

Annamari Ahola, Tiia Erämeri, Elina Hytönen & Tiia Mäenpää

**CP-VAMMAISTEN LASTEN JA NUORTEN KUNTOUTUSSUUNNITELMIEN  
ANALYSOINTIA**

Osa CP-hanketta

# **CP-VAMMAISTEN LASTEN JA NUORTEN KUNTOUSSUUNNITELMIEN ANALYSOINTIA**

Osa CP-hanketta

Annamari Ahola, Tiia Erämeri, Elina  
Hytönen & Tiia Mäenpää  
Opinnäytetyö  
Syksy 2015  
Fysioterapian tutkinto-ohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Fysioterapian tutkinto-ohjelma

---

Tekijät: Annamari Ahola, Tiia Erämeri, Elina Hytönen & Tiia Mäenpää

Opinnäytetyön nimi: CP-vammaisten lasten ja nuorten kuntoutussuunnitelmien analysointia

Työn ohjaajat: Arja Veijola & Marika Tuiskunen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2015

Sivumäärä: 57 + 13

---

CP-oireyhtymä on kehittyvien aivojen motorisiin keskuksiin kohdistunut vaurio, joka aiheuttaa liikumisen, asennon ylläpitämisen ja toiminnan ongelmia. CP-vammaisille lapsille ja nuorille laaditaan kuntoutussuunnitelma yksilöllisen kehityksen turvaamiseksi. Kuntoutussuunnitelman tulisi olla moniammatillisen työryhmän tuotos, jossa otetaan huomioon myös perheen ja lapsen näkökulma. ICF eli International Classification of Functioning, Disability and Health on WHO:n vuonna 2001 julkaisema luokitus, joka on luotu kuvaamaan ihmisen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. CP-vammaisille lapsille on luotu ICF:n pohjalta viisi erilaista ydinlistaa kuvaamaan toimintakykyä mahdollisimman tarkasti.

Tämä opinnäytetyö on osa KELA:n ja Arvo ja Lea Ylppö Säätiön rahoittamaa vuonna 2011 alkunutta CP-hankkeen toista vaihetta. Tutkimustehtävänä oli analysoida autenttista potilasaineistoa eli CP-vammaisille lapsille laadittuja kuntoutussuunnitelmia. Tarkoituksena oli selvittää näiden sisältö tarkastuslistan avulla, joka on Arja Veijolan (TtT, Yliopettaja OAMK) ja Ira Jeglinsky-Kankaisen (TtT, Yliopettaja Arcada) hanketta varten laatima. Tarkastuslista sisälsi kysymyksiä asioista, jotka ovat olennaisia CP-vammaisten lasten kuntoutussuunnitelmien sisällössä. Lisäksi tutkimuksessa kuntoutussuunnitelmien sisältöjä on tutkittu CP-lasten ICF ydinlistan avulla siltaamalla sisällöt laajaan ydinlistaan. Tutkimuksen edetessä havaittiin ennen hanketta ja hankkeen aikana tehtyjen suunnitelmien välillä muutoksia niiden sisällöissä. Tämän vuoksi aineistoa tarkasteltiin myös muutoksen näkökulmasta.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin sisällönanalyysin periaatteita. Tarkastuslistan tulokset muutettiin määrällisiksi, jotta ne oli helpompi hahmottaa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tarkastuslistassa kysytyt asiat esiintyivät kuntoutussuunnitelmissa vaihtelevasti ja osassa asioista oli tapahtunut muutoksia, kun vertaillaan ennen CP-hankkeen toista vaihetta ja toisen vaiheen aikana tehtyjä kuntoutussuunnitelmia. CP-lasten kuntoutussuunnitelmissa kuvattu toimintakyvyn kuvaus kohdentui CP-lasten laajalle ydinlistalle sillattuna eniten Suoritukset ja osallistuminen osa-alueelle. Lisäksi kävi ilmi, että noin neljännes kuntoutussuunnitelmissa mainituista kuntoutuksen tavoitteista eivät kohdentuneet kuntoutussuunnitelmissa kuntoutujan vastaavaan tämänhetkiseen toimintakyvyn kuvaukseen. Johtopäätöksenä voi todeta, että kuntoutussuunnitelmien kehittäminen on vielä kesken. Kuntoutussuunnitelmat tulisi tehdä samalla kaavalla yhdessä moniammatillisena tiiminä, ei erillisinä lausuntona. Lisäksi ICF toimintakyvyn kuvaajana sekä GAS-menetelmä tavoitteiden asettamisen apuna tulisi ottaa käyttöön kuntoutussuunnitelmien laadinnassa. Tärkeää olisi myös kuvata toimintakyky siten, että se vastaa kuntoutukselle laadittuja tavoitteita. Tutkimusta voisi jatkaa selvittämällä ICF-luokituksessa eroteltujen suoritustason ja -kyvyn ilmenemistä kuntoutussuunnitelmissa.

---

Asiasanat: CP-oireyhtymä, lapset, kuntoutussuunnitelma, ICF, toimintakyky, tavoite

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree program of Physiotherapy

---

Authors: Annamari Ahola, Tiia Erämeri, Elina Hytönen & Tiia Mäenpää

Title of thesis: Analyzing rehabilitation plans done for children and adolescents with CP

Supervisors: Arja Veijola & Marika Tuiskunen

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2015    Number of pages: 57 + 13

---

Cerebral Palsy is a disorder, which is a result of an injury focused on the motor parts of the developing brain. It causes problems in moving, maintaining postures and functioning. A rehabilitation plan is done for children with CP to secure their individual development. It should be planned by a multiprofessional team and it should contain the view of the family and the child. ICF or International Classification of Functioning, Disability and Health is a classification made to represent extensively one's functional ability. WHO has published ICF Core Set for children with CP so one's functioning can be described as precisely as possible.

The thesis is a part of the second part of CP Project, which started 2011 and is funded by KELA (Social Insurance Institution) and Arvo & Lea Ylppö Foundation. The assignment was to do one part of the qualitative analysis of the whole project. Research scheme was to analyze the authentic patient documents, in this case rehabilitation plans done for the children with CP. The goal was to find out if there had been any changes between the rehabilitation plans made before the project and during the project. When analyzing the checklist made by Arja Veijola (PhD, Principal Lecturer) and Ira Jeglinsky-Kankainen (PhD, Principal Lecturer) were used. The checklist included questions, which are relevant in rehabilitation plans for the children with CP.

Research method was content analysis. The results of the checklist were converted to numeral information so it would be easier to visualize them. It turned out that the questions asked in the checklist appeared within a great variety in the rehabilitation plans. Some of the things in the rehabilitation plans had changed when comparing the rehabilitation plans made before and during the project. When linking the rehabilitation plans to CP Core Set, it turned out that the functional ability were described most of the time in Activities and Participation. In addition to that about a quarter of the rehabilitation plans included goals that did not have a matching description of functional ability.

The conclusion is that developing rehabilitation plans is still unfinished. Rehabilitation plans should be made with same pattern and together with a multiprofessional team, not with separate statements. In addition, when making rehabilitation plans it would be important to use ICF when describing one's functional ability and GAS-method when setting the goals. When setting the goals of the rehabilitation it would be important to make sure that the functional ability would respond to them. This research could be continued by finding out the occurrence of performance qualifier and the capacity qualifier in rehabilitation plans.

---

Keywords: Cerebral Palsy, children, rehabilitation planning, ICF, functional ability, goal

# SISÄLLYS

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA.....	7
2	CP-LASTEN KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU .....	10
2.1	CP-oireyhtymä.....	10
2.2	Kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö .....	12
2.3	Kuntoutussuunnitelma ja sen sisältö .....	13
2.4	Lasten ja nuorten kuntoutussuunnitelma .....	16
2.5	GAS-menetelmä kuntoutuksen suunnittelussa .....	18
2.6	Fysioterapeutin rooli kuntoutuksen suunnittelussa .....	19
3	ICF-LUOKITUS.....	21
3.1	ICF-CY-luokitus .....	23
3.2	ICF ydinlistat.....	23
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	25
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	26
5.1	Tutkimusaineisto .....	26
5.2	Aineiston analyysi.....	27
5.2.1	Tarkastuslista .....	27
5.2.2	CP-vammaisten lasten ja nuorten ydinlista .....	28
5.2.3	Analyysin perustelut.....	28
6	TULOKSET.....	31
6.1	Kuntoutussuunnitelmien sisällöt tarkastuslistan mukaan kuvattuna .....	31
6.2	Kuntoutussuunnitelmissa havaitut muutokset tarkastuslistan mukaan kuvattuna.....	33
6.3	Kuntoutussuunnitelmien sisällöt CP-lasten ydinlistan mukaan kuvattuna.....	39
6.3.1	Kuntoutussuunnitelmien sisällöt Suoritukset ja osallistuminen osa- alueella .....	40
6.3.2	Kuntoutussuunnitelmien sisällöt Ruumiin ja kehon toiminnot osa-alueella.	42
6.3.3	Kuntoutussuunnitelmien sisällöt Ympäristötekijät osa-alueella .....	43
6.3.4	Kuntoutussuunnitelmien sisältö Ruumiin rakenteet osa-alueella .....	44
6.4	Tutkimuksen tulosten yhteenveto ja tarkastelua .....	45
6.5	Muita havaintoja aineistosta .....	47
7	TUTKIMUKSEN TEKEMISEN TARKASTELUA.....	50
7.1	Tutkimuksen eettisyys .....	50

7.2	Fysioterapeutti tutkimustyön tekijänä.....	51
7.3	Tutkimuksen tekemisen pohdintaa .....	51
	LÄHTEET.....	53
	LIITTEET .....	58

# 1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

CP-hanke on saanut alkunsa vuonna 2005 Stakesin tekemästä CP-lasten kuntoutuskäytäntöjen kartoituksesta. Siitä ilmeni CP-vammaisten lasten kuntoutuksen suunnittelun, toteutuksen ja vaikuttavuuden arvioinnin Suomen keskussairaaloissa ja valtion erityiskouluissa olevan hajanaista. (WordPress.com 2015a, viitattu 29.9.2015.) Kartoituksen mukaan yksistään CP-vammaisten lasten toimintakyvyn arviointiin oli käytetty Suomessa yli 217 erilaista arviointimenetelmää, mikä tekee kuntoutuksen tuloksellisuuden ja toimintatapojen vertailun mahdottomaksi (Mäenpää, Varho, Fors-ten, Autti-Rämö, Pihko & Haataja 2012, 2304). CP-vamma diagnosoidaan Suomessa vuosittain 100–120 henkilöllä ja suurimmalla osalla heistä kuntoutuksen tarve on elinikäinen (Kivirinta 2015, viitattu 2.10.2015).

Tämän Stakesin tekemän kartoituksen myötä vuonna 2008 aloitettiin CP-lasten kuntoutuksen ja seurannan kansallinen kehittämishanke. Hankkeessa olivat mukana lastenneurologiset työryhmät HYKS:ssa, TYKS:ssa sekä Turun sosiaali- ja terveystoimessa. CP-hankkeen ensimmäisen osan tavoitteena oli valita kliiniseen työhön ja kuntoutuksen tavoitteellisuuden arviointiin soveltuvia arviointimenetelmiä, joilla pystyttäisiin luomaan kattava kuva CP-vammaisen lapsen kokonaistilanteesta ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Tämän pohjalta muodostettiin suositus arviointimenetelmistä, joka on julkaistu Suomen Lääkärilehdessä vuonna 2012. (WordPress.com 2015a, viitattu 29.9.2015.)

CP-hankkeen aloitusvaiheen pohjalta tehdyn työn tuloksena suositellaan käytettäväksi CP-vammaisen lapsen toimintakyvyn ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin mittareita, jotka ovat ominaisuuksiltaan mahdollisimman soveltuvia käytännön työskentelyyn lapsikuntoutujilla. Lisäksi suositukseen otettavan mittarin tulee olla todellista toimintakykyä kuvaava ja tunnistaa muutokset WHO:n vuonna 2001 julkaiseman toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen eli ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) eri tasoilla. Yhtenä kriteerinä mittarin valinnalle suositukseen oli myös mittarin validiteetti ja reliabiliteetti. (Mäenpää ym. 2012, 2306.)

Suomen Lääkärilehdessä julkaistussa CP-työryhmän artikkelissa suositellaan käytettäväksi liikuntavamman vaikeusasteen määrittelemiseksi Gross Motor Function Classification System (GMFCS) -luokitusta. Yläraajan toiminnan vaikeuden määrittämiseen suositeltiin puolestaan Manual Ability

Classification System (MACS) -luokitusta sekä kommunikoinnin vaikeusastetta kuvaamaan suositeltiin Communication Function Classification System (CFCS) -luokitusta. (Mäenpää ym. 2012, 2306–2307.)

GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling) suositellaan käytettäväksi kuntoutuksen tavoitteiden asettelussa, sillä se muuttaa lapsen ja nuoren sekä perheen roolin aktiivisemmaksi. Lisäksi suositus sisälsi ICF-luokituksen mukaisesti toimintakyvyn eri osa-alueita arvioivat fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien ja puheterapeuttien käyttöön suositellut arviointimenetelmät. Myös kognitiivisen kehityksen, toiminnallisen näönkäytön ja elämänlaadun arviointimenetelmistä annettiin suositukset. (Mäenpää ym. 2012, 2307–2309.)

Suosituksissa on myös maininta siitä, miten moniammatillisen työryhmän arvion vamman vaikeusasteesta ja ennusteesta tulisi ohjata kuntoutuksen tavoitteiden asettamista ja terapioiden valintaa. Lisäksi suosituksessa ohjataan kuntoutustyöryhmää sopimaan yhteistyössä kuntoutujan ja hänen perheensä kanssa siitä, miten asetetut tavoitteet pyritään saavuttamaan. (Mäenpää ym. 2012, 2309.)

CP-hankeeseen kuuluu myös toinen vaihe, joka alkoi vuonna 2011 ja on tarkoitus saada päätökseen vuonna 2015. Tähän vaiheeseen liittyivät mukaan myös KYS:an ja OYS:an sekä valtion kolmen oppimis- ja ohjauskeskuksen lastenneurologiset työryhmät Ruskiksen, Tervaväylän ja Mäntykankaan yksiköissä. Toisen vaiheen aikana suosituksessa mainitut mittarit ja arviointimenetelmät otettiin käyttöön kaikissa hankkeessa mukana olleissa kuntoutustyöryhmissä. Sen tarkoituksena on selvittää muun muassa miten hankkeen aloitusvaiheessa valitut arviointimenetelmät soveltuvat erilaisiin toimintaympäristöihin. (WordPress.com 2015b, viitattu 29.9.2015.)

Hankkeen toisen vaiheen aikana kerätään tietoa useista eri näkökulmista (WordPress.com 2015b, viitattu 30.9.2015). Tämä opinnäytetyö on osa hankkeen toista vaihetta ja sen tavoitteena on tutkimustulosten avulla kehittää kuntoutussuunnitelmia. Opinnäytetyössä on tarkoituksena tarkastella ennen CP-hankkeen toista vaihetta ja sen aikana tehtyjen kuntoutussuunnitelmien sisältöjä. Tarkastelu suoritetaan tutkimusta varten laaditun tarkastuslistan (ks. s. 27) mukaisesti sekä siltaamalla kuntoutussuunnitelmat lasten ja nuorten ICF-luokituksen pohjalta laaditun CP-lasten laajan ydinlistan mukaan.



Saimme opinnäytetyön myötä mahdollisuuden osallistua kansallisesti merkittävään hankkeeseen. Valitsimme aiheen, sillä koimme sen yhteiskunnallisesti merkittäväksi ja mielestämme on motivoivaa tehdä tutkimusta, jonka tuloksilla on merkitystä toivottavasti myös käytännön kannalta. Lisäksi lasten kuntoutus ja siihen liittyvä fysioterapia on mielestämme mielenkiintoinen aihe. Sen vuoksi tartuimme tilaisuuteen osallistua CP-vammaisten lasten kuntoutusta kehittävään hankkeeseen. Tämän tutkimustyön tekeminen tuo meille tulevina fysioterapeutteina ja kuntoutustyöryhmän jäseninä osaamista kokonaisvaltaisesti kuntoutuksen suunnitteluun.

## 2 CP-LASTEN KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU

### 2.1 CP-oireyhtymä

Cerebral Palsylla eli CP-oireyhtymällä tarkoitetaan kehittyvissä aivoissa tapahtunutta kertavauriota liikettä säätelevillä alueilla. Suomessa syntyy vuosittain noin 100–120 CP-oireyhtymää sairastavaa lasta eli ilmaantuvuus on noin 2 ‰. (Mäenpää 2014, viitattu 9.12.2014.) CP-vamma on elinikäinen ei-etenevä sairaus, jossa eliniän odote on suurin piirtein sama kuin terveellä väestöllä (Jeglinsky 2012,14). Toisaalta elinajan odotteesta on kirjallisuudessa ristiriitaista tietoa. Esimerkiksi riski hengitys-, verenkierto- ja ruuansulatuselimistön sairauksiin on CP-oireyhtymässä muuta väestöä suurempi. (Airaksinen, Harri-Lehtonen, Kallinen & Rosqvist 2009, 17.) CP-vammaa sairastavat lapset tarvitsevat säännöllistä, moniammatillista ja koko elämän jatkuvaa kuntoutusta (Jeglinsky 2012,14; Mäenpää 2014, viitattu 9.12.2014).

CP-vamman syyt voidaan jakaa raskauden aikaisiin, vastasyntyneisyysvaiheen ja imeväisikävaiheen syihin. Esimerkiksi äidin vaikea sairaus, infektio tai sikiön altistuminen ulkoisille myrkyille raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana voi aiheuttaa hermosolujen jakautumisen häiriön ja keskushermoston epämuodostuman. (Mäenpää 2014, viitattu 9.12.2014.) Syntymän jälkeiset syyt taas johtuvat usein aivovammoista, hapen puutteesta (hypoksia), keskushermoston tulehdustaudeista sekä hengitykseen ja verenkiertoon liittyvistä ongelmista (Meurman 2014, viitattu 9.12.2014; Rosqvist 2014, viitattu 9.12.2014). Muita riskitekijöitä ovat muun muassa monisyntytykset, ennenaikainen syntymä ennen 32. raskausviikkoa sekä alhainen syntymäpaino. Kuitenkin nykytiedon valossa CP-vamma aiheutuu useiden eri riskitekijöiden vuorovaikutuksesta, eikä useissa tapauksissa tunnistettavaa syytä voida löytää. (Rosqvist 2014, viitattu 9.12.2014.)

CP-vamma johtaa pysyviin asennon ylläpitämisen, liikkumisen ja toiminnan vaikeuksiin. Aivovaurion laajuudesta ja sijainnista riippuen CP-oireyhtymään kuuluu myös useita liitännäisoireita. Näitä ovat muun muassa kommunikaation ongelmat, epilepsia (arviolta noin 36–60%:lla CP-lapsista), aistitoimintojen poikkeavuudet, syömisongelmat, toiminnallisen näönkäytön ongelmat, käyttäytymisen ongelmat, sekundaariset ongelmat tukielimissä sekä älyllisen toiminnan poikkeavuudet. Kuitenkin suurimmalla osalla CP-vammaisista henkinen kehitys etenee täysin normaalisti. (Mäenpää

2014, viitattu 9.12.2014.) CP-vammaiset ovat hyvin heterogeeninen ryhmä ja toimintakyky vaihtelee yksilöllisesti todella paljon (Jeglinsky 2012, 12-13; Mäenpää 2014, viitattu 9.12.2014). Toisilla CP-vamma ilmenee vain pienenä toimintahäiriönä, kun taas toisilla vaikeana monivammaisuutena (Mäenpää 2014, viitattu 9.12.2014).

CP-vamma jaetaan kliinisesti spastiseen, dyskinesiaan, ataksiaan, sekamuotoihin sekä hypotoniaan (Airaksinen ym. 2009, 12). Spastinen CP on yleisin CP-vamma diagnoosi ja se kattaa noin 85 % kaikista CP-vammoista. Spastisuus jaetaan hemiplegiaan, diplegiaan ja tetraplegiaan. (Mäenpää 2014, 129-130.)

CP-vammaisten lasten vamman vaikeusasteen määrittelyyn käytetään erilaisia luokituksia. Niistä yksi on Gross Motor Function Classification Scale (GMFCS), joka on Kanadassa lapsille kehitetty viisiportainen karkeamotorisen suoriutumisen tasoa kuvaava mittari. Se perustuu yksilön oma-aloitteiseen kykyyn liikkua ja se painottaa istumista, liikkumista sekä siirtymisiä. (Mäenpää 2014, 131; Palisano, Rosenbaum, Walter, Russell, Wood & Galuppi 1997, viitattu 24.2.2015.) Tasolla I lapsi pystyy kävelemään itsenäisesti ilman rajoitteita, mutta vaikeuksia on taitoa vaativissa karkeamotorisissa tehtävissä, kuten nopeutta ja tasapainoa vaativissa liikkeissä. Tasolla II lapsi kävelee itsenäisesti ilman apuvälineitä, mutta vaikeuksia ilmenee esimerkiksi epätasaisilla alustoilla ja rajoituksissa tiloissa. Tasolla III lapsella on usein apuväline, minkä avulla hän kävelee itsenäisesti, mutta usein kodin ulkopuolella liikkumisessa on merkittäviä vaikeuksia. Lapsi saattaa käyttää manuaalipyörätuolia ulkona liikkuesssa. Tasolla IV liikkuminen on hyvin rajoittunut ja lapsi usein liikkuu sähkökäyttöisellä apuvälineellä tai manuaalipyörätuolilla itse. Lapsi ei pysty pystyasennossa kulkemaan apuvälineellä itsenäisesti. Tasolla V myös sähkökäyttöisten liikkumisen apuvälineiden käyttö on rajoittunut ja itsenäinen liikkuminen on hyvin vaikeaa. (Mäenpää 2014, 132; Palisano ym. 1997, viitattu 24.2.2015.)

CP-lapsen käsien käyttöä puolestaan arvioidaan Manual Ability Classification Scale (MACS) -luokituksella. Se kuvailee lapsen tapaa käsitellä esineitä päivittäisissä toiminnoissa. Esineisiin kuuluvat lapsen päivittäin käyttämät esineet, jotka liittyvät esimerkiksi ruokailuun, pukeutumiseen ja leikkimiseen. Asteikko kuvaa lapsen tyypillistä suoriutumista, ei maksimaalista suorituskyykyä. Tasolla I lapsi käsittelee esineitä helposti ja onnistuneesti. Rajoitteet liittyvät yleensä tarkkuuteen ja nopeuteen, mitkä eivät rajoita onnistumista päivittäisissä toiminnoissa. Tasolla II lapsi käsittelee onnistuneesti suurinta osaa esineistä, mutta toiminnan laadussa ja/tai nopeudessa on jonkin verran

puutteita. Lapsi saattaa yrittää yksinkertaistaa esineiden käsittelyä, mutta pärjää tavallisesti itsenäisesti. Tasolla III esineiden käsittely on vaikeaa ja lapsi tarvitsee apua toiminnan valmisteleminen ja/tai muokkaamiseen. Suoritus on hidas ja sen laadussa on selkeitä puutteita, eikä tehtävien tekeminen välttämättä onnistu itsenäisesti ilman toisen henkilön valmistelua. Tasolla IV lapsi käsittelee helposti käsiteltäviä esineitä itsenäisesti muokatuissa tilanteissa. Lapsi tarvitsee jatkuvaa tukea ja apua. Tasolla V lapsi ei käsittele esineitä itsenäisesti sekä yksinkertaisten taitojen suorittaminen on vaikeaa ja taidot ovat heikot. (Mäenpää 2014, 132; Eliasson, Krumlinde, Sundholm, Rösblad, Beckung, Arner, Öhrvall & Rosenbaum 2010, viitattu 24.2.2015.)

Kommunikaatiota mitataan Communication Function Classification System (CFCS) -luokituksella. Se arvioi lapsen päivittäistä kommunikointikykyä. Tasolla I lapsi pystyy kommunikoimaan myös vieraiden ihmisten kanssa. Tasolla II lapsi kommunikoi, mutta hitaammin kuin tasolla I. Tasolla III lapsi kommunikoi vain tuttujen ihmisten kanssa. Tasolla IV lapsi kommunikoi epäjohdonmukaisesti ja joskus onnistuu. Tasolla V lapsi kykenee kommunikoimaan harvoin. (Mäenpää 2014, 131; Hidecker, Paneth, Rosenbaum, Kent, Lillie, Eulenberg, Chester, Johnson, Michalsen, Evatt & Taylor 2011, viitattu 24.2.2015.)

Yhdistämällä nämä asteikot CP-vammaisen diagnoosiin, saadaan selkeä kuva CP-vammaisen lapsen toimintakyvystä (Mäenpää 2014, 131).

## **2.2 Kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö**

Kuntoutusta järjestävät useat eri toimijat Suomessa monien lakien perusteella. Lain Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä sen tulee ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Lain mukaan kunnan tulee huolehtia, että vammaisille järjestetään tarvittavat palvelut sekä tukitoimet. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987 1 §, 3 §.)

Kuntien vastuulla on järjestää muun muassa asukkaidensa kuntoutuksen palvelut osana kansanterveyslaissa sekä erikoissairaanhoidoissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena on potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä elämänhallinnan edistäminen ja päivittäinen itsenäinen suoriutuminen. Kelalle siirtyy vastuu lääkinällisestä kuntoutuksesta, jos se on määritelty jonkin lain (esimerkiksi tapaturmavastuulain tai sotilasvammalain) perusteella jonkin muun tahon kuin kunnan järjestämäksi. (Kuntoutusportti 2014, viitattu 9.12.2014.)

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista velvoittaa Kelan järjestämään ja korvaamaan lääkinällistä kuntoutusta henkilöille, joilla on sairauden tai vamman aiheuttama työkyvyttömyyden uhka tai työkyky oleellisesti heikentynyt, alle 65-vuotiaille vaikeavammaisille sekä muulle kuntoutustarpeessa olevalle työikäiselle väestölle. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005 3 §; Kuntoutusportti 2014, viitattu 24.2.2015.)

Kuntoutussuunnitelman laatiminen on useiden lakien asettama virkavelvollisuus ja velvoite. Laki velvoittaa laatimaan tarvittaessa terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa hoitoa, tutkimusta tai lääkinällistä kuntoutusta koskevan suunnitelman. Kuntoutussuunnitelmassa täytyy ilmetä hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Se tulee laatia yhteisymmärryksessä potilaan, hänen huoltajan tai läheisen tai hänen laillisen edustajansa kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 857/2004. 2:4a.2 §; Kuntoutusportti 2014, viitattu 24.2.2015.)

### **2.3 Kuntoutussuunnitelma ja sen sisältö**

Kuntoutuksen sujuminen edellyttää suunnitelmallisuutta, joka taas lisää tuloksellisuutta. Kuntoutussuunnitelma kannattaa tehdä mahdollisimman varhain, jotta kuntoutuksella saadaan paras mahdollinen vaikutus kuntoutujan tilanteeseen. Kuntoutussuunnitelma tulee laatia yhdessä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa, jotta siitä saadaan mahdollisimman tarkoituksenmukainen. Siinä tulee huomioida kuntoutustarpeen perusta, kuntoutuksen tavoitteet ja sen keinot sekä toimenpiteet, vastuunjako ja aikataulu, sekä suunnitelma seurannasta. (Reuter 2013, viitattu 25.11.2014.)

Vaikeavammaisten kuntoutuksesta vastaa Kela (Puumalainen 2013, viitattu 25.11.2014). Kuntoutussuunnitelman perusteella Kela tekee kuntoutuspäätöksen ja yleensä kuntoutuksen toteuttaa kuntoutussuunnitelmassa mainittu palveluntuottaja (Kansaneläkelaitos 2013, viitattu 25.11.2014).

Vaikeavammaisen lääkinällisen kuntoutuksen tulee perustua kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Suunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä kuntoutujan taikka hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005 2:9 §.)

Kuntoutussuunnitelmassa tulee olla kuntoutujan tavoitteet ja keinot kuntoutuksen yleisistä linjauksista. Myös ajatukset ja ennusteet kuntoutuksen edistymisestä tulee ottaa huomioon, ja lisäksi molempien osapuolten velvoitteet sekä oikeudet kuntoutuksen toteutumisesta ovat tärkeä osa kuntoutussuunnitelmaa. Kuntoutussuunnitelman tekemiseen osallistuu lääkärin lisäksi moniammatillinen työryhmä, jotta varmistetaan kokonaisvaltaisesti kuntoutujan tarpeiden ja tavoitteiden huomioon ottaminen. Kuntoutussuunnitelma tehdään joko Kelan kuntoutussuunnitelmalomakkeelle tai B-lääkärinlausuntoon. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 37, 38.)

Kuntoutussuunnitelmassa kuvaillaan kuntoutujan toimintakykyä sekä sen arvioinnissa käytettyjä menetelmiä. On tärkeää arvioida, miten kuntoutujan vaikeudet näkyvät arjessa, kuten esimerkiksi kotona ja koulussa. Lisäksi lasten kohdalla askareista suoriutumista voidaan arvioida suhteessa saman ikäisten lasten toimintakykyyn. ICF-luokitus on yksi tärkeimmistä viitekehyksistä kuntoutustarpeen arvioinnille. Jos kuntoutuja on saanut aiemmin jonkun muun kuin Kelan järjestämää kuntoutusta, tulee se ja siinä saadut tulokset näkyä kuntoutussuunnitelmassa. Kuntoutussuunnitelmassa tulee olla muun muassa sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteet, seurantamenetelmät ja suositeltavat kuntoutustoimenpiteet. Viimeisimmästä on tultava ilmi myös ajoitus, kesto, käyntitiheys, palveluntoteuttaja ja perustelut kotikäynneille. Jos läheiset osallistuvat kuntoutukseen, tulee se myös näkyä kuntoutussuunnitelmassa. Sisällöltään kuntoutussuunnitelman on oltava realistinen ja joustava ja lisäksi sen on tarkoitus varmistaa kuntoutusprosessin toteutuminen eri vaiheissa kuntoutusta. (Paltamaa ym. 2011, 38, 39.)

Kuntoutussuunnitelmassa tulee näkyä, ketkä ovat olleet mukana sen laatimisessa. Lisäksi siinä on kuntoutujan asiakastiedot, joihin sisältyy perustietojen lisäksi myös läheisten tiedot sekä sosiaalinen tilanne. Yhtenä kohtana kuntoutussuunnitelmassa on myös kuntoutustarpeen arviointi. Kuntoutussuunnitelman keskeisimpiä osia ovat kuntoutuksen kannalta tärkeät diagnoosit, toimintakyky

ja toiminnallinen haitta. Mitään yhteistä ilmaisutapaa kuntoutusta vaativien terveyshaittojen kuvaukselle ei ole, mutta esimerkiksi ICF-luokitusta voidaan käyttää tähän tarkoitukseen. Arviointiin kuuluu kuntoutustarpeen aiheuttavat sairaustiedot, hoitosuunnitelma, toimintakyvyn kuvaus, toiminnan haitta ja sosiaalinen tilanne. Kuntoutustarpeen arvioinnissa tulee siis näkyä esimerkiksi sairauden luonne ja se, miten se vaikuttaa henkilön toimintakykyyn. Tarkka toimintakykykuvaus kertoo, mitä kuntoutuja pystyy tekemään ja mitä ei. Myös potilaan oma näkemys tilastaan on tärkeää huomioida, koska se ohjaa kuntoutuskäytäntöjä ja keinovalikoimaa. Lisäksi kotiasiat ja harrastukset kuuluvat kuntoutustarpeen arviointiin. (Rissanen 2008a, 630–631.)

Yksi osa kuntoutussuunnitelmaa on tavoitteet. Niiden tulee olla realistisia, koska se helpottaa niiden saavuttamista. Tavoitteet koskettavat fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja taloudellista hyvinvointia. Tavoitteita tehdessä tulee huomioida kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä muut elämänsuunnitelmat. Lisäksi suunnitelmassa tulee näkyä, mitkä toimenpiteet auttavat näiden tavoitteiden saavuttamisessa. Toimenpiteisiin kuuluvat muun muassa toteuttaja, toteutustapa, ajoitus, yhteistyö kuntoutujan ja esimerkiksi perheen kanssa. Toimenpiteissä tulee mainita eri terapiamuodot, kuten fysio- ja toimintaterapia, kuntoutusjaksot sekä erityistarpeet ja esimerkiksi apuvälinepalveluihin liittyvät asiat. Myös sosiaalipalveluihin liittyvät asiat, kuten kuntoutusraha ja -tuki sekä lääkekorvaukset, tulee käydä ilmi suunnitelmassa. (Rissanen 2008a, 630–632.)

Suunnitelman lopussa tulee olla myös selvitettyinä, miten kuntoutuksen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi suoritetaan, kuka siitä vastaa ja milloin se hoidetaan. Suunnitelman toteutumiseen vaikuttaa sekä ulkoiset tekijät, että kuntoutujan motivaatio- ja ohjaustekijät, joten seuranta antaa palautetta siitä, edetäänkö oikein. Se on myös kuntoutujan tukiverkoston tärkeä osa, jos kuntoutuja luottaa omaan hoitotahoon. Vastuuhenkilö tulee myös näkyä suunnitelmassa – oli se sitten ammattihenkilö, kuntoutuja itse tai hänen perheensä. (Rissanen 2008a, 632.)

Kuntoutujan aktiivinen osallistuminen kuntoutussuunnitelman laadintaan on erittäin tärkeää. Asiakkaan osallistuminen luo perustan ohjelmaan sitoutumiselle ja osallistumiselle kuntoutusprosessiin. Aktiivinen osallistuminen suunnitteluun tuo myös turvallisuuden tunnetta sekä antaa mahdollisuuden yhteistyölle ammattihenkilöiden kanssa tilanteiden ja tarpeiden muuttuessa. (Rissanen 2008a, 629.)

Jeglinskyn (2012, 54) tekemän tutkimuksen mukaan Suomessa ammattilaiset ovat kokeneet tavoitteen asettamisen haastavaksi, eivätkä kuntoutussuunnitelmissa mainitut toimintakyvyssä esiintyvät vaikeudet vastaa kuntoutukselle asetettuja tavoitteita. Lisäksi vanhemmat olivat mukana kuntoutuksen suunnittelussa, mutta jäi epäselväksi millä tavoin ja onko heidän tarpeitaan huomioitu päätöksen teossa. Myös lasten rooli oli passiivinen kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä.

## **2.4 Lasten ja nuorten kuntoutussuunnitelma**

Lasten ja nuorten kuntoutuksen suunnittelun edellytyksenä on asiantunteva ja moniammatillinen yhteistyö. Vanhemmat ja päiväkodin tai koulun henkilökunta sekä avoterveydenhuollossa toimivat terapeutit ovat mukana suunnitteluprosessissa. (Autti-Rämö 2008, 480.) Kuntoutussuunnitelma laaditaan lapsille yleensä vuodeksi kerrallaan. Jos lapsen tila kohenee kuitenkin odotettua nopeammin, suunniteltua määrää terapiaa ei tarvitse toteuttaa. Joskus on vaikea määrittää kuntoutuksen tarvetta vuoden ajalle, jolloin kuntoutussuunnitelmaa tulee päivittää tiheämmin. (Autti-Rämö 2008, 480–481.)

Lapsen arjessa selviämiseen liittyvät ongelmat ja tärkeimmät harjoiteltavat asiat tulisi vanhempien tunnistaa, kun kuntoutusta suunnitellaan (Autti-Rämö 2008, 483–484). Vanhemmat saattavat ajatella, että mahdollisimman suuri määrä yksilökuntoutusta auttaa CP-vammaista lasta oppimaan kaikista parhaiten. Todellisuudessa kaikki yksilöterapiassa opitut ja harjoitellut asiat tulisi siirtää lapsen arkielämään ja samoja asioita pitäisi harjoitella mahdollisimman monessa arkielämän tilanteessa. Vain tällä tavalla terapiatilanteessa harjoitellut asiat voivat olla parantamassa lapsen toimintakykyä. Leikin varjolla harjoittelu ja lapsen palkitseminen onnistumisesta ovat parhaita tapoja harjoitella uusia taitoja. Vanhempien tulee ymmärtää ja hyväksyä, että kehitys ei kulje harppauksittain, vaan pienin askelin. Tämän ymmärtämällä on mahdollisuus iloita pienistäkin edistymisen askelista. (Autti-Rämö 2008, 484.)

Kuntoutussuunnitelman laatimiseen tulee osallistua itse kuntoutuja tai hänen omaisensa tai muu läheinen (Paltamaa ym. 2011, 38). Osallisuudella tarkoitetaan mahdollisuutta vaikuttaa omassa yhteisössä. Osallisuus voidaan kokea tunteena, joka syntyy ihmisen ollessa jäsenenä esimerkiksi opiskelu- tai työyhteisössä. Tunne osallisuudesta suojaa yksilöä syrjäytymiseltä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015, viitattu 29.9.2015.)



Lapsen osallisuuden viisiportainen malli on laadittu työkaluksi kaikille organisaatioille, joissa työskennellään lasten kanssa. Mallin avulla lasten kanssa työskentelevät tahot voivat kehittää lasten osallisuutta toiminnassaan. (Shier 2001, 116–117.)

Osallisuuden tasolla yksi lapsi tulee kuulluksi. Tämä taso edellyttää, että vastuullinen aikuinen kuuntelee, kun lapsi itse ilmaisee haluavansa sanoa mielipiteensä. Tasolla kaksi lasta tuetaan omien mielipiteiden ilmaisussa. Voi olla, että lapsi, jolla on mielipiteitä moniin eri asioihin, ei ilmaise niitä aikuiselle. Syynä voi olla esimerkiksi ujous, itseluottamuksen puute, epävarmuuden tunne tai aikaisemmat kokemukset siitä, etteivät aikuiset kuuntele. Tämän vuoksi aikuisen tulee positiivisin elein tukea lasta ilmaisemaan mielipiteensä. Taso kaksi eroaa ensimmäisestä siten, että aikuinen positiivisella toiminnallaan houkuttelee lasta sanomaan oman mielipiteensä. (Shier 2001, 111–112.)

Vaikka tasolla yksi ja kaksi lapsen mielipiteitä on kuunneltu, se ei anna varmuutta, onko mielipiteillä painoarvoa päätöksenteossa. Taso kolme tarkoittaa sitä, että lapsen mielipiteillä on merkitystä osana muita merkittäviä tekijöitä. Huomionarvoista on se, että Yhdistyneiden Kansakuntien laatimassa lapsen oikeuksien sopimuksessa vaaditaan, että kaikkien tahojen, jotka työskentelevät lasten kanssa, tulee toteuttaa lasten osallisuutta vähintään tasolla kolme. (Shier 2001, 113.)

Tasolla neljä lapsi on mukana päätöksentekoprosessissa. Tällä tasolla lapsen konsultointi ei enää riitä, vaan lapsi osallistuu aktiivisesti päätöksentekoon. Neljännen ja viidennen tason ero ei ole enää suuri. Viidennellä tasolla lapselle annetaan valtaa päätöksenteossa. Tällöin aikuiset lupuvat osittain päätäntävällään. (Shier 2001, 113–115.)

Lapsen kohdalla on tärkeää, että lapselle syntyy tunne osallisuudesta häntä koskevien asioiden käsittelyssä ja päätöksenteossa. Osallisuus ei ole toteutunut, jos lapsella ei ole tunnetta siitä, että hänelle tärkeät asiat ovat tulleet esille ja niillä on ollut merkitystä. (Oranen 2015, viitattu 29.9.2015.)

## 2.5 GAS-menetelmä kuntoutuksen suunnittelussa

GAS eli Goal Attainment Scaling on Yhdysvalloissa 1960-luvulla kehitetty tavoitteen asettamisen menetelmä, jonka avulla kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi ja tavoitteen asettaminen helpottuvat. (Kela 2014, viitattu 24.4.2015.) GAS -menetelmän käyttöönoton tarkoituksena on yhtenäistää tavoitteen asettamista Kelan kuntoutuksen järjestämisessä. Tavoitteena on siis luoda yhteinen kieli tavoitteiden asettamiseen. (Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula & Louhenperä 2010, viitattu 27.9.2015.)

Tavoitteet täytyy tunnistaa, ennen kuin ne kirjataan GAS-asteikkoon. Tavoitteiden tunnistaminen tapahtuu haastattelemalla ja selvittämällä kuntoutujan kokonaistilanne. Haastattelussa kysytään kuntoutujalta, minkälainen muutos toimintakyvyssä on hänelle tärkeää ja mahdollista. GAS-tavoitetta laadittaessa pyritään konkretisoimaan ne muutoksen tarpeet, jotka mahdollistavat tavoitteen saavuttamisen. Lisäksi on tärkeää suunnitella realistinen aikataulu tavoitteen saavuttamiselle. GAS-tavoitteita asetettaessa voi käyttää apuna ns. SMART-ideaa. SMART muodostuu englanninkielisten sanojen ensimmäisistä kirjaimista ja suomennettuna se kuvaa menetelmän olevan ”fiksi”, ”älykäs” ja ”nokkela”. Tavoitteen tulee olla specific eli spesifinen, measurable eli mitattavissa, achievable eli saavutettavissa, realistic/relevant eli realistinen ja merkityksellinen sekä timed eli mahdollinen aikatauluttaa. (Autti-Rämö ym. 2010, viitattu 27.9.2015.)

Tavoitteen nimeäminen tehdään keskustelemalla kuntoutujan kanssa tunnistuen ne asiat, joihin kuntoutuja toivoo muutosta. Jokaista tavoitetta kohti valitaan selkeä indikaattori, joka on arvioitavissa. (Autti-Rämö ym. 2010, viitattu 27.9.2015.) Esimerkiksi jos tavoitteeksi on asetettu unen laadun paraneminen, indikaattoreiksi voi asettaa unen kesto tai heräämisten määrä yön aikana.

Tavoitteet kirjataan GAS-asteikkoon (liite 2). Valittu indikaattori muotoillaan joko määrälliseksi tai laadulliseksi indikaattoriksi. Määrällinen indikaattori voi olla esimerkiksi painokilo, tuntimäärä tai prosenttiosuus. Laadullisen indikaattorin täytyy olla selkeästi ilmaistu ja kuntoutujan omaan tunteeseen perustuva. Esimerkiksi laadullinen indikaattori voi olla kykyä hallita tunteensa tai koettua tiedon hallintaa. (Autti-Rämö ym. 2010, viitattu 27.9.2015.)

Ensimmäisenä asteikkoon merkitään tavoitetaso (GAS-asteikolla 0), joka on kuntoutujan mahdollista saavuttaa. Sen jälkeen määritetään jonkin verran korkeampi taso (GAS-asteikolla +1) ja jonkin verran matalampi taso (GAS-asteikolla -1). Taso -1 kuvaa lähtötasoa hieman korkeampaa tasoa eli myönteistä muutosta ja +1 kuvaa tavoitetasoa hieman korkeampaa eli myönteistä muutosta

suhteessa tavoitetasoon. Sen jälkeen laaditaan asteikko, jossa tilanne on selvästi korkeampi (+2) ja selvästi matalampi (-2). +2 -taso kuvaa korkeinta tasoa, jonka kuntoutuja voi optimaalisissa olosuhteissa saavuttaa. -2 -taso kuvaa selvästi odotettua tavoitetasoa matalampaa tasoa. Jos kuntoutujan tilanne on pysynyt ennallaan tai on huonontunut, tilannetta kuvataan tasolla -2. (Autti-Rämö ym. 2010, viitattu 27.9.2015.)

Tavoitteiden saavuttamista tarkastellaan kuntoutujan kanssa yhdessä sovittuna ajankohtana. Asteikkoihin merkitään toteutuneita tavoitteita vastaavat lukuarvot. Nämä lukuarvot lasketaan yhteen, ja tarkastetaan toteutuneiden tavoitteiden mukainen T-lukuarvo T-lukuarvotaulukosta. T-lukuarvotaulukosta näkee kaikkien tavoitteiden saavuttamisen kokonaistuloksen. T-lukuarvotaulukko mahdollistaa tavoitteiden saavuttamisen analysoinnin ryhmätasolla. (Autti-Rämö ym. 2010, viitattu 27.9.2015.)

Kansainvälisten tutkimusten ja saadun kokemuksen mukaan GAS-menetelmä parantaa kuntoutuksen laatua ja tuloksellisuutta. Kelan avo- ja laitospuolisessa kuntoutuksessa GAS-menetelmä on ollut käytössä vuodesta 2010. Vuodesta 2019 lähtien Kela edellyttää GAS-menetelmän käyttöönottoa myös avoterapioissa. (Kela 2012, viitattu 24.4.2015.) Kela suosittelee GAS-menetelmäkoulutusta kaikille työntekijöille, jotka ovat mukana asettamassa ja määrittelemässä GAS-tavoitteita (Kela 2014, viitattu 24.4.2015).

## **2.6 Fysioterapeutin rooli kuntoutuksen suunnittelussa**

Kuntoutuksen kokonaisuudessa fysioterapeutin rooli on arvioida kuntoutujan toimintakykyä ja tämän pohjalta laatia kirjallinen terapiasuunnitelma ja valita asianmukaiset terapiamenetelmät. Toimintakykyä arvioidaan yleisesti hyväksytyillä menetelmillä, ja terapiaan voi osallistua tarvittaessa kuntoutujan lisäksi kuntoutujan omainen. Terapia voi olla esimerkiksi yksilö- tai ryhmäterapiaa ja se voi sisältää muun muassa neuvontaa, ohjausta, yksilöllistä harjoittelua sekä manuaalista ja fyysikaalista hoitoa. Fysioterapian tavoitteena on vaikuttaa kuntoutujan selviytymiseen elinympäristössä ja arkielämässä toimintakyvyn parantamisen tai ylläpitämisen kautta. Lasten kuntoutuksessa lähipiirin ohjaus ja osallistuminen ovat keskeisiä, ja terapiassa korostuu lapsen normaalin kehityksen tukeminen ja kehityshäiriöiden lieventäminen. (Rissanen 2008b, 679.)

On osoitettu, että moniammatillinen kuntoutus on vaikuttava toimintamalli useissa tapauksissa, joten terapeutti on parhaimmillaan moniammatillisen tiimin jäsenenä edustaessaan omaa ammattiaan ja ollessaan tietoinen kuntoutuksen periaatteista. Asiantuntijan tulee tavoitella laadukasta kuntoutusta, joka on sisällöltään oikeaa ja vaikuttavaa. Koska kuntoutuksessa tulee ottaa huomioon kokonainen ihmiskäsitys, yksittäinen lääkäri tai terapeutti ei voi hallita tätä yksin. Siksi moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. (Rissanen 2008b, 677.)

Ingves (2007, 45–46) toteaa tutkimuksessaan, joka tutki motorisesti vammaisten lasten vanhempien kokemuksia fysioterapiasta lapsen kuntoutusprosessissa, että fysioterapia on positiivinen ja tärkeä osa lapsen ja perheen arkea. Vanhempien käsitykset fysioterapeutista voidaan luokitella siten, että fysioterapeutti toimii kuntoutuksessa ohjaajana, tiennäyttäjänä, motivoijana ja yhteistojijana.

Vanhempien mielestä fysioterapeutin tulisi antaa sellaisia ohjeita, jotka helpottavat perheen arkea ja lisäksi ohjata perhettä ymmärtämään ongelmaansa jatkuvana prosessina. Fysioterapeutti on ammatillisessa asemassa perheen ulkopuolella, mutta toimii usein hyvin tiiviisti lapsen perheessä, mistä johtuen hänen on helpompi visioida lapsen elämää eteenpäin. Tärkeä motivoiva tekijä on vanhempien mielestä fysioterapeutin, lapsen ja vanhempien välinen kommunikaatio ja vuorovaikutus. Lisäksi vanhempien mukaan kotona tapahtuva terapia on parempi vaihtoehto, kuin vastaanotolla tapahtuva, koska se mahdollistaa vuorovaikutuksen, vaihtelun ja monipuolisuuden, jotka taas tekevät yhteistyöstä kannustavaa. (Ingves 2007, 46–47.)

### 3 ICF-LUOKITUS

”ICF tarjoaa yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen kuvata toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa” (World Health Organization 2001, 3).

International Classification of Functioning, Disability and Health eli ICF-luokituksen on tarkoitus kuvata tilanteita ihmisen toimintakyvyn ja sen rajoitteiden näkökulmasta. Se määrittelee terveyden osatekijöitä sekä terveyteen liittyviä hyvinvoinnin osatekijöitä ja se kuvaa niitä terveyden aihealueina sekä terveyden lähiaihealueina. ICF koskee kaikkia ihmisiä, eikä vain niitä, joilla on toimintarajoitteita. (World Health Organization 2001, 7.)

ICF-luokituksessa on kaksi eri osaa, jotka käsittelevät toimintakykyä ja toimintarajoitteita (Osa 1) sekä kontekstuaalisia tekijöitä (Osa 2). Toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin kuuluu Ruumiin ja kehon toiminnot sekä Ruumiin rakenteet, ja näiden pääryhmät on ryhmitelty elinjärjestelmittäin. Lisäksi ensimmäiseen osaan kuuluu myös Suoritukset ja osallistuminen osa-alue. Se kattaa tarkasti aihealueet, jotka kuvaavat sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta toimintakykyä. Kontekstuaalisten tekijöiden osa-alueisiin kuuluu Ympäristötekijät ja Yksilötekijät. (World Health Organization 2001, 7–8.)

Ruumiin ja kehon toimintoihin sekä Ruumiin rakenteisiin kuuluu elinjärjestelmien fysiologiset sekä psykologiset toiminnot, ruumiin anatomiset osat sekä erilaiset vajavuudet, kuten huomattavat poikkeamat ja puutokset toiminnoissa tai rakenteissa. Suoritukset ja osallistuminen osa-alue kattaa kaikki elämän alueet, ja tässä voidaan kuvata joko suorituksia tai osallistumista tai molempia. (World Health Organization 2001, 12, 14.)

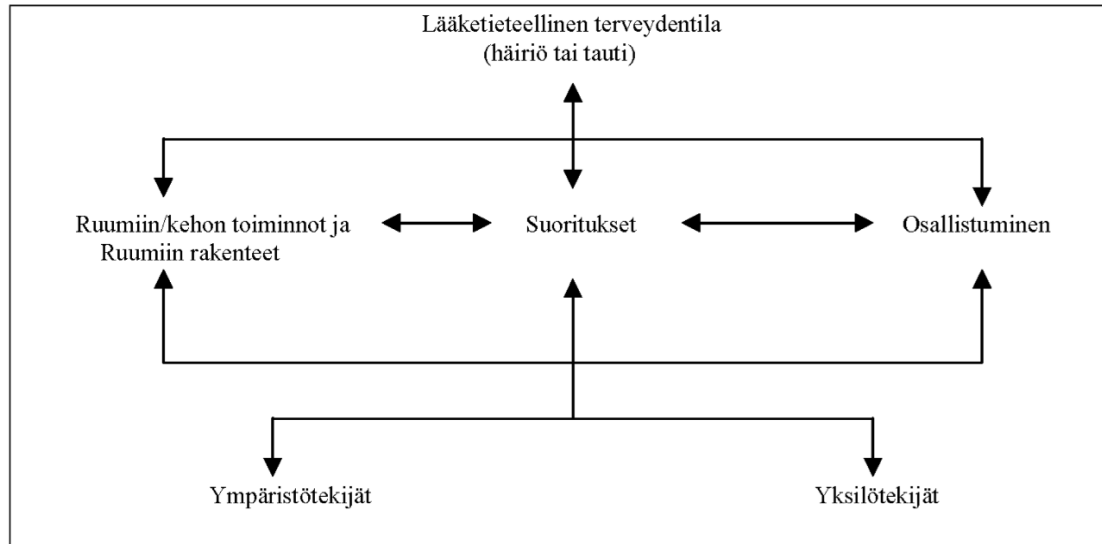
Kontekstuaalisiin tekijöihin kuuluu kaikki yksilön elämiseen liittyvät taustat ja yksilön elämä. Siihen liittyvät sekä Ympäristö- että Yksilötekijät, joista kumpikin saattaa vaikuttaa yksilön lääketieteelliseen ja toiminnalliseen terveydentilaan. (World Health Organization 2001, 16.)

Ympäristötekijät ovat yksilön ulkopuolella ja niihin kuuluu fyysinen ja sosiaalinen ympäristö sekä asenneympäristö – eli ympäristö, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Nämä tekijät voivat vaikuttaa myönteisesti ja kielteisesti esimerkiksi yksilön suorituksiin ja ruumiin toimintoihin. Ympäristötekijät

voidaan jaotella kahteen tarkastelutasoon, joista ensimmäinen on yksittäisen ihmisen taso eli väli-  
 tön ympäristö. Esimerkiksi ihmisen koti kuuluu tähän luokkaan. Toinen taso eli yhteiskuntataso  
 puolestaan käsittää laajempia kokonaisuuksia, kuten sosiaaliset rakenteet ja palvelut sekä järjes-  
 telmät yhteisöissä tai yhteiskunnassa. Yksittäisen ihmisen tasoon kuuluu ympäristön fyysiset ja  
 aineelliset piirteet, kun taas yhteiskuntataso käsittää ympäristön sosiaalisen puolen. (World Health  
 Organization 2001, 16–17.)

Yksilötekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, rotu, ikä, yleiskunto, elämäntavat, taustat, luonteen-  
 omaiset käytöspiirteet ja henkiset vahvuudet. Nämä asiat muodostavat yksilön sellaisen elämän ja  
 elämisen taustan, joka ei kuulu yksilön lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan. Yksi-  
 lötekijöitä ei erikseen luokitella ICF-luokituksessa, mutta ne saattavat silti tavalla tai toisella vaikut-  
 taa lopputulokseen. (World Health Organization 2001, 17.)

Nämä kaikki osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa, ja jos yhteen osa-alueeseen kohdistuu  
 interventio, se saattaa vaikuttaa yhteen tai useampaan osa-alueeseen (kuvio 1) (World Health Or-  
 ganization 2001, 18–19).



KUVIO 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet

### 3.1 ICF-CY-luokitus

ICF-CY eli International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth on ICF-luokituksesta johdettu versio, joka kuuluu WHO:n kansainvälisiin luokituksiin. Sen tarkoitus on ottaa huomioon kehittyvän lapsen ominaisuudet ja lasta ympäröivät olosuhteet. Tämä versio kehitettiin, koska sille koettiin yleisesti olevan tarvetta lasten ja nuorten sosiaali- ja terveystalouden sekä opetuksen osa-alueilla. Lasten ja nuorten terveyteen ja toimintarajoitteisiin liittyvät asiat ovat jo intensiteetiltään ja vaikutukseltaan erilaisia kuin aikuisilla. Nämä asiat tulee ottaa huomioon, jotta luokitus tuo näkyviin kehitykseen liittyvät muutokset ja kattaa eri ikäryhmien ja ympäröivien olosuhteiden ominaispiirteet. (World Health Organisation 2007, 7.)

ICF-CY on yhteensopiva ICF-luokituksen kanssa, mutta se soveltaa ICF-luokituksen sisältämää tietoa laajemmin alle 18-vuotiaiden lasten ja nuorten ominaispiirteiden dokumentoimiseen. ICF-CY on sisällöllisesti kattavampi ja yksityiskohtaisempi kuin pääteos, jotta se kattaa kaikki täsmälliset vauvoihin, taaperoihin, lapsiin ja nuoriin liittyvät asiat kehon toimintojen ja rakenteiden, suorittamisen ja osallistumisen sekä ympäristötekijöiden osa-alueilla. (World Health Organisation 2007, 11.)

Osa ICF-luokituksen luokista ja alaluokista soveltuu sellaisenaan kasvun ja kehityksen sekä lapsen ja nuoren "toiminnallisen terveyden" kuvaamiseen, mutta se jättää huomiotta myös monia sosiaalisia ja kulttuurisia funktioita. Suurimmat erot ICF:n ja ICF-CY:n välillä liittyvät lapsen ja nuoren asemaan sekä näissä ikäryhmissä kasvun ja kehityksen merkitykseen. Verrattuna aiempien luokitusten tekemiseen, ICF-CY valmistui melko nopeasti ja sai lopullisen muotonsa vuonna 2007. Lasten ja nuorten ICF-luokituksesta ei ole suomenkielistä versiota. (Vilkkumaa 2012, viitattu 1.10.2015.)

### 3.2 ICF ydinlistat

ICF Core Set eli ydinlista tarkoittaa tiivistettyä toimintakyvyn kuvausta. Ydinlistaan kerätään tietyille asiakasryhmälle vain olennaiset kuvauskohteet, jotta toimintakyvyn kuvaaminen helpottuu käytännössä. Ydinlistat sisältävät siis sen vähimmäismäärän kuvauskohteita, joita tarvitaan kuvaamaan asiakkaan toimintakykyä tietyssä tilanteessa sairauden tai vamman seurauksena. Laaja ydinlista sisältää 90–140 ICF-kuvauskohdetta. Laajaa ydinlistaa käytetään, kun tarvitaan tarkka moniammatillinen kuvaus asiakkaan toimintakyvystä. Lyhyt ydinlista sisältää noin 10–20 kuvauskohdetta

ja sitä voi käyttää missä tahansa sosiaali- ja terveysalan tilanteessa toimintakyvyn kuvaamiseksi.  
(Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2014, viitattu 21.4.2015.)



## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämä tutkimus on osa kansallista CP-lasten kuntoutusta ja seuranta kehittävän hankkeen toista vaihetta. Tutkimuksen tehtävänä on kuvailla CP-vammaisille lapsille laadittujen kuntoutussuunnitelmien sisältöjä. Lisäksi tutkimuksessa kuvataan kuntoutussuunnitelmien sisältö CP-lasten laajan ICF ydinlistan mukaisesti. Tutkimuksessa tuotetaan lisäksi tietoa kuntoutussuunnitelmissa tunnistettavista muutoksista hankkeen aikana.

Tutkimuksessa haetaan vastauksia kysymyksiin ”Mitä CP-vammaisten lasten kuntoutussuunnitelmat sisältävät tarkastuslistan mukaan kuvattuna?” ja ”Mitä CP-vammaisten lasten kuntoutussuunnitelmat sisältävät CP-lasten ydinlistan mukaan kuvattuna?”. Lisäksi tutkimuksessa vastataan kysymykseen ”Minkälaisia muutoksia ennen hanketta ja hankkeen aikana tehdyissä kuntoutussuunnitelmissa ilmenee?”.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto sisältää 24 lapsen kuntoutussuunnitelmat, joille kaikille on tehty kuntoutussuunnitelma ennen CP-hankkeen toiseen vaiheen aloitusta sekä hankkeen aikana. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita mahdollisista kuntoutussuunnitelmien sisällöissä hankkeen aikana tapahtuneista muutoksista. Tämän vuoksi aineistoon valittiin mukaan niiden CP-vammaisten lasten kuntoutussuunnitelmat, joille oli tuotettu suunnitelmat niin, että niiden välillä oli vähintään yksi vuosi. Tässä vaiheessa aineistosta karsiutui pois viiden lapsen kuntoutussuunnitelmat, joten jäljelle jäi 19 lapsen kuntoutussuunnitelmat. Aineistoon otettiin siis 19 lapselle ennen hanketta tuotettu kuntoutussuunnitelma sekä hankkeen aikana tuotettu viimeisin suunnitelma. Aineiston kokonaismäärä oli 38 kuntoutussuunnitelmaa. 19 lapsen kuntoutussuunnitelmat jaettiin neljälle henkilölle analysoitavaksi, eli kolme tutkijaa saivat yhteensä viiden lapsen suunnitelmat ja yksi sai neljän lapsen suunnitelmat.

Aineisto muodostui 37 yhdistelmäepikriisistä ja yhdestä nimeämättömästä potilasasiakirjasta. Tämän lisäksi aineistoon kuului 11 erillistä tulotilannetta kuvaavaa asiakirjaa sekä 25 erillistä lausuntoa, kuten toimintaterapeutin tai puheterapeutin lausuntoja. Yhdistelmäepikriisit sisälsivät tiivistystyysti erityistyöntekijöiden lausunnot, mikäli ne olivat saatavilla yhdistelmäepikriisin laatimishetkellä. Yhdistelmäepikriisiin oli liitetty mukaan alkuperäisessä laajuudessaan lääkärin laatima tulotilanneteksti ja erityistyöntekijöiden lausunnot. Tämä yhdistelmäepikriisi oli lähetetty kuntoutussuunnitelmana kuntoutuksen kustantavalle taholle. Aineisto rajattiin yhdistelmäepikriiseihin poikkeuksena yksi nimeämätön potilasasiakirja, joka oli yhdistelmäepikriisiä vastaava. Rajaus perusteltiin siten, että kuntoutussuunnitelman tulisi olla yksi yhtenäinen moniammatillinen teksti, eikä useita erillisiä asiakirjoja. Yhdistelmäepikriisit sisälsivät useimmiten kuntoutussuunnitelmaosion, joten tämä oli myöskin perusteena rajaamiselle.

Aineisto muodostui asiakirjateksteistä, joita oli 201 sivua, joista yhdistelmäepikriisejä oli 118 sivua. Kokonaismäärältään pisin potilasasiakirja sisälsi 12 sivua tekstiä ja lyhin kaksi sivua tekstiä. Yhdistelmäepikriiseistä pisin sisälsi kuusi sivua tekstiä ja lyhimät kaksi sivua tekstiä.

Yhdistelmäepikriisit sisälsivät useimmiten lääkärin kirjoittaman tekstin lisäksi erityistyöntekijöiden, kuten fysioterapeutin tiivistelmät omista lausunnoistaan. Näiden lisäksi lopussa oli yhtä lukuun ottamatta kuntoutussuunnitelma tai sitä vastaava osio. Sana "kuntoutussuunnitelma" oli mainittu 20:ssä 38:sta yhdistelmäepikriisissä. Lisäksi 17 yhdistelmäepikriisissä oli käytetty jotain muuta vastaavaa termiä kuntoutussuunnitelman sijaan, kuten jatkosuunnitelma, yhteenveto, suositukset tai hoitosuunnitelma. Alun perin oli tarkoitus analysoida ainoastaan kuntoutussuunnitelmia. Analysoitaessa kävi kuitenkin ilmi, että se ei ollutkaan niin yksinkertaista, koska varsinaisen kuntoutussuunnitelma-otsikon alla oli vain pari kappaletta tekstiä ja usein kuntoutussuunnitelman tavoitteet ja kuntoutujan toimintakyvyn kuvaus oli sisällytetty yhdistelmäepikriisiin.

## **5.2 Aineiston analyysi**

### **5.2.1 Tarkastuslista**

Analyysin tekemiseen on käytetty yliopettaja Arja Veijolan ja yliopettaja Ira Jeglinsky-Kankaisen vuonna 2015 tekemää tarkastuslistaa (liite 1). Tarkastuslista perustuu Ira Jeglinsky-Kankaisen aikaisemmin tuottamaan ja käyttämään listaan. Sen ensimmäinen osio sisältää taustatiedot, kuten esimerkiksi tutkimuskoodi ja onko kyseessä ennen hanketta vai hankkeen aikana tehty suunnitelma. Lisäksi tarkastuslistan mukaan arvioidaan, onko kuntoutussuunnitelmien tuottamisessa käytetty GMFCS-, MACS- tai CFCS-luokituksia. Tarkastuslistan mukaan toimintakyvyn kuvaus sekä kuntoutukselle asetetut tavoitteet sillataan käyttäen CP-lasten ja nuorten laajaa ICF-ydinlistaa.

Seuraavaksi tarkastuslistan mukaan tarkastellaan, onko aineistossa viitattu henkilökohtaiseen opetuksen järjestämistä koskevaan suunnitelmaan eli HOJKS:aan. Lapset, jotka ovat erityisen tuen piirissä, ovat oikeutettuja HOJKS:n laadintaan. Erityinen tuki sisältää erityisopetuksen ja oppilaan tarvitseman muun tuen. Erityisopetus on pedagogista tukea, kun taas muu tuki on koulunkäynnin tukea. Oppilaille, joille on myönnetty erityinen tuki, laaditaan henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma. Se sisältää muun muassa opetuksen erityiset painopisteet, oppilaan edistymisen seurannan ja arvioinnin, oppilaan mahdollisuuden osaamisen osoittamiseen eri tavoilla, oppilaan itsearvioinnin sekä muut opetukselliset ratkaisut, kuten opetusmenetelmät, materiaalit, joustavat ryhmittelyt, samanaikainen opetus, opiskelustrategiat, kommunikointitavat ja työskentelytavat. Kaikki ne oppiaineet, jotka oppilas opiskelee yksilöllistetyn oppimäärän mukaan, tulee

määritellä HOJKS:ssa. Määrittelyyn kuuluu opetuksen tavoitteet, keskeiset sisällöt sekä kuvaus edistymisen seuraamis- ja arviointitavoista. (Opetushallitus 2015, viitattu 23.9.2015.)

Tarkastuslistan mukaan selvitetään myös, onko erityistyöntekijöitä mainittu yhdistelmäepikriiseissä. Erityistyöntekijät rajattiin sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisiin sekä henkilökohtaisiin avustajiin. Lisäksi tarkastuslistaan merkitään aineistossa käytetyt mittarit ja niiden lukumäärä sekä kuntoutussuunnitelman toteutukseen integroituvat terapiamuodot ja -määrät. Tarkastuslistaan merkitään myös perheen rooli lapsensa kuntoutuksen kokonaisuudessa ja GAS-menetelmän käyttö.

## **5.2.2 CP-vammaisten lasten ja nuorten ydinlista**

CP-vammaisille lapsille ja nuorille on tuotettu omat ICF ydinlistat. Ydinlistoja on kaikkiaan viisi kappaletta. Laaja ydinlista CP-vammaisille lapsille ja nuorille ja lyhyt ydinlista CP-vammaisille lapsille ja nuorille käsittävät kaikki eri ikäluokat. Lisäksi on määritelty lyhyet ydinlistat huomioiden CP-vammaisen lapsen ikä eli lyhyt ydinlista 0–6-vuotiaille, 6–13-vuotiaille sekä 14–18-vuotiaille. (ICF Research Branch, 2012, viitattu 21.4.2015.) Tutkimuksessa on käytetty laajaa ydinlistaa, joka sisältää 135 kuvauskohdetta (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 2.10.2015). Koska tarkoitus on tutkia kuntoutussuunnitelmia laajasti ja moniammatillisesta näkökulmasta, on käytetty laajaa CP-ydinlistaa.

## **5.2.3 Analyysin perustelut**

Analyysi aloitettiin niin, että kaikki neljä tutkimuksen tekemiseen osallistuvaa fysioterapeuttipiskelijää tutustuivat aineistoon ja lukivat yhdistelmäepikriisit. Kaikki tekivät tarkastuslistan mukaan ohjautuvan analyysin yhdestä yhdistelmäepikriisistä. Tässä vaiheessa tehtiin yhteistyötä CP-hankkeeseen toisen organisaation vastaavaa aineistoa analysoivan Oulun yliopiston terveystieteen laitokselle progradu-työtä tekevän opiskelijan kanssa. Myös yliopiston opiskelija teki analyysin yhdestä yhdistelmäepikriisistä. Ensimmäisen yhdistelmäepikriisin tarkastelun jälkeen tutkimukseen osallistuneet neljä fysioterapeuttipiskelijää sekä yliopiston opiskelija kävivät yhdessä läpi tarkastamansa yhdistelmäepikriisit. Toiminnan tarkoituksena oli varmistaa, että kaikki kuntoutussuunnitelmien analyysiä tekevät toimivat yhdenmukaisesti. Kun analysointi oli saatu valmiiksi, tuotokset

vaihdettiin pareittain ja käytiin läpi etsien mahdollisia eroavia kohtia. Tähän vaiheeseen liittyi paljon keskustelua kaikkien työhön osallistuvien kesken. Näin pyrittiin varmistamaan, että kaikki analyysiä tekevät toimivat mahdollisimman yhdenmukaisesti.

Tämän analysointivaiheen jälkeen yhdistelmäepikriisit sillattiin CP-vammaisten lasten laajan ydinlistan mukaan. Yhdistelmäepikriisit sillattiin kokonaan tarkoitusta varten tuotettuun taulukkoon. Taulukoista tuotettiin yhteenvetotaulukko, joka antaa tietoa siitä, mille ICF-osa-alueille kuntoutussuunnitelmien sisällöt painottuvat. Lisäksi CP-ydinlistaan sillattiin aineistoissa kuvatut tavoitteet ja niihin yhdistyvät toimintakykykuvaukset (ICF-koodit). Tällä tavoin saatiin selville tutkimustehtävien kannalta oleelliset asiat.

Yhdistelmäepikriisien siltaaminen on suoritettu Ciezan ym. (2005) siltaussääntöjen mukaan. Esimerkiksi yhdistelmäepikriisissä oleva lause ”Oikean käden käytön edellytykset ovat hyvät, herkästi käsi jää passiiviseksi, vasenta kättä mieluummin käyttää.” (teksti 2) on sillattu kohtaan d445 Käden ja käsivarren käyttäminen. Koska siltauksista haettiin lisäksi tavoitteet ja niitä vastaavat toimintakyvyn kuvaukset, siltaustaulukosta etsittiin Tavoitteet-kohdasta tavoite, esimerkiksi: ”Tavoitteena kävelyn sujuvuuden parantaminen ja omiin jalkoihin kompastumisen vähentäminen”, joka oli sillattu kohtaan d450 Käveleminen. Tälle löytyy samasta kohdasta vastaava toimintakyvyn kuvaus ”Hän kompastelee herkästi, myös tasaisella alustalla.” (Teksti 14.) Useat tavoitteet olivat epämääräisiä ja tulkinnanvaraisia, jonka vuoksi kaikki tavoitteet on käyty yhdessä läpi yhdenmukaisen analysoinnin takaamiseksi. Ennen hanketta ja sen aikana tehtyjen yhdistelmäepikriisien tavoitteet laskettiin yhteen, minkä lisäksi laskettiin, kuinka monessa toimintakyvyn kuvaus ei vastannut tavoitteita ja kuinka monessa tavoitteita ei ollut lainkaan.

Tässä tutkimuksessa on käytetty tutkimusmenetelmänä sisällönanalyysin periaatteita. Tutkimuksessa on myös kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on pyrkiä kuvaamaan todellista elämää sekä tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tyypillisesti aineisto kerätään luonnollisista, autenttisista tilanteista, kuten tässä tapauksessa kuntoutussuunnitelmista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 161–164.) Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen menetelmä, jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysissä on siis tärkeää erottaa samanlaisuudet ja erilaisuudet tutkimusaineistosta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–24.)

Sisällön analyysillä tarkoitetaan sekä sisällön sanallista kuvailua että kvantitatiivista dokumenttien analysointia. Tutkimusongelmista ja aineistosta johtuen sisällönanalyysillä tarkoitetaan niin sisällön sanallista kuvailua kuin myös kvantitatiivista dokumenttien analyysia, jossa kuvaamme määrällisesti kuntoutussuunnitelmien sisältöä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a, viitattu 12.10.2015.)

Tutkimuksen tulokset ovat kvantifioinnin periaatteita hyödyntäen muutettu määrälliseen muotoon. Tämä on tehty siten, että on laskettu yhteen esimerkiksi se, montako kertaa kuntoutussuunnitelmissa mainitaan HOJKS tai sen alle menevät asiat. Kuntoutussuunnitelmien tavoitteiden muuttamisessa määrälliseen muotoon on käytetty työkaluna ICF-viitekehysten mukaan tehtyä CP-vammaisten lasten ydinlistaa. Tavoitteet on sillattu ICF-koodeille. Koodaaminen on yksi keino muutettaessa tietoa määrälliseen muotoon, mistä puhuvat myös Saaranen-Kauppinen & Puusniekka tutkimusmenetelmien tietoarkistossaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b, viitattu 12.10.2015.)

Tässä laadullisessa tutkimuksessa määrällinen analyysi palvelee tarkoitusta, sillä muuttamalla määrälliseen muotoon esiin tulleita asioita on varmistettu, että tehdyt päätelmät eivät perustu vain tuntumaan. Lisäksi oli tarpeellista koota keskeisimmät tutkimuksen tulokset taulukoiksi havainnollistamaan analysoitujen aineiston sisältöä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b, viitattu 12.10.2015.)

## 6 TULOKSET

Kuntoutussuunnitelmat eli tässä tapauksessa yhdistelmäepikriisit sisälsivät vaihtelevasti tarkastuslistassa olleita asioita. CP-lasten ydinlistan mukaan kuvattuna yhdistelmäepikriiseihin laadittu toimintakyvyn kuvaus kohdentui eniten Suoritukset ja osallistuminen osa-alueelle. Toiseksi eniten mainintoja sisälsivät Ruumiin/kehon toiminnot, kolmanneksi Ympäristökijät ja vähiten Ruumiin rakenteet osa-alue. Sama ilmiö oli havaittavissa sekä ennen hanketta että hankkeen aikana laadituissa yhdistelmäepikriiseissä. Lisäksi kuntoutuksen tavoitteiden ja lasten toimintakyvyn kuvauksen siltaaminen CP-vammaisten lasten ydinlistalle osoittivat, että noin neljänneksestä lapsille ja nuorille laadituista kuntoutuksen tavoitteista puuttui tavoitetta vastaava tämänhetkinen toimintakyvyn kuvaus.

### 6.1 Kuntoutussuunnitelmien sisällöt tarkastuslistan mukaan kuvattuna

Ennen hanketta laadituissa yhdistelmäepikriiseissä GMFCS -luokitus oli mainittu vain yhden kerran ja hankkeen aikana tehdyissä yhdistelmäepikriiseissä viisi kertaa. MACS- ja CFCS-luokituksia ei mainittu kertaakaan ennen hanketta ja hankkeen aikana MACS oli mainittu kolme kertaa sekä CFCS yhden kerran.

Ennen hanketta tehdyissä yhdistelmäepikriiseissä HOJKS:aa eli henkilökohtaista opetuksen järjestämistä koskevaa suunnitelmaa ei mainittu kertaakaan. Hankkeen aikana HOJKS oli mainittu kahdeksan kertaa. HOJKS:aan liittyen oli mainittu pidennetty oppivelvollisuus, kuvaus oppilaan oppimisvalmiuksista ja kehittämishaasteista.

Erityistyöntekijöitä oli mainittu sekä ennen hanketta että hankkeen aikana kaikissa 38:ssa yhdistelmäepikriiseissä. Näitä erityistyöntekijöitä olivat esimerkiksi neuropsykologi, puheterapeutti, fysioterapeutti ja lastenneurologi.

Ennen hanketta mittareita oli mainittu 4:ssä 19:sta, neljässä eri yhdistelmäepikriiseissä. Käytettyjä mittareita olivat Romberg, puheterapeutin testit, Quest ja kuuden minuutin kävelytesti. Hankkeen

aikana 12:ssa 19:stä yhdistelmäepikriisissä oli käytetty 11 erilaista arviointimittaria. GMFM66 -mittaria oli käytetty kahdeksan kertaa ja kuuden minuutin kävelytestiä neljä kertaa. Seuraavia testejä oli käytetty vain kerran: kävelytesti, COPM-testi, Reynell-testi, ”kertomis- ja ilmaisutaitotestit”, ”toimintaterapeutin testit”, PCI -testi, M-fun -testi, VMI -testi ja TUG -testi.

GAS-menetelmä oli mainittu kaksi kertaa ennen hanketta laadituissa yhdistelmäepikriiseissä. Näissä ei kuitenkaan ollut mainintaa GAS-asteikosta, josta ilmeni tavoitetaso. Hankkeen aikana laadituissa yhdistelmäepikriiseissä mainintoja GAS-menetelmästä oli kolme, mutta myöskään näissä ei ollut mainintaa GAS-asteikosta.

Kuntoutuksen toteutus suunnitelma oli laadittu kaikkiin ennen hanketta tehtyihin yhdistelmäepikriiseihin. Näistä 19 toteutus suunnitelmasta 18 sisälsi fysioterapiaa, kahdeksan toimintaterapiaa ja kahdeksan puheterapiaa. Hankkeen aikana tehtyihin 19 yhdistelmäepikriisiin oli kaikkiin laadittu toteutus suunnitelma. Näistä 19 suunnitelmasta 18 sisälsi fysioterapiaa, 12 puheterapiaa, 12 toimintaterapiaa ja yksi ratsastusterapiaa.

Tarkastuslistan kolme viimeistä kysymystä käsittelevät perheen rooleja, vastuuta ja osallisuutta lapsen kuntoutukseen. Yhdistelmäepikriisejä lukiessa havaittiin, että selkeitä mainintoja perheen vastuusta, rooleista ja kotona tapahtuvasta kuntoutusta tukevasta toiminnasta oli vain muutama. Vastusten saaminen kyseisiin kysymyksiin osoittautui todella tulkinnanvaraiseksi, minkä vuoksi numeristen tulosten saaminen oli vaikeaa. Tästä johtuen tulokset eivät olisi olleet luotettavia. Yhdistelmäepikriisit, jotka oli laadittu ennen hanketta, sisälsivät vanhempien mainintoja kuntoutujasta, kuten ”liikkuu tukea vasten askelia, äidin mukaan Dallarilla liikkuu hyvin, lisäksi konttaa, nyt uutena taitona kävelee polvikävelyä” (teksti 1). Tästä esimerkistä käy ilmi, että lapsen äitiä on kuultu, mutta perheen vastuuta, rooleja ja kotona tapahtuvaa kuntoutusta tukevaa toimintaa ei tule esille. Esimerkin kaltaisia mainintoja vanhemmista, yleensä äidistä, löytyi lähes jokaisesta yhdistelmäepikriisistä. ”Vartalon kierto puuttuu lähes kokonaan ja sitä ohjattu harjoittamaan nyt kotona” (teksti 6) on esimerkki selkeästä perheen vastuuttamisesta. Tämän kaltaisia mainintoja ennen hanketta laadituissa aineistoissa oli vain muutama.

Aineistoissa, jotka on laadittu hankkeen aikana, löytyi samalla tavalla paljon mainintoja perheenjäsenistä, yleisimmin äidistä. Mainintoja oli lähes jokaisessa yhdistelmäepikriisissä. Aineistosta löytyneistä maininnoista perheenjäsenistä oli vaikea tulkita, kuuluvatko ne perheen vastuuseen, rooleihin tai kuntoutusta tukevaan toimintaan. Tästä esimerkkinä on aineistosta ote: ”Keskusteltu äidin

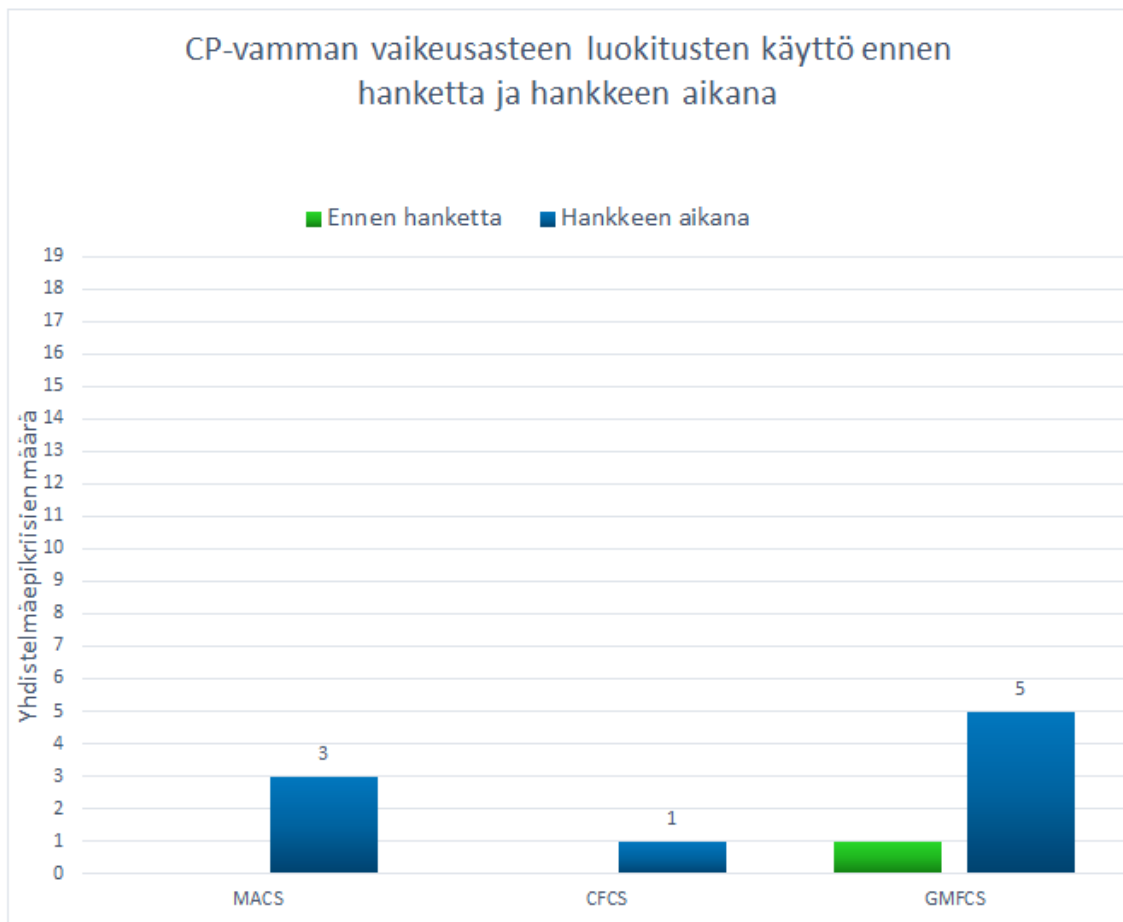


kanssa 1 rkl:n rypsiöljylisästä jokaiselle lämpimälle aterialle energiantarpeen turvaamiseksi” (teksti 1). Äidin kanssa on keskusteltu rypsiöljylisästä, mutta selkeästi ei ole kerrottu, kenen vastuulla sen antaminen on. Onko vastuu perheellä, päiväkodin henkilökunnalla tai esimerkiksi koululla?

Ennen hanketta tehdyissä yhdistelmäepikriiseissä 15/19:stä sisälsi tavoitteita, neljässä ei siis ollut tavoitteita mainittu lainkaan. Yhteensä tavoitteita oli 32 ja näistä 24:lle löytyi vastaava toimintakyvyn kuvaus. Kahdeksalle tavoitteelle ei siis löytynyt vastaavuutta toimintakyvyn kuvauksista. Yhdistelmäepikriiseissä, jotka oli tehty hankkeen aikana, 14/19:stä sisälsi tavoitteita. Viidessä yhdistelmäepikriiseissä tavoitteita ei ollut mainittu. Tavoitteita oli yhteensä 67 kappaletta, joista 51:lle löytyi vastaava toimintakyvyn kuvaus. 16 tavoitetta oli mainittu ilman vastaavaa toimintakyvyn kuvausta. Prosentuaalisesti siis ennen hanketta tehdyissä yhdistelmäepikriiseissä 25 % sisälsi sellaisia tavoitteita, joille ei löytynyt vastaavaa toimintakyvyn kuvausta. Hankkeen aikana tehdyissä yhdistelmäepikriiseissä kyseinen prosenttiosuus oli 23,9 %.

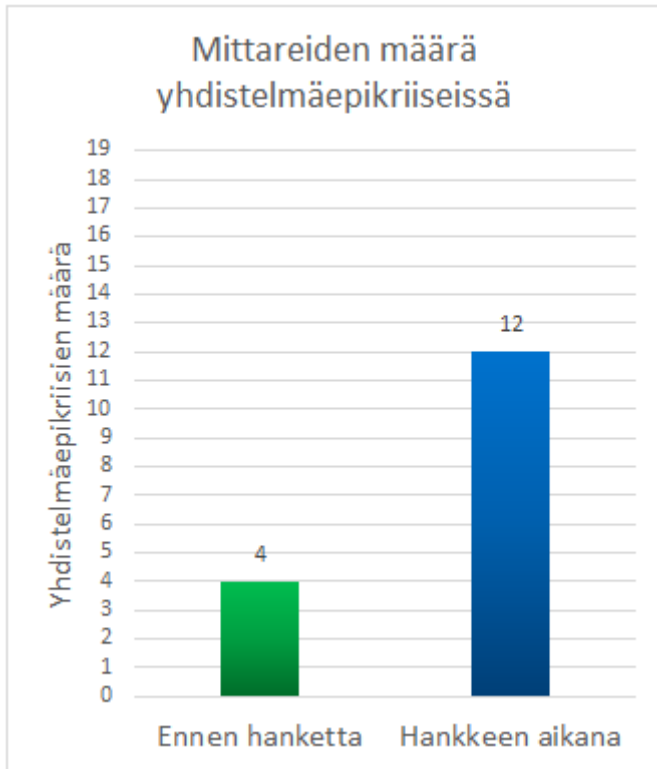
## **6.2 Kuntoutussuunnitelmissa havaitut muutokset tarkastuslistan mukaan kuvattuna**

Tarkastuslistassa mainitut asiat olivat vaihdellen muuttuneet hankkeen aikana. Esimerkiksi GMFCS-, MACS- ja CFCS-luokitusten käyttö (kuvio 1) oli lisääntynyt hieman. HOJKS-mainintoja oli hankkeen aikana tehty enemmän, kuin ennen hanketta, mutta on huomioitava, että ennen hanketta lapset ovat olleet pääsääntöisesti alle kouluikäisiä. Maininnat erityistyöntekijöistä eivät ole muuttuneet, koska heidät oli mainittu kaikissa analysoiduissa yhdistelmäepikriiseissä sekä ennen hanketta, että sen aikana.



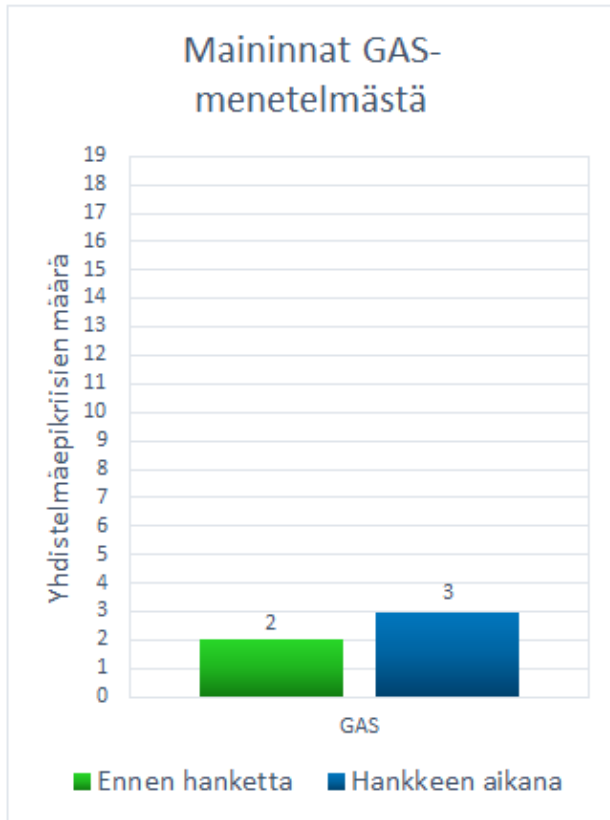
*KUVIO 1. MACS-, CFCS- sekä GMFCS- luokitusten käyttö ennen hanketta sekä hankkeen aikana.*

Erialaisten mittareiden käyttö oli hankkeen aikana lisääntynyt reilusti. Mittareita oli käytetty hankkeen aikana enemmän ja lisäksi niiden kirjo oli laajempi. (kuvio 2).

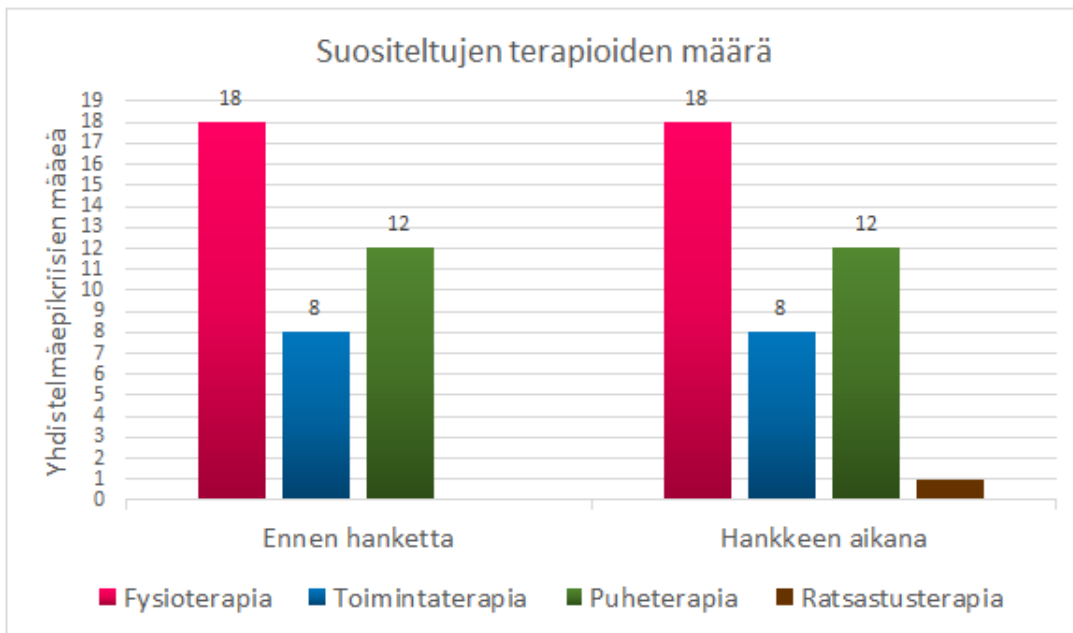


*KUVIO 2. Käytettyjen mittareiden lukumäärä yhdistelmäepikriiseissä ennen hanketta ja hankkeen aikana.*

GAS-tavoitteiden käytössä puolestaan ei ollut tapahtunut merkittävää muutosta, eikä GAS-asteikkoa ollut mainittu kertaakaan (kuvio 3). Kuntoutuksen toteutussuunnitelma oli laadittu kaikkiin yhdistelmäepikriiseihin ennen hanketta sekä sen aikana. Kaikille lapsille suositeltiin vähintään yhdenlaista terapiamuotoa (kuvio 4).



KUVIO 3. GAS-menetelmän käyttö ennen hanketta ja hankkeen aikana.



KUVIO 4. Yhdistelmäepikriiseissä määrätty terapiamuodot ennen hanketta ja hankkeen aikana.

Kun ennen hanketta ja hankkeen aikana tehtyjä aineistoja verrattiin keskenään, selkeitä mainintoja vanhempien rooleista, vastuusta ja ohjauksesta osana kuntoutusta oli hieman enemmän hankkeen aikana tehdyissä yhdistelmäepikriiseissä. Useammassa tekstissä tavoitteet kuntoutukselle oli laadittu yhdessä äidin tai perheen kanssa, esimerkiksi "Perheen kanssa mietitty kuntoutuksen tavoitteita" (teksti 14). Toisaalta eräässä yhdistelmäepikriisissä tavoitteet oli laadittu perheen tarpeiden pohjalta, mutta tekstissä ei mainittu, että perhe olisi ollut mukana tavoitteiden laadinnassa: "Varsinaiset GAS-tavoitteet mietittiin COPM-haastattelun pohjalta ja perheen tarpeiden pohjalta kuntoutusviikon aikana" (teksti 15). Näin ollen ei voida sanoa, että perheellä olisi suurta roolia tai vastuuta kuntoutuksen suunnittelussa. Kokonaisuudessaan voi sanoa, että perheen osallisuus kuntoutuksessa on hieman lisääntynyt hankkeen aikana. Silti mainintojen määrä oli vielä vähäinen aineiston kokonaismäärään suhteutettuna.

Yhdistelmäepikriiseissä asetettujen tavoitteiden määrä oli kasvanut huomattavasti. Kuitenkin sellaisten tavoitteiden määrä, joille ei ollut toimintakyvyn kuvausta, lisääntyi samassa suhteessa. Prosentuaalisesti tavoitteita vastaavia toimintakyvyn kuvauksia löytyi saman verran ennen hanketta ja hankkeen aikana tehdyissä yhdistelmäepikriiseissä (kuvio 5 & kuvio 6). Ennen hanketta 75 % tavoitteista sisälsi vastaavan toimintakyvyn kuvauksen, kun taas hankkeen aikana tehtyihin tavoitteisiin 76,1 %:iin löytyi toimintakyvyn kuvaus. Tilastollisesti merkittävää muutosta ei ole siis tapahtunut. Yllättävää oli, että vaikka tavoitteiden kokonaislukumäärä kasvoi, silti hankkeen aikana tehdyistä yhdistelmäepikriiseistä viisi ei sisältänyt tavoitteita ollenkaan, kun taas ennen hanketta luku oli neljä.



KUVIO 5. Toimintakyvyn kuvaus ja tavoitteet ennen hanketta.



KUVIO 6. Toimintakyvyn kuvaus ja tavoitteet hankkeen aikana.

### 6.3 Kuntoutussuunnitelmien sisällöt CP-lasten ydinlistan mukaan kuvattuna

Arvioinnin kohteena oli 38 kuntoutussuunnitelmaa. Siltaaminen on tehty CP-lasten laajan ydinlistan mukaan, joka sisältää 135 kuvauskohdetta. CP-lasten ydinlistan mukaan kuvattuna yhdistelmäepikriiseihin laadittu toimintakyvyn kuvaus kohdentui määrällisesti laajimmin suorituksia ja osallistumista kuvaavaan toimintakyvyn osa-alueeseen. Tämä visualisoituu CP-ydinlistan pohjalta laaditusta koontitaulukosta, johon on merkitty pystyviiva, mikäli kuvauskohteeseen on sillattu yksi tai useampi maininta yhdistelmäepikriisissä (liite 3). Eri kuvauskohteita oli käytetty Suoritukset ja osallistuminen osa-alueella yhteensä 512 kertaa.

Seuraavaksi eniten toimintakyvyn kuvaus koski Ruumiin ja kehon toiminnot osa-alueetta. Tällä toimintakyvyn osa-alueella eri kuvauskohteita oli käytetty 299 kertaa. Kolmanneksi eniten toimintakyvyn kuvaus koski ympäristötekijöitä. Tällä alueella mainintoja eri kuvauskohteissa oli yhteensä 211. Merkille pantavaa kuitenkin oli se, että ympäristötekijöiden pääluokka 4, johon kuuluu ympäristön asenteista kertovat kuvauskohteet, sisälsi tietoja yhdessä kuvauskohteessa ennen hanketta ja sen aikana. Muutoin loput 209 mainintaa kohdentuivat ympäristötekijöiden muihin neljään pääluokkaan, jotka käsittelevät yksilön sosiaalista ja fyysistä ympäristöä.

Ruumiin rakenteet osa-alue sisälsi puolestaan määrällisesti vähiten mainintoja. Tällä toimintakyvyn osa-alueella eri kuvauskohteita oli käytetty 34 kertaa.

Yhdistelmäepikriiseihin laadittu toimintakyvyn kuvaus painottui sekä ennen hanketta että hankkeen aikana samoille toimintakyvyn osa-alueille. Lisäksi kuntoutuksen tavoitteiden ja lasten toimintakyvyn kuvauksen siltaaminen CP-vammaisten lasten ydinlistalle osoittivat, että noin neljänneksestä lapsille ja nuorille laadituista kuntoutuksen tavoitteista puuttui tavoitetta vastaava tämänhetkinen toimintakyky sekä ennen hanketta että hankkeen aikana laadituissa yhdistelmäepikriiseissä.

### 6.3.1 Kuntoutussuunnitelmien sisällöt Suoritukset ja osallistuminen osa-alueella

Suoritukset ja osallistuminen osa-alueeseen kuuluu CP-ydinlistan mukaan neljä pääluokkaa. Ensimmäinen pääluokka käsittelee oppimista ja tiedon soveltamista. Tällä osa-alueella eniten kuvauksia löytyi d160 Tarkkaavuuden kohdentaminen–kuvauskohteeseen (n=15/38), mikä tarkoittaa, että 15 kuntoutussuunnitelmaa sisälsi kuvauksen tarkkaavuuden kohdentamisesta ja 23 kuntoutussuunnitelmasta puuttui kuvaus kyseisestä kuvauskohteesta. Toiseksi eniten löytyi kuvauksia kuvauskohteeseen d130 Jäljitteleminen (n=8/38) ja kolmanneksi eniten d133 Kielen oppiminen (n=6/38). Muihin kuvauskohteisiin löytyi toimintakyvyn kuvaus 1–5 kuntoutussuunnitelmasta, lukuun ottamatta d131 Oppiminen esineiden avulla–, d172 Laskeminen–, d175 Ongelman ratkaiseminen– ja d177 Päätöksen tekeminen–kuvauskohdetta, joille ei löytynyt kuvausta yhdestäkään kuntoutussuunnitelmasta.

Seuraava pääluokka Suoritukset ja osallistuminen osa-alueesta on yleisluontoiset tehtävät ja vaatteet, joka sisältää vain kolme kuvauskohdetta. Tässä luokassa eniten löytyi kuvauksia kuvauskohteeseen d250 Oman käyttäytymisen hallinta (n=7/38). D220 Useiden tehtävien tekeminen–kuvauskohteeseen löytyi kuvaus vain kahdesta kuntoutussuunnitelmasta ja d230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen–kuvauskohteeseen löytyi kuvaus yhdestä kuntoutussuunnitelmasta.

Pääluokka 3 käsittelee kommunikointia. Tästä pääluokasta eniten kuvauksia löytyi kuntoutussuunnitelmista kuvauskohteeseen d330 Puhuminen (n=33/38). Toiseksi eniten kuvauksia löytyi kuvauskohteeseen d310 Puhuttujen viestien ymmärtäminen (n=25/38). Muille kuvauskohteille löytyi vähemmän kuvauksia vaihdellen 1–6 kuntoutussuunnitelmasta.

Pääluokka 4 käsittelee liikkumista, joka sisältää 12 kuvauskohdetta. Tälle CP-lasten ydinlistan osa-alueelle kohdentui eniten mainintoja kuntoutussuunnitelmissa. D440 Käden hienomotorinen käyttäminen (n=33/38) oli kuvauskohde, jolle löytyi eniten kuvauksia, d445 Käden ja käsivarren käyttäminen (n=30/38) kuvauskohde, jolle löytyi toiseksi eniten kuvauksia ja d455 Liikkuminen paikasta toiseen (n=27/38) kuvauskohde, jolle löytyi kolmanneksi eniten kuvauksia. Seuraavaksi eniten kuvauksia oli d410 Asennon vaihtaminen–kuvauskohteessa (n=24/38) ja d450 Käveleminen–kuvauskohteessa (n=23/38). D415 Asennon ylläpitäminen sisälsi 19/38 kuvausta. Loppuja ydinlistan 4. pääluokan kuvauskohteita löytyi 1–10 kuntoutussuunnitelmasta.



Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen viides pääluokka käsittelee itsestä huolehtimista. Tämä pääluokka sisältää seitsemän kuvauskohdetta, joista eniten löytyi kuvauksia kuntoutussuunnitelmista kuvauskohteeseen d550 Ruokaileminen (n=23/38). Toiseksi eniten kuvauksia löytyi kuvauskohteeseen d540 Pukeutuminen (n=20/38) ja kolmanneksi eniten kuvauskohteeseen d530 WC:ssä käyminen (n=13/38). D560 Juominen–kuvauskohteelle löytyi kuvaus 7 kuntoutussuunnitelmasta ja d510 Peseytyminen–sekä d520 Kehon osien hoitaminen–kuvauskohteille löytyi kuvaukset vain yhdestä kuntoutussuunnitelmasta. D570 Omasta terveydestä huolehtiminen–kuvauskohteelle ei löytynyt kuvausta yhdestäkään kuntoutussuunnitelmasta.

Seuraava pääluokka käsittelee kotielämää, joka sisältää vain kaksi kuvauskohdetta. Kuntoutussuunnitelmissa löytyi vain yksi maininta d640 Kotitaloustöiden tekeminen–kuvauskohteesta. D630 Aterioiden valmistaminen–kuvauskohdetta ei oltu kuvattu kertaakaan.

Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet on Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokka 7, joka sisältää viisi kuvauskohdetta. D710 Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus oli kuvauskohde, jolle löytyi eniten kuvauksia kuntoutussuunnitelmista (n=25/38). D720 Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus (n=2) ja d750 Vapamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (n=3) olivat kuvauskohteita, joiden ilmeneminen kuntoutussuunnitelmissa oli hyvin vähäistä. D760 Perhesuhteet– ja d770 Intiimit ihmissuhteet–kuvauskohteita ei oltu kuvattu ollenkaan.

Pääluokka kahdeksan käsittelee keskeisiä elämänalueita sisältäen viisi kuvauskohdetta. Niistä eniten oli käytetty kuvauskohdetta d815 Esiopetus (n=24/38). D880 Leikkiminen oli toiseksi eniten käytetty kuvauskohde (n=18) ja kolmanneksi eniten käytetty kuvauskohde oli d820 Kouluopetus (n=9). Muille kuvauskohteille ei löytynyt toimintakyvyn kuvausta yhdestäkään kuntoutussuunnitelmasta.

Viimeinen pääluokka Suoritukset ja osallistuminen osa-alueesta on yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä, joka sisältää kaksi kuvauskohdetta. Tätä pääluokkaa oli käytetty erittäin vähän. D910 Yhteisöllinen elämä–kuvauskohteelle löytyi kuvaus kahdesta kuntoutussuunnitelmasta ja d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika–kuvauskohteelle löytyi kuvaus vain yhdestä kuntoutussuunnitelmasta.

### 6.3.2 Kuntoutussuunnitelmien sisällöt Ruumiin ja kehon toiminnot osa-alueella

Ruumiin ja kehon toimintojen osa-alueella on CP-lasten ydinlistan mukaan kahdeksan pääluokkaa. Niistä ensimmäinen käsittelee mielentoimintoja, joka sisältää 10 kuvauskohdetta. Tähän pääluokkaan löytyi toimintakyvyn kuvauksia melko kattavasti, sillä jokaista kuvauskohdetta oli käytetty vähintään yhdessä kuntoutussuunnitelmassa. B126 Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot–kuvauskohdetta oli käytetty kaikista eniten (n=28/38). B156 Havaintotoiminnot–kuvauskohdetta oli käytetty toiseksi eniten (n=20/38) ja b140 Tarkkaavaisuustoiminnot–kuvauskohdetta kolmanneksi eniten (n=18/38). B167 Kieleen liittyvät mielentoiminnot–kuvauskohdetta oli käytetty 11 kertaa ja b152 Tunne-elämän toiminnot–kuvauskohdetta 9 kertaa. Lopuille tämän pääotsikon kuvauskohdeista löytyi kuvaus vaihtelevasti 1–8 kuntoutussuunnitelmasta.

Ruumiin ja kehon toiminnot osa-alueen toinen pääluokka käsittelee aistitoimintoja ja kipua. Tämä pääluokka sisältää viisi kuvauskohdetta, joista kolmea on käytetty analysoiduissa kuntoutussuunnitelmissa. Näistä eniten on käytetty kuvauskohdetta b2152 Silmän ulkoisten lihasten toiminnot (n=21/38). B210 Näkötoiminnot–kuvauskohdetta on kuvattu kahdeksassa kuntoutussuunnitelmassa ja b280 Kuulotoiminnot–kuvauskohdetta neljässä kuntoutussuunnitelmassa. Asentoaistitoiminnoista ja kipuaistimuksista ei siis ollut mainintaa yhdessäkään kuntoutussuunnitelmassa.

Kolmannessa pääluokassa on CP-lasten laajan ydinlistan mukaan vain yksi kuvauskohde: b320 Ääntämistoiminnot. Ääntämistoimintoja oli kuvattu 14/38 kuntoutussuunnitelmassa.

Pääluokka neljä käsittelee sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toimintoja. Kuvauskohteita ydinlistan mukaan on tässä pääluokassa neljä, joista eniten oli käytetty b440 Hengitystoiminnot–kuvauskohdetta (n=18/38). B4501 Liman kulku hengitysteissä– ja b455 Rasituksen sietotoiminnot–kuvauskohteita oli käytetty vain yksissä kuntoutussuunnitelmissa. B445 Hengityslihastoiminnot–kuvauskohdetta ei ollut kuvattu yhdessäkään kuntoutussuunnitelmassa.

Pääluokka viisi käsittelee ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritys järjestelmän toimintoja. Tähän luokkaan kuuluu kolme kuvauskohdetta, joista eniten oli käytetty b510 Ravinnonotto toimintoja (n=6). B525 Ulostustoimintoja oli käytetty kolme ja b530 Painonhallintatoimintoja kaksi kertaa. Kokonaisuudessaan tämän pääluokan kuvauskohteita oli kuvattu vähän suhteessa kuntoutussuunnitelmien kokonaismäärään (n=38).

Pääluokkaan kuusi eli virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän toimintoihin sisältyi CP-lasten ydinlistassa vain yksi kuvauskohde. B620 Virtsaamistoiminnot–kuvauskohdetta vastaava toimintakyvyn kuvaus löytyi vain yhdestä kuntoutussuunnitelmasta.

Tuki ja liikuntaelimitykseen ja liikkeisiin liittyvät toiminnot on pääluokka seitsemän, joka sisältää ydinlistan mukaan yhdeksän kuvauskohdetta. Tähän pääluokkaan löytyi melko kattavasti toimintakyvyn kuvauksia kuntoutussuunnitelmista. Eniten toimintakyvyn kuvauksia löytyi b735 Lihäsjäntystoiminnot–kuvauskohteeseen (n=31/38). Toiseksi eniten toimintakyvyn kuvauksia löytyi b760 Tahdonalaisten liiketoimintojen hallintaan (n=26/38). Kolmanneksi eniten toimintakyvyn kuvauksia löytyi kuvauskohteeseen b770 Kävely- ja juoksutyylitoiminnot (n=22/38). B710 Nivelten liikkuvuustoiminnot (n=20/38) oli neljänneksi eniten käytetty kuvauskohde. B765 Tahattomat liiketoiminnot– ja b755 Tahdosta riippumattomat liikereaktiotoiminnot–kuvauskohteita oli käytetty molempia 10 kertaa. B740 Lihaskestävyystoiminnot–kuvauskohteelle löytyi toimintakyvyn kuvaus vain yhdestä kuntoutussuunnitelmasta ja b715 Nivelten stabiilustoiminnot–kuvauskohteelle ei löytynyt toimintakyvyn kuvausta ollenkaan.

Pääluokka kahdeksan käsittelee ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toimintoja ja ydinlistan mukaan tähän sisältyy vain yksi kuvauskohde: b810 Ihon suojatoiminnot. Tähän kuvauskohteeseen löytyi toimintakyvyn kuvaus kymmenestä kuntoutussuunnitelmasta.

### **6.3.3 Kuntoutussuunnitelmien sisällöt Ympäristötekijät osa-alueella**

Ympäristötekijät sisältävät CP-lasten laajan ydinlistan mukaan neljä pääluokkaa. Ensimmäinen pääluokka käsittelee tuotteita ja teknologioita. Näistä eniten oli käytetty e115 Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön (n=36/38) ja toiseksi eniten e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen (n=25/38). E110 Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen (n=6) oli kolmanneksi eniten käytetty kuvauskohde. Muita kuvauskohteita oli käytetty 1–4 kertaa, lukuun ottamatta neljää kuvauskohdetta, joille ei löytynyt toimintakyvyn kuvausta kuntoutussuunnitelmasta.

Seuraavassa pääluokassa käsitellään tukea ja keskinäisiä suhteita. Kuvauskohteita tähän luokkaan sisältyi ydinlistan mukaan seitsemän. Kuntoutussuunnitelmista löytyi eniten mainintoja kuvauskohteeseen e355 Terveystuon ammattihenkilöt (n=28/38). Toiseksi eniten mainintoja löytyi kuvauskohteeseen e310 Lähiperhe (n=25/38). Kolmanneksi eniten mainintoja löytyi kuvauskohteeseen E340 Kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat (n=12/38). Mainintoja ystävästä oli vain kahdessa kuntoutussuunnitelmassa ja kuvauskohteisiin e325 Tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet sekä e330 Esimiesasemassa olevat henkilöt löytyi kuvaukset vain yksistä kuntoutussuunnitelmista.

Asenteita käsittelevässä pääluokassa kuvauskohteita on yhdeksän, joista vain yhteen löytyi kuvaus kaikista kuntoutussuunnitelmista. E410 Lähiperheiden jäsenten asenteet–kuvauskohdetta vastaava kuvaus löytyi yhdestä kuntoutussuunnitelmasta. Muilta osin tähän pääluokkaan ei löytynyt kuvauksia yhdestäkään 38 kuntoutussuunnitelmasta.

Viimeinen ympäristötekijöiden pääluokka käsittelee palveluita, hallintoa ja politiikkaa. Tämän pääluokan yleisimmin kuvattu kuvauskohde oli e580 Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (38/38). Tämä on ainut kuvauskohde koko ydinlistasta, jota vastaava kuvaus löytyi kaikista kuntoutussuunnitelmista. E570 Sosiaaliturva – palvelut, hallinto ja politiikka oli tämän pääluokan toiseksi eniten käytetty kuvauskohde (n=14/38) ja e585 Koulutus – palvelut, hallinto ja politiikka kolmanneksi eniten käytetty kuvauskohde (n=8/38). Muut kuvauskohteet on kuvattu 1–4 kuntoutussuunnitelmassa, lukuun ottamatta neljää kuvauskohdetta, joita ei ole kuvattu yhdessäkään kuntoutussuunnitelmassa.

#### **6.3.4 Kuntoutussuunnitelmien sisältö Ruumiin rakenteet osa-alueella**

CP-lasten laajassa ydinlistassa ruumiin rakenteet muodostuvat kolmesta pääluokasta. Niistä ensimmäinen käsittelee hermojärjestelmän rakenteita, mikä sisältää yhden kuvauskohteen: s110 Aivojen rakenne. Kahdeksasta kuntoutussuunnitelmista löytyi kuvaus aivojen rakenteesta.

Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet on pääluokka, joka sisältää myös vain yhden kuvauskohteen: s320 Suun rakenne. Suun rakennetta oli kuvattu neljässä kuntoutussuunnitelmassa.

Viimeinen ydinlistaan sisältyvä pääluokka on liikkeeseen liittyvät rakenteet, joka sisältää viisi kuvauskohdetta. Näistä eniten kuvauksia kuntoutussuunnitelmista löytyi kuvauskohteeseen s760 Vartalon rakenne (n=12/38). S750 Alaraajojen rakenne–kuvauskohtaan löytyi kuvauksia kahdeksan. Loput kolme kuvauskohdetta jäivät ilman kuvauksia kuntoutussuunnitelmissa.

#### **6.4 Tutkimuksen tulosten yhteenveto ja tarkastelua**

Tutkimuksen tulokset antavat arvokasta tietoa kuntoutussuunnitelmien laadinnasta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada selville CP-vammaisten lasten kuntoutussuunnitelmien sisältö tarkastuslistan ja laajan CP-ydinlistan mukaan kuvattuna. Potilasaineistojen sisällönanalyysillä saatiin selville, että tarkastuslistassa kysytyt asiat tulivat vaihtelevasti esille. Esimerkiksi erityistyöntekijät olivat laajasti esillä jokaisessa yhdistelmäepikriisissä.

Suomen laki velvoittaa laatimaan suunnitelman kuntoutuksen järjestämisestä ja toteuttamisaikataulusta. Tutkituissa aineistoissa löytyi kattavasti kuntoutuksen järjestämistä koskevat suunnitelmat ja toteuttamisaikataulut. Toisaalta tulosten tulkintaa vaikeutti epämääräiset ja eri tavoilla merkityt terapiakertojen määrät. Osassa yhdistelmäepikriiseistä oli mainittu terapioiden määrä viikossa, osassa vuosimäärä ja joissakin lisänä x-määrä ohjauksia esimerkiksi kotiin tai päiväkotiin. Lisäksi oli vaikea tulkita, kuuluivatko esimerkiksi yhteisterapiat terapioiden kokonaismäärään vai lisättiinkö ne siihen.

Suosittelusten mukaan GMFCS-, CFCS- ja MACS-luokituksia tulisi käyttää CP-vammaisen lapsen toimintakyvyn arvioinnissa. Ennen hanketta ja hankkeen aikana tehtyjä kuntoutussuunnitelmia vertailtaessa luokitusten käyttö oli lisääntynyt, mikä kertoo positiivisesta muutoksesta. Myös toimintakyvyn arviointimittareiden käyttö oli kasvanut, sillä vain neljässä kuntoutussuunnitelmassa oli käytetty mittareita ennen hanketta ja hankkeen aikana puolestaan 12 kuntoutussuunnitelmassa oli käytetty mittareita.

HOJKS:aa ei ennen hanketta laadittu yhdessäkään kuntoutussuunnitelmassa. Tässä huomionarvoista on kuitenkin se, että kaikki tutkittavat yhtä lukuun ottamatta ovat olleet iältään niin nuoria, ettei HOJKS:n laadinta ole ollut vielä ajankohtaista. Hankkeen aikana HOJKS:ia oli laadittu kahdeksalle CP-vammaiselle lapselle.

Tutkimuksen tulosten perusteella GAS-menetelmän käyttäminen on vielä vähäistä kuntoutuksen suunnittelussa. Merkittävää muutosta ei ollut myöskään tapahtunut CP-hankkeen toisen vaiheen aikana. Vuosina 2015–2018 Kela suosittelee GAS-menetelmän käyttöä vaikeavammaisten avoterapioissa, mutta vuodesta 2019 lähtien GAS-menetelmän käyttö on pakollista (Kela 2012, viitattu 17.10.2015). Sen vuoksi GAS-menetelmän haltuunotto on hyvin ajankohtaista.

GAS-menetelmän vähäinen käyttö oli yllättävää, sillä suositellut menetelmät ja mittarit oli tarkoitus ottaa käyttöön hankkeen toisessa vaiheessa. Toisaalta ei ole tietoa, johtuuko tämä siitä, ettei menetelmien ja mittareiden käyttöönottoa ole korostettu tarpeeksi vai onko esimerkiksi GAS-menetelmää käytetty, muttei sitä mainita kuntoutussuunnitelmassa. Oli kuitenkin ilo huomata, että tavoitteiden määrä oli lisääntynyt hankkeen aikana ja osassa tavoitteet oli määritelty hyvin tarkasti. Parannettavaa tälläkin saralla kuitenkin vielä on, koska useisiin tavoitteisiin ei silti löytynyt vastaavaa toimintakyvyn kuvausta.

Kuntoutussuunnitelmien tavoitteiden asettamisessa on GAS-menetelmän käyttöönoton lisäksi muitakin kehityskohtia. Tutkimuksen aineistosta ei löytynyt kaikille laadituille tavoitteille niitä vastaavia toimintakyvyn kuvauksia. Lisäksi vain muutamat tavoitteet oli laadittu yhdessä CP-vammaisen lapsen vanhempien tai huoltajan kanssa. Tähän ilmiöön on törmätty myös aiemmin suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Ira Jeglinsky tutkii väitöskirjassaan (2012, 41) CP-lasten ja nuorten kuntoutuksen suunnittelun prosessia sekä perhekeskeisyyden toteutumista Suomessa. Tutkimus osoitti, että kuntoutukselle laaditut tavoitteet eivät liittyneet kuvattuihin toimintakyvyn vaikeuksiin. Lisäksi tutkimuksessa ei tullut selkeästi esille, miten vanhemmat ovat osallistuneet tavoitteiden asettamisen prosessiin. Jeglinskyn (2012, 54) väitöskirjan mukaan ammattilaiset ovat kokeneet tavoitteiden asettamisen haastavaksi. Tähän tarpeeseen on vastattu ja KELA julkaisee joulukuussa 2015 GAS-kirjan, jossa opastetaan perusteellisesti GAS-menetelmän käyttöä.

Suomen lainsäädäntö velvoittaa laatimaan kuntoutussuunnitelmat yhteisymmärryksessä potilaan, hänen huoltajan tai läheisen tai hänen laillisen edustajansa kanssa (ks. sivu 13). Lisäksi kuntoutussuunnitelmaan tulisi merkitä, ketkä ovat olleet mukana kuntoutussuunnitelman laadinnassa. (ks. s. 14) Aineistosta ei selkeästi käynyt ilmi, onko kuntoutussuunnitelmat laadittu potilaan, hänen huoltajan tai läheisen tai laillisen edustajan kanssa. Muutamassa suunnitelmassa kuntoutuksen tavoitteet oli laadittu huoltajan kanssa, mutta tämä on vain pieni osa kuntoutuksen suunnittelua.

Toimintakyvyn kuvaus kohdentui CP-vammaisten lasten ydinlistassa määrällisesti eniten Suoritukset ja osallistuminen osa-alueelle ja vähiten Ruumiin rakenteet -osa-alueelle. Mietityttämään kuitenkin jäi se, onko tarpeellista, että kuntoutussuunnitelmassa toimintakyvyn kuvaus kohdentuu tasaisesti jokaiselle osa-alueelle. Vai onko mahdollisesti tietyt yleispätevät viitteet siitä, missä suhteessa toisiinsa nähden kutakin toimintakyvyn osa-aluetta tulee ottaa huomioon kuntoutussuunnitelmissa. Kolmantena vaihtoehtona on myös se, että toimintakyvyn kuvauksen kohdentuminen eri osa-alueille määräytyy yksilöllisesti kuntoutujasta riippuen.

Tutkimuksen tehtävänä on tuottaa uutta tietoa kuntoutussuunnitelmien sisällöistä. Tutkimuksen lopputulemana saimme tuloksia, joilla on todellista käyttöarvoa työelämässä. Tutkimuksen primääri käyttöarvo ja merkitys määräytyvät loppujen lopuksi silloin, kun tuotettu tieto palautetaan sinne mistä se on hankittu eli käytännön työelämään. Tiedon jalkauttamiseksi opinnäytetyö tullaan esittämään eräässä yliopistosairaalassa. Lisäksi tutkimuksesta laaditaan artikkeli, joka julkaistaan Fysioterapia-lehdessä. Tuotettu tieto on tärkeää levittää kansallisesti, sillä tutkimamme ilmiö ei aiempien tutkimusten perusteella kohdistu vain paikallisesti omalle alueellemme. Fysioterapia-lehti toimii tässä tarkoituksessa hyvänä tiedonvälitysväylänä.

## **6.5 Muita havaintoja aineistosta**

Analyysin aikana teimme aineistosta havaintoja tarkastuslistan ja CP-vammaisten lasten ja nuorten laajan ydinlistan ulkopuolella.

Yhdistelmäepikriisit sisälsivät harhaanjohtavia ja vaikeasti ymmärrettäviä ilmauksia. Esimerkiksi eräässä yhdistelmäepikriisissä oli lause: ”Portaita pystyy hyvin kulkemaan, pystysuoraa seinää kiipeäminen hankalaa.” (Teksti 23.) Kun otetaan huomioon, että potilasasiakirjat ovat myös potilaan ja perheen nähtävillä, tulisi sisällön olla asianmukaista ja korrektaa.

Tavoitteita tarkasteltaessa useista epätarkoista lauseista johtuen oli vaikeaa arvioida, mitkä olivat varsinaisia tavoitteita ja mitkä keinoja. Esimerkiksi lause ”fysioterapian tavoitteena lihasten venyttely” (teksti 10), jossa lihasten venyttely on terapian sisältöä, muttei varsinaisesti tavoite, joka tässä tapauksessa voisi olla esimerkiksi lihaskireyksien vähentäminen. Joitain tavoitteita oli vaikea sillata, koska ne olivat niin epämääräisiä, kuten ”tavoitteena vasemman puolen kehon optimaalinen

käyttö” (teksti 19). Tässä näytteessä ei tarkasti eritellä, mitä kehon optimaalisella käytöllä tarkoitetaan ja missä toiminnoissa se tulee esille.

Osassa yhdistelmäepikriisejä laitettiin tavoitteiksi asioita, jotka toimintakyvyn kuvauksen mukaan kuitenkin jo onnistuivat, kuten tavoite: ”tavoitteena vasemman käden käyttö arjessa” ja toimintakyky: ”käden taidoissa ei tule ongelmia” (teksti 20). Välillä oli myös vaikeuksia eritellä, kenen tavoite oli kyseessä, esimerkiksi ”toimintaterapian tavoitteena ympäristön ja lelujen muokkaaminen, jotta X voi osallistua yhteiseen toimintaan ja leikkeihin paremmin” (teksti 21). Tästä saa sellaisen kuvan, että toimintaterapeutilla on tavoitteenaan muokata ympäristöä ja leluja. Joissain yhdistelmäepikriiseissä tavoitteet oli mainittu konditionaalimuodossa, kuten ”tavoitteeksi voisi ottaa käden käytön tehostamisen” (teksti 22). Myös kirjoitusvirheet jättivät tulkinnanvaraa, kuten ”tavoitteena pallo- ja tasapainotaitojen harjaantuminen” (teksti 23). Tässä tavoitteessa jäi epäselväksi, mitä ovat pallotaidot (esimerkiksi pallon heittämistä vai potkimista) ja että viitataan ”tasapainotaidoilla” pinojen tasaamiseen vai tasapainotaitoihin.

Yhden lapsen yhdistelmäepikriisit herättivät mielenkiintoa erityisen paljon. Erään asiantuntijan lausunnossa teksti oli sanasta sanaan sama kuin edellisvuoden yhdistelmäepikriisissä, vaikka arviointijaksojen välillä oli kulunut aikaa yli vuosi. Jos lausunto on vuoden päästäkin sama, voiko olettaa, että kuntoutuksessa on tapahtunut etenemistä? Kun jälkimmäistä yhdistelmäepikriisiä tarkasteltiin, havaittiin selkeä ristiriita, sillä kuntoutus oli muun tekstin mukaan mennyt eteenpäin. Lausunnossa mainittiin erään taidon opetteluun aloittamisesta. Myöhemmin samassa yhdistelmäepikriisissä kerrottiin, että kyseessä olevan taidon harjoittelu on jo hyvällä mallilla. Tämän perusteella kuntoutus on edennyt, mutta asiantuntija on siirtänyt saman tekstin edellisvuodelta, vaikka tekstin sisältö ei enää vastaa kuntoutujan tämän hetkistä tilannetta.

Lisäksi kuntoutussuunnitelmiin oli tuotettu runsaasti tekstiä, joka sisälsi ammattislangia ja erilaisten testien viitearvoja. Tekstin tulisi olla selkeää ja ymmärrettävästi kirjoitettua, jotta CP-lapsen vanhemmat ja muu lähipiiri ymmärtää tekstin sitä lukiessaan. Koska tekstissä on paljon ammattislangia, se tuottaa haasteita asiakaslähtöisyyden ja kuntoutujan osallistamisen toteutumiseen. Kuntoutussuunnitelman tarkoitus on ensisijaisesti palvella kuntoutujaa, ei palvelujärjestelmää.

Kuntoutussuunnitelmissa oli kuvattu CP-lasten toimintakykyä suurelta osin suorituskykykeskeisesti, eli toimintakykyä oli mitattu vastaanottotilanteessa. Suositusten mukaan toimintakykyä tulisi



kuvata myös autenttisista olosuhteista, esimerkiksi kotoa tai koulusta (ks. s. 19). Kuntoutussuunnitelmissa oli toki mainintoja, millä tavalla lapsi toimii kotona esimerkiksi äidin kertomana. Olisi kuitenkin tärkeää arvioida toimintakykyä suoritustason mukaisesti, eli lapsen luonnollisissa olosuhteissa.

## 7 TUTKIMUKSEN TEKEMISEN TARKASTELUA

### 7.1 Tutkimuksen eettisyys

Koska opinnäytetyössä käsitellään autenttisia potilasasiakirjoja, tutkimuseettiikka on erittäin suuressa roolissa tutkimusta tehtäessä. Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt hyvälle tutkimuskäytännölle ohjeet, joiden mukaan täytyy toimia. Tutkijan tulee olla rehellinen, huolellinen ja tarkka työtä tehdessä, sitä esittäessä ja tuloksia arvioidessa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät tulee olla eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkijan tulee ottaa muut tutkijat huomioon, sekä antaa heidän tekemilleen tutkimuksille niille kuuluvan arvon. Tutkimus suunnitellaan ja raportoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen sääntöjen mukaisesti. Tutkimukselle tulee hakea tarvittavat tutkimusluvut. Ennen tutkimuksen aloittamista tulee kaikkien tutkimukseen osallistuvien osapuolten määrittellä sopimus tutkimuksen työnjaosta, velvollisuuksista, oikeuksista ja vastuusta. Tutkimusta tehdessä huomioidaan tietosuojaa koskevat kysymykset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, viitattu 4.12.2014.)

Potilasasiakirjoissa olevat tiedot ovat salassa pidettäviä. Kaikki se potilaisiin liittyvä tieto, mitä tutkimusta tehdessä käsitellään, ei saa joutua sivullisten käsiin ilman potilaiden kirjallista suostumusta. Hoitosuhteen jälkeen salassapitovelvollisuus on edelleen voimassa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 653/2000 4:12 §.) Näin ollen tutkimuksen valmistuttua salassapitovelvollisuus pätee yhä.

Käytännössä salassapito on toteutunut siten, että tutkittava aineisto on jaettu lukitussa tilassa, jossa paikalla on ollut pelkästään kyseistä tutkimusta tekeviä henkilöitä. Tutkijat ovat säilyttäneet aineistoa turvallisessa paikassa, jonne ulkopuolisilla ei ole pääsyä. Aineiston kuljettaminen on tapahtunut huolellisesti suljetussa repussa tai laukussa, eikä sitä ole jätetty hetkeksikään vartioidatta. Lisäksi potilasasiakirjoissa nimet, osoitteet ja muut potilaisiin sekä heitä hoitaviin henkilöihin yhdistettävät tunnistetiedot on peitetty. Jokainen potilas on aineistossa esitetty tutkimusnumerolla. Hankkeen päätyttyä aineisto palautetaan takaisin toimeksiantajalle.

## 7.2 Fysioterapeutti tutkimustyön tekijänä

Fysioterapeutin ammattietiikka perustuu ammatillisen tiedon ja osaamisen lisäksi arvojen ja elämäkokemuksen sisäistämiseen. Näiden avulla hän pystyy eettiseen pohdintaan ja päätöksentekoon sekä arvioimaan oman toimintansa seurauksia kriittisesti. Tutkimusta tehdessä fysioterapeutti voi hyödyntää eettisiä periaatteita. Hänen tulee toimia luottamuksellisesti ja kunnioittaa elämää, ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Hänen täytyy tuntea lait ja säädökset, jotka määrittävät fysioterapeutin työtä. Asiantuntijana fysioterapeutin tulee perehtyä asiakkaaseen kokonaisvaltaisesti ja kunnioittaa oman ammattiryhmänsä, sekä muiden ammattiryhmien edustajia ja heidän asiantuntemustaan. Lisäksi fysioterapeutin täytyy toimia rehellisesti, eikä hän saa paljastaa mitään tietoja asiakkaastaan kolmannelle osapuolelle ilman asiakkaan suostumusta. Tutkijana fysioterapeutin täytyy noudattaa tutkimuseettisiä periaatteita sekä hyvää tieteellistä käytäntöä. Hänen toimintansa tulee olla näyttöön perustuvaa ja laadukasta. Lisäksi on tärkeää kunnioittaa tekijänoikeuksia. (Suomen Fysioterapeutit Ry 2014, viitattu 30.9.2015.)

## 7.3 Tutkimuksen tekemisen pohdintaa

Tutkimuksessa käytettiin tutkimusmenetelmänä sisällönanalyysiä. Lisäksi tulokset muutettiin määrälliseksi, jotta niitä olisi helpompi vertailla ja analysoida. Tarkastuslista ja siltaussäännöt toimivat hyvinä työkaluina tutkimuksen tekemiselle, koska ne auttoivat kohdistamaan huomion tutkimuksen kannalta olennaisiin asioihin.

Tutkimuksen aikataulu ei kaikilta osin toteutunut. Kesällä tutkimuksen eteneminen hidastui useista syistä johtuen, mutta syksyllä saimme onneksi kirittyä aikataulun kiinni. Oppimista tapahtui hyvin paljon eri osa-alueilla. Kaikista eniten opimme ICF:n käytöstä käytännön työkaluna kuntoutussuunnitelmien laadinnassa, siltaamisessa ja ydinlistojen käytössä. Syvensimme myös oppimistamme GAS-menetelmän käytöstä, kuntoutussuunnitelman sisällöstä sekä CP-oireyhtymästä. Myös yleiset tutkimusentekotaidot sekä käsitys tutkimusetiikasta kehittyivät.

Luotettavuuteen liittyvät asiat tulivat useaan otteeseen esille, koska tutkittava aineisto oli hyvin tulkinanvaraista. Otimme luotettavuusasiat huomioon käsittelemällä esimerkiksi perheeseen ja tavoitteisiin liittyvät asiat tutkijoina yhdessä. Koimme, että useamman henkilön mielipide ja yhteinen

toimintamalli tuottavat luotettavampaa tietoa, kuin se, että olisimme tutkineet kaikki aineistot itsenäisesti ilman muiden tutkijoiden mielipidettä.

Tutkimuksen tekeminen oli antoisaa ja mielenkiintoista. Huomasimme tutkimuksen edetessä, kuinka tärkeä aihe on kyseessä, koska kuntoutussuunnitelmat eivät olleet lähelläkään sitä tasoa, mitä olimme odottaneet. Lähtökohtaisesti se, että analysoimme pelkkien kuntoutussuunnitelmien sijasta yhdistelmäepikriisejä, toi uuden haasteen tutkimukselle. Varsinaista kuntoutussuunnitelmasanaa ei ollut käytetty kaikissa potilasasiakirjoissa.

Kuntoutussuunnitelman tulisi olla hyvin jäsenneily ja yhtenäinen moniammatillisen tiimin tuottama teksti. Kaikkien suunnitelmien laadinnassa tulisi olla yhtenäinen linjaus, jota jokainen noudattaa. ICF:ää tulisi käyttää viitekehyksenä kuntoutussuunnitelmien laadinnassa, jotta otetaan huomioon ihminen psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. Jatkotutkimuksena voisi tutkia toimintakyvyn kuvauksesta ICF-luokituksen erittelemien suoritustason ja suorituskvyn ilmenemistä. Olisi mielenkiintoista tietää millaisia tuloksia muista CP-hankkeeseen kuuluvista yksiköistä on saatu ja onko niissä alueellisesti eroavaisuuksia.

## LÄHTEET

Airaksinen, T., Harri-Lehtonen, O., Kallinen, M., Rosqvist, E. 2009. CP- vammaisen aikuisen hyvinvointi, toimintakyky ja ikääntyminen. (ei julkaisupaikkaa): Kirjapaino Öhrling Oy.

Autti-Rämö, I. 2008. Lasten ja nuorten kuntoutus. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 480-484.

Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. 2010. GAS-menetelmä. Kela. Viitattu 27.9.2015, [http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas\\_kasikirja\\_100518.pdf](http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf).

Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B. & Stucki, G. 2005. ICF LINKING RULES: AN UPDATE BASED ON LESSONS LEARNED. J Rehabil Med. 37. 212–218.

Eliasson, AC., Krumlinde Sundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Arner, M., Öhrvall, AM. & Rosenbaum, P. 2010. Viitattu 24.2.2015, [http://www.macs.nu/files/MACS\\_Finish\\_2010.pdf](http://www.macs.nu/files/MACS_Finish_2010.pdf).

Hidecker, M.J.C., Paneth, N., Rosenbaum, P.L., Kent, R.D., Lillie, J., Eulenberg, J.B., Chester, K., Johnson, B., Michalsen, L., Evatt, M. & Taylor, K. 2011. Viitattu 24.2.2015, [http://cfcs.us/wp-content/uploads/2014/02/CFCS\\_universal\\_2012\\_06\\_06.pdf](http://cfcs.us/wp-content/uploads/2014/02/CFCS_universal_2012_06_06.pdf).

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

ICF Research Branch 2012. ICF-kuvauslomakkeen luominen. Viitattu 21.4.2015, <http://www.icf-core-sets.org/fi/page1.php>.

Ingves, A. 2007. Vammaisten lasten vanhemmat: Fysioterapia tärkeää perheen arjessa. Fysioterapia 5. 45–48.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Jeglinsky, I. 2012. Family-centredness in services and rehabilitation planning for children and youth with cerebral palsy in Finland. Tukholma: Karolinska Institutet.

Kansaneläkelaitos. 2013. Kuntoutussuunnitelma. Viitattu 25.11.2014, [http://www.kela.fi/vaikeavammaisten-laakinnallinen-kuntoutus\\_kuntoutussuunnitelma](http://www.kela.fi/vaikeavammaisten-laakinnallinen-kuntoutus_kuntoutussuunnitelma).

Kela 2012. Tiedote Kelan vaikeavammaisten avoterapiapalveluntuottajille GAS-menetelmän käytöstä. Viitattu 24.2.2015 & 17.10.2015,

[http://www.kela.fi/ajankohtaista\\_tiedote-gas-menetelman-kaytosta?redirect=http%3A%2F%2Fwww.kela.fi%2Fhenkiloasiakkaat%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dmaximized%26p\\_p\\_mode%3Dview%26\\_3\\_groupId%3D10180%26\\_3\\_keywords%3Dgas%26\\_3\\_struts\\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26\\_3\\_redirect%3D%252](http://www.kela.fi/ajankohtaista_tiedote-gas-menetelman-kaytosta?redirect=http%3A%2F%2Fwww.kela.fi%2Fhenkiloasiakkaat%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_3_groupId%3D10180%26_3_keywords%3Dgas%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_redirect%3D%252).

Kela 2014. Gas menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. Viitattu 24.4.2015,

<http://www.kela.fi/gas-menetelma>.

Kivirinta, T., 2015. CP-vammaisten lasten ja nuorten kuntoutuksen ja seurannan kansallinen kehittäminen (CP-hanke). Viitattu 2.10.2015,

[http://slny-fi-bin.directo.fi/@Bin/3d4c54a7e3519c66cb23b245af0146e6/1443766461/application/pdf/178026/Kiviranta%20T.\\_CP-hankkeen%20yleisesittely.pdf](http://slny-fi-bin.directo.fi/@Bin/3d4c54a7e3519c66cb23b245af0146e6/1443766461/application/pdf/178026/Kiviranta%20T._CP-hankkeen%20yleisesittely.pdf).

Kuntoutusportti. 2014. Kuntoutusta säätelevä lainsäädäntö Suomessa. Viitattu 9.12.2014, <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/lainsaadanto/>.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380.

Meurman, J. 2014. CP-oireyhtymä (G80). Sisäinen lähde. Viitattu 9.12.2014, [http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti?p\\_artikkeli=tod32291&p\\_haku=cerebral%20palsy](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti?p_artikkeli=tod32291&p_haku=cerebral%20palsy).

Mäenpää, H. 2014. CP- opas. Suomen CP-liitto ry. Viitattu 9.12.2014, <http://issuu.com/cp-liitto/docs/cp-opas>.

Mäenpää, H. 2014. CP-vamma. Teoksessa H. Pihko, L. Haataja, H. Rantala (toim.) Lastenneurologia. Helsinki: Duodecim, 128-137.

Mäenpää, H., Varho, T., Forsten, W., Autti-Rämö, I., Pihko, H. & Haataja, L., 2012. Hajanaisista käytännöistä yhtenäisiin suosituksiin CP-lasten kuntoutuksessa. Suomen Lääkärilehti 67 (34), 2303–2309.

Opetushallitus 2015. Erityinen tuki. Opetushallitus. Viitattu 23.9.2015, [http://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/ohjeita\\_koulutuksen\\_jarjestamiseen/perusopetuksen\\_jarjestaminen/tietoa\\_tuen\\_jarjestamisesta/erityinen\\_tuki](http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/ohjeita_koulutuksen_jarjestamiseen/perusopetuksen_jarjestaminen/tietoa_tuen_jarjestamisesta/erityinen_tuki).

Oranen M. 2015 Lapsen osallisuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.9.2015, <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/lasten-osallisuus>.

Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E. & Galuppi, B. 1997. Viitattu 24.2.2015, [http://motorgrowth.canchild.ca/en/GMFCS/resources/GMFCS\\_English.pdf](http://motorgrowth.canchild.ca/en/GMFCS/resources/GMFCS_English.pdf).

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Puumalainen, J. 2013. Vaikeavammaisten ihmisten kuntoutus ja sen tutkimus. Viitattu 25.11.2015, [http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/kohderyhmat/vaikeavammaisten\\_kuntoutus/](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/kohderyhmat/vaikeavammaisten_kuntoutus/).

Reuter, A. 2013. Kuntoutussuunnitelma. Viitattu 25.11.2014, <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutussuunnitelma/>.

Rissanen, P. 2008a. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Helsinki. Duodecim, 629–632.

Rissanen, P. 2008b. Terapiaa vai kuntoutusta? Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Helsinki. Duodecim, 677 & 679.

Rosqvist, E. 2014. Opetusmateriaali, osa I CP-vamma. CP-vammaisen aikuisen hyvinvointi ja kuntoutus elämänkaarella–projekti 2007-2010. CP-portaali. Viitattu 9.12.2014, [http://www.cp-portaali.fi/files/83/Opetusmateriaali\\_osa\\_I\\_versio\\_25\\_10.pdf](http://www.cp-portaali.fi/files/83/Opetusmateriaali_osa_I_versio_25_10.pdf).

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinentietoarkisto. Viitattu 12.10.2015, [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html).

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinentietoarkisto. Viitattu 12.10.2015, [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_3.html).

Shier H. 2001. Pathways to Participation: Openings, Opportunities and Obligations. Children & society 15, (ei vuosikertamerkintää) 107–177.

Suomen Fysioterapeutit Ry. 2014. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet. Viitattu 30.9.2015, <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/hyvae-fysioterapiakaeytaento/eettiset-ohjeet/318-fysioterapeutin-eettiset-ohjeet-2014/file>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. CP-lasten ja -nuorten ydinlistat nyt saatavilla suomeksi. Viitattu 2.10.2015, <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/-/cp-lasten-ja-nuorten-icf-ydinlistat-nyt-saatavilla-suomeksi>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Osallisuus. Viitattu 29.9.2015, <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>.



Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 4.12.2014, [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Vilkkumaa, I. 2012. Lasten ja nuorten ICF-CY:n käyttö Suomessa. Viitattu 1.10.2015, [http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin\\_voisi\\_tutkia/?bid=877](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia/?bid=877).

WordPress, 2015a. Aloituvaihe 2008-2011. Viitattu 29.9.2015, <http://cp-hanke.fi/tietoa-hankkeesta/ensimmainen-vaihe-2008-2011/>.

WordPress, 2015b. Toinen vaihe 2011-2015. Viitattu 30.9.2015, <http://cp-hanke.fi/tietoa-hankkeesta/toinen-vaihe-2011-2015/>.

World Health Organisation. 2007. International Classification of Functioning, Disability and Health Children & Youth Version. Switzerland: World Health Organisation.

World Health Organization. 2001. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

**CP-HANKE**

Ruskeasuon koulu, Tervaväylän koulu, Mäntykankaan koulu,  
Oulun yliopistosairaala, Kuopion yliopistosairaala

Oulun amk, Arcada

**Kuntoutussuunnitelmat****Muuttujaluettelo****1. Taustatiedot**

Tutkimuskoodi \_\_\_\_\_

Kuntoutussuunnitelma on  Projektia edeltävä suunnitelma

1. projektin aikana tehty suunnitelma

2. projektin aikana tehty suunnitelma

Kuntoutussuunnitelman kesto \_\_\_\_\_ vuosi/vuotta

Paikka jossa kuntoutussuunnitelma on tehty \_\_\_\_\_

ICD-10 luokka/luokat \_\_\_\_\_

Luokitukset kuvattu:

	ei	kyllä	
GMFCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mikä luokka? _____
MACS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mikä luokka? _____
CFCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mikä luokka? _____

**2. Toimintakyvyn kuvaus**

Toimintakyvyn kuvaus analysoidaan käyttämällä ICF-CY ja siltaussäännöt Cieza ym (2005) mukaisesti. Esimerkki alla olevassa taulukossa (Jeglinsky ym 2013).

<p>Text in rehabilitation plan Example 5 year old boy</p> <p><i>Needs and functional difficulties</i></p> <p>*M is very <u>eager to do all activities (b164)</u>. He <u>speaks</u> a lot (d330), but his <u>speech is unclear (b320)</u>. <u>Understands talk (b167)</u>. He <u>eats independently (d550)</u> with left hand (d445). <u>Plays nicely (d9201)</u> and is <u>in contact with others (d750)</u>. He</p>
--

Ira Jeglinsky-Kankainen & Arja Veijola/2015

has difficulties in <u>dressing and undressing (d540)</u> . He <u>walks (d450)</u> and <u>runs (d4552)</u> , but <u>falls (nc*)</u> . <u>Stretches his legs better than before (b735)</u> . He <u>concentrates (b140)</u> as long as he <u>succeeds with the task (d210)</u> . "
<b>Goals</b> Enhance <u>hand function (d445)</u> and <u>fine motor function (d440)</u> . Enhance <u>readiness for school (d880)</u> .

Onko toimintakyvyn kuvauksessa viitattu HOJKS:iin  kyllä  ei

Jos kyllä, mihin kohtaan? \_\_\_\_\_

Onko toimintakyvyn kuvauksessa viitattu erityistyöntekijöihin?  kyllä  ei

Jos kyllä, keneen? \_\_\_\_\_

### 3. Käytettyjä arviointimittareita

Suunnitelmassa mainitut mittarit (kirjataan) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mittareiden lukumäärä \_\_\_\_\_

Ei maininta mittareista

### 4. Kuntoutuksen tavoitteet

Kuntoutuksen tavoitteet analysoidaan käyttämällä ICF-CY ja siltaussäännöt Cieza ym (2005) mukaisesti. Katso esimerkki yllä olevasta taulukosta.

Onko GAS käytetty?  kyllä  ei

jos kyllä, onko asteikko mainittu  kyllä  ei

### 5. Toteutussuunnitelma

Terapiamuoto ja määrä (=n). Voi olla useita vaihtoehtoja.

Terapiamuoto	yksilö	n	ryhmä	n	pari	n	oppitunneilla tapahtuva	n
Fysioterapia	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___
Toimintaterapia	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___
Puheterapia	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___
Neuropsykologi	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___
Konduktori	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___
Ratsastusterapeutti	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___
Musiikkiterapeutti	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___
Muu, kuka	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___	<input type="checkbox"/>	___

Näkykö kuntoutussuunnitelmassa maininta kotona tapahtuvasta lapsen kuntoutumista tukevasta toiminnasta?

kyllä  ei

Näkykö kuntoutussuunnitelmassa lapsen ja vanhempien rooli kuntoutuksen kokonaisuudessa?

kyllä  ei

Näkykö kuntoutussuunnitelmassa lapsen/nuoren ja perheen vastuu kuntoutuksen kokonaisuudessa?

kyllä  ei



## GAS – Tavoitteen asettaminen

Kuntoutujan henkilötunnus

1 PERUSTIEDOT	Kuntoutujan sukunimi ja etunimet		
	Nykyinen työtehtävä	Työstatus	
	Kuntoutuamuoto	Kursin nro	
	Aloituspvm	Lopetus pvm	
	Palveluntuottaja	Pistemäärä	T-score

2 TAVOITTEEN ASETTAMINEN JA ARVIOINTI	Tavoite 1:		
	Asteikko		Arviointi pvm
		-2 Selvästi odotettua matalampi	
		-1 Jonkin verran odotettua matalampi	
		0 Tavoitetaso	
		+1 Jonkin verran odotettua korkeampi	
		+2 Selvästi odotettua korkeampi	

## Tavoite 2:

Asteikko		Arviointi pvm
	-2 Selvästi odotettua matalampi	
	-1 Jonkin verran odotettua matalampi	
	0 Tavoitetaso	
	+1 Jonkin verran odotettua korkeampi	
	+2 Selvästi odotettua korkeampi	

## Tavoite 3:

Asteikko		Arviointi pvm
	-2 Selvästi odotettua matalampi	
	-1 Jonkin verran odotettua matalampi	
	0 Tavoitetaso	
	+1 Jonkin verran odotettua korkeampi	
	+2 Selvästi odotettua korkeampi	

3 ALLEKIRJOITUS	Päiväys	Kuntoutujan allekirjoitus
	Työntekijä	Ammattinimike
	Työntekijä	Ammattinimike
	Työntekijä	Ammattinimike

	Laaja ydinlista (n=135)	Ennen	Aikana
	<b>RUUMIIN RAKENTEET</b>		
	<b>Pääluokka 1</b> <b>Hermojärjestelmän rakenteet</b>		
1	s110 Aivojen rakenne		
	<b>Pääluokka 3</b> <b>Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet</b>		
2	s320 Suun rakenne		
	<b>Pääluokka 7</b> <b>Liikkeeseen liittyvät rakenteet</b>		
3	s730 Yläraajojen rakenne		
4	s750 Alaraajojen rakenne		
5	s760 Vartalon rakenne		
6	s7700 Luut		
7	s7703 Nivelten ulkopuoliset nivelsiteet, kalvot, lihasten ulkopuoliset kalvojänteet, pidäksiteet (retinakulat), väliseinällä ja kalvopussit, määrittelemätön		
	<b>RUUMIIN/KEHON TOIMINNOT</b>		
	<b>Pääluokka 1</b> <b>Mielentoiminnot</b>		
8	b117 Älykkyystoiminnot	I	
9	b126 Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot		
10	b1301 Motivaatio		
11	b134 Unitoiminnot		

12	b140 Tarkkaavuustoiminnot	II IIIII	I IIIII IIIII
13	b152 Tunne-elämän toiminnot	IIIIII	IIII
14	b156 Havaintotoiminnot	IIII IIIII	IIII IIIII
15	b163 Kognitiiviset perustoiminnot	I	
16	b164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot	I	IIII
17	b167 Kieleen liittyvät mielentoinnot	IIII	II IIIII
	<b>Pääluokka 2 Aistitoiminnot ja kipu</b>		
18	b210 Näkötoiminnot	III	IIII
19	b2152 Silmän ulkoisten lihasten toiminnot	IIII IIIII IIII	IIII II
20	b230 Kuulotoiminnot	III	I
21	b260 Asentoaistitoiminto		
22	b280 Kipuaistimus		
	<b>Pääluokka 3 Ääni- ja puhetoiminnot</b>		
23	b320 Ääntämistoiminnot	IIII III	IIII I
	<b>Pääluokka 4 Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot</b>		
24	b440 Hengitystoiminnot	IIII IIIII I	IIII II
25	b445 Hengityslihastoiminnot		
26	b4501 Liman kulku hengitysteissä	I	
27	b455 Rasituksen sietotoiminnot		I
	<b>Pääluokka 5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot</b>		

28	b510 Ravinnonottoiminnot	IIII	II
29	b525 Ulostustoiminnot	III	
30	b530 Painonhallintatoiminnot		II
	<b>Pääluokka 6</b> <b>Virtsa- ja sukuelin- sekä su-</b> <b>vunjatkamisjärjestelmän toi-</b> <b>minnot</b>		
31	b620 Virtsaamistoiminnot		I
	<b>Pääluokka 7</b> <b>Tuki ja liikuntaelimityö ja</b> <b>liikkeisiin liittyvät toiminnot</b>		
32	b710 Nivelten liikkuvuustoiminnot	IIII IIII III	IIII II
33	b715 Nivelten stabiliustoiminnot		
34	b730 Lihassoiman ja tehon tuot-	III	IIII I
35	b735 Lihassänteystoiminnot ( tonus)	IIII IIII IIII I	IIII IIII IIII
36	b740 Lihassävyystoiminnot		I
37	b755 Tahdosta riippumattomat liikereaktiotoiminnot	IIII I	III
38	b760 Tahdonalaisten liiketoimin-	IIII IIII III	IIII IIII III
39	b765 Tahdottomat liiketoiminnot	IIII I	III
40	b770 Kävely- ja juoksuylitoi-	IIII IIII I	IIII IIII I
	<b>Pääluokka 8</b> <b>Ihon ja ihoon liittyvien raken-</b> <b>teiden toiminnot</b>		
41	b810 Ihon suojaustoiminnot	IIII	IIII
	<b>SUORITUKSET JA OSALLIS-</b> <b>TUMINEN</b>		



	<b>Pääluokka 1</b> <b>Oppiminen ja tiedon soveltaminen</b>		
42	d110 Katseleminen	II	
43	d115 Kuunteleminen	I	II
44	d120 Muu tarkoituksellinen aistiminen	I	
45	d130 Jäljitteleminen	IIII I	II
46	d131 Oppiminen esineiden avulla		
47	d133 Kielen oppiminen	III	III
48	d137 Käsitteiden oppiminen	II	III
49	d140 Lukemaan oppiminen	I	
50	d145 Kirjoittamaan oppiminen	I	II
51	d155 Taitojen hankkiminen	II	
52	d160 Tarkkaavuuden kohdentaminen	IIII II	IIII III
53	d166 Lukeminen	I	
54	d170 Kirjoittaminen		II
55	d172 Laskeminen		
56	d175 Ongelman ratkaiseminen		
57	d177 Päätöksen tekeminen		
	<b>Pääluokka 2</b> <b>Yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet</b>		
58	d220 Useiden tehtävien tekeminen	I	I
59	d230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen	I	
60	d250 Oman käyttäytymisen hallinta	IIII	III
	<b>Pääluokka 3</b>		

	<b>Kommunikointi</b>		
61	d310 Puhuttujen viestien ymmärtäminen		
62	d330 Puhuminen		
63	d331 Jokeltelu		
64	d335 Ei kielellisten viestien tuottaminen		
65	d350 Keskustelu		
66	d360 Kommunikaatiolaitteiden ja -tekniikoiden käyttäminen		
	<b>Pääluokka 4</b> <b>Liikkuminen</b>		
67	d410 Asennon vaihtaminen		
68	d415 Asennon ylläpitäminen		
69	d420 Itsensä siirtäminen		
70	d430 Nostaminen ja kantaminen		
71	d435 Esineiden liikuttaminen alaraajoilla		
72	d440 Käden hienomotorinen käyttäminen		
73	d445 Käden ja käsivarren käyttäminen		
74	d450 Käveleminen		
75	d455 Liikkuminen paikasta toiseen		
76	d460 Liikkuminen erilaisissa paikoissa		
77	d465 Liikkuminen välineiden avulla		
78	d470 Kulkuneuvojen käyttäminen		
	<b>Pääluokka 5</b> <b>Itsestä huolehtiminen</b>		

79	d510 Peseytyminen		I
80	d520 Kehon osien hoitaminen		I
81	d530 WC:ssä käyminen	IIII I	IIII II
82	d540 Pukeutuminen	IIII III	IIII IIII II
83	d550 Ruokaileminen	IIII IIII II	IIII IIII I
84	d560 Juominen	IIII	III
85	d570 Omasta terveydestä huolehtiminen		
	<b>Pääluokka 6</b> <b>Kotielämä</b>		
86	d630 Aterioiden valmistaminen		
87	d640 Kotitaloustöiden tekeminen		I
	<b>Pääluokka 7</b> <b>Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet</b>		
88	d710 Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus	IIII IIII II	IIII IIII III
89	d720 Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus		II
90	d750 Vapaamuotoisen sosiaaliset ihmissuhteet		III
91	d760 Perhesuhteet		
92	d770 Intiimit ihmissuhteet		
	<b>Pääluokka 8</b> <b>Keskeiset elämäalueet</b>		
93	d815 Esiopetus	IIII IIII I	IIII IIII III
94	d820 Kouluopetus	III	IIII I
95	d845 Työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen		
96	d860 Taloudelliset perustoimet		
97	d880 Leikkiminen	IIII IIII	IIII IIII
	<b>Pääluokka 9</b>		

	<b>Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä</b>		
98	d910 Yhteisöllinen elämä	I	I
99	d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika		I
	<b>YMPÄRISTÖTEKIJÄT</b>		
	<b>Pääluokka 1 Tuotteet ja teknologiat</b>		
100	e110 Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen	III	III
101	e115 Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön	IIII IIIII IIIII I	IIII IIIII IIIII IIII
102	e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen	IIII IIIII II	IIII IIIII III
103	e125 Kommunikointituotteet ja –teknologiat	I	III
104	e130 Opetustuotteet ja –teknologiat	I	
105	e140 Kulttuuri-, virkistys- ja urheilutoiminnan tuotteet ja teknologiat		
106	e150 Julkisten rakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat		
107	e155 Yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun		III

	sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat		
108	e160 Maanrakennuksen tuotteet ja teknologiat		
109	e165 Varallisuus		
	<b>Pääluokka 3</b> <b>Tuki ja keskinäiset suhteet</b>		
110	e310 Lähiperhe		
111	e315 Laajennettu perhe		
112	e320 Ystävät		
113	e325 Tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet		
114	e330 Esimiesasemassa olevat henkilöt		
115	e340 Kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat		
116	e355 Terveystieteiden ammattihenkilöt		
	<b>Pääluokka 4</b> <b>Asenteet</b>		
117	e410 Lähiperheen jäsenten asenteet		
118	e415 Laajennetun perheen jäsenten asenteet		
119	e420 Ystävien asenteet		
120	e425 Tuttavien, ikätoveriensa, työtoveriensa, naapuriensa ja yhteisön jäsenten asenteet		
121	e430 Esimiesasemassa olevien henkilöiden asenteet		
122	e440 Kotipalvelutyöntekijöiden ja henkilökohtaisten avustajien asenteet		

123	e450 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet		
124	e460 Yhteisön asenteet		
125	e465 Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat		
	<b>Pääluku 5 Palvelu, hallinto ja politiikka</b>		
126	e525 Asuminen - palvelut, hallinto ja politiikka		
127	e540 Liikenne - palvelut, hallinto ja politiikka	II	II
128	e550 Oikeustoimi - palvelut, hallinto ja politiikka		I
129	e555 Yhdistykset ja järjestöt - palvelut, hallinto ja politiikka		
130	e560 Tiedotusvälineet - palvelut, hallinto ja politiikka		
131	e570 Sosiaaliturva - palvelut, hallinto ja politiikka	IIII II	IIII II
132	e575 Yleinen sosiaalinen tuki - palvelut, hallinto ja politiikka		I
133	e580 Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka	IIII IIII IIII IIII	IIII IIII IIII IIII
134	e585 Koulutus - palvelut, hallinto ja politiikka	IIII	IIII
135	e590 Työ ja työllistyminen - palvelut, hallinto ja politiikka		