lüthi ym. 2011, 1178).

Pienen lapsen hoitaminen vaatii selkäydinvammaiselta vanhemmalta paljon päivittäistä etukäteissuunnittelua. Lapsen nostaminen lattialta ja kantaminen paikasta toiseen sekä nostaminen autosta vaativat paljon vanhemmalta sekä fyysisesti että psyykkisesti, sillä avun vastaanottaminen ja pyytäminen on tärkeää vanhemman jaksamiselle. Kun lapsi kasvaa, lapselle pitää pystyä asettamaan rajat. Rajojen asettaminen on toisinaan jokaiselle vanhemmalle haasteellista, mutta vanhemmalle, jolla on selkäydinvamma, se saattaa olla vielä hankalampaa. Selkäydinvamma, kuten muutkaan vammat, ei ole esteenä hyvälle vanhemmuudelle. (Stiens ym. 2002, 77.)

6.3 Vapaa-ajan toimet ja osallistuminen

Vapaa-ajan toimet sisältävät sellaisen osallistumisen, jonka avulla yksilö rentoutuu ja kokee virkistyvänsä (Law ym. 2011, 11). Vapaa-aikaan osallistuminen on merkityksellistä selkäydinvammakuntoutujan elämässä (Lüthi ym. 2011, 1180). Schönherrin ym. (2005) tutkimuksessa 72 % selkäydinvammakuntoutujista kertoi harrastustensa vähentyneen vammautumisen takia. Vammautumisen myötä kuntoutujat olivat etsineet itselleen myös uusia, sovellettuja harrastuksia, kuten jousiammunta, pyörätuolitanssi, kelaaminen ja tietokoneella harrastaminen. Kalastaminen, puutarhanhoito, fyysisen kunnon harjoittaminen sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen saattavat olla haasteellisia harrastuksia selkäydinvamman jälkeen (Samuelsson ym. 2004, 45).

6.4 Lähteet

Dahlberg A, Alaranta H, Sintonen H. Health-related quality of life in persons with traumatic spinal cord lesion in Helsinki. *J Rehabil Med* 2005; 37: 312–316.

Donnelly C, Eng J, Hall J, ym. Client-centred assessment and the identification of meaningful treatment goals for individuals with a spinal cord injury. *Spinal Cord* 2004; 42: 302–307.

Kirchberger I, Sinnott A, Charlifue S, ym. Functioning and disability in spinal cord injury from the consumer perspective. An international qualitative study using focus groups and the ICF. *Spinal Cord* 2010; 48: 603–613.

Kozlowski AJ, Heinemann AW. Using individual growth curve models to predict recovery and activities of daily living after spinal cord injury. An SCIREhab project study. *Arch Phys Med Rehabil* 2013; 94: 154–164.

Krause JS. Self-reported problems after spinal cord injury. Implications for rehabilitation practice. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2007; 12 (3): 35–44. Saatavissa: <<http://thomasland.metapress.com/content/p7khh34vk1gh384r/fulltext.pdf>>. Viitattu 10.4.2013.

Law M, Babbiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure. Suomalainen versio. Suom. Kantanen M, Kaukinen M-A. Jyväskylä: Mari Kantanen ja Mary-Ann Kaukinen, 2011.

Liem NR, McColl M-A, King W, Smith KM. Aging with a spinal cord injury. Factors associated with the need for more help with activities of daily living. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85: 1567–1577.

Lüthi H, Geyh S, Baumberger M, ym. The individual experience of functioning and disability in Switzerland. Patient perspective and person-centeredness in spinal cord injury. *Spinal Cord* 2011; 49: 1173–1181.

Pomeranz JL. Identification of activities critical to examine the need for personal attendant care for individuals with spinal cord injury (thesis). Gainesville, FL: University of Florida, 2005.

Post MWM, Bloemen J, de Witte LP. Burden of support for partners of persons with spinal cord injuries. *Spinal Cord* 2005; 43: 311–319.

Riikola T, Ahoniemi E, Dahlberg A. Selkäydinvamma. Käyvän hoidon potilasversiot. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00028>. Päivitetty 7.5.2013. Viitattu 19.3.2014.

Saikkonen J, Karppi P, Huusko TM, Dahlberg A, Mäkinen J, Uutela T. Life situation of spinal cord-injured persons in central Finland. *Spinal Cord* 2004; 42: 459–465.

Samuelsson KAM, Tropp H, Gerdle B. Shoulder pain and its consequences in paraplegic spinal cord-injured wheelchair users. *Spinal Cord* 2004; 42: 41–46.

Schönherr MC, Groothoff JW, Mulder GA, Eisma WF. Participation and satisfaction after spinal cord injury. Results of a vocational and leisure outcome study. *Spinal Cord* 2005; 43: 241–248.

Selkäydinvamma. Käypä hoito -suositus Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36098>>. Päivitetty 18.12.2012. Viitattu 31.7.2013.

Selkäydinvammapotilaan asento- ja liikehoito-opas. Työryhmä Leppänen P, Stigzelius K ja Hokkinen E. Helsinki: Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, 2011.

Simpson LA, Eng JJ, Hsieh JT, Wolfe DL. The health and life priorities of individuals with spinal cord injury. A systematic review. *J Neurotraum* 2012; 29: 1548–1555.

Stiens SA, Kirshblum SC, Groah SL, McKinley WO, Gittler MS. Spinal cord injury medicine. 4. Optimal participation in life after spinal cord injury. Physical, psychosocial, and economic reintegration into the environment. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 72–81.

Suominen H. Ruuan hankinta, valmistus ja ruokailu. Julkaisussa: Ahopelto P, Dahlberg A, Korhonen S, toim. Selkäydinvamma ja ravitseminen. Helsinki: Invalidiliitto, 2000.

Suositus selkäydinvamman saaneiden henkilöiden toimintakyvyn arviointiin (online). TOIMIA-suositus. Helsinki: THL, 2011. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/26>>. Viitattu 29.3.2014.

7 SELKÄYDINVAMMAKUNTOUTUJAN MERKITYKSELLISET ARJEN HAASTEET ICF:N AVULLA TARKASTELTUNA

Mari Kantanen, Leena Mattila, Katariina Murtonen ja Vilma Haapalo

7.1 Johdanto

ICF:n mukaan yksilön elämä koostuu mm. erilaisista suorituksista ja osallistumisesta elämän eri alueisiin (WHO 2001), kuten itsestä huolehtimisesta, tuotteliaisuudesta ja vapaa-ajan vietosta. Jokaisella on oikeus toimia ja sitä kautta kokea elämänsä merkitykselliseksi ja oma arkensa rikkaaksi. Itselle merkityksellisen ja tarkoituksenmukaisen osallistumisen kautta yksilöllä on mahdollista edistää omaa terveyden kokemukseen sekä sosiaalista osallistumistaan yhteiskuntaan. (Townsend ja Polatajko 2007, 80.) Toimimisella on aina ihmiselle itselleen subjektiivinen merkitys, minkä vuoksi sitä ei voida tarkastella vain ulkoapäin vaan on otettava huomioon myös henkilön subjektiivinen kokemus itsestään toimijana eli toimimisen henkilökohtainen merkitys. Ymmärtääkseen toimimista kokonaisuutena on tärkeää tietää, kuka asiakas on, millaisia toiminnallisia haasteita hänen arkeensa kuuluu, miten hän kokee suoriutuvansa niistä ja onko hän tyytyväinen suoriutumiseensa. Toimimisen merkitys muodostuu kulttuurin ja yksilön asettamista arvoista ja asenteista sekä yksilön toiminnallisista valinnoista. Jokainen ihminen tarvitsee toimintaa, sillä se antaa elämälle merkityksen, rytmittää elämää sekä edistää terveyttä ja hyvinvointia. (Hautala ym. 2011, 209–210.)

ICF-projektin yksi tarkoitus on ICF:n käytön lisääminen suomalaisessa kuntoutuksessa, jotta kuntoutujan osallistumiseen vaikuttavat tekijät huomioidaan laaja-alaisesti. Tämän osatutkimuksen tavoite oli selvittää selkäydinvammaisten kuntoutujien kokemuksia haasteita päivittäisessä elämässä (itsestä huolehtimisesta, tuotteliaisuudesta, virkistäytymisessä ja vapaa-ajan vietossa) ICF-viitekehityksessä.

7.2 Aineisto ja menetelmät

Tämä on laadullinen tutkimus, jossa teoriaohjaavan sisällön analyysin (Eskola ja Suoranta 2000) keinoin selvitettiin kuntoutujien itselleen tärkeiksi kokemia arjen haasteita ICF-viitekehityksessä. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla selkäydinvammaiskuntoutujia (n = 29) Canadian Occupational Performance Measure (COPM) -arviointimenetelmällä (Law ym. 2011).

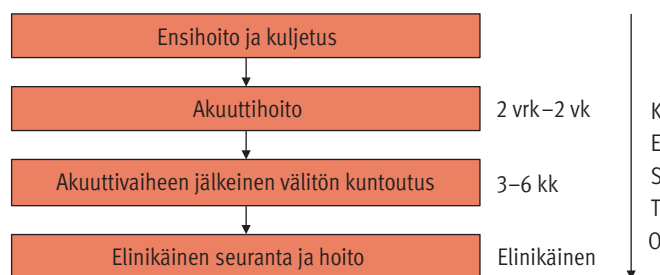
COPM on puolistrukturoitu teemahaastattelu, jossa selvitetään henkilön itsensä haasteellisiksi ja tärkeiksi kokemat itsestä huolehtimisen, tuotteliaisuuden ja vapaa-ajan alueet. COPM on yleinen menetelmä, jota voidaan käyttää kaikilla sairaudesta tai vammasta riippumatta. Se on useissa tutkimuksissa todettu luotettavaksi menetelmäksi selvittämään henkilölle merkitykselliset päivittäisen elämän toiminnalliset haasteet sekä arvioimaan henkilön subjektiivista kokemusta niistä suoriutumisesta ja tyytyväisyydestä omaan suoriutumiseen. (Suositus osallistumisen yleisluonteisista ... 2013.) COPM-arviointi kestää keskimäärin 20 minuuttia. COPM-haastattelupro-

tokollaan kuuluu se, että haastattelija kysyy tarvittaessa kaikki COPM:ään kuuluvat päivittäisen elämän osa-alueet (itsestä huolehtiminen, tuotteliaisuus ja vapaa-aika) varmistaen, että haastateltava on tuonut esille elämän jokaisen osa-alueen haasteet. Haastattelussa pyrittiin myös keskustelemaan arjesta yleisesti eikä kohdentaen niihin suorituksiin tai toimiin, jotka ovat mahdollisesti selkäydinvaurion vuoksi vaurioituneet. Tämän kautta voidaan auttaa henkilöä tuomaan esille myös muista syistä johtuvia toiminnallisia haasteita. Haastattelun aikana ei analysoida mahdollisia toimintarajoitteita tai syitä niiden kokemiselle. Toiminnallisten haasteiden tunnistamisen jälkeen selvitetään muilla menetelmillä niiden taustalla olevia ympäristöstä, haasteen luonteesta tai henkilöstä itsestään johtuvia syitä. (Law ym. 2011.)

Tutkimusaineisto kerättiin helmi–kesäkuun 2013 aikana Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa, Kuntoutus Peurungassa ja Kuntoutuskeskus Kankaanpäässä. Tutkimushaastattelijoina toimivat COPM-arviointimenetelmään ja sen toteutukseen perehtyneet kaksi toimintaterapian opiskelijaa sekä projektitutkija. Tutkimukseen valittiin akuuttivaiheen jälkeisen välittömän kuntoutusvaiheen ohittaneita selkäydinvammakuntoutujia, jotka olivat kyseisenä ajankohtana kuntoutuskeskusten asiakaina. Vammautumisen oli selkäydinvammahoidon ja -kuntoutusmääritelmän mukaisesti aikaa vähintään 3–6 kuukautta (kuvio 5). Tutkimukseen osallistumisen poissulkukriteereinä olivat kuntoutuksen akuuttivaiheen lisäksi kognitiiviset häiriöt sekä alle 18 vuoden ikä. Kuntoutujia ei rajattu tutkimuksesta pois vammautumisen syyn (sairaus- tai onnettomuustausta) tai vaurion tason ja laadun perusteella.

Tutkimukseen osallistuvien rekrytointi tapahtui kuntoutuskeskusten yhteyshenkilöiden kautta. Kuntoutujille kerrottiin yhdyshenkilön toimesta hankkeesta sekä haastattelun tavoitteesta. Haastatteluajaksi varattiin 90 minuuttia. Kuntoutujille annettiin tutkimuksesta kirjallinen tiedote sekä heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Henkilöllisyyden suojaamiseksi kuntoutujille määriteltiin tutkimuskoodi, joka kirjattiin haastattelulomakkeille. COPM-haastattelun jälkeen kuntoutajat täyttivät taustatietolomakkeen sekä WHODAS⁶ 2.0 -itsearviointilomakkeen. WHODAS 2.0 -itsearviointituloksia tarkastellaan tarkemmin seuraavassa kappaleessa.

Kuvio 5. Selkäydinvammahoidon ja -kuntoutuksen vaiheet.



Lähde: Alaranta ym. 2001, 783, muokattu.

7.2.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Haastatteluun osallistui 29 selkäydinvammakuntoutujaa, joista 86 % (n = 25) oli miehiä. Heidän keskimääräinen ikänsä oli 54 vuotta (vaihteluväli 22–74 v) ja valtaosa heistä oli eläkkeellä (69 %). Osallistujien sukupuolijakauma ja työtilanne esitetään taulukossa 17. Selkäytimen vaurioitumisesta oli kulunut keskimäärin 19 vuotta (vaihteluväli 1,5–55 v).

Kuntoutujat arvioivat omaa vauriotasoaan ja vaurion laajuutta ASIA-luokituksella. Tyypillisin vauriokohta oli kaularangan tasoinen selkäydinvaurio (14/29 kuntoutu- jasta). Seuraavaksi eniten oli rintarangan tasolla olevia selkäydinvauriota (10/29). Kahdelta kuntoutujalta puuttui vaurion laajuuden määrittämisessä tarvittavat tiedot. Vajaa puolet osallistujista (44 %) raportoi vaurion laajuuden olevan osittainen, jolloin tunto puuttuu osittain ja lihastoiminta puuttuu kokonaan (B). (Taulukko 18.)

Taulukko 17. COPM-haastatteluun osallistuneiden selkäydinvammakuntoutujien taustatiedot.

	Lkm	%
Sukupuoli		
Mies	25	86
Nainen	4	15
Työtilanne		
Eläkkeellä	20	69
Työssä	6	21
Muu (kuntoutustuki, opiskelu)	10	3

Taulukko 18. Selkäydinvamman taso ja laajuus kuntoutujien arvioimana.

Vaurion taso ^a	A	B	C	D	Yht. 29
	Täydellinen selkäydinvaurio (lihasvoima ja tunto puuttuvat)	Osittainen selkäydinvaurio (tunto puuttuu osittain, lihasvoima puuttuu täysin)	Osittainen selkäydinvaurio (ei tuntopuutoksia, vähäistä lihasvoimaa)	Osittainen selkäydinvaurio (ei tuntopuutoksia, kohtalainen lihasvoima)	
Kaularanka C1–8	4	6	2	2	14
Rintaranka Th 1–12	5	3	1	0	10 ^b
Lanneranka L 1–5	0	2	0	1	3
Ristiranka S 1–5	0	1	0	0	2 ^b

^a Kirjainkoodit ABCD perustuvat ASIA Impairment Scale (AIS) -luokitukseen.

^b Tieto vaurion laajuudesta puuttuu.

7.2.2 Aineiston analysointi

Aineiston analyysimenetelmänä oli teorialähtöinen sisällönanalyysi, jossa ICF (ICF 2004) toimi teoreettisena viitekehyksenä. Esille nousseista päivittäisen elämän haasteista tunnistettiin toiminnalliset käsitteet, jotka sillattiin mahdollisimman tarkkoihin ICF:n kuvauskohteisiin noudattaen Ciezan ym. (2005, 213–215) siltausohjeistusta. Mikäli käsitteelle ei löytynyt vastaavaa yksityiskohtaista kuvauskohdetta, sillattiin se hierarkian mukaisesti seuraavaksi tarkimpaan ICF-koodiin. Mikäli käsitettä ei ollut mahdollista sillata mihinkään ICF-kuvauskohteeseen, luokiteltiin se luokkaan *nd* (*not definable*). (Cieza ym. 2005, 215.) Taulukossa 19 on esimerkki siltauksesta.

Siltauksen tekivät kaksi analysoijaa (LM; KM). Tämän jälkeen tehtyjä siltauksia verrattiin toisiinsa. Epäselvissä tilanteissa analysoijat keskustelivat yhteisen konsensuksen löytymiseksi sekä tarvittaessa konsultoivat kolmatta ICF:ään perehtynyttä henkilöä (JP). Neljäs henkilö (MK) tarkasti lopullisen siltauksen useampaan kertaan. Siltaamisen jälkeen tarkasteltiin esille nousseiden kuvauskohteiden yhdenmukaisuutta. Siltauksella voidaan yhtenäistää ICF:n ja erilaisten mittareiden toimintakyvyn kuvaamiseen liittyvää terminologiaa. (Koskinen ym. 2009, 198, 201, 204–205.)

Tässä raportissa käytettävän aineiston osasta (n = 26) on julkaistu opinnäytetyö (Mattila ja Murtonen 2013). Mattila ja Murtonen tarkastelevat tätä raporttia laajemmin kaikkia esille nousseita merkityksellisiä käsitteitä. He jakavat opinnäytetyössään COPM-haastattelussa esille nousseet päivittäisen elämän haasteet neljään eri merkityksellisyysluokkaan. Ensimmäisenä merkityksellisenä käsitteenä analysoitiin toiminnallisuutta kuvaavat käsitteet, toisena merkityksellisenä käsitteenä on toiminnallisuutta rajoittavat ja mahdollistavat tekijät ja kolmannessa ja neljännessä käsitteessä muut kuvaavat käsitteet. Tässä raportissa käytetään pohjana Mattilan ja Murtonen tekemää analyysia ensimmäisistä merkityksellisistä käsitteistä, jotka kuvaavat tiedonantajien toimintakykyä. Analyysiin on lisätty opinnäytetyön jälkeen tehdyt kolme haastattelua (n = 29). (Mattila ja Murtonen 2013.)

Taulukko 19. Esimerkki siltauksesta: COPM-haastattelun alkuperäisen ilmaisen siltaus ICF-luokitukseen.

COPM, alkuperäinen kuntoutujan ilmaisu	ICF:n kuvauskohde
Sukkien pukeminen sukanvetolaitteella	d5402 Jalkineiden pukeminen
Playstationilla pelaaminen	d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika
Matkustaminen lentokoneella	d4702 Julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen

7.3 Tulokset

Tutkimukseen osallistuneet selkäydinvammakuntoutujat nimesivät yhteensä 143 päivittäisen elämän toiminnallista haastetta. Keskimäärin yhdellä henkilöllä oli neljä (tyypillisimmin viisi) päivittäisen elämän toiminnallista haastetta määrän vaihdelles-

sa 2:n ja 12:n välillä kuntoutujaa kohden. Nimetyistä toiminnallisista haasteista 94 % sijoittui suoritukset ja osallistuminen -osa-alueelle ja 4 % ruumiin/kehon toimintoihin, 0 % ruumiin rakenteisiin ja 0 % ympäristötekijöihin. Mainituista haasteista 2 %:a ei voitu sillata ICF:ään. (Taulukko 20.)

Nimetyt haasteet siltautuivat 55 kuvauskohteeseen, kun käytettiin tarkinta neliportaista luokitustasoa. Tässä raportissa esittelemme kolmiportaisen luokitustason mukaisen tuloksen. ICF:n kolmiportaisen luokitustason mukaisesti päivittäisen elämän toiminnalliset haasteet kohdentuivat 27 kuvauskohteeseen. Ruumiin/kehon toimintoihin kohdentuvat toiminnot esitetään neliportaisen luokitustason mukaisesti haasteiden vähäisen määrän vuoksi. (Taulukko 20.)

Yli puolet (52 %) arjen haasteista kohdentui suoritukset ja osallistuminen -pääluokkaan d4 *Liikkuminen*. Liikkumisen osa-alueella toimintarajoitteita esiintyi liikkumisessa paikasta toiseen (d460), kuten kodin ulkopuolella ja yhteisössä pyörätuolilla liikkuminen. Seuraavaksi haasteellisemmän ryhmän muodostivat nostaminen ja kantaminen (d430). Kuntoutuajat kokivat isojen ja raskaiden esineiden, kuten kauppakassien, kantamisen ja nostamisen haasteellisena. Usealla oli rajoitteita myös pyörätuolin nostamisessa autoon. Lähes yhtä merkityksellisiä olivat käden hienomotoriikkaa vaativat toiminnot (d440), joissa rajoitteita oli tarttumisessa ja esineiden käsittelyssä, kuten napittamisessa ja pistokkeiden käyttämisessä, sekä ulottumisessa, kuten hyllyltä tavaroiden tavoittelemisessa tai saamisessa. Kävelemiseen ja portaissa liikkumiseen (d450) kohdentuvia haasteita nousi esille vain viisi. Kulkuvälineiden käyttämiseen (d470) liittyi myös rajoitteita autolla ja mönkijällä ajamisessa sekä laivalla ja lentokoneella matkustamisessa. Yksittäisiä haasteita liittyi myös asennon vaihtamiseen (d410), kuten itsenäisessä ylös nousemisessa, sekä asennon ylläpitämiseen (d415).

Taulukko 20. Arjen haasteiden jakautuminen ICF:n eri osa-alueiden kuvauskohteisiin (kolmiportainen luokitus).

Kuvauskohde	Lkm	Yhteensä
Toimintakyky ja toimintarajoitteet		
Ruumiin/kehon toiminnot		5
b2 Aistitoiminnot ja kipu		2
b28014 Kipu yläraajassa	1	
b28015 Kipu alaraajassa	1	
b5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot		1
b5250 Ulosteen poisto	1	
b6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot		2
b620 Virtsaamistoiminnot	1	
b640 Seksuaalitoiminnot	1	

Taulukko 20 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 20.

Kuvauskohde	Lkm	Yhteensä
Toimintakyky ja toimintarajoitteet		
Ruumiin rakenteet		0
Suoritukset ja osallistuminen		135
d1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen		0
d2 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet		2
d210 Yksittäisen tehtävän tekeminen	2	
d3 Kommunikointi		1
d355 Asiakeskustelu	1	
d4 Liikkuminen		74
d410 Asennon vaihtaminen	2	
d415 Asennon ylläpitäminen	1	
d420 Itsensä siirtäminen	12	
d430 Nostaminen ja kantaminen	15	
d440 Käden hienomotorinen käyttäminen	14	
d450 Käveleminen	5	
d460 Liikkuminen paikasta toiseen	20	
d470 Kulkuneuvojen käyttäminen	5	
d5 Itsestä huolehtiminen		26
d510 Peseytyminen	5	
d520 Kehon osien hoitaminen	3	
d530 WC:ssä käyminen	5	
d540 Pukeutuminen	12	
d570 Omasta terveydestä huolehtiminen	1	
d6 Kotielämä		21
d620 Tavaroiden ja palvelujen hankkiminen	4	
d630 Aterioiden valmistaminen	2	
d640 Kotitaloustöiden tekeminen	10	
d650 Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen	3	
d660 Muiden henkilöiden avustaminen	2	
d7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet		0
d8 Keskeiset elämänaalueet		1
d850 Vastikkeellinen työ	1	
d9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä		9
d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika	9	
Ympäristötekijät		0
Ei sillattavissa ICF-luokitukseen ^a		3
Yhteensä		143

^a Jään kairaaminen pilkkiessä, saunominen ja saunominen ilman avustajaa.

Pääluokkaan d5 *Itsestä huolehtimiseen* kohdentui 18 % arjen haasteista. Kuntoutujilla oli rajoitteita pukeutumisessa (d540). Pukeutumisen haasteet kohdentuivat alavartalon pukemiseen. Erityisesti sukkiin ja kenkien pukeminen koettiin hankalaksi. Peseytymisen (d510) rajoitteet korostuivat alaraajojen ja selän pesussa. WC:ssä käyntiin (d530) liittyi kuntoutujilla rajoitteita sekä virtsarakon tyhjentämisessä naputtelemalla että itsekatetroinnissa. Yksittäisinä haasteina esille nousivat vatsan tyhjentämiseen liittyvät toimenpiteet sekä takapuolen pyyhkiminen. Haasteita oli myös eri kehonosien hoitamisessa (d520), esimerkiksi hampaiden pesemisessä, parran ajamisessa ja varpaankynsien leikkaamisessa. Lisäksi yhdellä kuntoutujalla oli haasteena omasta terveydestä huolehtiminen (d570) kuntoilemalla.

Kuntoutujien nimeämistä arjen haasteista 15 % kohdistui pääluokkaan d6 *Kotielämä*. Suurin osa kotielämään liittyvistä haasteista olivat kotitaloustöiden (d640) tekemiseen liittyviä rajoitteita. Näitä olivat muun muassa siivoamiseen liittyvät toimet, kuten imurointi, moppaaminen, pölyjen pyyhkiminen ja ikkunoiden peseminen sekä tiskaaminen ja lumenluonti. Tavaroiden ja palvelujen hankintaan (d620) kohdentuvat rajoitteet muodostivat toiseksi suurimman kotielämään liittyvien haasteiden luokan. Haasteet liittyivät ostosten tekemiseen. Kotitaloustöiden tekemiseen (d650) liittyviä haasteita olivat kodin sekä ajoneuvon huoltamiseen kohdentuvat rajoitteet. Muiden henkilöiden auttaminen (d660) sekä aterioiden valmistaminen (d630) tuottivat yksittäisille kuntoutujille rajoitteita.

Pääluokkaan d9 *Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä* kohdentui 6 % esille tulleista merkityksellisistä asioista. Erilaisten pelien pelaaminen, ulkoileminen, ystävien luona vieraileminen, sienestäminen ja marjastaminen sekä ulkomailla matkustaminen olivat toiminnallisia haasteita.

Pääluokkaan d2 *Yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet* sekä pääluokkaan d3 *Kommunikaatio* kohdentui yksittäisiä haasteita. Avannepussin tarkkaileminen oli haasteellista kahdella kuntoutujalla. Yksi kuntoutuja toi esille haasteellisuuden ohjata metsänhoitoon liittyvissä tehtävissä toisia ihmisiä.

7.4 Pohdinta

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olivat selkäydinvammaisten kuntoutujien kokemat haasteet heidän päivittäisessä elämässään COPM-arviointimenetelmällä arvioituna. Kuntoutujien nimeämät haasteet olivat hyvin yksilöllisiä. COPM toi esille laajasti ICF:n suoritukset ja osallistuminen -osa-alueiden haasteet, mitä alueita COPM juuri mittaa.

Selkäydinvammakuntoutujien mainitsemat 143 haastetta siltautuivat ICF:n tarkimman neliportaisen tason mukaisesti 55 kuvauskohteeseen, kun taas kolmiportaisella tasolla kuvauskohteita oli 27. Selkäydinvaurion saaneiden henkilöiden arjen haasteet kohdentuivat ensisijaisesti liikkumiseen, kotielämän toimintoihin sekä itsestä huo-

lehtimiseen vastaten aikaisempia tutkimuksia (Liem ym. 2004, 1570; Kirchberger ym. 2010, 608; Herrmann ym. 2011). Pääluokista eniten haasteita kohdistui liikkumisen aihealueelle, johon kuuluvat osiot käsien käyttäminen, nostaminen ja kantaminen sekä liikkuminen eri paikkojen välillä ovat tyypillisesti rajoittuneita selkäydinvammakuntoutujilla (Liem ym. 2004; Samuelsson ym. 2004, 5; Lüthi ym. 2011).

Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna kuntoutujat eivät juurikaan nimenneet työtehtäviin (Schönherr ym. 2005, 243, 246) ja lasten hoitamiseen (Stiens ym. 2002, 77) liittyviä rajoitteita tai haasteita. Tutkimukseen osallistuneista vain kuusi ilmoitti olevansa työelämässä, joka osaltaan selittää vähäistä töihin kohdentuvien haasteiden määrää. Taustatiedoissa ei kontrolloitu lasten lukumäärää. Tämä ja kuntoutujien keski-ikä 54 vuotta huomioiden lastenhoito ei välttämättä ollut vastaajille ajankohdainen toimi tai tehtävä.

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa haastattelijoiden ulkopuolisuus. Haastattelijat eivät tunteneet kuntoutujia etukäteen vaan tapasivat haastateltavan ensimmäistä kertaa tiedonkeruun yhteydessä. Tämä vaikuttaa luottamuksellisen suhteen muodostumiseen ja siihen, että kuntoutujat eivät ehkä tuoneet esille kaikkia arjen haasteita. Esimerkiksi ainoastaan yksi kuntoutuja toi esille seksuaalisuuteen liittyvän haasteen. Haastattelijat pyrkivät tiedostamaan tämän asian ja luomaan tietoisesti haastattelutilanteesta mahdollisimman luottamuksellisen sekä luonnollisen.

Toinen luotettavuuteen vaikuttava tekijä saattaa olla tutkimushaastattelun kerta-luontoisuus. Kertaluontoisuus saattaa vaikuttaa siihen, että tutkimukseen osallistuja jättää kertomatta joitain asioita sen vuoksi, ettei niihin voida tutkimustilanteessa vaikuttaa. Tätä pyrittiin vähentämään siten, että kuntoutujaa kannustettiin tuomaan haastattelussa esille nousseita haasteita kuntoutuskeskusten työntekijöille. Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden oli mahdollista saada kopiot tehdyistä arvioinneista (sekä COPM että WHODAS 2.0) itselleen myöhäisempää käyttöä varten.

Kolmas luotettavuuteen vaikuttava tekijä on mahdollinen epäselvyys siitä, kuvasivatko kuntoutujat tavanomaista suorittamistapaansa vai ajattelivatko he, miten he suoriutuivat siitä toimesta tai tehtävästä, johon selkäydinvaurio on vaikuttanut eniten. COPM-haastattelussa pyritään käsittelemään toiminnallista suoriutumista haastattelutavalle tyypillisellä tavalla. Joidenkin kohdalla tämä tarkoittaa toimimista apuvälineiden, avustajan tai kompensaatiokeinojen turvin. COPM-haastatteluprotokollaan kuuluu päivittäisen elämän toiminnallisten haasteiden tunnistaminen ja priorisointi. Haastattelussa toiminnallisten haasteiden syitä ei analysoida vaan se kuuluu haastattelun jälkeiseen terapiaprosessiin. Tarkasteltaessa kuntoutujien antamia pisteitä havaittiin joidenkin kohdalla pisteytyksissä epäloogisuutta. Tämä saattaa olla merkki siitä, että kuntoutujat olivat nimenneet selkäydinvaurion aiheuttaman toimintarajoitteen eikä omaa koettua yksilöllistä suoriutumistaan haastatteluhetkellä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää usean tutkijan osallistuminen analysointiin. Kaksi itsenäistä tutkijaa siltasivat käsitteet ICF-kuvauskohteisiin itsenäisesti. Tämän jälkeen vielä kolmas tutkija tarkasti tehdyn siltauksen.

7.5 Yhteenveto

Selkäydinvaurion saaneet kuntoutuajat tunnistivat päivittäisen elämän yksilöllisiä, toiminnallisia haasteita ja rajoitteita laajasti ICF:n suoritukset ja osallistuminen -osa-alueella. Yksilölle merkitykselliset arjen haasteet tulee selvittää osana kuntoutusta, jotta kuntoutustoimenpiteet voidaan kohdentaa kuntoutujan henkilökohtaisiin huolenaiheisiin osallistumisen näkökulmasta. Osallistumisen haasteiden tunnistamisen ja nimeämisen jälkeen arviointiprosessin seuraavassa vaiheessa tulee tarkastella kunkin haasteen mahdollisia syitä laaja-alaisesti ICF-viitekehyksessä huomioiden kontekstuaaliset yksilö- ja ympäristötekijät, ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset sekä lääketieteellinen terveydentila. Osallistumista arvioitaessa tulee arvioinnissa huomioida myös suorittamistapa. Arvioitsijan ja arvioitavan henkilön tulee sopia siitä, arvioidaanko osallistumista henkilölle tavanomaisella tavalla esimerkiksi käyttäen avustajaa ja apuvälineitä osallistumista mahdollistamaan vai ilman niitä.

7.6 Lähteet

Alaranta H, Baer G, Hellström P, ym. Suositus tapaturmassa selkäydinvamman saaneiden hoidon ja kuntoutuksen organisoinnista Suomessa. *Duodecim* 2001; 117: 772–788. Saatavissa: <<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92194.pdf>>. Viitattu 14.4.2015.

Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. ICF linking rules. An update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005; 37: 212–218.

Cieza A, Kirchberger I, Biering-Sørensen F, ym. ICF core sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal Cord* 2010; 48: 305–312.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, 2000.

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

Herrmann KH, Kirchberger I, Stucki G, Cieza A. The comprehensive ICF core sets for spinal cord injury from the perspective of occupational therapists. A worldwide validation study using the Delphi technique. *Spinal Cord* 2011; 49: 676.

Kirchberger I, Sinnott A, Charlifue S, ym. Functioning and disability in spinal cord injury from the consumer perspective. An international qualitative study using focus groups and the ICF. *Spinal Cord* 2010; 48: 603–613.

Law M, Babbiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure. Suomalainen versio. Suom. Kantanen M, Kaukinen M-A. Jyväskylä: Mari Kantanen ja Mary-Ann Kaukinen, 2011.

Lidal IB, Huynh TK, Biering-Sørensen F. Return to work following spinal cord injury. A review. *Disabil Rehabil* 2007; 29: 1341–1375.

Lüthi H, Geyh S, Baumberger ME, Dokladal P, Scheuringer M, Mäder M, Cieza A. The individual experience of functioning and disability in Switzerland. Patient perspective and person-centeredness in spinal cord injury. *Spinal Cord* 2011; 49: 1173–1181

Mattila L, Murtonen K. Selkäydinvammakuntoutujien arjen haasteet ICF-luokituksen näkökulmasta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2013.

Post MWM, Bloemen J, de Witte LP. Burden of support for partners of persons with spinal cord injuries. *Spinal Cord* 2005; 43: 311–319.

Samuelsson KAM, Tropp H, Gerdle B. Shoulder pain and its consequences in paraplegic spinal cord-injured, wheelchair users. *Spinal Cord* 2004; 42: 41–46

Schönherr MC, Groothoff JW, Mulder GA, Eisma WH. Participation and satisfaction after spinal cord injury. Results of a vocational and leisure outcome study. *Spinal Cord* 2005; 43: 241–248.

Selkäydinvamma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36098>>. Päivitetty 18.12.2012. Viitattu 31.7.2013.

Siegert RJ, Taylor WJ. Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2004; 26 (1): 1–8.

Stiens SA, Kirshblum SC, Groah SL, McKinley WO, Gittler MS. Spinal cord medicine. 4: Optimal participation in life after spinal cord injury. Physical, psychosocial, and economic reintegration into the environment. *Arch Phys Med Rehabil* 2002 March; 83: Suppl 1: S72–S81.

Suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla (online). TOIMIA-suositus. Helsinki: THL, 2013. Paltmaa J, Kantanen M. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/39>>. Viitattu 29.3.2014.

Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapist, 2007.

8 WHODAS 2.0 SELKÄYDINVAMMAISEN KUNTOUTUJAN OSALLISTUMISEN ITSEARVIOINNISSA

Mari Kantanen, Vilma Haapalo, Sepideh Asadpoor ja Jaana Paltamaa

8.1 Johdanto

ICF on laajentanut näkemystä kuntoutuksen toteutuksesta ja arvioinnista (Majnermer ja Mazer 2004; Järviskoski ja Karjalainen 2008; Rauch ym. 2008). Kuntoutuksen päätulokseksi on nousemassa elämäntilanteisiin osallistuminen (Rauch ym. 2008; Dijkers 2010; Paltamaa ym. 2011), mikä siten on tärkeä osa myös kuntoutustoimenpiteiden vaikutusten arvioinnissa (Wade 2005; Rauch ym. 2008; Heinemann 2010). Osallisuus voidaan liittää ihmisen perusoikeuksiin ja laajasti arvioituna on osa itsemääräämisoikeutta (STM 2012). Myös Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen tavoite on tukea kuntoutujaa mahdollisimman itsenäisiin ja täysipainoisiin tehtäviin tai toimiin ja osallistumiseen.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF) määrittää osallistumisen henkilön osallisuudeksi elämän tilanteisiin edustaen toimintakyvyn yhteisöllistä näkökulmaa (ICF 2004, 209). Osallistuminen kuuluu osa-alueelle Suoritukset ja osallistuminen. Se eroaa olennaisesti suorituksesta, joka määritellään tehtäväksi tai toimeksi, jonka yksilö toteuttaa. Suoritus edustaa toimintakyvyn yksilöllähtöistä näkökulmaa ja osallistuminen toimintakyvyn yhteisöllistä näkökulmaa. Suoritusten ja osallistumisen aihealueita (suluissa pääluokan numero) ovat (1) oppiminen ja tiedon soveltaminen, (2) yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet, (3) kommunikointi, (4) liikkuminen, (5) itsestä huolehtiminen, (6) kotielämä, (7) henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, (8) keskeiset elämän alueet ja (9) yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. (ICF 2004.)

Osallistumisen arviointi on kehittynyt ICF:n käyttöönoton myötä (Noonan ym. 2009). Siinä korostuu henkilön oma arviointi, koska henkilön arvio on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa, asenteisiinsa sekä ympäristötekijöihin (Majnermer ja Mazer 2004). Osallistumisen arviointi on suhteellisen uutta (Resnik ja Plow 2009). Vaikka useita osallistumisen arviointimenetelmiä on olemassa, ei ole olemassa yhtä ainoaa suositeltavaa (Dijkens 2010). Lisäksi vain harva menetelmä on käännetty suomeksi ja myös suomeksi käännettyjä arviointimenetelmiä koskevia tutkimuksia on vähän (Suositus osallistumisen yleisluonteisista ... 2013).

Noonan ym. (2009) kokosivat kirjallisuuskatsaukseen ICF:n määrittelyyn perustuvia osallistumisen arviointimenetelmiä. Tutkijat löysivät yhteensä kymmenen erilaista osallistumisen arviointimenetelmää, jotka tarkastelivat osallistumista erilaisista näkökulmista. Osallistumisen arviointi kohdentui autonomian kokemukseen, osallistumisen tasoon verrattuna toisiin ihmisiin, osallistumisen rajoitusten aiheuttamiin ongelmiin tai stressiin sekä tyytyväisyyteen tai vaikeuksien määrään. Suoritusten ja osallistumisen erotteleminen toisistaan arviointimenetelmissä ei ole selkeää. Tutkijat toteavat myös, että useat menetelmistä on kehitetty tutkimustarkoituksiin ja niiden

käytettävyydestä kliinisessä työssä on vähän tutkittua tietoa. He korostavat johtopäätelmässään, että sekä tutkijoiden että käytännön työntekijöiden tulee olla tietoisia arviointimenetelmän kohdentumisesta valitessaan sopivaa arviointimenetelmää. Myös menetelmien soveltuvuutta erilaisiin terveydentiloihin tulee jatkaa ja sitä kautta lisätä tietoa osallistumisen arvioinnista laajemmin. (Noonan ym. 2009.)

Osallistuminen oman elämän toimiin on selkäydinvaurion saaneiden kuntoutuksen tärkeä tulos. Kuitenkin Noonan ym. (2010) tunnistivat kirjallisuuskatsauksessaan vain kolme selkäydinvaurion saaneen henkilön osallistumisen arviointiin soveltuvaa arviointimenetelmää. Nämä olivat Impact on Participation and Autonomy (IPA), Participation Measure-Post Acute Care (PM-PAC) ja World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II). Vuonna 2010 WHO korvasi WHODAS II:n WHODAS 2.0 -arviointimenetelmällä (WHO 2014).

Tässä tutkimuksessa on ensimmäisen kerran käytetty suomennettua WHODAS 2.0 -kyselyä. Pilottitutkimuksessa selvitetään WHODAS 2.0:n lyhyen (12 kysymyksen) itse täytettävän version soveltuvuutta selkäydinvammakuntoutujilla käytettäväksi.

Tutkimuksessa vastataan seuraaviin kysymyksiin:

- Millaiseksi selkäydinvammakuntoutujat arvioivat toimintakykynsä WHODAS 2.0 -kyselyllä?
- Onko toimintakyvyssä eroa vaurion, sairastamisajan ja sukupuolen mukaan?

8.2 Aineisto ja menetelmät

Tässä kuvailevassa tutkimuksessa aineisto muodostuu 28 selkäydinvammakuntoutujan WHODAS 2.0:n lyhyen (12 kysymyksen) version tuloksista. Kuntoutujat täyttivät kyselylomakkeen Canadian Occupational Performance Measure (COPM) -haastattelujen jälkeen. Tästä samasta aineistosta on tehty laadullinen opinnäytetyö, jossa verrataan WHODAS 2.0- ja COPM-arviointien kohdentumista ICF-viitekehyksessä (Haapalo 2014).

8.2.1 Menetelmä

WHODAS 2.0 on yleinen aikuisille tarkoitettu standardoitu arviointimenetelmä, jolla arvioidaan toimintakykyä ICF:n mukaisesti osallistumisen eri alueilla lääketieteellisestä terveydentilasta käsin. WHODAS 2.0 -arviointimenetelmään kuuluu 36:n, 12:n ja 12 + 24 kysymyksen versiot. 36:n ja 12 kysymyksen versioita voi käyttää kolmella tavalla: itse täyttämällä, haastattelemalla tai läheisen tekemänä arviointina. 12+24 kysymyksen versiossa vastataan aluksi 12 kysymykseen ja sen jälkeen tarpeen mukaan 24 lisäkysymykseen. (Üstün ym. 2010a.)

WHODAS 2.0 -kyselyssä kuntoutujaa pyydetään arvioimaan lääketieteellisen terveydentilan vaikutuksia omaan toimintakykyynsä viimeisten 30 päivän aikana kuudella osallistumisen alueella; 1) ymmärtäminen ja yhteydenpito, 2) liikkuminen, 3) itsestä huolehtiminen, 4) ihmissuhteet, 5) arkitoimet ja 6) yhteisöön osallistuminen. Kukin kysymys on sillattu ICF:ään. (Üstün ym. 2010a ja b.)

Kunkin kysymyksen kohdalla vastaaja arvioi, ”kuinka vaikeaa hänen oli viimeisten 30 päivän aikana selviytyä siinä mainitusta suorituksesta tai toimesta lääketieteellisestä terveydentilasta johtuen”. Vaikeutta arvioitiin viisiportaisella asteikolla (1 = ei lainkaan vaikeaa, 2 = hieman vaikeaa, 3 = kohtalaisen vaikeaa, 4 = huomattavan vaikeaa ja 5 = erittäin vaikeaa tai en pystynyt). Lääketieteellisellä terveydentilalla tarkoitetaan erilaisia tauteja ja sairauksia sekä muita lyhyt- tai pitkäaikaisia terveydellisiä ongelmia, loukkaantumisia, vammoja sekä mielenterveys-, päihde- ja huumeongelmia. (Üstün ym. 2010a.)

Tässä tutkimuksessa oli käytössä WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen suomennoksen pilottiversio, jota oli aikaisemmin käytetty Kuntoutus Peurungan neurologisen kuntoutuskurssin ja geriatrisen sydänkurssin kuntoutujilla.

Taustatietoina huomioitiin yksilötekijät (ikä, sukupuoli, nykyinen työtilanne). Lääketieteelliseen terveydentilaan (selkäydinvamma) liittyen kuntoutujilta kysyttiin, kuinka kauan selkäydinvauriosta on aikaa, ja lisäksi he arvioivat omaa vauriotasoaan ja vaurion laajuutta ASIA-luokituksella (Selkäydinvamma 2012).

8.2.2 Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa käytettiin WHODAS 2.0:n *Item Response* -teoriaan (IRT) perustuvaa pisteidenlaskumenetelmää. Siinä kuntoutujien vastaukset koodataan uudelleen ja tulos muunnetaan asteikolle 0–100. Tutkimuksessa käytettiin SPSS-syntaksia WHODAS 2.0 -käsikirjan ohjeiden mukaan (Üstün ym. 2010a). Tuloksissa 0 tarkoittaa ”täyttä toimintakykyä (ei toimintarajoitteita)” ja 100 tarkoittaa ”suurinta mahdollista toimintarajoitetta”. Yhdeltä kuntoutujalta puuttunut vastaus (kysymys 11) korvattiin WHODAS 2.0 -käsikirjan ohjeen mukaisesti keskiarvolla. (Üstün ym 2010a.)

Tuloksia kuvataan frekvenssein ja havaintojen sijaintia keskiarvoin ja hajontaluvuin. Ryhmien välistä poikkeavuutta tarkastellaan luokittelemalla aineistoa.

8.3 Tulokset

Tutkimukseen osallistuneista 29 selkäydinvammakuntoutujasta WHODAS 2.0 -itsearviointi jäi täyttämättä yhdeltä kuntoutujalta ajan puutteen vuoksi. Näin ollen WHODAS 2.0 -aineisto koostuu 28 kuntoutujan vastauksista. Neljä viidestä kuntoutujasta oli miehiä ja kaksi kolmesta oli eläkkeellä (taulukko 21, s. 99). Kuntoutujien

keski-ikä oli 53 vuotta (vaihteluväli 22–72 vuotta) ja selkäydinvauriosta oli kulunut aikaa keskimäärin 18 vuotta (vaihteluväli 1,5–50 vuotta).

Tyypillisin ASIA-luokituksen mukainen vauriokohta oli kaularangan tasoinen selkäydinvaurio (14/28 kuntoutujista). Seuraavaksi eniten kuntoutujat raportoivat rintarangan tasolla olevasta selkäydinvauriosta (10/28). Vaurion laajuuden määrittämisessä tiedot puuttuivat yhdeltä kuntoutujalta. Kuntoutujista 44 % raportoi vaurion laajuuden olevan osittainen, jolloin tunto puuttuu osittain ja lihastoiminta puuttuu kokonaan (ASIA B).

Kuntoutujien (n = 28) toimintakykyä kuvaavan WHODAS 2.0 -pisteiden keskiarvo on 39 (vaihteluväli 17–65). Naisten (n = 4) pisteiden keskiarvo on 36 (vaihteluväli 32–44) ja miesten (n = 25) keskiarvo on 40 (vaihteluväli 17–65). Taulukossa 22 esitellään kuntoutujien määrä luokiteltuna WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen version pisteiden keskiarvojen mukaisiin ryhmiin.

Taulukko 21. Kuntoutujien (n = 28) taustatiedot.

	Lkm	%
Sukupuoli		
Mies	23	86
Nainen	4	15
Työtilanne		
Eläkkeellä	19	69
Työssä	6	21
Muu (kuntoutustuki, opiskelu)	10	3

Taulukko 22. Kuntoutujien määrä luokiteltuna WHODAS 2.0 -pisteiden mukaan (0 = ei toimintarajoitteita, 100 = suurin mahdollinen toimintarajoite).

WHODAS 2.0 -pisteet	n	%
17–30	5	18
31–40	10	36
41–50	6	21
51–60	5	18
> 60	2	7
Yhteensä	28	100

WHODAS 2.0 -itsearviointimenetelmän perusteella kuntoutujat kokivat selkäydinvaurion vaikuttaneen heidän toimintakykynsä kuluneen 30 vuorokauden aikana (taulukko 23). Suurimmat selkäydinvauriosta aiheutuneet toimintarajoitteet olivat pidempien matkojen kävelyssä (96 % vähintään kohtalaisia vaikeuksia) ja pidempien aikojen seisomisessa (86 %). Yli puolet kuntoutujista koki vaikeuksia sekä kotitöiden hoitamisessa (64 %) että koko kehon pesemisessä (54 %). Viidennes kuntoutujista (18 %) koki selkäydinvaurion vaikuttaneen mielialaan kuluneen kuukauden aikana. Keskittymistä johonkin tekemiseen ja tuntemattomien ihmisten kanssa tekemisissä olemista ei koettu vaikeaksi. Kysymys 11 (Pitää yllä ystävyysuhteita) jäi vastaamatta yhdeltä kuntoutujalta ja kysymys 12 (Hoitaa päivittäinen työsi/opiskelusi) jäi tyhjäksi yhdeksältä vastaajalta, joista kahdeksan oli eläkkeellä.

Taulukko 23. Selkäydinvammakuntoutujien vastaukset WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen versioon koetun vaikeuden mukaan luokiteltuna.

WHODAS 2.0 -kysymys ”Kuinka vaikea sinun oli viimeisten 30 päivän aikana....	Ei lainkaan vaikeaa tai hieman vaikeaa ^a		Kohtalaisen, huomattavan tai erittäin vaikeaa / ei pystynyt ^b	
	n	%	n	%
Seistä pidempään, esimerkiksi 30 minuuttia	4	14	24	86
Hoitaa kotityöt	10	36	18	64
Oppia uusia asioita, esimerkiksi löytää reitti uuteen paikkaan	26	93	2	7
Osallistua yhteisösi tapahtumiin (esim. juhlat, uskonnolliset tai muut tilaisuudet) samaan tapaan kuin muut	20	71	8	29
Kuinka paljon terveydentilasi vaikutti tunne-elämääsi	23	82	5	18
Keskittyä johonkin tekemiseen 10 minuuttia	28	100	0	0
Kävellä pitkä matka, esimerkiksi kilometri	1	4	27	96
Pestä koko vartalosi	13	46	15	54
Pukea	17	61	11	39
Olla tekemisissä tuntemattomien ihmisten kanssa	28	100	0	0
Pitää yllä ystävyysuhteita	24	86 ^c	3	11 ^c
Hoitaa päivittäinen työsi/opiskelusi	11	58 ^d	8	42 ^d

^a Vastausvaihtoehdot 1 ja 2; ^b vastausvaihtoehdot 3–5; ^c n = 27/28 vastaajaa; ^d n = 19/28 vastaajaa.

WHODAS 2.0:n mukaisessa toimintakyvyssä voidaan nähdä ero sekä vaurion tason että laajuuden (A–D) mukaan tarkasteltuna (taulukko 24, s. 101). Kuntoutujilla, jotka ilmoittivat vauriotasokseen kaularangan vaurion (n = 14), oli keskimäärin enemmän toimintarajoitteita (ka 46, vaihteluväli 18–65) verrattaessa muihin vauriotasoihin ja koko aineistoon. Osittaisen selkäydinvaurion (ASIA B) ilmoittaneilla (n = 11) oli keskimäärin enemmän toimintarajoitteita (ka. 43, vaihteluväli 25–65) verrattaessa muihin ASIA-luokkiin. Myös kuntoutujilla, jotka raportoivat selkäytimen vaurion laajuuden täydellisenä (ASIA A, n = 9), oli keskimäärin suurimmat WHODAS 2.0

-pisteet (ka. 41, vaihteluväli 33–56) kuin koko aineistolla. Vähiten toimintarajoitteita oli kaularankatason vaurion saaneella kuntoutujalla, jolla oli osittainen selkäydinvaurio (ASIA D), sekä ristirankatason vaurion saaneella kuntoutujalla, jolla oli osittainen selkäydinvaurio (ASIA C). Luokitellut ryhmät jäivät pieniksi eikä tilastollista merkitsevyyttä ollut mahdollista laskea.

Vammautumisesta kuluneen ajan mukaan tarkasteltuna voidaan havaita, että niillä joilla on vähemmän aikaa selkäytimen vauriosta, on enemmän toimintarajoitteita (taulukko 25). Suurimmalla osalla kuntoutujista (41 %) vammautumisesta oli kulunut 1–10 vuotta (keskiarvo 19 vuotta). Heillä WHODAS 2.0 -pisteiden keskiarvo oli 42 ollen suurempi kuin koko aineistolla, ja heidän pisteensä vaihtelivat (17–65) eniten. Pisimpään sairastaneet (≥ 40 vuotta) kokivat selkäydinvaurion vaikuttaneen heidän toimintakykyynsä kuluneen 30 vuorokauden aikana vähiten.

Taulukko 24. WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen version pisteiden keskiarvot (vaihteluväli) vaurion tason ja laajuuden (ASIA) mukaan luokiteltuna (n = 28).

Vaurion taso	ASIA (n, ka. (vaihteluväli)) ^a				Yhteensä
	A	B	C	D	
Kaularanka	n = 4 48 (41–56)	n = 6 52 (39–65)	n = 2 47 (44–50)	n = 2 21 (17–25)	n = 14 46 (17–65)
Rintaranka	n = 5 37 (33–41)	n = 3 34 (31–36)	n = 1 39	n = 0	n = 10 ^b 36 (28–419)
Lanneranka	n = 0	n = 2 28 (25–32)	n = 0	n = 1 42	n = 3 33 (2–41)
Ristiranka	n = 0	n = 0	n = 1 17	n = 0	n = 1 17
Yhteensä	n = 9 41 (33–56)	n = 11 43 (25–65)	n = 4 37 (17–50)	n = 3 28 (17–42)	n = 28 39 (17–65)

^a ASIA, Impairment Scale (AIS) -luokitus; A, täydellinen selkäydinvaurio (lihasvoima ja tunto puuttuvat); B, osittainen selkäydinvaurio (tunto puuttuu osittain, lihasvoima puuttuu täysin); C, osittainen selkäydinvaurio (ei tuntopuutoksia, vähäistä lihasvoimaa); D, osittainen selkäydinvaurio (ei tuntopuutoksia, kohtalainen lihasvoima).

^b Yhden rintarankatason vaurion saaneen vastaajan ASIA-luokka puuttuu, WHODAS 28 pistettä.

Taulukko 25. WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen pisteet (0–100) vammautumisesta kuluneen ajan mukaan luokiteltuna.

Sairastamisaika, vuotta	n	Ka	Vaihteluväli
1–10	12	42	17–65
11–20	5	38	32–56
20–30	5	38	25–50
31–40	1	36	36
40–50	6 ^a	28	17–39
Yhteensä	29	39	17–65

^a Yhdeltä kuntoutujista puuttuu WHODAS 2.0 -arviointitiedot.

8.4 Pohdinta

Tämän pilottitutkimuksen mukaan WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen versio itse täyt-
täen soveltui selkäydinvaurion saaneille kuntoutujille. Sen täyttäminen vei aikaa vain
noin 5 minuuttia. Useimmat kuntoutujat vastasivat 11 kysymykseen, koska eläkkeellä
olemisen takia kysymykseen 12 ei tarvinnut vastata. WHODAS-pisteiden laskemi-
sen syntaksissa tämä huomioidaan, eli eläkkeellä olevilla 11 kysymyksen vastaukset
vastaavat työssä käyvien 12 kysymyksen vastauksia.

Englanninkielinen alkuperäinen WHODAS 2.0 on todettu tutkimuksissa luotettavak-
si menetelmäksi, jonka avulla voidaan helposti arvioida lääketieteellisen terveyden-
tilan vaikutusta eri elämänaalueilla, seurata kuntoutuksen vaikutuksia sekä määritellä
erilaisten mielenterveydellisten ja fyysisten sairauksien vaikutuksia osallistumiseen.
WHODAS 2.0 -arviointimenetelmää voidaan käyttää useisiin erilaisiin tarkoituksiin,
kuten väestötutkimuksiin, rekisteritietojen keräämiseen sekä tuomaan esille käytän-
nön työn tuloksia yksittäisen henkilön tasolla että erilaisissa tutkimuksissa. Sen on
todettu sopivan eri kulttuureihin, eri sukupuolille ja eri-ikäisille aikuiskuntoutujille.
WHODAS 2.0 kohdentuu suoritusten ja osallistumisen arviointiin. Se ei tuo esille
ruumiin ja kehon toimintoja eikä ympäristön asettamia rajoituksia toiminnalle.
(Üstün ym. 2010a.)

WHODAS 2.0:n on todettu olevan lupaava menetelmä arvioimaan osallistumista
selkäydinvaurion saaneilla kuntoutujilla (Noonan ym. 2010; Derret ym 2012; de Wolf
ym. 2012). Tutkimuksissa tosin on käytetty pääosin vanhempaa WHODAS II -kyse-
lyä ja 36 kysymyksen versiota. Aikaisemmissa tutkimuksissa vain Derret ym. (2012)
ovat käyttäneet lyhyttä, 12 kysymyksen versiota tutkiessaan 118:aa traumaattisen
ja ei-traumaattisen selkäydinvaurion saanutta kuntoutujaa. Heidän tutkimukses-
saan vastaajista 76 % oli miehiä, vastaajien ikä vaihteli 16:n ja 64:n vuoden välillä ja
vammutumisesta oli aikaa 6,5 kuukautta. Tutkijat yhdistivät analyysissa vastaus-
vaihtoehdot ”kohtalaisen vaikeaa”, ”huomattavan vaikeaa” ja ”erittäin vaikeaa / en
pystynyt” ja raportoivat vaikeuksien kokevien vastaajien määrät sekä prosenttiosuudet
kysymyksittäin. Derretin ym. (2012) tutkimuksessa vastaajat (n = 118) kokivat selkä-
ydinvaurion vaikuttavan toimintakykyynsä, kuten pitkien matkojen kävelyyn (79 %),
pitempään seisomiseen (75 %), kodinhoitoon liittyvien velvollisuuksien hoitamiseen
(67 %) sekä päivittäisistä tavanomaista työtehtävistä selviytymiseen (64 %). Noin puo-
let vastaajista koki selkäydinvaurion vaikuttaneen mielialaansa (57 %), koko kehon
pesemiseen (51 %), lähiyhteisön tapahtumiin osallistumiseen (50 %), pukeutumiseen
(49 %) sekä uusien asioiden opetteluun (43 %). Keskittymisen (34 %), vieraiden ihmis-
ten kanssa olemisen (24 %) ja ystävyysuhteiden ylläpitäminen (13 %) koettiin myös
vaikeutuneen, mutta vastaajien määrät jäivät näissä toiminnoissa pienemmiksi. Tässä
tutkimuksessa saadut toimintakyvyn tulokset (taulukko 23) ovat samansuuntaisia
Derretin ym. 2012 tutkimuksen kanssa.

Toimintakykyä kuvaavat WHODAS-pisteet (ka. 39, vaihteluväli 17–65) osoittivat tut-
kimukseen osallistuneiden kuntoutujien kokevan, että selkäydinvaurio aiheutti heille

merkittävän toimintarajoitteen. Tulos on samansuuntainen kuin de Wolfin ym. (2012) 36 kysymyksen pisteiden (0–100) keskiarvo selkäydinvaurion saaneilla ($34,6 \pm 19,1$). WHODAS 2.0 -käsikirjassa esitettyjen väestöpohjaisten normiarvojen mukaan 50 % väestöstä arvioi oman toimintakykynsä sellaiseksi, ettei lääketieteellinen terveydentila ollut vaikuttanut heidän toimintakykynsä kuluneen 30 vuorokauden aikana (tulos 0 pistettä) ja 95 %:lla pisteet olivat alle 30,6 (Üstün ym. 2010a, 44). Tässä pilottitutkimuksessa alle 30 pistettä sai viisi kuntoutujaa (12 %). Niinpä valtaosa kuntoutujista kuuluu väestöotoksessa enemmän toimintarajoitteita omaavaan 5 %:iin. Aikaisemmissa selkäydinvaurion saaneilla henkilöillä tehdyissä tutkimuksissa WHODASilla on todettu olevan kattoefekti, joka rajoittaa sen käyttämistä muutoksen seurannassa (Noonan ym. 2010; de Wolf ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa voidaan todeta suuntaa antavasti vaurion tason ja laajuuden vaikuttavan koettuun toimintakykyyn. Näyttää siltä, että henkilöt, joilla on kaularangan tason vaurio, sekä henkilöt, jotka ilmoittavat vaurion laajuuden olevan täydellinen, raportoivat enemmän toimintarajoitteita. On kuitenkin huomioitava, että toimintakyvyn kokemukset ovat yksilöllisiä, mikä näkyy edellä mainituissa ryhmissä toimintakyvyn pisteiden suurena vaihteluna. Toimintarajoitteet olivat suurempia henkilöillä, joilla oli kulunut vähemmän aikaa selkäydinvaurion syntymisestä. Naisten ja miesten välistä eroa ei voida tarkastella naisten pienen määrän ($n = 4$) vuoksi. Tutkimusjoukon pienuuden ($n = 29$) takia tilastollisia merkitsevyytestauksia eri ryhmien välillä ei voitu suorittaa.

Tutkimuksen luotettavuus

Osallistumisen itsearviointi on haasteellista. Sen lisäksi, että jokaisen lääketieteellinen terveydentila ja henkilökohtainen toimintaympäristö ovat yksilöllisiä, on jokaisella vastaajalla myös yksilöllinen käsitys arvioinnin kohteena olevista tehtävistä sekä vaikeuden määrittelyssä käytettyjen käsitteiden merkityksistä. Itsearviointin haasteena onkin kuntoutujan yksilöllisissä standardeissa, arvoissa ja käsitteiden määrittelyssä olevat erot sekä ajan kuluessa tapahtuvat muutokset. Tätä ilmiötä kutsutaan nimellä vastausiirtymä (response shift), ja ilmiö tulee ottaa huomioon erityisesti käytettäessä itsearviointia muutoksen mittauksessa (Schwartz 2010). Tilanteeseen sopeutuminen, aiemmat kokemukset sekä toivo paremmasta tulevaisuudesta voivat vaikuttaa itsearviointia tehtäessä (Cardol ym. 2002). Myös mittaustilanteessa voi olla virhelähteitä, joita WHODAS 2.0 -käsikirjan ohjeistus pyrkii minimoimaan muun muassa ohjeistamalla mittaustilanteen ja arvioinnin suorittamisen (Üstün ym. 2010a, 38–40, 63–72).

Kulnik ja Nikolettou (2014) tutkivat WHODAS 2.0:n sisältö- ja rakennevaliditeettia Isossa-Britanniassa yhteisöperustaisessa kuntoutuksessa (*community based rehabilitation*). He havaitsivat WHODAS 2.0:n tarkastelevan toimintarajoitteisuutta lääketieteellisestä näkökulmasta, mikä saattaa olla rajaavaa yhteisöllisessä kuntoutuksessa. Tutkimukset osoittavat, että tarvitaan lisää tutkimusta WHODAS 2.0 -menetelmän soveltuvuudesta selkäydinvaurion saaneilla henkilöillä (de Wolf ym. 2012). Erityisesti

tarvitaan uuden WHODAS 2.0 -menetelmän tutkimusta eri sairausryhmillä ja suomenkielisen version validointitutkimusta.

8.5 Yhteenveto

WHODAS 2.0:n avulla arvioidaan lääketieteellisestä terveydentilasta johtuvaa osallistumisrajoitteiden kokemusta. WHODAS 2.0:n suomenkielinen 12 kysymyksen itse täytettävä arviointi tunnisti toimintarajoitteet ja niiden vaihtelun suomalaisilla selkäydinvammakuntoutujilla samansuuntaisesti aiempiin tutkimuksiin verrattuna.

Koska toimintarajoitteiden kokeminen on yksilöllistä ja tutkimusaineisto oli pieni, ei vauriotason tai vaurion laajuuden perusteella voida tehdä suoria johtopäätöksiä koetuista osallistumisrajoitteista.

8.6 Lähteet

Cardol M, Beelen A, Bos GA van den, Jong BA, de Groot IJ de, Haan RJ de. Responsiveness of the impact on Participation and Autonomy Questionnaire. *Arch Phys Med Rehabil* 2002c; 83: 1524–1529.

Derret S, Beaver C, Sullivan M, Herbison Acland R, Paul C. Traumatic and non-traumatic spinal cord impairment in New Zealand. Incidence and characteristics of people admitted to spinal units. *Injury Prevention* 2012; 18: 343–346.

de Wolf AC, Tate RL, Lannin NA, Middleton J, Lane-Brown M, Cameron ID. The World Health Organization Disability Assessment Scale, WHODAS II. Reliability and validity in the measurement of activity and participation in a spinal cord injury population. *J Rehabil Med* 2012; 44: 747–755.

Dijkers MP. Issues in the conceptualization and measurement of participation. An overview. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91 (Suppl 1): s5–s16.

Haapalo V. Selkäydinvammakuntoutujilla käytettyjen arviointimenetelmien riittävyyden arviointi ICF-viitekehysessä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2014.

Heinemann AW. Measurement of participation in rehabilitation research. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91 (Suppl 1): s1–s4.

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

Järvikoski A, Karjalainen V. Kuntoutus monitieteellisenä ja -alaisena prosessina. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 80–93.

Kulnik S, Nikolettou D. WHODAS 2.0 in community rehabilitation: a qualitative investigation into the validity of a generic patient-reported measure of disability. *Disabil Rehabil* 2014; 36: 146–154.

Majnemer A, Mazer B. New directions in the outcome evaluation of children with cerebral palsy. *Seminars in Pediatric Neurology* 2004; 11: 11–17.

Noonan V, Kopec J, Noreau L, Singer J, Dvorak M. A review of participation instruments based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil* 2009; 31(23): 1883–1901.

Noonan V, Kopec J, Noreau L, ym. Measuring participation among persons with spinal cord injury. Comparison of three instruments. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2010; 15 (4): 49–62.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I, toim. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.

Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44: 319–342.

Resnik L, Plow M. Measuring participation as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health. An evaluation of existing measures. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90: 856–866.

Schwartz C. Applications of response shift theory and methods to participation measurement. A brief history of a young field. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91 (Suppl 1): s38–s43.

Selkäydinvamma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36098>>. Päivitetty 18.12.2012. Viitattu 31.7.2013.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän alustavat linjaukset ja kehittämisehdotukset Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmä. Luonnos 19.1.2012. Saatavissa: <<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/itsemaaraamisoikeus>>. Viitattu 29.9.2013.

Suositus osallistumisen yleisluonteisista arviointimenetelmistä aikuisilla (online). TOIMIA-suositus. Helsinki: THL, 2013. Paltamaa J, Kantanen M. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/39>>. Viitattu 29.3.2014.

Üstün TB, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Pull C. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization* 2010b; 88: 815–823.

Wade DT. Describing rehabilitation interventions. (Editorial.) *Clin Rehabil* 2005; 19: 811–818.

WHO. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). Geneva: WHO, 2014. Saatavissa: <<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index1.html>>. Viitattu 29.3.2014.

Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, toim. Measuring health and disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva: WHO, 2010a.

9 TOIMINTAKYVYN KUVAUS KUNTOUTUSSELOSTEISSA VUOSINA 2002–2003 JA 2013 ICF:N MUKAAN TARKASTELTUNA

Jaana Paltamaa

9.1 Johdanto

Kuntoutusprosessi (kuvio 6) alkaa toimintakyvyn arvioinnilla, jolla pyritään tunnistamaan henkilön toimintakyvyn ongelmia, vahvuuksia ja tarpeita silloin, kun hänellä on jokin vamma, sairaus tai muu toimintarajoite. Tavoite on kuvata toimintakykyä sekä kuntoutujan että ammattilaisen näkökulmasta ja siten vahvistaa kuntoutujan toimintakyvyn kokemuksen merkitystä. ICF mahdollistaa myös tavoitteiden ja toimintakyvyn ongelmien yhteyden kuvaamisen. Sen jälkeen suunnitellaan toimenpiteet ja työnjako eri ammattiryhmien kesken (työnjako) sekä toteutetaan kuntoutus (interventio). Toimenpiteiden jälkeen tulee esittää muutokset asiakkaan toimintakyvyssä ja tavoitteiden saavuttamisessa (seuranta). Tällöin tavoite on myös antaa tietoa kuntoutuksen jatkosuunnittelua varten. (Case studies 2014.)

Kuvio 6. Kuntoutusprosessi.



Lähde: ICF Research Branch 2013.

Kuntoutusprosessin aikana kootut tiedot tulee dokumentoida (Laki potilaan asemasta ... 1992). Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antaman asetuksen (STM 2009) mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Asianmukaisesti laaditut potilasasiakirjat ovat lisäksi tärkeitä potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan kannalta sekä vastaavasti henkilökunnan oikeusturvan toteuttamisessa (STM 2009). Tietoa tarvitaan arvioitaessa hoidon, kuntoutuksen tai muiden tukitoimien tarvetta sekä seurattaessa niiden vaikuttavuutta (Lehtovirta ja Vuokko 2014).

Myös kuntoutuksen palveluntuottajien tulee dokumentoida kuntoutujan asiakirjoihin kuntoutuspalvelun toteuttaminen. Esimerkiksi Kelan järjestämässä ja korvaavassa kuntoutuksessa veloitetaan tekemään kuntoutusseloste, joka on palveluntuottajan antama kuvaus kuntoutujan kuntoutusprosessista. Kelan standardin mukaan kuntou-

tusseloste sisältää selkeästi otsikoituna mm. seuraavat toimintakyvyn kuvaamiseen liittyvät osat: kuntoutujan omat näkemykset kuntoutuksesta ja tavoitteiden toteutumisesta; kuntoutujan arvioinnissa käytettyjen keskeisten mittaus- ja arviointimenetelmien tulokset mahdollisine viitearvoineen tai suhteessa testien kokonaispistemääriin ja niiden seuranta jatkojaksoilla; tilannearvio, joka painottuu kuntoutujan kannalta keskeisiin asioihin ottaen huomioon ICF:n osa-alueet; sekä toiminta- ja työkyvyn kehittymisen sanallinen arviointi. (Kelan avo- ja laitostuotoisen kuntoutuksen ... 2012, 13.)

Toimintakykytietoa voidaan kirjata rakenteisesti ja/tai vapaamuotoisena tekstinä (narratiivi). Käytäntönä on ollut vapaamuotoisen tekstin kirjaaminen, mutta sähköisen kirjaamisen ja Kansalliseen terveystietokantaan (Kanta) siirtymisen myötä rakenteinen kirjaaminen tulee tarpeelliseksi. Uusi terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas määrittelee toimintakyvyn kuvaukseksi henkilön kyvystä selviytyä päivittäisten toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista sekä muutokset potilaan palvelutapahtuman (kuntoutus- tai terapiajakso) tai palvelukokonaisuuden aikana. Toimintakyvyn kirjaamisessa noudatetaan ICF:n viitekehystä, jolloin toimintakyvyn eri osa-alueita voi kuvailla tekstimuotoisesti tai ICF-koodeilla ja tarkenteilla. Valtakunnallinen potilastiedon arkisto (Kanta) on otettu käyttöön 2013. Julkisen terveydenhuollon palveluntarjoajilla oli velvollisuus liittyä sen käyttäjiksi syyskuuhun 2014 mennessä ja yksityisten palvelujenantajienkin syyskuuhun 2015 mennessä. (Lehtovirta ja Vuokko 2014.)

Olemassa olevia asiakirjoja voidaan tarkastella takautuvasti siltaamalla toimintakyvyn liittyvä käsitteet ICF:n osa-alueisiin (How to use ICF 2013, 9, 27). Näin on tehty esimerkiksi Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa (VAKE-hanke), jossa todettiin, että CP-kuntoutujille laadittuihin kuntoutussuunnitelmiin oli kirjattu ICF:n osa-alueita hyvin rajoitetusti (Paltamaa ym. 2011, 49, 71).

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuvata selkäydinvammakuntoutujille laadittujen kuntoutusselosteiden sisältöä ICF-viitekehyksessä. Tutkimuksessa tarkasteltiin muutoksia kymmenen vuoden aikana vertaamalla ennen suomenkielisen ICF:n julkaisua (vuosina 2002 ja 2003) ja kymmenen vuotta sen jälkeen (vuonna 2013) laadittuja kuntoutusselosteita. Kuntoutusselosteiden sisällön analysoinnissa käytettiin selkäydinvammaan (pitkäaikainen) laadittua laajaa ICF-ydinlistaa (ICF core sets ... 2013).

Tavoite oli selvittää

- miten kuntoutusselosteissa oli kuvattu toimintakykyä vertaamalla niissä esiintyneitä ICF-kuvauskohteita selkäydinvammaan (pitkäaikainen) ICF:n laajaan ydinlistaan
- onko kuntoutusselosteiden sisältö muuttunut kymmenen vuoden aikana
- onko kuntoutusselosteiden sisällössä eroa lääketieteellisen terveydentilan eli selkäytimen vauriotason (para/tetraplegia) mukaan
- mitkä ovat tyypillisimmät toimintarajoitteet ja edistävät tai rajoittavat ympäristötekijät vuoden 2013 kuntoutusselosteissa.

9.2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa tarkasteltiin takautuvasti selkäydinvammakuntoutujille laitosmuotoisen kuntoutuksen päättyessä tehtyjä kuntoutusselosteita. Tässä tutkimuksessa analysoitiin lääkärin kirjaamia, kuntoutusjakson päättyessä tehtyjä kuntoutuselosteita, jotka oli lähetetty kuntoutuksen maksajataholle.

9.2.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus sisälsi seuraavat vaiheet:

- aineiston otanta toteutettiin kussakin kuntoutuskeskuksessa sille parhaiten sopivalla tavalla
- kuntoutusselosteen sisältö sillattiin ICF:ään Ciezan ym. (2005) ohjeiden mukaan.
- havaitut ICF-kuvauskohteet kirjattiin ICF-tarkistuslistaan (*checklist*) (WHO 2003) ICF-tarkistuslistan tiedot tallennettiin SPSS-ohjelmaan
- aineisto analysoitiin ja raportoitiin.

Ensimmäiseen analyysiin valittiin kahden vuoden ajanjakso, jolla pyrittiin turvaamaan otantakriteerit täyttävien kuntoutujien löytyminen. Vuosien 2002 ja 2003 aineisto kerätiin helmi-maaliskuussa 2013 sekä vuoden 2013 aineisto tammikuussa 2014.

Kuntoutuskeskusten vastuuhenkilöt toteuttivat vaiheet 1–3 kuntoutuskeskuksissa. Tällä varmistettiin kuntoutujan tietojen salassapito. Kuntoutuskeskuksen vastuuhenkilö listasi otantaan osuneet kuntoutujat ja antoi jokaiselle tunnustekoodin, jonka perusteella tietoja voitiin tarvittaessa tarkistaa. Nämä listat säilytettiin kuntoutuskeskuksessa turvallisessa paikassa ja ne hävitettiin aineiston analyysin jälkeen.

Sen jälkeen vastuuhenkilö siltasi kuntoutusselosteiden sisällön ICF:ään. Koska vapaaehtoisen tekstin retrospektiivinen siltaaminen voi olla haastavaa (How to use ICF 2013, 9), käytettiin siltauksessa ICF:n kaksiportaista luokitusta. Siltauksessa järjestettiin yksi koulutus kuntoutuskeskusten vastuuhenkilöille. Koulutuksessa sovittiin yhteisistä periaatteista ja laadittiin kirjalliset ohjeet. Lisäksi vastuuhenkilöillä oli käytössä JAMKin projektityöntekijöiden kanssa yhteinen Optima-työtila, jossa vastuuhenkilöt pystyivät vaihtamaan kokemuksia ja tekemään kysymyksiä.

Siltauksessa löydettyt kuvauskohteet kirjattiin ICF-tarkistuslistaan nimettöminä käyttäen tunnustekoodia. ICF-tarkistuslista on lyhytversio yleisesti relevanteimmista ICF-kuvauskohteista käytännön työtä varten (WHO 2003). Tarkistuslistan liitteitä ei tässä tutkimuksessa käytetty. ICF-tarkistuslistat toimitettiin JAMKiin, jossa projektin vastuututkija tallensi tiedot SPSS-ohjelmaan ja analysoi tulokset.

Siltauksessa ja ICF-tarkistuslistan täyttämässä ei käytetty tarkenteita. *Toimintakyky ja toimintarajoitteet* -osassa (ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suori-

tukset ja osallistuminen) kirjattiin kuntoutusselosteesta löytyneen kuvauskohteen kohdalle, oliko se mainittu ongelmana (X) vai vain mainittu, mutta ei ole ongelma (0). *Kontekstuaalisista tekijöistä* ICF-tarkistuslistaan kirjattiin vain ympäristötekijät, koska yksilötekijöistä puuttuu yksityiskohtainen luokitus. Ympäristötekijöistä kyseisen kuvauskohteen kohdalle kirjattiin, oliko se mainittu selosteessa rajoittavana tekijänä (-), edistävänä tekijänä (+), molempina (+/-) vai vain mainittu (0).

Lisäksi kuntoutusselosteista kerättiin lääketieteelliseen terveydentilaan ja yksilötekijöihin liittyviä taustatietoja. Selkäydinvammaan liittyen kirjattiin diagnoosit, vammataso (paraplegia vai tetraplegia) ja ASIA-luokka. Yksilötekijöistä kirjattiin ikä ja sukupuoli sekä nykyinen perhetilanne ja työtilanne, mikäli tiedot löytyivät kuntoutusselosteesta. Lisäksi muut selosteessa olleet yksilötekijät ohjattiin kirjaamaan tarkistuslistan kohtaan 4 (Other contextual information). Yksilötekijöitä kirjattiin niukasti ja vaihdellen, ja sen vuoksi ne jätettiin analyysin ulkopuolelle.

9.2.2 Aineisto

Tutkimusaineisto koostuu 120 selkäydinvammaisen kuntoutusselosteesta, joista 60 oli vuosilta 2002–2003 ja 60 vuodelta 2013. Jokaisessa ICF-projektiin osallistuneessa kuntoutuskeskuksessa (Käpylä, Kankaanpää ja Peurunka) sillattiin 20 kuntoutusselostetta vuosilta 2002–2003 ja 20 kuntoutusselostetta vuodelta 2013.

Kukin kuntoutuskeskus teki otannan laitokselleen parhaiten soveltuvalla tavalla (FIM-rekisteri, arkisto, tms). Otannassa ei tehty eroa lähettävän tai maksavan tahon (esim. Kela, vakuutusyhtiö) mukaan. Siltaus tehtiin vain yhdestä kerrasta eli siitä kuntoutusselosteen yhteenvedosta, joka on lähetetty maksajalle.

Otantakriteerit olivat:

- myöhäisvaiheen selkäydinvammakuntoutuja
- työikäinen (ei alle 18-vuotias eikä yli 65-vuotias)
- epidemiologisen tiedon (Ahoniemi ym. 2009; Kannisto ja Alaranta 2010) perusteella:
 - 20 kuntoutujasta naisia tuli olla 6–7 ja miehiä 13–14
 - 20 kuntoutujasta tetraplegia tuli olla 12:lla ja paraplegia 8 kuntoutujalla.

Ensimmäisen analyysikerran (2002–2003) kuntoutusselosteista 28 oli vuodelta 2002 ja 32 vuodelta 2003. Tyypillisin kuntoutusselosteissa esiintynyt diagnoosi oli selkärankavamma (T91), joita oli 49 (82 %) vuosien 2002–2003 analyysissä ja 50 (83 %) vuoden 2013 analyysissä. Para- tai tetrapareesi-diagnoosi (G82) oli 6 kuntoutujalla vuosina 2002–2003 ja 3 kuntoutujalla vuonna 2013. Loput selkäydinvamman syyt olivat yksittäisiä kaulan tai pään vammoja, selkäydintä ahtauttavia kasvaimia tai nikamasairauksia tai muuhun sairauteen liittyviä selkäydinsairauksia. Kuntoutujien taustatiedot esitetään taulukossa 26, s. 111.

Taulukko 26. *Selkäydinvammakuntoutujien taustatiedot.*

	Vuosina 2002–2003 (n = 60)	Vuonna 2013 (n = 60)
Ikä, vuotta (ka. ± SD)	46 ± 10,0	47 ± 10,9
Sukupuoli, n (%)		
Nainen	15 (25)	20 (33)
Mies	45 (75)	40 (67)
Selkäydinvamman taso, n (%)		
Paraplegia	18 (30)	25 (42)
Tetraplegia	42 (70)	35 (58)

9.2.3 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoitiin SPSS- ja Excel-ohjelmien avulla. Kuntoutuselosteiden sisältöä tarkasteltiin sekä käytettyjen kuvauskohteiden esiintymisen että kirjausten lukumäärän mukaan.

Kuvauskohde laskettiin esiintyneeksi, jos se oli ollut yhdessäkin kuntoutuselosteessa. Tässä ei eroteltu, oliko kuvauskohde merkitty ICF-tarkistuslistaan ongelmana, rajoittavana tai edistävänä vai pelkästään mainintana. Tarkastelu tehdään erikseen kummaltakin analyysikerralta (eli vuosilta 2002–2003 ja vuodelta 2013). Kuvauskohteiden esiintyminen kuvataan frekvenssien ja prosenttiosuuksien avulla. Niiden kattavuutta toimintakyvyn kuvaamiseksi arvioidaan selkäydinvamman ICF-ydinlistan avulla.

ICF-ydinlistoihin on koottu minimimäärä ICF-kuvauskohteita, joita tarvitaan kuvaamaan toimintakykyä tietyn sairauden tai taudin seurauksena. Niitä voi käyttää muistilistoina niistä toimintakyvyn kuvauskohteista, jotka vähintään tulisi arvioida asiakkaan sairautta tai tilannetta tarkasteltaessa. Lyhyttä ydinlistaa (10–20 kuvauskohdetta) voidaan käyttää asiakkaan toimintakyvyn kuvaamiseen missä tahansa sosiaali- tai terveydenhuollon tilanteessa ja laajaa listaa (90–140 kuvauskohdetta) silloin, kun asiakkaan toimintakyvystä tarvitaan tarkka moniammatillinen kuvaus. Selkäydinvammaan on olemassa omat ydinlistat akuuttiin ja pitkäaikaiseen vaiheeseen. (Bickenbach ym. 2012; ICF core sets ... 2013.) Koska tässä tutkimuksessa on kyse moniammatillisesta kuntoutuksesta selkäydinvamman pitkäaikaisessa vaiheessa, käytettiin kuntoutuselosteiden sisällön analyysissä (pitkäaikaisen) selkäydinvamman laajaa ydinlistaa.

Kirjausten lukumäärän saamiseksi laskettiin yhteen kaikki ICF-tarkistuslistan kuvauskohteisiin tehdyt merkinnät. ICF:ään sillattujen kirjausten lukumäärä kuvattiin ICF-osa-alueittain ja -kuvauskohteittain frekvenssien ja prosenttiosuuksien avulla. Kirjausten lukumäärää osa-alueittain kuntoutujaa kohti kuvattiin keskiarvon (ka.) ja keskihajonnan (SD) avulla analyysikerroittain ja vauriotason mukaan.

Lisäksi kirjausten lukumääristä tarkasteltiin niitä kuvauskohteita, jotka vuonna 2013 oli merkitty kuntoutujalle ongelmaksi eli toimintarajoitteeksi ja ympäristötekijöiden kohdalla rajoittavaksi tai edistäväksi tekijäksi. Vuosien 2002–2003 aineisto jouduttiin jättämään tästä analyysistä pois, koska nämä merkinnät puuttuvat viidestä ICF-tarkistuslistasta.

Kahden analyysikerran (vuosien 2002–2003 ja 2013) ja vauriotason (para/tetraplegia) välisiä eroja tarkasteltiin riippumattomien otosten T-testillä. Iän ja kirjausten lukumäärän yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiotestin avulla. Merkitsevän muutoksen rajaksi asetettiin $p < 0,05$.

9.3 Tulokset

9.3.1 Kuntoutuslosteiden muutokset selkäydinvamman ICF-ydinlistaan verrattuna

Selkäydinvamman (pitkäaikainen) yksityiskohtainen ydinlista sisältää 168 ICF-kuvauskohdetta, joista kuntoutuslosteiden sisällön tarkastelussa käytettiin 128:aa kaksipuolaisen luokituksen kuvauskohdetta (taulukko 27, s. 113). Ydinlistan kuvauskohteista oli käytössä 92 kuvauskohdetta (72 %) vuosien 2002–2003 kuntoutuslosteissa ja 106 kuvauskohdetta (82 %) vuoden 2013 kuntoutuslosteissa (taulukko 28, s. 113). Kaikkiaan kuntoutuslosteissa esiintyneiden kuvauskohtien määrä lisääntyi 17 %:lla, kun huomioidaan sekä ydinlistan että sen ulkopuolelta olevat kuvauskohteet.

Jokaisessa ICF-osa-alueessa yli puolet käytetyistä kuvauskohteista oli ydinlistan kuvauskohteita (taulukko 28). Ydinlistan kuvauskohteiden käyttö lisääntyi kymmenen vuoden tarkastelujakson aikana lukuun ottamatta ruumiin/kehon toimintoja. Ruumiin/kehon toimintojen ydinlistan kuvauskohteista käytettiin 82 % ($n = 28$) kummallakin analyysikerralla. Ruumiin rakenteissa jälkimmäisellä, vuoden 2013 analyysikerralla oli käytössä kaikki ydinlistan 8 kuvauskohdetta, kun vuosina 2002–2003 käytössä oli 7 (88 %). Myös suoritusten ja osallistumisen ydinlistan kuvauskohteiden käyttö lisääntyi 76 %:sta ($n = 34$) 91 %:iin ($n = 41$). Vähiten käytettiin ympäristötekijöiden kuvauskohteita, mutta niidenkin osuus lisääntyi 56 %:sta ($n = 23$) 71 %:iin ($n = 29$). Muutokset kuvauskohteiden esiintymisessä verrattuna ydinlistan kuvauskohteisiin esitetään kuviossa 7 (s. 113) sekä muutokset ydinlistan kuvauskohteissa olleiden kirjausten lukumäärissä kuviossa 8 (s. 114).

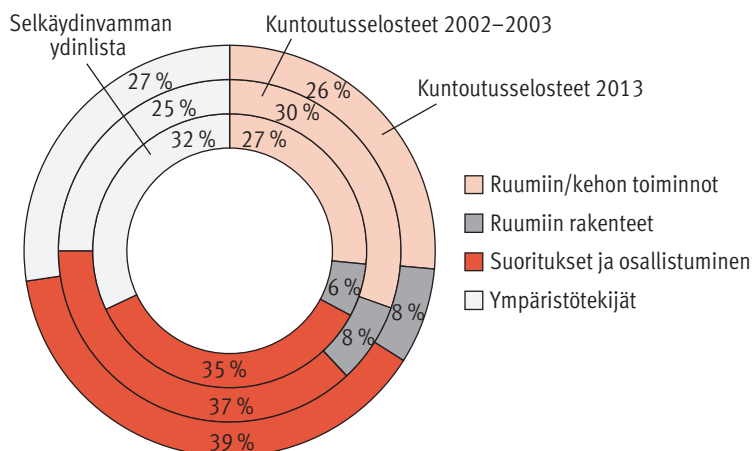
Taulukko 27. (Pitkäaikaisen) selkäydinvamman laajan ydinlistan kuvauskohteiden määrä yksityiskohtaisessa ja kaksiportaisessa luokituksessa.

ICF-osa-alue	Lyhenne	Kuvauskohteita yksityiskohtaisessa luokituksessa (n)	Kuvauskohteita kaksiportaisessa luokituksessa (n)
Ruumiin/kehon toiminnot	b	44	34
Ruumiin rakenteet	s	19	8
Suoritukset ja osallistuminen	d	64	45
Ympäristökijät	e	41	41
Yhteensä		168	128

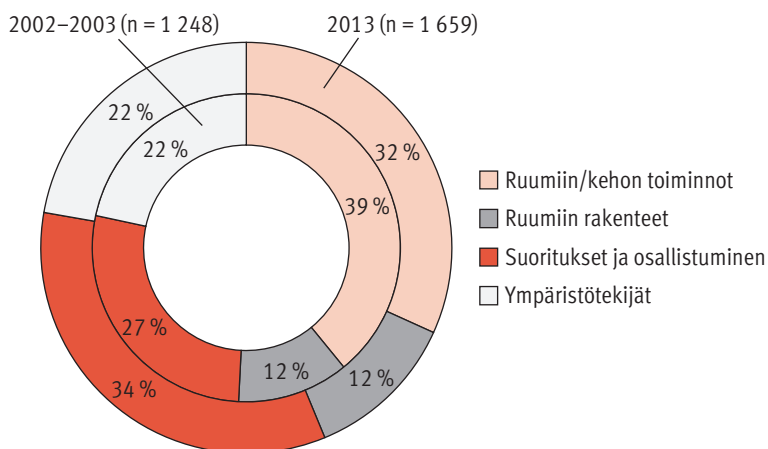
Taulukko 28. Vuosien 2002–2003 ja 2013 kuntoutusselosteiden kuvauskohteet jaoteltuna ydinlistan kuvauskohteisiin ja sen ulkopuolella oleviin.

Kuvauskohteet	2002–2003 (n = 60)			2013 (n = 60)		
	Ydinlistasta n (%)	Ydinlistan ulkopuolelta n (%)	Yhteensä n	Ydinlistasta n (%)	Ydinlistan ulkopuolelta n (%)	Yhteensä n
Ruumiin/kehon toiminnot	28 (52)	26 (48)	54	28 (49)	29 (51)	57
Ruumiin rakenteet	7 (65)	9 (35)	16	8 (42)	11 (58)	19
Suoritukset ja osallistuminen	34 (64)	18 (35)	52	41 (64)	23 (36)	64
Ympäristökijät	23 (85)	4 (15)	27	29 (85)	5 (15)	34
Yhteensä	92 (62)	57 (38)	149	106 (61)	68 (39)	174

Kuvio 7. ICF-kuvauskohteet osa-alueittain selkäydinvamman ydinlistassa verrattuna vuosien 2002–2003 ja vuoden 2013 kuntoutusselosteiden sisältöön (osuus ydinlistan kuvauskohteista).



Kuvio 8. Ydinlistan kirjausten lukumäärä ICF-kuvauskohteissa vuosina 2002–2003 (n = 1 248) ja 2013 (n = 1 659).



9.3.2 Kirjausten lukumäärän muuttuminen kymmenen vuoden aikana

Kun laskettiin yhteen kaikki ICF-tarkistuslistan kuvauskohteisiin tehdyt merkinnät, lisääntyi kirjausten lukumäärä vuosien 2002–2003 määrästä 38 %:lla ja kuntoutuja-kohtaisten kirjausten määrä keskimäärin 25 kirjauksesta 35 kirjaukseen. Muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$) (taulukko 29). Kuntoutujakohtaisten kirjausten määrä vaihteli suuresti. Vuosina 2002–2003 kuntoutujan toimintakyvyn kuvaamisessa käytettiin 8–46 kuvauskohdetta ja vuonna 2013 14–57 kuvauskohdetta. Vuosina 2002–2003 oli kuntoutusselosteita, joissa ei esiintynyt yhtään ruumiin rakenteen, suoritusten ja osallistumisen ja ympäristötekijöiden kuvauskohdetta: tämä oli muuttunut kymmenessä vuodessa siten, että vuonna 2013 jokaisen kuntoutujan kohdalla kirjattiin vähintään yksi kuvauskohde kustakin ICF:n osa-alueesta.

Vuosina 2002–2003 käytetyimmät pääluokat (suluissa kirjausten lukumäärä) olivat b4 Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot (n = 158) ja b7 Tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot (n = 186), s7 Liikkeisiin liittyvät rakenteet (n = 133), d4 Liikkuminen (n = 187) ja d5 Itsestä huolehtiminen (n = 100) sekä e1 Tuotteet ja teknologiat (n = 133). Vuonna 2013 käytetyimmät pääluokat olivat b1 Mielentoiminnot (n = 169), b4 Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot (n = 138) ja b7 Tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot (n = 167), s7 Liikkeisiin liittyvät rakenteet (n=133), d4 Liikkuminen (n = 200) ja d5 Itsestä huolehtiminen (n = 188) sekä e1 Tuotteet ja teknologiat (n = 153) ja e3 Asenteet (n = 109).

Taulukko 29. Selkäydinvammakuntoutujien kuntoutusselosteiden sisällön muutokset vuosina 2002–2003 ja 2013 ICF-osa-alueittain (kirjausten lukumäärä / kuntoutuja ja yhteensä; riippumattomien otosten T-testi).

Osa-alue	2002–2003 (n = 60)		2013 (n = 60)		Tilastollinen merkitsevyys
	Ka. ± SD (vaihteluväli)	Kirjausten lkm	Ka. ± SD (vaihteluväli)	Kirjausten lkm	
Ruumiin/kehon toiminnot	11,1 ± 4,3 (4–21)	632	12,4 ± 5,0 (2–24)	724	ns
Ruumiin rakenteet	3,4 ± 2,0 (0–10)	201	4,4 ± 2,4 (1–11)	251	p = 0,01
Suoritukset ja osallistuminen	6,3 ± 3,4 (0–15)	379	11,7 ± 3,9 (4–19)	700	p < 0,001
Ympäristötekijät	4,6 ± 3,0 (0–13)	275	6,8 ± 2,5 (1–12)	381	p < 0,001
Yhteensä	25,35 ± 8,0 (8–46)	1 487	35,3 ± 9,3 (14–57)	2 056	p < 0,001

Ns, ei tilastollisesti merkitsevää eroa.

Kirjausten lukumäärä pääluokittain muuttui etenkin suoritusten ja osallistumisen sekä ympäristötekijöiden osa-alueilla (taulukko 30, s. 116). Suoritusten ja osallistumisen pääluokassa d4 *Liikkuminen* ja ympäristötekijöiden pääluokassa e5 *Palvelut, hallinto ja politiikka* ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta, mutta kaikissa muissa näiden osa-alueiden pääluokissa kirjausten määrä kuntoutujaa kohti lisääntyi. Ruumiin/kehon toiminnoissa ainoa tilastollisesti merkitsevä kirjausten lisääntyminen oli pääluokassa b1 *Mielentoiminnot*. Lähes kaikkia pääluokkia oli käytetty kuntoutusselosteissa. Ainoa poikkeus oli vuosina 2002–2003 ruumiin rakenteiden pääluokka s3 *Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet* ja vuonna 2013 ruumiin rakenteiden pääluokka s2 *Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet*, joissa ei ollut yhtään kirjausta.

9.3.3 Kuntoutusselosteiden sisällöt terveydentilan ja yksilötekijöiden mukaan

Kirjausten lukumäärässä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa para- ja tetraplegiakuntoutujien välillä, kun tarkastellaan vuosien 2002–2003 ja vuoden 2013 tuloksia yhdistettynä (taulukko 31, s. 117). Myöskään kuntoutujan ikä ei ollut yhteydessä kirjausten määrään.

Taulukko 30. Kirjaukset selkäydinvammakuntoutujien kuntoutuslosteissa ICF:n pääluokissa keskimäärin / kuntoutuja; riippumattomien otosten T-testi).

Osa-alue ja pääluokat ^a	2002–2003 (n = 60) ka. ± SD (vaihteluväli)	2013 (n = 60) ka. ± SD (vaihteluväli)	Tilastollinen merkitsevyys
Ruumiin/kehon toiminnot (b)			
b1	0,7 ± 1,0 (0–4)	2,8 ± 2,1 (0–8)	p < 0,001
b2	1,4 ± 1,3 (0–4)	1,4 ± 1,0 (0–5)	ns
b3	0,03 ± 0,2 (0–1)	0,1 ± 0,4 (0–2)	ns
b4	2,6 ± 1,5 (0–6)	2,3 ± 1,1 (0–4)	ns
b5	1,5 ± 1,2 (0–5)	1,5 ± 1,3 (0–4)	ns
b6	1,1 ± 0,7 (0–3)	1,1 ± 1,3 (0–9)	ns
b7	3,1 ± 1,4 (0–9)	2,8 ± 1,3 (0–6)	ns
b8	0,6 ± 0,6 (0–2)	0,5 ± 0,5 (0–2)	ns
Ruumiin rakenteet (s)			
s1	0,7 ± 0,5 (0–2)	1,0 ± 0,5 (0–2)	p < 0,001
s2	0,1 ± 0,2 (0–1)	0	ns
s3	0	0,1 ± 0,2 (0–1)	ns
s4	0,03 ± 0,2 (0–1)	0,2 ± 0,5 (0–2)	p < 0,05
s5	0,1 ± 0,3 (0–1)	0,1 ± 0,3 (0–1)	ns
s6	0,1 ± 0,3 (0–1)	0,1 ± 0,3 (0–1)	ns
s7	2,2 ± 1,9 (0–6)	2,5 ± 1,6 (0–6)	ns
s8	0,2 ± 0,4 (0–1)	0,3 ± 0,6 (0–2)	ns
Suoritukset ja osallistuminen (d)			
d1	0,02 ± 0,1 (0–1)	0,3 ± 0,7 (0–4)	p < 0,01
d2	0,1 ± 0,4 (0–2)	1,1 ± 0,8 (0–2)	p < 0,001
d3	0,2 ± 0,4 (0–2)	0,7 ± 0,8 (0–2)	p < 0,001
d4	3,1 ± 1,8 (0–8)	3,1 ± 1,5 (1–9)	ns
d5	1,7 ± 1,9 (0–7)	3,1 ± 2,0 (0–7)	p < 0,001
d6	0,3 ± 0,7 (0–3)	0,7 ± 0,9 (0–3)	p < 0,01
d7	0,3 ± 0,5 (0–2)	0,8 ± 0,9 (0–4)	p < 0,001
d8	0,2 ± 0,5 (0–2)	1,0 ± 1,4 (0–9)	p < 0,001
d9	0,5 ± 0,5 (0–2)	1,0 ± 0,9 (0–3)	p < 0,01
Ympäristökijät (e)			
e1	2,2 ± 1,4 (0–6)	3,0 ± 1,3 (0–6)	p < 0,01
e2	0,03 ± 0,2 (0–1)	0,2 ± 0,4 (0–2)	p < 0,05
e3	1,3 ± 1,2 (0–5)	1,8 ± 0,9 (0–4)	p < 0,01
e4	0,02 ± 0,1 (0–1)	0,3 ± 0,6 (0–3)	p < 0,1
e5	1,1 ± 1,4 (0–6)	1,5 ± 1,4 (0–5)	ns

Ns, ei tilastollisesti merkitsevää eroa; sd, keskihajonta.

^aPääluokkien selitykset ICF-kirjan mukaiset (ICF 2004).

b1 Mielentoiminnot; b2 Aistitoiminnot ja kipu; b3 Ääni- ja puhetoiminnot; b4 Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot; b5 Ruoansulatus-, aineen vaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot; b6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot; b7 Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot; b8 Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot.

s1 Hermojärjestelmän rakenteet; s2 silmä-, korva ja niihin liittyvät rakenteet; s3 ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet; s4 Sydän ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet, s5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän rakenteet; s6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän rakenteet; s7 Liikkeeseen liittyvät rakenteet; s8 ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet.

d1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen; d2 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, d3 Kommunikointi; d4 Liikkuminen; d5 Itsestä huolehtiminen; d6 Kotielämä; d7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet; d8 Keskeiset elämäalueet, d9 Yhteisöllinen, soisiaalinen ja kansalaiselämä.

e1 Tuotteet ja teknologiat; e2 Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset; e3. Tuki ja keskinäiset suhteet; e4 Asenteet; e5 Palvelut, hallinto ja politiikka.

Taulukko 31. Selkäydinvammakuntoutujien kuntoutusselosteiden kirjausten lukumäärä / kuntoutuja vauriotason (para-/tetraplegia) mukaan ICF-osa-alueittain ja yhteensä (riippumattomien otosten T-testi).

Osa-alue	Paraplegia (n = 43) ka. ± SD (vaihteluväli)	Tetraplegia (n = 77) ka. ± SD (vaihteluväli)	Tilastollinen merkitsevyys
Ruumiin/kehon toiminnot	11,8 ± 4,6 (4–22)	11,7 ± 4,8 (4–24)	ns
Ruumiin rakenteet	4,3 ± 2,3 (0–10)	3,7 ± 2,1 (0–11)	ns
Suoritukset ja osallistuminen	9,2 ± 4,2 (2–19)	8,9 ± 4,8 (0–19)	ns
Ympäristötekijät	5,8 ± 2,9 (2–13)	5,6 ± 3,0 (0–12)	ns
Yhteensä	31,2 ± 9,5 (14–50)	29,9 ± 10,3 (8–57)	ns

Ns, ei tilastollisesti merkitsevää eroa.

9.3.4 Selkäydinvammakuntoutujien tyypillisimmät toimintarajoitteet sekä rajoittavat tai edistävät ympäristötekijät vuonna 2013

Kaikkiaan kuntoutusselosteissa oli 2 056 ICF-kuvauskohteisiin sillattua toimintakyvyn kuvausta vuonna 2013, joista 1 659 oli ydinlistasta ja 397 ydinlistan ulkopuolelta. Kaikista kirjatuihin kuvauskohteista noin puolet (n = 1 077, 52 %) oli sellaisia, että ne oli mainittu kuntoutusselosteessa toimintarajoitteena tai rajoittavana tai edistävänä ympäristötekijänä. Huomioitavaa on, että 64 % suoritusten ja osallistumisen, 44 % ruumiin/kehon toimintojen, 38 % ympäristötekijöiden ja 28 % ruumiin rakenteiden kirjauksista oli mainintoja.

Vuoden 2013 ICF-tarkistuslistasta poimittiin useimmiten esiintyneet toimintarajoitteet ruumiin/kehon toiminnoissa, ruumiin rakenteissa suorituksissa ja osallistumisessa (taulukko 32, s. 118) sekä useimmiten esiintyneet rajoittavat tai edistävät ympäristötekijät (taulukko 33, s. 118). Kuvauskohteen tuli esiintyä vähintään yhdessä kolmasosassa vuoden 2013 kuntoutusselosteesta (n = 60). Eniten näitä oli kirjattu ruumiin/kehon toimintoihin (6 kuvauskohdetta). Ympäristötekijöissä tunnistettiin kolme edistävää tekijää, mutta ei yhtään kriteerit täyttävää rajoittavaa tekijää. Kaikki yleisimmät toimintarajoitteet ja edistävät ympäristötekijät kuuluvat pitkäaikaisen selkäydinvamman ydinlistaan. Rajoittavana ympäristötekijänä eniten mainittiin ydinlistan ulkopuolelta e225 ilmasto (n = 6).

Taulukko 32. Selkäydinvammakuntoutujien yleisimmät toimintarajoitteet osa-alueittain vuonna 2013. Kriteerinä esiintyminen vähintään 20 kuntoutusasteessa.

Osa-alue	Kuvauskohde	Kirjausten määrä 60 kuntoutusasteessa
Ruumiin/kehon toiminnot	b730 Lihasvoiman ja tehon tuottotoiminnot	38
	b710 Nivelten liikkuvuustoiminnot	36
	b 620 Virtsaamistoiminnot	35
	b735 Lihasjänteystoiminnot	34
	b525 Ulostustoiminnot	33
	b280 Kipu	30
Ruumiin rakenteet	s120 Selkäydin	50
	s750 Alaraajan rakenne	30
	s730 Yläraajan rakenne	25
Suoritukset ja osallistuminen	d510 Itsestä huolehtiminen	25
	d530 WC:ssä käyminen	23
	d540 Pukeutuminen	21
	d440 Käden hienomotorinen käyttäminen	20

Taulukko 33. Selkäydinvammakuntoutujien yleisimmät rajoittavat tai edistävät ympäristötekijät vuonna 2013. Kriteerinä esiintyminen vähintään 20 kuntoutusasteessa.

Ympäristötekijät	Kuvauskohde	Esiintyminen 60 kuntoutusasteessa
Edistävä tekijä	e115 Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön	31
	e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa.	24
	e580 Terveyspalvelut, hallinto ja politiikka	20
Rajoittava tekijä		a

^aYksikään kuvauskohde ei esiintynyt 20:ssä tai sitä useamassa kuntoutusasteessa rajoittavana tekijänä. Ympäristötekijöiden rajoittavana tekijänä useimmiten mainittiin e225 ilmasto (n = 6) ja e570 sosiaaliturva (n = 5).

9.4 Pohdinta

ICF tarjoaa viitekehyksen, jonka pohjalta voidaan valita keskeiset, merkitykselliset aihealueet yksittäisen kuntoutujan toimintakyvyn arviointiin. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin retrospektiivisesti selkäydinvammakuntoutujien toimintakyvyn kuvausta laitospuoleisen kuntoutusjakson jälkeen ja siinä kymmenen vuoden aikana tapahtuneita muutoksia. Tämän tyylinen laadullisen aineiston siltaus on varsin uutta.

Fayed in ym. (2011) katsauksessa mainittiin kymmenen potilastietojen siltausta, joista vain kolme oli tehty Ciezan ym. (2005) siltausohjeita noudattaen.

Tuloksista voidaan todeta, että toimintakyvyn kuvaaminen kuntoutusselosteissa lisääntyi kymmenen vuoden aikana sekä käytettyjen ICF-kuvauskohteiden lukumäärässä (17 %) että toimintakyvyn kirjausten lukumäärässä (38 %).

Kuvauskohteiden esiintymisen kasvu kertoo, että toimintakykyä huomioidaan ICF-viitekehityksessä laaja-alaisemmin. Osin kyse on kuitenkin yksittäisistä tapauksista, sillä tutkimuksessa kuvauskohde laskettiin esiintyneeksi, jos kuvauskohdetta oli käytetty yhdenkin kuntoutujan kohdalla.

Verrattaessa kuvauskohteiden esiintymistä pitkäaikaisen selkäydinvamman laajaan ydinlistaan todetaan, että jo vuosina 2002–2003 kaksi kolmasosaa kirjauksista oli tästä ydinlistasta. Tällöin suhteessa eniten käytettiin ruumiin/kehon toimintojen kuvauskohteita. Ruumiin/kehon toimintojen vajavuudet ovat tyypillisiä selkäydinvammakuntoutujalle selkäydinvaurion aiheuttamia vajavuuksia. Tutkimuksessa löydetty tyypilliset vajavuudet etenkin tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvissä toiminnoissa, ulostustoiminnoissa ja virtsaamistoiminnoissa vastaavat aikaisempien tutkimusten tuloksia (Rauch ym. 2011).

Kuitenkin kyseisen ydinlistan (Bickenbach ym. 2012; ICF core sets ... 2013) ja aikaisempien tutkimusten (Rauch ym. 2011) mukaan eniten tulisi käyttää suoritusten ja osallistumisen sekä ympäristötekijöiden kuvauskohteita. Muutos kymmenen vuoden aikana on ollut edellä mainittujen ICF:n painopisteiden suuntainen. Ydinlistan kuvauskohteiden kirjausten suhteellisessa määrässä vähentymistä tapahtui ruumiin/kehon toiminnoissa (39 % -> 32 %) ja lisääntymistä suorituksissa ja osallistumisessa (27 % -> 34 %). Samoin kuntoutujakohtaisia kirjauksia tarkasteltaessa suorituksissa ja osallistumisessa yhtä lukuun ottamatta tapahtui tilastollisesti merkitsevää kasvua, mutta ruumiin/kehon toimintojen kirjauksissa ainoa tilastollisesti merkitsevä kasvu oli pääluokassa b1 *Mielentoiminnot*. Voidaan siis todeta tapahtuneen lievää painopisteen siirtymistä ruumiin/kehon toiminnoista suorituksiin ja osallistumiseen.

Vähiten kuvauskohteita suhteessa ydinlistan kuvauskohteisiin oli ympäristötekijöiden osa-alueelta. Vaikka ympäristötekijöiden kirjausten määrä lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi, kuitenkin vuonna 2013 vajaa kolmasosa pitkäaikaisen selkäydinvamman ydinlistan ympäristötekijöiden kuvauskohteista puuttui kuntoutusselosteista. Käytetyimmät pääluokat olivat e1 *Tuotteet ja teknologiat*, e3 *Tuki ja keskinäiset suhteet* ja e5 *Palvelut, hallinto ja politiikka*. Nämä vastaavat aikaisempaa tutkimusta, jossa selkäydinvammaisella viisi yleisintä ympäristöön liittyvää osallistumisen estettä ovat luonnollinen ympäristö, kuljetus, avun tarve kotona, terveyspalvelujen saatavuus ja hallituksen politiikka (Whiteneck ym. 2004). Whiteneckin ym. (2004) tutkimuksesta poiketen tässä tutkimuksessa edellä mainittuja ei kirjattu rajoittavaksi tekijäksi vaan ne oli yleensä mainittu kuntoutussuunnitelmissa edistävinä tekijöinä. Onko tämä tulkittavissa niin, että riittäviä apuvälineitä, palveluita ja tukimuotoja on saatavilla?

Tässä tutkimuksessa e225 *Ilmasto* oli useimmiten mainittu rajoittava ympäristötekijä, tosin vain kuudessa kuntoutuselosteessa vuonna 2013. Ilmasto puuttuu kuitenkin pitkäaikaisen selkäydinvamman ydinlistasta, mutta Suomen vuodenaikojen vaihtelut huomioon ottaen se tulisi huomioida. Ympäristötekijät vaikuttavat merkittävästi koettuun elämän tyytyväisyyteen (Whiteneck ym. 2004), ja ympäristötekijöihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota (Schneidert ym. 2003).

Kaikista pääluokista vain yhdessä esiintyi vähintään yksi kuvauskohde jokaisessa kuntoutuselosteessa, nimittäin suoritusten ja osallistumisen pääluokassa d4 *Liikkuminen* vuonna 2013. Liikkumista kuvattiin paljon jo kymmenen vuotta aiemmin eikä tilastollisesti merkitsevää muutosta tapahtunut. Liikkuminen on todettu selkäydinvammaisille tärkeäksi myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Saikkonen ym. 2004; Lüthi ym. 2011; Rauch ym. 2011) sekä tämän tutkimusprojektin COPM-haastattelussa (luku 7), jossa yli puolet arjen haasteista kohdentui liikkumisen pääluokkaan suoritusten ja osallistumisen osa-alueella.

Aineistossa oli mukana sekä tapaturmaisia että sairausperäisiä selkäydinvammoja, joiden vammataso määriteltiin para- tai tetraplegiaksi. Kirjausten määrässä ICF-osa-alueilla ei ollut eroja vammatason (para-/tetraplegia) tai iän mukaan. Kaiken kaikkiaan selkäydinvammakuntoutujien toimintakyvyn arvioinnin yksilöllisyys tuli esille.

Ennen ICF:n suomennoksen julkaisua yhden kuntoutujan toimintakyvyn kuvaamisessa käytettiin 8–46 kuvauskohdetta, kun taas vuonna 2013 kuvauskohteiden määrä kuntoutujaa kohti vaihteli 14:n ja 57:n välillä. Aineiston keruumenetelmän vuoksi osa noista kuvauskohteista oli mainintoja ja osa toimintarajoitteita tai edistäviä tai rajoittavia ympäristötekijöitä. Yleisimmät kuntoutuselosteisiin kirjatut selkäydinvammakuntoutujan toimintarajoitteet kohdistuivat ruumiin/kehon toimintojen osa-alueelle.

Haastavaksi aineiston tulkinnan tekee runsas ”mainintojen” käyttö. Kaikista kirjatusta kuvauskohteista noin puolet oli sellaisia, että ne olivat kuntoutuselosteessa vain mainintana. Kun kuvauskohde ei ollut kuntoutujalle toimintarajoite tai rajoittava tai edistävä ympäristötekijä mutta on kirjattu kuntoutuselosteeseen, mikä on kirjauksen peruste? Tämä tutkimus ei anna siihen vastausta. Vaihtoehtoina lienee esimerkiksi vakiintunut tapa mitata esimerkiksi verenpainetta ruumiin/kehon toiminnoissa, maksavan tahon standardeissa edellyttämä mittaminen tai organisaatiossa sovittu tapa toimintakykymittarin käytöstä, joka antaa tuloksen useammasta kuvauskohteesta, esimerkiksi mielialakysely tai suoritusten ja osallistumisen osa-alueen toimintakykymittari. Vai onko kyse kuntoutujan vahvuudesta, jota tutkimuksessa käytetty aineistonkeruutapa ei ota huomioon? Vapaamuotoisen tekstin siltauksessa tulisikin harkita toimintakyvyn tason tarkempaa kirjausta kuin nyt käytetty ”ongelma”/mainittu”. Esimerkiksi voisi käyttää ICF:n tarkenteita ja kirjata myös voimavarat.

Lisäksi ICF-tarkistuslistasta ei selviä, oliko kirjattu kuvauskohde kuntoutujan itsensä määrittelemä vai asiantuntijan arvioima. Täydentävää tietoa olisi voinut saada

hyödyntämällä muita ICF-työkaluja, esimerkiksi ICF-kuvauslomaketta, toimintakykyprofiilin tekemiseen (ICF-kuvauslomake 2012). Tämä tosin olisi edellyttänyt ICF-tarkenteiden käyttöä, mikä ei vielä tämän tutkimuksen aikana ollut mahdollista.

Yksilötekijöiden yksityiskohtaisten ICF-kuvauskohteiden puuttuminen rajoitti tässä tutkimuksessa yksilötekijöihin liittyvän tiedon kirjaamista. Kaikista kuntoutusselosteista ohjattiin kirjaamaan yksilötekijöistä ikä, sukupuoli sekä nykyinen perhe- ja työtilanne. Kuitenkin esimerkiksi kolmasosasta vuoden 2013 kuntoutusselosteita puuttui tieto kuntoutujan perhetilanteesta ja työtilanteesta. Muita yksilötekijöitä oli kirjattu ICF-tarkistuslistaan satunnaisesti eikä niitä analysoitu. WHO ei ole vielä tehnyt suositusta yksilötekijöiden kuvauskohteista, mutta niiden olemassaolo olisi helpottanut yksilötekijöiden aineiston keruuta. Käytännössä yksilötekijät on huomioitava. WHO:n kuvauskohteita odoteltaessa voisi hyödyntää esimerkiksi Grotkampin ym. (2012) tekemää yksilötekijöiden jakoa kuuteen pääluokkaan ja 72 kuvauskohteeseen.

Kuntoutusselosteeseen tulisi kuvata johtopäätökset ja suositellut jatkotoimenpiteet ja -suunnitelmat (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen ... 2012, 13). Tarpeiden arviointi ja jatkosuunnitelman tekeminen edellyttävät toimintarajoitteiden ja rajoittavien ympäristötekijöiden arviointia ja kirjaamista. Käytännössä ruumiin/kehon toimintojen vajavuudet ja suorituskyvyn rajoitteet vaativat usein terapiaa tai kuntoutustoimenpiteitä, mutta suoritustason rajoituksissa pitää erityisesti huomioida ympäristötekijöihin vaikuttaminen (Rauch ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa analysoitiin maksavalle taholle laitosmuotoisen kuntoutusjakson päättyessä tehtyjä kuntoutusselosteita. Käytännössä kuntoutuja on osallistunut moniammatilliseen kuntoutukseen, josta lääkäri kirjaa harkintansa mukaan kuntoutusselosteen. Näin ollen tämä analyysi ei arvioi kuntoutuskäytäntöjä vaan toimintakyvyn kirjaustapaa. Tulevaisuudessa on tarve mahdollisimman rakenteiseen kirjaamiseen, kun tiedot potilaiden terveydentilasta ja sairauksista tullaan tallentamaan Kansalliseen terveystietokantaan (Kanta). (Lehtovirta ja Vuokko 2014).

Tulevaisuuden tutkimuksissa voisi olla mielekästä sillata ICF:ään sekä kuntoutusjakson alkuarviointiteksti että kuntoutusjakson tavoitteet. Näin voitaisiin saada mielekästä tietoa toimintakykyarviointiin ja tavoitteiden yhteneväisyyksiä.

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään yhtenäistämällä siltauksia tekevien kolmen kuntoutuskeskuksen työntekijöiden käytäntöjä koulutuksella ja yhteisillä kirjallisilla ohjeilla sekä mahdollistamalla reaaliaikaisen keskustelun ja kokemusten vaihdon JAMKIn Optima-verkkoympäristössä. Lisäksi luotettavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että sama henkilö analysoi sekä vuosien 2002–2003 että vuoden 2013 kuntoutusselosteet.

Laadullisen vapaamuotoisen tekstin analysointi ICF-viitekehyksessä osoittautui haastavaksi, mutta kokemuksen karttuessa siihen käytetty aika väheni. Yhdessä kuntoutuskeskuksessa kaksi henkilöä siltasi kaikki kuntoutusselosteet, minkä jälkeen he vertasivat tuloksiaan ja lähettivät yhteisen ICF-tarkistuslistan analysoitavaksi. Vastaava tapa kahdessa muussa kuntoutuskeskuksessa olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta, mutta resurssisyistä siihen ei ollut mahdollisuutta. Lisäksi kuntoutuskeskuksessa, jossa oli kaksi siltaajaa, vaihtui työntekijä kesken tutkimusprojektin. Näin ollen heidän toimintatapansa varmisti sen, että yksi sama henkilö oli mukana molemmilla siltauserroilla.

9.5 Yhteenveto

ICF kuvaa, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä, jolloin osallistumisen ja ympäristötekijöiden merkitys korostuu (WHO 2001). Tämän tutkimuksen kuntoutusselosteissa selkäydinvammakuntoutujan toimintakykyä kuvattiin useimmiten kolmen ruumiin/kehon toimintojen pääluokan, yhden ruumiin rakenteiden pääluokan, kahden suorituksen ja osallistumisen pääluokan ja kahden ympäristötekijöiden pääluokan kuvauskohteiden avulla. Selkäydinmateriaisen pitkän ydinlistan kattoi hyvin kuntoutusselosteisiin kirjatut toimintarajoitteet ja rajoittavat tai edistävät ympäristötekijät. Ydinlistasta puuttuvana kuvauskohteena nousi esille kuvauskohde e225 *Ilmasto*, mikä olisi syytä huomioida arviointia tehtäessä.

Kirjausten määrän muutos on tilastollisesti merkitsevä. Ydinlistan kuvauskohteiden käyttö lisääntyi kymmenen vuoden tarkastelujakson aikana lukuun ottamatta ruumiin/kehon toimintoja. Siten kirjausten määrässä painopiste siirtyi hieman ruumiin/kehon toiminnoista suorituksiin ja osallistumiseen muutoksen ollessa ICF:n painopisteiden suuntainen. Suhteessa vähiten käytettiin ympäristötekijöiden kuvauskohteita, joiden arviointiin ja kirjaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota yhdessä yksilötekijöiden kanssa.

Laadullinen tekstin siltaus on haastavaa, mutta mielekästä. Kuntoutusselosteiden tarkastelu ICF-ydinlistan avulla on kattava ja näyttöön perustuva lähestymistapa toimintakyvyn kuvaamiseksi (Rauch ym. 2011).

9.6 Lähteet

Ahoniemi E, Valtonen K. Selkäydinvauriot. Julkaisussa: Arokoski J, Alaranta H, Pohjolainen T, Salminen J, Viikari-Juntura E, toim. Fysiatria. Helsinki: Duodecim, 2009: 266–291.

Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G. ICF core sets. Manual for clinical practice. Göttingen: Hogrefe, 2012.

Case Studies. Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation practice. Notwill: Swiss Paraplegic Research, 2014. Saatavissa: <<http://www.icf-research-branch.org/download/finish/18-icf-based-case-studies/191-case-studies-intro>>. Viitattu 30.3.2014.

Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. ICF linking rules. An update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005; 37: 212–218.

Grotkamp SL, Cibis WM, Nüchtern EAM, von Mittelstaedt G, Seger WKF. Personal factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Prospective Evidence Australian Journal of Rehabilitation Counselling* 2012; 18 (1): 1–24.

How to use the ICF. A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO, 2013. Saatavissa: <<http://www.who.int/entity/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>>. Viitattu 26.3.2014.

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

ICF-kuvauslomake. ICF Research Branch, 2012. Saatavissa: <<http://www.icf-core-sets.org/fi/page0.php>>. Viitattu 30.3.2014.

ICF core sets projects. ICF Research Branch, 2013. Saatavissa: <<http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398>>. Viitattu 26.3.2014.

Kannisto M, Alaranta H. Selkäydinvammat. Julkaisussa: Soinila S, Kaste M, Somer H, toim. *Neurologia*. Helsinki: Duodecim, 2010: 447–455.

Kelan avo- ja laitospuolisen kuntoutuksen standardi. Yleinen osa. Helsinki: Kela. Päivitetty 1.1.2012. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/12149/yleinen_osa.pdf>. Viitattu 29.3.2014.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Lehtovirta J, Vuokko R, toim. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kirjallisuuden opas. Keskeisten kertomus-rakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa I. Helsinki: THL, Ohjaus 1, 2014. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-108-2>>. Viitattu 31.3.2014.

Lüthi H, Geyh S, Baumberger M, ym. The individual experience of functioning and disability in Switzerland. Patient perspective and person-centeredness in spinal cord injury. *Spinal Cord* 2011; 49: 1173–1181.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I, toim. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämiss-hankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.

Rauch A, Baumberger M, Moise FG, von Elm E, Reinhardt JD. Rehabilitation needs assessment in persons with spinal cord injury following the 2010 earthquake in Haiti. A pilot study using ICF-based tool. *J Rehabil Med* 2011; 43: 969–975.

Saikkonen J, Karppi P, Huusko TM, Dahlberg A, Mäkinen J, Uutela T. Life situation of spinal cord-injured persons in central Finland. *Spinal Cord* 2004; 42: 459–465.

Schneidert M, Hurts R, Miller J, Üstün B. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003; 25: 588–595.

STM. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009).

Whiteneck G, Meade MA, Dijkers M, Tate DG, Bushnik T, Forchheimer MB. Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85: 1793–1803.

WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2001. Saatavissa: <<http://www.who.int/classifications/icf/en>>. Päivitetty 2013. Viitattu 26.3.2014.

WHO. ICF Application and training tools. Geneva: WHO, 2003. Saatavissa: <<http://www.who.int/classifications/icf/icfaptraining/en>>. Viitattu 29.3.2014.

SUOSITUKSET JA KOMMENTIT

10 TEORIASTA KÄYTÄNTÖÖN – SUOSITUKSET

Mari Kantanen, Tiina Kuukkanen, Tiina Lautamo, Jaana Paltamaa, Pirkko Perttinen, Arja Piirainen ja Tuulikki Sjögren

Tässä tutkimus- ja kehittämisprojektissa tunnistettiin ICF:n vahvuuksia, mutta myös kehittämiskohteita. Koska tutkimuksen tavoite oli edistää ICF:n käyttöönottoa ja juurtumista, esitetään seuraavassa tuloksista esille nousseita keskeisiä teemoja ja suosituksia. ICF:llä on useita käyttötarkoituksia. Koska tässä tutkimuksessa keskityttiin lääkinnälliseen kuntoutukseen, käytetään suosituksissa käsitettä *kuntoutuja*. Yhtä lailla suositukset koskevat laajemmin sosiaali- ja terveysalaa.

10.1 Asiakslähtöisyys

Kuntoutujan rooli korostuu oman toimintakyvyn arvioimisessa ja tavoitteiden asettamisessa.

- ICF:ää tulee käyttää asiakaslähtöisesti toimintakyvyn kuvaamisessa.
- ICF mahdollistaa kuntoutujan toimintakyvyn ja hänen tarpeidensa kokonaisvaltaisen ja systemaattisen kuvaamisen ja dokumentoinnin.
- Toimintakyvyn arvioinnissa tulee ottaa tasapuolisesti huomioon kaikki ICF-osa-alueet ja painopisteen tulee siirtyä ruumiin/kehon toiminnoista suorituksiin ja osallistumiseen sekä kontekstuaalisiin ympäristö- ja yksilötekijöihin.
- Edistävien ja rajoittavien ympäristötekijöiden arviointi on ICF:ssä toimintakyvyn arvioimisen erityinen painopistealue.
- Vaikka yksilötekijöiden kuvauskohteet puuttuvat ICF:stä, tulee ne huomioida osana toimintakyvyn arviointia.
- Kuntoutujan toimintarajoitteiden lisäksi tulee arvioida hänen voimavaransa.
- ICF:n avulla tehtyä kuntoutujan tarpeiden arviointia tulee käyttää tavoitteenasettelussa.

10.2 Moniammatillisuus

ICF on hyödyllinen moniammatillisen tiimin toimintaa yhtenäistävä ja tehostava viitekehys.

- ICF:n käyttöä tulee lisätä moniammatillisen työryhmän toiminnassa, esimerkiksi työryhmän tehtävien jaossa ja tiedonvälittämisessä.
- ICF edistää moniammatillisen työryhmän kommunikointia ja dokumentointia.
- ICF selventää eri ammattiryhmien ydinosaamista.

10.3 Toimintakyvyn arviointi ja mittarit

ICF korostaa osallistumisen arviointia.

- Osallistuminen on dynaaminen ilmiö, johon vaikuttavat ratkaisevasti muut toimintakykyä määrittelevät tekijät, mm. kontekstuaaliset ympäristö- ja yksilötekijät.

- Osallistumista tulee arvioida laaja-alaisesti käyttäen kuntoutujan itsearviointia (kysely tai haastattelu) asiantuntija-arvioiden ohella.
- Osallistumista arvioitaessa tulee määrittää, tehdäänkö arviointi mahdollistavien ympäristötekijöiden (mm. avustaja tai apuvälineet) turvin vai ilman niitä.

Osallistumisen (suositustason) arvioinnin jälkeen tulee

- selvittää kuntoutujan suorituskyky sekä ruumiin/kehon toimintojen vajavuudet
- arvioida mahdollisia yksilö- ja ympäristötekijöiden sekä lääketieteellisen terveydentilan vaikutuksia.

ICF antaa käytännön työntekijälle mahdollisuuden kehittää toimintakyvyn kuvaamista, esimerkiksi tarkastelemalla toimintakyvyn arvioinnin laajuutta, käytössä olevia mittareita ja kirjaamista ICF:ään siltauksen tai ICF-ydinlistojen avulla.

10.4 ICF:n juurtuminen

Juurtuminen on pitkäkestoinen ja monivaiheinen toimijoiden vuorovaikutteinen oppimisprosessi, joka edellyttää kaikkien aktiivista panosta, uusien ajattelu- ja toimintatapojen omaksumista sekä jatkuvaa arviointia.

10.4.1 Työyhteisö

Johdon ja esimiesten myönteinen suhtautuminen sekä tiivis yhteistyö työyhteisön sisällä edistää ICF:n käyttöönottoa.

- Johdon ja esimiesten tulee olla sitoutuneita muutokseen.
- Tulee tuntea organisaatiokulttuuri ja hyödyntää kulttuurista ymmärrystä mahdollisen muutosvastarinnan vähentämisessä.
- Työyhteisössä tulee sopia yhteiset pelisäännöt ja lisätä ICF-tietoisuutta, jotta koko työyhteisö on tietoinen ICF:n käyttöönotosta.
- Juurtumista ja käyttöönoton toteutumista varten tulee valita vastuuhenkilöt, jotka huolehtivat muun henkilöstön koulutuksesta ja kehittävät ICF:n yhtenäistä toimintamallia.
- Esimiehen tehtävä on mahdollistaa riittävät resurssit muutoksen mahdollistamiseksi.

10.4.2 Työntekijä

Uuden menetelmän opiskelussa ja käyttöönotossa tärkeää on synnyttää työntekijöiden sisäinen motivaatio muutokseen. Sitoutuminen muuttuviin työtapoihin tapahtuu henkilökohtaisen vaikuttamisen kokemuksen kautta.

- Tarve uudelle toimintatavalle täytyy tuoda selkeästi esiin omien työprosessien kuvaamisen kautta.

- Muutoksella tulee olla selkeät ja läpinäkyvät tavoitteet. Tavoitteita arvioimalla ja niiden saavuttamista mittaamalla voidaan päästä toivottuun lopputulokseen.
- Pitää varata aikaa ja resursseja uusien asioiden opiskeluun.

ICF:n avulla voidaan tehdä omaa työtä näkyväksi vuorovaikutuksessa muiden ammattilaisten kanssa.

- ICF-tietämystä pitää jakaa ja käyttää erilaisissa kokouksissa, palavereissa ja tiimien toiminnassa.

10.4.3 Koulutus

Onnistunut juurtuminen edellyttää monipuolista koulutusta ja yksilöllisiä toimenpiteitä. Koulutuksen pedagogisia ratkaisuja tulisi kehittää ja kiinnittää huomiota koulutusten laatuun.

- ICF-koulutuksen tulee olla osana sosiaali- ja terveysalan ammatillista koulutusta sekä osana ammattikohtaista ja moniammatillista täydennyskoulutusta.
- Koulutuksissa sosiaali- ja terveysalan moniammatillisuuden huomioiminen parantaa ICF:n käytettävyyttä kaikissa ammattiryhmissä.
- ICF:n käytännönläheistä, työpajatyöskentelyyn perustuvaa koulutusta tulee hyödyntää korostaen yhteisöllistä oppimista.
- Verkko-opiskelun, esimerkiksi ICF eLearning Toolin, tarjoamat oppimismahdollisuudet tulee huomioida.
- Itseopiskelun tukena on hyvä olla yhteisiä keskusteluja, ohjausta ja käytännön esimerkkejä.
- ICF:n teorian opiskelu vaatii rinnalleen soveltavaa ja käytäntöjen muuttumiseen tähtäävää toimintaa.
- ICF-osaajia tulee hyödyntää mentoreina ja työpareina uusien työtapojen ja menetelmien käyttöönotossa.
- ICF-kouluttajan tulee myös tuntea kohdeorganisaationsa toimintamallit ja käytännöt, jotta ICF:ää voi paremmin soveltaa kunkin organisaation tarpeisiin.
- On tärkeää kehittää ICF:n käyttöä yhdessä ammattilaisten ja kuntoutujien kanssa hyödyntäen käytännön esimerkkejä eri ammattiryhmien omasta työstä.

10.4.4 Tutkimukselliset haasteet

ICF:n käyttöönottoon ja sen kehittämiseen tarvitaan tutkimusta.

- Suomessa ICF:n juurtumiseen ja koulutukseen liittyvää määrällistä ja laadullista tutkimusta tulee lisätä.
- Interventio- ja seurantatutkimus ovat hyödyllisiä juurtumisen ja koulutuksen kannalta.
- ICF:n käyttöä tulee tutkia erilaisissa toimintaympäristöissä ja erilaisilla kuntoutujilla.
- ICF:n käsitteitä ja niiden suomennosta tulee arvioida sekä tutkia niiden kattavuutta.

10.5 Projektin tarjoamat menetelmät ICF:n käyttöönottoon

Tämän tutkimus- ja kehittämisprojektin aikana kehitettiin ICF:n käyttöönottoa tukevia menetelmiä, jotka valmistuttuaan tulevat olemaan vapaasti kaikkien käytettävissä.

10.5.1 ICF eLearning Tool

Projektin aikana suomennettiin ICF-itseopiskelutyökalu, ICF eLearning Tool, joka tullaan julkaisemaan vuoden 2015 aikana WHO:n verkkosivuilla⁷ vapaasti käytettäväksi.

10.5.2 WHODAS 2.0

WHODAS sisältää eripituisia lomakkeita kuntoutujan toimintakyvyn arviointiin. Kuntoutuja voi täyttää lomakkeet itse tai tieto voidaan kerätä haastattelemalla. Lisäksi tarvittaessa voidaan käyttää läheisen tekemää arviota. Projektin aikana suomennettiin WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän lyhyt versio (12 kysymystä). Loput versiot ja ohjekirja julkaistiin suomeksi JAMKin julkaisusarjassa vuonna 2014⁸. WHODAS 2.0 -menetelmän suomalainen validointitutkimus on suunnitteilla.

10.5.3 TOIMIA-selkäydinvammasuosituksen päivitys

Projektin aikana tehtiin TOIMIA-ohjeistuksen mukaan kahdeksan mittarin psyko-metrinen ominaisuuksien arviointi. Mittareiden arvioinnit tullaan esittelemään TOIMIAN vaikeavammaisten ryhmässä, minkä jälkeen tehdään soveltuvuusarvio siitä, kuinka hyvin ne soveltuvat käytettäväksi selkäydinvammakuntoutujilla. TOIMIA-tietokannan⁹ selkäydinvammasuositusta täydennetään vuoden 2015 aikana.

7 Ks. <http://www.who.int>.

8 Paltamaa J. WHODAS 2.0. Terveiden ja toimintarajoitteiden arvioinnin käsikirja, osat 2 ja 3. Jyväskylä: JAMK, Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 186, 2014.

9 Ks. <http://www.toimia.fi>

11 Kommenttipuheenvuoro: ICF-LUOKITUKSEN JUURUTTAMINEN LÄÄKINNÄLLISEEN KUNTOUTUKSEEN KUNTOUTUSKESKUKSISSA

Leena Alajoki-Nyholm, Eeva-Maija Hokkinen, Teija Hurtta, Kirsi Lukka-Aro, Päivi Ryymin, Eeva-Liisa Saari ja Riitta Saksanen

Hankkeen lähtökohdat ja käynnistäminen kuntoutuskeskuksissa

ICF-projektin käynnistyessä 1.8.2012 kuntoutuskeskuksissa oli jo saatu jonkin verran tietoa ja koulutusta ICF:stä. Kuntoutuskeskusten kuntoutustoiminnasta vastaavat henkilöt olivat ottaneet ICF-viitekehyksen kuntoutustyön ideologiseksi taustaksi, mutta useilla kuntoutustyötä tekevillä työntekijöillä tämä tausta-ajattelu oli vielä osittain tiedostamatonta. Moni piti ICF:stä puhumista liian teoreettisena ja saattoi vieroksuakin asiaa, vaikka omassa toiminnassaan tiedostamattaan toteutti ICF-viitekehyksen mukaista ajattelutapaa. Kaiken kuntoutustyön perusta on kuntoutuksen toteuttaminen kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähtien huomioiden hänen toimintakykynsä voimavarat sekä toimintarajoitteensa siinä elinympäristössä, jossa hän elää.

Projektin käynnistämisen myötä ICF tuli mukaan arjen puheisiin ja tekoihin konkreettisemmin. Vuoropuhelu kuntoutustyötä tekevien eri ammattiryhmien välillä lisääntyi. Projektin aikana kuntoutuskeskuksissa toteutettiin projektin ohjaamina tapahtumia, joissa ICF-näkökulmaa kuntoutustyössä pyrittiin arvioimaan ja mittaamaan.

Erlaisissa tilanteissa keskusteltiin moniammatillisesti tai eri ammattiryhmien sisällä ICF:n toimivuudesta, konkreettisuudesta ja sen merkityksestä omalle toiminnalle. Keskusteluissa nostettiin esiin kuntoutujan näkeminen varsin laaja-alaisesti myös yksittäisissä kohtaamistilanteissa. Keskusteluissa kaikki mukana olleet sisäistivät asian uudella tavalla, muuttivat käsityksiään sekä huomasivat ja huomioivat eri ammattiryhmien katsantokantoja. Kyseessä oli oppimisprosessi.

Toimintamallit

Digium-kyselyt. Digium-kyselyitä lähetettiin kuntoutuskeskuksiin ICF-projektin aikana kaksi kertaa: helmikuussa ja joulukuussa 2013. Molemmilla kerroilla tavoiteltiin tietoa siitä, miten ICF näkyy käytännön kuntoutustyössä ja minkälaisia ajatuksia se työntekijöissä herättää. Toisaalta pyrittiin mittaamaan, toimiiko viitekehys käytännön kuntoutustyön tukena.

Digium-kyselyn ajateltiin olevan hyvä mittari hankkeen vaikutuksista, koska ensimmäisen kyselyn jälkeen monissa kuntoutuskeskuksissa käynnistyi aiempaa aktiivisempi keskustelu ICF-viitekehyksen sopivuudesta sekä sen tosiasiallisesta, aidosta hyödyntämisestä kuntoutujien hyväksi. Vastausten määrä jäi kuitenkin melko pieneksi, eivätkä läheskään kaikki ensimmäiseen kyselyyn vastanneet osallistuneet enää

jälkimmäiseen kyselyyn. Joka tapauksessa pelkkä kyselyn olemassaolo lisäsi ICF:n näkyvyyttä ja tietoisuutta kuntoutuskeskuksissa.

Ryhmähaastattelut. Ryhmähaastattelut tehtiin projekteissa mukana olleiden kuntoutuskeskusten moniammatillisille työryhmille kevään 2013 aikana. Ryhmätilanteen alussa osallistujia mietitytti, onko hänellä riittävästi tietoa ja valmiuksia keskustella ICF:stä. Keskustelun alkukankeuden jälkeen löytyi hyvin paljon esimerkkejä ja toimintamalleja siitä, miten ICF-ajatusmaailma on käytännössä konkreettisesti läsnä kuntoutujia kohdattaessa ja kuntoutustyön suunnittelussa ja toteuttamisessa. Nähtiin jopa itselle yllätyksenä monia yhteisiä ajatuksia sekä havaittiin valmiita toimintamalleja, joita ei päivätyön tohinassa aktiivisesti kytketä ICF-viitekehyykseen. Tilanteisiin menttiin arkoina, mutta niistä lähdettiin pois hyvillä mielin.

Kuntoutusselosteiden siltaustyö. Laitoskuntoutusjakson päätyttyä laaditaan aina kuntoutusseloste, johon kootaan keskeisiä asioita kuntoutujan toimintakyvystä, jaksoson tavoitteista ja toteutuksesta sekä tavoitteiden saavuttamisesta.

Kuntoutusselosteiden siltaustyö toteutettiin kussakin kuntoutuskeskuksessa omaa aikataulua noudattaen, joskin yhteisesti saadun ohjeistuksen mukaisesti. Jokainen kuntoutusseloste analysoitiin ja sen sisältämät ICF:n osa-alueet (ruumiin ja kehon toiminnot, ruumiinrakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät) koodattiin kuvauskohteittain, lisäksi listattiin yksilötekijät. Ennen siltaustyön alkamista vastuullinen tutkija Jaana Paltamaa koulutti henkilöstöä tähän tehtävään. Ensimmäinen siltaus toteutettiin keväällä 2013, jolloin jokaisessa kuntoutuskeskuksessa analysoitiin 20 vuosina 2002–2003 laadittua kuntoutusselostetta. Samanlainen siltaus tehtiin loppuvuoden 2013 aikana laadituista kuntoutusselosteista joulukuussa 2013–helmikuussa 2014. Tavoitteena oli arvioida, näkyykö kuntoutusselosteissa ICF-ajattelu enemmän kuin aiemmin.

Kuntoutujat olivat selkäydinvaurion saaneita aikuisia henkilöitä, joiden kuntoutus ei ollut akuuttivaiheen kuntoutusta vaan vammautumisen oli kulunut pääosin jo vuosia. Siltaustyö koettiin mielenkiintoiseksi, mutta aikaa vieväksi puuhaksi. Selosteiden tyylit ja sisällöt vaihtelivat lähes pelkästään lääketieteellisestä kuvauksesta laajempaan kuntoutujan toimintaympäristön, toimintakyvyn ja elämänhallinnan kuvaamiseen. Pohdintaa herättikin se, vaikuttivatko palautteiden erilaisuuteen myös muut seikat kuin ICF:n tutummaksi tuleminen, esimerkiksi muutokset Kelan standardeissa, kuntoutusjaksojen jaksottaminen tai moniammatillisuuden lisääntyminen. Mietintää aiheutti myös se, aiheuttaako tekstien tiivistämisen paine ICF:n laajan näkökulman haalistumista kirjaamisessa. Näkyykö kuntoutujan kohtaamisissa tapahtuva ICF:n mukainen lähestymistapa kirjaamisessa ja kuntoutusselosteissa? Toivottavasti toimintakyvyn kuvaus ei vastaisuudessa ole pelkkä lista ongelmista vaan laajempi kuvaus kuntoutujan toimintakyvystä (vahvuudet, voimavarat) ja toimintarajoitteista.

Mittarit. Mittarianalyysi oli aivan oma erillinen työnsä ja siihen orientoituminen olikin kaikille kuntoutuskeskuksille varsin haastavaa. Työssä on opittu käyttämään

mittareita arvioinnin välineenä, eikä se ole outoa, mutta eri asia on, miten arvioidaan mittarin soveltuvuutta, sen validiteettia ja reliabiliteettia. Nämä arviot piti löytää eri tutkimuksista, joissa mittareita oli käytetty juuri selkäydinvammaisille.

Mittarit oli ohjausryhmässä määritelty ja jokainen kuntoutuskeskus arvioi vähintään yhden mittarin. Vaikka tehtävä oli vaikea, siitä saatu kokemus oli erinomainen: miten tutkimuksia luetaan ja miten niitä tulkitaan. Kaikkien tutkimusten ollessa englanninkielisiä myös kielitaito kehittyi ja erityisesti opittiin uusia ammattikielen sanoja. Vaikeiden käsitteiden merkitys, kuten *floor effect* ja *ceiling effect*, tuli tutuksi.

Mitä tästä kaikesta opittiin?

Ensimmäiseksi halutaan nostaa esille kuntoutujan rooli toimintakykynsä arvioimisessa ja tavoitteiden asettamisessa omalle kuntoutusjaksolle. Tämän merkitystä ei voi vähätellä, jotta kuntoutuksella saavutettaisiin se, minkä kuntoutuja itse kokee tärkeäksi. Kuntoutujan läheisten, työn ja harrastusten merkitys kuntoutujan arjessa tuli näkyvämmäksi. ICF antaa moniammatillisia työkaluja yhteisen tavoitteen laatimiseen ja yhteen hiileen puhaltamiseen siten, että pystytään näkemään entistä paremmin kuntoutustyön merkitys ja sen mahdollisuudet auttaa.

Toisena ovat muutokset asenteissa koodeja kohtaan. Koodit ovat viestinnän väline ja yksi tapa koota yhteen ihmisen tilanne. Koodit eivät ole kuitenkaan henkilöstölle tuttuja työkaluja, mutta ne nähdään välineenä kohdattaessa ihminen erilaisissa tilanteissa ja nähtäessä kuntoutuksen vaikutus ja merkitys hänen arkeensa ja juhlaansa – oikeaan elämään. Kuntoutusselosteiden siltaustyö ja ryhmähaastattelu avasivat näkemyksiä, lisäsivät keskustelua ja rohkaisivat perehtymään kuntoutujan elämään laajemmin.

Kirjaamisen nykykäytännön kääntäminen toiseen suuntaan vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä, mutta hiljalleen omista tonteista luopumista on nähtävissä myös tällä sektorilla. Aito moniammatillinen työ yhdessä kuntoutujan kanssa vaatii professioiden rajojen laajentamista ja päällekkäisyyksien hyväksymistä.

Projektin aikana pelko ICF-osaamisesta tai osaamattomuudesta väheni. Se ei ole koodien opettelua vaan laaja-alaista kuntoutujan tilanteen ja toimintakyvyn ymmärtämistä – aitoa kuntoutujalähtöistä työtä. Motivaatiota lisäsi ja helpotusta toi ymmärrys siitä, että työote onkin kytkeytynyt juuri ICF-viitekehukseen, mutta sitä ei ole aiemmin tunnistettu tai rohjettu kirjoittaa auki.

Yhteistyö ja ajatusten vaihto projektiryhmässä toisten saman vamma ryhmän kanssa työskentelevien kuntoutuskeskusten edustajien kanssa oli mielekästä. Kuntoutustyö yhdistää, jakaa joskus mielipiteitäkin, mutta työn ilo kuntoutuksen vaikuttavuudesta näkyi keskusteluissa. Saattoi olla ensimmäinen kerta, kun vastaavanlaista tiivistä yhteistyötä tehtiin, mutta suositeltavaa se on joka tapauksessa myös vastaisuudessa.

12 Kommenttipuheenvuoro:

NÄKÖKULMIA ICF:N KÄYTÖSTÄ JA SOVELTAMISESTA SOSIAALITYÖSSÄ

Stina Sjöblom

Sosiaalityö on monissa eri toimintaympäristöissään tekemisissä toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kanssa. Terveysosiaalityössä, kuntoutussosiaalityössä ja vammaissosiaalityössä jokapäiväiseen työhön sisältyy asiakkaana olevan ihmisen toimintakyvyn kuvaukset ja moniammatillinen, niihin liittyvä yhteistyö. Sosiaalityöntekijä tarvitsee asiakkaaltaan saamaansa tietoa, mutta myös muiden ammattilaisten tietoa, kyetäkseen muodostamaan kokonaiskuvan asiakkaan tilanteesta ja siihen sopivista ratkaisuista.

Sosiaalityöntekijä on eri toimintaympäristöissä hieman eri rooleissa, mutta silti jokaiselle uudelle asiakkaalleen se, jonka tehtävä on auttaa selvittämään asioita, tukea, informoida ja ohjata tilanteessa eteenpäin. Keskusteluun ja vuorovaikutukseen sisältyy tilanteen arviointia, jonka perusteella pyritään yhdessä asiakkaan kanssa määrittelemään niitä palvelutarpeita, jotka juuri hänen kohdallaan ajankohtaistuvat. Erityisesti vammaispalveluissa sosiaalityöntekijä on myös se, joka päättää järjestettävistä palveluista.

Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden merkityksen arviointi sosiaalityössä

Suunnittelun ja päätöksenteon pohjaksi sosiaalityöntekijä tarvitsee asiakkaaltaan tietoa siitä, miten tämä itse kokee toimintarajoitteet tai vaikeudet omassa elämässään. Keskustelu elämää rajoittavista tai vaikeuttavista asioista kartoittaa ja luo pohjaa suunnitelmalle, johon sisältyvät toimenpiteet ja palvelut, joiden avulla sosiaalityö ja palvelujärjestelmä voivat vastata henkilön tarpeisiin poistamalla tai vähentämällä toimintarajoitteita. Haittojen ja esteiden poistuessa tai vähentyessä ihmisten suoriutumis- ja osallistumismahdollisuudet yleensä lisääntyvät. Olen eri yhteyksissä, aikaisemmin kuntoutussosiaalityössä ja nyt asiantuntijatehtävissä, kuullut kysytävän, mikä sosiaalityön suhde toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden ICF-luokitukseen on. Miten tässä aluksi esittämäni sosiaalityön asiat liittyvät ICF-luokitukseen – vai liittyvätkö mitenkään? Vastaan, että ICF-luokitus edustaa vallalla olevaa, Maailman terveysjärjestö WHO:n hyväksymää käsitystä toimintakyvystä eri osatekijöineen. Se auttaa jäsentämään käsitystämme toimintarajoitteista – mikä niitä aiheuttaa? Ajatelkaamme sosiaalityöntekijän pöydälle päätyviä lääkärintlausuntoja ja sitä, mitä niistä selviää: sosiaalityössä voi olla tarpeen tietää henkilön diagnoosi tai muutos ruumiin rakenteessa, mutta kiinnostavin ja monesti ratkaisevin tieto on se, miten henkilö suoriutuu tehtävien ja toimien toteuttamisesta ja mitkä ovat hänen osallistumismahdollisuutensa. Mikä olisi oikea tapa vaikuttaa suoritus- ja osallistumisrajoitteisiin?

Sosiaalialalla kaivataan kipeästi mittareita ja esimerkiksi vammaispalveluissa apua vaikeavammaisuuden määrittelyyn, työkaluja sen selvittämiseen, kuka on lain tar-

koittama vaikeavammainen ja kuka ei. Vammaispalvelun sosiaalityöntekijä tekee päivittäin tätä arviointia sen monimuotoisen tiedon valossa, jota hän asiakkailta ja muilta asiantuntijoilta saa. Terveys- ja kuntoutussosiaalityöntekijät puolestaan ohjaavat sosiaaliturvan ja palvelujen piiriin, jolloin monesti myös hakemusten teossa avustaminen ja uuden tilanteen hahmottamisessa tukeminen sisältyy heidän työhönsä. Kaikissa näissä eri tehtävissä tulee kyetä arvioimaan tietoa, joka on ratkaisevaa sosiaaliturvaa tai -palveluja hakevan henkilön oikeusturvan kannalta.

Väitänkin, että mitä paremmin sosiaalityöntekijä tuntee ICF-luokituksen perusperiaatteet ja erilaiset mahdollisuudet käyttää ja soveltaa sitä, sen paremmin hän pystyy palvelemaan asiakasta.

Sosiaalityö on kohtaamista – ei koodaamista

Kun lääkärinlausunnoissa, kuntoutussuunnitelmissa ja esimerkiksi vammaisetsuuk-sien hakemuslomakkeissa enenevässä määrin siirrytään ICF-luokituksen ja -viite-kehäyksen mukaiseen logiikkaan, aukeaa sosiaalityölle joitakin uusia mahdollisuuksia. Samalla tilanteessa piilee riski, jos mahdollisuudet jätetään hyödyntämättä tai jos niissä toimitaan tarkoitushakuisesti, jonkin muun päämäärän kuin asiakkaan edun hyväksi. Mahdollisuuksilla tarkoitan esimerkiksi sitä, että kyetään nykyistä paremmin osoittamaan vaikkapa järjestetyistä vammaispalveluista saatava hyöty, niiden välttämättömyys ja vaikuttavuus. Riski puolestaan on se, jos kehitetään suoraivaisia raja-arvoja, joiden perusteella määritellään tietyn palvelun piiriin pääsy tai määrä, minkä verran palvelua kussakin tilanteessa voidaan myöntää. Hyöty on saavutettavissa politiikan ja suunnittelun tasolla, kun taas riskit liittyvät yksilötason päätöksentekoon.

Mahdollisuuksia ihmisten toimintakyvyn kuvaaminen ICF-luokituksen avulla tuo siihen, että pystytään paremmin paikantamaan niitä toimintarajoitteita ja esteitä, jotka estävät ihmisiä toimimasta ja osallistumasta. Välittömästi tästä on hyötyä neuvonnassa, ohjauksessa, palvelusuunnittelussa ja päätöksenteossa yksilötasolla. Pitkällä aikavälillä hyöty voisi olla siinä, että pystytään myös yhteiskuntasuunnittelussa ja palvelujärjestelmän uudistamisessa kohdentamaan vammaispoliittiset toimenpiteet kerätyn toimintakykytiedon pohjalta.

Riskinä pidän ”kapea-alaista” koodaamista, jolla tarkoitan sellaista toimintatapaa, jossa asiantuntija tai moniammatillinen ryhmä asiantuntijoita koodaavat ihmisen toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin liittyviä asioita ilman potilaan tai asiakkaan kunnollista kuulemistä. Valitettavan usein kuulee argumentteja, ettei perusteelliselle keskustelulle, selvittelylle ja vaikkapa palvelusuunnitteluun liittyvälle dialogille ole työpaikoilla aikaa. Tällöin ICF-luokituksen avulla potentiaalisesti saatava hyöty jää saavuttamatta, kun samalla supistetaan asiakkaan perustavaa laatua oleva oikeus osallisuuteen ja kuulluksi tulemiseen omaa hoitoa, kuntoutusta tai palvelusuunnittelua koskevassa asiassa. Makrotasolla jäisi hyödyntämättä mahdollisuus tiedonkeruuseen

vallitsevista esteistä tai osallistumismahdollisuuksien puutteesta tai vaihtoehtoisesti näistä muodostuisi vääristynyt ja mahdollisesti liian positiivinen kuva.

Esteiden poistaminen ja vähentäminen on sosiaalityön ytimessä

Kirjassa *Terveys ja sosiaalityö* (2014) kirjoitimme kuntoutussosiaalityöntekijä Matti Koikkalaisen kanssa yhdistävämme sosiaalityön tehtävän kuntoutukseen sisältyvässä osallisuuden edistämässä vammaisten ihmisten autonomian vahvistamiseen. Sosiaalityön näkökulmasta autonomiaa voi kuntoutuksessa edistää puhumalla sosiaalisista oikeuksista, tunnistamalla ihmisten erilaisia käsityksiä siitä, mitä itsenäinen elämä on sekä huomioimalla vammautumiseen liittyvät, identiteettiä koskevat kysymykset. Sosiaaliset oikeudet koostuvat tavallisen lainsäädännön takaamista sosiaalisista oikeuksista, kansallisen perustuslain vahvistamista sosiaalisista perusoikeuksista sekä kansainvälisten ihmisoikeussopimusten määrittelemistä sosiaalisista ihmisoikeuksista. Oikeus tietää omista asioistaan ja olla mukana päättämässä niistä tarkoittaa kuntoutusprosessissa sitä, että ihminen on aktiivinen subjekti ja kuntoutustyöntekijöiden tehtävä on antaa tarvittava tieto ja tuki kuntoutujan tulevaisuutta koskevien ratkaisujen pohjaksi (Järvikoski ja Härkäpää 2011).

Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) todetaan, että lain tarkoitus on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Tämän tavoitteen voidaan sanoa kuvaavan osallisuutta, vaikkei osallisuuden käsitettä lain säätämisen aikaan käytetty (Kivistö 2011). Osallisuus on keskeinen pitkän aikavälin tavoite lääkinnällisessä ja sosiaalisessa kuntoutuksessa. Osallisuus omaan elämään, perheeseen, yhteisöön, palveluihin, työhön ja yhteiskuntaan ovat osallisuuskeskustelun ydinkysymyksiä.

Haluan rohkaista sosiaalityöntekijöitä ja muita sosiaalialan ammattilaisia osallistumaan ICF-luokituksen käytöstä ja soveltamismahdollisuuksista käytävään keskusteluun. Ei riitä, että toimintakykyluokitus ja siihen liittyvät, sopivimmat mahdolliset mittarit ovat ammattilaisten käytössä. Tarvitaan niiden avulla saatavan, toimintakykyä koskevan tiedon sanoittamista toimintarajoitteisten ihmisten moninaisia elämäntilanteita ja palveluntarpeita kuvaavalle kielelle. Tarvitaan myös ymmärrystä sille, miksi asioita joissain yhteyksissä on tärkeä luokitella – ja toisissa taas ei. Sosiaalityön käytössä olevien lomakkeiden, metodien ja työvälineiden tulee heijastaa jokapäiväistä elämää, siinä suoriutumista ja osallistumismahdollisuuksia. Niiden tulee tukea ja auttaa sosiaalityön prosessia eteenpäin.

Sähköisten asiakastietojärjestelmien kehittyessä ja laajentuessa myös niistä saatava hyöty on suoraan kytköksissä siihen, mikä tieto sinne on valittu mukaan otettavaksi. Sosiaalityöntekijöiden tulee asiakkaiden rinnalla voida edellyttää, että sähköisten järjestelmien avulla koottu tieto voi auttaa havainnoimaan palvelujärjestelmän toimivuutta ja puutteita. Sähköisen järjestelmän tulee vastata sosiaalityön tarpeisiin, eikä

niin, että sosiaalityö muovautuu kulloinkin käytössä olevan järjestelmän muottiin. Sosiaalityössä pitäisi kyetä säilyttämään avoimuus uudelle, uteliaisuus ja luovuus moninaisissa kehityskuluissa mukana pysymiseen. Tässä onkin ratkaisevaa se, miten työtä organisoidaan ja johdetaan.

Esimerkiksi Tanskassa sosiaalhallitus ja kuntaliitto ovat yhdessä mallintaneet aikuis-sosiaalityön prosessin ja kehittäneet metodin ja työvälineen asiakastyöhön (*voksenutredning*). Metodien käyttöä suositellaan aikuissosiaalityössä vammaisten ihmisten, psyykkisesti sairaiden sekä pitkäaikaistyöttömien ja päihde- tai moniongelmaisten asiakkaiden kanssa. Voksenudredningiä käytetään tilanteen kartoittamiseen, tarpeiden arviointiin ja palvelusuunnitelman laatimisen pohjana. Taustalla näkyy ICF-luokituksen viitekehys ja sen mukainen käsitys toimintakyvystä, toimintarajoitteista ja terveydestä. Itse metodiin ei kuitenkaan sisälly koodeja, vaan asian systemaattista selvittämistä ja prosessin eteenpäin viemistä, vaihe vaiheelta ja yleiskielellä.

Sosiaalityön keskiössä on – ja tulee toivoakseni tulevaisuudessakin olemaan – ihmisen kanssa vuorovaikutusprosessissa tehtävä työ. Siksi on tärkeää, että olemme mukana kehittämässä ja arvioimassa niitä metodeja ja työvälineitä, joita meidän kaikkien odotetaan tulevaisuuden moniammatillisessa sosiaali- ja terveystaloudessa käyttävän.

Lähteet

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOY, 2011.

Kivistö M. Henkilökohtainen apu ja monimuotoinen osallisuus. Tutkimus vaikeavammaisten osallistumisesta ja osallisuudesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, 2011.

Koikkalainen M, Sjöblom S. Edistämmekö kuntoutuksella osallisuutta? Julkaisussa: Metteri A, Valokivi H, Ylinen S, toim. Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 2014: 73–82.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987).

KIRJOITTAJAT

Ahoniemi Eija, fysiatrian erikoislääkäri, kivunhoidon ja kuntoutuksen erityispätevyys HUS, selkäydinvammapoliklinikka
etunimi.sukunimi@hus.fi

Alajoki-Nyholm Leena, johtava toimintaterapeutti
Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus
etunimi.sukunimi@invalidiliitto.fi

Anttila Heidi, FT, erikoistutkija
Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin laitos (THL)
etunimi.sukunimi@thl.fi

Asadpoor Sepideh, opiskelija
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Haapalo Vilma, opiskelija
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Hokkinen Eeva-Maija, ft, kuntoutussuunnittelija
Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus
etunimi.sukunimi@invalidiliitto.fi

Hurttu Teija, asiakkuuspäällikkö
Kuntoutumis- ja liikuntasäätiö Peurunka, Kuntoutus Peurunka
etunimi.sukunimi@peurunka.fi

Kantanen Mari, TtM, lehtori
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Kuukkanen Tiina, TtT, lehtori
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Lautamo Tiina, FT, yliopettaja
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Lukka-Aro Kirsi, toimintaterapeutti, suunnittelija
Aivoliitto ry (30.4.2014 asti hankekoordinaattori, Kuntoutuskeskus Kankaanpää)
etunimi.sukunimi@aivoliitto.fi

Mattila Leena, opiskelija
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Murtonen Katariina, opiskelija
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Paltamaa Jaana, TtT, erikoissuunnittelija
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Perttinä Pirkko, TtL, asiantuntija, projektipäällikkö
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Piirainen Arja, FT, yliopistonlehtori
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Ryymin Päivi, fysioterapeutti
Kuntoutumis- ja liikuntasäätio Peurunka, Kuntoutus Peurunka
etunimi.sukunimi@peurunka.fi

Saari Eeva-Liisa, PsM, kuntoutuspsykologi
Kuntoutumis- ja liikuntasäätio Peurunka, Kuntoutus Peurunka
etunimi.sukunimi@peurunka.fi

Saksanen Riitta, kuntoutussosiaalityöntekijä
Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus
etunimi.sukunimi@invalidiliitto.fi

Rantakömi-Stansfield Suvi, Tt-yo
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

Sjöblom Stina, VTL, asiantuntija
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL)
etunimi.sukunimi@thl.fi

Sjögren Tuulikki, TtT, yliopistonlehtori
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Valtamo Anna, Tt-yo
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 136 Hirvilammi T.** Kestävän hyvinvoinnin jäljillä. Ekologisten kysymysten integroiminen hyvinvointitutkimukseen. 2015. ISBN 978-951-669-970-0 (nid.), 978-951-669971-7 (pdf).
- 135 Hakala P, Toikka T, Paturi M, Autti-Rämö I.** Ravitsemuskuntoutuksen toteutuminen Kelan järjestämällä kuntoutuskursseilla. 2015. ISBN 978-951-669-966-3 (nid.), ISBN 978-951-669-967-0 (pdf).
- 134 Hinkka K, Aalto L, Toikka T.** Uudenlaiseen työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. 2015. ISBN 978-951-669-964-9 (nid.), ISBN 978-951-669-965-6 (pdf).
- 133 Ekholm E, Teittinen A.** Vammaiset nuoret ja työntekijäkansalaisuus. Osallistumisen esteitä ja edellytyksiä. 2014. ISBN 978-951-669-951-9 (nid.), ISBN 978-951-669-952-6 (pdf).
- 132 Hirvilammi T, Laakso S, Lettenmeier M.** Kohtuuden rajat? Yksin asuvien perusturvan saajien elintaso ja materiaalijalanjälki. 2014. ISBN 978-951-669-947-2 (nid.), ISBN 978-951-669-948-9 (pdf).
- 131 Kehusmaa S.** Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. 2014. ISBN 978-951-669-941-0 (nid.), 978-951-669-942-7 (pdf).
- 130 Linnanvirta S.** Yksin asuvien kansaneläkeläismiesten taloudellinen ja sosiaalinen turva. 2014. ISBN 978-951-669-939-7 (nid.), ISBN 978-951-669-940-3 (pdf).
- 129 Salminen A-L, Hämäläinen P, Karhula M, Kanelisto K, Ruutiainen J.** MS-kuntoutujien ryhmämuotoinen moniammatillinen avokuntoutus. Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. 2014. ISBN 978-951-669-930-4 (nid.), ISBN 978-951-669-931-1 (pdf).
- 128 Härkäpää K, Harkko J, Lehikoinen T.** Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. 2013. ISBN 978-951-669-921-2 (nid.), ISBN 978-951-669-922-9 (pdf).
- 127 Ahola E, Hiilamo H, toim.** Köyhyyttä Helsingissä. Toimeentulotuen saajat ja käyttö 2008–2010. 2013. ISBN 978-951-669-913-7 (nid.), ISBN 978-951-669-914-4 (pdf).