

Opinnäytetyö (YAMK)
Kuntoutuksen koulutusohjelma
2015

Jaana Lentovaara

”ICF -LUOKITUS TOIMINTAKYVYN TUTKIMISEN JA ARVIOINNIN SUUNTAVIIVANA”

– Toimintakyvyn tutkimiseen tarkoitetun
arviointilomakkeen kehittäminen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jaana Lentovaara

”ICF -LUOKITUS TOIMINTAKYVYN TUTKIMISEN JA ARVIOINNIN SUUNTAVIIVANA”

Kokonaisvaltaisen toimintakyvyn huomioiminen tulisi olla jokaisen kuntoutujan etuoikeus. Tämän kehittämistyön tavoitteena on rakentaa yksityisen yrityksen käyttöön uusi arviointilomake edistämään sekä yhtenäistämään asiakkaiden toimintakyvyn tutkimista ja arviointia kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Lomakkeen tavoitteena on myös vahvistaa moniammatillisen yhteistyön hyödyntämistä tutkimisen tukena. Kehittämistyö aloitettiin kartoittamalla nykyisiä tutkimiskäytäntöjä sekä selvittämällä mitä kehittämistarpeita uudessa arviointilomakkeessa tulisi huomioida.

Kehittämistyön toteutuksen etenemisessä hyödynnettiin kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaa. Työvaiheet noudattivat lähestymistavan mukaista ekspansiivista oppimisensykliä. Syklin vaiheet etenivät tarpeen havaitsemisesta nykytilan kartoitukseen ja analyysiin, uuden ratkaisun mallintamiseen, uuden mallin tutkimiseen sekä sen käyttöön ja arviointiin. Nykytilanne kartoitettiin kyselyllä (N=11), jonka aineisto analysoitiin, ja toteutettiin arviointilomakkeen suunnittelu kehittämispalaverissa yhdessä yrityksen fysioterapeuttien (n=4) kanssa. Kehittämispalaverissa hahmoteltu arviointilomake annettiin koekäyttöön, sekä arvioitiin sen toimivuutta ja kehittämiskohteita toisessa kehittämispalaverissa yrityksen fysioterapeuttien kanssa (n=5).

Nykytilan kartoituksesta kävi ilmi, että tutkiminen ja arviointi ovat asiakaslähtöistä ja pohjautuvat pääasiassa asiakkaiden haastatteluihin. Toimintakyvyn tutkimisen etenemistä ohjaavat fysioterapeutin arviointi sekä muiden ammattilaisten lausunnot. Tiedon siirtyminen yrityksessä toteutuu hyvin ja on monipuolista, mutta toimintatavoista osa on riskialttiita eri muuttujille. Moniammatilliseen yhteistyöhön on hyvät mahdollisuudet. Yhteistyön aikaansaamiseksi fysioterapeutin oma aktiivisuus nähdään kuitenkin keskeisenä tekijänä. Nykyiset arviointilomakkeet eivät ole riittävän kattavia ja eritteleviä selvittämään toimintakykyä kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Kehitettävään arviointilomakkeeseen mukaan otettavia tärkeitä tutkimisen kohteita oli useita, ja ICF – luokitus koettiin toimivaksi viitekehikseksi jäsentämään yhteisiä käsitteitä.

Kehittämistyön lopputuloksena yritykseen käyttöön rakentui uusi toimintakyvyn tutkimus- ja arviointilomake. Lomakkeen kehittäminen jatkuu käytössä havaittujen ristiriitojen ilmetessä. Kehittämistyön myötä syntyi tarve laatia yritykseen moniammatillisen yhteistyön muodostumisen prosessikuvauksia. Kehittämistyö herätti myös ajatuksia arviointilomakkeen sähköiseen muotoon siirtämisestä, joka tulisi helpottamaan sähköisiin arkistoihin kirjaamista tulevaisuudessa.

ASIASANAT:

Toimintakyky, tutkimus- ja arviointimenetelmät, ICF – luokitus, moniammatillinen yhteistyö, kehittävä työntutkimus

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master degree in Health Care | Rehabilitation services

December 2015 | 71 pages + 12 appendix page

Instructor Päivi Mäkilä

Jaana Lentovaara

ICF CLASSIFICATION AS A GUIDELINE TO THE EXAMINATION AND EVALUATION OF FUNCTIONING

Taking the biopsychosocial functioning into account should be a privilege to anyone going through a rehabilitation process. The goal of this development work is to create a new evaluation form for a private company to help them promote and standardize the examination and evaluation of the customers' functional capacity from a holistic perspective. Another objective with the form is to encourage the utilization of multidisciplinary cooperation in order to support the examination process.

The development work was carried out using a developmental work research approach. The procedure was based on an expansive learning cycle, in accordance with the approach. The survey data were collected with a questionnaire (n = 11) and then analyzed. The designing of the evaluation form started in a development meeting held together with the company's physiotherapists (n = 4). The draft created in the meeting was put to trial use, and its performance and development targets were evaluated in a second development meeting with the company's physiotherapists (n = 5).

The survey revealed that the examination and the assessment are customer oriented and based mainly on customer interviews. The examination is guided by the assessment of the physiotherapist and the statements of other health care professionals. There are good prospects for a multidisciplinary cooperation; however, the physiotherapist's own activity is seen as a key factor in order for a successful cooperation to take place. The evaluation forms currently in use lack the comprehensiveness and the specificity that are needed to examine the functioning from a holistic approach. The ICF classification was considered to be a valid frame of reference.

As a result of the development work, a new evaluation form to exam the functioning was created. The form will be put to use and then further improved as new contradictions possibly emerge. The company also found necessary to create descriptions of their multidisciplinary cooperation processes. Moreover, they consider introducing an electronic evaluation form in order to help log the data into electronic archives in the future.

KEYWORDS:

Functional capacity, research and evaluation methods, the ICF classification, multi-professional collaboration, developmental work research.

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	7
1 JOHDANTO	8
2 TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOINTI	10
2.1 Toimintakyvyn määrittelyä ja tarkastelua	10
2.2 Toimintakyvyn arvioinnin merkitys kuntoutuksessa	12
2.3 Toimintakyvyn arviointi ja kuntoutuksen suunnittelu	13
3 MONIAMMATILLINEN KUNTOUTUSYHTEISTYÖ	16
3.1 Yhteistyö kuntoutusjärjestelmässä	16
3.1.1 Tukea ja luottamusta yhteistyöllä	17
3.1.2 Sujuva tiedonkulku toimivan yhteistyön merkinä	19
3.2 Sähköinen potilastietojärjestelmä tiedonkulussa	20
3.3 Kuntoutussuunnitelman laadinta yhteistyönä	21
3.4 Moniammatillinen yhteistyö kuntoutusprosessissa	22
4 ICF-LUOKITUS	25
4.1 ICF-luokituksen viitekehys ja tavoitteet	25
4.2 ICF-luokituksen hyödyntämismahdollisuudet	28
4.3 ICF-luokituksen käyttöä tulisi lisätä kuntoutuksessa	30
5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	32
6 KEHITTÄVÄ TYÖNTUTKIMUS LÄHESTYMISTAPANA	33
6.1 Kehittämistyön kohde	33
6.2 Kehittävä työntutkimus	33
6.3 Ekspansiivinen oppimisprosessi	36
7 KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN	38
7.1 Muutostarpeen havaitsemien ja vallitsevan käytännön kartoittaminen	38
7.2 Analyysi ristiriitojen kartoittamiseksi	40
7.2.1 Hoitokontaktit ja moniammatillinen yhteistyö	43
7.2.2 Yrityksen sisäiset tutkimisen toimintatavat ja työvälineet	44
7.2.3 Tiedonkeruumenetelmien kehittäminen	47

7.3 Uuden toimintamallin suunnittelu, kehittäminen ja kokeilu	54
7.4 Uuden toimintamallin käyttöönotto, arviointi ja vakiinnuttaminen	56
7.5 Uudet innovatiiviset ajatukset	58
7.6 Kehittämistyön hyödyntäminen	59
8 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI JA POHDINTA	60
8.1 Kehittämistyön tuotos	60
8.2 Eettisyys ja luotettavuus	61
8.3 Kehittämistyön arviointia	63
LÄHTEET	67

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake ja saatekirje
- Liite 2. Esimerkki aineiston tiivistymisestä pääluokkaan
- Liite 3. Esimerkki pääluokkien muodostumisesta tutkimusongelman alle
- Liite 4. Kehittämispalaveriin liittyvä kysymysrunko
- Liite 5. Kehittämistyön tuotoksena rakentunut arviointilomake (lyhyt esimerkki)

KUVAT

- Kuva 1. Kuntoutusprosessi (Wade 2005.) (mukaillen). 23
- Kuva 2. Vuorovaikutussuhteet ICF – luokituksen osa-alueiden välillä (Stakes 2004, 18). 26

KUVIOT

- Kuvio 1. Toimintajärjestelmän rakenne (Engeström 2004, 10) 35
- Kuvio 2. Kehittämistyön eteneminen ekspansiivista oppimissykliä mukaillen 36
- Kuvio 3. Esimerkki aineiston tiivistymisestä analysoinnissa. 41
- Kuvio 4. Lomakkeilla saatavan tutkimisen kohteiden painottuminen yrityksessä kehittämistyön alussa ICF –luokituksen mukaan. 46
- Kuvio 5. ICF-luokituksen perusteella tärkeänä pidettävien tutkimisen kohteiden painottuminen. 48
- Kuvio 6. Vastausten jakautuminen tärkeänä pidettävien ICF-luokituksen pääluokkien mukaan ruumiin/kehon toiminnot osa- alueella. 49
- Kuvio 7. Vastausten jakautuminen tärkeänä pidettävien ICF-luokituksen pääluokkien mukaan ruumiin rakenteet osa- alueella. 49

Kuvio 8. Vastausten jakautuminen tärkeänä pidettävien ICF-luokituksen pääluokkien mukaan suoritukset ja osallistuminen osa-alueella.	50
Kuvio 9. Vastausten jakautuminen tärkeänä pidettävien ICF-luokituksen pääluokkien mukaan ympäristötekijöiden osa-alueella.	51
Kuvio 10. Vastausten jakautuminen osa-alueittain nykyisillä lomakkeilla saatavasta tiedosta sekä tulosten perusteella tärkeänä pidettävistä kuvauskohteista	53

TAULUKOT

Taulukko 1:Yhteenveto tutkimusongelmista ja niitä kartoittavista kysymyksistä.	39
Taulukko 2:Esimerkki pääluokan ottamisesta mukaan uuden arviointilomakkeen kehittelyyn vastausten jakautumisen mukaan.	42
Taulukko 3: Aineiston tiivistyminen tutkimusongelmien alle pääluokittain.....	43

KÄYTETYT LYHENTEET

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Stakes 2004)
WHO	World Health Organization (Stakes 2004)
Kanta	Kansallinen terveystietokanta

1 JOHDANTO

Yksityinen fysioterapiayritys jossa työskentelen, on osa kuntoutuksen palvelurakennetta ja mukana toteuttamassa kuntoutusprosesseja palveluntuottajana. Laadun merkinä yrityksen toiminnassa on sen asiakaslähtöinen kuntoutuksen suunnittelu, yhteistyö muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sekä laadukas monipuolinen kirjaaminen. Käytännön työssä on kuitenkin tullut ilmi puutteita yrityksen tutkimiskäytäntöjen yhdenmukaisuudessa, käsitteissä sekä konkreettisissa tutkimisen työkaluissa. Lisäksi työyhteisö on kahvipöytäkeskustelujen perusteella kaivannut kokonaisuudessaan selkeämpää linjaa tutkimisen tueksi.

Toimintakyvyn arvioinnissa on pitkään mainittu olevan Valkeisen ja Anttilan (2014) mukaan ”villin lännen” meininki ja jokaisen tahon mittaavan toimintakykyä omalla tavallaan. Tästä vapaudesta olisi syytä siirtyä yhtenäisempään ja luotettavampaan toimintakyvyn mittaamiseen ja arviointiin. Jotta yhtenäistäminen todella onnistuisi, tulisi jokaisen ammattilaisen nähdä hieman vaivaa ja käytävä läpi huolellisesti työpaikkansa toimintakyvyn mittaamisen käytännöt. (Valkeinen & Anttila 2014,10.) Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin yhtenäistämisen edesauttamiseksi olisi jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tärkeää perehtyä ICF- luokitukseen ja sen mahdollisuuksiin toimintakyvyn arvioinnissa ja sähköisessä kirjaamisessa (Valkeinen & Anttila 2014,10; Paltamaa & Perttinen 2015, 128).

Yksityisten ammatinharjoittajien liittyminen valtakunnalliseen potilastietojärjestelmään (Kanta) tulee ajankohtaiseksi yritykselle, ja on myös merkittävä peruste kehittää ja yhdenmukaistaa toimintakykykäsitteitä tutkimisen ja kirjaamisen yhteydessä. Keskitettyä rakenteisen kirjaamisen sähköistä potilastietojärjestelmää Kanta otetaan parhaillaan asteittain käyttöön ja siihen liittyviä terveydenhuollon sähköisiä tietojärjestelmiä kehitellään tarpeiden mukaan. Toimintakyvyn rakenteisen kirjaamisen kehittelystä ja ICF-luokituksen

hyödyntämisestä tulevaisuudessa vastaa Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. (Anttila & Paltamaa 2015, 5; Kanta 2015; THL 2015.)

Tämän kehittämistyön tavoitteena on luoda yrityksen käyttöön toimintakyvyn tutkimisen tueksi uusi arviointilomake kansainvälistä ICF - luokitusta hyödyntäen. Lomakkeen tarkoituksena on ottaa huomioon kuntoutujan toimintakyky kokonaisvaltaisesta näkökulmasta tutkimisen yhteydessä. Lomake auttaa jäsentämään tutkimisen sisältöä ja etenemistä sekä helpottaa ja edistää yhteistyötä muiden kuntoutukseen vaikuttavien ammattihenkilöiden kanssa yhtenäisten käsitteiden avulla.

Yrityksen sisäisen hyödyn lisäksi kehittämistyöstä hyötyvät myös muut yhteistyöhön osallistuvat kuntoutusalan ammattilaiset. Hyvän yhteistyön kehittämistä voidaan parantaa kirjaamisen työmenetelmiä keittämällä, lisäämällä tietämystä muiden ammattihenkilöiden osaamisesta, selkiyttämällä työnjakoa kuntoutusprosessissa sekä kohentamalla toimijoiden valmiuksia toimia sähköisissä verkostoissa. (Salminen & Rintanen 2014, 35–36).

Koska asiantuntevaa osaamista löytyy yrityksen sisältä paljon, lähestytään aihetta kehittävän työntutkimuksen menetelmää soveltaen. Sitouttamalla työntekijöitä kartoittamaan toimintakyvyn tutkimisen tämänhetkisiä käytäntöjä, määrittämään niiden lisätarpeita ja osallistumaan arviointilomakkeen sisällön suunnitteluun, täyttyvät kehittävän työntutkimuksen mukaiset vaiheet.

2 TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOINTI

Toimintakyky on ihmisten hyvinvoinnille keskeinen osa elämässä. Toimintakyvyllä yleensä tarkoitetaan ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-ajalla (Härkäpää & Järvikoski 2011, 92). Toimintojen suorittamiseksi tarvitaan erilaisia fyysisiä, kognitiivisia sekä sosiaalisia ulottuvuuksia, jotta mielekäs tasapainon tila saavutetaan tavoitteiden, elinympäristön ja omien kykyjen välillä. Laaja-alainen toimintakyvyn arviointi monesta eri näkökulmasta luo perustan kuntoutuksen suunnittelulle, kuntoutumismuotojen valinnalle ja on näin merkittävä osa koko kuntoutusprosessia. (Malm 2004, 57–58; Järvikoski & Härkäpää 2011, 92.)

2.1 Toimintakyvyn määrittelyä ja tarkastelua

Sairauskäsitys kuntoutuksen perustana on laajentunut ja monipuolistunut. On siirrytty puhumaan biopsykososiaalisesta käsitteestä. Biopsykososiaalinen malli huomioi laajemmin toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin liittyviä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Fyysinen ulottuvuus voidaan liittää elimistön toiminnallisuuteen kuten kestävyuteen ja lihaskuntoon sekä liikkuvuuteen ja liikkeiden hallintakykyyn. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen kuten syöminen, liikkuminen ja pukeutuminen ovat osa fyysistä toimintakykyä. Psykkinen toimintakyky liittyy kognitiivisten kykyjen hallintaan, kuten oppiminen ja muistaminen sekä kielelliset taidot. Osallistuminen yhteiskunnan toimintaan, vuorovaikutussuhteet ja oman elämän hallinta suhteessa ympäristöön luetaan sosiaalisiin tekijöihin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92.)

Biopsykososiaalista toimintakykyä arvioitaessa tulee ottaa huomioon, että osa-alueet vaikuttavat samanaikaisesti toisiinsa, eikä niitä voi tutkia huomioimatta myös muita osa-alueita. Toimintakyvyn tutkimisessa ja arvioinnissa tulisi ymmärtää, ettei vamman vaikeusaste ole suoraan suhteessa psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Toimintakyvyn haittatekijöihin vaikuttavat aina myös erilaiset psykososiaaliset elämäntilanteeseen vaikuttavat tekijät. Toimintakyvyn

arviointi tulisikin tehdä yhteistyössä kuntoutujan, hänen omaistensa sekä moniammatillisen tiimin kanssa, jotta toimintakyvystä saataisiin mahdollisimman kattava selvitys. (Malm 2004, 58; Järvikoski & Härkäpää 2011, 78.) Toimintakyvyn kokonaisvaltaiseen arviointiin ja tutkimiseen antavat merkittävän lisän muiden tieteenalojen antama tieto erityisesti moni- ja vaikeavammaisten hoidossa (Harra, Aralinna, Heikkilä, Korkiatupa, Löytönen & Onkalo-Okkonen 2006, 554).

Toimintakykyä voidaan tarkastella myös työkyvyn, selviytymisen, perustarpeiden tyydyttämisen sekä osallistumisen ja omaan elämään vaikuttamisen näkökulmasta (Malm 2004, 57). Työkyvyn arviointi koostuu osaamisesta, suhteista ja asemasta työyhteisössä sekä töiden organisoinnista (Järvikoski & Härkäpää 2011, 110). Selviytymisen näkökulmasta toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä kotona, koulussa sekä työssä tai perheen kannalta kykyä käsitellä elämässä vastaan tulleita haasteita, yllättäviä tilanteita ja muutoksia. Mahdollisuus tyydyttää perustarpeita nähdään toimintakyvyn itsehoitona ja terveyden edistämisenä. Toimintakykyä on myös sisäinen vahvuus, itsenäisyys ja itseluottamus sekä voimavarojen käyttöön vaikuttaminen ja aktiivisuus oman elämän eri tilanteissa. (Malm 2004, 57.)

Sen lisäksi että toimintakykyä on tarkasteltu toimintamahdollisuuksien mukaan eri käsitteillä, on kiinnostuksen kohteeksi noussut myös se, mihin tarkoitukseen kuntoutuja käyttää toimintakykyään. Käsitteellä toimijuus, huomio siirtyy kuntoutujan ominaisuuksista itse toimintaan. Tarkastelun kohteena ovat silloin kuntoutujan ja ympäristön välinen toiminta, jonka kuntoutuja saa itse aikaan omilla aikomuksillaan ja valinnoillaan. Kuntoutujalla on tällöin mahdollisuus kokea itsensä aktiivisena vaikuttajana sosiaaliseen ympäristöönsä. Jokaisen kuntoutujan toimijuutta määrittävät oma elämäntilanne, ympäristö, ikä, elämän vaiheet ja arkielämän tilanteissa eri toimijuuden muodot. Näiden tarkastelu auttaa ratkomaan ongelmia kuntoutusprosessissa, selvittää kuntoutuksen mahdollisuuksia ja antaa hyvät lähtökohdat kuntoutussuunnitelman laatimiselle. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 100.)

2.2 Toimintakyvyn arvioinnin merkitys kuntoutuksessa

Jossain elämänsä vaiheessa jokainen tulee kohtaamaan toimintakyvyn haasteita. Ne voivat olla sairauden, vamman tai viimeistään ikääntymisen aiheuttamia muutoksia toimintakyvyssä. Toimintakykyä mitataan ja arvioidaan monien eri yhteiskunnan tahojen toimesta sekä erilaisissa yhteyksissä. (Valkeinen & Anttila 2014, 5.) Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin tulisi tapahtua luotettavilla sekä pätevillä mittareilla ja menetelmillä, sillä useat yhteiskunnan palvelu-, etuisuus- ja kuntoutuspäätökset tehdään arviointien perusteella (Valkeinen & Anttila 2014, 5; Anttila & Paltamaa 2015, 5).

Toimintakykyä tulisi arvioida menetelmillä, jotka minimoivat ennakkoluuloja sairauksien aiheuttamista ongelmista ja lisäävät todennäköisyyttä havaita eroja ja muutoksia kuntoutujan toimintakyvyssä. Luotettaviksi todetuilla mittareilla saadaan tutkimustuloksia, jotka helpottavat kuntoutuksen suunnittelua ja tavoitteiden asettelua yhdessä kuntoutujan kanssa. (Wade 2005, 811.) Merkittävää on myös, että käytännöt mittaamisessa ja arvioinnissa ovat yhtenäiset. Jotta kuntoutujat ja eri alojen ammattilaiset pystyisivät kommunikoimaan mahdollisimman selkeästi ja helposti yhdessä, tulisi toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin yhdistämiseksi käyttää yhtenäisiä tutkimisen työkaluja ja käsitteitä. (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhard, Aeschlimann & Stucki 2002, 1099; Alaranta & Pohjolainen 2003, 24; Valkeinen & Anttila 2014, 5.)

Arvioinnin merkitys tulee olennaisesti esille myös päivitetystä lainsäädännössä (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301), jonka mukaan toimintakyvyn arvioinnin tiedot ovat olennaisena lähtökohtana palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa. Toimintakyvyn ja toimintavalmiuksien arviointi luo pohjan koko kuntoutumisprosessille. Kattava toimintakyvyn arviointi turvaa tasavertaisen, oikea-aikaisen ja oikeanlaisen sekä riittävän tuen sosiaali- ja terveyspalveluiden saamiseksi. (Anttila & Paltamaa 2015, 5.)

Merkityksellisenä tekijänä ovat kuntoutujan todellisten tarpeiden tunnistaminen ja kuntoutusmahdollisuuksien arviointi. Arvioinnin perusteella tulisi ongelmien

sijaan keskittyä kuntoutujan voimavaroihin, vaikutusmahdollisuuksiin sekä elämänhallinnan korostumiseen. (Malm 2004, 47.) Lähtökohtana on löytää toimintakyvyn arvioinnin avulla kuntoutujan oma motivaatio ja halukkuus osallistua kuntoutusprosessiin sekä avustaa kuntoutujaa saavuttamaan asetetut tavoitteet (Malm 2004, 47; Järvikoski & Härkäpää 2011, 190).

2.3 Toimintakyvyn arviointi ja kuntoutuksen suunnittelu

Toimintakyvyn arviointi kuntoutujan sekä asiantuntijan näkökulmasta, asettavat tasapainottelua näiden kahden tekijän välillä. Lääketieteellisten ja psykologisten asiantuntijatietojen katsotaan olevan luotettavampaa kuin asiakkaan subjektiiviset käsitykset ja mielipiteet. Asiantuntijakeskeisessä mallissa unohtuu helposti ympäristön merkitys ongelmien ilmetessä, sillä se keskittyy vahvasti fyysisen ja psyykkisen tilan tutkimiseen, jossa toimenpiteet perustuvat asiantuntijan päätöksiin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 187–189.) Tällöin jo tavoitteiden asettelu saattaa tulla ulkopuolisen sanelemana, johon kuntoutujan tulisi motivoitua ja sitoutua (Kokko 2003, 210). Toisaalta taas kuntoutuja on henkilökohtaisen elämänsä projektien ja pyrkimysten suunnittelija ja organisoija, joka pyrkii ymmärtämään ja kontrolloimaan oman kuntoutuksensa kulkua (Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 21). Kuntoutujalähtöinen malli keskittyy asiakkaan selviytymiseen hänen omassa toimintaympäristössään, jossa keskeisessä roolissa on toimintaa estävien olosuhteiden muuttaminen (Järvikoski & Härkäpää 2011, 187–189).

Kuntoutustyöntekijän rooli on olla yhteistyökumppani kuntoutujalle, jonka tavoitteena on kuntoutujan motivaation vahvistuminen ja onnistumisen kokemusten saavuttaminen. Molempien osapuolten tulee olla aktiivisia tasarvoisessa vuorovaikutussuhteessa. Kuntoutuja on aktiivinen toimija kuntoutusprosessissa ja asiantuntija jakaa ammatillisia tietoja yhteiseen käyttöön kuntoutujan päätöksenteon tueksi. Asiantuntijalähtöisessä mallissa kuntoutuja ajautuu helposti opitun avuttomuuden kehään, kun taas kuntoutujalähtöinen toimintamalli tukee kuntoutujan valintoja ja päätösvaltaa sekä antaa paremmat

mahdollisuudet ymmärtää omaa tilannettaan ja siihen vaikuttavia tekijöitä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 190.)

Tutkimukset osoittavat että kuntoutujan saama tuki ja vuorovaikutussuhde kuntoutuksen suunnittelussa eivät kuitenkaan toteudu täysin kuntoutujalähtöisesti palvelujärjestelmissä (Kokko 2003, 233; Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 291; Miettinen 2011, 70; Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 97,112). Kehittämishankkeessa Järvikoski ym. (2009) tarkastelivat kuntoutujien odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumisessa, jossa kuntoutusta, asiakkaan toiveiden kuuntelua ja huomiointia pidettiin tärkeänä asiana. Kiire ja rutiininomainen toiminta terveydenhuollossa koettiin esteiksi kuntoutujan kuulemiselle. Kuntoutussuunnitelmien laadinnassa heikkouksina nähtiin niiden laadinta vajanaisilla kuntoutujan tiedoilla, nopealla kahdenkeskisellä tapaamisella lääkärin kanssa tai jopa näkemättä kuntoutujaa papereiden perusteella. Salmelaisen (2008) IKÄ – hankkeessa tekemät havainnot terveyskeskuslääkäreiden tiukoista aikatauluista ja sen vuoksi huonosta perehtymisestä ikäihmisten tilanteeseen ja taustoihin ovat samansuuntaiset. Kritiikkiä saivat myös neuvonnan, ohjauksen ja tiedotuksen vaikeutunut saaminen, jonka koettiin heikentävän jopa tasa-arvoista kohtelua. Positiivisena tuloksena kuitenkin mainitaan, että 94 % vastanneista vaikeavammaisista aikuisista katsoi itse osallistuneensa kuntoutussuunnitelman työstämiseen merkittävästi tai ainakin jossain määrin, mikä on hyvä suunta kuntoutujalähtöiseen kuntoutustyöskentelyyn (Järvikoski ym. 2009, 75).

Kokko (2003) on tutkinut asiakkaan näkökulmia kuntoutuksen yhteistyöryhmän jäsenenä. Tutkimuksessa todetaan, että luottamus viranomaisverkoston ja instituutiosysteemin kykyyn auttaa on heikentynyt tutkittavilla huomattavasti. Tulosten mukaan myös viranomaiset näyttivät olevan voimattomia ja helposti ajautuvan byrokratian ja systeemin tai instituutioiden ratkaisuihin arvioinnissa ja kuntoutuksen suunnittelussa. Kuntoutusta pidettiin hyvinvointia lisäävänä mahdollisuutena, mutta asiakkaat eivät tunteneen, eivätkä saaneet selvyyttä edes työryhmässä kuntoutuksen sisällöistä ja menetelmistä. Omasta mielestään

asiakkaat eivät voineet vaikuttaa työryhmän päätöksentekoon kuntoutusratkaisuissa. Tyytyväisyyttä toisi vastanneiden mukaan tutuista lähityöntekijöistä koostuva ryhmä, johon tarvittaessa mukaan tulisi erityisasiantuntemusta.

Kuntoutujakohtaisen joustamisen tulisi näkyä nykyistä paremmin kuntoutusjärjestelmän kaikilla tasoilla. Kuntoutujalähtöinen joustaminen on merkittävä asia kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta ja sen kehittämiseksi tulisi parantaa valmiuksia. (Järvikoski ym. 2009, 145.) Tulevaisuudessa kuntoutujan osallisuus oman toimintakyvyn ja terveystiedon asiantuntijana kasvaa nykyistä enemmän. Itsearviointin merkitys korostuu oman terveyden asiantuntijana ja tiedonlähteenä, itsenäisyys ja valinnan vapaus lisääntyvät, jonka myötä vastuu omasta terveydestä korostuu. Itsearviointi tehostaa tiedonkulkua ja lisää hyödynnettävyyttä yli ammattialojen. (Anttila & Paltamaa 2015, 5.) Toimintakyvyn arviointiin ajatellaan Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 – strategian tuovan laajennettua näkökulmaa tulevaisuudessa. Kehitteillä olevan sähköisen omahoitopalvelut – järjestelmän todetaan lisäävän itsenäistä hoidon tarpeen arviointia. Sen ajatellaan antavan tukea terveysongelmien ennaltaehkäisyssä tuottamalla ja jakamalla avoimesti luotettavaa hyvinvointitietoa ja palveluja. Tavoitteena mainitaan kansalaisen itsensä tuottaman ja ylläpitämän tiedon hyödyntäminen hoitojen ja palveluiden suunnittelussa. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2014, 10; Anttila & Paltamaa 2015, 5.)

3 MONIAMMATILLINEN KUNTOUTUSYHTEISTYÖ

Kattavassa kuntoutusselvityksessä Salminen & Rintanen (2014) toteavat kotimaisen kuntoutuksen olevan tällä hetkellä monimutkainen ja monitahoinen kuntoutusjärjestelmä. Ongelmia ilmenee vastuunjaossa, yhteistyössä sekä tehtävien koordinoinnissa. Kuntoutuksen merkityksellisenä perusedellytyksenä ja kehittämiskohteena pidetään moniammatillista ja monialaista yhteistyötä, asiakaslähtöisyyden korostumista sekä tiedonkulun parantamista. (Paltamaa ym. 2011, 60; Salminen & Rintanen, 2014, 34–35; Salminen, Hämäläinen, Karhula, Kanelisto & Ruutiainen 2014, 127.)

3.1 Yhteistyö kuntoutusjärjestelmässä

Kuntoutus on Suomessa hajautettu monitahoiseksi toiminnaksi, jonka toteutuksesta vastaa usea eri hallinnonala. Kuntoutusjärjestelmä sisältää monia eri rahoitusstrategioita, erilaisia hyvinvointi- ja palvelujärjestelmiä ja palvelun tuotannon eri malleja. Hallinnollinen jako kulminoituu kuntoutustoiminnassa kolmeen eri sektoriin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 53; Miettinen 2011, 57.) Näitä ovat julkinen sektori, johon lukeutuvat mm. kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut sekä osa kansaneläkelaitoksen toimintaa ja erikoissairaanhoido. Yksityisen sektorin alueella palveluntuottajina toimivat yksityiset yritykset ja kuntoutuslaitokset sekä kolmannen sektorin toiminta, joka on kansalaisjärjestöjen vapaaehtoisuuteen perustuvaa, kuten esimerkiksi Raha-automaattiyhdistys. Julkishallinnolla, valtiolla ja kunnilla on päävastuu kuntoutuksen toteutuksesta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 54; Salmelainen & Mäki 2013, 259.)

Yhteistyö kuntoutuksessa auttaa kuntoutujaa saavuttamaan tarvitsemansa kuntoutuspalvelut, lisää tiedon välittymistä yli ammattirajojen sekä vahvistaa kuntoutujan asemaa kuntoutuksen suunnittelun menettelytavoissa (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003.) Kuntoutuksessa tiedon siirtymien on tärkeää sekä kuntoutujille että henkilöstölle. Moniammatillisen ja monialaisen yhteistyön kehittämiseksi ja lisäämiseksi tarvitaan yhteisiä näkemystä

organisaatioissa. Edellytyksenä on organisaation johdosta asti tuleva yhteinen näkemys ja tuki toimintakulttuurin, rakenteiden ja rajojen muutoksessa. Näin ollen yhteistyön toteutumisen mahdollisuudet tulisi ottaa huomioon jo työn suunnitteluvaiheessa. (Salminen & Rintanen 2014, 33–34.)

3.1.1 Tukea ja luottamusta yhteistyöllä

Yhteistyö on yhteiskunnallista ja työn tehostamiseen liittyvää toimintaa. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedon kokoamisen mahdollisuus, vuorovaikutustaidot, roolien muutokset sekä yhteiset verkostot. Roolien merkitys korostaa työn tehokkuutta ja poistaa päällekkäisyyksiä. (Isoherranen, Nurminen & Rekola, 2008, 35–37.) Verkostot mahdollistavat palveluketjun toimivuuden ja jatkuvuuden, sekä tiedon vaihdon asiakkaan hoitopolulla eri organisaatioiden ja yhteistyökumppaneiden välillä. Verkostotyön toimintaperiaatteena on, että kuntoutujan tarpeet otetaan huomioon rajat ylittävänä yhteistyönä eri järjestelmissä. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 35–37; Eloranta & Kangasniemi 2015, 12.)

Väitöstutkimuksessa Isoherranen (2012) kartoitti moniammatillisuuden haasteita ja ilmiöitä sosiaali- ja terveysalalla. Tutkimuksen mukaan haasteita asettivat organisaatioiden rajojen ylittäminen, organisaation sisäisten vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. Taitavat keskustelut ja dialogit sekä reflektiivisen arvioinnin taidot moniammatillisen työskentelyn kehittämisessä koettiin tärkeiksi taidoiksi. Moniammatillisessa työskentelyssä muodostui keskinäistä tukea ja luottamusta sekä sosiaalista pääomaa, joka auttoi työssä jaksamisessa.

Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen huolen aiheeksi on esitetty terveysalan palveluiden pirstaleisuus, ammattien erikoistuminen ja sitä myötä työnjaon kapeneminen. Palvelut jakautuvat pieniksi osiksi, jolloin oman osaamisen tunnistamisen ja muiden asiantuntijuuden huomioimisen vähentyminen on todettu heikentävän hoidon jatkuvuutta sekä eri toimijoiden

välisiä yhteistyötä ikäihmisten kotihoidossa. Fysioterapeutit ovat perinteisesti toimineet asiantuntijoina, pitkälle erikoistuneina sekä itsenäisinä toimijoina kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Eloranta & Kangasniemi 2015, 12.) Kuntoutuksessa moniammatillisuus on sekä mahdollisuus että haaste. (Wade 2005, 811; Isoherranen 2012, 8). Erityisesti vaikeavammaisten sekä etenevästä sairaudesta kärsivien potilaiden hoidossa moniammatillisen tiimityöskentelyn uskotaan olevan tehokkainta (Steiner ym. 2002, 1099). Kokonaisvaltainen lähestymistapa edellyttää puuttumaan moniongelmaisten potilaiden tarpeiden huomioimiseen sekä integroituun rajat ylittävään tietojen vaihtoon jokaisen kuntoutusprosessiin osallistuvan ammattihenkilön välillä. (Steiner ym. 2002, 1099; Wade 2005, 811; Salminen & Rintanen 2014, 26, 30; Eloranta & Kangasniemi 2015, 12.)

Salminen ym. (2014) korostavat moniammatillisen avokuntoutuksen kehittämistutkimuksessa yhteistyön edellyttävän tahtoa ja taitoa toimia yhteistyössä organisaatioiden sekä muiden sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten kanssa. Ryhmämuotoisen moniammatillisen avokuntoutusmallin kehittämistutkimukseen osallistuneet tahot kokivat kotikäyntien yhteistyötä lisäävänä sekä ymmärrystä parantavana tekijänä kuntoutusprosessissa. Samansuuntaisiin havaintoihin päätyi myös Salmelainen (2008) IKÄ-hankkeen osatutkimuksessa, jossa tarpeellisenä nähtiin ikäihmisten luona tehdyt kotikäynnit sekä yhteistyötä koskeviin odotuksiin vastaamista jo heti kuntoutusprosessin alussa. Hankkeen osatutkimuksessa vastuutahojen jakautuminen ja kysymykset vastuunjaosta tulivat vahvasti esille ikäihmisten toimintakyvyn arvioinnissa sekä kuntoutuksen järjestämisessä. Kirjalisten kuntoutusselosteiden eteneminen perusterveydenhuollossa, erityisesti kuntoutuslaitosten ja sosiaalialan ammattilaisten välillä, osoittautui tutkimuksessa ongelmalliseksi ja nostivat esille vahvasti yhteistyön puuttumisen. Sen sijaan edistävänä tekijänä kuntoutuksen prosessiin vaikuttivat verkostoon pohjautuva yhdyshenkilötoiminta ja sen kautta tiedon siirtyminen. Yhteisneuvottelut sosiaali- ja terveystieteiden edustajien kanssa, kotikäynnit ja jatko-toimenpiteiden suunnittelutilaisuudet yhdessä kuntoutujan kanssa nähtiin mahdollisuuksina.

3.1.2 Sujuva tiedonkulku toimivan yhteistyön merkinä

Toimiva tiedonkulku on yksi sujuvan monialaisen yhteistyön osoitin. Kuntoutuksesta voidaan välittää etukäteistietona mm. lääkärin todistuksia, hoitotiivistelmiä ja kuntoutussuunnitelmia ja – hakemuksia. Keskeisin tiedon välittämismuoto on palveluntuottajan laatima kirjallinen kuntoutusseloste. Kuntoutusselosteen vastaanottajina ovat yleensä kuntoutuja itse, kuntoutuslähetteen laatinut lääkäri sekä Kansaneläkelaitos. Kuntoutujan suostumuksen mukaan kuntoutusselosteen jakaminen myös muille hoitaville tahoille on mahdollista. (Salmelainen & Mäki 2013, 260.)

Yhtenäisiä toimintakäytäntöjä tarvitaan kuntoutuksen yhteistyöhön ja tiedonkulkuun, jotta kuntoutusta koskevat palautetiedot välittyvät hoitajille ja siitä vastaaville tahoille. Hyppönen ym. (2005) toteavat, että kuntoutusselosteissa olevien tietojen tulisi saumattoman hoito- ja palveluketjun periaatteiden mukaan siirtyä palveluntuottajan kotikunnan terveydenhuoltoon kuntoutusprosessin saumattomana osana (Salmelainen & Mäki 2013, 260). Salminen & Rantanen (2014) toteavat kuntoutuksen kirjallisuuskatsauksessa keskeiseksi kehittämiskohteeksi paikallisten toimijoiden yhteistyömallin merkityksen. Paikallisten toimijoiden osaaminen, resurssit sekä olosuhteet määrittävät miten kuntoutusyhteistyö voidaan toteuttaa ja minkälaisella mallilla. Paikallisen yhteistyömallin toimivuuteen päätyi myös Salmelainen (2008) IKÄ – hankkeessa, jonka mukaan erityisesti pienissä kunnissa pystyttiin välittämään ja hyödyntämään kokemustietoa samojen käytäntöjen jakamisen myötä. Yhteistyö eri toimijoiden kesken lisäsi tehtäväkentän laajuutta sekä monipuolisuutta.

Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisessa kuntoutuksen kehittämishankkeessa IKKU (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013) selvitettiin yhteistyön toteutumista kuntoutuslaitoksen sekä kotikunnan välillä. Ongelmakohtiksi kuntoutuspalautetiedon välittymisessä todettiin tietoturvakysymykset ja kuntoutusselosteiden palautumisen takkuaminen. Tietoturvan arvellaan vaikeuttavan kuntoutujan palvelujen näkemistä kokonaisuutena. Palautetiedon ja jatkosuositusten käsittelyn todettiin olevan

myös kirjavaa. Selkeistä toimintatavoista huolimatta käytännöt puuttuivat kunnissa. Kirjallisten dokumenttien lisäksi kuntoutustieto siirtyi puhelimitse sekä yhteistapaamisissa.

Paltamaa ym. (2011) toteavat vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa (VAKE), kaikkien tutkimukseen osallistuneiden aikuisten vaikeavammaisten palveluntuottajien olevan yhteistyössä eri ammattiryhmien ja tahojen kanssa. Yhteistyö toteutui tavallisimmin puhelimitse tai sähköpostilla, mutta yhteispalaverit kuntoutussuunnitelman tarkistamista tai laatimista varten olivat harvinaisempia. Tutkimuksen kyselyistä selvisi, ettei kaikilla terapeuteilla ole käytössä riittävästi tietoa kokonaiskuntoutussuunnitelmasta, meneillään olevista muista terapioida eikä niiden tavoitteista. Kuntoutuslaitosten terapeutit saivat avoterapeutteja harvemmin kuntoutujan aikaisempia lausuntoja käyttöönsä. Noin puolet kuntoutuslaitosten fysioterapeuteista arvioivat, että heillä on harvoin tai ei juuri koskaan käytössä AVH- (aivoverenkiertohäiriö) ja MS – kuntoutujien kirjallisia avofysioterapiapalautteita käytettävänä. Hoitovastuussa olevilta terveydenhuollon tahoilta keskeiset testi- ja arviointitulokset olivat käytössä terapeuteilla ja neuropsykologeilla vaihtelevasti.

3.2 Sähköinen potilastietojärjestelmä tiedonkulussa

Terveydenhuollossa kansalaiset ovat pystyneet tarkastelemaan jo jonkin aikaa itsestään kirjattuja tietoja Omakantapalvelun kautta. Potilastiedon arkisto (Kanta) on terveydenhuollon tietojärjestelmä, joka mahdollistaa sähköisen potilastiedon arkistoinnin yhtenevässä muodossa sekä tietojen siirtämisen järjestelmästä toiseen. Terveydenhuollon palveluntarjoajien kesken arkiston rooli on keskeinen ja parantaa potilastietojen saatavuutta hoitoon osallistuvissa toimintayksiköissä. Arkistointipalvelun osana toimii tiedonhallintapalvelu, jonne tallennetaan potilaan antama suostumus tietojen luovuttamisesta ja mahdollisten rajoitusten merkitseminen. (Kanta 2015.)

Yksityisiä palveluntuottajia sekä ammatinharjoittajia veloitetaan liittymään potilastiedon arkiston käyttäjäksi, mikäli pitkäaikainen asiakastietojen arkistointi

toteutuu sähköisesti (Kanta 2015). Potilastietojen arkistoinnissa kirjaamista suositellaan toistaiseksi tekstimuotoisena ja käytettävän toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) mukaista viitekehystä (Virkkunen, Mäkelä – Berg & Vuokko 2015, 42). Liittyminen potilastiedon arkistoon on palveluntuottajille uusi askel kohti uudenlaista yhteistyötä.

3.3 Kuntoutussuunnitelman laadinta yhteistyönä

Lähtökohtana kuntoutusprosessille on hyvin laadittu kuntoutussuunnitelma (Paltamaa ym. 2011). Tärkeää olisi löytää kuntoutujan kehitysedellytykset, voimavarat ja tavoitteet, sekä suhteuttaa kuntoutujan motivoituminen ja itselle tärkeät päämäärät elämän tilanteen mukaan kuntoutusprosessissa (Kantanen, Paltamaa & Peurala 2010). Kuntoutusprosessin aikana kuntoutuja on asiakkaana eri palvelujärjestelmien, palvelun tuottajien sekä eri ammattialojen edustajien kanssa, joiden yhteistyönä kuntoutussuunnitelma laaditaan, sekä sovitaan ketkä vastaavat sen etenemisen seuraamisesta.

Paltamaa ym. (2011) toteavat Hyvän kuntoutuskäytännön perusta hankkeessa, että vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelman laadinnassa moniammatillisuus ei toteudu. Tutkimuksessa selvitettyjen vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien (n=200) mukaan vain kymmenesosaan (19 %) kuntoutussuunnitelmista oli merkitty tekijäksi moniammatillinen työryhmä. Muissa kuntoutussuunnitelmissa oli mainittu lääkäri, sekä useimmiten suunnitelman laatimiseen oli osallistunut ammattihenkilönä fysioterapeutti (10 %). Kuntoutujan osallistuminen suunnitelman tekoon oli kirjattu vain 7 % kaikista suunnitelmista. Sisällöllisesti vaikeavammaisten AVH- (aivoverenkiertohäiriö) ja MS kuntoutujien kuntoutussuunnitelmat olivat puutteellisia mm. toimintakyvyn kuvaamisen ja toiminnallisten tavoitteiden asettelun osalta, jotka hankaloittivat kuntoutuspäätöksen tekemistä, kuntoutuksen toteutuksen ja seurannan suunnittelua. Moniammatillisesti laadittujen kuntoutussuunnitelmien todettiin parantavan mm. suunnitelmien laatua. MS-kuntoutujien moniammatillinen

kuntoutussuunnitelmien laadinta perusterveydenhuollossa oli yleisempää sekä laadultaan parempaa kuin erikoissairaanhoidossa.

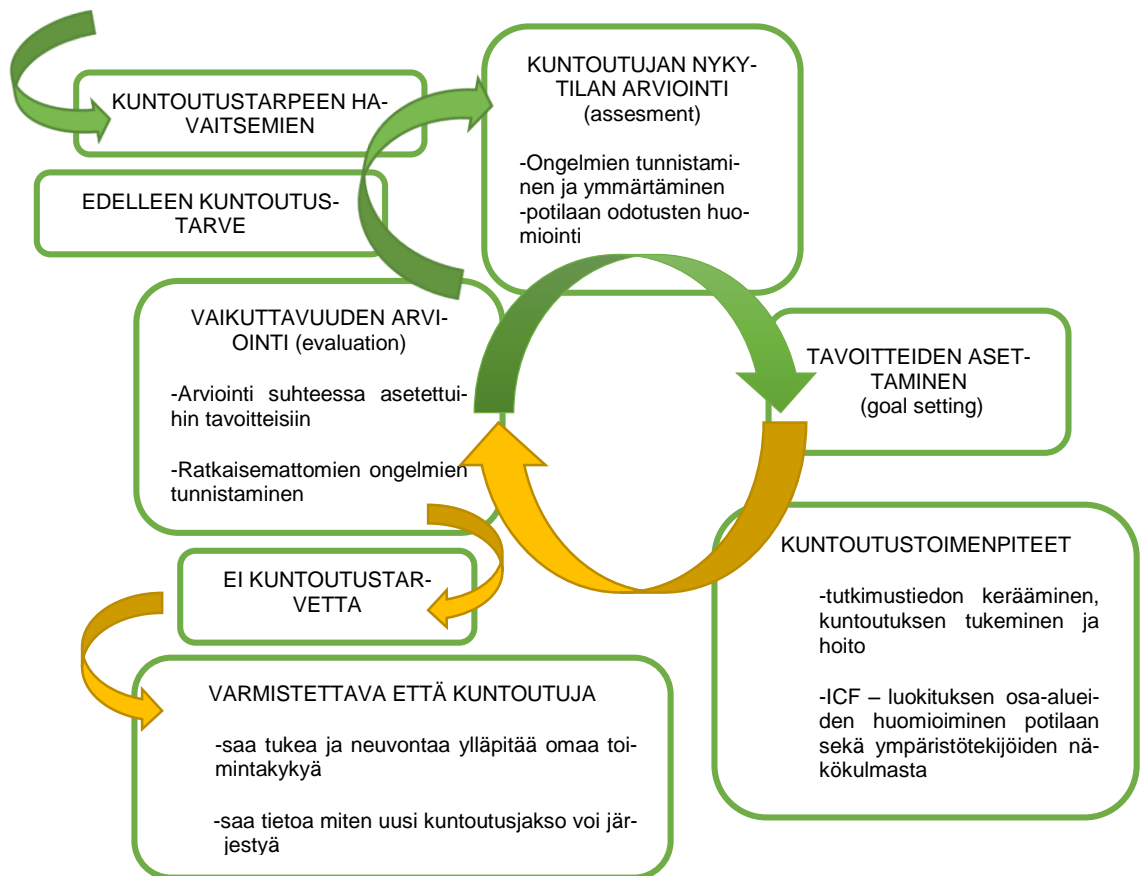
Jotta kuntoutussuunnitelmat palvelisivat kuntoutujan sekä moniammatillisen yhteistyön tarpeita tiedon välittymisessä, oikeanlaisen ja oikea-aikaisen kuntoutuksen suunnittelussa, tulisi yksilöllisten suunnitelmien laadun parantamiseksi järjestää koulutusta. Lisäksi on vahvistettava eri tahojen tietopohjaa löytämään eri kuntoutusmuotojen ja menetelmien joukosta kuntoutujalle hänen tarvitsemansa kuntoutus. Kuntoutussuunnitelmien laatimisen toimintatapoihin, asiakaslähtöisyyteen sekä moniammatillisuuteen, kirjaamiskäytäntöihin ja yhteistyöhön tulee kiinnittää huomiota laadun parantamiseksi. (Paltamaa ym. 2011.)

3.4 Moniammatillinen yhteistyö kuntoutusprosessissa

Kuntoutusprosessi on jatkuva suunnitelmallinen ohjausprosessi, joka etenee yksilön toimintakyvyn ja ympäristön välisten ongelmien tunnistamisesta, tavoitteiden määrittelyyn, kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen, sekä seurannan kautta kohti tavoiteltua tilaa (Steiner ym. 2002, Järvikoski & Härkäpää 2011, 190). Kuntoutusprosessin eteneminen moniammatillisuutta hyödyntäen edellyttää tietojen vaihtoa kaikkien prosessiin osallistuvien ammattihenkilöiden kesken (Steiner ym. 2002). Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen edellyttää yhteistä viitekehystä, sillä sen puuttuminen saattaa olla hankaloittavana tekijänä sujuvalle moniammatilliselle toiminnalle. (Wade 2005, 811.)

Asiakaslähtöisen ja moniammatillisesti ohjautuvan kuntoutusprosessin vaiheiden kuvaamiseksi on kehitetty malli (kuva 1), jonka pohjana on viitekehystenä laajalle levinnyt ja jatkuvassa käytössä oleva ICF – luokitus. Yhteisen viitekehysten mukaan tehty malli auttaa oikea-aikaisen kuntoutustarpeen havaitsemisessa sekä yhteisten päämäärien selkiytymisessä. (Wade 2005, 812, 816.) Prosessimalli jakautuu neljään eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa kuntoutujan ongelmien tunnistamiseksi moniammatillinen yhteistyö korostuu kuntoutukseen osallistuvien tahojen kanssa keräämällä tietoa kuntoutujan

toimintakyvystä. Toisessa vaiheessa asetetaan tavoitteet yhdessä kuntoutuksen ammattilaisten kanssa kuntoutujan mielipiteet huomioiden. Kolmannessa vaiheessa toteutuu suunniteltu kuntoutuksen osuus ja neljännessä vaiheessa selvitetään tavoitteiden saavuttamista. Ratkaisemattomat, mutta ratkaistavissa olevat ongelmat pitävät kuntoutusprosessin liikkeessä. (Wade 2005, 812,816.)



Kuva 1. Kuntoutusprosessi mukailten (Wade 2005.)

Kuntoutusprosessiin liittyviä käsitteitä on selkiytettävä ja tiedon välittymiseksi niiden yhdenmukainen käyttö on varmistettava. Käsitteiden yhdenmukaisuuden tulee näkyä kuntoutujan tilannetta ja toimintakykyä kuvattaessa. Moniammatilliseen yhteistyöhön kuntoutusprosessin eri vaiheissa tarjoaa viitekehyksen kansainvälinen ICF – luokitus (Stakes 2004,18; Paltamaa ym. 2011; THL 2015). ICF – luokitus toimii hyödyllisenä viitekehyksenä yhtenäistämään ja tehostamaan toimintaa, edistämään kommunikointia ja dokumentointia ja selventämään ydinosaamista moniammatillisen tiimin yhteistyössä. Luokituksen käyttöä tulisi lisätä moniammatillisten työryhmien

tehtävien jaossa ja tiedon välittämisessä. (Paltamaa & Perttinen 2015, 16, 127.)

Jokapäiväiseen työhön ICF – luokitukseen pohjautuvien prosessien mukaan ottamisella on merkittävää hyötyä, todetaan sveitsiläissairaalassa toteutetussa moniammatillisen yhteistyön tutkimuksessa (Rentsch, Bucher, Dommen Nyffeler, Wolf, Hefti, Fluri, Wenger, Wälti & Boyer 2002). Neurologisessa kuntoutusyksikössä prosessien käyttöön osallistuivat eri erikoisalojen työntekijät kuten lääkärit, sairaanhoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit sekä sosiaalityöntekijät. Yhteistyössä työprosessien laatu parani huomattavasti sekä lähestyminen muita ammattiryhmiä kohtaan kuntoutuksen tehtävissä oli toteutunut rutiininomaisesti. Parannuksia ilmeni myös tiedonkulun ja dokumentoinnin sisällön laadussa sekä arvioinnin, tavoitteiden asettelun ja kuntoutuksen suunnittelun järjestelmällisyydessä.

4 ICF-LUOKITUS

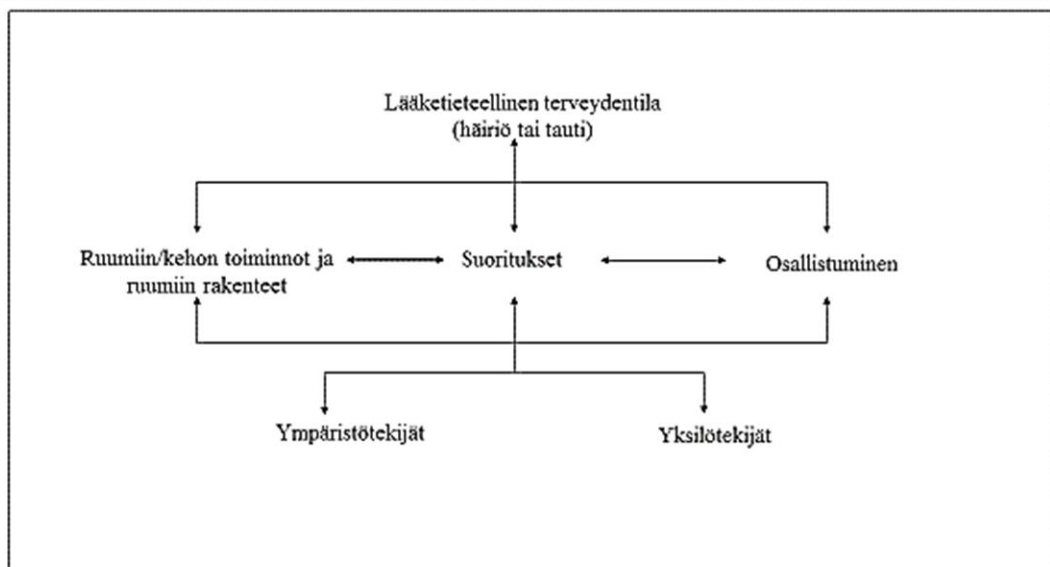
Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) on kehittänyt vuonna 2001 Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF – luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health). Tiedonkulku terveydestä ja toimintakyvystä on välttämätöntä kliinisessä työssä, tutkimuksissa, koulutuksessa sekä sosiaali- ja terveysalan työssä. ICF – luokitus toimii luotettavana ja vertailukelpoisena avaimena terveyden ja toimintakyvyn tiedon keräämisessä, jota pystyvät hyödyntämään kansainvälisesti jokainen maa oman toiminnan kehittämisessä. (ICF Research Branch 2015; THL 2015.)

4.1 ICF-luokituksen viitekehys ja tavoitteet

ICF – luokituksen tieteellisenä perustana on ymmärtää, jäsentää ja tutkia toiminnallista terveydentilaa, saada yksilöllinen, paikallistettu ja laaja-alainen kuvaus yksilön toimintakyvystä ja seurata siinä tapahtuvia muutoksia (Stakes 2004, 5; THL 2015). ICF -luokituksen tarkoituksena on kuvata laajasti terveyttä ihmisen kaikista eri näkökohdista sekä kuvata terveyteen liittyviä hyvinvoinnin osatekijöitä. Käsitteellisen järjestelmän olennainen piirre on vuorovaikutuksellisuus terveydentilan, suoritusten ja osallistumisen sekä ympäristön kesken. ICF -luokitus on osa WHO:n kansainvälistä luokitusperhettä ja kehitetty tautiluokituksen ICD (International Classification of Diseases) rinnalle. Sen tarkoituksena on kuvata sairauden tai terveydentilan lisäksi miten vamman tai sairauden aiheuttamien tekijöiden yhteisvaikutukset näkyvät arjessa ja elämässä. (Stakes 2004, 3-4.) Luokitukseen ei sisälly yksilöllisiä tekijöitä, jotka saattavat estää tehtävien suorittamista ihmisen arjessa kuten rotu, sukupuoli, uskonto tai muu yhteiskunnallinen tai -taloudellinen tekijä. ICF – luokitus antaa mahdollisuuden kuvata kaikkien ihmisten toiminnallista terveyden tilaan lääketieteen alasta riippumatta. (Stakes 2004, 7, 19.)

ICF – luokitus koostuu kahdesta eri osasta joista osa 1. käsittelee toimintakykyä ja toiminnan rajoitteita (ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, suoritukset

ja osallistuminen) sekä osa 2. käsittelee kontekstuaalisia tekijöitä (ympäristötekijät ja yksilötekijät). Toimintakyky ja sen rajoitteet muodostavat paljon tietoa eri toiminnan osa-alueilta, jotka ICF kuvaa ja jäsentää mielekkäällä ja helppokäyttöisellä tavalla yhdistäen informaation eri osat toisiinsa. (Stakes 2004, 7-8.) ICF – luokituksen aihe-alueet mahdollistavat ihmisen lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikuttaisen kehitysprosessin (kuva 2). Vaikka luokituksen tarkoituksena ei ole mallintaa toimintakykyä ja toimintarajoitteita yksittäisenä prosessina, kuvan 2 kaaviosta näkyy eri osien sijoittuminen ja osuus vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutukset ovat yksilöllisiä ja saattavat olla osa-alueiden välillä kaksisuuntaisia. Toimintarajoitteet voivat vaikuttaa myös terveydentilaan, jolloin vuorovaikutukset eivät ole ennustettavissa vaan voivat vaikuttaa syy-seuraussuhteiltaan tapauskohtaisesti. (Stakes 2004, 18–19.)



Kuva 2. Vuorovaikutussuhteet ICF – luokituksen osa-alueiden välillä (Stakes 2004, 18).

ICF – luokituksessa terveyden määritelmille on annettu operationaaliset vakiomääritelmät yleiskielellisten terveyden määritelmien sijaan. Jokaisella osa-alueella luokitus tarkoittaa, että kuvattava kohde on järjestetty ryhmiin ominaisuuksien mukaan ja jaettu sen jälkeen mielekkäeseen hierarkkiseen

järjestykseen. Esimerkkinä voidaan kuvata suoritukset ja osallistumisen osa-alueen pääluokkaa liikkuminen, jonka alle sijoittuvat erilliset osat, kuten asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen, esineiden kantaminen ja käsitteleminen, käveleminen ja liikkuminen sekä liikkuminen kulkuneuvoilla. Näiden alapuolelle on vielä kuvattu tarkemmin mitä aihealueeseen sisältyy ja mitä ei. Määritelmät sisältävät tiettyjä arvioinnin tunnusmerkkejä, joita voidaan käyttää arviointilomakkeiden laadinnassa. Näin pitkälle sisäkkäin määritellyt kuvauskohteet kuuluvat laajaan neliportaiseen laitokseen. Suppeampi laitos kattaa kaksi luokitusporrasta, mutta vastaavat koodeiltaan keskenään laajemman laitoksen kanssa. (Stakes 2004, 21.)

ICF – luokituksessa käytetään alfanumeerista järjestystä. Kirjain b tarkoittaa ruumiin ja kehon toimintoja, s ruumiin rakenteita, d suoritukset ja osallistuminen osa-alueita ja e ympäristötekijöitä. Kirjaimen jälkeen tulee numerokoodi, joka koostuu sen luokan numeerisesta järjestyksestä kuinka laajasti kohde on luokitusportaassa jaettu. (Stakes 2004, 21.) Kehittämistyössä arviointilomake tulee sisältämään kirjaimista ja numeroista syntyviä koodiyhdistelmiä arviointikohteiden kuvaamiseksi. Arviointilomakkeen rakentuminen perustuu ICF – luokituksen laajaan neliportaiseen luokitusluokkaan, sillä tarkoituksena on löytää mahdollisimman eriteltyjä arvioinnin kohteita kehitettävään lomakkeeseen.

Moniulotteisen ICF – luokituksen käytön helpottamiseksi on kehitetty työkaluiksi ICF – arviointilomake, sähköinen ICF ekuvauslomake ja ICF ydinlistoja (ICF core sets) (Valkeinen & Anttila 2014, 5; ICF Research Branch 2015). Ydinlistojen sisältö on valikoitunut eri diagnoosiryhmien mukaan eri käyttötarkoituksiin. Ydinlistoista on sekä kattavampi (comprehensive) että lyhempi (brief) versio. Kattavampi ydinlista on ideaalinen moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa. Lyhempään ydinlistaan on kerätty kuvauskohteet saman sairausryhmän kattavammasta ydinlistasta. (ICF Case Studies 2015.) Generic ICF ydinlista koostuu 28 eri kuvauskohteesta ja kuvaa toimintakyvyn oleelliset ydinasiat eri osa-alueilta. Sitä suositellaan käytettävän diagnoosiryhmissä, joilla ei ole omaa ydinlistaa tai joiden ongelmat ovat moninaiset. (Escorpizo, Stucki, Cieza, Davis, Stumbo & Riddle 2010, 1056; ICF Research Branch 2015.)

4.2 ICF-luokituksen hyödyntämismahdollisuudet

ICF -luokitusta voidaan hyödyntää arvioinnin muistilistana, rakenteisessa kirjaamisessa, sähköisissä tietojärjestelmissä, kuntoutus- palvelu- ja hoitosuunnitelmissa sekä erilaisissa lausunnoissa. Rakenteinen ja neutraali kuvaustapa mahdollistavat yhteisen kielen toiminnallisen terveydentilan kuvaamisessa sekä tietojen vertaamisen eri maiden, terveydenhuollon ammattilaisten ja eri ajankohtien välillä. (Stakes 2004, 5; Paltamaa & Perttinen 2015, 17; THL 2015.)

ICF – luokitus ohjaa toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden monipuoliseen ja tarkkaan kuvaamiseen, toimii apuvälineenä kuntoutuksen sisällön suunnittelussa sekä kuntoutuksen tarpeen kohdistamisessa (Anttila & Paltamaa 2015, 7). ICF – pohjaisia työkaluja käytettäessä arvioinnin lähtökohtana on eri ammattiryhmien asiantuntijoiden tietämys siitä, mitä ominaisuuksia asiakkaasta halutaan mitata ja arvioida. Käytettävät ICF – työkalut eivät opasta mitä tai millä arviointimenetelmillä asiakkaan toimintakykyä tulisi mitata tai arvioida. Sen sijaan eKuvauslomakkeeseen voidaan merkitä onko tieto saatu aikaisemmista dokumenteista, kuntoutujan itsearviointia hyödyntämällä, käyttämällä toimintakyvyn mittaria tai kliinisellä tutkimuksella. Tarpeeksi kattava ja sopiva arviointimenetelmä varmistaa riittävän monipuolisen arvioinnin kuntoutujan elämäntilanteesta. Arviointimenetelmien tulosten yhdistämisen mahdollisuus ICF – luokituksen koodeihin varmistaa, että menetelmät kattavat tarvittavat ja oleelliset rakenteelliset osat. (Valkeinen & Anttila 2014, 6; Anttila & Paltamaa 2015, 7.)

ICF – luokitusta on käytetty eri yhteyksissä ja tutkimuksissa selvittämään miten sen käyttö kattaa toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden tilan eri terveydenhuollon ammattiryhmien viitekehyksissä. (Rentsch ym. 2002; Steiner ym. 2002; Mueller, Boldt, Grill, Strobl & Stucki 2008; Escorpizo ym. 2010; Glässel, Kirchberger, Linseisen, Stamm, Tanja, Cieza & Stucki 2010). Tutkimuksessaan Mueller ym. (2008) selvittivät akuutin sairaanhoidon ja post – akuutin kuntoutuksen hoitoprosessin yhdistämistä ICF – ydinlistaan. Tulokset osoittivat että, ICF -

luokituksen avulla hoidolliset tarpeet pystytään kuvaamaan sekä asettamaan akuutit hoidolliset tavoitteet. Lisäksi ydinlistan todettiin helpottavan työyhteisön sisäistä kommunikointia ja asiakkaan toiveiden kunnioitusta tavoitteita laatiessa.

Retrospektiivisessä potilastutkimuksessa (Ptyushkin, Vidmar, Burger, & Marincek 2010) totesivat, että potilastietojen yhdistämisessä vammaan liittyvän ICF ydinlista -koodauksen avulla pystytään jäsentää jo olemassa olevaa tietoa toiminnallisesta tilasta aivovamman jälkeen. Tutkimus toteutettiin sveitsiläisessä sairaalassa vertailemalla 100 potilaan tietoja vuosien 2007–2009 välillä. Samansuuntaisiin toimintakyvyn arvioinnin tuloksiin päätyivät Glassel ym. (2010) delfi tutkimuksessaan, jossa tutkittiin yhtäläisyyksiä 21 eri maan toimintaterapeuttien (n=69) näkemyksistä ICF ydinlistaan (ICF Core Set for stroke) nähden aivohalvauksen jälkeen kuntoutujan toimintakyvyssä ja toiminnallisessa tilassa. Ydinlistan todettiin olevan pätevä kattaessaan toimintaterapeuttien esiin tuomia käsitteitä 347 eri ICF -luokassa.

ICF – luokitusta on käytetty myös vuorovaikutteisuuden näkökulmasta moniammatillisen ja asiakaslähtöisen työn lisääntymiseksi. Steiner ym. (2002) ovat kehittäneet ICF – osa-alueita mukailevan RPS (Rehabilitation Problem-Solving Form) prosessimallin, kuntoutuksen työkaluksi. Se mahdollistaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä analysoimaan potilaan ongelmia, keskittämään tavoitteita ja suhteuttamaan vammaan tai sairauteen liittyviä asioita ja eri muuttujia. RPS – lomakkeen tärkein tavoite on ottaa huomioon potilaiden näkökulmat sekä mahdollistaa osallistuminen päätöksentekoprosessiin.

Väitöstutkimuksessaan Paltamaa J. (2008) selvitti fyysistä toimintakykyä arvioivien mittareiden kliinistä käyttökelpoisuutta kävelevillä MS-tautia sairastavilla henkilöillä (n=277) ICF -luokitus viitekehystenä. Tutkimus osoitti, että valittuja fyysisen toimintakyvyn mittareita voidaan luotettavasti käyttää. ICF -luokituksen todettiin olevan hyödyllinen viitekehys täydentämään mittareiden antamaa vähäistäkin tietoa ja tunnistavan fyysisen toimintakyvyn heikentymisen jo varhaisessa vaiheessa.

Tutkimuksessaan Koskinen ym (2011) kyseenalaistivat aivovammakuntoutujien tutkimisessa käytettäviä toimintakyvyn mittareiden yhteneväisyyttä potilaan kokeman terveyden ja toimintakyvyn kanssa. Mukana olivat toimintakyvyn arviointi- ja kyselylomakkeet Glasgow Outcome Scale (GOSE) sekä Health-Related Quality of Life (HRQOL), jotka oli linkitetty ICF – luokitukseen. Lomakkeista saatuja vastauksia verrattiin potilaiden kokemaan kuntoisuuteen ja elämänlaatuun Quality of Life After Brain Injury (QOLIBRI) testillä. Tutkimustulokset osoittivat molempien lomakkeiden GOSE ja HRQOL kattavan traumaattisen aivovammapotilaan arvioinnissa käytettävät elementit ICF – viitekehyksen mukaan. (Koskinen, Hokkinen, Wilson, Sarajuuri, Steinbu & truelle 2011.)

4.3 ICF-luokituksen käyttöä tulisi lisätä kuntoutuksessa

ICF – luokituksen ja Amerikkalaisten fysioterapiakäytäntöjen (Guide to Physical Therapist Practice) yhteensopivuutta kliinisen työn helpottumiseksi on tarkasteltu tutkijaryhmän (Escorpizo ym. 2010) toimesta. Ryhmä toteaa että ICF – luokituksesta ja fysioterapeuttien dokumentointiin painottuvista suosituksista löytyy samankaltaisuuksia ja yhteisiä käsitteitä toimintakyvyn ja vammaisuuden monimutkaisesta vuorovaikutteisuudesta. Tutkijaryhmä toteaa, että ICF -luokitus voisi toimia yhteisenä kielenä ja viitekehyksenä auttamaan fysioterapeutteja ymmärtämään toisiaan paremmin rajat ylittävässä yhteistyössä. ICF –ydinlistojen todetaan soveltuvan käytettäväksi, mutta niitä ei ole saatavilla kaikille sairausryhmille. Yhteistyön ja asiakaslähtöisen hoidon toteutumiseksi fysioterapeutteja ohjataan tarvittaessa olemaan yhteydessä muihin ammattilaisiin toimintarajoitteiden ilmetessä eri kuvauskohteissa.

Toimintakyvyn arvioinnissa ICF – luokitus korostaa osallistumista dynaamisena ilmiönä. Asiakaslähtöisen toimintakyvyn kuvaamisessa tulee käyttää ICF – luokitusta ja ottaa tasapuolisesti huomioon kaikki ICF –luokituksen osa-alueet. Erityisesti painopisteen tulee siirtyä osa-alueille suoritukset ja osallistuminen sekä kontekstuaaliset ympäristö- ja yksilötekijät. Yksilötekijät tulee huomioida

arvioinnissa vaikka niiden luokittelu puuttuu ICF – luokituksesta. Kuntoutujan osallistumista tulee arvioida laaja-alaisesti kuntoutujan itsearviointia hyödyntäen ammattilaisen arvion ohella. (Paltamaa & Perttinä 2015, 127.)

Luokituksen käyttöä tulee lisätä moniammatillisen kommunikoinnin ja dokumentoinnin yhteydessä, sillä ICF:n todetaan yhtenäistävän ja tehostavan toimintaa yhteistyössä. ICF – luokituksen käyttöönottoa edistää myönteinen suhtautuminen ja tiivis yhteistyö johdon ja esimiesten osalta, sekä ICF - luokituksen sujuva tietoisuuden lisääminen ja käytön jalkauttaminen työyhteisössä. Oman työn näkyväksi saattaminen vuorovaikutustilanteissa muiden ammattilaisten kanssa onnistuu ICF – luokituksen avulla. (Paltamaa & Perttinä 2015, 127–128.)

Epätietoisuus ICF – luokituksen tarkoituksesta ja hyödyistä sekä ristiriitaiset näkemykset kertovat juurtumattomuudesta moniammatilliseen työhön toteavat Paltamaa & Perttinä (2015) tutkimuksessaan. Koulutuksen järjestäminen nähdään tärkeänä osana luokituksen käytön juurruttamisessa. Erityisesti huomio tulisi kiinnittää käytännön harjoitteluihin konkreettisesti työpaikoilla. Tärkeää on kehittää ICF -luokituksen käyttöä käytännön yhteistyössä sekä ammattilaisen että kuntoutujan kanssa eri ammattiryhmien omassa työssä. (Paltamaa & Perttinä 2015, 128.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on rakentaa keskisuuren yrityksen käyttöön uusi tutkimista kokonaisvaltaisemmin ohjaava ja moniammatillista yhteistyötä huomioiva ja helpottava toimintakyvyn arviointilomake. Kehittämistyössä kartoitetaan tällä hetkellä käytössä olevia toimintakyvyn tutkimisen ja arvioinnin tiedonkeruumenetelmiä ja niiden sisältöä. Tarkastelun kohteena ovat myös asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisuuden toteutuminen toimintakyvyn tutkimisessa ja arvioinnissa. Lisäksi selvitetään minkälaisia muutoksia ja lisäyksiä yrityksen fysioterapeutit pitävät tärkeänä huomioida tutkimisen ja arvioinnin yhteydessä ICF – luokitusta hyödyntäen.

Kehittämistehtävät ovat:

- Ensimmäisenä kehittämistehtävänä on selvittää ja analysoida miten asiakkaiden toimintakykyä tutkitaan ja mitä toimintakyvystä pystytään selvittämään tutkimislomakkeilla tämän kehittämistyön alkaessa.
- Toisena kehittämistehtävänä on nykytilan selvityksen ja analysoinnin perusteella kehittää toimintakyvyn tutkimiskäytäntöjä sekä rakentaa toimintakyvyn tutkimisen apuvälineeksi uusi arviointilomake.
- Kolmantena tehtävänä on uuden arviointilomakkeen kokeileminen, käyttöön ottaminen ja arviointi sekä tutkimiskäytäntöjen edistäminen ja vakiinnuttaminen

6 KEHITTÄVÄ TYÖNTUTKIMUS LÄHESTYMISTAPANA

Tarve yrityksen tutkimiskäytäntöjen kehittämiseksi lähti työntekijöiden kanssa vaihdettujen keskustelujen pohjalta, joiden mukaan tutkimiselle ja arvioinnille tulisi antaa yhtenäisiä suuntaviivoja tulevaisuudessa. Kehittämistehtäviin pohjautuvalla kyselyllä kerättiin yrityksen fysioterapeuttien ajatuksia ja näkemyksiä nykyisistä tutkimis- ja arviointimenetelmistä kehitettävän arviointilomakkeen laadintaa varten. Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä on kehitettävän työntutkimuksen lähestymistapa.

6.1 Kehittämistyön kohde

Kehittämistyön kohteena ovat yksityisen fysioterapiapalveluja tuottavan yrityksen tutkimis- ja arviointimenetelmät. Yrityksen asiakkaat ovat pääasiassa neurologisesti vaikeavammaisia, joiden toimintakyky on alentunut eri sairauksista johtuen. Fysioterapeutteja yrityksessä on tutkimuksen toteutumishetkellä 12, mukaan lukien kaksoisroolissa toimiva kehittämistyön tekijä, joka on myös yrityksen fysioterapeutti.

6.2 Kehittävä työntutkimus

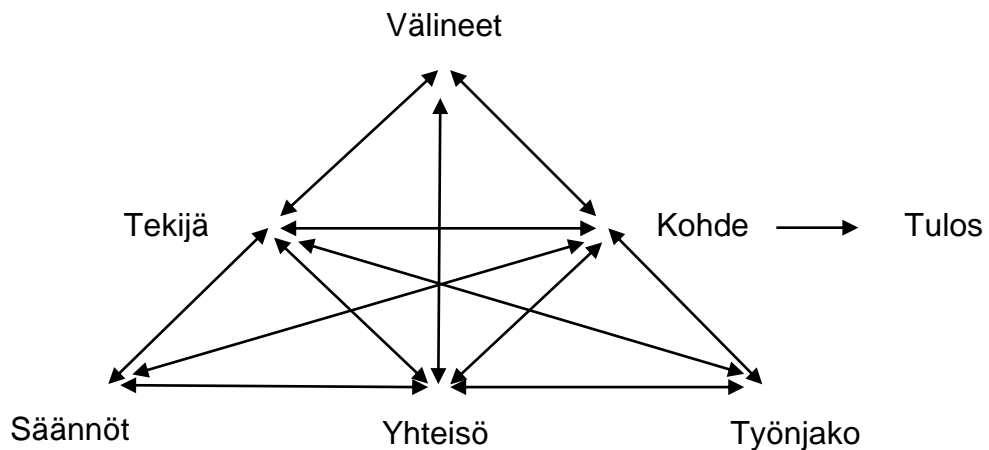
”Kehittävä työntutkimus on 1980-luvun alussa virittynyt omintakeinen suomalainen lähestymistapa työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen” (Engeström 1998, 11). Perustana kehittäväälle työntutkimukselle on L. S. Vygotskin, A. N. Leontjevin ja A. R. Lurian alkuun saattama kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria. Kehittävässä työntutkimuksessa toiminnan teoria muodostaa sillan yksilön ja yhteiskunnan välille. Kollektiivisessä toimintajärjestelmässä voidaan kuvata yksilön tekojen ja ominaisuuksien muodostuminen esimerkiksi työssä. Toisaalta myös yksilön teot muokkaavat toimintajärjestelmää, joka nähdään historiallisesti kehittyvänä, ristiriitaisena ja dynaamisena. (Engeström 1998, 11-12.) Tässä kehittämissäytetyössä yksilön

toiminnalla tarkoitetaan yrityksen fysioterapeuttien tapaa ja tottumuksia tutkia ja arvioida asiakkaiden toimintakykyä oman historiallisen kokemuspohjan perusteella. Myös työyhteisön tavat toimia tietyllä tavalla tutkimisen ja arvioinnin toteuttamisessa saattavat muokkaantua jokaisen fysioterapeutin yksilöllisen toiminnan vaikutuksesta.

Kehittävässä työntutkimuksessa toiminnan teoriaa tulee soveltaa työtoimintojen, työyhteisöjen sekä organisaatioiden kehittymisessä ja erityisesti työssä tapahtuvien muutosten hallinnassa. Kehittävä työntutkimus on osallistava lähestymistapa, jossa analysointiin ja työn muutokseen työntekijät ovat osallisena. (Engeström 1998, 11–12; Engeström 2004, 9). Yrityksen fysioterapeuttien monipuolista kokemusta hyödynnettiin kaikissa tämän kehittämistyön eri vaiheissa. Toiminnan teoriaa sovellettiin tässä kehittämistyössä huomioiden koko työyhteisön ja yksilöiden toiminta vallitsevan käytännön analysoinnissa, uuden työvälineen suunnittelussa, mallintamisessa, käyttöönotossa ja ristiriitojen ratkaisemisessa.

Kehittävän työntutkimuksen teoreettiset piirteet voidaan tiivistää kolmeen eri tunnusomaiseen metodologiseen ideaan. Niitä ovat kollektiivinen toimintajärjestelmä, ristiriitojen ilmentyminen toimintajärjestelmän eri osatekijöiden välillä sekä muutoksen ja kehityksen tarkastelu kollektiivisena oppimisprosessina. (Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 2001, 14–15; Engeström 2004, 10, 59.)

Toimintajärjestelmä (kuvio 1) toimii kollektiivisena analyysiyksikkönä, jonka toiminnalla on tietty kohde ja toimintaa määrittävät sen osatekijät. Kaikki osatekijät ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja muutokset osa-tekijöissä vaikuttavat suhteessa koko toimintajärjestelmään. (Engeström 1998, 46; Virkkunen ym. 2001,14.)



Kuvio 1. Toimintajärjestelmän rakenne (Engeström 2004, 10)

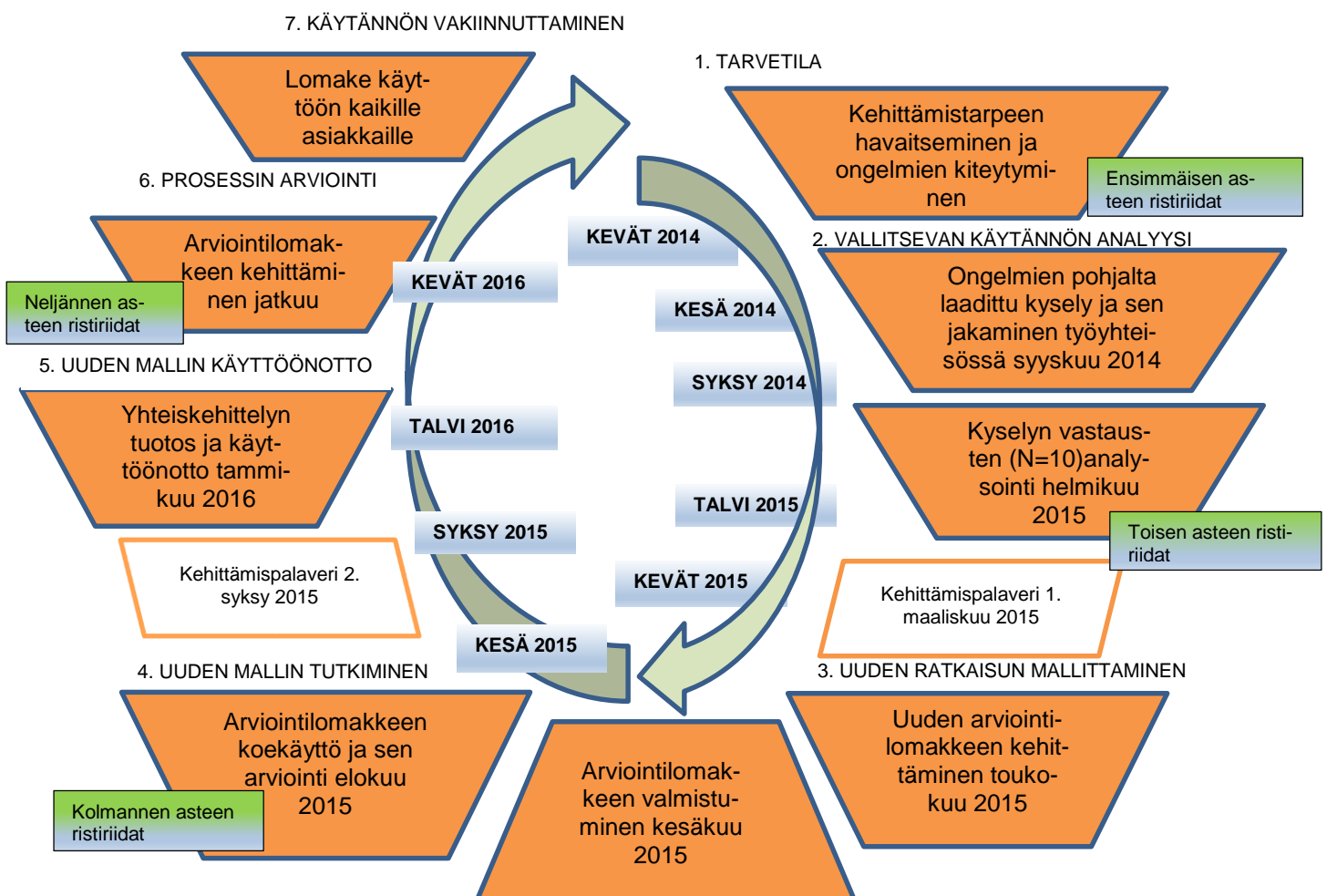
Toimintajärjestelmänä tässä kehittämistyössä on yksityinen yritys, jonka kohteena ovat asiakkaan toimintakyvyn tutkiminen ja arviointi. Tutkimisen ja arvioinnin toteutumiseen vaikuttavat yrityksen toiminnan myötä muokkaantuneet säännöt ja käytännöt, työn jako sekä lomakkeet, mittarit ja muut tutkimisen välineet.

Toiminnassa esiintyvät ongelmat ilmenevät ristiriitoina, jotka näkyvät työnkulun häiriöinä, katkoksina, laaturiveinä, kiireenä ja työn tehottomuutena eri osatekijöiden välillä. Jotta saadaan esille miten toiminta on kehittynyt, tarkastellaan ristiriitoja nykytoiminnan sekä toiminnan historiallisen kehityksen osalta. Ongelmien voittaminen edellyttää toimintajärjestelmän sisäisten ristiriitojen ekspansiivista ratkaisemista, jonka myötä kehitetyt uudet toimintamallit ja välineet aiheuttavat toiminnassa laadullista muutosta. (Engeström 1998, 62–64; Engeström ym. 2001, 14.) Ristiriitojen selvittäminen ja ratkaiseminen tässä kehittämistyössä toteutui vallitsevan käytännön analyysillä, kehityspalavereiden sekä arviointilomakkeen koekäytön avulla. Ristiriitojen tunnistamisen ja ratkaisemisen jälkeen kehitettiin uusi arviointilomake tutkimisen ja arvioinnin laadun parantumiseksi.

6.3 Ekspansiivinen oppimisprosessi

Kehittävässä työntutkimuksessa muutosta ja kehitystä tarkastellaan pitkäjänteisenä ja pitkäkestoisena kollektiivisena oppimisprosessina. Uuden toimintamallin rakentumisen ja sen käyttöönoton myötä organisaatio oppii jotain mitä ei vielä. Tällaista koko organisaation käsittävää oppimista kutsutaan ekspansiiviseksi oppimiseksi. (Engeström 2004, 59.)

Kehittävän työntutkimuksen ja ekspansiivisen oppimisen sykli käsittää viisi eri vaihetta. Oppimissykli kuvaa sitä, miten muutos voisi parhaimmillaan toteutua (Virkkunen ym. 2001, 15). Kuviossa 2 esitellään ekspansiivista oppimissykliä sekä tämän kehittämistyön etenemistä vaiheistusta soveltaen.



Kuvio 2. Kehittämistyön eteneminen ekspansiivista oppimissykliä mukailien

Kehittävä työntutkimus tähtää laadullisiin muutoksiin organisaatiossa, jossa ekspansiivisen oppimisen kohteena on kokonainen toimintajärjestelmä. Muutos tähtää täysin uuteen toimintatapaan. Sitä ei kenelläkään ole ennalta tiedossa, vaan se syntyy kehittämisprosessin aikana. Ekspansiivinen oppimisprosessi on kollektiivinen ja pitkäkestoinen tapahtuma toimintajärjestelmien osa-alueiden välisten ja sisäisten ristiriitojen kehkeytymisessä ja ratkomisessa. Ekspansiivisen oppimisen moniaskelista etenemistä kuvataan syklinä, jossa eri vaiheissa yhteisten oppimistekojen ja dialogien avulla päästään eteenpäin. Ajoittain askelia joudutaan ottamaan myös taaksepäin oppimissyklille ominaisten näkökulmien törmäämisten ja väittelyjen vuoksi. Uuden toimintamallin elinvoimaisuus vaatii ristiriitojen löytymistä, muutoksen tiedostamista, halua ja valmiutta suunnitella uutta toimintatapaa sekä nähdä se mahdollisuutena. (Engeström 1998, 87; Virkkunen ym. 2001, 15; Engeström 2004, 59–61.)

7 KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN

Tämän kehittämistyön eteneminen on kuvattu kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaa mukaillen. Kehittämistyön etenemisen jäsentymiseksi on hyödynnetty ekspansiivisen oppimisprosessin syklin vaihteita.

7.1 Muutostarpeen havaitsemien ja vallitsevan käytännön kartoittaminen

Ensimmäisessä vaiheessa hahmottuu *tarve* muutokselle. Työssä alkaa esiintyä kitkatilanteita eikä muutoksen tarpeelle ole vielä löytynyt selvää kohdetta ja suuntaa. Epämääräinen tyytymättömyys on ominaista vaiheelle ja se kohdistetaan usein henkilöihin toimintajärjestelmän rakenteen sijaan. Tässä kohtaa esiintyy ensimmäisen asteen ristiriitoja. (Engeström 1998, 90; Engeström 2004, 62.) Tarve kohdeyrityksen kehittämistyölle havaittiin fysioterapeuttien keskustelujen pohjalta sekä moniongelmaisten asiakkaiden tutkimisen hajanaisuutena ja haasteellisuutena. Yhtenäisten tutkimiskäytäntöjen hajanaisuus aiheutti ristiriitaa tutkimisen ja arvioinnin erilaisuutena eri fysioterapeuttien toimesta. Kehittämistyön tarpeellisuuden kohde hioutui lopulliseen muotoonsa ja tutkimuksellinen lähestymistapa selkiytyi. Ristiriitojen selvittämiseksi aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kysely. Aineisto kerättiin yrityksen fysioterapeuteilta (N=11) kehitystarpeista lähteneiden ristiriitojen analysoimiseksi itse laaditulla kyselyllä (Liite1).

Kyselyn etuna pidetään sen tehokkuutta kerätä laajasti tutkimusaineistoa sekä kysyä monia eri asioita tutkijan aikaa säästämällä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 190). Kyselylomakkeella kartoitettiin mitä kautta asiakkaat tulevat yritykseen, miten fysioterapeutit saavat asiakkaista tietoja, miten moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys toteutuvat sekä miten yrityksen tutkimiskäytännöt kattavat toimintakyvyn osa-alueet tällä hetkellä. Lisäksi kysyttiin mitä parannuksia fysioterapeutit kokevat tutkimus- ja arviointilomakkeiden kehittämisessä.

ICF –luokitus valittiin viitekehukseksi jo kyselyä laadittaessa vahvan tutkimusnäytön perusteella. Se on toimintakykyä tutkittaessa käyttökelpoinen, yhteisen kielen mahdollistaja eri ammattiryhmien välillä sekä työyhteisön sisäisen kommunikoinnin helpottaja (Steiner ym. 2002; Mueller 2008; Paltamaa & Perttinen 2015; THL 2015). Luokituksen on todettu toimivan hyvänä viitekehysenä mittareiden antaman tiedon täydentäjänä toimintakykyä arvioitaessa (Paltamaa 2008). Lisäksi potilastietojen kirjaamisessa Kanta arkistoon suositellaan käytettävän ICF – luokituksen mukaista otsikointia toimintakykyä kuvatessa (Virkkunen ym. 2015,42).

Kehittämistehtävistä muodostettiin kolme erillistä tutkimusongelmaa aineiston keräämisen jäsentymiseksi ja analysointivaiheessa aineiston tiivistymisen helpottumiseksi (Taulukko 1). Kyselyn kysymyksistä A-E ja G-I vastasivat yrityksen tämänhetkisen tutkimiskäytäntöjen toteutumisesta, ja kysymykset F ja J kartoittivat tarpeita kehittää tutkimista ja arviointia.

Taulukko 1:Yhteenveto tutkimusongelmista ja niitä kartoittavista kysymyksistä.

Tutkimusongelma	Kysymykset
1. Miten/mitä kautta yrityksen fysioterapeutit selvittävät asiakkaiden toimintakyvyn tilaa?	A, B, C, I ja H
2. Miten yrityksen nykyiset tiedonkeruumenetelmät kattavat kuntoutuksen kannalta tarpeelliset toimintakyvyn osa-alueet tutkimisessa?	D, E ja G
3. Mitä mieltä yrityksen fysioterapeutit ovat tiedonkeruumenetelmien kehittämisestä?	F ja J

Tutkimuksen kysymyksistä suurin osa oli avoimia, koska sen ajateltiin antavan tilaa vastaajalle kuvailla omin sanoin ja monipuolisemmin aihetta. Avoimet kysymykset sallii vastaajien ilmaista itseään ja tietämyksensä aiheesta (Hirsjärvi ym. 2008, 196.) Kysymys F oli johdettu suoraan viitekehuksesta, jonka kohdalla noudatettiin strukturoitua monivalintakysymystä yhtenäisen tutkimustuloksen helpottumiseksi. ICF -luokituksen monivalintakysymyksessä lueteltiin luokituksen pääluokat ja niiden tarkoitusta oli kuvailtu tarkemmin kysyttävien kohtien ymmärtämiseksi. Vaihtoehdot vastata olivat kyllä, ei ja en osaa sanoa.

Kyselylomake esitettiin yrityksen vastaavalla fysioterapeutilla, jonka jälkeen kyselyä vielä muokattiin vastaamaan tarkemmin yrityksen tämänhetkisen tutkimiskäytäntöjen selvittämistä. Yrityksen mukana oleminen kehittämistyön eri vaiheissa vahvistaa yhteisiä oppimistekoja. Avoin ja erilaisten näkökulmien värittävä tiimityö rikastuttaa työyhteisön oppimista (Mäkisalo 2003, 94; Engeström 2004, 61).

Kysely jaettiin töissä oleville fysioterapeuteille (n=8) sekä lähetettiin äitiyslomalla oleville fysioterapeuteille (n=3). Kyselyn yhteydessä jaettiin informatiivinen saatekirje (Liite 1) tutkimuksen tarkoituksesta, palautuskuori postimerkkeineen sekä yhteystiedot mahdollisten lisäkysymysten selvittämiseksi sähköpostilla tai puhelimitse. Jaetuista ja lähetetyistä vastauksista palautui 10kpl. Yhdessä vastauslomakkeessa oli vastattu ainoastaan monivalintakysymyksiin. Yksi kyselyistä ei palautunut ollenkaan. Sen saanut fysioterapeutti kertoi henkilökohtaisesti, että ei kokenut osaavansa vastata kysymyksiin koskien tämänhetkistä yrityksen tilannetta, oltuaan poissa työelämästä useamman vuoden.

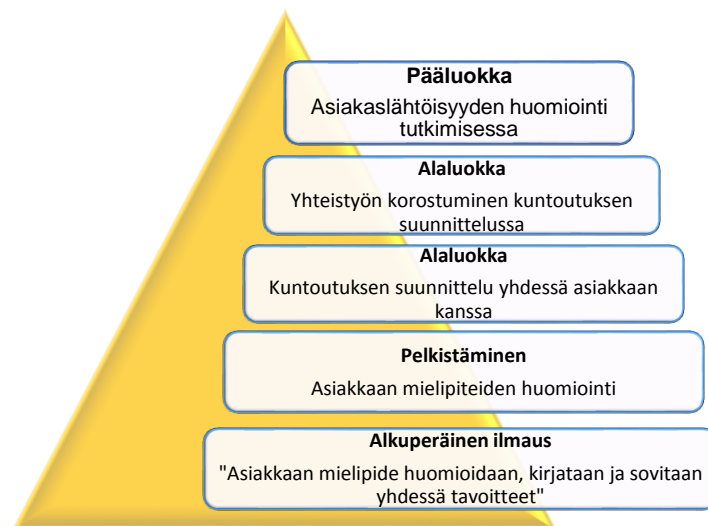
7.2 Analyysi ristiriitojen kartoittamiseksi

Tarvetilan aiheuttamista ristiriidoista edellytetään *analyysia*, joka on syklin toinen vaihe. Ekspansiivisen oppimisen ratkaisemiseksi ristiriidat kärjistyvät ja niiden ilmeneminen tulee analyttisesti pystyä paikallistamaan, tunnistamaan, tallentamaan sekä erittelemään. Paikallistamalla kärjistyneet ristiriidat tiettyjen osatekijöiden välisiksi jännitteiksi selviää toisen asteen ristiriidat. (Engeström 1998, 90; Engeström 2004, 62.) Kyselyllä kerätyn aineiston analyysi toteutui tässä kehittämistyössä induktiivista sisällönanalyysia sekä teoriaohjaavaa analysointitapaa soveltaen. Analyysin perusteella selvitettiin minkälaisena yrityksen fysioterapeutit pitävät tämän hetkisiä tutkimiskäytäntöjä sekä kehittämistarpeita.

Induktiivisessa sisällönanalyysissä kehittämistyön tarkoitus ja tutkimustehtävät ohjaavat analysoinnin etenemistä ja tiivistymistä. Induktiivinen sisällönanalyysi

pohjautuu prosessiin, jossa aineisto puretaan osiin, luokitellaan sanojen ja niistä koostuvien ilmausten perusteella ja tiivistetään teoreettiseksi kokonaisuudeksi kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi ym. 2008, 219; Kylmä & Juvakka 2008, 113; Sarajärvi & Tuomi 2009, 95.)

Avoimien kysymysten analysointi aloitettiin taulukoimalla kunkin kysymyksen vastaukset. Seuraavassa vaiheessa vastaukset pelkistettiin helpottamaan lauseiden merkitysten esiintymistä. Pelkistetyistä vastauksista etsittiin yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia sanojen ja asiasisältöjen mukaan, ja ne ryhmiteltiin edelleen omiksi luokiksi. Luokkien sijoittumista varsinaisten pääluokkien alle ohjasi edelleen aineiston sisältö sekä osittain viitekehysten teoreettinen osuus ja tutkimusongelmat (Liite 2).



Kuvio 3. Esimerkki aineiston tiivistymisestä analysoinnissa.

Pääloukat jokaisen tutkimusongelman alle pystyttiin johtamaan osittain kyselylomakkeen kysymysten sekä analysointitulosten perusteella (Liite 3). Pääluokkia syntyi aluksi useita, mutta yhdistelemällä analysointituloksista saatujen pääluokkien samankaltaisuuksia vastaamaan kysymyksistä johdettuja pääluokkia, saatiin aineisto tiivistettyä lopulliseen muotoonsa. Aineistosta saadun tiedon ja tutkimusongelmien yhteisen linjan kohtaaminen vaati aineiston analysointia useammassa eri tulosten kirjaamisvaiheessa.

Teoriaohjaava analyysi perustuu aineistolähtöisyyden ja teorianmallien vaihteluun analysointiprosessissa. Tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan jo aikaisemmin määritellyn kehyksen mukaan, joka ohjaa aineiston sisällön tiivistymistä loppuvaiheessa viitekehyksen mukaan. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 97.) Tässä tutkimuksessa toimintakyvyn osa-alueisiin suuntautuvien kysymysten vastaukset (D & F) tiivistyivät analysoinnissa ICF-luokituksen viitekehyksen mukaan.

Kyselyssä selvitettiin mitä ICF -luokituksen pääluokista pidetään tärkeänä huomioida asiakkaan toimintakykyä tutkittaessa. Vaihtoehtoina oli vastata kunkin pääluokan kohdalla kyllä, ei, en osaa sanoa, riippuen siitä kokeeko vastaaja sen hyödyllisenä tietona asiakkaan kuntoutukselle (taulukko 2). Pääluokka otettiin mukaan uuden lomakkeen kehittelyn seuraavaan vaiheeseen, mikäli ”kyllä” vastauksia oli enemmän tai saman verran mitä ”ei” ja ”en osaa sanoa” tai ”en” ja ”en osaa sanoa” yhteensä.

Taulukko 2: Esimerkki pääluokan ottamisesta mukaan uuden arviointilomakkeen kehittelyyn vastausten jakautumisen mukaan.

Pääluokka	kyllä	ei	en osaa sanoa	tyhjä
1. Hermojärjestelmän rakenne	9	0	0	1
2. Silmän ja korvan rakenne	1	2	6	1
3. Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet	7	0	2	1
4. Sydän ja verenkierto- immuuni ja hengitys järjestelmä	8	1	0	1
5. Ruoansulatus- aineenvaihdunta	3	2	4	1
6. Virtsa- ja sukuelinjärjestelmän	7	0	2	1
7. Liikkeeseen liittyvät rakenteet	9	0	0	1
8. Ihon ja ihoon liittyvät rakenteet	1	3	5	1

Analyysin tulokset

Tutkimusaineiston avulla pystyttiin vastaamaan kehittämistehtävistä johdettuihin tutkimuskysymyksiin. Aineiston pohjalta hahmottui käsitys yrityksen tämän hetkisistä tutkimiskäytännöistä, toimintakyvyn arviointilomakkeiden kattavuudesta ja täydentämisestä sekä tiedonkulun toimivuudesta. Aineiston analysoinnin tuloksena tutkimusongelmien alle tiivistyi 2-3 eri pääluokkaa vastaamaan kehittämistyön tutkimuksellisiin kysymyksiin.

Taulukko 3: Aineiston tiivistyminen tutkimusongelmien alle pääluokittain.

1. Miten/mitä kautta yrityksen fysioterapeutit selvittävät asiakkaiden toimintakyvyn tilaa?	2. Miten yrityksen nykyiset tiedonkeruumenetelmät kattavat kuntoutuksen kannalta tarpeelliset toimintakyvyn osa-alueet tutkimisessa?	3. Mitä mieltä yrityksen fysioterapeutit ovat tiedonkeruumenetelmien kehittämisestä?
Hoitosuhteen muodostuminen ja taustatietojen saaminen	Tiedonkeruumenetelmien sisällön kattavuus	Ulkoisen ja sisäisen laadun parantuminen
Moniammatillinen yhteistyön toteutumien	Arviointi tutkimusmenetelmien kehittämiskohteista	Toimintakyvyn osa-alueiden täydentäminen
Tiedonkulun toimivuus yrityksen sisällä	Asiakaslähtöisyyden huomiointi tutkimisessa	

7.2.1 Hoitokontaktit ja moniammatillinen yhteistyö

Jokaisen vastanneen (9 vastausta) mukaan fysioterapiaan tullaan lääkärin lähettämänä. Kuntoutukseen asiakkaat ohjautuvat eri organisaatioiden kautta, joista yhtä vastausta lukuun ottamatta yksittäiseksi organisaatiotahoksi mainitaan Kansaneläkelaitos. Hieman yli puolet vastaajista (6) mainitsevat asiakkaan saavan maksusitoumuksen eri organisaatioilta, joita ovat mainittuna vakuutusyhtiöt, lähikunnat, TYKS, sekä valtion konttori, joka toimii maksajatahona sotaveteraanien kuntoutuksessa. Reilusti alle puolessa vastauksista (3) mainitaan asiakkaiden tulevan ilman maksusitoumusta itse maksavina. Tietoa yrityksen kuntoutuspalveluista asiakkaiden todetaan saavan internetsivujen kautta, ystäviltä ja tuttavilta sekä muulta hoitoalan henkilökunnalta.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiltä ja asiakkaalta itseltä haastatteleamalla saatu tieto koettiin jokaisen mukaan yleisimpinä lähteinä toimintakyvyn ongelmien ja taustatietojen selvittelyssä. Yhteyttä kerrottiin pidettävän mm. lääkäriin, toimintaterapeuttiin, neuropsykologiin, sosiaalityöntekijään, puheterapeuttiin, psykologiin, sairaanhoitajiin sekä fysioterapeutteihin. Asiantuntijoiden antamat kirjalliset dokumentit, tutkimustulokset ja kuntoutusuunnitelmat mainitaan hieman

alle puolessa vastauksista (4). Yli puolet (7) kokevat oleelliseksi myös yhteistyön omaisten kanssa ja heiltä saadun informaation tutkimisen yhteydessä. Muita henkilöitä, joilta on mahdollista saada taustatietoja asiakkaan asioista ovat kollegat, henkilökohtaiset avustajat sekä palvelutalojen muu hoitohenkilökunta.

Moniammatillinen yhteistyö toteutuu asiakkaan kuntoutusprosessiin vaikuttavien henkilöiden kanssa kuten hoitohenkilökunta, taksinkuljettajat, omaiset ja terveydenhuollon asiantuntijat. Asiakkaan asioiden informointi ja hoito välittyy päivittäin keskustelemalla hoitajien kanssa henkilökohtaisesti tai puhelimitse sekä kirjallisten palautteiden kautta. Kuntoutussuunnitelma- ja yhteispalaverit sekä sähköpostilla hoidettavat asiat toteutuvat harvemmin ja vain joidenkin asiakkaiden kohdalla. Asiasisällöksi eri ammattihenkilöiden välillä tapahtuvassa yhteydenpidossa mainitaan keskustelu asiakkaan toimintakyvyn tilasta, yleinen asioiden hoito, apuvälineasioiden hoito ja kuntoutusselosteet laitosjakson jälkeen.

Monipuoliseen yhteydenpitoon kerrotaan olevan hyvät mahdollisuudet ja niiden toteutumiseen vaikuttavat yrityksen fysioterapeuttien ja hoitavan tahon oma aktiivisuus sekä asiakkaan tarpeet. Yhteyden saaminen lääkäreihin mainitaan yhtenä vaikeutena yhteistyössä. Muihin ammattihenkilöihin yhteyden saaminen on helpompaa. Puolet (5) mainitsevat, että moniammatillisen yhteistyön toteutuminen *"on paljon omasta aktiivisuudesta kiinni"* ja *"vaatii itseltä aktiivisuutta"*. Vastausten yhteydessä mainitaan myös että *"enemmänkin voisi tehdä yhteistyötä"*, jota ei varsinaisiin tuloksiin voi yhdistää, mutta on merkittävä huomio yhteydenpidon kehittämisen kannalta.

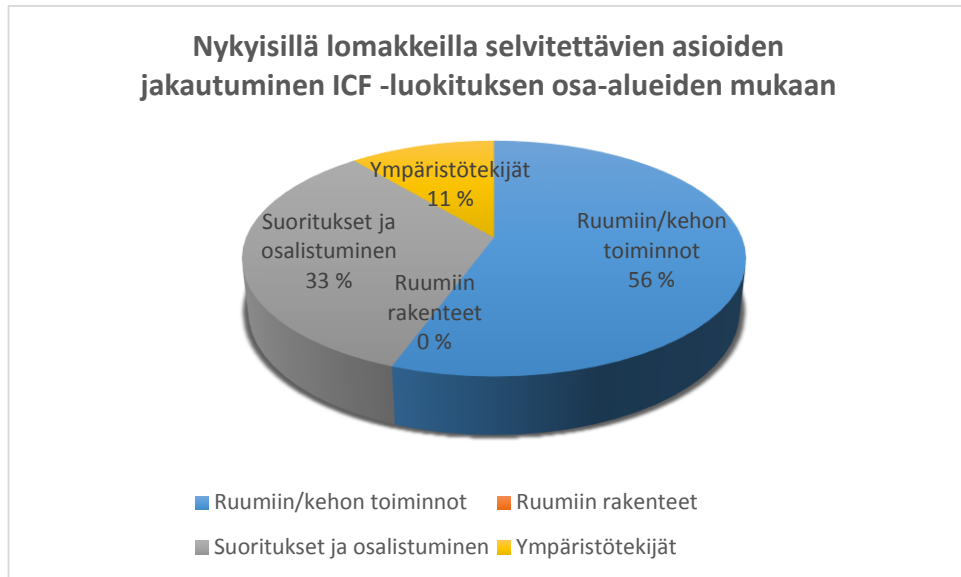
7.2.2 Yrityksen sisäiset tutkimisen toimintatavat ja työvälineet

Dokumentointi asiakkaiden tiedoista ja tiedonkulku tapahtuvat päivittäin palautteiden avulla ja kirjaamalla asiakkaan tietoja sähköisesti potilastietojärjestelmään. Jokaisella asiakkaalla mainitaan olevan vastuufysioterapeutti. Kollegoiden kanssa keskustellaan ja vaihdetaan mielipiteitä kysymällä, *"lue tärkeää"* palstan kautta sekä tiedotetaan asioita

erillisillä paperilappusilla. Sähköisen kirjaamisen kerrotaan sisältävän informaatiota asiakkaan toimintakyvystä, kuntoutuksen tavoitteet ja päivittäisen terapiatoteutuksen hoitokerroittain. Sisällöllisesti keskustelut kollegoiden kanssa ovat kuntoutukseen liittyviä tarkentavia tietoja. Vastauksissa kuvataan että ” *Aina saa apua ja infoa kun pyytää*” ja ” *jokainen kirjaa tyylillään terapiakerran koneelle*”, ” *puhellaan asioista ruokatunnilla ja tauoilla*”, ” *käydään ns. tarkentavia keskusteluja*”.

Tiedon siirron toimivuus koetaan hyvänä yrityksen sisällä. Vastuufysioterapeutin kattava jokapäiväinen kirjaaminen, aktiiviset ja avoimet keskustelut sekä kollegoilta saatava apu lisäävät tiedon kulkua. Yrityksen sisällä käydään aktiivisia keskusteluja ruokailujen yhteydessä sekä vaihdetaan mielipiteitä ja kysymyksiä paljon kollegoiden kanssa. Vastanneet kokevat, että aina saa apua kun pyytää. Kuitenkin dokumentoinnin luotettavuutta ja laatua heikentävät keskustelumahdollisuuksien ja informaatiopalstan lukemisen epävarmuus sekä jokaisen kirjaaminen omalla tyylillä. Kirjaamisen laadussa kuvataan olevan eroja eri terapeuteilla, ” *lue tärkeää*” palstan käyttö koetaan epävarmaksi, eikä kaikilla aina ole ruokailu samaan aikaan ajatusten vaihtamiseksi. Muiden organisaation ulkopuolisten hoitavien tahojen dokumentointi koetaan heikommaksi.

Fysioterapeuteista jokainen käyttää vähintään yhtä tutkimiseen tarkoitettua lomaketta yrityksessä. Seitsemän yhdeksästä vastasi käyttävänsä enemmän kuin yhtä lomaketta tutkimisessa ja suurin luku yhdellä vastanneista oli viisi lomaketta. Keskiarvo (Ka) sekä mediaani (Md) lomakkeiden käytössä oli kolme lomaketta. Lomakkeiden tämänhetkinen kattavuus ja tutkittavien asioiden sijoittuminen toimintakyvyn osa-alueilla jaoteltiin ICF – luokituksen mukaan (kuva 4). Lomakkeilla pystytään selvittämään myös diagnoositiedot sekä asiakkaan elämänlaatua, joita ei voitu analysoida ICF -luokituksessa sellaisenaan.



Kuvio 4. Lomakkeilla saatavan tutkimisen kohteiden painottuminen yrityksessä kehittämistyön alussa ICF –luokituksen mukaan.

Kuvio 4 havainnollistaa tämänhetkisen tutkimisen painottumisen ICF – luokituksen osa-alueille. Ruumiin/kehon toiminnot kattavat 56% mainituista tutkimisen kohteista, jonka viiteen eri pääluokkaan vastaukset tiivistyivät. Pääluokkia ovat mielentoiminnot, aistitoiminnot ja kipu, sydän- ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot, ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritys järjestelmän toiminnot sekä tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot. Ruumiin rakenteiden osa-alueelle ei ilmennyt tutkittavia kohteita. Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen osuus on 33%, joista tutkimisen kohteet tiivistyivät kolmeen eri osa-alueeseen. Niitä ovat yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, itsestä huolehtiminen ja liikkuminen. Ympäristötekijöiden osuus tiivistyi yhteen pääluokkaan johon kuuluu tuotteet ja teknologia esim. apuvälineet. Ympäristötekijöiden osuus kaikista osa-alueista oli 11%.

Vastanneista kaksi merkitti tutkimuslomakkeiden huomioivan riittävän kattavasti kokonaisvaltaista toimintakykyä ja seitsemän koki lomakkeissa puutteita. Arviointimenetelmien puutteina koetaan niiden yleistävä ilme, erittelyn puute sekä toiminnallisten mittareiden puuttuminen. Tarkkojen tutkimiskohteiden puuttumisessa mainitaan ruumiin ja kehontoimintoiminnan osa-alueelta muisti, tarkkaavaisuus, hahmottaminen ja kognitiiviset toiminnot. Lisäksi näkö, kuulo ja

puheen tuotto puuttuvat arviointilomakkeista. Oleellisen tärkeinä asioina, joita kaivataan tutkimislomakkeisiin, mainitaan arkiaskareista selviytymistä kuten siirtyminen wc tiloissa kotona sekä liikkumista kotona ja kodin ulkopuolella. Myöskään vapaa-ajalla tapahtuvan toiminnan ongelmien kartoittaminen ei löydy lomakkeista. Asiakaslähtöisyyden huomioimiseksi tutkimislomakkeet eivät tue rakenteeltaan haastatteluja vaan ” *Tiedonkeruu menetelmät ovat niukat, että mitä/miten itse hoksaa kysyä esim. asioita.*”

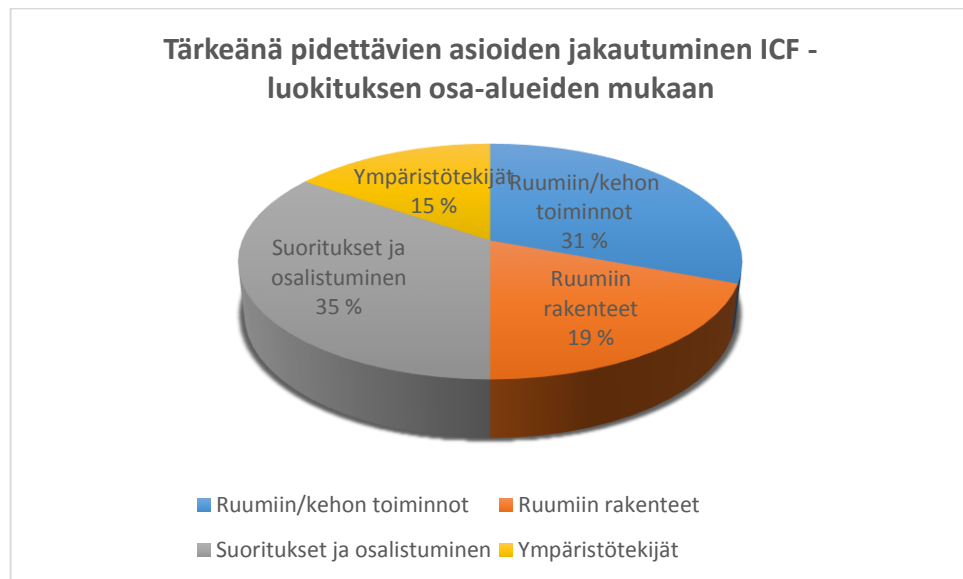
Vastauksista käy ilmi, että tutkimisessa on kiinnitetty huomiota asiakaslähtöisyyteen erityisen paljon henkilökohtaisella haastattelulla. Mahdolliset toimintakykyrajoitteet huomioidaan haastatteluissa, eikä se ole este yksilölliselle tutkimiselle. Asiakaslähtöisyyden yhdeksi merkittäväksi linjaksi tutkimisessa tiivistyi fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden huomioiminen kokonaisvaltaisessa toimintakyvyssä ja sen hetkessä elämäntilanteessa. Terapian suunnittelu ja tavoitteiden asettelu yhdessä asiakkaan kanssa nostetaan selvästi yhdeksi tärkeimmistä asioista asiakaslähtöisyyden huomioimisessa. Yksilön arkeen, työelämään ja opiskeluun liittyvät seikat huomioidaan tilannekohtaisesti ja haastattelun mainitaan muokkautuvan jokaisen kohdalla sen hetkisen tilanteen, intressien ja motivaation mukaan. Muutama vastanneista myös mainitsee ottaneensa huomioon asiakkaan voimavarat ja suunnittelevansa terapian ajankohdan niin, että sen toteutuminen olisi asiakkaalle mahdollisimman paras aika kuntoutukselle. Kuntoutuksen liittäminen ja toteutuminen aidoissa tilanteissa ja ympäristöissä nähdään lisäävän asiakaslähtöisyyttä.

7.2.3 Tiedonkeruumenetelmien kehittäminen

Lomakkeen toivotaan parantavan dokumentoinnin luotettavuutta. Arkistoitavan tiedon toivotaan olevan laadukasta ja noudattavan yhtenäistä ja harkittua linjaa. Tarkennuksia kaivataan myös tutkimusmenetelmien erittelevämpään muotoon. Vastauksissa toivotaan erillistä toimintakyvyn arviointilomaketta kotona ja kodin ulkopuolella tapahtuvaan toimintaan sekä lomaketta hoitoryhmittäin.

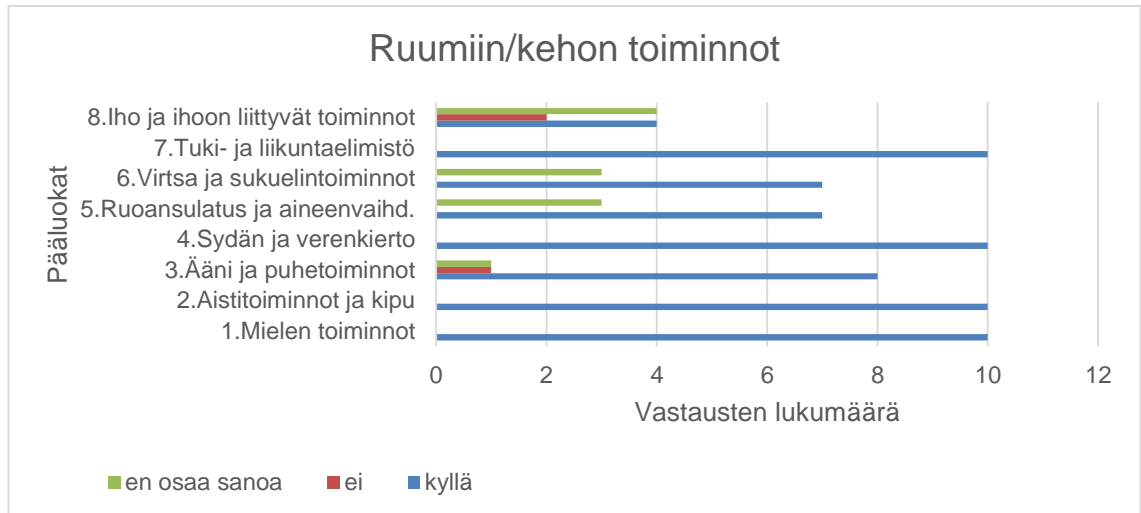
Lomakkeiden ulkoasuun toivotaan olevan yhtenäinen, selkeä ja helppolukuinen jolloin yhdessä tai kahdessa eri lomakkeessa olisi kaikki tutkittavat asiat neurologisilla asiakkaila.

Tutkimisessa tärkeäksi koetut pääluokat jakautuivat osa-alueille niin, että ruumiin ja kehon toiminnot kattoivat 31 %, ruumiin rakenteet 19 %, suoritukset ja osallistuminen 35 % ja ympäristötekijät 15 %.



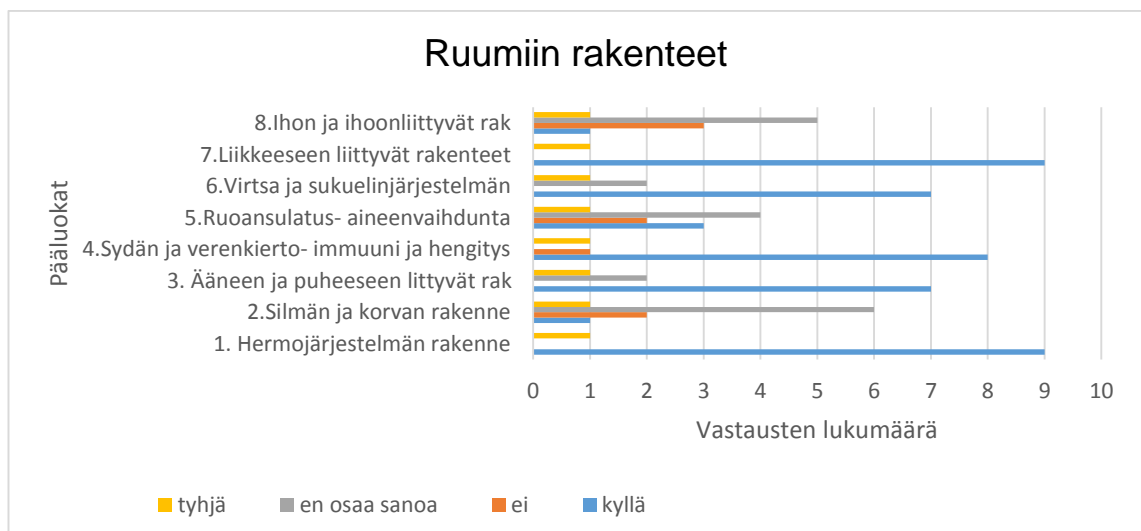
Kuvio 5. ICF-luokituksen perusteella tärkeänä pidettävien tutkimisen kohteiden painottuminen.

Ruumiin/kehon toiminnot osa-alueilla kaikkien vastanneiden (10) mielestä tärkeäksi koettiin kahdeksasta pääluokasta neljä eri pääluokkaa (kuvio 6). Niitä ovat tuki- ja liikuntaelimestön toiminnot, sydän- ja verenkiertotoiminnot, aistitoiminnot ja kipu sekä mielentoiminnot. Enemmän kuin puolet pitivät tärkeänä kolmea eri pääluokkaa, jotka ovat virtsa- ja sukuelintoiminnot (7), ruoansulatus ja aineenvaihdunta (7) sekä ääni- ja puhetoiminnot (8).



Kuvio 6. Vastausten jakautuminen tärkeänä pidettävien ICF-luokituksen pääluokien mukaan ruumiin/kehon toiminnot osa- alueella.

Ruumiin rakenteiden huomioimisessa oli enemmän hajontaa (Kuvio 7). Hermojärjestelmän rakenne (9) ja liikkeeseen liittyvät rakenteet (9) sekä lähes yhtä tärkeänä sydän, verenkierto- ja hengityselinten rakenteet (8) koettiin tärkeäksi tiedoksi tutkia. Tärkeänä pidettiin myös ääneen ja puheeseen liittyvien rakenteiden (7) sekä virtsa ja sukuelin järjestelmien (7) tutkimista.



Kuvio 7. Vastausten jakautuminen tärkeänä pidettävien ICF-luokituksen pääluokien mukaan ruumiin rakenteet osa- alueella.

Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokkien tärkeydestä oltiin eniten yhtä mieltä (Kuvio 8). Neljä eri pääluokkaa koettiin jokaisen kyllä vastanneen (10) mielestä tärkeäksi. Niitä ovat liikkuminen, kommunikointi, itsestä huolehtiminen ja henkilöiden välinen vuorovaikutus. Yhtä tyhjää vastausta lukuun ottamatta kaikki vastanneet (9) kokivat kolme seuraavaa pääluokkaa tärkeäksi. Niitä ovat oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet sekä kotielämä. Yli puolet vastanneista kokivat myös että arviointilomakkeissa tulisi huomioida keskeiset elämän alueet (8) sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (7).



Kuvio 8. Vastausten jakautuminen tärkeänä pidettävien ICF-luokituksen pääluokkien mukaan suoritus- ja osallistuminen osa-alueella.

Ympäristötekijöissä koettiin tärkeimmäksi ottaa huomioon kaikkien vastanneiden mukaan (Kuvio 9) tuki ja keskinäiset suhteet (10). Toiseksi tärkeimpinä arviointikohteina pidettiin palvelut, hallinta ja politiikka sekä tuotteet ja teknologia (9), myös asenteiden tärkeys erottui ”kyllä” vastanneiden määrässä (8).



Kuvio 9. Vastausten jakautuminen tärkeänä pidettävien ICF-luokituksen pääluokien mukaan ympäristötekijöiden osa-alueella.

Yhteenveto tuloksista ja ristiriitojen ilmeneminen

Kaiken kaikkiaan yrityksen tutkimiskäytännöt muodostavat tiiviin yhteistyön asiakkaan, omaisten sekä muiden kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden välillä. Tutkimisessa asiakaslähtöisyys otetaan huomioon niin jaksamisen, kiinnostuksen kohteiden kuin elinympäristönkin kannalta. Tiedon siirtyminen yrityksen sisällä on monipuolista ja nimetyn vastuuterauttin jokapäiväinen kirjaaminen koetaan tehokkaana ja informatiivisena. Viitekehukseen peilaten yhdyshenkilötoiminta on koettu tiedon siirtymistä edistävänä tekijänä (Salminen 2008). Tietoa pystytään vaihtamaan monipuolisesti kasvokkain sekä sähköisesti, mitkä koetaan toteutukseltaan yhtä aikaa sekä hyvänä, että luotettavuuden ja laadun kannalta epävarmana. Kasvotusten tapahtuviin keskusteluihin ei aina ole mahdollisuutta, sähköisen informaatiokanavan (lue tärkeää) käyttö on epävarmaa ja jokaisen kirjaaminen vähän eri tyylillä laskee luotettavuutta. Tietojen vaihtamisen kuvataan kuitenkin olevan yrityksen sisällä aktiivista, työtä tukevaa ja avun saamiselle kuvataan olevan aina mahdollisuus.

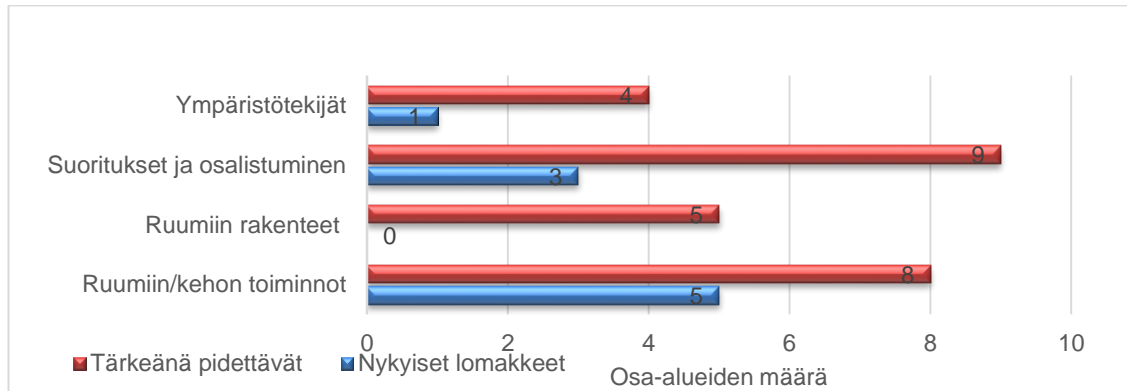
Moniammatilliseen yhteydenpitoon on hyvät ja laajat mahdollisuudet, mutta sen toteutuminen ei ole automaattista, vaan tuloksissa mainitaan yhteistyön vaativan fysioterapeutin omaa aktiivisuutta. Koska yhteyden saaminen erityisesti lääkäreihin koetaan olevan hankalaa, saattaa se vähentää yhteistyön aktiivisuutta. Kuitenkin yhteyden saaminen muihin terveydenhuollon

ammattilaisiin kerrotaan olevan helpompaa ja toteutuvan päivittäin, mikä aiheuttaa ristiriitaa koetun aktiivisuuden ja toteutuneen yhteistyön kesken. Tuloksissa mainitaan myös, että moniammatilliset yhteistyö- ja kuntoutussuunnitelmapalaverit toteutuvat harvemmin ja vain joidenkin asiakkaiden kohdalla, mikä saattaa osaltaan selittää tarpeen lisätä omaa aktiivisuutta moniammatillisessa yhteistyössä.

Asiakkaan tarpeet mainitaan yhtenä moniammatillisen yhteistyön alkuun saattajana. Se saa pohtimaan pystytäänkö tutkimiskäytännöillä tunnistamaan riittävästi jokaisen asiakkaan kohdalla muille ammattiryhmille kuuluvia hoitoa tarvitsevia ongelmia tai puutteita. Moniammatillisuuden toteutumisen huolenaiheina kuvailtiin kirjallisuuskatsauksessa ammattien erikoistuminen ja sitä kautta muiden asiantuntijuuden huomioimisen vähentyminen. Kirjallisuuskatsaukseen viitaten verkostotyön toimintaperiaatteena on, että kuntoutujan tarpeet otetaan huomioon rajat ylittävänä yhteistyönä eri järjestelmissä (Eloranta & Kangasniemi 2015, 12.) Toisaalta yrityksen asiakkaiden ongelmat vaihtelevat suuresti, eikä kaikilla välttämättä ole tarvetta kuin fysioterapiaan tai asioiden hoito on jo huomioita ennen hoidon aloitusta. Ongelmia saattaa olla niin laajasti, että moniammatillinen yhteistyö on jo päivittäistä ja rutiineihin kuuluvaa, ettei sitä osata ajatella erillisenä osana. Päivittäisen moniammatillisen yhteistyön uskotaan viitekehukseen peilaten olevan tehokkainta vaikeavammaisten hoidossa (Steiner ym. 2002).

Mielenkiintoiseksi tuloksissa tekee sen, että nykyisillä lomakkeilla saatavissa toimintakyvyn kuvauskohteissa sekä puutteina koettavissa kuvauskohteissa ilmeni muutaman kuvauskohteen kohdalla päällekkäisyyttä. Tämä saattaa johtua siitä, että esimerkiksi näkökyky huomioidaan tällä hetkellä tutkimisessa ja merkataan ylös, mutta sen tutkimiseksi ei varsinaista kohtaa ole lomakkeissa ja merkitään näin puutteeksi. Samoin voidaan ajatella, että tutkittaessa huomioidaan mielentoimintoja ja merkataan ylös esimerkiksi muistiongelmat, mutta puutteina sen merkitsemiseksi ei löydy kuvattavaa kohdetta. Toisaalta vastaajat saattavat kokea tarvitsevansa mielentoimintojen erittelevämpää tutkimiskohteen kuvausta. Vajavuutena lomakkeissa yleisesti todetaankin niiden

toiminnallisten mittareiden ja erittelyn puute sekä yleistävä ilme. Kuviossa 10. on havainnollistettu painopisteiden jakautuminen. Kuviosta selviää ero yrityksen nykyisillä lomakkeilla saatavan tiedon jakautumisessa ja tärkeänä pidettävien tutkimisen kohteiden jakautumisessa ICF –luokituksen osa-alueiden mukaan.



Kuvio 10. Vastausten jakautuminen osa-alueittain nykyisillä lomakkeilla saatavasta tiedosta sekä tulosten perusteella tärkeänä pidettävistä kuvauskohteista

Suurin painopisteiden ero näkyy ruumiin rakenteiden puuttumisena kokonaan nykyisissä lomakkeissa. Tämä saattaa johtua siitä, että tutkittaessa kehon eri kohteita niiden rakenteellisuus huomioidaan samassa yhteydessä toiminnallisuuden kanssa eikä eritellä omaksi tutkimisen kohteeksi. Tuloksista kuitenkin näkee, että ruumiin rakenteita pidetään tärkeänä tutkia. Suoritusten ja osallistumisen tärkeys näkyy vastauksissa useampana osa-alueena tärkeänä pidettävissä vastauksissa. Ympäristötekijöiden huomioiminen nähdään myös tärkeänä lisänä, jonka on todettu jäävän kirjaamisessa vähemmälle huomiolle myös viitekehysten mukaan (Ptyushkin ym. 2010; Koskinen ym. 2011).

Suoritusten ja osallistumisen sekä ruumiin ja kehon toimintojen painopisteen lisääntyminen tärkeänä koettavissa tutkimisen kohteissa osoittaa yrityksen työntekijöiden halua viedä tutkimista entistä enemmän asiakaslähtöisempään suuntaan. Asiakkaiden arjesta selviytyminen asettaa toimintakyvyn tutkimiselle lisää arvoa asiakkaiden sisäisen vahvuuden, itsenäisyyden ja itseluottamuksen löytämisessä. Oikeanlainen voimavarojen käyttäminen ja aktiivisuus auttavat asiakasta kuntoutusprosessin etenemisessä. (Malm 2004, 57.)

7.3 Uuden toimintamallin suunnittelu, kehittäminen ja kokeilu

Ristiriitoihin vastaaminen edellyttää työyhteisön jäsenten nykytilan hahmottamista sekä yhteissuunnittelua kohteen, motiivin ja uuden toimintamallin muodostumiseksi. Kolmannessa vaiheessa *uuden toimintamallin kehittäminen ja mallintaminen* aiheuttaa kolmannen vaiheen ristiriitoja vanhojen työtapojen ja rakenteiden yhteen törmäämisessä. Muutosprosessissa yhden ongelman ratkaiseminen voi johtaa uusien ristiriitojen ja ongelmien havaitsemiseen, jotka ovat aikaisemmin olleet tunnistamattomia muutostarpeita. Vaiheen rikkautena on uusi käsitys työn kohteesta ja sen tukemisen tarkoituksesta. Kohteen uudelleen hahmottaminen motivoivat kehittämään työtä ja uusia strategisia työvälineitä. (Engeström 1998, 90; Engeström 2004, 62.)

Aineiston analysoinnin jälkeen pidettiin kaksi kehittämispalaveria. Dialogisissa palaverissa kehitettiin uusia toimintatapoja ja kehitettiin arviointilomakkeen rakentumista avointen keskustelujen ja vertailun tuloksena. Edellytyksenä oppimisen toteutumiselle on näkökulmien saattaminen avoimeen vuoropuheluun ja yhtenäisten välineiden kehittelyyn. Avoin keskustelu eli dialogi mahdollistaa oman toiminnan arvioinnin ja kehittämisen sekä muilta oppimisen. (Engeström 1998, 98; Mäkisalo 2003, 48–49, 52.)

Ensimmäiseen palaveriin tutkijan lisäksi osallistuivat kolme yrityksen fysioterapeuttia, jotka valikoituivat työhistorian ja –kokemuksen perusteella niin, että dialogiin saatiin mahdollisimman moniääninen ulottuvuus. Palaverissa käytiin läpi aineiston analysoinnin tuloksia sekä aloitettiin arviointilomakkeen kehittäminen. Kehittämispalaverissa lomakkeen esitiedoiksi päätettiin kirjata nimi, syntymäaika, diagnoosi, lääkitys, riskitekijät, liikkumisen apuvälineet, lähiomainen, hoidosta vastaavat tahot sekä vastuu fysioterapeutti. ICF –luokituksesta on kehitetty ydinlistat yleisimmille eri diagnoosiryhmille, joita myös yrityksen asiakkaista löytyy. Kehittämispalaverissa huomioitiin, että yrityksen tutkimus- ja kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämiseksi yksittäiset diagnoosikohtaiset ydinlistat saattavat hajauttaa liikaa yhtenäistä linjaa tai olla puutteellisia. Tämän vuoksi arviointilomakkeessa päätettiin soveltaa

7.4 Uuden toimintamallin käyttöönotto, arviointi ja vakiinnuttaminen

Neljännessä vaiheessa toteutuu *uuden toimintamallin tutkiminen ja käyttöönotto*. Uutta työtapaa kokeillaan työyhteisössä konkreettisesti, jolloin uuden ja vanhan toimintamallin törmäykset syntyvät uuden mallin tuoman uhan vuoksi. Uusi toimintamalli on mahdollisuus vastata uusiin vaatimuksiin, mutta samalla se on tutusta ja vanhasta tavasta luopumista, joka aiheuttaa ristiriitoja. Nämä ristiriidat voidaan voittaa kompromisseja tekemällä, perääntymisillä ja uusien innovaatioiden kokeiluilla, jolloin uusi malli voi muuttua uudeksi käytännöksi. Lisäksi uudesta mallista voi kehittyä uusia innovatiivisia oivalluksia ja ratkaisuja käytännön työhön. (Engeström 1998, 91)

Yrityksen kehittämistyön neljännessä vaiheessa kehittämispalaverin tuotoksena rakentunut uusi arviointilomake jaettiin käyttöön neljälle eri kokemustaustan omaavalle fysioterapeutille. Arviointilomakkeen toimivuutta testattiin asiakkaiden tutkimisessa ja kerättiin kokemustietoa sen käytön hyödyistä, epäkohdista ja ristiriidoista kolmen kuukauden ajalta. Ennen seuraavaa kehittämispalaveria arviointilomaketta käyttäneille fysioterapeuteille lähetettiin etukäteen arviointilomakkeen kehittämiseen liittyvä kysymysrunko pohdittavista ja mietittävistä asioista (Liite 4).

Viidennessä ja viimeisessä vaiheessa uuden toimintamallin *arviointi ja vakiinnuttaminen* merkitsevät uusiin käytäntöihin siirtymistä, jossa uudet käytännöt vahvistuvat ja ovat käytössä systemaattisesti. Arvioinnin tarkoituksena on kuvata miten uusi toimintatapa on ratkaissut aiemman toiminnan ristiriidat, miten uusi toimintamallin käyttö on toteutunut käytännössä ja minkälaisia puutteita tai toimintatapoja mallin käytössä on mitkä aiheuttavat ristiriitaa. Vakiinnuttaminen ja uusien käytäntöjen vahvistuminen synnyttää uudenlaisia sosiaalisia kanssakäymisen eri muotoja, ajattelutapoja ja tottumuksia, jotka saattavat aiheuttaa kriittistä ääntä muissa yhteistyökumppaneissa. Kun yhdessä organisaatiossa otetaan käyttöön uusi malli, muutoksen ulkopuolelle jääneiden naapuriorganisaatioiden välille saattaa syntyä neljännen vaiheen ristiriidat, jotka

synnyttävät innovaatioaineiksia seuraavalle kehityssyklille. (Engeström 1998, 91; Engeström 2004, 62)

Arviointilomakkeen toimivuutta arvioitiin toisessa kehittämispalaverissa. Palaveriin osallistuivat tutkijan lisäksi neljä eri yrityksen fysioterapeuttia, jotka eivät olleet ensimmäisessä palaverissa ja jotka olivat koekäyttäneet lomaketta. Arviointilomakkeen käyttöä oli pohdittu myös yrityksen viikkopalaverissa kaikkien fysioterapeuttien kanssa, ja koottu yhteenveto päätetyistä ja ehdotetuista asioista. Dialogisella yhteistoiminnalla on mahdollisuus keksiä ja paljastaa valintojen taustalla olevia tekijöitä ja saada aikaan uusia oivalluksia. Tällöin ominaispiirteitä keskusteluille ovat kyseleminen ja tutkivan ilmapiirin syntyminen. (Mäkisalo 2003, 50.)

ICF –luokituksen käyttöönoton tarkoituksesta ja tarpeellisuudesta nousi keskustelua ja kysymyksiä sen monimutkaisuuden vuoksi. Lomaketta käyttäneistä fysioterapeuteista osa toi esille arviointilomakkeessa olevien otsikoiden olevan puisia ja hankalia ymmärtää ilman selosteita. Tutkittavien kohtien otsikoiden tarkennuksien koettiin auttavan tutkittavan kohteen hahmottamisessa. Arviointilomakkeen käyttö koettiin laajuudessaan yhtä aikaa sekä hyvänä että toisaalta myös tutkimista hankaloittavana ”paksuna nippuna”.

Arviointilomakkeen esitietojen merkitsemistä etusivulle sekä visuaalista ilmettä pidettiin onnistuneina ratkaisuin. Lomakkeen käyttäjät toivat esille tarpeen laatia tiivistelmän tutkittavista kohteista, jotta niiden silmäily olisi käytön kannalta helpompaa. Lisäksi tehtiin muita rakenteellisia tarkennuksia havaittujen kohteiden mukaan kuten arvioinnin merkitsemistapa ja -päivä. Palaverissa kävi ilmi, että yrityksen koekäytössä olevaan hoitosopimuslomakkeeseen on koottu tiedot asiakkaan hoitavasta tahosta, lääkäristä ja omaisista. Päällekkäisyyden poistamiseksi arviointilomakkeeseen merkitään jatkossa vain muut erityisammattiryhmät, jotka osallistuvat asiakkaan kuntoutukseen.

Käytön kannalta tutkimiskohteita todettiin olevan paljon sekä niiden olevan rakenteellisesti liian pieniä tai suuri joidenkin kohtien kirjaamisessa. Palaverissa

päädyttiin seuraamaan käytännön työssä, mitkä kuvauskohteet ovat konkreettisesti tarpeellisia ja mitkä vaativat muokkausta rakenteellisesti.

Kehitetyn arviointilomakkeen (Liite 5) käytön seuranta päätettiin aloittaa MS – kuntoutujien uuden kuntoutuspäätöksen alkaessa. Jatkokehittämiseksi pidetään palaveri puolen vuoden päästä käytön aloittamisesta kartoittamaan mitkä kohdat täyttyvät arviointilomakkeesta MS – kuntoutujia tutkittaessa. Konkreettisen käytön kannalta palaverissa pohdittiin arviointilomakkeen käyttöikä. Arviointilomakkeen täyttäminen päätettiin aloittaa tapauskohtaisesti aina uudestaan kuntoutussuunnitelman uusiutuessa toimintakyvyn tutkimisen ja arvioinnin ajan tasalla pysymiseksi. Arviointilomakkeen toimivuuden arvioinnin ja seurannan vastuuhenkilöksi oli viikkopalaverissa nimetty tämän kehittämistyön tekijä.

7.5 Uudet innovatiiviset ajatukset

Arviointilomakkeen kannalta esiin nousi käytön lisäksi myös sen säilyttäminen, sähköiseen muotoon siirtäminen ja siihen liittyvät tietoturva-asiat. Keskustelua ja ajatuksia tuotiin esiin paperittomasta kirjaamisesta ja luokituksen koodien viemisestä kokonaan sähköiseen kirjaamismuotoon. Tulevaisuudessa dokumenttien tallentaminen Kanta-arkistoon vauhdittaa myös sitä, että tutkimisen ja arvioinnin konkreettiset tulokset tulee siirtää sähköiseen muotoon. Kaksinkertaisen kirjaamistyön välttämiseksi arviointilomakkeen muokkaaminen sähköiseen muotoon tulee tulevaisuudessa ajankohtaiseksi

Analysointitulokset herättivät halukkuutta kehittää myös moniammatillisen yhteistyön edistämistä. Tuloksissa oli nähtävissä aktivoitumisen epävarmuutta moniammatilliseen yhteistyöhön erityisesti harvemmin toteutuneiden kuntoutussuunnitelma- ja yhteispalavereiden osalta. Fysioterapeuttien aktiivisuuden ja yhteisen linjan vahvistumiseksi hahmottui tarve moniammatillisten yhteistyömuotojen prosessien kuvaamiselle yrityksen ja eri organisaatiotahojen välillä.

7.6 Kehittämistyön hyödyntäminen

Yrityksessä jokaisen fysioterapeutin kuvataan kirjaavan hoitodokumentit omalla tyyllillään, jonka vuoksi tässä kehittämistyössä dokumentoinnin yhteistä kieltä edistämään laadittiin tutkimista ja arviointia jäsentelevämpi arviointilomake. Arviointilomakkeen rakentumisessa huomioitiin kehittämistyön alussa esiin tulleet ICF –luokituksen osa-alueiden puutteet. Suoritusten ja osallistumisen, ruumiin/kehon toimintojen sekä ympäristötekijöiden osa-alueilta otettiin mukaan lisää tutkimisen kohteita. Jokaisella asiakkaalla oleva oma vastuufysioterapeutti koetaan luottamusta lisäävänä tekijänä tutkimisessa ja dokumentoinnissa. Vastuuterapeutin rooli tulevaisuudessa on huolehtia myös arviointilomakkeen täyttamisestä.

Moniammatillisen yhteistyön kuvattiin toteutuvan eri terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, mutta sen toteutuminen katsottiin olevan paljon kiinni fysioterapeutin omasta aktiivisuudesta. Lomakkeen rakentumisessa huomioitiin moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen, aktivoimaan yhteistyön muodostumista helpommin. Tämä tarkoittaa tutkimisen yhteydessä merkittävää tietoa tutkimustiedon alkuperästä sekä etusivulle kerättäviä kuntoutukseen osallistuvien ammattihenkilöiden yhteystietoja. Lisäksi päätettiin tulevaisuudessa kuvata moniammatillisen yhteistyön prosessi.

Keskusteluihin käytävä kommunikointi tiedon siirtymiseksi toimii joustavasti työyhteisön sisällä. Sen toteutumiselle ei ole selviä toimintatapoja tai ohjeistusta, jonka vuoksi niiden toteutuminen on epävarmaa. Apua on kuitenkin saatavilla aina kysyttäessä. Tiedon kulun varmistamiseksi sekä ”hiljaisen tiedon” siirtymiseksi, kehittämistyön tuloksena ilmeni tarve suunnitella erilaisten menetelmien käyttöä konkreettisesti työssä. Tiedon siirtymiseksi päätettiin tulevaisuudessa kehittää jo nyt yrityksen sisällä toimivaa parityöskentelyä. Tärkeää on kuunnella toisten mielipiteitä, oppia niistä hahmottamaan todellisuutta sekä rakentaa yhdessä uusia näkökulmia (Mäkisalo 2003, 50).

8 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI JA POHDINTA

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli rakentaa yksityisen yrityksen käyttöön arviointilomake yhtenäistämään ja edistämään toimintakyvyn tutkimista ja arviointia kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Arviointilomakkeen kokonaisvaltaisen näkökulman tavoitteena on myös aktivoida fysioterapeutteja moniammatillisen yhteistyön hyödyntämiseen tutkimisen tukena. Tämä kehittämistyö vastasi tarkoitustaan ja sen myötä rakentui onnistuneesti uusi arviointilomake yrityksen käyttöön henkilökunnan yhteiskehittelyn tuloksena. Lisäksi kehittämistyö herätti uusia innovatiivisia ideoita, joiden kehittäminen jatkuu. Arviointilomakkeen kehittäminen on yhteistoiminnallista, jonka suunnittelussa, kehittämisessä ja mallintamisessa työyhteisö on vahvasti mukana (Engeström 2004, 66).

8.1 Kehittämistyön tuotos

Tämän kehittämistyön tuotoksena rakentui yritykseen uusi ICF –luokitusta mukaileva toimintakyvyn tutkimis- ja arviointilomake. Lomakkeen rakentumisessa otettiin huomioon kyselyn vastauksissa ilmenneet kehittämiskohdat sekä ristiriidat, jotka konkretisoituivat dialogisten kehittämispalavereiden aikana. Lomakkeessa on huomioitu tutkimisen kohteet, joita pidetään tärkeänä kuntoutumiselle, seikat jotka lisäävät moniammatilliseen yhteistyöhön aktivoitumista, rakenteellisia seikkoja käytön helpottumiseksi arjessa sekä yhdenmukaisuus yrityksen muiden lomakkeiden kanssa.

Viitekehikseksi kokonaisvaltaisen arviointilomakkeen kehittämisessä valikoitui ICF –luokitus sen pätevyyden ja kattavuuden vuoksi. Valintaan vaikuttivat luokituksen tutkimusnäyttö sen monipuolisesta ja tarkasta toimintakyvyn kuvaamisesta, dokumenttien jäsentämisestä, hyödyllisyydestä täydentää mittareilla saatuja tuloksia sekä toimivuudesta yhteisenä kielenä moniammatillisessa rajat ylittävässä kuntoutuksessa (Paltamaa 2008; Escorpizo ym. 2010; Ptyushkin, ym. 2010).

Kehittämispalavereissa syntyi keskustelua luokituksen vaikeaselkoisuudesta, epäselvistä otsikoista ja sen käytön tarpeellisuudesta. ICF – luokitus on saanut kritiikkiä myös tutkimuksissa sen vaikeaselkoisuudesta, yksilötekijöiden puuttumisesta jo sen kehittelyvaiheessa sekä nostanut huolenaiheen luokituksen ymmärtämisestä (Stakes 2004, 18; Koskinen, Talo, Hokkinen, Paltamaa & Musikka-Siirtola 2009; Escorpizo ym. 2010; Paltamaa & Perttinä 2015). Yksilötekijöiden huomioon ottamista kuitenkin korostetaan sen konkreettisessa käytössä kokonaisvaltaisen toimintakyvyn kuvaamisen täydentymiseksi (Stakes 2004, 18). Kuntoutusprosessissa fysioterapeutin roolilla on suuri merkitys siinä mitä tutkitaan ja mitä johtopäätöksiä yksilöä tutkittaessa tehdään. Kyselyn perusteella yrityksessä on otettu hyvin huomioon asiakaslähtöisyys täydentämään tutkimista ja arviointia. Näin ollen asiakaslähtöisyyden huomiointi varmistaa myös yksilötekijöiden huomioimisen osana onnistunutta yksilöllistä kuntoutusta (Escorpizo ym. 2010).

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Luotettavuutta luonnehditaan laadullisissa tutkimuksissa onnistuneeksi, kun tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia. Luotettavuuden kriteerinä ei voida pitää tutkimuksen toteutumista ja luotettavuutta erillisinä tekijöinä, vaan laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen luotettavuutta on tutkijan itsensä tekemät valinnat, teot ja ratkaisut. (Vilka 2015, 196.) Tässä kehittämistyössä luotettavuutta toi kehittämistehtävien toteuttamiseksi asetetut kolme tutkimusongelmaa sekä niistä johdetut tutkimuskysymykset. Kyselyä laadittaessa huomioitiin seikat, joita halutaan selvittää tutkimiskäytäntöjen kehittämisessä sekä uuden arviointilomakkeen rakentumisessa.

Yhteiseksi linjaksi otettiin ICF -luokitus nykytilan kartoituksen analysoinnissa sekä arviointilomakkeeseen mukaan otettavien kohtien valinnassa. Arviointilomakkeen rakentaminen ja sen yhteiskehittely oli näin helpompi johdonmukaisesti jäsentää ja kehittämistyön eri vaiheissa pystyttiin keskustelemaan toimintakyvyn osatekijöistä samalla ”kielellä”.

Tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan miten ja mistä valinnat on tehty ja miten lopullisiin ratkaisuihin on päädytty. Luotettavuutta lisää tarkka selostus siitä, mitä on tehty sekä keskeisenä tekijänä laadullisen aineiston luokittelamisen kuvaaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 227; Vilkkä 2015, 197.) Aineiston tiivistymistä sekä pääluokkiin jakautumista on tässä kehittämistyössä kuvattu liitteissä yhden alkuperäisen vastauksen ja yhden kysymyksen kaikkien vastausten analysoinnilla. Pääluokkien muodostuminen tutkimisongelmien alle on myös kuvattu, mikä lisää läpinäkyvyyttä tulosten luotettavuudesta. Lisäksi aineistosta saatua tutkimustietoa on kuvattu riittävästi sekä pohdittu tutkimustuloksiin vaikuttavia tekijöitä.

Tavoitteiden kannalta tutkijan tulee arvioida ratkaisujensa toimivuutta ja tarkoituksenmukaisuutta (Vilkkä 2015, 197.) Tässä kehittämistyössä tehtyjä ratkaisuja tukee vahvasti viitekehityksen antama tutkimustieto sekä työyhteisön esiin tuomat näkemykset tutkimuskäytäntöjen toimivuuden edistämisestä. Tutkijan roolin merkitystä tulee korostaa ja ottaa erityisen tarkasti huomioon tutkijan ollessa osa tutkimaansa yhteisöä (Vilkkä 2015, 198). Kehittämistyöntekijä toimi tässä kehittämistyössä kaksoisroolissa, joka oli sekä haaste että edellytys onnistuneelle tutkimukselle. Aineiston analysoinnissa tutkijan asema fysioterapeuttina kyseisessä yrityksessä auttoi ymmärtämään saatujen vastausten merkityksiä helpommin. Toisaalta analysoinnissa tuli olla hyvin varovainen, etteivät omat näkemykset sekoittaneet vastauksista saatuja näkökantoja. Kehittämistyöntekijä ei ollut tämän työn valmistumisen aikana konkreettisesti työyhteisön joukossa, vaan sai etäisyyttä tarkastella kehitettävää asiaa kauempaa. Näin ollen akuutit työyhteisön ristiriidat eivät päässeet niin helposti vaikuttamaan kehittämistyöhön.

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, joka ylittää tutkimuksen ideointivaiheesta, tulosten kautta tiedottamiseen asti (Vilkkä 2015, 41). Tässä kehittämistyössä noudatettiin koko työn etenemisen aikana eettistä tutkimusotetta, joka konkreettisesti tarkoitti eettisesti kestävien tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmien käyttämistä. Eettiset periaatteet on huomioitu menetelmien perusteellisella kuvaamisella sekä huomioimalla koko

organisaation fysioterapeutit kehittämistyön aikana. Erityistä huomiota kiinnitettiin tutkimuksellisten sääntöjen noudattamisessa aineistoa käsitellessä, analysoidessa, tulosten esittämisessä, johtopäätöksiä tehdessä sekä tutkimuksellista raporttia laadittaessa.

8.3 Kehittämistyön arviointia

Kehittämistyölle oli olemassa selvä tarve yrityksen sisällä, mutta ristiriitojen tunnistaminen ei ollut vielä jäsentynyt. Työssä alkoi esiintymään kitkatilanteita tutkimisen erilaisuudessa, yhtenäisessä linjassa ja käsitteissä sekä kokonaisvaltaisuuden huomioimisessa. Kehittämistarpeelle ei ollut kuitenkaan löytynyt vielä selvää kohdetta (Engeström 2004, 62). Kansalliseen terveysarkistoon (Kanta) liittymisen vuoksi yrityksen kirjaamisen käsitteitä ja rakenteita oli tärkeä tarkistaa sekä sopia yhteisen linjan rakentumisesta laadukkaaksi kokonaisuudeksi. Kehittämistyön näkökulmasta ajankohta tutkimus- ja arviointimenetelmien, kirjaamisen käsitteiden sekä moniammatillisen yhteistyön edistämiseksi oli mitä parhain. Ennen Kanta arkistoon liittymistä oli ajallisesti paras hetki toteuttaa kehittämistyö.

Kehittävän työntutkimuksen lähestymistapa ja ekspansiivinen oppimisen sykli toimivat hyvin jäsentämään kehittämistyön vaiheita sekä pitämään työyhteisön osallisuutta vahvasti mukana arviointilomakkeen kehittämisessä. Lisäksi kehittämistyön vaiheet ohjasivat jatkamaan yhteistä kehitystyötä. Työyhteisöllä oli mahdollisuus vaikuttaa lomakkeen syntymiseen useampaan kertaan nykytilan kartoituksen, arviointilomakkeen koekäytön ja kehittämissalavereiden kautta.

Kun henkilöstö on mukana tekemässä itseään koskevia päätöksiä, mahdollistaa se myös henkilökunnan sitoutumisen kehitettävään asiaan. Oppiva organisaatio luo toimintamallit, joissa arkipäivän osaaminen ja kyky reflektoida yhteisiä kokemuksia ja osaamista edistävät oppimista ja uudistumista. (Mäkisalo 2003, 48–49, 52.) Motivoituminen tässä kehittämistyössä näkyi lähes jokaisen kyselylomakkeen palautumisena (10/11), sekä aktiivisista kantaa ottavista itsekriittisistäkin vastauksista päätellen. Sitoutuminen kehittämistyöhön ilmeni

kehittämispalavereiden sisällössä, jonka mukaan ristiriitoja oli pohdittu huolelta myös kaikkien yrityksen fysioterapeuttien kanssa viikkopalaverissa. Lisäksi kehittämispalavereissa tuotiin rohkeasti esille mielipiteitä myös arviointilomakkeen viitekehysten valinnasta. Tämä antaa kuvan siitä, että yrityksen organisaatiokulttuuri on hyvin oppimismyönteinen ja dialogisiin palaverihin on pystytty luomaan oppimista edistävä ilmapiiri. Työntekijät ovat aidosti kiinnostuneita oman työn kehittämisestä ja siihen motivoitumisesta ilmaisemalla ristiriitaisetkin näkemyksensä ennakkoluulottomasti (Mäkisalo 2003, 74).

Tukea kehittämistyön etenemisen vaiheissa antoi yrityksen vastaavafysioterapeutti. Kehittämistyön alusta alkaen vastaavafysioterapeutti oli mukana nykytilan kartoitukseen laaditun kyselyn kehittämisessä, palaverihin valittujen fysioterapeuttien valinnassa, arviointilomakkeen koekäytön suunnittelussa sekä osallistumalla kehittämispalaverihin yrityksen johdon roolissa. Lähijohdon mukana oleminen kehittämistyössä ja sen tunteminen mahdollistavat tulevaisuuden suunnittelua ja uusien toimintamallien ideointia kehittämistyön tuotoksen myötä.

Tämän kehittämistyön tekijän mielestä vahvana teoreettisena pohjana toimi informatiivinen viitekehys asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ja kuntoutumisen näkökulmasta. Tuore tutkimustieto kuvaa riittävän laajasti kehittämistyön tarpeellisuutta sekä viitekehysten valintaa arviointilomakkeen rakentamiseen vaikuttavista näkökulmista. Viitekehukseen haettiin tutkimustietoa ICF Research Branch internetsivuston kautta sekä Googlen, Pubmed ja EBSCOhost hakukoneiden avulla. Hakusanoina käytettiin tämän työn alussa mainittuja asiasanoja suomeksi ja englanniksi. Tieteellisissä tutkimuksissa käytetty lähdeaineisto johti lähes aina uusien tutkimuslähteiden etsintään ja sitä kautta käytettyihin lähteisiin.

Kehittämistyön ajallinen sykli venyi lähes kahteen vuoteen osittain kehittämistyöntekijästä johtuvista syistä ja osittain konkreettisista aikatauluongelmista. Hyvästä motivaatiosta huolimatta, liian pitkäksi venynyt aikaväli tässä kehittämistyössä on saattanut laskea yrityksen työntekijöiden

mielenkiintoa keskeneräisyydessään. Toisaalta ajan antaminen kehitettävälle tuotokselle voi herättää uudenlaisia näkökulmia työntekijöissä sekä kehittämistyössä, joita toisessa kehittämispalaverissa tulikin esille. Kehittämistyö saatiin aikataulullisesti hyvin käyntiin. Myös tulosten analysointi ja ensimmäinen kehittämispalaveri toteutui aikataulussa. Arviointilomakkeen kehittäminen olisi voinut tapahtua ripeämmin, jotta sen koekäyttö olisi saatu käyntiin jo ennen yrityksen työntekijöiden kesälomia. Toisaalta loppukesällä koekäyttöön jaettu arviointilomake saattoi antaa motivaatiota syksyn työntekoon ja synnyttää uusia ideoita syksyn kehittämispalaveriin.

Tämä kehittämistyö eteni ekspansiivisen oppimissyklin mukaisesti. Kehittämistyöntekijän mielestä painotusta olisi kuitenkin pitänyt tuoda enemmän kehittämispalavereiden puolelle, sen sijaan että nykytilan kartoitus, aineiston analysointi ja ensimmäisen arviointilomakkeen kehittämiseen kului tässä työssä enemmän aikaa mitä arviointilomakkeen jatkokehittämiseen. Mikäli edellä mainitut kehittämistyön vaiheet olisivat toteutuneet ripeämmin, olisi arviointilomakkeen muokkautumista pystytty seuraamaan vielä sen varsinaisen käyttöönoton jälkeen. Hedelmällistä olisi ollut raportoida tässä kehittämistyössä miten arviointilomakkeen varsinainen käyttö on lähtenyt sujumaan, mitä selkeitä muutostarpeita siinä vielä ilmenee ja mitä muita kehittämisideoita lomakkeen käytön myötä syntyy. Kehittävän työntutkimuksen hyvä puoli on se, että kehittämistyöllä ei nähdä varsinaista loppua, vaan se on jatkuvasti laajentuva uusia innovaatioita synnyttävä oppimisprosessi (Engeström 1998, 91.)

Arviointilomakkeen kehittämistä jatketaan vielä yrityksen sisällä sekä laajennetaan sen käyttöä muuttuvien konkreettisten kirjaamiskäytäntöjen myötä. Lisäksi kehittämistä jatketaan sisällöllisesti vastamaan yrityksen tarpeita myös sairausryhmäkohtaisesti. Kehittämispalavereissa suunniteltu arviointilomakkeen käytönseuranta toteutetaan sen mukaisesti.

Arviointilomakkeen kehittämisestä hyötyvät erityisesti yrityksen asiakkaat, joiden tutkiminen ja arviointi tarkentuvat sekä tasavertaisuus kokonaisvaltaisen toimintakyvyn huomioimisessa lisääntyy. Kehittämistyö edistää yrityksen dokumentoinnin yhteistä linjaa sekä tutkimisen ja arvioinnin sujuvuutta

konkreettisessa työssä. Yrityksen moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvat yhteistyökumppanit hyötyvät kehittämistyöstä yhteisten käsitteiden käyttämisen sekä aktiivisemmän yhteistyön lisääntymisenä. Lisäksi moniulotteisen dokumentoinnin vieminen yhteiseen Kansalliseen terveysarkistoon lisää tiedon kulkua kuntoutukseen osallistuvien ammattihenkilöiden välillä. ICF – luokituksen käyttöä ollaan lisäämässä terveydenhuollon dokumentoinnissa ja sen vuoksi luokituksen käyttöä olisi nyt tärkeää kehittää ja harjoitella konkreettisesti työyhteisöissä (Paltamaa & Perttinen 2015, 128). Tämän kehittämistyön myötä arviointilomakkeen käyttö tutustuttaa yrityksen fysioterapeutit ICF – luokituksen käyttöön. Lomakkeen käyttö mahdollistaa luokituksen harjoittelua työolosuhteissa sekä valmistaa fysioterapeutteja käsittelemään ja käyttämään luokituksen käsitteitä, otsikointia ja viitekehystä käytännönläheisellä tavalla.

Tämän kehittämistyön opettavin asia sen tekijälle oli ongelmien näkyväksi tekemisen tärkeys. Työn etenemisen kipinää piti yllä vahva näyttö siitä, että kehittämistyölle on konkreettinen tarve. Vahva tutkimusnäyttö kehitettävän asian puolesta loi varmuuden jatkaa työtä haastavimmissakin käännteissä ja sai raportointivaiheeseen asti tunteen että ”nyt ollaan oikeilla jäljillä”.

LÄHTEET

Alaranta & Pohjalainen 2003. Toiminta ja työkyky. Teoksessa Alaranta, H., Pohjalainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. Fysiatría. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Anttila, H. & Paltamaa, J. 2015. ICF tulee osaksi tietojärjestelmiä. Fysioterapia. 62, 5-10.

Eloranta, T. & Kangasniemi, M. 2015. Kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Fysioterapia. 62, 10–14.

Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Oy Edita Ab

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Escorpizo, R., Stucki, G., Cieza, A., Davis, K., Stumbo, T. & Riddle, D. L. 2010. Creating an Interface Between the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical therapist Practice. Physical Therapy. Vol 90, 1053-1063.

Glässel, A., Kirchberger, I., Linseisen, E., Stamm, T., Cieza, A. & Stucki, G. 2010. Content validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for stroke: The perspective of occupational therapists. Canadian Journal of Occupational Therapy. Vol 77, 289-302.

Harra, T., Aralinnä, V., Heikkilä, M., Korkiatupa, R., Löytönen, K. & Onkalo-Okkonen, R. 2006. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. Duodecim. Vol 122, 554–62.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

ICF Research Branch. 2015. Viitattu 21.9.2015. <http://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool>

ICF Case Studies. 2015. Viitattu 22.9 2015 <http://www.icf-casestudies.org/>

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus. Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Viitattu 5.9.2015.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy

Järvikoski, A., Hokkanen, L. & Härkäpää, K. (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisen lääkinällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Yliopistopaino.

Kanta. 2015. Kansallinen terveystietokanta. Viitattu 16.9.2015.
<http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/>

Kantanen, M., Paltamaa, J. & Peurala, S. 2011. Suositus aivoverenkiertohäiriö (AVH)- ja MS-kuntoutujan liikkumisen ja osallistumisen arviointiin. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.9.2015. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/10/>

Kokko, R-L. 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutussäätiö. Helsinki: Yliopistopaino

Koskinen, S., Hokkinen, E-M., Wilson, L., Sarajuuri, J., Von Steinbu, N. & Truelle, C. J-L. 2011. Comparison of subjective and objective assessments of outcome after traumatic brain injury using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Disability and Rehabilitation. 33, 2464–2478. Viitattu 23.9.2015. DOI:10.3109/09638288.2011.574776

Koskinen, S., Talo, S., Hokkinen, E-M., Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2009. Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF – luokituksen viitekehityksessä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 46, 196–207.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen Terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003 Finlex. Viitattu 15.9.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030497>

Malm, M. 2004. Kuntoutus ja kuntoutuminen. Teoksessa M. Malm, M. Matero, M. Repo & E-L. Talvela. Esteistä mahdollisuuksiin, vammaistyön perusteet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Miettinen, S. 2011. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Mueller, M., Boldt, C., Grill, E., Strobl, R. & Stucki, G. 2008. Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation. Viitattu 16.9.2015. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/7/3>

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammerpaino Oy.

Paltamaa, J. 2008. Assessment of physical functioning in ambulatory persons with multiple sclerosis. Aspects of reliability, responsiveness, and clinical usefulness in the ICF framework. Viitattu 23.9.2015. <http://r.jyu.fi/28pK>

Paltamaa, J. & Perttinen 2015. Toimintakyvyn arviointi. ICF – teoriasta käytäntöön. Viitattu 21.9.2015 PDF <http://hdl.handle.net/10138/156071>

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. (Toim.) 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Tampere: Juventus Print.

Ptyushkin, P., Vidmar, G., Burger, H. & Marincek, C. 2010. Use of the International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF) in patients with traumatic brain injury. *Brain Injury*. 24, 1519-1527. Viitattu 23.9.2015
<http://dx.doi.org.ezproxy.turkuamk.fi/10.3109/02699052.2010.523054>

Rentsch, H. P., Bucher, P., Dommen Nyffeler, I., Wolf, C., Fluri, E., Wenger, U., Wälti, C. & Boyer, I. 2002. 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. *Disability and Rehabilitation*. 25. 411–421.

Rintanen, S. & Salminen, A-L. 2014. Monialainen kuntoutus. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Viitattu 19.8.2015. <http://hdl.handle.net/10138/44880>

Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen yhteistyö ikäihmisten laitospuoleisessa kuntoutuksessa. Vammala: Vammalan kirjapaino OY.

Salmelainen, U. & Mäki, J. 2014. Gerontologisen kuntoutuksen yhteistyö ja tiedonkulku. Teoksessa Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. (Toim.) 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Tampere: Juventus Print.

Salminen, A-L., Hämäläinen, P., Karhula, M., Kanelisto, K. & Ruutiainen, J. 2014. MS-kuntoutujien ryhmämuotoinen avokuntoutus. Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. Tampere: Juvenes Print

Sarajärvi, A & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Vantaa: Hansaprint OY.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 Finlex. Viitattu 26.8.2015
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Viitattu 31.8.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>

Stakes. 2004. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A. & Stucki, G. Use of ICF model as a clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. 2002. Physical Therapy. Vol 82. 1098–1107.

THL. 2015. ICF:n käyttötarkoitukset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.9.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-n-kayttotarkoitukset>

Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? Fysioterapia. 61, 5-10.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy

Virkkunen, H., Mäkelä-Bergs, P. & Vuokko, R.(Toim.) 2015. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen Osa 1. Viitattu 17.9.2015. <http://www.julkari.fi/handle/10024/126020>

Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. 2001. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Viitattu 7.10.2015. <http://docplayer.fi/332183>

Wade, D. T. 2005. Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation* Vol 19. 811–818.

Saatekirje ja kysely

Kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arviointimenetelmän kehittäminen yksityisessä hoitolaitoksessa

Hyvä fysioterapeutti,

Pyydän kohteliaimmin vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn yrityksen tämän hetkisestä tiedonkeruu- ja arviointimenetelmistä. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa, kuinka kattavasti tämän hetkiset menetelmät pystyvät selvittämään asiakkaiden kokonaisvaltaista toimintakykyä. Saatujen tietojen perusteella kehitän tiedonkeruu- ja arviointimenetelmää palvelemaan monipuolisemmin arvioitaessa asiakkaiden kokonaisvaltaista toimintakykyä.

Pyydän pohtimaan jokaista kohtaa huolella, sillä jokainen vastaus on arvokas ja kehittää toimintaa entisestään. Vastaaminen on vapaaehtoista ja toivon, että näet tässä mahdollisuuden saada ajatuksiasi esille. Tuloksia tulen käyttämään niin, etteivät yksittäiset näkemykset tule esille, eivätkä henkilöt ole tunnistettavissa. Vastattuasi, palauta kysely samassa kirjekuoressa suljettuna osastosihteerille 20.11.2014 mennessä. Hoitovapaalla ja äitiyslomalla oleville kysely lähetetään kotiin sekä palautuskuori mukana. Kyselystä saatujen vastausten perusteella laaditaan arviointilomake, jonka rakenteesta tulee toinen kysely myöhemmin.

Osassa kyselyn kysymyksiä on käytetty pohjana WHO:n kansainvälistä ICF-luokitusta, joka tällä hetkellä on noussut keskeiseksi välineeksi yksilön toimintakyvyn arvioinnissa sekä yhtenäistävänä tekijänä eri instanssien välillä. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin yhtenäistäminen eri alojen ammattilaisten välillä mahdollistaa selkeän ja helpon tavan kommunikoida asiakkaiden asioista yhtenäisillä käsitteillä. Myös yksityisten hoitolaitosten tulisi pysyä ajan hermolla ja kehittää omaa arviointikriteeristöä kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnissa. (Anttila H. & Valkeinen H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? Fysioterapia. 4. 5-10.)

Tämä kysely on osa suorittamaani ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja siihen liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetyöohjaajana toimii Päivi Mäkilä/ Turun Ammattikorkeakoulu, Terveysala.

Kyselyyn liittyviä kysymyksiä voi esittää sähköpostitse tai puhelimesta

Vastauksista kiittäen

Opiskelija:

Jaana Lentovaara, fysioterapeutti AMK/YAMK opiskelija



TIEDONKERUUMENETELMIEN KÄYTTÖ JA SEN SISÄLTÖ ASIAKKAAN TOIMINTAKYKYÄ ARVIOITAESSA - KYSELY FYSIOTERAPEUTEILLE

A) Mitä kautta/miten asiakkaat ohjautuvat fysioterapiaan? Jos vaihtoehtoja on useampia, luettele ne kaikki. (esim. lääkärin lähete, ostopalveluosoitus ym)

B) Keneltä saat tietoa asiakkaan toimintakyvyn ongelmista asiakkaan saapuessa fysioterapiaan? Luettele kaikki joiden kautta olet saanut oleellista tietoa (esim. asiakkaalta itseltään, lääkärin lausunto, omaisilta saatu tieto, muut ammattiryhmät)

C) Käytätkö toimintakyvyn arvioinnissa/tiedonkeruussa jotain apuvälinettä tai lomaketta, jonka avulla keräät tietoa asiakkaan toimintakyvystä.

___ kyllä ___en

Jos vastasit kyllä, niin kuinka montaa lomaketta käytät?

___kpl

D) Mitä asioita pystyt selvittämään asiakkaan toimintakyvystä lomakkeiden avulla?

E) Huomioivatko lomakkeet/tiedonkeruumenetelmät mielestäsi riittävän kattavasti asiakkaan kokonaisvaltaista toimintakykyä tiedonkeruussa? (esim. kehon toiminnot, kipu, kuulo, näkö, suoriutuminen tehtävistä, muistitoiminnot, puheentuotto ym)

___kyllä ___ei

Jos vastasit ei, niin mitä puutteita koet niissä?

3. Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet (nenä, suu, nielu, kurkunpää)

Kyllä Ei En osaa sanoa

4. Sydän ja verenkierto-, immuuni ja hengitysjärjestelmän rakenteet

Kyllä Ei En osaa sanoa

5. Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän rakenteet (sylkirauhaset, ruokatorvi, vatsalaukku, suolisto, haima, maksa, sappirakko)

Kyllä Ei En osaa sanoa

6. Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän rakenteet (virtsaelinten rakenne, lantionpohjan rakenne, suvunjatkamisjärjestelmän rakenne)

Kyllä Ei En osaa sanoa

7. Liikkeeseen liittyvät rakenteet (pään- niskan- ja hartianseudun rakenne, ylä- ja alaraajojen rakenne, lantionseudun ja vartalon rakenne)

Kyllä Ei En osaa sanoa

8. Ihon ja ihoon liittyvät rakenteet (ihon alueen rakenne, ihorauhaset, kynsien ja karvoituksen rakenne)

Kyllä Ei En osaa sanoa

Suoritukset ja osallistuminen

1. Oppiminen ja tiedon soveltaminen (katseleminen, kuunteleminen, jäljitteleminen, kertaaminen, kirjoittaminen, lukeminen, tarkkaavuuden kohdentaminen, ajatteleminen, ongelman ratkaiseminen, päätöksen tekeminen)

Kyllä Ei En osaa sanoa

2. Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (yksittäisen tehtävän ja useiden tehtävien tekeminen, päivittäin toistuvat tehtävät ja niistä suoriutuminen, stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsittely)

Kyllä Ei En osaa sanoa

3. Kommunikointi (puhuttujen viestien ymmärtäminen, ei kielellisten viestien ymmärtäminen, viittomaikielen viestien ymmärtäminen, kirjoitetun viestin ymmärtäminen)

Kyllä Ei En osaa sanoa

4. Liikkuminen (asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen, itsensä siirtäminen, nostaminen, kantaminen, esineiden liikuttaminen jaloilla, käden hienomotoriikan käyttäminen, käden ja käsivarren käyttäminen, kävely, liikkuminen erilaisissa paikoissa ja välineiden kanssa, kulkuneuvojen käyttäminen, ajaminen, matkustaminen ratsastaen ja kulkuneuvoilla)

Kyllä Ei En osaa sanoa

5. Itsestä huolehtiminen (peseytyminen, kehon osien hoitaminen, WC:ssä käyminen, pukeutuminen, ruokailu, juominen, omasta terveydestä huolehtiminen)

Kyllä Ei En osaa sanoa

6. Kotielämä (asunnon hankkiminen, tavaroiden ja palvelujen hankkiminen, aterioiden valmistaminen, kotitaloustöiden tekeminen, kotitalouden esineistä, eläimistä ja kasveista huolehtiminen, muiden avustaminen, muut kotielämään liittyvät asiat)

Kyllä Ei En osaa sanoa

7. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (kahden henkilön välinen vuorovaikutus, monimuotoinen vuorovaikutus, yhteydenpito vieraisiin, muodolliset ihmissuhteet, perhesuhteet)

Kyllä Ei En osaa sanoa

8. Keskeiset elämän alueet (koulutukseen, työhön ja työllistymiseen liittyvät asiat, taloudellinen elämä ja siihen liittyvät toimet)

Kyllä Ei En osaa sanoa

9. Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (virkistäytyminen, vapaa-aika yhteisöllinen elämä, uskonto ja hengellisyys, ihmisoikeus, poliittinen toiminta)

Kyllä Ei En osaa sanoa

Ympäristötekijät

1. Tuotteet ja teknologia (henkilökohtaiseen liikkumiseen sisä- ja ulkotiloissa, kommunikointituotteet, päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat)

Kyllä Ei En osaa sanoa

2. Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät muutokset (luonto, kasvillisuus, ilmasto, valo, ääni, tärinä, ilman laatu, arkkitehtuuriset asiat)

Kyllä Ei En osaa sanoa

3. Tuki ja keskinäiset suhteet (lähiperhe, laajennettu perhe, ystävät, tuttavat, yhteisön jäsenet, henkilökohtaiset avustajat, terveyden huollon ammattihenkilöt)

Kyllä Ei En osaa sanoa

4. Asenteet (elämässä mukana olevien ihmisten ja perheenjäsenten asenteet, sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologia)

Kyllä Ei En osaa sanoa

5. Palvelut, hallinto ja politiikka(liikennepalvelut, asumisen palvelut, yhdistysten ja järjestöjen palvelut, sosiaaliturva, yleinen sosiaaliturva, työ- ja työllistymisen, kulutustavaroiden tuotanto)

Kyllä Ei En osaa sanoa

G) Miten asiakaslähtöisyys on huomioitu tällä hetkellä tiedonkeruussa ja kuntoutuksen suunnittelussa? (yksilön ympäristö, arki, työssä käynti, opiskelu ym)

H) Miten kuvaillet asiakkaiden tiedonkulun/tiedonsiirron toteutuvan yrityksen sisällä? (käytäväkeskustelut, dokumentointi ym)

I) Toteutuuko moniammatillisuus asiakkaiden tiedonkeruussa/siirrossa muiden ammattiryhmien kanssa? Kuvaile miten, (puhelut, yhteispalaverit ym).

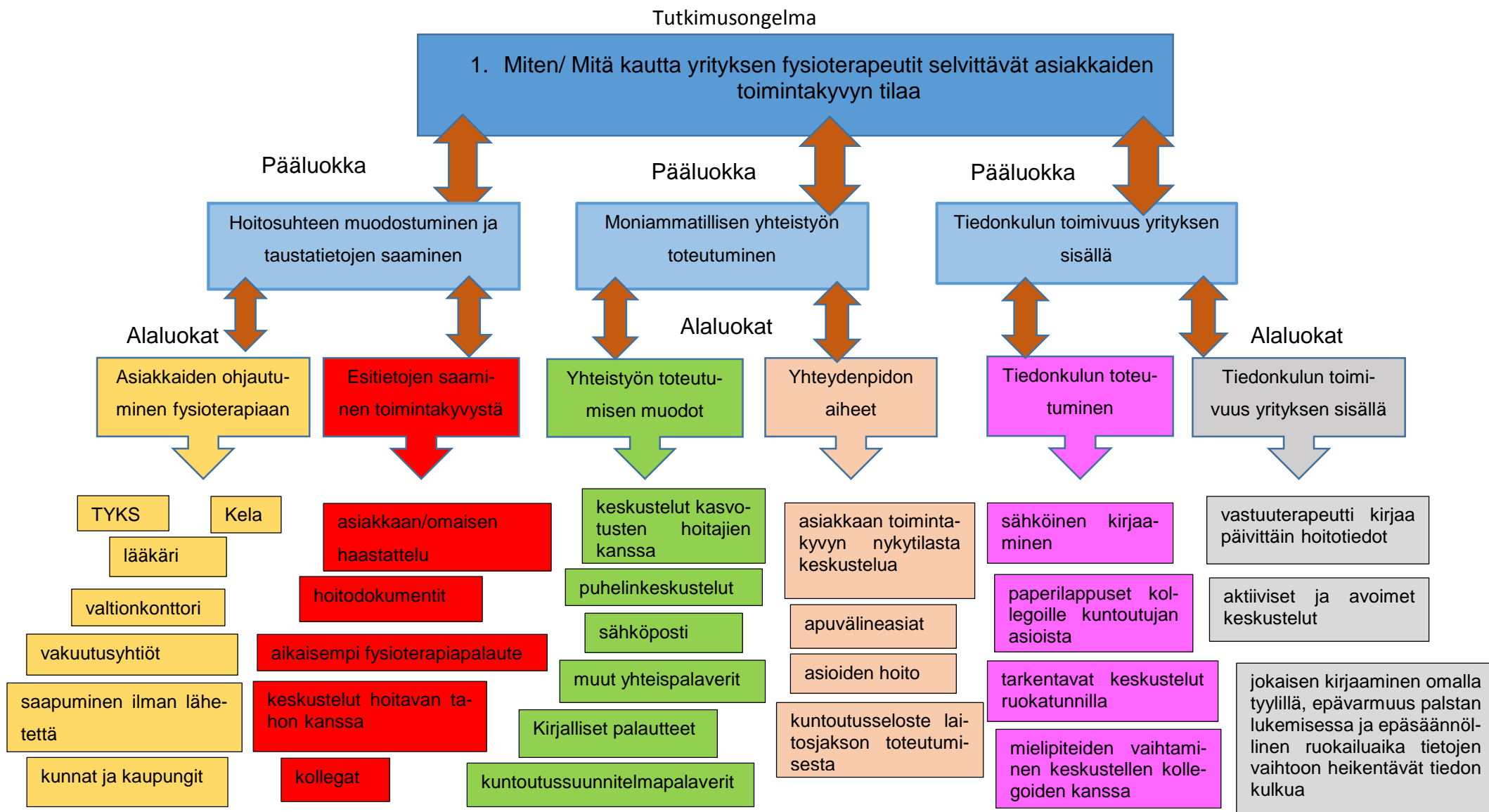
J) Onko mielessäsi kehitysehdotuksia tutkimuslomakkeiden/tiedonkeruun parantamiseksi?

Kiitos vastauksestasi!

G) Miten asiakaslähtöisyys on huomioitu tällä hetkellä tiedonkeruussa ja kuntoutuksen suunnittelussa? (Esimerkki aineiston tiivistymisestä)

Em. Asiat (icf-luokat)selvitetään lähinnä haastattelemalla, jolloin asiakas itse saa omin sanoin kertoa asioista. Terapian tavoitteet mietitään asiakaslähtöisesti ja yhdessä suunnitellen.	-henkilökohtainen haastattelu -toimintakyvyn tutkiminen -asiakkaan kanssa suunnitellut tavoitteet			
Tiedonkeruumenetelmät ovat niukat, että mitä/miten itse hoksaa kysyä esim. asioita. Kuntoutus suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa, mutta siihen saisi olla materiaalia avuksi.	-haastattelu -ft:n haastattelun perusteella nousseet tutkimuskysymykset -asiakkaan kanssa suunniteltu kuntoutus	Asiakkaan toimintakykyrajoitteiden huomioiminen tutkittaessa		
Pyritään ottamaan aina kaikki em asiat (icf -luokitus)huomioon. Neurologinen kuntoutus on kokonaisvaltaista. Pitää ymmärtää laajemmin kjan elämän tilannetta. Haastattelu on tärkeää, jos kja ei itse kommunikoi haastatellaan omaista tai hoitohenkilökuntaa.	-haastattelu -haastattelu omaisen tai hoitohenkilökunnan avulla toimintakykyä tutkiessa -asiakkaan kokonaisvaltainen elämän tilanne huomioidaan	Asiakkaan voimavarojen huomiointi kuntoutuksen suunnittelussa	Asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomiointi tutkittaessa	Asiakaslähtöisyyden huomioiminen
Terapeutti kyselee asioista, jos ongelmia siihen puututaan.	-haastattelu -ongelmakohtiin tarttuminen	Ympäristötekijöiden huomiointi tutkimisessa ja kuntoutuksen suunnittelussa		
Kuntoutus yritetään järjestää asiakkaalle mieluisaan aikaan jotta se kuormittaisi mahdollisimman vähän. Sekä niin että opiskelu ja työssäkäynti onnistuu.	-kuntoutuksen toteutumisessa huomioidaan opiskelu/työelämä -asiakkaan jaksamisen huomiointi kuntoutuksen ajankohtaa suunnitellessa -asiakkaan kuormittumisen huomiointi	Yksilöllinen asiakkaan toimintakyvyn huomioinnottava tutkiminen haastattelemalla	Asiakkaan henkilökohtainen haastattelu, jonka sisältö muokkautuu sen hetkisen elämäntilanteen mukaan	
Arki, työ, opiskelu, asuminen, liikkuminen, jaksaminen (esim. vuorokauden ajasta riippuen) asiakkaan oma motivaatio ja intressit, ympäristö, saatavilla oleva apu.	-kuntoutuksen suunnittelussa huomioidaan fyysinen jaksaminen vuorokauden ajasta riippuen -asuminen, arki, työ, opiskelu huomioidaan -asiakkaan oma motivaatio ja intressit -avun saanti	Kuntoutusprosessin suunnittelu yhteistyössä asiakkaan kanssa	Yhteistyön korostuminen kuntoutuksen suunnittelussa	
Riippuu miten alkuhaastattelut tekee, tosin kyseisiä asioita ei lue lomakkeissa.	-asiakaslähtöisyys on haastatteluvasta/asioista riippuvainen			
Asiakkaan mielipide huomioidaan, kirjataan ja sovitaan yhdessä tavoitteet. Asiakasta haastatellaan.	-henkilökohtainen haastattelu -asiakkaan mielipiteet huomioidaan			
Voidaan liittää tavoite esim. yksilön arkeen kotikäynnillä, mahd. harjoitella oikeassa tilanteessa, kuntoutuksen tiloissa soveltaen.	-asiakkaan elinympäristöön liitetty tavoite			

Esimerkki pääluokkien tiivistymisestä tutkimusongelman alle



Kehittämispalaveriin liittyvä kysymysrunko

Arviointilomakkeen kehittämispalaveri 2

14.9.2015

Arviointilomakkeen kehittämispalaveria varten olen koonnut asioita, joita voisi pohtia jo etukäteen lomakkeen käytöstä ja toimivuudesta.

Pohdi:

1. Mitkä asiat lomakkeessa ovat onnistuneita ratkaisuja?
2. Missä toivoisit vielä hiomista ja miten?
3. Onko jokin oleellinen asia jäänyt huomaamatta?
4. Muita kehitysehdotuksia lomakkeen toimivuuden suhteen?

Lisäksi palaverissa on tarkoitus miettiä miten arviointilomake jalkautetaan työyhteisön käyttöön.

Pohdi:

1. Aloitetaanko arviointilomakkeen käyttö jonkin tietyn sairausryhmän mukaan esim. MS-kuntoutujat? Kuntoutujien kanssa joilla on useampaa terapiamuotoa (esim. fysio- ja lymfaterapia)?
2. Otetaanko arviointilomake käyttöön jo kuntoutuksessa käyville vai aloitetaanko uusien kuntoutujien arvioinnilla?
3. Ketä voisi olla vastuuhenkilö, joka seuraa arviointilomakkeen toimivuutta ja raportoi muutosehdotuksista?
4. Muita mieleen tulevia kehitysehdotuksia arviointilomakkeen konkreettisesta käytöstä?

Miten arviointilomakkeen jatkokehittelyä seurataan?

Pohdi:

1. Millä aikavälillä lomakkeen toimivuutta tulisi seurata?
2. Miten kehittelyä konkreettisesti jatketaan?

TOIMINTAKYVYN ARVIOINTILOMAKE

Nimi	Syntymäaika
Dg/hoidon syy	
Muut sairaudet	
Lääkkeet	
Riskitekijät/huomioitavaa	
Liikkumisen apuvälineet	

Muut kuntoutukseen osallistuvat ammattiryhmät	yhteystiedot

Vastuu ft	Kuntoutussuunnitelma/lähetä
-----------	-----------------------------

SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN

LIKKUMINEN (11)

- d410 ASENNON VAIHTAMINEN
- d415 ASENNON YLLÄPITÄMINEN
- d420 ITSENSÄ SIIRTÄMINEN
- d430 NOSTAMINEN JA KANTAMINEN
- d435 ESINEIDEN LIIKUTTAMINEN ALARAAJOILLA
- d440 KÄDEN HIENOMOTORINEN KÄYTTÄMINEN
- d445 KÄDEN JA KÄSIVARREN KÄYTTÄMINEN
- d455 LIIKKUMINEN PAIKASTA TOISEEN
- d450 KÄVELEMINEN
- d460 LIIKKUMINEN ERILAISSA PAIKOISSA
- d470 KULKUNEUVOJEN KÄYTTÄMINEN

ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN (7)

- d510 PESEYTYMINEN
- d520 KEHONOSIEN HOITAMINEN
- d530 WC:SSÄ KÄYMINEN
- d540 PUKEUTUMINEN
- d550 RUOKAILEMINEN
- d560 JUOMINEN
- d570 OMASTA TERVEYDESTÄ HUOLEHTIMINEN

KOTIELÄMÄ (3)

- d610-d629 VÄLTTÄMÄTTÖMYYSHYÖDYKKEET JA TARVIKKEET ostosten tekeminen, palveluiden hank.
- d630-d649 KOTITALOUSTEHTÄVÄT
- d650-669 KOTITALOUDEN ESINEISTÄ, KASVEISTA JA ELÄIMISTÄ HUOLEHTIMINEN JA MUIDEN HENKILÖIDEN AVUSTAMINEN

HENKILÖIDEN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS JA IHMISSUHTEET (2)

- d710-d729 HENKILÖIDEN VÄLINEN YLEISLUONTEINEN VUOROVAIKUTUS
- d730-d779 HENKILÖIDEN VÄLINEN ERITYINEN VUOROVAIKUTUS

KESKEISET ELÄMÄNALUEET (2)

- d810-839 OPETUS JA KOULUTUS
- d840-d859 TYÖ JA TYÖLLISTYMINEN

YHTEISÖLLINEN, SOSIAALINEN JA KANSALAISELÄMÄ (2)

- d910 YHTEISÖLLINEN ELÄMÄ
- d920 VIRKISTÄYTYMINEN JA VAPAA-AIKA

OPPIMINEN JA TIEDON SOVELTAMINEN (4)

- d110 KATSELEMINEN
- d115 KUUNTELEMINEN
- d130-d159 PERUSOPPIMINEN
- d160-d179 TIEDON SOVELTAMINEN

YLEISLUONTEISETTEHTÄVÄT JA VAATEET (4)

- d210 YKSITTÄISTEN TEHTÄVIEN TEKEMINEN
- d220 USEIDEN TEHTÄVIEN TEKEMINEN
- d230 PÄIVITTÄIN TOISTUVIEN TEHTÄVIEN TEKEMINEN
- d240 STRESSIN JA MUIDEN PSYKKISTEN VAATEIDEN KÄSITTELEMINEN

KOMMUNIKOINTI (3)

- d310-d329 KOMMUNIKOINTI – VIESTIEN YMMÄRTÄMINEN
- d330-349 KOMMUNIKOINTI – VIESTIEN TUOTTAMINEN
- d350-d369 KESKUSTELU SEKÄ KOMMUNIKOINTILAITTEIDEN JA -TEKNIKOIDEN KÄYTTÄMINEN

RUUMIIN/KEHONTOIMINNOT JA RAKENTEET**MIELENTOIMINNOT (12)**

- b110** TIETOISUUSTOIMINNOT
- b114** ORIENTOITUMISTOIMINNOT
- b117** ÄLYKKYYSTOIMINNOT
- b126** TEMPERAMENTTI JA PERSOONALLISUUSTOIMINNOT
- b130** HENKINEN ENERGIA JA VIETTITOIMINNOT
- b134** UNITOIMINNOT
- b140** TARKKAAVUUSTOIMINNOT
- b147** MUISTITOIMINNOT
- b156** HAVAINTOIMINNOT
- b160** AJATTELUTOIMINNOT
- b164** KORKEATASOISET KOGNITIIVISET TOIMINNOT
- b180** ITSEN JA AJAN KOKEMISEN TOIMINNOT

AISTITOIMINNOT JA KIPU (6)

- b210-229** NÄKÖ JA NÄKÖÖN LIITTYVÄT TOIMINNOT
- b230** KUULOTOIMINNOT
- b240** KUULO- JA TASAPAINOELINTOIMINTOIHIN LIITTYVÄT AISTIMUKSET
- b260** ASENTOAISTITOIMINTO
- b265** KOSKETUSAISTITOIMINNOT
- b280** KIPUAISTIMUS

ÄÄNI- JA PUHETOIMINNOT (1)

- b310 –b330** PUHEÄÄNITOIMINNOT, ÄÄNTÄMISTOIMINNOT, PUHEEN SUJUVUUS JA RYTMITOIMINNOT

SYDÄN JA HENGITYSJÄRJESTELMÄN TOIMINNOT (6)

- b410** SYDÄNTOIMINNOT
- b415** VERISUONITOIMINNOT
- b420** VERENPAINETOIMINNOT
- b430-b439** VERI- JA IMMUUNIJÄRJESTELMÄN TOIMINNOT
- b440** HENGITYSTOIMINNOT
- b445** HENGITYSLIHASTOIMINNOT

RUOANSULATUS- JA AINEENVAIHDUNTATOIMINNOT (5)

- b510** RAVINNONOTTOTOIMINNOT
- b525** ULOSTUSTOIMINNOT
- b530** PAINONHALLINTATOIMINNOT
- b540** YLEISET AINEENVAIHDUNTATOIMET
- b550** LÄMMÖNSÄÄTELYTOIMINNOT

b620 VIRTSAAMISTOIMINNOT (3)

- b630** VIRTSAAMISTOIMINTOIHIN LIITTYVÄT AISTIMUKSET
- b640** SEKSUAALITOIMINNOT
- b650** KUUKAUTISTOIMINNOT

TUKI- JA LIIKUNTAELIMISTÖÖN JA LIIKKEISIIN LIITTYVÄT TOIMINNOT (12)

- b710** NIVELTEN LIIKKUVUUSTOIMINNOT
- b715** NIVELTEN STABILUUSTOIMINNOT
- b720** LUIDEN LIIKKUVUUSTOIMINNOT
- b730** LIHASVOIMAN JA TEHON TUOTTAMINEN
- b735** LIHASJÄNTEYSTOIMINNOT
- b740** LIHASKESTÄVYYSTOIMINNOT
- b750** LIIKEREFLAKSITOIMINNOT
- b755** TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAT LIIKEREAKTIOTOIMINNOT
- b760** TAHDONALAISTEN LIIKETOIMINTOJEN HALLINTA
- b765** TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAT LIIKKEET
- b770** KÄVELY- JA JUOKSUTYYLITOIMINNOT

b780 LIHAKSIIN JA LIIKETOIMINTOIHIN LIITTYVÄT AISTIMUKSET

IHOON JA IHOON LIITTYVIEN RAKENTEIDEN TOIMINNOT (2)

- b820** IHON VAURIOITA PARANTAVAT TOIMINNOT
- b840** IHOAISTIMUKSET

YMPÄRISTÖTEKIJÄT**TUOTTEET JA TEKNOLOGIAT (7)**

- e110** SYÖTÄVÄT JA JUOTAVAT TUOTTEET HENKILÖKOHTAISEEN KULUTUKSEEN
- e115** PÄIVITTÄISEN ELÄMÄN TUOTTEET JA TEKNOLOGIAT HENKILÖKOHTAISEEN KÄYTTÖÖN
- e120** TUOTTEET JA TEKNOLOGIAT LIIKKUMISEEN JA LIIKENTEeseen SISÄ JA ULKOTILOISSA
- e125** KOMMUNIKOINTITUOTTEET JA – TEKNOLOGIAT
- e135** TYÖSSÄ KÄYTETTÄVÄT TUOTTEET JA TEKNOLOGIAT
- e140** KULTTUURI-, VIRKISTYS, JA URHEILUTOIMINNAN TUOTTEET JA TEKNOLOGIAT
- e155** YKSITYISRAKENNUSTEN ARKKITEHTUURI- JA RAKENUSSUNNITTELU

TUKI JA KESKINÄISET SUHTEET (6)

- e310** LÄHIPERHE
- e315** LAAJENNETTU PERHE
- e320** YSTÄVÄT
- e340** KOTIPALVELUTYÖNTEKIJÄT JA HENKILÖKOHTAISET AVUSTAJAT
- e350** KOTIELÄIMET
- e355** TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖT

ASENTEET (3)

- e410-e425** LÄHIPERHEEN, YSTÄVIEN, TUTTAVIEN JA ESI-MIESTEN ASENTEET
- e440** KOTIPALVELUTYÖNTEKIJÖIDEN JA HENKILÖKOHTAISTEN AVUSTAJIEN ASENTEET
- e450** TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN ASENTEET

PALVELUT, HALLINTO JA POLITIIKKA (5)

- e515** ARKKITEHTUURI JA RAKENTAMINEN
- e525** ASUMINEN
- e570** SOSIAALITURVA
- e575** YLEINEN SOSIAALINEN TUKI
- e580** TERVEYS

SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN

<p>LIKKUMINEN Asennon vaihtaminen ja ylläpysyminen</p>	<p>d410 ASENNON VAIHTAMINEN Asentoon pääsy, asennon vaihtaminen ja siirryttäessä tuolista vuoteeseen, polvistuttaessa tai kyykistyttäessä ja ylös noustessa. d415 ASENNON YLLÄPITÄMINEN Makuu-, kyykky-, polviseisonta-, istuma- ja seisoma-asennon ylläpitäminen. d420 ITSENSÄ SIIRTÄMINEN Alustalla tai alustalta toiselle siirtyminen, kuten penkillä liukuminen tai siirtyminen vuoteesta tuoliin kehon asentoa muuttamatta.</p> <p>1 edeltävä tieto 2 itsearviointi 3 kliininen tutkimus 4 testi/mittari</p>
<p>LIKKUMINEN Esi- neiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen</p>	<p>d430 NOSTAMINEN JA KANTAMINEN Esineen nostaminen ja siihen tarttuminen, siirtäminen paikasta toiseen ja laskeminen käsillä.</p> <p>1 edeltävä tieto 2 itsearviointi 3 kliininen tutkimus 4 testi/mittari</p>
	<p>d435 ESINEIDEN LIKUTTAMINEN ALARAAJOILLA Pallon potkiminen tai polkupyörän polkeminen, pyörätuolilla potkuttelu.</p> <p>1 edeltävä tieto 2 itsearviointi 3 kliininen tutkimus 4 testi/mittari</p>
	<p>d440 KÄDEN HIENOMOTORINEN KÄYTTÄMINEN Koordinoidut liikkeet kuten poimiminen, tarttuminen, käsitteleminen ja irrottaminen. d445 KÄDEN JA KÄSIVARREN KÄYTTÄMINEN Esineiden vetäminen tai työntäminen, kurkottaminen, käsien ja käsivarsien kääntäminen tai kiertäminen, heittäminen, kiinni ottaminen</p> <p>1 edeltävä tieto 2 itsearviointi 3 kliininen tutkimus 4 testi/mittari</p>
<p>LIKKUMINEN Kä- veleminen ja liik- kuminen</p>	<p>d455 LIKKUMINEN PAIKASTA TOISEEN kiipeäminen, juokseminen, hölkkääminen, hyppääminen ja uiminen. d450 KÄVELEMINEN eteen ja taaksepäin, erilaisilla alustoilla, esteiden väistäminen. d460 LIKKUMINEN ERILAISISSA PAIKOISSA Käveleminen ja liikkuminen kotona, muissa sisätiloissa sekä kodin ulkopuolella.</p> <p>1 edeltävä tieto 2 itsearviointi 3 kliininen tutkimus 4 testi/mittari</p>