

ASIAKASLÄHTÖINEN ICF-VIITEKEHYKSEN KÄYTTÖ KUNTOU- TUSYKSIKÖN TOIMINNASSA

Sofia Värs
Opinnäytetyö ylempi AMK
Kevät 2025
Kuntoutuksen asiantuntija
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian ylempi amk-tutkinto
Kuntoutuksen asiantuntija

Tekijä: Sofia Värs

Opinnäytetyön otsikko: Asiakaslähtöinen ICF-viitekehyksen käyttö kuntoutusyksikön toiminnassa

Työn ohjaajat: Essi Xiong, Hilikka Korpi

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: kevät 2025

Sivumäärä: 73 + 3 liitettä

Eri uudistuksilla kannustetaan lisäämään ICF:n eli kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen käyttöä asiakaslähtöisen toimintakyvyn kuvaamiseksi niin Suomessa kuin kansainvälisesti. ICF:n avulla voidaan edistää tiedon välittymistä helpottaen sekä ammattiryhmien välistä kommunikointia, että asiakkaan ymmärrystä tilanteesta ja tuoda kuntoutusta asiakaslähtöisemmäksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli vahvistaa kuntoutusyksikön työntekijöiden ICF-viitekehyksen käytön osaamista kuntoutusprosessin eri vaiheissa asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa ICF-viitekehyksen käytöstä kuntoutumisen tukena, sekä kerätä kuntoutusyksikön työntekijöiden näkemyksiä, miten ICF:n käyttöä voidaan kehittää.

Toimintatutkimuksellinen lähestymistavan avulla on autettu tiedon siirtämisprosessia ja siten mahdollistettu ICF:n käyttöä kuntoutuksessa. Opinnäytetyö toteutettiin neurologiseen vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen erikoistuneeseen kuntoutusyksikköön. Kuntoutusyksikössä työskentelee 15 henkilöä, jotka ovat koulutukseltaan fysioterapeutteja sekä toimintaterapeutteja. Toimintatutkimuksen tutkimusosuus toteutettiin keräämällä avoimista kysymyksistä koostetulla kyselylomakkeella. Vastaukset analysoitiin teorialähtöisen temaattisen aineiston analyysimallin mukaisesti. Opinnäytetyön kehittämisosuus toteutettiin yhteiskehittämisen menetelmien avulla työpajatoimintana.

Kuntoutusyksikön työntekijät käyttivät ICF-viitekehystä kuntoutusprosessin eri vaiheissa työvälineenä sekä tukena kuntoutujan toimintakyvyn arvioinnissa, kuntoutuksen suunnittelussa. ICF-viitekehyksen asiakaslähtöisen käytön kehittämässä korostuivat oppimisen ja käytännön työn yhdistäminen. Keskeisiä kehittämistarpeita oppimisesta olivat työntekijöiden koulutuksen lisääminen ja tiedon jakaminen ICF:stä sekä käytön helpottaminen ja automatisointi. Käytännön työhön liittyvät kehittämistarpeet olivat kuntoutusyksikön tarpeisiin sovellettujen yhteisten käytäntöjen ja käytännön sovellusten luominen. Lisäämällä työyhteisön osaamista kouluttamalla koko työyhteisöä, lisätään yhtenäistä ymmärrystä ICF:stä ja sen käytöstä. Luomalla yhteisiä käytäntöjä ja käytännön sovelluksia helpotetaan ja automatisoidaan ICF:n käyttöä yhdenmukaiseksi. Käytön juurtumista edistetään sopimalla säännöllisiä yhteisiä tapaamisia ICF-viitekehyksen käytön arvioimiseksi ja kehittämiseksi.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Master of social services
Rehabilitation specialist

Author: Sofia Värs

Title of thesis: Client-centered use of the ICF framework in rehabilitation unit

Supervisors: Essi Xiong, Hilikka Korpi

Term and year when the thesis was submitted: spring 2025

Number of pages: 73 + 3 appendices

The purpose of the thesis was to enhance the use of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) framework among rehabilitation unit, focusing on its application in client-centred rehabilitation. The aim was to promote the use of ICF in supporting recovery and gather feedback from staff on how to further develop its use. ICF helps improve communication between professionals and enhances client understanding of their situation, making rehabilitation more client oriented.

The research was conducted in a specialized rehabilitation unit focused on neurological medical rehabilitation, employing physiotherapists and occupational therapists. A participatory action research approach was used, involving a survey with open-ended questions. The responses were analysed using a theoretical thematic data analysis model. The development part of the thesis involved co-development methods in a work-based setting.

ICF was used by staff during various stages of the rehabilitation process to assess functioning and plan rehabilitation. Key areas for development included increasing staff training on ICF, improving knowledge sharing, and making the use of ICF easier and more automated. In practice, the development needs involved creating shared practices and applications tailored to the rehabilitation unit's needs. By training the entire staff, a more unified understanding and use of ICF can be achieved. Regular meetings should be held to assess and further develop the use of the ICF framework.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
SISÄLLYS	4
KUVA- JA TAULUKKOLUETTELO	5
SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 ASIAKASLÄHTÖINEN KUNTOUTUS.....	9
2.1 Asiakas kuntoutuksen keskiössä.....	10
2.2 Asiakaskohtaamiset	12
2.3 Merkityksellisen tavoitteen asettaminen	14
2.4 Omakuntoutus	17
3 ICF KUNTOUTUSPROSESSIN OHJAAVANA VIITEKEHYKSENÄ	20
3.1 ICF:n käyttö asiakaslähtöisyyden edistämässä	22
3.2 ICF:n käyttö toimintakyvyn kuvaamisessa.....	24
3.2.1 Kuntoutuksen tarpeen tunnistaminen ja kuntoutussuunnitelma.....	25
3.2.2 Arviointivaihe	28
3.2.3 Tavoitteiden asettaminen	30
3.2.4 Kuntoutusinterventio.....	31
3.2.5 Loppuarviointi	33
4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET	36
5 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	37
5.1 Metodologia.....	37
5.2 Tutkimuksen toteuttaminen	39
5.2.1 Aineiston keruu.....	39
5.2.2 Aineiston analyysi.....	40
5.2.3 Kehittämävaiheen toteutus	44
6 TULOKSET.....	48
6.1 ICF-viitekehyksen käyttö kuntoutusyksikössä	48
6.2 ICF-viitekehyksen käytön kehittäminen kuntoutusyksikössä	52
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	58
8 POHDINTA	60
8.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutuksen arviointi	60
8.2 Luotettavuus.....	63
8.3 Eettisyys.....	64
LÄHTEET	67
LIITTEET	73

KUVA- JA TAULUKKOLUETTELO

KUVA 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet mukailten Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (2004) kuviota.	22
KUVA 2. Toimintatutkimuksen perusmalli (Jyrkämä 2021) sovellettuna tähän tutkimukseen.	38
KUVA 3. Analyysiprosessi ICF-viitekehyksen käytöstä kuntoutusyksikössä	49
KUVA 4. Analyysiprosessi ICF-viitekehyksen käytön kehittämiseksi kuntoutusyksikössä.	53

SANASTO

GAS	Goal attainment scaling, tavoitteiden saavuttamista mitaava asteikko
COPM	Canadien occupational performance measure, joka on toiminnallisen suoriutumisen mittari
ICF	International classification of functioning dissability and healt, kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen
RPS	Rehabilitation problem solving, kuntoutuksen suunnitella tukemaan on kehitetty ICF-arviointilomake
SPIRAL	Työkalu toimintakykyä tukevien tavoitteiden löytymiseen

1 JOHDANTO

Terveysthuollon laadun parantaminen koskettaa koko yhteiskuntaa ja asiakaslähtöinen toimintamalli on tärkeä osa laadun parantamista (Peltola & Tiirinki 2020, 3). Eri uudistukset kannustavat lisäämään ICF:n eli kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen käyttöä asiakaslähtöisen toimintakyvyn kuvaamiseksi niin Suomessa kuin kansainvälisesti (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 45–46; World Health Organization 2019; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2022, 130). ICF:n käytön on todettu tehostavan kommunikatiivisuutta, edistävän kokonaisvaltaista ajattelua ja selkeyttävän tiimirooleja. Jotta ICF voidaan ottaa käyttöön kliinisessä työssä, ICF on mukautettava vastaamaan kliinistä työtä tekevien tarpeita. Toimintatutkimuksellisen lähestymistavan käyttö on auttanut tiedon siirtämisprosessissa ja siten mahdollistanut ICF:n käyttöönottoa neurologisessa kuntoutuksessa. (Tempest & Jefferson 2015, 14.)

Keskus- ja ääreishermoston sairaudet ja vammat ovat yksi maailman johtavista syistä elinikäisiin toiminnan rajoitteisiin (Lexell & Brogårdh 2015). Kuntoutujat ja perheet, jotka kohtaavat sairauden tai vamman aiheuttamia toiminnan rajoitteita kertovat kokemuksiaan itsenäisyyden menettämisestä, jotka aiheuttavat avuttomuuden tunnetta ja riippuvuutta muista (Feldthusen ym. 2022, 888). Viime vuosikymmeninä neurologinen kuntoutus on kehittynyt osaksi kaikenikäisten neurologisten sairauksien kuntoutusta. Erilaisia mittareita käytetään yhä useammin kuvaamaan kuntoutuksen tärkeyttä toimintakyvyn parantamiseksi ja keskeinen osa neurologisen kuntoutuksen käytännöissä on WHO:n kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus (ICF). Sitä voidaan käyttää helpottamaan vamman tai sairauden jälkeistä arviointia ja tavoitteiden asettamista sekä parantamaan sopivien kuntoutusinterventioiden valintaa ja tuloksellisuutta. (Lexell & Brogårdh 2015; World Health Organization 2019.) Kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon kuntoutujan toimintakyvyn vaikuttavat tekijät, joita ovat lääketieteellinen terveydentila, ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset, osallistuminen sekä yksilö- ja ympäristötekijät. Kuntoutuksen perustana on julkisessa terveydenhuollossa laadittuun kuntoutussuunnitelmaan (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 23).

Opinnäytetyön tarkoituksena on vahvistaa kuntoutusyksikön työntekijöiden ICF-viitekehyksen käytön osaamista kuntoutusprosessin eri vaiheissa asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ICF-viitekehyksen käytöstä kuntoutumisen tukena sekä kerätä kuntoutusyksikön työntekijöiden näkemyksiä, miten ICF:n käyttöä voidaan kehittää.

2 ASIAKASLÄHTÖINEN KUNTOUTUS

Kuntoutuksella tarkoitetaan interventioita, jotka on suunniteltu optimoimaan toimintakykyä ja vähentämään yksilöiden toimintarajoitteita heidän omassa toimintaympäristössään (World Health Organization, 2017). Kuntoutuminen on kuntoutujan tarpeista lähtöisin oleva prosessi, jonka tarkoituksena on mahdollistaa kuntoutujan toimintakyvyn lisääminen tavoitteellisen ja suunnitelmallisen toiminnan avulla edistämällä ja tukien itsenäistä selviytymistä, osallistumismahdollisuuksia, työ- ja opiskelukykyä sekä työllistymistä ja työssä jatkamista. (Karhula, Sellman, Sipari & Ylisassi 2022, 279). Kuntoutuksen paradigmassa painotetaan asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan toimijuutta ja aktiivista osallistumista, yhteistä tavoitteen asettelua ja vuorovaikutuksellista yhteistyötä. Kuntoutuksen tulisi olla vahvasti kytkettynä kuntoutujan arkeen sekä korostaa kuntoutujan osallisuutta ja valtaistumista. (Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2022, 24.) Salmisen ym. (2022, 30) mukaan asiakaslähtöisen kuntoutuksen käsitettä tulisikin käyttää silloin kun puhutaan kuntoutujan aktiivista roolia, voimavaroja ja toimijuutta painottavasta työotteesta, jossa kuntoutuja tulee kuulluksi ja hänellä on mahdollisuus osallistua kuntoutuksensa suunnitteluun ja päätöksen tekoon.

Kuntoutuksen laatua voidaan parantaa asiakaslähtöisellä kuntoutuksella, jolloin kuntoutuksessa huomioidaan kuntoutujan arvot ja mieltymykset. Tämän on osoitettu vaikuttavan merkittävästi myös kuntoutustyytyväisyyteen, kuntoutukseen sitoutumiseen ja kestoon sekä kustannustehokkuuteen (Feldthusen ym. 2022, 886; Wallace ym. 2023, 1252). Kroonisista sairauksista kärsivät kuntoutujat ovat motivoituneempia kuntoutumiseen, kun heidän yksilölliset arvonsa, tarpeensa ja mieltymyksensä otetaan huomioon. (Lenzen ym. 2017, 14.) Canon ym. (2023) tutkimuksen mukaan terveystalitiikkaa suunniteltaessa tulisi käyttää toimintamalleja, kuten asiakaslähtöistä kuntoutusta, jotka edistävät ihmisten voimaantumista omakuntoutukseen. Tällöin saavutetaan terveyshyötyjä ilman lisäkustannuksia sosiaali- ja terveysjärjestelmille.

Asiakaslähtöisyyden teemat kuntoutuksessa voidaan luokitella yksilöllisyyteen, vuorovaikutukseen, tavoitteen asettamiseen, koulutukseen ja tukeen (Wijma ym. 2017, 836). Asiakaslähtöinen kuntoutus on yksilö- ja perhekeskeistä, jolloin

kuntoutujaa tarkastellaan osana perhettään ja yhteisöään. Asiakaslähtöinen kuntoutus mahdollistaa kuntoutujan aktiivisen osallistumisen tavoitteiden asetteluun sekä kuntoutukseen painottaen ohjausta ja opetusta mahdollisimman itsenäiseen toimintaan. Onnistuneessa asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa tavoitteet ovat kuntoutujalle merkityksellisiä ja ne on laadittu yhteistyössä kuntoutujan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. (Feldthusen ym. 2022, 886; Wallace ym. 2023, 1254.) Kuntoutujan osallistuminen kuntoutukseen edellyttää kuntoutujan oikeutta tulla informoiduksi sekä mahdollistaa mielipiteen ilmaisun häntä koskevassa päätöksenteossa. Kuntoutumisen onnistumiseksi vaaditaan myös kuntoutujan omaa motivaatiota, omien kykyjen tunnistamista ja niihin luottamista sekä ympäristön muutosta tarpeen mukaan (Autti-Rämö, Mikkelsen & Lappalainen 2022, 54; Feldthusen ym. 2022, 886). Asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa on tärkeää, että kuntoutuja pääsee osallistumaan kuntoutusprosessin eri vaiheisiin, jotka ovat arviointi, tavoitteiden asettaminen, kuntoutus ja loppuarviointi. (Lexell & Brogårdh 2015, 6.)

2.1 Asiakas kuntoutuksen keskiössä

Kuntoutuksen määritellään olevan kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähtevä suunnitelmallinen prosessi, jossa kuntoutuja ylläpitää ja edistää toiminta- ja työkykyään ammattilaisen tuen avulla. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea kuntoutujan ja hänen läheistensä voimavaroja, itsenäistä elämää, työllisyyttä ja sosiaalista osallistumista. Kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan myös kuntoutujan toimintaympäristöjen kehittämiseen. (Karhula ym. 2022, 279; Sosiaali- ja terveysministeriö 2022.) Kuntoutus toteutuu osana hyvinvointialueiden palvelujärjestelmää ja edellyttää eri toimijoiden palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022.)

Kuntoutujan tukeminen kuntoutusprosessissa alkaa jo kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Yhteistyössä laadittu kuntoutussuunnitelma ohjaa kuntoutujalle merkityksellisen ja tavoitteellisen kuntoutuksen toteuttamista arjessa. Sen avulla tuetaan kuntoutujan ja hänen läheistensä ja lähellä toimivien sitoutumista pitkäaikaiseen työskentelyyn. Kuntoutussuunnitelman avulla voidaan välittää tietoa kuntoutujan ja eri hoitotahoilla toimivien terapeuttien tai muiden palveluntuottajien ja organisaatioiden välillä. (Melkas, Peltonen & Suomela-Markkanen 2022, 297)

Yhteistyön alkaessa ensimmäinen kohtaaminen kuntoutujan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä on tärkein. Tällöin rakennetaan yhteistä ymmärrystä jakamalla ja vaihtamalla tietoa kuntoutujan tilanteesta. (Peltola & Tiirinki, 2020, 7; Feldthusen ym. 2022, 895.) Kuntoutusta tukevat toimenpiteet työ- ja toimintakyvyn palauttamiseksi on aloitettava mahdollisimman nopeasti, jotta kuntoutuja ei passivoidu toimenpiteiden kohteeksi. Kuntoutujan omien näkemysten ja arvojen huomioiminen on erityisen tärkeää silloin kun hän tarvitsee monipuolisesti terveydenhuollon palveluita kuten hoitoa, apuvälineitä, kuntoutusta ja arkea tukevia palveluita. Kuntoutuksessa ihminen on toimija ja kuntoutuminen edellyttää häneltä aktiivista osallistumista ja motivaatiota. (Autti-Rämö 2022, 64.)

Kuntoutusta suunniteltaessa olennaista on pohtia kuntoutujan kannalta mitkä tai millaiset kuntoutusinterventiot saavat aikaan toivottua muutosta kuntoutujan toimintakyvyssä ja osallistumisessa sekä millaiset kuntoutujan yksilölliset ja elinympäristöön liittyvät tekijät ovat muutoksen kannalta olennaisia ja miten ne tulisi ottaa huomioon (Salminen ym. 2022, 28). Kuntoutuksen sisältöä kehitetään kuntoutujan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisessä vuorovaikutuksessa. Sisältöön vaikuttavat kuntoutujan lähtötilanne, hänen asettamansa tavoitteet, saatavilla oleva tutkimusnäyttö ja kuntoutuskäytänteet sekä terveydenhuollon ammattilaisen harkinta. (Salminen ym. 2022, 19.) Lähtökohtana on arvioida kuntoutujalle merkityksellisiä toimia suhteessa hänen omaan ympäristöönsä (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 43). Kuntoutujan toimintakykyä arvioidaan aina asiakaslähtöisesti ja sen tulisi vahvistaa kuntoutujan toimijuutta kuvaamalla hänen voimavarojaan, kykyä tehdä valintoja ja toimia niiden perusteella itselleen merkityksellisellä tavalla. Toimintakykyä arvioitaessa on usein tärkeää kuulla myös kuntoutujan läheisiä ja muita kuntoutujan arjessa keskeisessä roolissa olevia henkilöitä, tämä edellyttää kuitenkin kuntoutujan hyväksyntää. (Sainio & Salminen 2022, 262.)

Asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa kuntoutuja nähdään keskeisessä roolissa osana moniammatillista työryhmää, jolloin työryhmässä tavoitteet ja terapiat luodaan yhteistyössä kuntoutujan asettaman tavoitteen mukaan. Kuntoutuja kokee itsensä tasavertaiseksi terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, kun heidän välillään vallitsee luottamus, hän saa osallistua tiedon tuottamiseen itsestään ja

päätöksenteko tapahtuu yhdessä. (Weiste ym. 2020, 2; Wallace ym. 2023, 1254.) Moniammatillisen yhteistyön tulisi toimia saumattomasti jatkumona läpi hoitoketjun, jolloin terveydenhuollon ammattihenkilöillä on asiantuntijoina ammatillinen vastuu ja kuntoutujalla vastuu perustuen hänen kykyihinsä sekä toiveisiin kuntoutuksesta. (Weiste ym. 2020, 2; Feldthusen ym. 2022, 895; Wallace ym. 2023, 1254–1255.)

Tiedon jakaminen kuntoutujan ja ammattilaisten välillä koetaan merkittäväksi ja näissä kohtaamisissa koetaan molemmin puolin tarve kuunnella toista. Ymmärrys kuntoutujan tilanteesta lisääntyy tiedon jakamisen myötä. Tiedon jakaminen katkeaa herkästi siirryttäessä hoitotaholta toiselle. Onnistuneessa kuntoutuksessa hoidon jatkumo toimii saumattomasti ylittäen sairaalaympäristön jatkuen kotiin sekä muihin palveluntarjoajiin. (Peltola & Tiirinki, 2020, 7; Wallace ym. 2023, 1255.)

2.2 Asiakaskohtaamiset

Asiakaslähtöisen kuntoutuksen ydinajatuksena on tuoda esiin ja ymmärtää asiakkaiden tarpeita, huolenaiheita ja odotuksia kuntoutuksesta, jotta päästäisiin yhteisymmärrykseen ongelmasta ja sen hoidosta. Asiakkaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus on avaintekijä tasapuoliseen kommunikointiin ja ymmärrykseen (Weiste ym. 2020, 2; Peltola & Tiirinki, 2020, 11). Asiakaslähtöinen toimintatapa edellyttää kumppanuutta, ihmisarvon korostamista, myötätuntoa sekä kunnioitusta kuntoutujan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä (Jesus ym. 2016). Chowdhury ja Bjorbækmo (2017, 558), nostavat tutkimuksessaan esiin, että kuntoutusprosessi ei liity vain kliiniseen päättelyyn ja diagnostiikkaan vaan se sisältää myös yhteyden muodostamisen kuntoutujaan ja kuntoutujan ohjauksen ymmärtämään toimintakykyään arjessa.

Asiakaslähtöisen kuntoutuksen vuorovaikutuskäytännöt edellyttävät terveydenhuollon ammattilaisilta kommunikaatiota ja joustavuutta, sillä jokaisella kuntoutujalla on erilaiset mieltymykset ja kyvyt osallistua. Fyysinen ja psyykinen vuorovaikuttaminen mahdollistavat kuntoutujan oppimisen toimintakykynsä mahdollisuuksista sekä helpottavat opitun soveltamista arjessa. (Autti-Rämö, Mikkelsen

& Lappalainen 2022, 54–55.) Terveysthuollon ammattilaisten on todettu arvostavan asiakkaan osallistumista, mutta sitä ei ole haluttu ottaa ohjaavaksi käytännöksi, sillä heidän näkökulmastaan asiakkaan osallistuminen saattaa olla tehotonta, aikaa vievää sekä herättää pelkoa uutta valtasuhdetta kohtaan: suurempi asiakkaiden voimaantuminen voidaan kokea ammatillisia rajoja ja pätevyyttä uhkaavina. (Weiste ym. 2020, 2; Feldthusen ym. 2022, 895.) Flinkin ym. (2021) mukaan dialogia terveydenhuollossa on parannettava usealla eri tasolla: kuntoutujien ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä, hoitoa tarjoavan organisaation terveydenhuollon ammattilaisten kesken sekä eri organisaatioissa työskentelevien ammattilaisten välillä. Paremmalla dialogilla tarkoitetaan viestintää ja vuorovaikutusta, jossa kaikki osapuolet kommunikoivat tasavertaisesti pyrkien yhteisymmärrykseen.

Peltolan ja Tiiringin (2020, 11) tutkimuksen mukaan tuen antaminen kuntoutujalle nähtiin välttämättömänä hoidon korkean laadun saavuttamiseksi. Kokonaisvaltainen hoito ja välittäminen sekä katkeamaton hoitopolku mahdollistavat asiakaslähtöisyyden. Saavuttamalla hyvä vuorovaikutus kuntoutujan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä saadaan kuntoutuja sitoutumaan vahvemmin kuntoutukseen, tällöin myös kuntoutuksessa saavutetaan paremmat tulokset. Canon ym. (2023) tutkimuksessa asiakaslähtöisten interventioiden avulla lisättiin merkittävästi positiivisia vuorovaikutustilanteita terveydenhuollossa potilailla, jotka sairastivat kroonista sairautta. Asiakaslähtöisten toimintamallien avulla pystyttiin myös vähentämään terveydenhuollon käyntimääriä. Nämä havainnot tukevat sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kuntoutujalle miellyttävän toiminnan tuomia hyötyjä hänen voimaantumisessaan omahoitoon.

Kuntoutujan ja ammattilaisen välinen yhteistoiminta mahdollistaa yhteisen päätöksenteon, jos kuntoutujalla on mahdollisuus tehdä valintoja saamansa tiedon perusteella. Päätöksentekoon hän saa tarvitsemansa ohjauksen sekä tukea ammattilaiselta ja pystyy jakamaan näkemyksensä ammattilaisen kanssa. Ammattilaisen vastuulla on mahdollistaa kuntoutujan osallisuus kuntoutujalle sopivalla tavalla sen hetkinen tilanne huomioiden. Onnistuessaan kuntoutujan aktiivinen rooli tulee esiin kuntoutusprosessin eri vaiheissa; tavoitteiden asettamisessa ja

arvioinnissa, kuntoutussuunnitelman laatimisessa sekä kuntoutuksen sisältöjen suunnittelussa. (Karhula ym. 2022, 280–281.)

Melin ym. (2021, 871) löysivät tutkimuksessaan keinoja vuorovaikutuksen parantamiseen tavoitteen asettamisen vaiheessa, jotka mahdollisesti voisivat johtaa myös tavoitteellisempaan ja mielekkäämpään terapiaprosessiin. Tavoitetta muodostettaessa käytettiin enemmän aikaa keskusteluun kuntoutujasta ja hänen toteuttamastaan omakuntoutuksesta sekä työ- ja vapaa-ajan toiminnasta. Tällöin pystyttiin parantamaan ja jalostamaan yksilöllisemmin suunniteltuja terapiatilanteita vastaamaan kuntoutujan päivittäiseen elämään. Sillä, mitä kuntoutuksen ammattilaiset henkilöinä tuovat vuorovaikutukseen kuntoutujan kanssa, vaikuttaa asiakaslähtöiseen käytäntöön.

Toinen merkittävä tekijä hyvässä vuorovaikutuksessa Melinin ym. (2021, 873) mukaan on tietoinen kuuntelu ja ajan antaminen kuntoutujalle. Kerronnallisuus on keskeisessä roolissa, jotta kuntoutujan on mahdollista kertoa oma tarinansa. Kuntoutujan kertomus antaa kuntoutujalle mahdollisuuden jakaa kokemuksiaan sairaudesta, oireistaan ja siitä miten ne vaikuttavat hänen jokapäiväiseen elämäänsä. Jotta voidaan ymmärtää, mikä tuo merkityksen kuntoutujan elämään, kuntoutuksen ammattilaisen on tunnustettava, että kuntoutuja on aina ennen kaikkea ihminen. Kuntoutujan kertomus ei ole vain sanallista, vaan myös ruumiillista, jolloin kuntoutuksen ammattilaisen tulee käyttää kaikkia aisteja tarkkaillakseen, koskettaakseen ja virittääkseen kehonsa koko ihmiselle ja hänen elämänsä kontekstille. Terapeutin reagoitakykyä voidaan lisätä itsetietoisuuden, reflektoinnin sekä kouluttamisen avulla.

2.3 Merkityksellisen tavoitteen asettaminen

Yksi kuntoutumisen tavoite on kuntoutujan yhteiskunnan toimintaan osallistumisen mahdollistaminen (Autti-Rämö ym. 2022, 56). Kuntoutuksessa, tavoitteen asettaminen on keskeisessä roolissa ja kytköksissä asiakaslähtöisyyteen. Ihminen on olento, jolla on tunteita, toiveita, tarpeita, uskomuksia ja vastuita, jolloin henkilön tavoitteet kuntoutuksessa ovat hänen toivomansa tulevaisuuden tila. Sen vuoksi asiakaslähtöisten tavoitteiden tulee liittyä kuntoutujan tarpeisiin,

arvoihin ja odotuksiin. (Melin ym. 2021, 866.) Asiakaslähtöinen lähestymistapa edellyttää kumppanuutta, ihmisarvoa, myötätuntoa ja kunnioitus kuntoutujan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä (Jesus ym. 2016). Tällä puolestaan on positiivinen vaikutus potilaan kuntoutukseen, koska se lisää motivaatiota saavuttaa hänen tavoitteensa (Rose, Rosewilliam & Soundy 2017, 73).

Asiakaslähtöiset tavoitteet tulisi muotoilla yhteistyössä. Kuntoutujan kannalta merkityksellisten ja olennaisten tavoitteiden muotoileminen vaati ymmärrystä kuntoutujan toiminnasta, havaituista tarpeista, rajoituksista ja vahvuuksista. (Melin ym. 2021, 870.) Tavoitteiden asettamisessa osallisuuden kokemus vahvistaa kuntoutujan motivaatiota ja sitoutumista kuntoutusprosessiin. Jotta kuntoutuja sitoutuu kuntoutukseen, tulee tavoitteiden olla merkityksellisiä hänen arjessaan ja elämässään, tämä mahdollistetaan ottamalla kuntoutuja mukaan tavoitteen asetteluun alusta alkaen hänen mahdollisuutensa huomioiden. Osallisuuden kokemus tukee myös laajemmin kuntoutujan kokemaa toimijuutta eli tietoista aktiivista toimintaa ja vaikuttamista itseään koskeviin asioihin. (Melin ym. 2021, 870; Autti-Rämö ym. 2022, 63; Karhula ym. 2022, 282.)

Kuntoutuksen ammattilaisen rooli asiakaslähtöisen tavoitteen asettelussa on toimintakyvyn arvion lisäksi tukea ja auttaa kuntoutujaa tunnistamaan omakohtaista kuntoutuksen tarvetta ja tavoitteita sekä vahvistaa kuntoutujan omia voimavaroja. Sen lisäksi halutaan auttaa kuntoutujaa löytämään toimivia, rajoitteita huomioivia ja kompensoivia keinoja mahdollistamaan kuntoutujan toimintaa ja osallistumista. (Autti-Rämö ym. 2022, 63.) Kuntoutujan toiminnassa tapahtuvan muutoksen ja tavoitteiden tulisi nousta esiin kuntoutuksessa niissä asioissa, mitkä ovat muodostuneet kuntoutujalla ongelmallisiksi esimerkiksi arjen toiminnassa tai työssä (Karhula ym. 2022, 290). Kuntoutuksen ammattilainen käynnistää keskustelun kuntoutujan itsensä asettamien tavoitteiden muokkaamisesta realistisiksi ja suunnitellussa aikataulussa saavutettaviksi. Vaikka tavoitteet ovat aina asiakaslähtöisiä, tulee kuntoutuksen ammattilaisen nostaa esiin myös kuntoutuksellisia tarpeita, joita kuntoutuja ei pysty ennakoimaan tai tunnistamaan. (Autti-Rämö ym. 2022, 63.)

Kuntoutuksessa asiakaslähtöiseen tavoiteasetteluun pyrkiminen voi aiheuttaa haasteita sekä kuntoutuksen ammattilaiselle epämiellyttävien olon. Ammattilaisten

pelkona on, että kuntoutujat ehdottavat epärealistisia tavoitteita tai että kuntoutujilla ja ammattilaisilla on erilaisia ideoita ja toiveita tavoitteen suhteen. Haasteet voidaan kohdata asiakaslähtöisen tavoiteasettelun avulla. Tavoitteiden asettamisesta aiheutuva epämukavuutta voidaan vähentää, jos kuntoutuksen ammattilaiset suhtautuvat tavoitteisiin pyrkimyksinä, toiveina ja unelmina. Tällöin kuntoutuja tuntee olevansa kuunneltu, arvostettu ja valtaistuneempi. Lisäksi lyhyen aikavälin tavoitteen määrittäminen kuntoutujan yleistavoitteen perusteella, voi auttaa haastavan tilanteen etenemisessä. Kolmanneksi kuntoutuksen ammattilaisen täytyy kehittää ymmärrystä kuntoutujan terveysongelman arvioimiseksi ja lisäksi ehdottaa toimenpiteitä, jotka mukauttavat kuntoutuksen kuntoutujan tavoitteisiin. (Melin ym. 2021, 870.)

Merkityksellisten tavoitteiden tunnistamiseen tarvitaan tiedon jakamista sekä ymmärryksen lisäämistä. Suunnittelussa huomioidaan kuntoutujan ympäristö, lähiyhteisön toiminta ja arki. Fyysinen ja sosiaalinen toimintaympäristö voi joko tukea tai rajoittaa kuntoutujan voimavaroja. Kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen välisessä keskustelussa rakennetaan kokonaiskuvaa nykytilanteesta, kuntoutustarpeesta, tavoitteesta, suunnitelmasta ja sisällöstä. Molemmat tuovat omat näkemyksensä sekä oman asiantuntemuksensa ja kuuntelevat toisen osapuolen näkökulmia. Keskustelu on tasavertaista ja pyrkii yhteiseen päätöksentekoon kuntoutusprosessia koskevissa asioissa. Kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen lisäksi tavoitteen asettamiseen voivat osallistua myös kuntoutujan läheiset. (Karhula ym. 2022, 279.)

Kuntoutuksen ammattilaiset, jotka pyrkivät kuuntelemaan ja ymmärtämään, mitä kuntoutujan kokemus merkitsee hänen elämässään oireiden ja toiminnan lisäksi, ovat todennäköisesti valmiimpia luomaan mielekkäitä tavoitteita kuntoutujan kanssa. Tällaiset tavoitteet vastaisivat myös kansainvälistä ICF-luokitusta suoriutumisen ja osallistumisen tasoilla kehon toiminnan ja rakenteen sijaan (Melin ym. 2021, 873.) Onnistunut vuorovaikutteinen prosessi mahdollistaa vaihtoehtoja kuntoutujan tilanteen uudelleen tulkintaan, selkeyttää keskeiset muutosalueet ja johtaa konkreettisten, yksilöllisten ja kuntoutujalle merkityksellisten tavoitteiden tunnistamiseen ja nimeämiseen. (Karhula ym. 2022, 280.)

2.4 Omakuntoutus

Omakuntoutus on yksi tärkeimmistä väestön terveyden ja hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Olennainen osa yksilöllisen kuntoutussuunnitelman laatimista on kerätä tietoja kuntoutujan kyvystä ja halusta ottaa vastuuta omasta kuntoutuksestaan. Omakuntoutuksen on todettu johtavan keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä tarkasteltuna terveyden edistämiseen. Tärkeimmät terveyttä edistävät tulokset asiakaslähtöisessä kuntoutusmallissa, jotka edistävät voimavaroja omakuntoutuksessa, ovat moniulotteisia ja niillä on vaikutuksia yksilö-, instituutio- ja yhteiskunnallisella tasolla. (Cano ym. 2023.)

Toimintakykyä heikentävät erilaiset krooniset tai hitaasti etenevät sairaudet yhdistettynä ikääntymiseen tai elintapojen tuomiin muutoksiin. Pitkäaikaisessa hoidossa tulisi varmistaa, että ihmisillä on mahdollisuus kehittää toimintakykyään koko elämänsä ajan tarjoamalla tuettu ympäristö toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen. Kuntoutuksen ammattilaisen on tärkeä tunnistaa kunkin henkilön elintapojen merkitys nykyiseen toimintakykyyn ja mahdollisiin seurauksiin tulevaisuudessa. Kuntoutujan kanssa tulee keskustella, siitä mitä hän itse voi tehdä terveytensä ja työ- ja toimintakykynsä ylläpitämiseksi ja missä hän tarvitsee kuntoutuksen ammattilaisen apua. Kuntoutussuunnitelmaan tulisikin sisällyttää kuntoutujan arjessa toteuttama oman kunnon ylläpitäminen ja ammattilaisten toteuttamat kuntoutustoimenpiteet. (Autti-Rämö ym. 2022, 63–64; Cano ym. 2023) Yhteinen ymmärrys arjesta, voimavaroista ja tuen tarpeista kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen välillä on arkeen kiinnittyvän kuntoutumisen lähtökohta. Myös kuntoutujan yksilötekijät tulisi huomioida kuntoutusta suunniteltaessa, sillä ne ovat vahvasti kytkeytyneenä motivaatioon ja voivat edistää tai estää esimerkiksi apuvälineiden käyttöönottoa, työhön paluuta ja realistista tavoitteen asettelua (Karhula ym. 2021; Karhula ym. 2022, 289). Yksilöllisen pitkäaikaisen asiakaslähtöisen toiminnan avulla voidaan tukea omaa harjoittelua, mikä lisää itseenäisyyttä ja omatoimisuutta ihmisten jokapäiväisessä elämässä ja lisää positiivisempaa käsitystä elämänlaadusta sekä toimivuudesta. Pitkäaikainen asiakaslähtöinen toimintamalli on myös lisännyt kuntoutujien tyytyväisyyttä hoidon laatuun ja palvelujen saatavuuteen. (Cano ym. 2023.)

Kuntoutusprosessin aikana arvioidaan kuntoutujan kykyä siirtyä hoidon koh-
teesta tuetusti aktiiviseksi toimijaksi. Tarvittaessa tuetaan tämän prosessin kehiti-
tymistä. Kuntoutujan omaa vastuuta lisätään toimijuuden valmiuksien kehitty-
essä. Kuntoutujan itseluottamus ja pystyvyyden kokemus kasvavat kuntoutujan
kuntoutuskokemuksien, yhdessä opettelemisen ja oivalluksien myötä. Kuntoutuja
edistää kuntoutumistaan ottaessaan vastuuta omasta toipumisestaan. (Autti-
Rämö ym, 2022, 69,71.) Aasen ym. (2021) toteaa tutkimuksessaan, että kuntou-
tukseen osallistuminen on riippuvainen kuntoutusyksikön asiakaslähtöisestä kult-
tuurista ja kuntoutukseen kuluneesta ajasta eli siitä, kuinka kauan sairastumi-
sesta tai vammautumisesta on kulunut. Dialogi ja voimatasapaino kuntoutujan ja
terveydenhuoltohenkilöstön välillä muuttuu kuntoutuksen edetessä. Motivaatio
kuntoutukseen täytyy tulla kuntoutujan sisältä. Paternalistinen ideologia, jossa
potilaiden oletetaan noudattavan vaatimuksia ja olevan minimaalisessa ja passiivisessa
roolissa, ei voi hallita, mikäli kuntoutusyksikössä halutaan toimia asia-
kaslähtöisesti. Melin ym. (2021, 870) mukaan kuntoutujalla voi olla erilaisia toi-
veita häneltä odotetuista rooleista kuntoutuksen suhteen. Hän voi esimerkiksi ha-
luta olla mieluummin aktiivinen tai passiivinen kuntoutusprosessin eri vaiheissa,
jolloin kuntoutuksen ammattilaiselta vaaditaan joustavuutta, tietoista kuuntelua
sekä kuntoutujalle riittävän ajan antamista.

Kuntoutuksen tarkoituksena on tukea ja auttaa kuntoutujaa toimimaan ja osallis-
tumaan omassa arjessaan siten, että kuntoutumiseen tarvittavat muutokset to-
teutuvat. Kuntoutusprosessin tulisi toimia sekä kuntoutujan arjessa, että muissa
toimintaympäristöissä ja eri toimijoiden toteuttamana riippumatta kuntoutustoi-
menpiteiden järjestäjästä, tuottajasta tai maksajatahosta. Kuntoutustoimenpiteet
joustavat yksilöllisten tarpeiden mukaan ja muutosten on toteuduttava myös
yleisten asenteiden tasolla. Kuntoutuja ei voi muuttaa toimintaansa, jos ympärillä
olevat ihmiset eivät sitä mahdollista. Tukemalla kuntoutujalle merkityksellistä ar-
kea, muodostuu arjesta kuntouttava. (Autti-Rämö ym. 2022, 68; Karhula ym.
2022, 288.)

Kuntoutujan luottamus omaan kuntoutumiseen ja pystyvyyden kokemuksen ra-
kentuminen tarvitsee tuekseen kuntoutujan arjessa toimivien ihmisten tuen. Kun-
toutuksen ammattilaisen ja kuntoutujan välinen yhteistyö auttaa kuntoutujaa

tunnistamaan oman toiminnan merkityksen ja käynnistää kuntoutumisen prosessin. Jotta kuntoutujan toiminta voi muuttua, tarvitaan konkreettinen ja tavoitteellinen suunnitelma, jota lähiympäristö tukee. Eri alojen kuntoutuksen ammattilaisten keskinäinen yhteistyö on tärkeää, jotta käsitys kuntoutujan tilanteesta on yhtenäinen ja tukee kuntoutujan merkityksellisen tavoitteen saavuttamista. Yhteistyö kuntoutujan arkiverkoston, kuten perheen, opiskeluyhteisön tai työpaikan kanssa mahdollistaa toiminnan muuttumisen arjessa. (Autti-Rämö 2022, 55, 68.) Flinkin ym. (2021) katsauksessa selvisi, että hoidosta siirtymisen kehittämisessä tehdään kyllä yksilöityjä suunnitelmia, esimerkiksi sairaalasta kotiutumisvaiheessa. Niissä ei kuitenkaan ole huomioitu kuntoutujia ja heidän läheisiään tai ammattilaisia, jotka myös osallistuvat hoidon siirtymisen koordinoimiseen.

3 ICF KUNTOUTUSPROSESSIN OHJAAVANA VIITEKEHYKSENÄ

ICF eli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus on integroiva ja biopsykososiaalinen lähestymistapa, joka kuvaa kokonaisuudessaan kattavasti sairauden vaikutuksia terveyteen ja yksilön toimintakykyyn. ICF:ää voidaan käyttää tutkimaan ja ymmärtämään toimintakykyä ja rajoituksia kuntoutuksen yhteydessä. (Escorpizo & Bemis-Dougherty 2015, 201; Lexell & Brogårdh 2015, 6.) ICF:n käyttö Pohjoismaissa on lisääntynyt mutta koulutus ICF:n käyttöön koetaan edelleen tarpeelliseksi. ICF:ää käytetään Suomessa ja muissa Pohjoismaissa käytännön työssä, kansallisten lakien säätelyssä, tiedon keräämisessä, opetuksessa ja tutkimustyössä. Käytännön työssä ICF:ää käytetään terveydenhuollon tiedon rekisteröintiin, tulosten arviointiin ja toimintarajoitteiden mittaamiseen. (Maribo ym. 2016, 4; Leonardi ym. 2022, 2.)

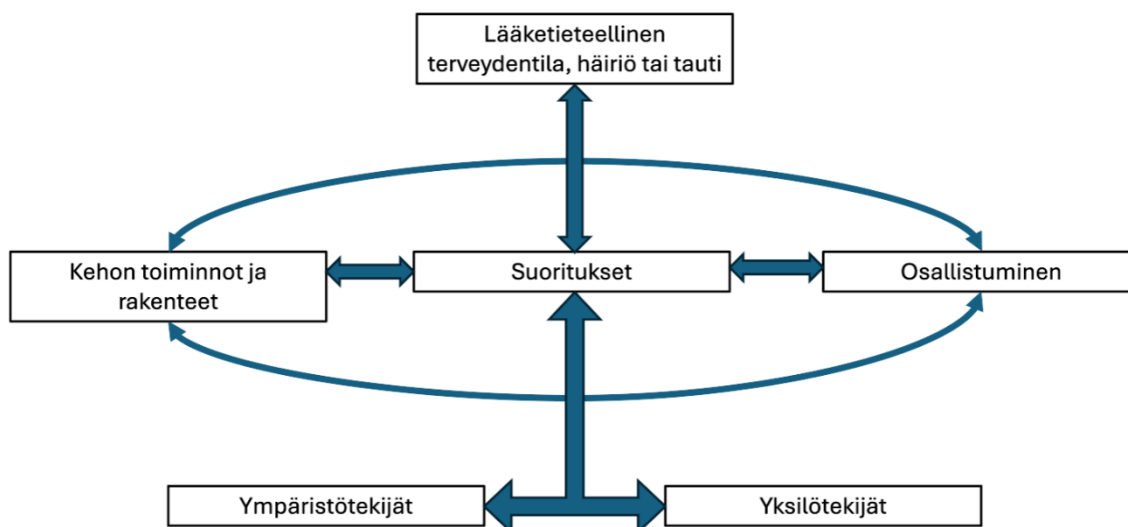
Salmisen ym. (2022, 26) mukaan kuntoutuksessa on viime vuosina käytetty yleisenä teoreettisena viitekehyksenä Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn ja terveyden luokitusjärjestelmää (ICF), joka kuvaa terveyteen liittyvää toimintakykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tässä viitekehyksessä tuodaan esiin fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia piirteitä yksilön toiminnassa sekä toimintaympäristössä, jolloin tavoitteena on luoda mahdollisimman tasapainoinen kuva terveyden eri puolista. Paltamaan ja Kaakkuriniemen (2022, 37) mukaan ICF- viitekehyksen käyttö mahdollistaa eri ammattilaisten välisen yhteistyön ja asiakaslähteisyyden kuntoutumisprosessissa, asiakkaan yksilöllisten vahvuuksien ja voimavarojen hyödyntämisen ja auttaa jäsentämään tietoa ympäristön esteistä. ICF- viitekehyksen käyttö myös auttaa huomioimaan arkiympäristön ja yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet kuntoutumisprosessin edistävinä tekijöinä.

Toimintakyky on positiivinen sateenvarjotermi kehon toiminnoille ja rakenteille suorituksille ja osallistumiselle. Kun kuntoutujan terveydentila tai ympäristön vaatimukset muuttuvat liian suuriksi tapahtuu muutoksia myös niiden välisessä vuorovaikutuksessa. Tällöin kuntoutuja voi kokea toimintarajoitteita, joka on negatiivinen sateenvarjo termi ICF:ssä ja pitää sisällään toimintakyvyn heikentymisen

tai rakenteellisen poikkeavuuden, toiminnan rajoitukset ja osallistumisrajoitukset (Lexell & Rivano Fischer 2017, 45)

ICF:n yleisenä tavoitteena on tarjota yhteinen ammatillinen käsitteistö tietojen vertailun helpottamiseksi sekä järjestelmällinen koodausjärjestelmä terveydenhuollon tietojärjestelmille. ICF käsitteellistää toiminnan kokonaisvaltaisessa viitekehyksessä käsittäen kehon toiminnot, kehon rakenteet, suoritukset ja osallistumisen ottaen huomioon ympäristötekijöiden ja henkilökohtaisten tekijöiden samanaikaiset vaikutukset (Escorpizo & Bemis-Dougherty 2015, 201; Maribo ym. 2016, 1) Kuntoutuksessa ICF:ää on käytetty enimmäkseen tuki- ja liikuntaelimitön sekä neurologisten sairauksien kuntoutuksessa (Escorpizo & Bemis-Dougherty 2015, 200; Maribo ym. 2016, 4)

ICF on jaoteltu kahteen osaan, toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin sekä kontekstuaalisiin tekijöihin. Nämä voidaan edelleen jaotella osa-alueisiin. Toimintakykyä ja toimintarajoitteita kuvaavilla osa-alueilla voidaan kertoa ihmisen toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvän toiminnallisen tilan ongelmattomia piirteitä. Toimintarajoitteilla puolestaan voidaan kuvata ongelmia, jotka ilmenevät ruumiin rakenteiden vajavuudessa tai osallistumisrajoitteina. Kontekstuaalisia tekijöillä tarkoitetaan ympäristö- ja yksilötekijöitä, jossa ympäristötekijät voidaan jakaa vielä pienempiin osa-alueisiin. (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 39.) Yksilötekijät kuvaavat yksilön voimavaroja, selviytymiskeinoja, koulutusta ja käyttäytymismalleja. Näiden tunnistaminen auttaa ymmärtämään, kuka kuntoutuja on ja miten hän ajattelee, arvioi ja ymmärtää omaa tilannettaan. Yksilötekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja muut terveydentila tekijät. (Karhula ym. 2021; Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 41.)



KUVA 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet mukailien Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (2004) kuviota.

3.1 ICF:n käyttö asiakaslähtöisyyden edistämiseksi

Kuntoutusprosessiin sidoksissa olevien käsitteiden yhtenäistäminen ICF:n avulla voi edistää tiedon välittymistä helpottaen sekä ammattiryhmien välistä kommunikointia, että asiakkaan ymmärrystä tilanteesta ja tuoda kuntoutusta asiakaslähtöisemmäksi ja juuri näillä osa-alueilla ICF:n käyttöönotto koetaan hankalaksi. (Valtamo ym. 2015, 48; Leonardi ym. 2022, 12.) ICF:ää voidaan käyttää kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. Tämä viitekehys voi ohjata kuntoutusta, tavoitteiden asettamista ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia (Nguyen ym. 2018, 236). ICF:n käytön todennäköisyyttä on pyritty lisäämään kehittämällä työkaluja, kuten ICF-pohjaisia tarkistuslistoja ja sairauskohtaisia ydinlistoja, ICF-pohjaisia arviointivälineitä ja arviointimenettelyjä. Asiakas- ja perhelähtöistä kokonaisvaltaista ja moniammatillista arviointia ja kuntoutuksen suunnittelua tukemaan on kehitetty ICF-arviointilomake eli RPS (Rehabilitation problem solving) -lomake, jota ei Suomessa juuri käytetä. (Lautamo & Kuukkanen 2015, 60; Leonardi ym. 2022, 12.)

Asiakaslähtöisen, yksilöllisen kuntoutussuunnitelman avulla, jonka ICF mahdollistaa, voidaan saavuttaa keskimittaisella ja pitkällä aikavälillä terveyshyötyjä sekä edistää kuntoutujan kokemaa valtaistumista omassa kuntoutuksessaan

(Paltamaa & Anttila 2015, 18; Cano ym. 2023, 2). Sairauden ja oireiden kokemus vaihtelee ihmisten välillä ja niillä on erilainen vaikutus päivittäiseen elämään. Toimintakykyä asiakaslähtöisesti arvioitaessa tulisikin huomioida toiminnan rajoitteiden lisäksi myös kuntoutujan vahvuudet ja osaaminen (Feldthusen ym. 2022, 888).

ICF-viitekehystä voidaan käyttää kahdesta eri näkökulmasta: yksilökeskeisesti sekä kokonaisvaltaisesti ammattien välisessä yhteistyössä, jolloin luokituksen tuoma yhteinen käsitteistö mahdollistaa kuvatun toimintakyvyn ymmärtämisen samalla tavalla ja jakaa osa-alueita ammattilaisten kesken. Kuntoutuksen ammattilaiset kuvaavat toimintakykyä pääsääntöisesti vapaakenttätekstinä. ICF:n avulla voidaan standardoida toimintakyvyn kuvaukset yhteensopiviksi tietokantojen rakenteiden kanssa. Käyttämällä ICF:ää parannetaan toimintakykymerkintöjen käytettävyyttä haettaessa ja koostettaessa tietoa kuntoutujasta (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 43). Kirjauksiin saadaan rakenteisuutta nostamalla kuvattavat aiheet ICF:n käsitteinä (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2024).

Toimintakykyä arvioitaessa huomioidaan kaikki ne osa-alueet, jotka ovat kuntoutujan sen hetkisessä tilanteessa merkityksellisiä. ICF:n avulla voidaan jäsentää toimintakykyä myös arvioinnin näkökulmasta. Kun selvillä on arvioinnin tavoitteet ja tarkoitus voidaan määrittää mitä ICF-luokituksen tasoja on tarkoituksenmukaisinta arvioida. Esimerkiksi elinjärjestelmien tasolla kehon toiminta, yksilötasolla kuntoutujan suoritukset tai yhteisön tasolla kuntoutujan osallistuminen itselleen tärkeisiin toimintoihin lähiyhteisössään tai yhteiskunnassa. Myös ympäristöt, joissa toiminta tapahtuu, tulee ottaa huomioon arvioinnissa, jotta tarpeelliset toimenpiteet kuntoutujan toiminnan parantamiseksi voidaan ulottaa myös niihin. (Sainio & Salminen 2022, 263.)

Käytettäessä koodeja ICF-kuvauskohteiden yhteydessä suositellaan käytettäväksi myös vähintään yhtä tarkennetta, sillä ilman tarkenteita koodit eivät ole mielekkäitä. ICF ei määrittele erikseen arviointimenetelmiä tai kriteereitä esimerkiksi tarkenteiden käyttöön. Joidenkin kalibroittujen arviointimittareiden ja vakioutujen menetelmien käyttöön ongelman määrittämiseksi on käytössä prosentuaalisia rajoja. Toimintakykyä tai toimintarajoitteita arvioitaessa käytetään yleisasteikkoja, joka kuvastaa ongelman määrää ruumiin ja kehon toimintoissa tai ruumiin

rakenteiden vajavuudessa tai suoritusrajoitteena tai osallistumisrajoitteena. Ruumiin rakenteita kuvattaessa voidaan käyttää myös luonnetta ja sijaintia kuvaavia lisätarkenteita. Kuvattaessa suorituksia ja osallistumista, ensimmäisellä tarkenteella kuvataan mitä kuntoutuja tekee ja kuinka hän toimii arkiympäristössään, toisella tarkenteella kuvataan korkeinta todennäköisintä toimintakykyä, jonka kuntoutuja voi saavuttaa vakioidussa ympäristössä. (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 41–42) Tarkenteiden käyttö lisää asiakaslähtöisyyttä kuvauskohteita käytettäessä kuvaamalla kuntoutujan toimintaa yksilöllisesti.

Karhula ym. (2021) mukaan yksilötekijöiden huomioiminen kuntoutuksessa vahvistaa asiakaslähtöistä kuntoutusta. Ammattilaisten tulisi antaa kuntoutujan ohjata prosessia. Tutkimuksessa yksilötekijöiden roolia pohdittiin kuntoutuksen eri vaiheissa. Esimerkiksi kuntoutujan ikä ja sukupuoli vaikuttivat olevan erityisen tärkeitä tekijöitä kuntoutuksen suunnittelussa. Yksilötekijöiden luokittelu auttaa tunnistamaan kuntoutujien yksilöllisiä tarpeita, auttaa ammattilaisia suunnittelemaan ja valitsemaan kuntoutustoimenpiteitä sekä mahdollistaa kuntoutustoimenpiteiden vaikutusten arvioinnin. Yksilötekijät vaikuttavat enemmän fyysiseen aktiivisuuteen ja harjoitteluun kuin ympäristötekijät. Yksilötekijät voivat toimia merkittävänä mahdollistajana tai pelotteena määritettäessä tavoiteltuja sosiaalisia, lääketieteellisiä tai kuntouttavia etuja.

3.2 ICF:n käyttö toimintakyvyn kuvaamisessa

Kuntoutuksen tavoitteena on saada aikaan muutos kuntoutujan suorituksissa ja osallistumisessa, jotka näkyvät esimerkiksi päivittäisissä toimissa, liikkumisessa, kotona ja työssä. (Salminen ym. 2022, 28). Kuntoutumisen suunnittelussa tulee hyödyntää monialaista arviota, joka huomioi kaikki kuntoutujan toimintakykyyn ja osallistumiseen vaikuttavat tekijät (Autti-Rämö ym. 2022, 66). ICF:n avulla voidaan ohjata kuntoutuksen sisällön suunnittelua ja kohdentamista. Sen avulla kuntoutuksen ammattilaiset voivat paikallistaa kuntoutujan kuntoutustarpeen taustalla olevia ongelmia ja kuntoutuksen esteitä sekä saavat mahdollisuuden tarkastella ja analysoida kuntoutujan kontekstiin ja tilanteeseen liittyviä vahvuuksia. (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 38.)

Leonardin ym. (2022) mukaan ICF:ää käytetään kliinisessä työssä toimintakyvyn arviointiin suurimmaksi osaksi neurologisten syiden kuten traumaattisen aivovamman tai aivohalvauksen aiheuttaman toimintakyvyn heikentymisen yhteydessä. Neurologisen kuntoutuksen prosessi sisältää neljä vaihetta: arviointi, tavoitteiden asettaminen, kuntoutus ja loppuarviointi. Jokaisessa vaiheessa voidaan käyttää ICF:ää ja tuloksista voidaan tehdä yhteenveto kuntoutus- ja terapiasuunnitelmaan. (Lexell & Brogårdh 2015, 6; Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 43.) Käytännön työssä ICF:n integroivasta roolista on tulossa näkyvämpi osa kuntoutuspaikan kirjaamisesta, jolloin sen avulla dokumentointi voisi ohjata kliinistä päätöksentekoa ja arviointia, jotta kuntoutujalle löytyisivät sopivat kuntoutusinterventiot ja terapeutit sekä seuranta. (Escorpizo & Bemis-Dougherty 2015, 203)

Yksi syy ICF:n rajalliseen käyttöön käytännön työssä on yhteisen kielen puute terveydenhuollon ammattilaisten ja ICF-konseptin välillä. ICF-pohjaisia työkaluja täytyy kehittää sen implementoimiseksi käytännön työhön. Suomessa käytössä olevia ICF-perusteisia työkaluja ovat Whodas 2.0 (WHO disability assesment schedule 2.0.), joka on terveyden ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmä, ICF:n ydinlistat, jotka tukevat toimintakyvyn arvioinnissa ja helpottavat ICF-luokituksen käyttöä sekä ICF tarkistuslista, joka on lyhyt versio yleisimmistä ja keskeisimmistä ICF-kuvauskohteista käytännön työtä varten. (Mukaino ym. 2020, 2 ja Leonardi ym. 2022.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa eri ammattiryhmät arvioivat toimintakykyä omasta ammatillisesta näkökulmastaan. Tässä opinnäytetyössä kohderyhmään kuuluvien fysioterapeuttien ammattiosaamista on toimintakyvyn fyysisten edellytysten selvittäminen. Toimintaterapeuttien ammattiosaaminen puolestaan kohdistuu kuntoutujan toiminnalliseen suoriutumiseen, kokemukseen itsestään toimijana sekä osallistumiseen. (Sainio & Salminen 2022, 263.)

3.2.1 Kuntoutuksen tarpeen tunnistaminen ja kuntoutussuunnitelma

Kuntoutumisen prosessi voi käynnistyä henkilön itse kokemasta, läheisten tai asiantuntijoiden tunnistamasta tarpeesta. Akuutti kuntoutuksen tarve ilmenee

sairastumisen, vammautumisen tai oireiden vuoksi hoitoon hakeutumisen yhteydessä. Kroonisissa tai etenevissä sairauksissa kuntoutuksen muuttuva tarve tulee arvioida säännöllisesti. Kuntoutustoimenpiteiden sisältöä, intensiteettiä ja toimintamallien ajankohtaisuutta tulee seurata suunnitelmallisesti. (Auti-Rämö ym. 2022, 57) WHO:n ICF-luokituksen käyttö toimintakyvyn vahvuuksien ja rajoitteiden sekä niihin vaikuttavien tekijöiden arvioinnissa edistää varhaista kuntoutustarpeen tunnistamista. Sen avulla voi kirjata oireiden konkreettisia vaikutuksia toimintakykyyn. Usein tarvitaan kuntoutujan läheisten ja lähiverkoston osallistamista suunnitteluun. (Melkas ym. 2022, 298) Kuntoutumisen prosessi voi käynnistyä vasta, kun kuntoutuja itse tunnistaa kuntoutumisen tarpeen sekä tavoitteellisen kuntoutuksen tuomat mahdollisuudet (Autti-Rämö ym. 2022, 57)

Kuntoutuksen oikea-aikaisella käynnistämällä voidaan vaikuttaa kuntoutuksen kestoon. Kuntoutuksen oikea-aikainen käynnistäminen ja kohdistaminen tulee suhteuttaa sairauteen, vammaan tai muuhun toimintakykyyn vaikuttavaan elämäntilanteeseen. Kuntoutuksen tarve voi muuttua nopeasti erityisesti etenevien sairauksien kohdalla, jonka vuoksi kuntoutuksen tarvetta ja sisältöä on arvioitava riittävän usein. Keskeisessä asemassa muuttuvien kuntoutustarpeiden tunnistamisessa ovat kuntoutuja, hänen läheisensä sekä kuntoutusta toteuttavat terapeutit. (Autti-Rämö ym. 2022, 61,64.) Toimintakyvyn heikkeneminen ei aina tarkoita kuntoutuksen intensiteetin tai erilaisten toimenpiteiden lisäämistä, vaan myös arkiympäristöön kohdistuvilla muutostöillä ja apuvälineiden käyttöön ottamisella, voidaan ylläpitää toimintakykyä ja kompensoida sairaudesta johtuvaa toimintakyvyn heikkenemistä. Läheisten ohjaaminen on tässä kohdassa erittäin tärkeää. (Autti-Rämö 2022, 64.)

Kuntoutuksen suunnittelu lähtee käyntiin sairauksien ja vammojen aiheuttamien toimintarajoitteiden sekä kuntoutujan voimavarojen selvittämisestä (Autti-Rämö, Mikkelsen & Lappalainen 2022, 54). Kuntoutussuunnitelman rakennetta ja ulkoasua sekä termien ja käsitteiden käyttöä on kehitetty. Vielä ei kuitenkaan ole yhtenäistä, miltä kuntoutussuunnitelman tulisi näyttää. (Lexell & Rivano Fischer 2017, 40) Suunnittelun lähtökohtana tulee olla toimintakyvyn biopsykososiaalinen arviointi, asiakaskeskeisyys ja yhteinen tavoitteen asettaminen. Kuntoutustarpeen arvioinnissa selvitetään ICF-mallin mukaisesti kuntoutujan vajavuudet ja

rajoitteet sekä kuntoutumista estävät ja edistävät tekijät. (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 47; Lexell & Rivano Fischer 2017, 40).) Nykyään kuntoutussuunnitelmaa käytetään kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa ja koko tiimille, niin henkilökunnalle kuin kuntoutujalle ja hänen läheisilleen. (Lexell & Rivano Fischer 2017, 39). Kuntoutusta suunniteltaessa on tärkeää selkiyttää miten ja millaisin tukitoimin kuntoutuja pystyy elämään aktiivisesti arkiympäristössään. Tämän vuoksi tarvitaan tietoa kuntoutujan omasta kokemuksesta sekä lähipiirin näkemystä toimintakyvystä ja selviytymisestä. (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 47.) ICF:n käyttö on mahdollistanut kuntoutujan vamman tai sairauden kokonaiskuvan kartoituksen, kuvailun ja analysoinnin sekä nostanut myös esiin ympäristön ja yhteiskunnan vaikutuksen kuntoutujan toimintakyvylle. (Lexell & Rivano Fischer 2017, 42)

Kuntoutujan suorituksista ja osallistumisesta saatava toimintakykytieto niin suoritustasosta kuin suorituskyvystä ohjaa yhteistä keskustelua tavoitteiden kohdentamisesta, kuntoutusmuotojen ja -määrien ja muun toteutuksen suunnittelusta. Kuntoutujan asettamat päätavoitteet edistävät hänen osallistumistaan omassa elinympäristössään. Päätavoite voidaan tarvittaessa pilkkoa osatavoitteisiin, jotka kiinnittyvät suorituksiin, ruumiin/kehon toimintoihin tai ruumiin rakenteisiin. Myös toimintaympäristöjä muokkaamalla, kuten ympäristön muutostöiden, henkilökohtaisten apuvälineiden ja tukihenkilöiden avulla, voidaan edistää toimintakykyä. Näistä yksilö- ja ympäristötekijöistä voi löytyä toimintakykyä edistäviä tai rajoittavia tekijöitä, joiden merkitys tulee huomioida kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa ja toteutettaessa. (Autti-Rämö ym. 2022, 66; Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 47.)

Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa tulee huomioida kaikkien kuntoutujan tilannetta arvioineiden ammattilaisten lausunnot. Tällöin varmistetaan, että kuntoutujan kanssa asetettavat tavoitteet ovat realistisia saavuttaa, sen edellyttämistä toimenpiteistä on yhteinen ymmärrys ja se sisältää myös vastuiden ja velvollisuuksien määrittämisen. Kuntoutuksen tulee kohdistua kuntoutujan taitoihin ja valmiuksiin, hänen tapaansa osallistua toimintoihin sekä hänen ympäristöönsä ja läheistensä tapaan toimia kuntoutumista ja osallistumista mahdollistavalla tavalla. Tarvittaessa kuntoutussuunnitelma tehdään moniammatillisessa ja

organisaatorajat ylittävässä yhteistyössä. (Autti-Rämö ym. 2022, 66–67; Melkas, Peltonen & Suomela-Markkanen 2022, 297.)

Kuntoutussuunnitelman avulla pystytään seuraamaan myös kuntoutuksen vaikutuksia. Seurannassa arvioidaan tarpeellisia tutkimuksia hyödyntäen kuntoutujan ajankohtainen tilanne, kuntoutuksella saavutettu vaikutus, kuntoutuksen jatko-tarve sekä uudet tavoitteet. Myös seurannan toteutuksesta on hyvä sopia ja kir-jata kuntoutussuunnitelmaan. (Melkas ym. 2022, 299)

3.2.2 Arviointivaihe

Arviointivaiheessa tehdään kuvaus sairauden tai vamman seurauksista kuntou-tujalle ja hänen perheelleen. Perusteellisen arvioinnin avulla voidaan suunnitella neurologinen kuntoutusprosessi asianmukaisesti hyödyntäen moniammatillista yhteistyötä, jolloin ICF:n avulla voidaan luoda kokonaisvaltainen näkemys kun-toutujasta. (Lexell & Brogårdh 2015, 6.)

Toimintakykyarviota voidaan tarvita erilaisiin tarpeisiin esimerkiksi kuntoutujan kuntoutuksen tai palveluntarpeen selvittämiseen (Sainio & Salminen 2022, 261). Toimintakykyä arvioitaessa on tavoitteena arvioida kuntoutujan arkisuoriutumis-selle merkitykselliset asiat, esimerkiksi alkutilanteen kartoituksessa tehtävän haastattelun avulla, tai kuntoutujan itsearvioinnin perusteella. Itsearviointimittarit myös vahvistavat asiakaslähtöisyyttä toimintakyvyn arvioinnissa. Tarvittaessa voidaan hyödyntää kuntoutujan läheisen tekemää arviointia, mikäli kuntoutuja ei ikänsä tai muun syyn puolesta pysty itse vastaamaan. (Paltamaa & Kaakkuri-niemi 2022, 45–46; Sainio & Salminen 2022, 262.)

Arvioinnissa voidaan käyttää apuna ICF-pohjaisia työkaluja kuten RPS (Rehabi-litation problem solving) -lomaketta, joka Kraus de Camargo ym. (2019), mukaan soveltuu kuntoutustarpeen taustalla olevien vajavuuksien, rajoitteiden, kuntoutu-misen esteiden tai sitä edistävien tekijöiden paikallistamiseen, kuin myös kuntou-tujan vahvuuksien huomiointiin. Toisena työkaluna voidaan käyttää WHO:n ja ICF Research Branchin kehittämiä sairaus- tai tilannekohtaisia ydinlistoja. Ydin-listoja käytetään apuna valitsemaan keskeisiä arvioitavia kuvauskohteita esimer-kiksi kuntoutusyksikön erikoisalan kuntoutujaryhmien seurantaan. (Paltamaa &

Kaakkuriniemi 2022, 44; Sainio & Salminen 2022, 263.) Tutkimuskohteena olevan kuntoutusyksikön erikoisalaan kehitettyjä ydinlistauksia ovat esimerkiksi krooninen ja laaja-alainen kipu, neurologinen post-akuutti, aivoverenkiertohäiriö, MS-tauti, selkäydinvamma post-akuutti ja krooninen, aivovamma sekä cp-vammaiset aikuiset (ICF Research Branch 2024). Ydinlistauksissa on minimimäärä kuvauskohteita toimintakyvyn kuvaamiseksi tietyissä sairauksissa tai tilanteissa. Kuntoutuksesta raportointiin suositellaan käyttämään sille luotua omaa ydinlistaa. (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 46.)

ICF:n käyttö auttaa kuntoutuksen ammattilaista tunnistamaan arvioitavan aiheen tai aihealueen. Tämän jälkeen kuntoutuksen ammattilainen valitsee millä arviointimenetelmällä kyseinen arviointi tehdään. Arviointimenetelmän valinta perustuu kunkin ammattilaisen omaan ammattitaitoon ja valinnassa apuna voi käyttää Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (TOIMIA) laatimia suosituksia ja arviointimenetelmien soveltuvuusarvioita. (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 46.)

Toimintakykyarvioissa tarkastellaan kuntoutujan toimintaa suorituskyvyn ja suoritustason kautta. Suorituskyvyn arviointi kertoo mihin kuntoutuja pystyy parhaimmillaan vakioituissa ympäristöissä, eli ympäristössä josta on eliminoitu eri muutosten vaikutukset kuntoutujan toimintakykyyn kuten esteet ja ulkoiset häiriötekijät. Suoritustaso ilmenee usein arkiympäristössä ja käsityksen kuntoutujan todellisesta osallistumisesta elämän tilanteisiin, tarvittaviin tukitoimiin ja apuvälineisiin. Toimintakykyarviota varten selvitetään myös, millainen vaikutus ympäristötekijöillä on kuntoutujan toimintakykyyn tulkiten vaikutukset suhteessa jokaiseen ICF:n osa-alueeseen. Yksilötekijät muodostavat kuntoutujan elämän taustan tai liittyvät läheisesti hänen persoonaansa eivätkä juurikaan muutu. Näistä ei ole käytettävissä yksityiskohtaista luokittelua, mutta ICF:n käyttäjän on suositeltavaa liittää ne toimintakykyarvioiteihin (Paltamaa & Kaakkuriniemi 2022, 46–47)

Jotta toimintakyvyn arviointi toteutuisi asiakaslähtöisesti, tulee kuntoutujan kanssa keskustella arvioinnin mahdollisuuksista ja rajoituksista siten että arvioinnista muodostuu hänelle ja hänen läheisilleen selkeä käsitys. Asiakaslähtöiseen toimintakyvyn arvioon kuuluu myös, että tulokset käydään kuntoutujan kanssa läpi ymmärrettävällä tavalla ja ne dokumentoidaan kuntoutujan asiakirjoihin sekä

palvelunmaksajalle tai tilaajalle. Dokumentoinnin tulee olla avointa, selkeää ja totuudenmukaista, vastaten arvioinnin tilaajan asettamiin kysymyksiin. Sähköinen potilaskertomuksen dokumentointi toteutetaan noudattaen yhteisiä rakenteisen kirjaamisen käytäntöjä (Sainio & Salminen 2022, 262–263)

3.2.3 Tavoitteiden asettaminen

Tavoitteiden asettaminen tapahtuu asiakaslähtöisesti yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisen ja kuntoutujan välillä alustavan arvioinnin perusteella. Tavoitteen asettelussa huomioidaan lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet sekä asianmukaiset kuntoutustoimenpiteet sekä sovitaan tavoitteiden toteutumisen vastuista. Tavoitteiden asettaminen on kuntoutusprosessin yksi haastavimmista vaiheista, sillä tavoitteen tulee tukea kuntoutujan prosessia kohti itsenäisyyttä. (Lexell & Brogårdh 2015, 6; Feldthusen ym. 2022, 886.) Tavoitteesta muodostuu yksilöllinen, kun se kiinnitetään kuntoutujan yksilölliseen elämäntilanteeseen ja kuntoutumistarpeen taustalla oleviin tekijöihin. Kokonaistavoitteesta johdetaan konkreettisia, käytännön toiminnan osatavoitteita kuntoutuksen ammattilaisen sekä kuntoutujan välisissä keskusteluissa. (Karhula ym. 2022, 285–286.)

Kuntoutuja ilmaisee kuntoutuksen kokonaistavoitteensa usein abstraktilla tasolla ensimmäistä kertaa tavoitteista keskusteltaessa. Tämä tavoite on usein pitkän aikavälin päämäärä, jonka saavuttaminen vaatii moniin asioihin vaikuttamista. (Karhula ym. 2022, 285–286.) Campos ym. (2019, 84) toteaa tutkimuksessaan, että palaaminen sairastumista edeltäviin toimintoihin on tärkeää elämän tyytyväisyyden kannalta ja sitä on pidettävä onnistuneen kuntoutuksen päätavoitteena sekä kriittisenä tuloksena. Karhulan ym. (2022, 291) mukaan kuntoutujan nykytilanteesta ja erityisesti arjessa ilmenevistä ongelmista tuleekin muodostua yhteinen näkemys kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen välille, jotta tavoitteen asettaminen on mahdollista. Ristiriitaisessa tilanteessa ideoidaan vaihtoehtoja muutoksen toteuttamiseen ja eri näkökulmien pohjalta tehdyn yhteenvedon pohjalta hahmotellaan kuntoutuksen näkökulmasta oleelliset asiat joihin tavoitteet kohdistuvat.

Tavoitetta asetettaessa tarvitaan suorituskyky ja suoritustasotietoa, jolloin kuntoutujan toimintaa kuvaillaan usein siten, mitä hän pystyy tekemään (kapasiteetti), mitä hän todella tekee (suoritus), ja millaiseksi hän kokee osallistumisensa erilaisissa elämäntilanteissa (osallistuminen). (Lexell & Brogårdh 2015, 6; Feldthusen ym. 2022, 886.) Kuntoutujan arkiympäristö voi edistää tai estää hänen selviytymistään ja suoriutumistaan tai luoda haasteita ja mahdollisuuksia hänen toiminnassaan. Kuntoutujan arjessa toimiminen eli suoritustaso voi olla sujuvampaa ja vähemmän ponnisteluja vaativaa tai hitaampaa ja turvattomampaa kuin suorituskykyarviosta ilmenee. (Karhula ym. 2022, 288–289). Arvioitujen toiminnan ja osallistumisen rajoitusten perusteella voimme muodostaa konkreettisia tavoitteita, jotka ovat merkityksellisiä kuntoutujalle sekä realistisia, haastavia ja mitattavia. (Lexell & Brogårdh 2015, 6; Feldthusen ym. 2022, 886.)

Tavoitteiden asettamista helpottavia välineitä, jotka tukevat myös ICF- viitekehysten käyttöä, ovat esimerkiksi Spiral- menetelmä, joka on Kuntoutussäätiön kehittämä työkalu helpottamaan toimintakykyä tukevien tavoitteiden löytymistä; GAS-menetelmä (Goal attainment scaling) sekä COPM (Canadian occupational performance measure), joka on toiminnallisen suoriutumisen mittari. (Lenzen ym. 2017, 15; Paltamaa & Kaakkuriniemi 2024, 41–42.) GAS-menetelmän avulla tavoite muodostetaan smart-periaatteen mukaisesti eli määritellään muutosta kuvaava määrällinen tai laadullinen osoitin sekä laaditaan asteikko tavoitteen saavuttamisesta. Tavoitteen asettamisen jälkeen laaditaan etenemissuunnitelma, jossa kuvataan tavoitteen saavuttamista tukevat asiat arjessa, kuntoutujan käyttöön ottamat keinot, mahdolliset palvelut ja tukitoimet sisältöineen ja aikatauluneen sekä eri tahojen vastuut ja yhteistyön muodot. Kuntoutumisprosessin aikana arvioidaan suunnitelmien sopivuutta sekä tavoitteissa etenemistä ja sitä edistäviä ja estäviä tekijöitä. (Karhula ym. 2022, 291, 293)

3.2.4 Kuntoutusinterventio

Kuntoutusprosessiin on valittava asianmukaisia näyttöön perustuvia menetelmiä. Neurologisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa toimintaa. Se voi toteutua erilaisina kuntoutusmenetelminä, apuvälineiden ja laitteiden käyttöönottona ja niiden käytön ohjaamisena, uusien toimintamallien opetteluna sekä ohjauksena ja

opettamisena itsenäiseen toimintaan. (Lexell & Brogårdh 2015, 8; Lenzen ym. 2017, 2; Autti-Rämö ym. 2022, 67–68.) Neurologisen kuntoutuksen on mahdollistettava toiminnallinen, motorinen ja neuropsykologinen palautuminen ja edistää kuntoutujalle tuttua, sosiaalista ja ammatillista osallisuutta. ICF:n avulla voidaan yhteisen kansainvälisen kielen avulla kuvata kaikkia neurologisen vamman aiheuttamia osa-alueita, arvioida johdonmukaisesti ja systemaattisesti eri kuntoutustoimenpiteitä sekä tulkita käytettyjen arviointimenetelmien tuloksia. (Lexell & Rivano Fischer 2017, 42–43; Campos ym. 2019, 83–84).

ICF-kontekstissa on tärkeää siirtää painopiste somaattisten ongelmien (sairaus tai vamma) diagnosoinnista ja hoidosta toiminnallisiin kykyihin (suorituksiin ja osallistumiseen) ja tukea systemaattista lähestymistapaa ymmärtää kroonisia sairauksia ja vammoja eri kulttuureissa (Nguyen ym. 2018, 236-237). Salmisen ym. (2022, 29) ja Autti-Rämön ym. (2022, 54) mukaan Suomessa perinteinen terapeuttinen harjoittelu on korvattava tai täydennettävä toimintamallilla, joka perustuu ICF-mallin integroimiseen tavoitteita, motivaatiota ja käyttäytymisen muutosta koskeviin psykologisiin teorioihin. Tämä tarkoittaa käytännön tasolla sitä, että kuntoutusjakson harjoittelun tavoitteet muodostetaan siten että ne tähtäävät kuntoutujan pystyvyyden, motivaation ja itsenäisen harjoittelun lisäämiseen. Tällaisella onnistuneella kuntoutujan vastuunotolla voidaan Lexellin ja Brogårdhin (2015, 8) sekä Lenzen ym. (2017, 2.) mukaan parantaa kuntoutujan itsemääräämisoikeutta, terveydentilaa ja vähentää terveystalouden käyttöä ja näin vähentää kustannuksia.

Kuntoutuminen pitää sisällään kuntoutuksen ammattilaisen toteuttamia ja ohjaamia harjoitteita sekä kuntoutujan omassa arjessa itsenäisesti toteuttamia harjoitteita sekä uusien toimintatapojen omaksumista. (Autti-Rämö ym. 2022, 67–68) ICF:ää voidaan käyttää viitekehyksenä, jonka avulla suuntaamme ja kohdennamme kuntoutusinterventioimme esimerkiksi heikentymisen vähentämiseen, rajoittuneeseen toimintaan tai osallistumiseen tai ympäristössä olevaan esteeseen. (Lexell & Brogårdh 2015, 8; Lenzen ym. 2017, 2.)

Autti-Rämö ym. (2022, 67–68) mukaan kuntoutujalla itsellään on suuri vastuu kuntoutusprosessin etenemisestä. Camposin ym. (2019, 84) tekemän tutkimuksen mukaan kroonisilla aivohalvauspotilailla on suoriutumisen ja

osallistumisrajoituksia jopa muutaman vuoden jälkeen aivohalvauksen tapahtumisesta, erityisesti tiedon soveltamisen, viestintälaitteiden käytön, kotielämän ja merkittävien elämän osa-alueiden osalta ja yhteisöllisessä, sosiaalisessa ja yhteiskunnallisessa elämässä. Kuntoutuksen ammattilaisen vastuulla on varmistaa, että kuntoutujan kyvyt kuntoutusprosessin eri vaiheissa ovat riittävät kuntoutumisen edistämiseksi (Autti-Rämö ym. 2022, 67–68).

Jotta kuntoutustoimenpiteet toteutuvat kokonaisvaltaisesti ja toimivat yhdensuuntaisesti tarvitaan myös yhteistyötä eri ammattilaisten sekä kuntoutujan ja hänen läheistensä välillä. ICF-viitekehyksen tarjoama laajempi näkökulma parantaa kommunikointia kuntoutujan, hänen läheistensä sekä eri ammattihenkilöiden kanssa. (Lexell & Rivano Fischer 2017, 42–43; Autti-Rämö ym. 2022, 67–68)

Törnbom, Hadartz, & Sunnerhagen (2018, 1118), mukaan kuntoutusinterventiot, jotka keskittyvät yleisesti päivittäisten perustoimintojen (ADL) kuntoutukseen ja tehtävät, jotka on suunniteltu yksilöllisesti ovat erittäin tärkeitä neurologisille kuntoutujille vielä vuosi sairastumisen/vammautumisen jälkeen. Camposin ym. (2019, 84) mukaan tulokset viittaavat siihen, että kuntoutusohjelmissa on kehitettävä toimia, jotka kannustavat palaamaan perus- (ADL), instrumentaaliseen (IADL) ja sosiaaliseen (SADL) toimintaan, jotka ovat välttämättömiä yksilön elämänlaadun parantamiseksi sekä parempaan asenteeseen ja autonomiaan, hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen.

3.2.5 Loppuarviointi

Loppuarvioinnissa pyritään ICF:n avulla kuvaamaan konkreettisia kuntoutujan toimintakykyä ja toimintoja joihin kuntoutustoimenpiteillä on pyritty vaikuttamaan. Tuloksia voidaan ilmoittaa yhdistämällä validit mittarit suoraan ICF-koodistoon. Tuloksia voidaan ilmoittaa myös objektiivisesti terveydenhuollon ammattilaisen havainnoista tai kuntoutujan itsensä raportoimista muutoksista, sekä perheen ja läheisten arvioista kuntoutujan osallistumisesta, jolloin arvioinnissa päästään lähemmäs asiakaslähtöisyyttä. (Lexell & Brogårdh 2015, 8; Feldthusen ym. 2022, 896.)

Kuntoutukselle on tyypillistä, että toimintakyvyn paranemiseen pyritään vaikuttamaan saman aikaisesti usein eri tavoin kuten kuntoutusinterventioin, koulutuksellisin ja kasvatuksellisin keinoin sekä ympäristöön vaikuttamalla (Salminen ym. 2022, 29). Kuntoutuksen vaikutusten esiin saamiseksi, on tärkeää mitata aihealueita, joihin kuntoutusinterventio kohdistuu niin osatavoitteiden kuin kokonaistavoitteen osalta. Tavoitteen toteutumisen arvioimiseksi on usein tarpeellista saada tietoa sekä kuntoutujan itsensä arvioimana että mittausten ja testien kautta. Yhdessä ne täydentävät kuvaa kuntoutujan toimintakyvystä. (Sainio & Salminen 2022, 263–264). Mikäli asetettuja tavoitteita ei ole saavutettu, on erityisen tärkeää pohtia syitä sen takana ja jatkossa pyrittävä vaikuttamaan muutosta estäviin tekijöihin. (Autti-Rämö ym. 2022, 71; Sainio & Salminen 2022, 263).

Kuntoutuksen ammattilainen tai moniammatillinen tiimi muodostavat käsityksen asiakkaan toimintakyvystä ja tarvittavista jatkotoimenpiteistä toimintakyvyn arvioinnin perusteella. Tämä arviointitieto käydään läpi myös kuntoutujan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa ja kuntoutujalla on oltava mahdollisuus kommentoida saamaansa tietoa. (Sainio & Salminen 2022, 267.)

Kuntoutusprosessissa arvioidaan aina myös kuntoutustoimenpiteiden päättämisen mahdollisuus ja sen toteuttaminen. Vaikka kuntoutuksen ammattilaisten järjestämä kuntoutus päättyisi, edellytetään usein säännöllistä seurantaa ja jonkin asteisen tuen jatkumista kuntoutujan oman kuntoutumisen jatkumiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Tällä tuetaan kuntoutujan sitoutumista itsenäiseen harjoitteluun, toimintatapojen muutoksiin sekä luottamusta omiin voimavaroihin. (Autti-Rämö ym. 2022, 72)

Asiakkaiden yhdenvertaisuutta erilaisten palveluiden, hoidon, kuntoutuksen tai etuuksien saannissa sekä heidän tilanteensa seurantaa hoitoketjun eri vaiheissa voidaan helpottaa ja parantaa kansallisesti yhtenäisillä, päteviin arviointimenetelmiin perustuvilla toimintakyvyn arviointikäytännöillä. Kuntoutuksen ja muiden toimintakykyä tukevien palveluiden kehittäminen ja tuloksellisuuden arviointi mahdollistuu laadukkailla arviointikäytännöillä, tulosten yhtenäisellä kirjaamisella sekä rakenteisen kirjaamisen avulla. (Sainio & Salminen 2022, 269.)

Kuntoutuksen tulee arvioida ja rohkaista kuntoutujan palautumista suorittaa päivittäisen elämän (ADL), instrumentaalisia toimintoja (IADL) ja päivittäisen elämän sosiaalisia toimintoja (SADL). Nämä toimet liittyvät ihmisen kykyyn elää itsenäisesti yhteiskunnassa ja voivat olla esimerkiksi ostosten tekeminen, kodin siivoaminen, taloudesta huolehtiminen tai julkisen liikenteen käyttäminen. Nämä toiminnot ovat tärkeitä kuntoutujan minäkuvan, itsensä toteuttamisen vahvistamiseksi ja edistävät kiistattomasti kuntoutujan sopeutumista ja toiminnallista itsenäisyyttä sairastumisen tai vammautumisen jälkeen. (Campos ym. 2019, 83–84.)

4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on vahvistaa kuntoutusyksikön työntekijöiden ICF-viitekehyksen käytön osaamista kuntoutusprosessin eri vaiheissa asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ICF-viitekehyksen käytöstä kuntoutumisen tukena sekä kerätä kuntoutusyksikön työntekijöiden näkemyksiä, miten ICF:n käyttöä voidaan kehittää.

Tutkimuksellisen osion tarkoituksena on kartoittaa, miten ICF-viitekehystä käytetään työyhteisössä ja tuottaa tietoa ICF-viitekehyksen käytöstä kuntoutusyksikössä.

Tutkimuskysymys:

Kuinka kuntoutusyksikön työntekijät käyttävät ICF-viitekehystä työssään?

Kehittämisosion tarkoitus on tukea kuntoutusyksikön työntekijöitä yhtenäisessä ICF-viitekehyksen käytössä. Tavoitteena on selvittää, mitä ICF-viitekehyksen kehittämistarpeita kuntoutusyksikön työntekijöillä on ja ICF-viitekehyksen siirtymisen käytäntöön pysyväksi osaksi kuntoutusyksikön jatkuvaa toimintaa.

Kehittämistehtävät:

Mitä kehittämistarpeita kuntoutusyksikön työntekijät tunnistavat ICF-viitekehyksen asiakaslähtöisessä käytössä?

Kuinka kuntoutusyksikön työntekijöitä voidaan tukea yhtenäisessä ICF-viitekehyksen käytössä?

Kuinka ICF-viitekehyksen käytön juurtumista voidaan edistää kuntoutusyksikön toiminnassa?

5 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Osallistava toimintatutkimus valikoitui tutkimuksellisen kehittämistyön tutkimusstrategiaksi. Toimintamallin kehittäminen on lähtöisin työelämän tarpeista. Kehittämistarve nousi kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen (ICF) käytön lisäämiseksi, sillä käytäntöjen uudistamiseksi kannustavat eri yhteistyötahot ja uudet suositukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022). Tutkimuksellinen kehittäminen koostuu tutkimusosuudesta, jota seuraa kehittämisosuus. Lähtökohtana kehittämistyön tarpeelle on selvittää kuntoutusyksikön tämänhetkinen osaaminen ICF:stä ja sen hyödyntämisestä kuntoutuksessa.

5.1 Metodologia

Costello (2003, 5) määrittelee toimintatutkimuksen monimuotoiseksi termiksi, jolla viitataan spiraalimaiseen prosessiin, joka toimii syklisesti painottuen käytännölliseen ongelmanratkaisuun. Toimintatutkimusta voidaan toteuttaa yhteistyössä toimijoiden, ammattilaisten ja kouluttajien välillä. Tutkimus käsittää tiedon keräämisen ja tulkitsemisen, usein opetuksen ja oppimisen näkökulmasta. Kriittinen reflektointi sisältää tehtyjen toimien tarkastelun ja tulevien toimien suunnittelun.

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa. Uusi tieto voi myös olla tutkijoiden tuottamaa tietoa, jossa he pystyvät osoittamaan, miten aiempaa tietoa voidaan käyttää jonkin toisen toiminnan kehittämisessä tai miten aiempaa tietoa voidaan yhdistellä uusilla tavoilla. (Vilkkä 2021, luvussa 2.) Toimintatutkimuksessa korostuu tieteellisyyden ja käytännöllisyyden yhdistäminen sekä tavoite vaikuttaa tutkimuskohteeseen ja kehittää sen toimintaa (Heikkinen ym. 2023a).

Toimintatutkimuksessa katsotaan olevan neljä vaihetta: 1. suunnitteluvaihe, 2. toteutusvaihe, 3. havainnointi- ja aineistonkeruuvaihe ja 4. arviointi- ja reflektointivaihe (Heikkinen ym. 2023a). Toimintatutkimus lähtee liikkeelle ongelman havaitsemisesta, tunnistamisesta ja kartoittamisesta. Ongelman pohjalta tehdään tutkimus- ja muutossuunnitelma, jota lähdetään reflektoiden toteuttamaan.

Suunnitelman toteutumista havainnoidaan ja arvioidaan ja sen perusteella muutetaan ja täsmennetään. Tämän jälkeen uudistettua suunnitelmaa toteutetaan, seurataan ja arvioidaan edelleen. Prosessi voi jatkua niin kauan, kunnes tavoitellut muutokset saavutetaan tai todetaan niiden olevan saavuttamattomissa. (Jyrkämä 2021.)



KUVA 2. Toimintatutkimuksen perusmalli (Jyrkämä 2021) sovellettuna tähän tutkimukseen.

Parkinin (2009, 17, 29) mukaan tutkimuksen, koulutuksen ja sosiopoliittisen toiminnan avulla toimintatutkimuksella saavutetaan tuloksia, jotka on suunnattu suoraan tietyille työryhmälle. Toimintatutkimus soveltuu ihmis- ja käytännönläheisiin aloihin, kuten kuntoutustyöhön sekä muihin terveydenhuoltoon liittyviin aloihin ja koulutukseen. Toimintatutkimuksessa muutos rakennetaan intervention avulla työskentelemällä yhdessä ihmisten kanssa, auttaen heitä muuttamaan toimintaansa tai tarjoamalla heille riittävästi tietoa, jotta he voivat ottaa vastuun muutoksesta.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä toimintatutkimuksen suuntaukseksi valikoitui kriittisemansipatorinen suuntaus, jolloin toiminnassa mukana olevat osallistujat osallistuvat vahvasti hankkeen kaikkiin vaiheisiin. Tutkija ja toimijat jakavat vastuun päämäärien asettamisesta, toiminnan suunnittelusta, tiedonkeruusta ja arvioinnista. (Heikkinen ym. 2023b.) Toimintatutkimuksella on erilaisia suuntauksia ja tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä suuntaukseksi valikoitui osallistava toimintatutkimus, jota kriittisemansipatorinen tiedonintressi myös tukee (Heikkinen ym. 2023b). Tässä toimintatutkimuksessa tutkijan rooli on toimia kouluttajana/ fasilitaattorina ja työyhteisön rooli on suunnitella, toteuttaa ja

reflektoida hankkeen aikaansaannosta. Tutkijan vastuulla on aineiston kerääminen, analysointi ja raportointi.

5.2 Tutkimuksen toteuttaminen

Kuntoutusyksikössä, johon tutkimuksellinen kehittämistyö toteutetaan, työskentelee 15 kuntoutuksen ammattilaista. Kuntoutuksen ammattilaiset ovat neurologiseen vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen erikoistuneita fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja.

5.2.1 Aineiston keruu

Jyrkämän (2021) mukaan toimintatutkimuksessa voidaan käyttää monenlaisia aineistoja ja menetelmiä, jolloin on tapana puhua aineisto- ja menetelmätriangulaatiosta. Tutkimuksen kohteesta ja tavoitteista riippuen tietoa ja aineistoja voidaan kerätä niin laadullisilla kuin määrällisilläkin menetelmillä. Kyselylomake mahdollistaa vakioimisen, jolloin kaikilta kyselyyn vastanneilta kysytään sama asiasisältö. Kyselylomakkeen etuna on, että vastaaja jää tuntemattomaksi, mutta riskinä on, että vastausprosentti jää alhaiseksi. (Vilkkä 2021, luvussa 4.) Tutkimusosiossa aineisto kerätään Webropol -kyselylomakkeeseen luoduilla avoimilla kysymyksillä. Kyselylomakkeen käyttöön päädyttiin tutkijan ja tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden aikaresurssien vuoksi. Vilkan (2021, luvussa 4) mukaan internetpohjaiset kyselyt toimivat parhaiten, kun tutkimusjoukkona ovat organisaation toimijat. Kyselyn vastaukset ovat opinnäytetyön tekijän käytössä Webropolin palvelimella, Telia Inmics-Nebula Oy:n korkean tietoturvatason palvelinkeskuksissa. Tietojen käsittelijä käsittelee tietoja omilla henkilökohtaisilla tunnuksilla ja vain opinnäytetyöhön liittyen. Opinnäytetyön ohjaajat ja toimeksiantajan edustaja eivät näe yksittäisiä vastauksia.

Borgin (2021) mukaan tieteellisen kyselyn onnistuminen edellyttää, että tutkija osaa ottaa laaja-alaisesti huomioon vastaajien ajan, halun ja taidot vastata kyselyyn. Aineistonkeruun onnistumiseen vaikuttavat ratkaisevasti lomakkeen huolellinen suunnittelu ja testaaminen. Kysymysten tasapainoisuus ja sisällöllinen kattavuus sekä yleinen selkeys ovat erittäin tärkeitä sisällön jäsentyneisyyden

kannalta. Kysymysten tarkkuustasoon liittyvistä kysymyksistä yksi tavanomaisin koskee sitä, laaditaanko kysymykseen valmiit vastausvaihtoehdot vai riittääkö avoin kysymys. Täysin avoimia kysymyksiä on suositeltavaa sisällyttää lomakkeeseen harkiten ja oikeastaan vain silloin, kun niiden käyttöön on painava syy. Kyselylomakkeella selvitettiin avointen kysymysten avulla ICF:n ja siihen perustuvien työkalujen käyttöä kuntoutusprosessin eri vaiheissa sekä kuntoutusyksikön työntekijöiden näkemystä miten ICF-viitekehyksen käyttöä voidaan lisätä kuntoutusyksikön toiminnassa.

Linkki kyselylomakkeeseen lähetettiin 15 kuntoutusyksikön työntekijälle sähköpostitse. Kyselyyn oli aikaa vastata 2.- 29.9.2024. Vastauksia kertyi 12 kappaletta.

5.2.2 Aineiston analyysi

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä kyselytutkimuksella kerätyn aineiston analyysimalliksi valittiin teorialähtöinen temaattinen analyysi. Sisällönanalyysiä voi käyttää kirjoitettujen tekstien, haastattelujen, nauhoitetun puheen kuin myös tekstiä, ääntä ja kuvaa sisältävien aineistojen analyysiin (Tuomi 2018; Vuori, 2021). Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, josta analyysin avulla luodaan sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Tämän jälkeen aineistosta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi 2018, luvussa 4)

Temaattinen analyysi on tutkimusmenetelmä, jota käytetään tunnistamaan ja tulkitsemaan aineistossa olevia malleja ja teemoja (Naeem ym. 2023). Temaattiseen analyysiin pätevät samat periaatteet ja logiikka kuin laadulliseen sisällönanalyysiin ja sitä voidaan toteuttaa aineistolähtöisesti (induktiivinen) tai teorialähtöisesti (deduktiivinen). Aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asetteluun mukaisesti. Teorialähtöistä aineiston analyysiä ohjaa valmis, aikaisemman tiedon pohjalta luotu teoria, jolloin tutkimuksen teoreettisessa osassa on valmiiksi hahmotellut kategoriat, joihin aineisto luokitellaan ja aineisto analysoidaan tämän luokittelun mukaan.

Tällaisen analyysin avulla pyritään usein testaamaan aikaisempaa tietoa uudessa kontekstissa. Temaattinen analyysi sekä laadullinen sisällön analyysi ovat samankaltaisia analyysitapoja, joissa molemmissa keskitytään mistä asioista, aiheista ja teemoista aineisto välittää tietoa. (Tuomi 2018; Vuori, 2021.) Teorialähtöinen temaattinen analyysi alkaa analyysirungon muodostamisesta aiemman teorian pohjalta. Analyysirungon sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia luokituksia, jotka määritellään teorialähtöisessä temaattisessa analyysissä aikaisemman tiedon perusteella, ja niihin etsitään sisältöjä aineistossa olevista lausumista. Aineistosta poimitaan ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon, sekä asiat, jotka jäävät analyysirungon ulkopuolelle. Analyysirungon ulkopuolelle jääviä asioita voidaan tutkia myöhemmin uudessa kontekstissa. (Tuomi 2018, luvussa 4). Analyysirunkoon muodostettiin teemoiksi ICF-luokituksen toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset tekijät. Aineisto koodattiin ICF:n osa-alueisiin, jotka ovat: lääketieteellinen terveydentila, ruumiin/kehon toiminnot ja kehon rakenteet, suoritukset, osallistuminen, ympäristötekijät ja yksilötekijät (ks. Kuva 1). Aineiston niukkuus vaikutti myös temaattisen analyysimallin valitsemiseen laadullisen sisällön analyysin sijaan.

Lähtökohtaisesti temaattinen analyysi ja sisällönanalyysi etenevät verrannollisesti, mutta niiden ero tulee esiin sisällönanalyysin logiikassa. Molemmissa analyysimalleissa lähtökohtana on aineisto, mutta sisällönanalyysissä se hajotetaan aluksi pelkistetyiksi ilmauksiksi, joista rakennetaan hierarkiaa kokoavan käsitteen muodostamiseksi. Temaattisessa analyysissä aineistosta tunnistetaan ensin sitä ohjaavat perus- ja johtoajatukset, joiden ympärille koodataan teemaan liittyvä kokonaisuus temaattisen kartan (esimerkiksi käsitekartta) avulla. Sekä teorialähtöisessä sisällönanalyysissä että teorialähtöisessä temaattisessa analyysissä käytetään viitekehyksenä jonkin teorian käsitteitä, joita tarkastellaan suhteessa aineistoon. Analyysimallien ero vaikuttaisi muodostuvan analyysin kuvailumetodista, joka teorialähtöisessä sisällön analyysissä toteutetaan kaavioina ja teorialähtöisessä temaattisessa analyysissä temaattisina "karttoina". (Tuomi 2018, luvussa 4.) Tämän seurauksena voidaan tulkita, että teorialähtöisen sisällönanalyysin ja teorialähtöisen temaattisen analyysin eteneminen tapahtuu verrannollisesti.

Naeem ym. (2023), jakaa temaattisen analyysin kuuteen eri vaiheeseen, jotka ovat aineiston puhtaaksikirjoittaminen ja perehtyminen, avainsanojen tunnistaminen, koodaaminen, teeman kehittäminen, käsitteellistäminen avainsanojen, koodien ja teemojen tulkinnan kautta sekä käsitteellisen mallin kehittäminen. Ensimmäisessä vaiheessa tutkijat perehtyvät aineistoon sisällön puhtaaksi kirjoituksella sekä tunnistamalla aineistosta tutkimuskysymykseen vastaavat teemat ja lausunnot. Lausuntojen valintaprosessissa olennaisimpien lausuntojen valitseminen ja muiden pois jättäminen on tärkeää, koska se tekee aineistosta tiiviimmän ja helpomman analysoida. Harkiten valitsemalla ja korostamalla osuvia lainauksia voidaan elävöittää aineistoa. Eettisestä näkökulmasta tulee valita lainauksia, jotka kunnioittavat tutkimukseen osallistuvien luottamusta sekä soveltavat lainausten käyttöä luotettavasti.

Naeemin ym. (2023) mallin mukaan toisessa vaiheessa tutkijat tunnistavat toistuvia lyhyitä lauseita ja termejä ja määrittelevät ne avainsanoiksi. Nämä avainsanat kapseloivat osallistujien kokemuksia ja havaintoja ja ovat suoraan johdettuja aineistosta. Temaattisen analyysin tavoitteena on tunnistaa ja raportoida aineistossa toistuvat kaavat. Jotta aineistoa voidaan analysoida temaattisen analyysin mukaisesti, aineistosta poimitut lausumat ryhmitellään koodin alle. Tutkija voi aloittaa aineiston analyysin jo kerätessään aineistoa ja huomata osallistujien yleisesti käyttämät avainsanat. Näitä yleisesti käytettyjä avainsanoja voidaan käyttää aineiston analyysin käsitteellistämisvaiheessa sekä tutkimuksen tuloksista keskusteltaessa. Valitsemalla avainsanoiksi voimakkaita, merkityksellisiä ja asiaankuuluvia sanoja lainauksista voidaan helpottaa myöhempää koodin kehittämistä ja tietojen tulkintaa ja vahvistaa analyysin syvyyttä ja laatua.

Kolmannessa vaiheessa avainsanat koodataan eli määritetään lyhyiden lauseiden tai sanojen mukaan, joka kertoo aineiston ydinviestin. Tämä vaihe yksinkertaistaa monimutkaista tekstiaineistoa muuttamalla sen teoreettiseen muotoon ja auttaa tunnistamaan tutkimuskysymykseen liittyviä elementtejä. Avainsanoilla on olennainen rooli koodauksessa sillä ne muodostavat analyysin selkärangan ja auttavat muuntamaan aineistoa oivaltaviin, hallittavissa oleviin yksiköihin. Koodauksen avulla tutkijat voivat tunnistaa aineistosta osat, jotka ovat olennaisia heidän tutkimuskysymyksensä kannalta, ja jonka avulla voidaan kehittää kattavampi

käsitys taustalla olevista käsitteistä. Teoreettinen temaattinen analyysi perustuu jo olemassa olevaan teoriaan tai viitekehykseen, joka ohjaa koodausta ja teeman kehitystä. Siinä olemassa olevaa teoreettista tai käsitteellistä viitekehystä sovelletaan aineiston jäsentämiseen ja tulkitsemiseen. Teoreettinen lähestymistapa on hypoteesilähtöinen ja pyrkii testaamaan tai vahvistamaan olemassa olevia teorioita. (Naeem ym. 2023.)

Teeman kehittämiseen (neljäs vaihe) kuuluu koodien järjestäminen merkityksellisiin ryhmiin, jotta voidaan tunnistaa teemat ja niiden väliset suhteet ja sen myötä saada vastauksia tutkimuskysymykseen. Tässä vaiheessa tutkija siirtyy yksityiskohtaisesta koodianalyysistä abstraktimpaan tulkintaan luomalla teemoja. Jokaisesta koodatusta luokasta käydään läpi sen taustalla olevat avainsanat ja poimitaan keskeiset, yleiset ja merkitykselliset teemat. Tämän vuoksi tutkijan on täytynyt ryhmitellä koodit yhteen mielekkäällä aineistoa edustavalla tavalla. Teemat ovat abstraktimpia kuin koodit ja sisältävät tulkinnan ja käsitteellistämisen tason. Teemat voivat sisältää malleja, trendejä tai eri koodien välisiä suhteita ja antavat siten käsityksen tutkimuskysymyksistä tai tutkittavasta ilmiöistä. Teemoja käytetään kehittämään käsitteellinen viitekehys tai teoreettinen malli, joka selittää koodien ja tutkimuskysymysten välistä suhdetta. Teorialähtöinen tutkimus soveltaa olemassa olevaa teoreettista tietoa aineistoon, mikä mahdollisesti vaikuttaa teeman luomiseen. Teorialähtöisessä tutkimuksessa valitut avainsanat ovat usein linjassa olemassa olevien teoreettisten käsitteiden tai hypoteesien kanssa, jotka auttavat aineiston luokittelussa. (Naeem ym. 2023.) Tuomen (2018, luvussa 4) mukaan aineistosta voidaan poimia aluksi joko hierarkiassa ylempää tai alempaa luokkaa kuvaavia ilmiöitä ja sijoittaa ne analyysirungon mukaisesti. Jokaisen teeman tulee olla sisäisesti johdonmukainen ja ulkoisesti toisistaan eriävä. Aineistosta nousevien teemojen määrästä ei ole olemassa selkeää suositusta.

Viides vaihe Naeemin ym. (2023) mallissa on käsitteellistäminen, joka sisältää ymmärryksen ja aineistosta nousevien käsitteiden määrittämisen. Tutkija tunnistaa sosiaalisia malleja ja jalostaa niitä määritelmiksi, jotka ovat linjassa hänen tutkimuksensa kanssa. Hän käyttää työkaluja, kuten kaavioita tai karttoja näiden käsitteiden välisten suhteiden kuvaamiseksi. Tutkija määrittelee ensin käsitteet, joiden välisiä suhteita hän tulkitsee ja muodostaa niistä mallin. Tulkinalla

osoitetaan, kuinka malli on kehitetty aineistosta. Tulkinta vaatii käsitteiden eri ulottuvuuksien määrittelyn ja selventämisen, miten aineistosta voidaan osoittaa käsitteiden olemassaoloa tai niiden puuttumista. Näiden määritelmien laatua arvioidaan selkeyden, tarkkuuden, luotettavuuden ja sovellettavuuden perusteella sekä niiden osuudella teoriaan ja käytäntöön. Tuomi (2018, luvussa 4) huomauttaa että teemat nousevat aineistosta aina tutkijan aktiivisesta tulkitsemisesta käsin ja tulkinnan lopputulos riippuu aineiston lisäksi tutkijasta, jolloin samasta aineistosta voidaan saada erilaisia tulkintoja.

Naeemin ym. (2023) mallin viimeisessä eli kuudennessa vaiheessa aineistosta kehitetään käsitteellinen malli, jota ohjaavat usein jo olemassa olevat teoriat. Mallin tarkoitus on vastata tutkimuskysymykseen ja korostaa tutkimuksen panosta olemassa olevaan tietoon. Tähän vaiheeseen kulminoituu kaikki aineistosta saadut havainnot ja oivallukset. Teoreettisessa temaattisessa analyysissä on jo olemassa viitekehys, joka perustuu vakiintuneeseen teoriaan kirjallisuudessa, ja joka on muiden tutkijoiden testauksen ja validoinnin kohteena ja laajalti hyväksytty akateemisessa yhteisössä. Soveltaakseen teoreettisia viitteitä käsitteellisen mallin kehittämiseen, tutkijan tehtävänä on kehittää uusi sovellus valitulle teorialle tietyssä konteksti vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Valittu temaattisen analyysin menetelmä (aineisto- tai teorialähtöinen) vaikuttaa analyysin prosessiin ja ohjaa käsitteellisen mallin muotoilua, joka kiteyttää tutkimuksen tulokset.

5.2.3 Kehittämisvaiheen toteutus

Tutkimukseen osallistujille järjestettiin informaatiotilaisuus ennen tutkimuksen aloitusta. Tilaisuudessa osallistujille jaettiin tietoa tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksesta ja tavoitteesta, internetpohjaisen opetusmoduulin käytöstä, kyselylomakkeeseen vastaamisesta sekä työpajojen toteutuksesta.

Kehittämisosuudessa käytettiin osallistavina yhteiskehittämisen menetelminä ideoimiseen aivoriihi -menetelmää ja oppimiseen soveltuvaa Learning cafe -menetelmää. Aivoriihi-menetelmää käytetään ideoiden tuottamiseen ja koko ryhmän osallistamiseen. Menetelmään kuuluu ideointivaihe, arviointivaihe ja valintavaihe. (Aivoriihi: Innokylä s.a.) Ryhmässä jokainen ideoi ajatuksiaan, joita

opinnäytetyössä kirjattiin puhelimitse interaktiiviselle Mentimeter -esitystyökälulle. Arviointivaiheessa ideoiden joukosta nostetaan esiin erilaisia ideoita, joita lähdetään parantelemaan tai yhdistelemään muihin ideoihin. Ideointi- ja arviointivaiheessa tärkeää on olla arvostelematta ideoita. Valintavaiheessa ryhmän keäämistä ideoista tehdään yhteenvetoa. Osallistujat tarkastelevat ja arvioivat ideoita kriittisesti. Ideoiden joukosta valitaan yhdessä parhaimmat arvioinnin perusteella. (Aivoriihi: Innokylä s.a.)

Learning cafe -menetelmä on keskusteluun, tiedon luomiseen ja siirtämiseen tarkoitettu yhteiskehittämisen menetelmä. Menetelmässä oleellista on keskustelu, jossa omia näkemyksiä selitetään yhteisen ymmärryksen löytämiseksi. Menetelmässä toisten näkemyksiä voidaan kommentoida ja kyseenalaistaa, mutta päämääränä on ryhmän yhteisen mielipiteen löytäminen. Learning cafe -menetelmässä keskitytään tiettyjen kysymysten ratkaisuun yhdessä. Prosessi käynnistyy jakautumisesta pienryhmiin pöytäkunnittain. Pöytäryhmien jäsenet vaihtavat paikkaa pöydästä toiseen, jolloin uusi pöydän ympärille muotoutunut ryhmä pohtii aiempia tuotoksia ja ideoi niitä eteenpäin. (Learning cafe eli oppimiskahvila: Innokylä s.a.)

Yhteiskehittämisen työpajoihin varattiin neljä työpajaa, joiden kesto oli 60min. Kehittämistehtävään kuntoutusyksikön työntekijöiden tunnistamiin kehittämistarpeisiin selvitettiin vastauksia tutkimusosuuden kyselyyn liitetyn esikysymyksen avulla. Esikysymyksen vastaukset teemoitettiin aineistolähtöisesti ja kehittämistarpeiksi saatiin teemat liittyen oppimiseen ja käytännön työhön, jotka olivat tärkeimpin eriteltynä koulutus ja tieto; käytön helpottaminen ja automatisointi; käytännön sovellukset; yhteinen käytäntö ja ajattelutapa. Näitä teemoja käsiteltiin ensimmäisessä kehittämistyöpajassa.

Ensimmäisen työpajan tavoitteena oli ideoida kehitettävä toiminta aivoriihi -menetelmän avulla. Teemat oli koottu interaktiiviselle Mentimeter esitystyökälulle, jonka avulla osallistujat osallistuivat vuorovaikutteisesti vastaamalla kysymyksiin reaaliaikaisesti. Osallistujat vastasivat kysymyksiin: miten lisätään perustietoa ICF:stä, miten saan ICF:n käytön siirrettyä kirjaamiseen, millaiset ICF- työkalut auttaisivat arjessa, kuinka ICF:n käytöstä saadaan rutiinia sekä mitä yhteisiä käytäntöjä ICF:n käyttämiseen tarvitaan. Työpajassa nostettiin esiin parhaimmat

ideat ja tehtiin yhteenveto vastauksista keskustellen, jotta saatiin yhteinen linjaus tuleville työpajoille. Työpajaan osallistuneet kuntoutusyksikön työntekijät valitsivat kolmen viimeisen työpajan aiheeksi ICF:n käytön lisäämisen tavoitteen asettamisen vaiheessa, sillä he kokivat kuntoutujan kuntoutuspolun alkavan siitä ja määrittävän myöhemmän toiminnan.

Toisessa, kolmannessa ja neljännessä työpajassa yhteiskehittämisen menetelmänä käytettiin Learning cafe -menetelmää. Opinnäytetyöntekijä esitteli, kuinka Learning cafe -menetelmä toimii ja jakoi osallistujat 3–4 hengen pöytäryhmiin. Keskustelu käynnistettiin yhteisellä alustuksella ja jatkettiin pöytäryhmissä kuhunkin teemaan sopivilla alustuksilla ja alustuskysymyksillä. Pöytäryhmiä oli kolme ja niiden teemat olivat GAS- menetelmä (Goal Attainment Scaling), GAS-ideapankki sekä ICF-työvälineet; COPM (Canadian Occupational Performance Measure) ja Spiral-menetelmä. GAS-menetelmää käytetään tavoitteiden asettamiseen ja arvioimiseen (Sukula, Vainiemi & Autti-Rämö 2021). GAS-ideapankki on alun perin kehitetty puheterapian viitekehukseen työvälineeksi helpottamaan GAS-menetelmän käyttöä. GAS-ideapankkiin on kerätty käytännön esimerkkejä sellaisista GAS-tavoitteista ja asteikoista, joita voidaan tavoitella terapiajakson aikana (Niemitalo-Haapoja ym. 2021, 31). COPM on toimintaterapeuttien käyttöön suunniteltu toiminnasta suoriutumisen arviointimittari, jonka avulla tuodaan esiin kuntoutujan itsensä havaitsemaa muutosta arjen toiminnoista suoriutumisessa. (Kantanen, 2023). Asiakaslähtöinen Spiral-menetelmä on kehitetty helpottamaan toimintakykyä tukevien tavoitteiden löytämistä. (Kuntoutussäätiö s.a.)

Learning cafe:n teemat oli valittu jo etukäteen ensimmäisen tapaamisen yhteisten päätösten perusteella ja opinnäytetyön tekijän toimesta vastaamaan esiin nouseisiin tarpeisiin koulutuksen ja tiedon, käytön helpottamisen ja automatisoinnin, käytännön sovellusten sekä yhteisen käytännön ja ajattelutavan tukemiseksi. Teemoihin liittyvät alustukset oli jaettu kuhunkin pöytäryhmään. GAS-menetelmä pöytäryhmän alustuksena toimivat työpajaan osallistujien tekemät GAS-lomakkeelle asetetut tavoitteet sekä alustuskysymykset: Onko tavoite asetettu kuvaamaan asiakkaan yksilöllisiä toimintarajoitteita, tukeeko tavoite asiakkaan osallisuuden vahvistumista ja arkisuoriutumista sekä minkälaisia kuvauskohteita tavoitteeseen on yhdistetty? GAS-ideapankin alustuksena toimi

toimintaterapeuttien luoma GAS-ideapankki materiaali, johon on osa-alueittain kerätty esimerkkejä tavoitteista sekä alustuskysymykset: Miten hyödyntäisin GAS-ideapankkia, miten sitä voisi kehittää käytäntöön ja miten päivittäminen toimisi käytännössä? COPM ja Spiral-menetelmän alustuksena toimivat molempien menetelmien lomakkeet ja Spiral -menetelmän muu kirjallinen materiaali. Alustuskysymyksiä esitettiin: Miten hyödyntäisin näitä käytännössä, mikä toimii ja mitä tarvitsee kehittää?

Jokaisessa pöytäryhmässä oli A3 kartonki, post it -lappuja sekä tusseja merkintöjä varten. Jokainen pöytäryhmä valitsi itselleen puheenjohtajan, joka pysyi samassa pöydässä koko työpajan ajan. Kaikki saivat halutessaan kirjata kehitysideoita kartongille, mutta pöytäryhmän puheenjohtaja oli vastuussa kirjaamisesta. Keskusteluihin oli varattu aikaa kullekin aiheelle 25 minuuttia, jonka jälkeen puheenjohtajaa lukuun ottamatta kaikki ryhmän jäsenet vaihtoivat seuraavaan pöytäryhmään. Puheenjohtajan tehtävä oli uudessa pöydässä esitellä aihe uusille jäsenille sekä aiemmat kirjaukset ja ehdotukset, jonka jälkeen keskustelu jatkui. Rajatussa ajassa toisen työpajan aikana ehdittiin käydä läpi kaksi teemaa ja kolmannen työpajan aikana kolmas teema. Kolmannen tapaamisen aikana käytettiin 15 minuuttia siihen, että kaikki saivat kiertää pöytäryhmät uudelleen ja tarkastella sekä muokata pöytäryhmien teemojen kehitettäviä asioita.

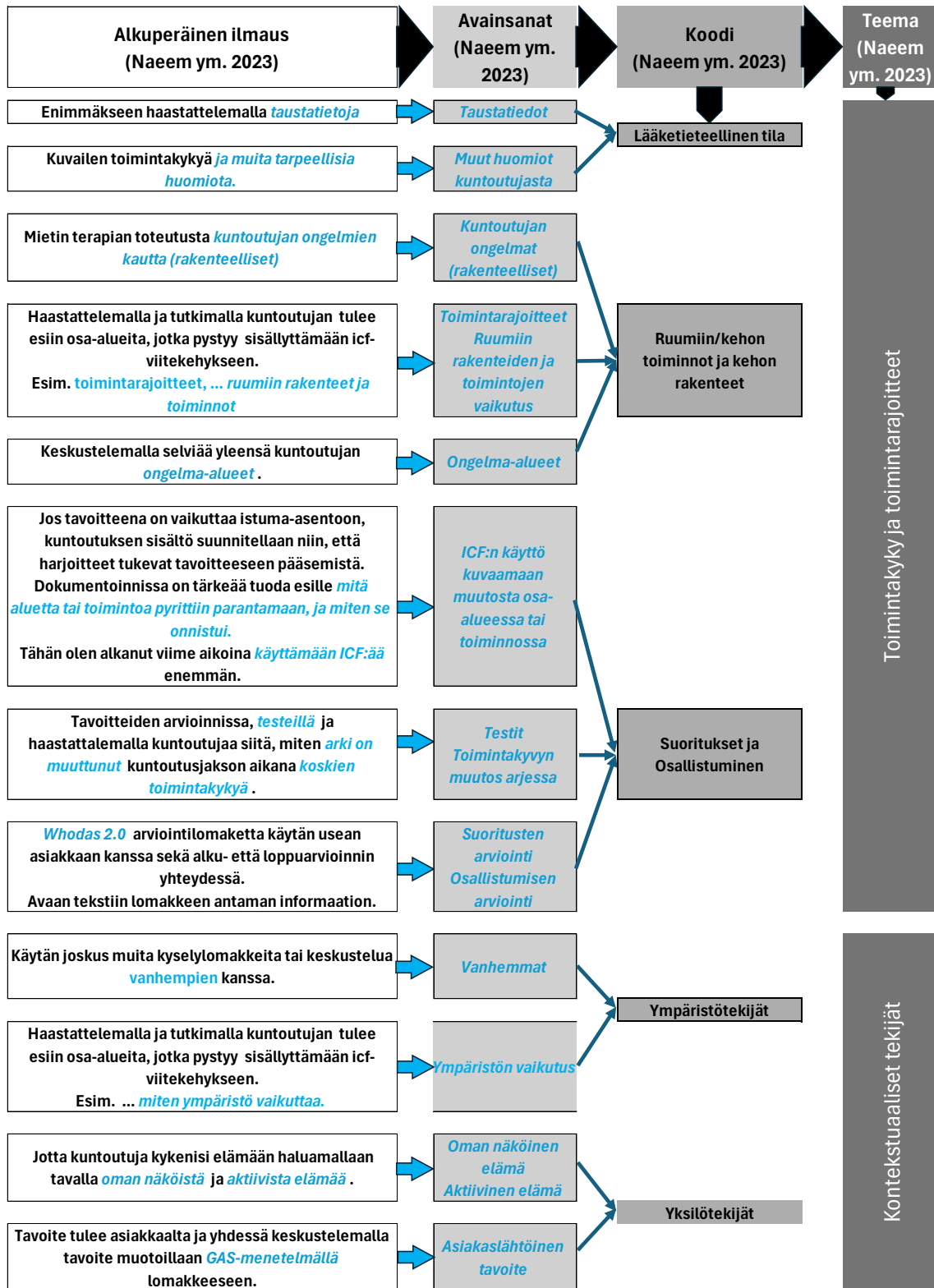
Neljännellä eli viimeisen työpajan aikana arvioitiin kehittämisen tuloksia ja sovittiin yhteisistä käytännöistä jatkossa. Pöytäryhmien puheenjohtajat esittelivät yhteenvedon lopputuloksista yhdessä opinnäytetyön tekijän kanssa. Kartonkien sisältö oli koottu Power point -ohjelmalla kaikkien osallistujien nähtäväksi. Esityksen jälkeen käytiin yhteinen keskustelu, jossa sovittiin yhteisestä linjauksesta, kuinka ICF:ää käytetään kuntoutujan tavoitteen asettelussa ja kuinka ICF:n käyttöä kuntoutusyksikön toiminnassa jatketaan seuraavaksi.

6 TULOKSET

Toiminnallisen tutkimuksen tuloksena saatiin tietoa ICF-viitekehyksen tämänhetkisestä käytöstä kuntoutusyksikössä sekä kehitettyä ICF-viitekehyksen käyttöä kuntoutusyksikössä. ICF-viitekehyksen käytön kehittämiseksi jatkossa tehtiin myös toimintasuunnitelma.

6.1 ICF-viitekehyksen käyttö kuntoutusyksikössä

Toiminnallisen tutkimuksen tutkimuksellisen osuuden kyselyyn vastasi yhteensä 12 henkilöä. Kyselytutkimuksen avulla selvitettiin miten kuntoutusyksikön työntekijät käyttävät ICF-viitekehystä kuntoutusprosessin eri vaiheissa (Kuva 3). Kuntoutusyksikön työntekijöiden tapa käyttää ICF-viitekehystä jaettiin kahteen teemaan eli ICF:n osaan, jotka ovat toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset tekijät. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden teema jaoteltiin koodeihin lääketieteellinen tila, ruumiin/kehon toiminnot ja kehon rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Kontekstuaalisten tekijöiden teema piti sisällään koodit ympäristötekijät ja yksilötekijät, jotka kuvaavat ICF:n osa-alueita.



KUVA 3. Analyysiprosessi ICF-viitekehysten käytöstä kuntoutusyksikössä.

Tavatesaen kuntoutujan ensimmäisen kerran kuntoutusyksikön työntekijät teki-
vät kuntoutujasta alkuarvioinnin, jossa kerättiin tietoa sekä kuntoutujan

toimintakyvystä ja toimintarajoitteesta että kontekstuaalisista tekijöistä. Muodostaakseen kuvan kuntoutujan toimintakyvystä ja toimintarajoitteista kuntoutusyksikön työntekijät kertoivat keräävänsä tietoa kuntoutujan lääketieteellisestä tilasta, ruumiin/kehon toiminnoista ja kehon rakenteista sekä kuntoutujan suorituksista ja osallistumisesta. Lääketieteellisestä tilasta saatiin tietoja haastattelemalla kuntoutujaa tai hänen läheisiään kuntoutujan taustatiedoista. Ruumiin/kehon toiminnoista ja kehon rakenteista kerättiin tietoa niin ikään haastattelemalla sekä havainnoimalla ja tutkimalla kuntoutujaa. Alkuarvioinnissa kuntoutujan suorituksista ja osallistumisesta kerättiin tietoa testeillä, joista osa on myös ICF-lähtöisiä kuten WHODAS 2.0 -kyselylomake. Kuntoutuksen ammattilainen kuvailee seuraavasti arviointivaihetta:

“Whodas 2.0 arviointilomaketta käytän usean asiakkaan kanssa sekä alku- että loppuarvioinnin yhteydessä. Avaan palautteeseen lomakkeen antaman informaation.”

Kontekstuaaliset tekijät eli ympäristö- ja yksilötekijät huomioitiin alkuarvioinnissa kuulemalla kuntoutujan läheisiä sekä huomioimalla, miten kuntoutuja toimii arkiympäristössään ja mitä toimintarajoitteita hänellä siinä on.

Tavoitteen asettamisen vaiheessa kuntoutusyksikön työntekijät kertoivat asettavansa asiakaslähtöisen tavoitteen yhdessä kuntoutujan kanssa. Tavoitteen asettelussa huomioitiin kuntoutujan tämänhetkinen toimintakyky ja toimintarajoitteet alkuarvioinnin perusteella, kuten kuntoutusyksikön työntekijä kuvailee:

“Tavoite tulee asiakkaalta ja yhdessä keskustelemalla tavoite muotoillaan GAS-menetelmällä lomakkeeseen. Lomakkeeseen pyrin merkitsemään ICF:n avulla ne alueet tai toiminnot, joihin tavoitteella pyritään vaikuttamaan.”

Kontekstuaaliset tekijät nousivat tavoitteen asettelussa esiin siten, että tavoitekeskusteluun osallistuivat joissain tilanteissa myös kuntoutujan läheiset. Tällaisia tilanteita olivat esimerkiksi kuntoutujan alentunut kognitio, jolloin hän ei pystynyt yksin määrittelemään realistisia tavoitteita. Kuntoutusyksikön työntekijät kokivat tärkeäksi kuntoutujan tukemisen oman näköiseen elämään, joka luokiteltiin sekä suoriutumiseksi ja osallistumiseksi että yksilötekijäksi.

Tavoitteen asettelussa kuntoutusyksikön työntekijät käyttivät GAS-menetelmää. Osa työntekijöistä merkitsi GAS-lomakkeelle tavoitetta kuvaavan ICF:n kuvauskohteen ja koodin. Käytäntö oli kuitenkin vaihtelevaa työntekijöiden kesken. Kuntoutujan tavoite kytkeytyi usein ruumiin/kehon toimintojen sekä suorituksen ja osallistumisen kuvauskohteen tasolle, johon terapialla pyrittiin vaikuttamaan kunkin kuntoutusyksikön työntekijä kuvailee:

“Mietin tavoitteen asettelussa terapian toteutusta kuntoutujan ongelmien kautta ja erityisesti suoritusten ja osallistumisen kautta, jotta kuntoutuja kykenisi elämään haluamallaan tavalla oman näköistä ja aktiivista elämää.”

Kuntoutusjakson aikana ICF-viitekehystä käytettiin toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden osalta kuvaaman ruumiin/kehon toimintoja ja niiden toiminnassa tapahtunutta muutosta sekä kuntoutujan suoriutumista ja osallistumista. Kuntoutusyksikön työntekijät kertoivat perustavansa kuntoutuksen suunnittelun sen pohjalle, miten kuntoutuja suoriutuu ja osallistuu arkeensa. Kuntoutusyksikön työntekijä kuvailee kuntoutuksen suunnittelun yhdistymistä ICF-viitekehukseen seuraavasti:

“Tavoitteeseen liittyvä ICF:n koodi on aina taka-ajatuksena harjoitteissa ja kaikessa mihin kuntoutuksella pyritään muuttamaan tai parantamaan. Jos tavoitteena on vaikuttaa istuma-asentoon, niin kuntoutuksen sisältö suunnitellaan niin, että harjoitteet tukevat tavoitteeseen pääsemistä. Dokumentoinnissa on tärkeää tuoda esille mitä aluetta tai toimintoa pyrittiin parantamaan, ja miten se onnistui. Tähän olen alkanut viime aikoina käyttämään ICF:ää enemmän.”

Kontekstuaalisena tekijänä kuntoutuksen aikana kuntoutusyksikön työntekijät huomioivat myös läheisten roolin kuntoutujan arjessa. Kuntoutusjakson aikana osa kuntoutusyksikön työntekijöistä kertoi käyttävänsä ICF:n kuvauskohteita kirjattessaan terapian sisällöstä.

Kuntoutusjakson päättyessä loppuarvioinnissa kuntoutuksen työntekijät halusivat arvioida kuntoutujan muutoksen toimintakyvyssä ja toimintarajoitteissa. Eniten mainintoja tuli ruumiin/kehon toimintojen sekä suoritusten ja osallistumisen muutokseen. Kuntoutusyksikön työntekijöillä oli tärkeää pystyä mittamaan ja kuvaamaan muutosta kuntoutujan toimintakyvyssä suoritusten ja osallistumisen kautta. Tähän käytettiin erilaisia terveyden ja toimintakyvyn mittareita, joista osa oli ICF-

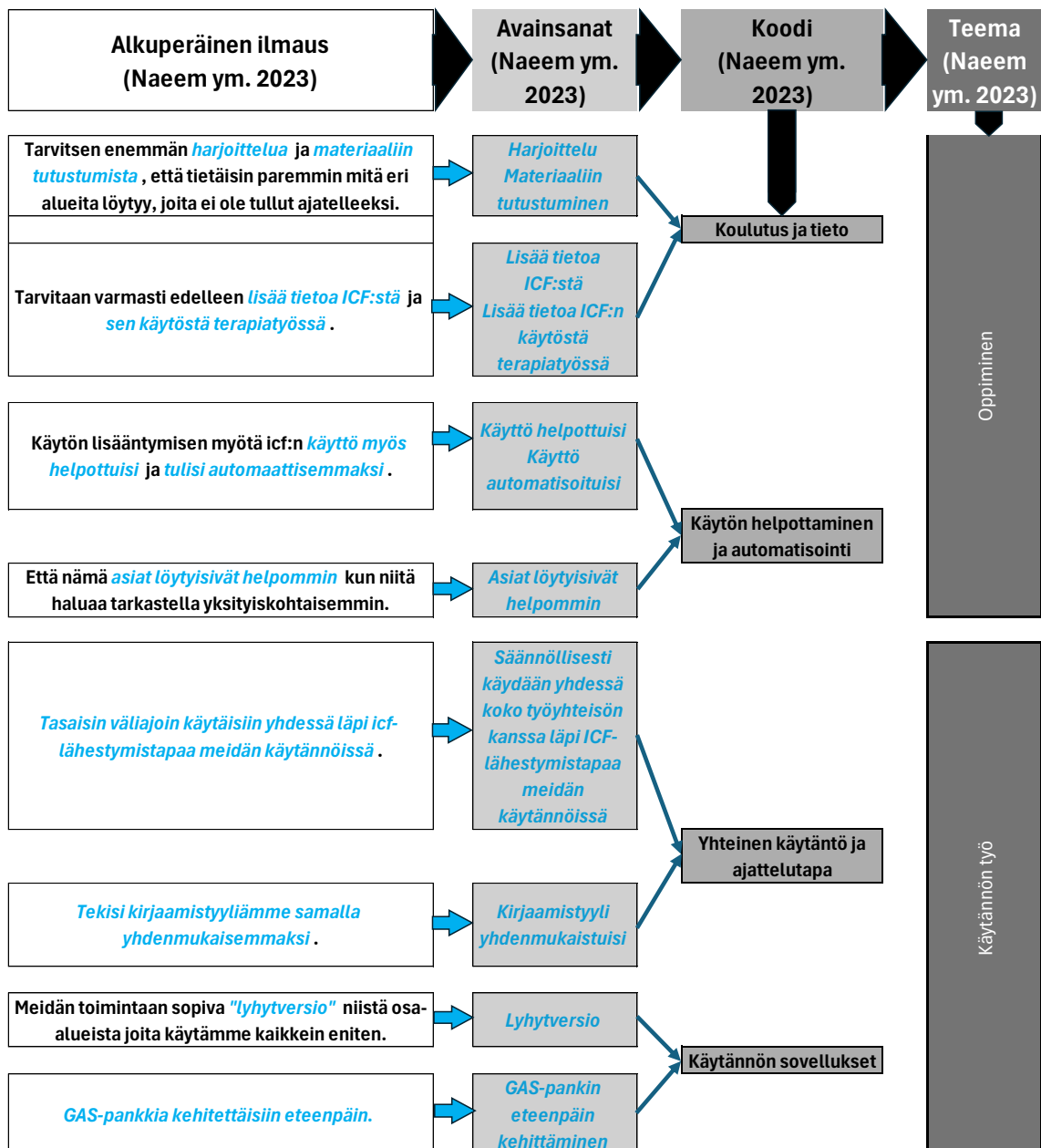
lähtöisiä kuten WHODAS 2.0. Muutosta arvioitiin myös jakson alussa GAS-menetelmän avulla asetetun tavoitteen toteutumisen avulla, joihin osa työntekijöistä oli yhdistänyt myös ICF:n kuvauskohteen sekä koodin. Kuntoutusyksikön työntekijät kuvaavat ICF:n käyttöä seuraavasti:

“Tavoitteiden toteutumisen arvioinnissa käytän testejä ja haastattelen kuntoutujaa siitä, miten arki on muuttunut jakson aikana koskien toimintakykyä.”

“Enemmän arviointia tapahtuu suoritusten ja osallistumisen arvioinnilla; havainnoimalla, haastattelemalla. Toki testien analysointi on mukana ja sitä kautta palautteen kirjoittamisessa yritän saada ICF-ajattelua mukaan.”

6.2 ICF-viitekehyksen käytön kehittäminen kuntoutusyksikössä

Kuntoutusyksikön työntekijät nostivat esiin myös ideoitaan ICF –viitekehyksen käytön kehittämiseksi (Kuva 4). Kyselytutkimuksen pohjalta ensimmäisessä työpajassa aivoriihen teemoina olivat oppiminen ja käytännön työ. Oppimisen teemaa kuvaavat koodit koulutus ja tieto sekä käytön helpottaminen ja automatisointi. Käytännön työn teemaa kuvaavat koodit käytännön sovellukset sekä yhteinen käytäntö ja ajattelutapa.



KUVA 4. Analyysiprosessi ICF-viitekehyksen käytön kehittämiseksi kuntoutusyksikössä.

Aivoriihen tuloksena kuntoutusyksikön työntekijät kokivat yhtenäisessä ICF-viitekehyksen käytössä tärkeäksi keskittyä selkeään ja käytännönläheiseen työntekijöiden koulutukseen. Kuntoutusyksikön työntekijät kaipasivat koulutuksen ja oppimisen tueksi tietoa ICF:n hyödyistä ja käytöstä, konkreettisia esimerkkejä, sekä yhteistä työskentelyä ja harjoittelua ICF:n parissa. Työntekijät kokivat tarvitsevansa erilaisia oppimisvälineitä, kuten lyhyitä oppaita, työpajoja ja e-opetusta, jotka voisivat nopeuttaa tiedon omaksumista ja auttaa työntekijöitä saamaan ICF-

viitekehuksesta konkreettista hyötyä. Kuntoutusyksikön työntekijöiden mukaan nämä toimet auttaisivat heitä omaksumaan ja integroimaan viitekehysten osaksi arkea. Työntekijöiden mielestä oli tärkeää luoda ICF:n käytöstä selkeä rutiini päivittäiseen työhön, jotta sen käyttö voisi juurtua osaksi arkea. Työntekijät kaipaavat tukea, rohkaisua ja motivointia ICF:n käyttöön ja hyödyntämiseen kuntoutuksessa. Yhteinen harjoittelu, erityisesti pienryhmissä, sekä käytännön esimerkit tukisivat työntekijöiden mielestä oppimista ja auttaisi työntekijöitä soveltamaan ICF-viitekehystä.

Käytännön työssä ja yhteisten käytäntöjen ja ajattelutavan luomiseksi ICF:n käyttöä voitaisiin työntekijöiden mielestä tukea jatkuvalla koulutuksella, tiedon jakamisella ja yhteisillä tapaamisilla, jossa käsitellään ICF-lähestymistapaa osana kuntoutusyksikön toimintaa. Tällä tavalla voitaisiin selkeyttää ja tehostaa sen käyttöä kuntoutuksen eri vaiheissa. ICF:n käytön ylläpitämiseksi ja juurruttamiseksi sovittiin vuosittain järjestettävän 1–2 työpajaa, jossa käsitellään ICF:n käyttöä kuntoutusyksikössä. Työntekijät toivoivat myös kuntoutusyksikön toimintaan sopivia käytännön sovelluksia. Työntekijöiden mielestä työkalut, kuten koodipankki ja valmiiden ICF-koodien käyttö asiakasohjelmissa, nopeuttaisivat ja helpottaisivat ICF:n käyttöä arjessa.

ICF-viitekehysten käytön kehittämisideoiden pohjalta työpajoissa käsiteltiin learning cafe -menetelmän avulla merkityksellisen tavoitteen asettamista COPM ja Spiral-menetelmän avulla, GAS-menetelmän käyttöä tavoitteen asettamisessa ja GAS-ideapankin kehittämistä GAS-menetelmän käytön tukena.

Merkityksellisen tavoitteen löytäminen COPM ja Spiral -menetelmän avulla. Kuntoutusyksikössä osalla työntekijöistä on ollut ennestään käytössä COPM-lomake. Kuntoutusyksikön työntekijät kokivat COPM-menetelmän olevan hyvä pohja GAS-tavoitteen luomiseksi erityisesti aikuisilla kuntoutujilla. COPM-menetelmän koettiin avaavan keskustelua tavoitteen asettamisesta sekä lisäävän ja syventävän ymmärrystä siitä, mikä on kuntoutujalle tärkeää ja merkityksellistä. COPM-menetelmän käytössä heikkoutena koettiin, että sen aihealueita ei ollut koodattu valmiiksi ICF:lle.

Spiral-menetelmä oli suurimmalle osalle täysin uusi työkalu tavoitteen asettamisen tueksi. Spiral-menetelmä koettiin sopivaksi menetelmäksi lasten ja nuorten kohdalla sekä asiakkailta, joilla on kielellisiä haasteita. Työpajaan osallistuneet kokivat kuvatuun hyödylliseksi ja auttavan löytämään erityisesti lasten oman tavoitteen. Spiral koettiin monipuoliseksi työkaluksi, joka voi toimia pelillisten ominaisuuksien lisäksi paremmin myös keskustelun pohjana. Työntekijä voi myös valikoida menetelmästä oleellisia osuuksia tavoitteen asettamisen tueksi. Menetelmässä hyvää oli myös valmis ICF-koodaus. Spiral-menetelmä oli kuitenkin suurimmalle osalle tuntemattomampi menetelmä, joten sen käytöstä toivottiin koulutusta, joka sovittiin järjestettäväksi.

GAS-menetelmän käyttö tavoitteen asettamisessa. Työpajojen tuloksena selvisi, että kaikissa GAS-lomakkeelle asetetuissa tavoitteissa on kirjattu yksilölliset toimintarajoitteet, joista tulee esiin myös osallisuuden vahvistuminen ja arki-suoriutuminen.

GAS-lomakkeelle on asetettu kokonaistavoite, joka joissain tilanteissa on mahdollista poimia kuntoutussuunnitelmasta. Tämä ei kuitenkaan ole aina mahdollista, sillä erityisesti fysioterapian kohdalla kuvattiin kuntoutussuunnitelman tavoitteiden olevan usein epämääräisiä tai puuttuvan kokonaan. GAS-lomakkeen käyttöä arvioitaessa huomautettiin, että GAS-lomakkeella on tarkoitus nostaa esiin asiakkaan oma tavoite, julkisen sektorin asettaman kuntoutussuunnitelmaan kirjatun tavoitteen rinnalle.

GAS-lomakkeelle asetetun osatavoitteen tulisi kuvata kuntoutujan alkutilanne tai lähtötaso, jotta se on kaikkien arviointia tekevien osapuolten (kuntoutuja, kuntoutuksen ammattilainen ja lähettävä taho) tiedossa. Osatavoitetta arvioitaessa tulee käyttää kaikkia tavoitteen toteutumisen tasoja, jotta näkyviin saadaan myös mahdollinen merkittävä edistyminen.

Kuntoutusyksikön työntekijät kokivat osatavoitteita kirjatessa tasojen määrittämisen ajoittain haastavaksi laadullisten tavoitteiden kohdalla. Näin oli myös asiakkaan omaa tuntemusta mittaavan tavoitteen kohdalla. Laadullisen tavoitteen toteutumisen tason kehittäminen vie enemmän aikaa ja arvioiminen vaatii enemmän kuntoutujan liikkeen ja toiminnan analysointia. Sellaisen tavoitteen

asettaminen, jota arvioitiin numeerisesti, koettiin helpommaksi. Ajoittain myös niiden tasojen asettamisessa tuli virheskaalauksia tai epäsopivan mittarin valinta. Työntekijät kokivat, että välttääkseen virheen tavoitteen arvioinnissa tulisi GAS-lomakkeelle asetettua tavoitetta väliarvioida ja tarvittaessa muokata myös kesken terapiakauden.

GAS-lomakkeissa työntekijät olivat luokitelleet asetettua tavoitetta ICF-koodien avulla ja suurimmassa osassa tavoitteista koodeja oli käytetty useampi kutakin tavoitetta kohti. Työpajoihin osallistuneet arvioivat, että kun tavoitetta kuvailtiin useammalla ICF-koodilla, saatiin kuvaavampi ja laajempi näkemys kuntoutujan toimintakyvyn haasteista. ICF-koodeja merkittiin GAS-lomakkeelle kolmella eri tavalla: Etuliitteen ja numerokoodin yhdistelmä, kuvauskohde sekä kuvauskohdeella ja etuliitteisellä numerokoodilla. Työpajassa todettiin, että eniten tietoa antoi merkitsemistapa, jossa kirjattiin sekä kuvauskohde että etuliitteellinen numerokoodi. Sovittiin että ICF-koodien käyttö kirjataan GAS –lomakkeelle muodossa “ICF: kuvauskohde (etuliitteinen numerokoodi)” esimerkiksi Kuntoutujan tavoitteen ollessa käveleminen portaissa kaidetuen avulla kirjataan lomakkeeseen “ICF: Portaissa liikkuminen (d451)”.

Kuntoutuspalautteisiin tavoitteista kirjoitettaessa kirjataan näkyviin kokonaistavoite, osatavoitteet, tavoitetaso sekä tavoitteen lopullinen toteutuminen. Työpajassa koettiin, että mikäli ICF-koodeja kirjataan palautteeseen, tekstin luettavuus heikkenee. ICF-koodit ovat kuitenkin näkyvillä palautteeseen liitettävässä GAS-lomakkeessa.

GAS-ideapankin kehittäminen GAS-menetelmän käytön tueksi. Työpajojen tuloksena todettiin, että GAS-pankkia hyödynnettäisiin, erityisesti kuntoutujien kohdalla, joiden on haastavaa asettaa tavoitteita tai tavoite on laadullinen. GAS-pankki toimisi ideapankkina ja sitä voisi käyttää yhdessä sellaisen kuntoutujan kanssa, jonka on vaikea asettaa tavoitteita. GAS-pankki madaltaisi kynnystä ICF:n käyttöön ja näin lisäisi sitä. Kuntoutusyksikössä toimintaterapeuteilla on valmiiksi luotuna GAS-ideapankki, jonka päivittäminen on epäsäännöllistä. Fysioterapeutit aloittavat keräämään tavoitteita osa-alueittain sähköiseen dokumenttiin, joka perustetaan Teams-alustalle. Kaikilla on mahdollisuus lisätä ja päivittää GAS-ideapankkia, mutta sen käyttöön valitaan myös vastuhenkilö, jonka

tehtävänä on luoda dokumentti ja vastata sen yleisestä päivittämisestä ja käytöstä. GAS-ideapankin käyttöä voitaisiin helpottaa esimerkiksi koodaamalla väreittäin eri aihealueet ja luomalla GAS-ideapankin pohjalta omalle asiakasryhmälle sopivia tavoitteita.

Yhteenveto. Kuntoutusyksikön työntekijät käyttivät kuntoutusprosessin eri vaiheissa sekä ICF:n toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden, että kontekstuaalisten tekijöiden osa-alueita. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden osa-alueista painotettiin ruumiin/kehon toiminnot ja kehon rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen osa-alueita. Nämä osa-alueet tulivat esiin kaikissa kuntoutusprosessin vaiheissa. Lääketieteellisen tilan osa-alue tuli esiin alkuarvioinnissa. Kontekstuaalisista tekijöistä ympäristötekijät huomioitiin myös kaikissa kuntoutuksen vaiheissa. Yksilötekijöiden osa-alueita käytettiin erityisesti tavoitteen asettamisen vaiheessa.

ICF-viitekehyksen asiakaslähtöisen käytön kehittämisessä korostuivat oppimisen ja käytännön työn yhdistäminen. Koulutuksen sekä käytön helpottamisen ja automatisoinnin avulla ajateltiin olevan ICF:n käyttöä lisäävä vaikutus. Yhteiset käytännöt ja ajattelutapa sekä käytännön sovellukset selkeyttäisivät ICF:n käyttöä käytännön työssä. ICF:n käytön ylläpitämiseksi ja juurruttamiseksi sovittiin, että vuosittain järjestetään 1–2 työpajaa, jossa käsitellään ICF:n käyttöä kuntoutusyksikössä.

Spiral-menetelmästä järjestetään yhteinen koulutus, jonka ajankohta sovittiin valmiiksi. GAS-lomakkeen käytöstä ja täyttämisestä sovittiin kokonaistavoitteen osalta, että sen voi poimia kuntoutussuunnitelmasta, mikäli tavoite on siirrettävissä. ICF-koodien käytöstä sovittiin yhteinen kirjaamistapa GAS –lomakkeelle. Tavoitteen toteutumisen tasoissa tulee olla näkyvillä kuntoutujan lähtötaso tai alkutilanne ja kaikki tavoitteen toteutumisen tasot tulee täyttää. Kuntoutuspa-lautteeseen kirjataan sanallisesti kokonaistavoite, osatavoite, tavoitetaso sekä tavoitteen lopullinen toteutuminen ja niihin yhdistetyt ICF-kuvauskohteet. Palautteen vapaakenttäteksiin ei kirjoiteta etuliitteistä numerokoodia. GAS-ideapankin osalta päätettiin vastuuhenkilö, joka luo Teams-alustalle sähköisen dokumentin, johon kaikki voivat päivittää asettamia tavoitteita.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että kuntoutusyksikön työntekijät käyttävät ICF-viitekehystä kuntoutusprosessin eri vaiheissa, joissa ICF-viitekehys toimii työvälineenä ja tukee sekä kuntoutujan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden arviointia että kuntoutuksen suunnittelua ja arviointia.

Alkuarvioinnissa ICF:n osat toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset tekijät, ovat keskeisiä. Kuntoutusyksikön työntekijät keräävät tietoa kuntoutujan lääketieteellisestä tilasta, ruumiin/kehon toimintoista ja rakenteista sekä suorituksista ja osallistumisesta. ICF-perusteisia arviointimenetelmiä, kuten WHO-DAS 2.0 -kyselylomaketta, käytetään arjen suoritusten ja osallistumisen arvioimiseen. Myös kontekstuaaliset tekijät eli ympäristö- ja yksilötekijät, huomioidaan.

Tavoitteen asettamisessa ICF-viitekehys auttaa muotoilemaan asiakaslähtöisiä tavoitteita, jossa korostettiin kontekstuaalisista tekijöistä yksilötekijöitä kuvaavia kuvauskohteita. Kuntoutujan asettama tavoite yhdistettiin ruumiin/kehon toimintoihin ja kehon rakenteisiin sekä suorituksiin ja osallistumiseen. ICF:n käyttö tavoitteen asettelussa on kuitenkin vaihtelevaa työntekijöiden välillä.

Kuntoutusjakson aikana ICF:n käyttö jatkui kuntoutuksen suunnittelussa, jossa pyrittiin vaikuttamaan kuntoutujan toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin asetetun tavoitteen pohjalta. ICF:n kuvauskohteiden käyttö kuitenkin vaihteli kuntoutusjakson aikana johtuen siitä, että kaikki eivät tavoitteen asettamisen vaiheessa luokitelleet tavoitteita ICF:n kuvauskohteelle. ICF:n kuvauskohteet toimivat niille työntekijöille, jotka olivat ne asettaneet tavoitteen asettamisen vaiheessa, perustana kuntoutuksen suunnittelulle. Ne auttoivat ohjaamaan kuntoutuksen niihin ruumiin/kehon toimintoihin ja suorituksiin ja osallistumisiin, joita pyrittiin muuttamaan ja auttoi suunnittelemaan käytännön harjoitteita tukemaan näitä tavoitteita. Kuntoutusjakson aikana kontekstuaaliset tekijät, kuten läheisten tuki ja kuntoutujan ympäristön vaikutukset, otettiin huomioon.

Loppuarvioinnissa ICF:ää käytettiin arvioimaan muutoksia kuntoutujan toimintakyvyssä ja toimintarajoitteissa. Käytössä oli ICF-perusteisia mittareita kuten WHODAS 2.0 ja GAS-menetelmä. Työntekijöiden mukaan suoritusten ja osallistumisen arviointi oli keskeinen osa loppuarviointia.

Kuntoutusyksikön työntekijät tunnistivat useita kehittämistarpeita ICF-viitekehyksen asiakaslähtöisessä käytössä, jotka liittyivät oppimiseen ja käytännön työhön. Keskeisiä kehittämistarpeita oppimisen teemassa olivat työntekijöiden koulutus ja tiedon jakaminen ICF:stä sekä käytön helpottaminen ja automatisointi. Käytännön työhön liittyvät kehittämistarpeet olivat yhteisten käytäntöjen ja käytännön sovellusten luominen, jotka vastaisivat kuntoutusyksikön tarpeeseen.

Kuntoutusyksikön työntekijöitä voidaan tukea yhtenäisessä ICF-viitekehyksen käytössä vastaamalla heidän kokemiinsa kehittämistarpeisiin. Lisäämällä työyhteisön osaamista kouluttamalla koko työyhteisöä, taataan sama tietopohja kaikille, joka mahdollistaa yhtenäisen ymmärryksen ICF:stä ja sen käytöstä. Luomalla yhteisiä käytäntöjä ja käytännön sovelluksia helpotetaan ja automatisoidaan ICF:n yhdenmukaista käyttöä.

ICF-viitekehyksen käytön juurtumista voidaan edistää kuntoutusyksikön toiminnassa sopimalla säännöllisiä yhteisiä tapaamisia ICF-viitekehyksen käytön arvioimiseksi ja kehittämiseksi. Säännölliset tapaamiset mahdollistaisivat yhteisen osaamisen lisäämisen ja yhteisten käytäntöjen luomisen.

8 POHDINTA

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli vahvistaa kuntoutusyksikön työntekijöiden ICF-viitekehyksen käytön osaamista kuntoutusprosessin eri vaiheissa asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa ICF-viitekehyksen käytöstä kuntoutumisen tukena sekä kerätä kuntoutusyksikön työntekijöiden näkemyksiä ICF:n käytön kehittämistä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kuntoutusyksikön tulevissa ICF-viitekehyksen kehittämiseen ja juurruttamiseen suunnatuissa yhteisissä tapaamisissa.

8.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutuksen arviointi

Tutkimuksen suunnittelu käynnistyi kuntoutusyksikön tarpeesta kehittää ICF-viitekehyksen käyttöä käytännön työssä. Tutkimuksen tekijälle ICF-viitekehys oli jonkin verran entuudestaan tuttu, joten motivaationa aiheen valinnalle toimi oman osaamisen syventäminen ICF-viitekehyksen käytössä sekä käytännön ongelman ratkaiseminen. ICF-viitekehyksen teoriataustan kirjoittaminen paljasti, että ongelmat, joita kuntoutusyksikössä koettiin olevan ICF-viitekehyksen käytössä, oli tunnistettu myös aiemmissa tutkimuksissa esimerkiksi Maribon ym. (2016, 4) ja Leonardin ym. (2022, 2) toimesta. Kuntoutusyksikkö toimii neurologisen kuntoutuksen kontekstissa, johon on jo aiemmin sovellettu ICF-viitekehyksen käyttöä Escorpizo & Bemis-Doughertyn (2015, 200) ja Maribon ym. (2016, 4) mukaan. Neurologisen kuntoutuksen kokonaisvaltaisen luonteen vuoksi ICF-viitekehyksen käyttö nousee luontevasti esiin kuntoutuksen eri vaiheissa, jolloin sen olemassa olevaa käyttöä pystytään helpommin tukemaan. Kuntoutusyksikössä koettiin tärkeäksi, että henkilökuntaa koulutetaan ICF:n käyttöön niin teoriapohjalta kuin konkreettisilla käytännön harjoituksilla, jonka myötä ICF:n käyttöön saataisiin tukea käytännön ongelmiin ja käyttö yhdenmukaistuisi.

Asiakaslähtöisen kuntoutuksen teoriataustaa selvitettyä ilmeni, että vuorovaikutus kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen välillä sekä tavoitteen asettaminen olivat kaksi merkittävää teemaa (Wijma ym. 2017, 836). Tutkimuksen etenemiselle olikin merkittävää, että kuntoutusyksikön työntekijät valitsivat aloittaa ICF-

viitekehyksen käytön kehittämisen juuri tavoitteen asettamisen vaiheesta. Asiakaslähtöisen kuntoutuksen periaatteen mukaan kuntoutusyksikön työntekijät kokevat kuntoutujan kuntoutuspolun alkavan ja määrittyvän tämän vaiheen ympärille. Tavoitteen asettelussa kuntoutuksen asiantuntijat pyrkivät osallistamaan kuntoutujaa asettamaan itselleen merkityksellisen tavoitteen. Kuntoutujan osallistaminen vaatii kuntoutuksen ammattilaiselta vuorovaikutustaitoja (Melin ym. (2021, 873). Merkityksellisen tavoitteen asettamisen tueksi tutkimuksessa onnistuttiin hyödyntämään ICF-viitekehyksen käyttöön kehitettyjä työkaluja (COPM ja Spiral), jotka tukevat asiakaslähtöisen tavoitteen asettamisen päämäärää ja auttavat luomaan keskustelua kuntoutujalla merkityksellisistä asioista arjessa.

Toimintatutkimus soveltuu käytännön ongelmien ratkaisemiseen ja kehittämiseen ja mahdollistaa monipuolisten tutkimusmenetelmien käytön (Parkin 2009, 17, 29; Heikkinen ym. 2023a). Hyvin alkuvaiheessa tutkimusta kävi myös selväksi, että kohderyhmä tarvitsi ja halusi myös oppia ymmärtämään ICF-viitekehystä ja sen hyötyjä, joten toimintatutkimuksen luonne palveli myös tätä tarkoitusta.

Tutkimusosuuden tutkimusmenetelmäksi valikoitui avoimista kysymyksistä koottu kyselylomake, jonka avulla vastauksia kerättiin tehokkaasti ja anonyymisti. Ajankäytöllisesti kyselylomake ja sen vastausten analysointi oli onnistunut valinta. Vastaukset olisivat kuitenkin voineet olla kerronnallisempia erilaisella tutkimusmenetelmällä kuten haastattelemalla. Haastattelemalla työntekijöitä olisi voitu saada vielä laajemmin tietoa heidän tavastaan käyttää ja ymmärtää ICF-viitekehystä. Pohdinta ajankäytön ja vastausmateriaalin runsauden suhteesta on haastava. Yhden henkilön tekemään tutkimukseen kyselylomakkeen valinta tutkimusmenetelmäksi oli oikea mutta samaan aikaan ajatus haastattelemalla kerätyn aineiston mahdollisuuksista herättää mielenkiintoa. Tutkiessani ICF-viitekehyksen käyttöä uudelleen toteuttaisin tutkimuksen vähintään kahden tutkijan toimesta ja käyttäisin tutkimusmenetelmänä ryhmähaastattelua. Ryhmähaastattelu mahdollistaisi myös kohderyhmän ymmärryksen lisäämisen haastattelutilanteen aikana sekä jakaisi työntekijöiden välistä osaamista ja toimintatapoja.

Aineiston analyysin valinta määräytyi tutkimuksen teorian ja aineiston niukkuuden vuoksi temaattiseen analyysiin, joka osoittautui onnistuneeksi valinnaksi.

Kehittämisideoita ei kuitenkaan voitu analysoida teorialähtöisesti, joten niiden analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti teemoitellen. Aineiston analysointi teorialähtöisesti lisäsi ymmärrystä ICF-teorian ja käytännön yhdistämisestä. Aineiston analyysin myötä heräsi ymmärrys, että kuntoutusyksikössä käytetään ICF-viitekehystä monipuolisesti kuntoutuksen eri vaiheissa, mutta kuntoutuksen työntekijät eivät itse välttämättä ymmärrä miten paljon ICF-viitekehys jo ohjaa heidän toimintaansa kuntoutusprosessissa. ICF-viitekehysten teorian ja käytännön työn yhdistymistä ei aina ymmärretä jatkumona, sillä asioista puhutaan eri käsitteillä tai niiden välistä yhteyttä ei tunnisteta, vaikka se on olemassa. Tämä sama ristiriita nousi esiin myös tutkimuksen teoriaosuudessa muun muassa Valtamon ym. (2015, 48) ja Leonardin ym. (2022, 12.) tekemissä tutkimuksissa. Tutkimuksessa esiin nousut kuntoutusyksikön työntekijöiden välinen ero ICF-viitekehysten käytöstä voi osittain johtua myös siitä, että kaikki eivät tunnista käyttävänsä ICF-viitekehystä ja siten osaa sanoittaa ICF-viitekehysten käyttöään, minkä vuoksi ICF-viitekehysten käyttäminen ei ilmene heidän vastauksissaan niin selkeästi.

Tutkimuksen tekijän rooli toimintatutkimuksessa haastava. Tutkimuksen aineistoa analysoidessaan tulee neutraalisti analysoida aineistoa ja tuloksia ja samalla nähdä käytännön tasolla erilaisia ICF-viitekehysten pohjautuvia käytänteitä ja toimintaa, jotka ovat jo olemassa taustalla, vaikka niitä ei vastauksissa sanoiteta. Toimintatutkimuksen haasteena on, että vaiheet limittyvät ja nivoutuvat toisiinsa hyvin tiiviisti, jolloin tutkimuksen etenemiseen ja kulkuun tulee voida reagoida nopeasti. Tämä haaste nousi esiin kyselytutkimuksen vastausten analysoinnin sekä kehittämistyöpajojen yhdistämisessä. Työpajoissa käytetyt menetelmät oli alustavasti valittu etukäteen, mutta niiden tarkempaa sisältöä ei voitu suunnitella ennen tutkimusosuuden tulosten valmistumista. Toimintatutkimus olisi mahdollistanut myös menetelmien vaihtamisen tarvittaessa mutta siihen ei onneksi ollut tarvetta. Työpajoissa haluttiin käyttää yhteiskehittämiseen soveltuvia sekä oppimista tukevia menetelmiä joihin aivoriihi sekä learning cafe- menetelmä olivat onnistuneet valinnat. Työpajojen sisältöjen teemat nousivat osin työntekijöiden kehittämisideoista sekä osin jo olemassa olevista käytännöistä, joiden toimintaa yhtenäistettiin ja syvennettiin. ICF-viitekehysten käyttämiseen työntekijät kokivat tärkeäksi yhteisten toimintatapojen ja käytänteiden sopimisen, joka tehtiin esimerkiksi GAS-lomakkeen täyttämisen kohdalla. Myös ICF:n käytön

juurruttamiseen liittyvä päätös vuosittaisista yhteisistä tapaamisista mahdollistaa yhteisten käytäntöjen päivittämisen ja ylläpitämisen.

Tutkimuksessa onnistuttiin selvittämään kuinka kuntoutusyksikön työntekijät käyttävät ICF-viitekehystä tällä hetkellä sekä aloittamaan ICF-viitekehysten käytön juurruttamista tavoitteen asettamisen vaiheeseen. Seuraavana johdonmukaisena jatkumona työpajoissa voitaisiin käsitellä, onko yhtenäistäminen onnistunut ja jatkaa yhtenäisten toimintamallien kehittämistä arviointivaiheessa tai kuntoutusjakson aikana. Tutkimuksessa nousi esiin tarve saada konkreettisia esimerkkejä käytännön työhön ICF-viitekehysten käytöstä. Tämä on haaste sillä ICF:ää voidaan soveltaa kuhunkin työpaikkaan sen vaatimalla tavalla. Jatkossa tulisi kuitenkin selvittää kuinka konkreettiset esimerkit ICF-viitekehysten käytöstä esimerkiksi kuntoutuspalautetta kirjoitettaessa saataisiin leviämään tehokkaammin kuntoutuksen työntekijöiden käyttöön siten, että niitä voitaisiin soveltaa kullekin työpaikalle. Toisena asiana jatkossa tulisi selvittää miten ICF:n teorian ja käytännön työn välistä yhteyttä voitaisiin lisätä. Teorian ymmärrykseen ja tiedon lisäämiseen on olemassa jo erilaisia koulutuksia mutta tiedon helppo saatavuus madaltaisi kynnystä koulutukseen osallistumiseen. ICF-viitekehysten hyötyjen tiedottaminen voisi myös lisätä kiinnostusta lisäkoulututtua aiheen parissa.

8.2 Luotettavuus

All European academies (ALLEA) (2023, 5) sekä Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) (2023, 12), määrittelevät hyvän tieteellisen käytännön peruseräaatteiksi luotettavuuden, rehellisyyden, arvostuksen ja vastuunkannon. Luotettavuudella voidaan varmistaa tieteellisen toiminnan laatu suunnittelussa, menetelmissä, analyseissä ja voimavarojen käytössä. Rehellisyyttä kuvaa se, että tieteellistä toimintaa suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan sekä raportoidaan ja viestitään siitä avoimesti, oikeudenmukaisesti, puolueettomasti ja yksityiskohtia salaamatta. Arvostusta osoitetaan kollegoita, tieteellisen toiminnan osapuolia, yhteiskuntaa, ekosysteemejä, ympäristöä ja kulttuuriperintöä kohtaan. Vastuunkanto tapahtuu tieteellisen toiminnan koko elinkaaren ajan alkaen ideasta ja ulottuen hallintointiin, koulutukseen, ohjaukseen, toteutukseen, julkaisemiseen ja vaikutuksiin.

Vilkan (2021, luvussa 2) mukaan tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajin ja suureen yleisöön. Tutkimuksen toteutuksesta sovittiin työorganisaation kanssa ja suunnitelma hyväksyttiin kuntoutusyksikön esihenkilöllä sekä organisaation kehittämisestä vastaavilla henkilöillä. Organisaatio halusi pysyä anonyyminä tutkimuksen raportoinnissa, joten se mahdollistettiin. Lisäksi tutkimuksen tekijä sitoutui olemaan sisällyttämättä siihen luottamuksellista tietoa. Ennen kuin tutkimus aloitettiin osapuolten asemat, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet määriteltiin ja kirjattiin kaikkien hyväksymällä tavalla tutkimussuunnitelmaan. Tutkimushankkeessa tuli huomioida myös tutkimustulosten omistajuutta koskevat kysymykset hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen sekä ratkaisemaan tutkimusaineiston säilyttämiseen liittyvät asiat (Vilka 2021, luku 2). Tämän tutkimuksen omistusoikeus kuuluu sen tekijälle. Organisaatiolla, johon tutkimus on toteutettu, on rinnakkainen oikeus käyttää tutkimuksessa syntynyttä aineistoa. Jos organisaatio haluaa muita oikeuksia tulosaineistoon, sovitaan niistä erikseen tutkimuksen tekijän ja organisaation välillä. Organisaatiolla oli oikeus nähdä opinnäytetyö ennen sen julkistamista.

Tutkimuksen lähtökohtaa ICF-viitekehyksen käytöstä ja sen kehitystarpeista selvitettiin tutkimusosiossa, jossa tutkimusaineisto kerättiin Webropol-kyselylomakkeella. Kyselyn vastaukset olivat tutkimuksen tekijän käytössä Webropolin palvelimella, Telia Inmics-Nebula Oy:n korkean tietoturvatason palvelinkeskuksissa. Tietojen käsittelijä käsitteli tietoja omilla henkilökohtaisilla tunnuksilla ja vain tutkimukseen liittyen. Tutkimuksen ohjaajat ja toimeksiantajan edustaja eivät nähneet yksittäisiä vastauksia. Tutkimuksen aineisto käsiteltiin teorialähtöisen temaattisen sekä osin aineistolähtöisen temaattisen analyysin menetelmällä työorganisaation tietokoneella ja analysoitiin näiden menetelmien mukaisesti.

8.3 Eettisyys

Tutkimuseettiset säädökset kuvaavat tieteen yleisiä periaatteita, jotka yhdistyvät tutkijan itsenäiseen harkintaan sekä menetelmävalintojen seurauksiin. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jolloin tutkija perustaa tiedonhankintansa

oman alan tieteellisen kirjallisuuden tuntemukseen, muihin asianmukaisiin tietolähteisiin, havaintoihin ja oman tutkimuksen analysointiin. (Kaukko & Kiilakoski 2023; Vilkkä 2021, luvussa 2.) Taustaselvitys eli teoriapohja kehitettävästä ilmiöstä eli ICF-viitekehityksen asiakaslähtöisestä käytöstä tehtiin käyttäen kuntoutusalalla yleisesti hyväksytyjä tietokantoja kuten Cinahl ja Pubmed sekä muita asianmukaisia lähteitä.

Parkinin (2009, 37) mukaan toimintatutkimusta sitoviin eettisiin kysymyksiin tutkimukseen osallistujien kohdalla ovat tietoinen suostumus osallistumiseen, tietojen luottamuksellisuuden ja tarkkuuden säilyttäminen sekä takeet siitä, että osallistujille ei aiheudu haittaa tutkimukseen osallistumisesta sekä oikeus peruuttaa osallistumisensa, milloin tahansa. Huomion arvoista toimintatutkimuksen etiikassa on tietoisuus osallistujien haavoittuvuudesta toimintatutkimuksen avoimen ja arvaamattoman luonteen vuoksi. Heikkisen ym. (2023a) mukaan toimintatutkimuksen osallistavan ja yllätyksellisen luonteen vuoksi perinteiset tutkimusetiikan vaatimukset ovat osin ristiriidassa toimintatutkimusprosessissa. Prosessia ei voi ennakoida lähtötilanteessa sillä sitä suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä osallistujien kanssa.

Tutkimukseen osallistuvia työntekijöitä informoitiin tutkimuksen kulusta sekä toimintatutkimuksen osallistavasta luonteesta saatekirjeessä sekä informaatiotilaisuudessa. Kuntoutusyksikön työntekijöiden osallistuminen tutkimukseen perustui vapaaehtoisuuteen ja anonyymiyteen, eikä heistä kerätty henkilötietoja. Kuntoutusyksikkö esiteltiin tutkimuksessa anonyymisti. Tutkimukseen osallistuessaan kyselyyn vastaaminen tulkittiin tietoon perustuvaksi suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta. Toimintatutkimuksen kehittämismenetelminä käytettiin osallistavia yhteiskehittämisen menetelmiä, jotka mahdollistivat työyhteisön aktiivisen osallistumisen kehittämiseen. Tutkimuksessa kerättyä materiaalia hyödynnettiin tutkimuksen raportoinnissa suorina lainauksina kyselyn vastauksista. Lainaukset muotoiltiin anonyymeiksi. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa säilytetään tutkimuksen teon ajan ja se tuhoetaan viimeistään 31.5.2025.

Osallistuvien henkilöiden ihmisarvoa koskevilla säännöillä ohjataan tutkijan ja tutkittavan välistä suhdetta (Kaukko & Kiilakoski 2023). Tutkimukseen osallistuville kerrottiin tutkimuksen ydinasiat ymmärrettävällä kielellä. Tutkimuksen tekijä

toteutti toimintatutkimuksen jo entuudestaan tuttuun työyhteisöön toimien tutkimuksen aikana fasilitaattorina ja osallistaen työyhteisön jäseniä kehittämistyöhön.

Tutkijan tulee hyvän tieteellisen avoimuus periaatteen mukaisesti huolehtia, että tutkimus on julkisesti nähtävillä ja siitä on tiedotettu (Vilkkä 2021, luvussa 2.). Tutkimuksesta raportoidaan julkisesti siten, että kuntoutusyksikkö pysyy anonyyminä. Halutessaan organisaatio voi tiedottaa tutkimuksesta sisäisessä kanavassaan tutkimuksen tekijän laatimalla tiedotteella.

LÄHTEET

Aivoriihi: Innokylä s.a. Luettavissa: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriihi>. Luettu 21.3.2025.

All European academies 2023. The European code of conduct for research integrity - Revised edition 2023. Luettavissa: <https://allea.org/wp-content/uploads/2023/06/European-Code-of-Conduct-Revised-Edition-2023.pdf>. Luettu: 24.1.2025.

Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M. & Lappalainen, T. 2022. Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.). Kuntoutuminen, s. 53–72. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Borg, S. 2021. Kyselylomakkeen laatiminen (lomakesuunnittelu). Teoksessa Eltonen, N., Alastalo, M. & Ala-Lahti, H. (toim.). Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere. Luettavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/kyselylomake/laatiminen/> Luettu: 21.3. 2025.

Campos, T., Fernandes, de Melo, L., Dantas, A., de Oliveira, D., Oliveira, R., Cordovil, R. & Silveira Fernandes, A. 2019. Functional activities habits in chronic stroke patients: A perspective based on ICF framework. *NeuroRehabilitation*, 45, 1, s. 79-85. Luettavissa: Pubmed Central. Luettu: 21.3. 2025. https://journals.sagepub.com/doi/10.3233/NRE-192754?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Cano, F., Alves, E., João, A., Oliveira, H., Pinho, L., & Fonseca, C. 2023. A rapid literature review on the health-related outcomes of long-term person-centered care models in adults with chronic illness. *Frontiers in Public Health*, 11. Luettavissa: PubMed Central. Luettu: 21.3. 2025. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10477001/pdf/fpubh-11-1213816.pdf>

Chowdhury, A., & Bjorbækmo, W. 2017. Clinical reasoning—embodied meaning-making in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33, 7, s. 550–559. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 28.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28509654/>

Costello, P. 2003. *Action Research*. Bloomsbury Publishing Plc. E-kirja. Luettavissa: ProQuest Ebook Central. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu: 18.2.2024.

Escorpizo, R. & Bemis-Dougherty, A. 2015. Introduction to special issue: A review of the international classification of functioning, disability and health and physical therapy over the years. *Physiotherapy Research International* 20, 4, s. 200–209. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 28.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24339331/>

Feldthusen, C., Forsgren, E., Wallström, S., Andersson V., Löfqvist, N., Sawatzky, R., Öhlén, J. & Ung, E. 2022. Centredness in health care: A systematic overview of reviews. *Health Expectations* 25, 3, s. 885–901. Luettavissa: Wiley online library. Luettu: 28.3.2025. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.13461>

Flink, M., Lindblom, S., Tistad, M., Laska, A., Bertilsson, B., Wärlinge, C., Haslström, J., Elf, M., von Koch, L. & Ytterberg, C. 2021. Person-centred care transitions for people with stroke: study protocol for a feasibility evaluation of codesigned care transition support. *BMJ Open*, e047329. Luettavissa: Pubmed Central. Luettu: 28.3.2025. <https://bmjopen.bmj.com/content/11/12/e047329>

Heikkinen, H., Kaukko, M. & Salo, P. 2023a. Mitä toimintatutkimus on ja miten sitä tehdään. Teoksessa Heikkinen, H. & Kaukko, M. (toim.). *Toimintatutkimus: käytännön opas*. Vastapaino. Tampere. E-kirja. Luettavissa: Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu: 15.2.2024.

Heikkinen, H., Salo, P., Kaukko, M., Kiilakoski, T., Huttunen, R., Mutanen, A., Friman, M. & Nuutinen, L. 2023b. Suuntauksia ja tulkintoja. Teoksessa Heikkinen, H. & Kaukko, M. (toim.). *Toimintatutkimus: käytännön opas*. Vastapaino. Tampere. E-kirja. Luettavissa: Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu: 15.2.2024.

ICF Research Branch. 2024. ICF-kuvauslomakkeen luominen. Luettavissa: <https://www.icf-core-sets.org/fi/page0.php>. Luettu: 21.3.2025.

Jesus, T., Bright, F., Kayes, N. & Cott, C. 2016. Person-centred rehabilitation: what exactly does it mean? Protocol for a scoping review with thematic analysis towards framing the concept and practice of person-centred rehabilitation. *BMJ Open*, 6, 7, s. e011959. Luettavissa: Pubmed Central. Luettu: 21.3.2025. <https://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e011959>

Jyrkämä, J. 2021. *Toimintatutkimus*. Teoksessa Vuori, J. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Tampere. Luettavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvalii/tutkimusasetelma/toimintatutkimus/> Luettu: 21.3.2025.

Kantanen, M. 2023. COPM; Toimia-mittarit. *Terveysportti*. Kustannus Oy Duodecim. Luettavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00095/search/spiral> Luettu: 21.3.2025.

Karhula, M., Saukkonen, S., Xiong, E., Kinnunen, A., Heiskanen, T. & Anttila, H. 2021. ICF Personal Factors Strengthen Commitment to Person-Centered Rehabilitation – A Scoping Review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 2. Luettavissa: Pubmed Central. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36188794/>

Karhula, M., Sellman, J., Sipari, S. & Ylisassi, H. 2022. Kuntoutuksen tavoitteet ja sisällön rakentuminen. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A., Rajavaara, M.

& Melkas, S. (toim.). Kuntoutuminen, s. 278–295. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Kaukko, M. & Kiilakoski, T. 2023. Toimi hyvin: Toimintatutkimuksen eettiset kysymykset. Teoksessa Heikkinen, H. & Kaukko, M. (toim.). Toimintatutkimus: käytännön opas. Vastapaino. Tampere. E-kirja. Luettavissa: Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu:15.2.2024.

Kraus de Camargo, O. 2019. ICF: A Hands-on approach for clinicians and families. E-kirja. Luettavissa: Ebook Central Perpetual. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu: 21.3. 2025.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea. 2017. Ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Luettavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160273> Luettu: 21.3.2025.

Kuntoutussäätiö s.a. Spiral-menetelmä tukee tavoitteen asettelua. Luettavissa: <https://hankkeet.kuntoutussaatio.fi/spiral/> Luettu: 21.3.2025.

Lautamo, T. & Kuukkanen, T. 2015. Työntekijöiden kokemat haasteet ICF:n juurruttamisessa. Teoksessa Paltamaa, J. & Perttinen, P. (toim.). Toimintakyvyn arviointi; ICF teoriasta käytäntöön, s. 60–80. Juvenes Print. Tampere. E-kirja. Luettu: 28.3.2025.

Learning cafe eli oppimiskahvila: Innokylä s.a. Luettavissa: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>. Luettu: 21.3.2025.

Lenzen, S., Daniëls, R., van Bokhoven, M., van der Weijden, T. & Beurskens, A. 2017. Disentangling self-management goal setting and action planning: A scoping review. PLOS ONE, 12, 11 s. e0188822. Luettavissa: Pubmed Central. Luettu: 21.3.2025. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0188822>

Leonardi, M., Lee, H., Kostanjsek, N., Fornari, A., Raggi, A., Martinuzzi, A. & Yáñez, M. 2022. 20 Years of icf—international classification of functioning, disability, and health: uses and applications around the world. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19, 18, s. 11321. Luettavissa: Pubmed Central. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36141593/>

Lexell, J. & Brogårdh, C. 2015. The use of ICF in the neurorehabilitation process. neurorehabilitation, 36, 1, s. 5–9. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25547759/>

Lexell, J. & Rivano Fischer, M. 2017. Rehabiliteringsmetodik. Studentlitteratur. Lund.

Maribo, T., Petersen, K., Handberg, C., Melchiorson, H., Momsen, A., Nielsen, C., Leonardi, M. & Labriola, M. 2016. Systematic literature review on ICF from

2001 to 2013 in the nordic countries focusing on clinical and rehabilitation context. *Journal of Clinical Medicine Research*, 8, 1, s. 1–9. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26668676/>

Melin, J., Nordin, Å., Feldthusen, C. & Danielsson, L. 2021. Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37, 8, s. 863–80. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 21.3. 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31448979/>

Melkas, S., Peltonen, R. & Suomela-Markkanen, T. 2022. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.). Kuntoutuminen, s. 296–300. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Mukaino, M., Prodinger, B., Yamada, S., Senju, Y., Izumi, S., Sonoda, S., Selb, M., Saitoh, E. & Stucki, G. 2020. Supporting the clinical use of the ICF in Japan – development of the Japanese version of the simple, intuitive descriptions for the ICF Generic-30 set, its operationalization through a rating reference guide, and interrater reliability study. *BMC Health Services Research*, 20, 66, s. 1-16. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32000774/>

Naeem, M., Ozuem, W. Howell, K. & Ranfagni, S. 2023. A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. Luettavissa: Sage Journals Gold open access. Luettu: 21.3.2025. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/16094069231205789>

Niemitalo-Haapoja, E., Heikkinen, E., Kauppila, R., Lainio, R., Piirto, H. & Tennilä, T. 2021. GAS-menetelmän soveltaminen vaativassa lääkinnällisessä puheterapiakuntoutuksessa. Kuntoutusta kehittämässä 28/2021. Kela. Helsinki. Luettavissa: <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/e084a64b-4b4d-43d5-92b2-2e27e809f473/content> Luettu: 21.3.2025.

Nguyen, T., Stewart, D., Rosenbaum, P., Baptiste, S., Kraus de Camargo, O. & Gorter, J. 2018. Using the ICF in transition research and practice? Lessons from a scoping review. *Research in Developmental Disabilities*, 72, s. 225-239. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29202331/>

Paltamaa, J. & Anttila, H. 2015. Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF). Teoksessa Paltamaa, J. & Perttinen, P. (toim.). Toimintakyvyn arviointi; ICF teoriasta käytäntöön, s. 15–19. Juvenes Print. Tampere. E-kirja. Luettu: 28.3. 2025.

Paltamaa, J. & Kaakkuriniemi, E. 2022. ICF toimintakyvyn mallina ja luokitukseksi. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.). Kuntoutuminen, s. 36–52. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Paltamaa, J. & Kaakkuriniemi, E. 2024. ICF tuo näyttöä kliiniseen päättelyyn. *Fysioterapia*, 4, s. 40–42.

Parkin, P. 2009. *Managing change in healthcare: Using action research*. SAGE Publications, Limited. Lontoo. E-kirja. Luettavissa ProQuest Ebook Central. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu: 21.3.2025.

Peltola, T. & Tiirinki, H. 2020. More than numbers: discourses of health care quality in Finland. *SAGE Open*, 10, 4, s. 215824402098001. Luettavissa: ResearchGate Luettu: 21.3.2025. https://www.researchgate.net/publication/347518027_More_Than_Numbers_Discourses_of_Health_Care_Quality_in_Finland

Rose, A., Rosewilliam, S. & Soundy, A. 2017. Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100, 1, s. 65–75. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486052/>

Sainio, P. & Salminen, A. 2022. Toimintakyvyn arviointi ja menetelmät. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.). *Kuntoutuminen*, s.260–279. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Salminen, A., Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2022. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.). *Kuntoutuminen*, s. 18–35. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen ohjaamisen perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:17. Haku päivä 21. 3. 2024. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164488>

Sukula, S., Vainiemi, K. & Autti-Rämö, I. 2021. GAS-menetelmä; Käsikirja, versio 5. Kela. Luettavissa: <https://www.kela.fi/documents/20124/951672/gas-menetelma-kasikirja.pdf/823fe47d-482d-bd03-03f7-a39a57cc0857?t=1640004717108>. Luettu: 21.3. 2025.

Tempest, S. & Jefferson, R. 2015. Engaging with clinicians to implement and evaluate the ICF in neurorehabilitation practice. *NeuroRehabilitation* 36, 1, s. 11–15. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25547760/>

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2024. Kirjaamisopas: Toimintakyky. (toim. Heidi Anttila). Luettavissa: <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULRAKI>. Luettu: 21.3.2025.

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. E-kirja. Luettavissa: Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu: 14.12.2024

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2/2023. Luettavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf Luettu: 21.3.2025.

Törnbohm, K., Hadartz, K. & Sunnerhagen, S. 2018. Self-Perceived Participation and Autonomy at 1-Year Post Stroke: A Part of the Stroke Arm Longitudinal Study at the University of Gothenburg (SALGOT Study). *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27, 4, s. 1115–1122. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29284572/>

Vilkka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5.painos. PS-kustannus. Jyväskylä. E-kirja. Luettavissa: Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu: 4.6.2024.

Vuori, J. 2021. Yleiset analyysitavat. Teoksessa Vuori, J. (toim.). Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Tampere. Luettavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/yleiset-analyysitavat/> Luettu: 21.3.2025.

Wallace, S., Barnett, A., Cheng, B., Lowe, J. Campbell, K. & Young, A. 2023. What is 'successful rehabilitation'? A multi-stakeholder nominal group technique study to inform rehabilitation outcome measurement. *Clinical Rehabilitation*, 37, 9, s. 1248–59. Luettavissa: PubMed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36785902/>

Weiste, E., Käpykangas, S., Uusitalo, L. & Stevanovic, M. 2020. Being heard, exerting influence, or knowing how to play the game? Expectations of client involvement among social and health care professionals and clients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 16, s. 5653. Luettavissa: PubMed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32764434/>

Wijma, A., Bletterman, A., Clark, J., Vervoort, S., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J. & Van Wilgen, C. 2017. Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory Practice*, 33, 11, s. 825–840. Luettavissa: Pubmed. Luettu: 21.3.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28820617/>

World Health Organization 2017. Rehabilitation in health systems. Luettavissa: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>. Luettu: 21.3.2025.

World Health Organization 2019. Rehabilitation 2030: A call for action. Luettavissa: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030> Luettu: 21.3.2025.

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

Liite 3 Tietosuojailmoitus

Hyvä vastaanottaja

Tervetuloa osallistumaan YAMK-opiskelijan toteuttamaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön, jonka yhtenä osana toimii kyselytutkimus.

Pyydämme teitä lukemaan tämän lomakkeen läpi, sekä kysymään mahdollisista epäselvistä asioista, ennen kyselyn aloittamista. Kyselyyn vastaaminen tulkitaan tietoon perustuvaksi suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kuntoutusyksikön työntekijöiden ICF-viitekehyksen käyttöä kuntoutusprosessin eri vaiheissa vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkailla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ICF-viitekehyksen käytöstä kuntoutustyössä sekä kerätä kuntoutusyksikön työntekijöiden näkemyksiä, ICF:n käytön kehittämisestä kuntoutusyksikössä. Tutkimuksellinen kehittämistyö koostuu tutkimus- ja kehittämisosioista, jotka toteutetaan vaiheittain alkaen tutkimusosioista. Tutkimusosion tarkoituksena on tuottaa tietoa kyselylomakkeen avulla ICF-viitekehyksen käytöstä kuntoutusyksikössä ja tavoitteena on tutkia, miten ICF-viitekehystä käytetään työyhteisössä sekä selvittää kehittämistarpeita ICF-viitekehyksen asiakaslähtöiseen käyttöön. Kehittämisosiossa tutkimuksesta saatavan tiedon avulla on tarkoitus lisätä ICF-viitekehyksen käyttöä yhteiskehittämisen menetelmien avulla ja tavoitteena on kehittää ICF:n käyttöä asiakaslähtöiseksi ja yhtenäistää kuntoutusyksikön asiakaslähtöisiä kuntoutuskäytänteitä.

Vastauksesi on minulle tärkeä ja arvokas!

Pääset vastaamaan kyselyyn sähköpostiisi tulleen linkin kautta.

Yhteistyöterveisin

Sofia Värs

YAMK-opiskelija

Kuntoutuksen asiantuntija

Suostumus osallistumisesta kyselytutkimukseen

Tutkimuksen tiedonkeruu

Kysely lähetetään kaikille kuntoutusyksikön työntekijöille opinnäytetyön tekijän toimesta. Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu vastaamalla kyselyyn verkossa. Sähköpostiin tulleen linkin kautta pääset kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen tulkitaan tietoon perustuvaksi suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen tai keskeyttää sen kyselyyn vastaamisen aikana. Vastauksiasi ei tällöin tallenneta minnekään. Kyselylomakkeen lähettämisen jälkeen kyselyyn osallistumisesta ei voi enää perua. Vastaukset ovat anonyymejä, jolloin yksittäisen henkilön vastauksia ei pystytä poistamaan jälkikäteen.

Tutkimuksen kulku

Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 20 minuuttia. Jos et ehdi täyttää koko lomaketta kerralla tai haluat vaikkapa pohtia ensin kysymyksiä, voit jatkaa vastaamista myöhemmin tallentamalla kyselyn. Kyselyohjelmisto ohjeistaa sinua, miten pääset jatkamaan vastaamista keskeytyneestä kohdasta. Voit myös muuttaa jo antamiasi vastauksia ennen lomakkeen lähettämistä.

Tietosuoja ja luottamuksellisuus

Tämä tutkimus suoritetaan luottamuksellisesti salassapito- ja vaitiolovelvollisuuksia noudattaen. Kyselyn yhteydessä ei kerätä henkilötietoja. Kaikki tutkimuksessa kerääntynyt aineisto säilytetään suojattuna Webropolin palvelimella, Telia Inmics-Nebula Oy:n korkean tietoturvatason palvelinkeskuksessa. Kaikki palvelinten ja käyttäjien (opinnäytetyön tekijä) välinen liikenne on myös salattua. Tutkimukseen kerättyä aineistoa käsittelevät vain opinnäytetyöntekijä ja aineisto hävitetään tutkimuksen jälkeen.

Ohessa tietosuojailmoitukseni: <https://www.oamk.fi/tietosuojainfo-kyselyohjelmistot/?id=56d037aab7b23fc005f0ed71e7b67e1243aafa5>

Asiakaslähtöinen ICF-viitekehyksen käyttö

Tervetuloa osallistumaan opinnäytetyöhöni liittyvään kyselytutkimukseen.

Kyselyyn vastaaminen tulkitaan tietoon perustuvaksi suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta. Osallistuminen tutkimukseen on kuitenkin täysin vapaaehtoista ja voit keskeyttää sen kyselyyn vastaamisen aikana. Tarkemmat ohjeet löydät sinulle sähköpostitse tulleesta saatekirjeestä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kuntoutusyksikön työntekijöiden ICF-viitekehyksen käyttöä kuntoutusprosessin eri vaiheissa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkailta.

Kysely sisältää avoimia kysymyksiä jotka tallennetaan anonyymeinä, jolloin vastaajaa ei voida niihin yhdistää. Kyselylomakkeella kerättyä materiaalia voidaan hyödyntää tutkimuksen raportoinnissa esimerkiksi suorina lainauksina kyselyn vastauksista ja kehittämisideoita nostaa esiin kehittämisosion työpajoissa. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 20 minuuttia. Sivulla on "Tallen ja jatka myöhemmin" -toiminto, jonka avulla voit täyttää kyselyä oman aikataulusi mukaan. Kysely on avoinna 30.9.2024 saakka.

Kiitos tutkimukseen osallistumisestasi!

Yhteistyöterveisin

Sofia Värs
YAMK-opiskelija
Kuntoutuksen asiantuntija
o3vaso00@students.oamk.fi

ICF kuvaa tilanteita ihmisen toimintakyvyn ja sen rajoitteiden näkökulmasta ja auttaa jäsentämään tätä informaatiota mielekkäällä ja helppokäyttöisellä tavalla yhdistäen informaation eri osat toisiinsa. ICF luokituksessa on kaksi osaa joista toinen käsittelee toimintakykyä ja toimintarajoitteita. Tämä osa-alue pitää sisällään ruumiin ja kehon toiminnot sekä rakenteet ja suoritukset sekä osallistumisen. Toinen osa käsittelee kontekstuaalisia tekijöitä, joita ovat yksilötekijät ja ympäristötekijät. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2004)

1. Kuinka käytät ICF:ää arvioinnissa tavatessasi kuntoutujan ensimmäisen kerran?

Esimerkiksi Whodas 2.0 (WHO disability assesment schedule 2.0.), joka on terveyden ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmä tai ICF:n ydinlistat, jotka tukevat toimintakyvyn arvioinnissa ja helpottavat ICF-luokituksen käyttöä tai ICF tarkistuslista tai muut validit mittarit.

2. Kuinka käytät ICF:ää kuntoutujan tavoitteiden asettelussa?

Esimerkiksi GAS-menetelmä (Goal attainment scaling) tai COPM (Canadien occupational performance measure)?

3. Kuinka käytät ICF:ää kuntoutuksessa?

4. Kuinka käytät ICF:ää kuntoutuksen arvioinnissa?

Esimerkiksi Whodas 2.0 (WHO disability assesment schedule 2.0.), joka on terveyden ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmä tai ICF:n ydinlistat, jotka tukevat toimintakyvyn arvioinnissa ja helpottavat ICF-luokituksen käyttöä tai ICF tarkistuslista tai muut validit mittarit.

5. Miten ICF:n käyttöä voidaan mielestäsi kehittää työpaikallasi?

Kiitos kyselyyn vastaamisesta!

Lähetä

Tietosuojainfo



06.06.2024

Kyselyn nimi	Asiakaslähtöinen ICF-viitekehyksen käyttö
Kyselyn voimassaoloaika	02.09.2024 - 30.09.2024
Rekisterinpitäjä	Oulun Ammattikorkeakoulu Oy Y-tunnus 2509747-8 PL 222, 90101 OULU
Kyselyn vastuuhenkilöiden yhteystiedot	http://www.oamk.fi Sofia Värs o3vaso00@students.oamk.fi
Oamkin tietosuojavastaava	Ulla Virranniemi , tietosuojaja@oamk.fi Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kuntoutusyksikön työntekijöiden ICF-viitekehyksen käyttöä kuntoutusprosessin eri vaiheissa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkailta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ICF-viitekehyksen käytöstä kuntoutustyössä sekä kerätä kuntoutusyksikön työntekijöiden näkemyksiä, miten ICF:n käyttöä voitaisiin kehittää.
Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus	Kyseessä on yksittäistutkimus. Opinnäytetyö toteutetaan tutkimuksellisenä kehittämistyönä, johon kuuluu tutkimuksellinen osuus ja kehittäminen. Tutkimuksellinen osuus toteutetaan laadullisella tutkimusotteella ja menetelmänä käytetään kyselyä, joka toteutetaan Webropol kyselylomake sovellusta hyödyntäen. Opinnäytetyön tutkimuskohteena on vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen erikoistuneen kuntoutusyksikön työntekijöiden ICF-viitekehyksen käyttö ja sen kehittäminen, joille kysely lähetetään opinnäytetyöntekijän toimesta. Kehittämistyönä toteutetaan yhteiskehittämisen työpajat kyselytutkimukseen ja tietopohjaan perustuen, johon kyselyyn vastaajilla on halutessaan mahdollisuus osallistua.
Automaattinen päätöksenteko tai profilointi	Opinnäytetyöhön ei liity automaattista päätöksentekoa.
Kyselyssä kerättävät henkilötiedot	Kyselyyn vastaaminen toteutetaan anonyymisti. Kyselyn yhteydessä vastaajilta ei kerätä henkilötietoja.
Tietolähteet	Kyselyyn vastaajat. Opinnäytetyössä ei kerätä henkilötietoja. Opinnäytetyöstä kerättäviä tietoja käsittelee vain opinnäytetyön tekijä. Tiedot ovat opinnäytetyön tekijän käytössä
Henkilötietojen käsittelijät ja tarkastelijat	Webropolin palvelimella, Telia Inmics-Nebula Oy:n korkean tietoturvatason palvelinkeskuksissa. Tietojen käsittelijä käsittelee tietoja omilla henkilökohtaisilla tunnuksilla ja vain opinnäytetyöhön liittyen. Opinnäytetyön ohjaajat ja toimeksiantajan edustaja eivät näe yksittäisiä vastauksia.