

Leena Alajoki-Nyholm

Toimintakyvyn arvioiminen ja kuvaaminen
moniammatillisena yhteistyönä
ICF-viitekehyksen mukaan

Toimintaympäristönä Invalidiliiton Käpylän
kuntoutuskeskus

Tekijä Otsikko	Leena Alajoki-Nyholm Toimintakyvyn arvioiminen ja kuvaaminen moniammatillisena yhteistyönä ICF-viitekehyksen mukaan. Toimintaympäristönä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus.
Sivumäärä Aika	44 sivua + 7 liitettä Syksy 2011
Tutkinto	Toimintaterapeutti YAMK
Koulutusohjelma	Kuntoutus, ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaajat	Yliopettaja, FT Salla Sipari Lehtori, KM Satu Aittomäki
<p>Tutkimustehtävän tarkoituksena oli selvittää, miten kuntoutujien toimintakykyä oli kuvattu sairauskertomusdokumenteissa sekä millaisiin arviointikäytäntöihin ja moniammatilliseen yhteistyöhön kuvaus perustui. Tavoitteena on edistää toimintakyvyn arviointia ja kuvausta ICF-viitekehyksen mukaisesti moniammatillisesti ja kuntoutujan kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Opinnäytetyö nivoutuu Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa meneillään olevaan kirjaamishankkeeseen</p> <p>Tutkimusaineisto muodostui viiden selkäydinvaurio- ja viiden aivovauriokuntoutujan kirjallisista dokumenteista. Aineisto sisälsi yhteensä 82 fysiatriin tai neurologin, hoitajan, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän, (neuro)psykologin, toimintaterapeutin ja puheterapeutin laatimaa dokumenttia. Lisäksi käytettävissä oli kahden edellä mainittuun tutkimusjoukkoon kuuluneen ns. ICF-pilottikuntoutujan ICF-luokitukseen pohjautuvat arviointilomakkeet.</p> <p>Aineistoa analysoitiin teorialähtöisesti luokittelevan sisällönanalyysin menetelmällä käyttäen luokitusrunkona ICF-luokitusta. Analysoinnissa painopiste oli aineiston laadullisessa kuvaamisessa. Määrällistä kuvaamista käytettiin apuna analysoitaessa sitä, miten toimintakyvyn liittyvät ilmaukset jakautuivat aihealueittain ICF-luokituksen pääluokkiin.</p> <p>Kaikkien kuntoutujien kohdalla oli kuvattu sekä toimintakykyä että toimintarajoitteita ja kaikissa ICF-luokituksen osa-alueissa. Painopisteet kuvausten jakautumisessa eri aihealueisiin vaihtelivat sekä vammaryhmien välillä että niiden sisällä. Eniten eroja vammaryhmien välillä oli suoritusten ja osallistumisen osa-alueella. Kaikkein laajimmin oli kuvattu aivovaurion saaneen ICF-pilottikuntoutujan toimintakykyä. Hänen kohdallaan myös vahvuuksia oli kirjattu muita kuntoutujia enemmän.</p> <p>Moniammatillinen työskentely näkyi dokumenteissa lähinnä yhteisinä kokouksina kuntoutujan kanssa. ICF-luokitukseen pohjautuvat lomakkeet ohjasivat ottamaan kuntoutujan aktiivisesti mukaan toimintakykynsä arviointiin sekä huomioimaan hänelle tärkeät ympäristö- ja yksilötekijät. Niiden avulla saatiin myös tiivistettyä moniammatillista yhteistyötä.</p>	
Avainsanat	toimintakyky, arvioiminen ja kuvaaminen, moniammatillinen yhteistyö, ICF-luokitus

Author Title	Leena Alajoki-Nyholm Assessment and Description of Functioning by an Interdisciplinary Rehabilitation Team Using the ICF Classification as a Frame of Reference.
Number of Pages Date	44 pages + 7 appendices Autumn 2011
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Specialisation option	
Instructors	Salla Sipari, PhD, Principal Lecturer Satu Aittomäki, MEd, Senior Lecturer
<p>The aim of this study was to find out how the patients' functioning had been described in their medical documents, as well as the practices of assessment and interdisciplinary team work on which the descriptions were based on. The purpose is to promote multidisciplinary assessment and the description of functioning in the frame of reference of the ICF classification from the holistic viewpoint of the patient.</p> <p>The material consisted of the medical documents of five patients with spinal cord injury and five patients with brain injury. These medical reports included 82 documents by physiatrist or neurologists, nurses, physiotherapists, social workers, (neuro)psychologists, occupational therapists and speech and language pathologists. The ICF based evaluation sheets were available for two ICF pilot patients belonging to the study group.</p> <p>The data analysis method was theory-oriented content analysis using the ICF Classification as a framework. The emphasis was on the qualitative description of the material. The quantitative analyses were used to evaluate the distribution of expressions of functioning to the domains of the ICF classification.</p> <p>The results showed that for each patient both the functioning and disability had been described using all of the ICF components. The distribution of the domains varied both between the different diagnostic groups and within the groups. The most profound functional descriptions were found in the documents of the ICF pilot patient with brain injury. His strengths had also been described in more detail compared to the other patients.</p> <p>The interdisciplinary team work was demonstrated in the documents mainly as joint meetings together with the patient. Based on this study, the ICF evaluation sheets guide the professionals to give the patient an active role in assessing his/her own functioning, as well as taking into account the important environmental and personal factors. The evaluation sheets also help to enhance the interdisciplinary team work.</p>	
Keywords	functioning, assessment and description, interdisciplinary team work, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Sisällys

1 Johdanto	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
2 Toimintakyky kuntoutumisen ja kuntoutuksen lähtökohtana	3
3 Toimintakyvyn arvioiminen ja kuvaaminen	4
3.1 Mihin toimintakyvyn arviointia tarvitaan?	4
3.2 Miten toimintakykyä voidaan arvioida?	6
3.3 Moniammatillinen yhteistyö	8
4 ICF-luokitus toimintakyvyn arvioimisen ja kuvaamisen apuna	11
4.1 ICF-luokitus toimintakyvyn ja kuntoutuksen viitekehyksenä	11
4.2 ICF-luokituksen hyödyntäminen nimikkeistönä	13
4.3 ICF-luokituksen tarkenteiden käyttö	15
4.4 ICF tarkistuslista ja sairaus- tai vauriokohtaiset ydinkäsiteluettelot	17
5 Toimintaympäristönä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus	19
5.1 Kehittämishankkeena kirjaaminen	20
5.2 ICF-luokitukseen liittyvä kehittämis-, tutkimus- ja asiantuntijatyö	21
6 Tutkimustehtävän tarkoitus ja tavoite	23
7 Tutkimuksessa käytetyt menetelmät	24
7.1 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi	24
7.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset ja tarvittavat luvat	27
8 Tutkimustulokset ja johtopäätökset	28
8.1 Kuntoutujan toimintakyvyn kuvautuminen	28
8.2 Toimintakyvyn arviointikäytännöt ja moniammatillinen yhteistyö	33
9 Pohdinta	37
Lähteet	41
Liitteet 1 - 7	
Liite 1. ICF-luokituksen osa-alueiden pääluokat ja aihealueiden koodit	
Liite 2. ICF Selkäydinvaurion jälkitilan suppea ydinkäsiteluettelo	
Liite 3. ICF Traumaattisen aivovaurion (aivovamman) suppea ydinkäsiteluettelo	
Liite 4. Esimerkki ICF henkilön toimintakyvyn profiili -lomakkeesta	
Liite 5. Esimerkki sisällönanalyysistä	
Liite 6. Ote yhden kuntoutujan ICF-luokituksen aihealueiden koontitaulukosta	
Liite 7. Tutkimuslupa	

1 Johdanto

Kuntoutuminen on aktiivista toimintakyvyn vahvistamista ja oman identiteetin mukauttamista muuttuneisiin toimintaedellytyksiin. Siinä on kyse myönteisestä muutoksesta, toimintamahdollisuuksien luomisesta ja lisäämisestä, oppimisesta ja sopeutumisesta. (Kettunen – Kähäri-Wiik – Vuori-Kemilä – Ihalainen 2009: 5, 16, 22.) Kuntoutuminen merkitsee tavoiteltua muutosta yksilön ja hänen ympäristönsä suhteessa: arkielämän selviytymisessä, elämönhallinnassa tai suhteessa työhön tai koulutukseen (Järvikoski – Hokkanen – Härkäpää 2009: 23). Kuntoutuja oppii tuntemaan vammansa vaikutukset elämässään ja käyttämään voimavarojaan omalta kannaltaan mielekkäiden tavoitteiden saavuttamiseksi (Konsensuslausuma 2008: 15).

Kuntoutusjärjestelmän ja -palveluiden tehtävänä on kuntoutumisen tukeminen (Kettunen ym. 2009: 5, 7). Sosiaali- ja terveysministeriön (2011) mukaan ”kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä”. Kokonaisvaltainen, kuntoutujalähtöinen ja voimavarakeskeinen lähestymistapa edellyttää työntekijöiltä laajaa ymmärrystä, monialaista osaamista ja kuntoutujan näkemysten kuuntelemista. Kuntoutuksen lähtökohtana on kuntoutujan omien tarpeiden ja tavoitteiden ymmärtäminen. Tämä edellyttää perehtymistä hänen toimintakykyynsä, elämäntilanteeseensa ja elinympäristöönsä. (Kettunen ym. 2009: 7, 22; Paltamaa – Karhula – Suomela-Markkanen – Autti-Rämö 2011: 225.)

Toimintakyvyn arviointitietoa tarvitaan myös määritettäessä esim. henkilön työkykyä, avun ja palveluiden tarvetta, oikeutta erilaisiin terveydentilaan liittyviin sosiaalietuuksiin sekä arvioitaessa kuntoutuksen, palveluiden ja etuuksien vaikutuksia (Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto, TOIMIA). Näihin liittyvillä päätöksillä on olennainen merkitys kuntoutujan arkielämäään, mm. asumiseen, liikkumiseen ja osallistumiseen. Päätösten tulee perustua todelliseen tilanteeseen. Toimintakyvyn arvioiminen ja kuvaaminen riittävän laajasti ja konkreettisesti on tärkeää sekä kuntoutujan itsensä että kuntoutus- ja palvelujärjestelmän kannalta. Palveluntarvitsijoita on paljon eikä resursseja kannata hukata väärin kohdennettuihin palveluihin. Myöskään arviointia ei tule kohdentaa väärin, tehdä väärään aikaan tai kuormittaa kuntoutujaa turhaan. Arvioinnilla tulee olla eettisesti kestävä syy ja tavoite, ja sen tulee toteutua oikea-aikaisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Yhtenäiset ja luotettavat arviointikäytännöt, riittävä dokumentointi sekä eri toimijoiden välinen yhteistyö vähentävät turhaa arviointia ja mahdollistavat kuntoutuksen, palveluiden ja kuntoutumisen sujuvan jatkumon.

Toimintakyvyn arviointi on laaja tehtävä. Siihen tarvitaan yleensä moniammatillinen työryhmä, jossa eri alojen ammattilaiset yhdessä kuntoutujan kanssa arvioivat toimintakykyä useasta eri näkökulmasta (Kälviäinen 2004: 224). Moniammatillisen arvioinnin lopputulos on yhteisesti jaettu kokonaisnäkemys kuntoutujan tilanteesta, mikä on enemmän kuin kuntoutujan, yksittäisten ammattilaisten tai tietyn palvelusektorin näkökulma (Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa 2010: 12).

Maailman terveysjärjestön (WHO) vuonna 2001 julkaiseman Toimintakyvyn, toimintaraajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen, ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) merkitys kuntoutuksen käytännön työssä on viime vuosina lisääntynyt. Suomessa erityisesti Kela on nostanut luokituksen painoarvoa edellyttäessään suosituksissaan ja uusissa standardeissaan, että kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa noudatetaan ICF-luokituksen viitekehystä. Tavoitteena on, että arviointi yhdenmukaistuu ja kaikki toimintakyvyn osa-alueet tulevat huomioituiksi. (Paltamaa ym. 2011: 228–229.)

Opinnäytetyöni nivoutuu työpaikallani Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa meillä olevaan kehittämishankkeeseen, jonka tavoitteena on mm. aikaansaada yhtenäinen rakenne kuntoutusyhteenvetoihin (epikriisi, kuntoutusseloste) ja eri ammattiryhmien omiin loppuarvioihin. Yhtenä kehittämisalueena on kuntoutujan toimintakyvyn kokonaisuuden kirjautuminen kuntoutusyhteenvetoon, ammattiryhmittäisten vastuualueiden sopiminen toimintakyvyn eri osa-alueiden kuvaamisessa sekä kuntoutustavoitteiden ja niiden saavuttamisen kirjaaminen. Moniammatillisena yhteistyönä tapahtuvan kuntoutujan toimintakyvyn arvioimisen ja kuvaamisen kehittämiseksi kuntoutuskeskuksessa toteutettiin keväällä 2010 ns. ICF-pilottikokeilu.

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää kuntoutujan toimintakyvyn arvioimista ja kuvaamista moniammatillisesti ja kuntoutujan kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Tutkimusosiossa tarkastelun painopisteenä ovat aikuiset aivovaurion ja/tai selkäydinvaurion saaneet kuntoutujat. Opinnäytetyöni kohderyhmänä ovat näin aikuisneurologisten kuntoutujien kanssa työskentelevät eri alojen ammattilaiset. Tutkimustehtävässä selvitetään, miten kuntoutujan toimintakykyä on sairauskertomusdokumenteissa kuvattu ja millaiseen arviointiin kuvaus perustuu. Aineiston muodostavat kahden (2) ICF-pilottikuntoutujan ja ennen kehittämishanketta laitoskuntoutusjaksolla olleen kahdeksan (8) kuntoutujan sairauskertomukset. Aineistoa tarkastellaan teorialähtöisesti käyttäen ICF-luokitusta sisällönanalyysin luokitusrunkona.

2 Toimintakyky kuntoutumisen ja kuntoutuksen lähtökohtana

Toimintakyky liittyy käsitteenä vahvasti kuntoutukseen, jopa niin vahvasti, että monissa yhteyksissä puhutaan ”toimintakykykuntoutuksesta”. Tällä pyritään erottamaan toimintakyvyn paranemiseen tai ylläpysymiseen tähtäävä kuntoutus ns. ammatillisesta eli työ- ja ansiokykyyn kohdentuvasta kuntoutuksesta. Toimintakyky liittyy kuitenkin vahvasti myös ammatilliseen kuntoutukseen. Se on tärkein ammatillista kuntoutustarvetta selittävä tekijä ja sillä on keskeinen merkitys kuntoutusmahdollisuuksien arvioinnissa. Ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on sopeuttaa työn vaatimukset ja työympäristö kuntoutujan toimintakykyyn sopiviksi. (Kivekäs – Kallanranta 2004: 377–378.)

Toimintakyvylle ei ole olemassa yhtä ainoaa määritelmää. Matti Ojalan (2003: 31) mukaan toimintakyvyllä tarkoitetaan nykyään henkilön mahdollisuutta toimia omassa elinympäristössään, jolloin käsitteen sisältö on muuttunut henkilön toimintaedellytyksiksi. Toimintakyky-termin lisäksi tai sen sijasta voidaankin puhua toimintaedellytyksistä tai toimintamahdollisuuksista, ja toimintakyvyn ongelmista toimintarajoitteina.

Toimintakyky mahdollistaa arjesta selviytymisen itseä tyydyttävällä tavalla, kun otetaan huomioon henkilön ikä- ja kehitystaso sekä ympäristö. Toimintakykyinen ihminen kokee selviytyvänsä jokapäiväisistä tehtävistä ja haasteista kotona, työssä ja vapaa-aikana. Hän kykenee asettamaan elämälleen tavoitteita ja pyrkimään niihin. (Kettunen ym. 2009: 120; Kähäri-Wiik – Niemi – Rantanen 2007: 13.) Toimintakyky näkyy itsenäisen elämisen, itseilmaisun ja läheisten ihmissuhteiden vaalimisen mahdollisuutena – yksinkertaisesti elämänlaatuna. Toimintakyky voidaan rinnastaa laajasti elämänhallintaan: toimintakykyinen ihminen tuntee hallitsevansa omaa elämäänsä riittävästi. Toimintakyvyn rajoitteista seuraavat haitat riippuvat taas tehtävistä, toimintaympäristöstä ja henkilöstä itsestään. Ihmiset ovat kaikki erilaisia ja arvostavat eri asioita. Siksi myös toimintakyky koetaan yksilöllisesti. (Kettunen ym. 2009: 17–18; Lehto 2004: 19–20.)

Kuntoutumisen lähtökohtana on ihmisen kokemus toimintakyvystään suhteessa hänen omiin tarpeisiinsa ja odotuksiinsa. Toimintakyvyn muuttuessa hänen on opittava uudenlaisia toiminta- ja ajattelumalleja, jotka auttavat häntä tulemaan toimeen ja määrittelemään itseään uudelleen muuttuneessa tilanteessa. Onnistuminen kuntoutumisessa näkyy siinä, että kuntoutuja kykenee luomaan riittävän myönteisen identiteetin, joka mahdollistaa aktiivisen oman elämän tavoitteiden ja roolien toteuttamisen. Yksi kuntoutustyöntekijän tärkeimmistä tehtävistä onkin luoda sellaista vuorovaikutusta, josta kuntoutuja voi saada rakentavia ja myönteisiä aineksia oman identiteettinsä työstämiseen. Jos kuntoutujan saama palaute keskittyy vain puutteisiin ja ongelmiin, hän oppii määrit-

telemään itseään niiden näkökulmasta. Ongelmien ja puutteiden sijasta puhutaankin mieluummin mahdollisuuksista. Voimavaralähtöisyys nojaa ajatukseen siitä, että ihminen kehittyy henkilökohtaisten kiinnostustensa, tavoitteidensa ja vahvuuksiensa pohjalta. Mitä enemmän hän saa käyttöönsä voimavarojaan, sitä motivoituneemmin hän ponnistelee kuntoutumisensa hyväksi. Silloin voimavarat taas entisestään vahvistuvat. ”Kun innostuu, onnistuu. Kun onnistuu, innostuu.” (Kettunen ym. 2009: 15–17, 30, 35–36.)

3 Toimintakyvyn arvioiminen ja kuvaaminen

3.1 Mihin toimintakyvyn arviointitietoa tarvitaan?

Henkilö, jonka toimintakyky on heikentynyt, tarvitsee usein mm. monenlaisia liikkumisen ja toimimisen apuvälineitä, asunnonmuutostöitä, henkilökohtaista apua ja/tai kuljetuspalvelua voidakseen elää mahdollisimman itsenäisesti ja muiden ihmisten kanssa tasavertaisesti. Hän tarvitsee usein myös erilaisia kuntoutuspalveluita toimintakykynsä lisäämiseksi tai ylläpitämiseksi. Lisäksi monien sosiaalivakuutusetuuksien tai tukien (mm. vammaistuki tai työkyvyttömyyseläke) saaminen perustuu sairaudesta tai vammasta aiheutuvaan haittaan ja avuntarpeeseen (Pirttimäki 2004: 373; Tola 2004: 365). Kaikilla edellä mainituilla välineillä, palveluilla ja etuuksilla on olennainen merkitys henkilön arkielämään, mm. asumiseen, liikkumiseen ja osallistumiseen sekä taloudelliseen toimentuloon. Niihin liittyviä päätöksentekoprosesseja varten tarvitaan tietoa hänen toimintakyvystään ja -rajoitteistaan.

Saadakseen tarvitsemansa kuntoutus- ja muut palvelut tulee henkilölle laatia kuntoutussuunnitelma ja palvelusuunnitelma. Kuntoutussuunnitelma on julkisessa terveydenhuollossa laadittava asiakirja, joka perustuu lääkinällisestä kuntoutuksesta annettuun asetukseen (1015/91). Kuntoutussuunnitelman laadintaan osallistuu kuntoutuja, lääkäri ja terveydenhuollon työryhmä, lisäksi kuntoutujan läheinen ja/tai avopuolen terapeutti voi olla tarvittaessa mukana. Kuntoutussuunnitelma tehdään Kelan lomakkeelle KU 207 (saatavissa: www.terveysportti.fi), B-lääkärinlausuntoon tai vakuutusyhtiön asiakkailla E-lääkärinlausuntoon. Suunnitelma tehdään 1-3 vuodeksi kerrallaan, mutta sitä voidaan tarkistaa tarvittaessa. (Kuntoutussuunnitelma 2010.)

Kelan ohjeiden mukaan kuntoutussuunnitelmassa määritellään mm. kuntoutuksen tavoitteet, suositeltavat kuntoutustoimenpiteet sekä seurantataho. Suunnitelmassa tulee käydä ilmi kuntoutujan elämäntilanne, toimintakyvyn kuvaus sekä käytetyt arviointime-

netelmät. Lisäksi siinä tulee olla tiedot hänen aiemmin saamastaan kuntoutuksesta ja sen tuloksista. (Kuntoutussuunnitelma 2010.) Kuntoutustarpeen arvioinnissa on huomioitava laaja-alaisesti kuntoutujan fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutuksen tarve. Aiemmin toteutuneen kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa on otettava huomioon sekä kuntoutujan ja hänen läheistensä kokemukset että palveluntuottajien arviot. Kuntoutuksen jatkumon takaamiseksi on palautteiden oltava hoitovastuutaholla silloin, kun kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioidaan ja laaditaan uutta kuntoutussuunnitelmaa. (Järvikoski ym. 2009: 295; Paltamaa ym. 2011: 226–227, 229).

Kuntoutussuunnitelman nähdään lisäävän kuntoutuksen tavoitteellisuutta ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä sekä edistävän tiedonkulkua. Tästä syystä Kelan ohella myös vakuutuslaitokset edellyttävät nykyään kuntoutussuunnitelman laatimista lääkinnällisen kuntoutuksen päätöstensä pohjaksi. Poikkeuksena on heti vammautumisen jälkeen tarvittavan välittömän kuntoutuksen korvaaminen. Vakuutuslaitokselle toimitettavan kuntoutussuunnitelman tulee olla samansisältöinen kuin mitä Kela edellyttää. (Toimintakykyohje VKK 2010: 12; Torstila 2008: 180.) Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen julkaisussa Asiakkaan äänellä (Järvikoski ym. 2009: 287–288) todetaan, että kuntoutussuunnitelmia tekevät lääkärit ovat entistä harvemmin kuntoutuksen asiantuntijoita. He eivät myöskään välttämättä tunne kuntoutujan tilannetta eivätkä osallistu muutoin tämän kuntoutusprosessiin. Monet kuntoutujat joutuvat näin valistamaan lääkäriä paitsi omasta tilanteestaan, kuntoutustarpeistaan ja odotuksistaan, myös kuntoutusjärjestelmän toiminnasta ja mahdollisuuksista.

Palvelusuunnitelma perustuu lakiin vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) sekä lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Vastuu palvelusuunnitelman laatimisesta on henkilön kotikunnan sosiaaliviranomaisella. Suunnitelmasta tulee käydä riittävän yksityiskohtaisesti ilmi ne henkilön yksilölliseen toimintakykyyn, elämäntilanteeseen ja palvelujen ja tuen tarpeeseen liittyvät seikat, joilla on merkitystä palvelujen sisällöstä, järjestämistavasta ja määrästä päätettäessä. Päätökset voivat liittyä esimerkiksi palveluasumiseen, henkilökohtaiseen apuun ja/tai kuljetuspalveluun. Suunnitelmassa tulee huomioida koko perheen palvelujen ja tuen tarpeet, mm. omaishoidon tuki, tilapäishoito sekä kotipalvelu. Suunnitelmaa on syytä arvioida vähintään kahden, kolmen vuoden välein, ja vammaisella henkilöllä on aina oikeus pyytää palvelusuunnitelman tarkistamista. (Palvelusuunnitelma 2011.)

3.2 Miten toimintakykyä voidaan arvioida?

Arvioinnin luonne ja sen avulla saatava tieto riippuu arvioinnin tarkoituksesta. Toimintakyvyn arviointi voi olla kuvailevaa, erottelevaa, ennustavaa tai muutosta arvioivaa. Tyyppillisimmin arviointi on kuvailevaa, jolloin annetaan tietoa henkilön senhetkisestä toimintakyvystä, ongelmista, tarpeista ja/tai olosuhteista. Tällöin kuvataan esimerkiksi, kuinka itsenäisesti kuntoutuja selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan tietyillä edellytyksillä. Erottelevalla arvioinnilla tarkoitetaan yksilön vertaamista ryhmään, mitä tietoa saateen tarvita mm. diagnoosin määrittämisessä. Ennustavassa arvioinnissa pyritään ennustamaan henkilön kykyä toimia tulevaisuudessa, esimerkiksi kuntoutujan itsenäisen toiminnan tasoa laitoksesta kotiutumisen jälkeen. Muutoksen arvioinnissa tunnistetaan ajan kuluessa tapahtunut muutos henkilön toiminnassa. Tätä arviointia käytetään mm. päätöksen tekoon kuntoutuksen vaikuttavuudesta. (Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa 2010: 13.)

Muutokset toimintakyvyn viitekehyksessä merkitsevät lisääntyviä haasteita toimintakyvyn arvioinnille (Kivekäs – Kallanranta 2004: 376). Toimintakyvyn arviointi tulee tehdä moniammatillisessa työryhmässä, jossa eri alojen ammattilaiset arvioivat toimintakykyä useasta eri näkökulmasta. Myös henkilön itsensä tulee olla mukana toimintakykynsä arvioimisessa. (Kälviäinen 2004: 224.) Kuntoutujalähtöinen arviointi edellyttää kuntoutujan persoonan, elämäntilanteen ja ympäristön huomioimisen. Näin voidaan tunnistaa ja hyödyntää kuntoutujan ulottuvilla olevat mahdollisuudet ja voimavarat. Etenkin kuntoutustyössä on tärkeää ymmärtää toimintakyvyn arvioinnin merkitys kuntoutujan näkemykseen itsestään ja mahdollisuuksistaan. Mikäli ongelmien ja puutteisiin keskittymisen sijaan otetaan huomioon myös kuntoutujan ulottuvilla olevat voimavarat ja mahdollisuudet, voi toimintakyvyn arviointi jo sinänsä motivoida häntä kuntoutumaan. (Kettunen ym. 2009: 7, 18–19.)

Toimintakyvyn arvioiminen perustuu esitietoihin, havaintoihin ja erilaisiin tutkimuksiin (Aro 2004: 25). Haastattelu, havainnointi ja mittaaminen ovat eri ammattiryhmien yleisesti käyttämiä arviointimenetelmiä. Haastattelun avulla saadaan selvitettyä kuntoutujan ja/tai omaisen subjektiivisia kokemuksia omasta/läheisen toiminnasta. Havainnoitaessa mahdollistuu kuntoutujan toimintamahdollisuuksien ja -rajoitusten tarkempi analysointi. Mittaamisella tarkoitetaan jonkin ominaisuuden mittaamista siihen tarkoitettulla menetelmällä eli mittarilla. Mittaamisesta käytetään myös käsitettä testaaminen, jolla viitataan testin toteuttamiseen. Testi saattaa koostua useista mittareista. (Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa 2010: 14.)

Toimintakyvyn arvioimisen tueksi on käytettävissä useita erityyppisiä mittareita, joita käytetään erityisesti kuntoutuksen tarpeen ja tulosten arvioinnissa sekä arvioitaessa päivittäisen avun tarvetta. Toimintakyky on aika- ja paikkariippuvaista, mikä on otettava huomioon sekä itse arviointitilanteessa että tulosten tulkinnassa. On suositeltavaa käyttää useita eri toimintakyvyn arviointimittareita samanaikaisesti ja kuvata toimintakyky aina myös sanallisesti käyttäen mittarin antamia pisteitä vain lisätietona. (Kivekäs – Kallanranta 2004: 376; Telakivi 2004: 216–217.)

Arviointimenetelmät voidaan jakaa standardoituihin ja ei-standardoituihin menetelmiin. Standardoiduissa arviointimenetelmissä tavoitteena on mahdollisimman yhtenäinen ja johdonmukainen arvioijasta riippumaton arviointi. Menetelmä tulee toteuttaa ja tulokset tulkita tarkasti annettujen ohjeiden mukaisesti. Monet standardoidut arviointimenetelmät edellyttävät erillisen käyttäjäkoulutuksen. Ei-standardoidut menetelmät voivat puolestaan olla strukturoituja tai strukturoimattomia. Ei-standardoituja arviointimenetelmiä käytettäessä tulee olla tietoinen niiden rajoituksista: saadut tulokset ovat tulkinnallisia ja sen vuoksi subjektiivisempia. Niiden toistaminen luotettavasti ei ole mahdollista. Ei-standardoitujen arviointimenetelmien käyttö standardoitujen menetelmien lisänä on kuitenkin usein perusteltua. Niiden avulla voidaan saada tietoa sellaisista toimintakyvyn liittyvistä asioista, joita käytettävissä olevat standardoidut menetelmät eivät kata. (Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa 2010: 14–15.)

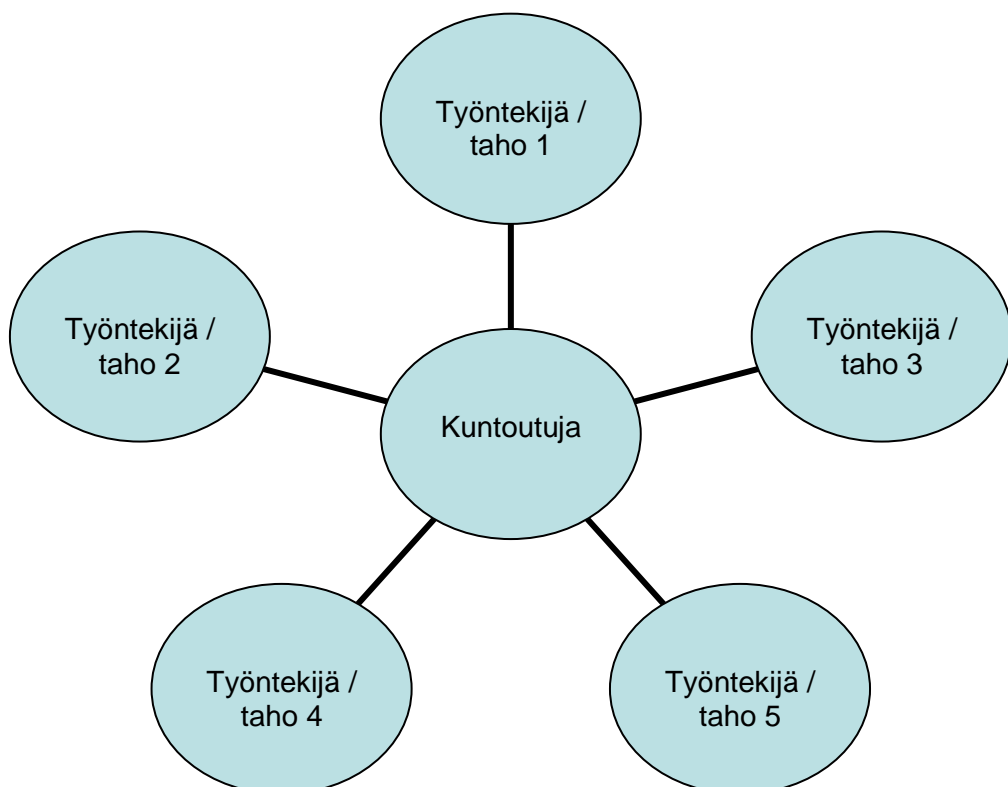
Normatiivisessa arviointimenetelmässä kuntoutujan saamaa tulosta verrataan johonkin viiteryhmään, esimerkiksi tietynikäisiin henkilöihin. Normatiiviset testit pyrkivät kuvaamaan henkilön iänmukaista tai tyypillistä kykyä tai valmiutta. Niissä teetetään kuntoutujalle usein hänelle ennestään vieras tehtävä vieraassa ympäristössä. Tällöin arvioidaan henkilön suorituskykyä eli korkeinta todennäköistä tasoa, jonka henkilö voi saavuttaa toimintakyvyn tietyllä aihealueella tietyllä hetkellä ”vakioidussa ympäristössä”. Kriteeriperustaisilla arviointimenetelmillä taas pyritään selvittämään kuntoutujan suoriutumisen laatua tai intensiteettiä tutussa tehtävässä ja ympäristössä. Tällä pyritään vastaamaan siihen kysymykseen, onko henkilöllä riittävät taidot selviytyä hänelle tarkoituksenmukaisista tehtävistä omassa ympäristössään. Tällöin arvioidaan henkilön suoritustasoa eli suoriutumista tavanomaisessa elinympäristössä. (Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa 2010: 15; ICF 2007: 210.)

Eri ammattiryhmien on huolehdittava siitä, että valitut arviointimenetelmät täydentävät toisiaan, jotta kuntoutujan tilanteesta saadaan kokonaisvaltainen näkemys. Arvioinnissa tulee käyttää yhtenäisiä menetelmiä, joiden kehittämistä edistää Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto, TOIMIA. (Paltamaa ym. 2011:

228–229.) Toimintakyvyn mittaus- ja arviointimenetelmien sekä suositusten tietokanta (www.toimia.fi) avattiin tammikuussa 2011. Tietokanta on kaikille avoin ja sen sisältöä päivitetään koko ajan. Mittarit-välilehdeltä löytyy tällä hetkellä noin 60 toimintakykymitaria kuvauksineen sekä arvioita niiden soveltuvuudesta keskeisiin käyttötarkoituksiin. Arvio perustuu tietoihin mittarin pätevyydestä, toistettavuudesta ja käyttökelpoisuudesta. Suositukset-välilehdellä on asiantuntijoiden laatimia suosituksia ja ohjeita toimintakyvyn mittaamiseen erilaisissa käyttötilanteissa.

3.3 Moniammatillinen yhteistyö

Kuntoutukselle on olennaista moniammatillisuus, yhteistyö ja verkostoituminen (Alaranta – Lindberg – Holma 2008: 654). Sama pätee myös kuntoutujan toimintakyvyn arviointiin. Moniammatillista työtä voidaan kuitenkin tehdä hyvin eri tavoin ja eri tasoilla (Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008: 39). Seuraavassa esitetään kuvioiden avulla kolme eri käytäntöä arvioida kuntoutujan toimintakykyä moniammatillisena yhteistyönä.

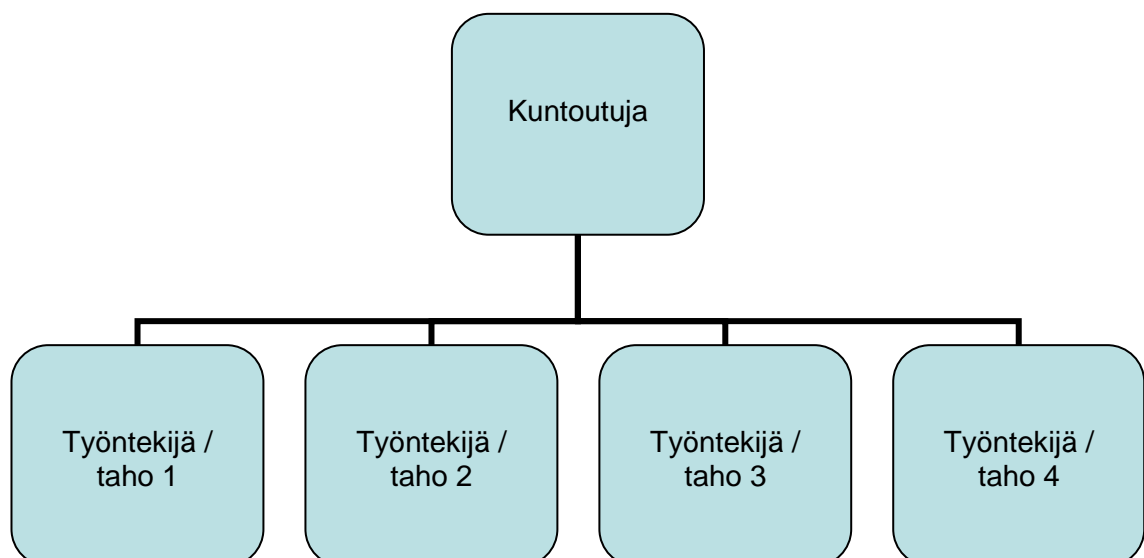


Kuvio 1. Kuntoutujan toimintakyvyn arviointi erillisinä arviointeina.

Kuviossa 1 kuntoutujan toimintakyvyn arviointi tapahtuu moniammatillisena tai monialaisena rinnakkain työskentelyinä, ei varsinaisena yhteistyönä (Isoherranen ym. 2008:

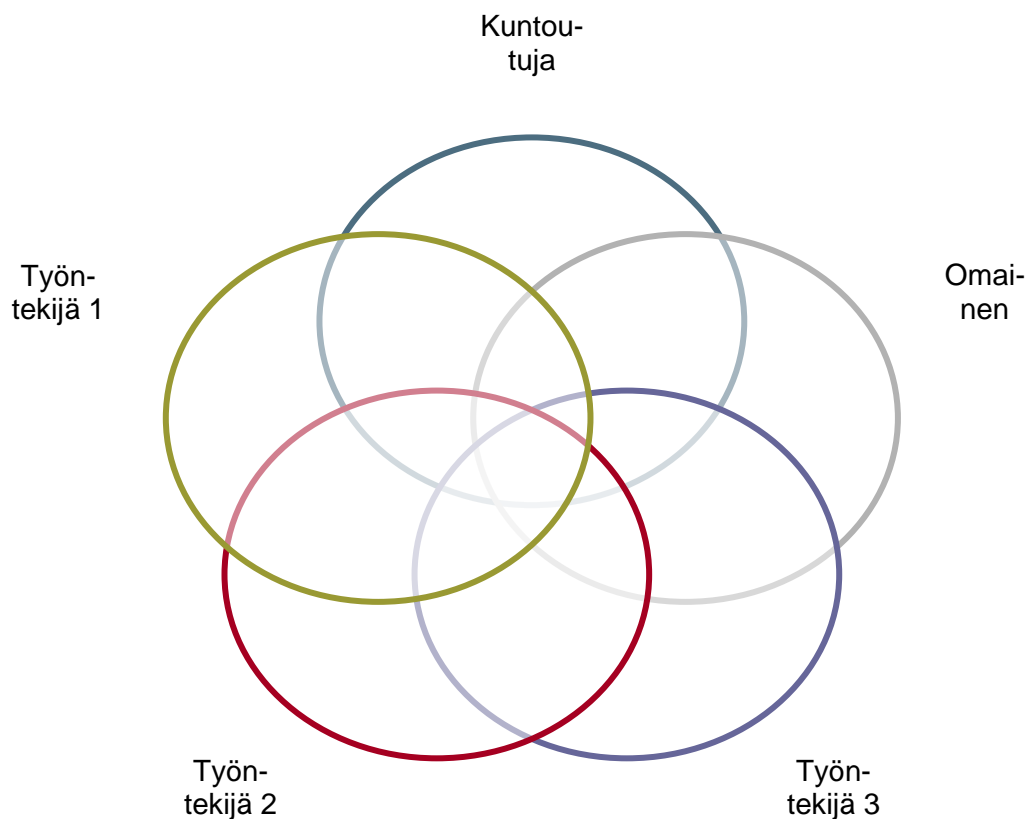
37). Jokainen työntekijä tai taho arvioi kuntoutujaa erikseen ja erillään muista. Ainoana yhdistävänä tekijänä on työskentely saman kuntoutujan kanssa. Yksikään työntekijöistä tai tahoista ei välttämättä tiedä näin mitään toistensa arvioinneista, menetelmistä, laajuudesta tai tuloksista. Pirjo Nikkanen (2010: 16) nimesi kuntoutussuunnitelman rakentamista käsittelevässä tutkimuksessaan tällaisen työskentelymallin työnjakoon perustuvaksi malliksi.

Erillistä, rinnakkaista arviointia tapahtuu käytännössä usein silloin, kun kuntoutuja on monen eri organisaation asiakkaana ilman, että nämä tahot tekevät keskenään yhteistyötä. Näin tapahtuu usein myös avopalveluissa, jos jokainen terapeutti on omana palveluntuottajanaan tai eri palveluntuottajan palveluksessa. Näin voi tapahtua myös ns. moniammatillisessa työryhmätyöskentelyssä. Mikäli työyhteisössä ei ole muotoutunut toimivaa käytäntöä yhteisten tapaamisten järjestämiseen, niiden organisointi voidaan kokea liian työlääksi (Nikkanen 2010: 17). Tällöin esimerkiksi kuntoutusyhteenvetoa tai kuntoutussuunnitelmaa laatiessaan lääkäri joutuu erillisten arviointien perusteella koostamaan ”kokonaisvaltaisen” toimintakyvyn kuvauksen. Kykeneekö hän sen tekemään, riippuu toki olennaisesti hänen kyvyistään, tavoitteistaan ja näkemyksistään, mutta myös työntekijöiden arvioista: ovatko ne keskenään yhdenmukaisia vai ristiriitaisia, kattavatko ne kokonaisvaltaisesti kuntoutujan toimintakykyyn liittyvät asiat ja mitä johdopäätöksiä arvioista voi tehdä. Joka tapauksessa prosessi on lääkärin kannalta työläs ja vie paljon aikaa.



Kuvio 2. Kuntoutujan toimintakyvyn arvioiminen moniammatillisessa työryhmässä tai verkostotyössä.

Moniammatillisessa työryhmässä tai eri tahojen verkostotyössä arviointi tapahtuu usein kuvion 2 kaltaisella tavalla. Jokainen työntekijä tai taho arvioi kuntoutujan toimintakykyä edelleen erikseen, mutta tietoisena toistensa tekemästä työstä ja yhteydessä toisiinsa. Esimerkkinä moniammatillinen työryhmä, jossa jokainen työntekijä kirjaa arvionsa kuntoutujan toimintakyvystä omalle lehdelleen, joka on muiden luettavissa. Usein työryhmällä on myös yhteisiä kokouksia, joissa työntekijät kertovat vuorotellen oman arviointinsa tulokset ja niiden vaikutukset jatkosuunnitelmiin. Kuntoutuja ja mahdollisuuksien mukaan hänen omaisensa ovat mukana kokouksissa. Kyseessä ei ole kuitenkaan vielä tasavertainen keskustelu ja yhteinen dialogi, joka Kaarina Isoherrasen (2005: 26) mukaan on edellytyksenä kokonaisuuden syntymiselle.



Kuvio 3. Kuntoutujan toimintakyvyn arvioiminen moniammatillisena yhteistyönä.

Kuvion 3 mukaisessa työskentelymallissa kuntoutuja, omainen ja muut kuntoutustyöryhmän jäsenet arvioivat kuntoutujan toimintakykyä yhdessä. Käytännössä tämä tarkoittanee useimmiten sitä, että jokainen työntekijä tekee ensin oman arviointinsa kuntoutujan toimintakyvystä ja antaa tietonsa muiden työntekijöiden käyttöön (vrt. kuvio 2). Tämän jälkeen arviointien tuloksista keskustellaan yhdessä ja kaiken saadun tiedon ja eri näkökulmien pohjalta pyritään rakentamaan yhteinen käsitys kuntoutujan tilanteesta

(Isoherranen ym. 2008: 41). Samaa työskentelymallia voidaan käyttää myös eri kuntoutus- ja palvelusektorien välisessä yhteistyössä. Moniammatillisen arvioinnin lopputulos on näin yhteisesti jaettu kokonaisnäkemys, mikä on enemmän kuin kuntoutujan, yksittäisten työntekijöiden tai tietyn palvelusektorin näkökulma (Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa 2010: 12).

Kuntoutusta järjestävät tahot antavat suuren arvon kuntoutuksen ammattilaisten osaamisen monipuolisuudelle ja yhteistyökyyville (Rissanen 2008: 681). Moniammatillinen yhteistyö eri muodoissaan on yhä tärkeämpi osa terveydenhuollon organisaatioiden toiminta-arkea. Tämä tarkoittaa sitä, että tarvitaan paitsi oman ammatti-identiteetin tiedostamista ja yhä korkeampaa ja monipuolisempaa osaamista myös yhä enemmän moniammatillisia viestintä- ja yhteistyötaitoja. (Nikander 2002: 69–70.) Jokainen työntekijä tuo yhteistyöhön oman ammatillisen tietonsa ja erikoisosaamisensa. Asiantuntijuus moniammatillisessa yhteistyössä ei ole yhden henkilön ominaisuus vaan moniammatillinen asiantuntijuus syntyy yhteistyössä. Ei siis riitä, että työntekijä osaa hyvin oman alansa, hänen pitää myös pystyä antamaan oma osaamisensa ja näkemyksensä yhteiseen käyttöön. (Isoherranen ym. 2008: 16, 42.)

Moniammatillinen yhteistyö edellyttää avointa vuorovaikutusta sekä yhteistyötaitoja yli ammatti- ja organisaatorajojen. Moniammatillisessa yhteistyössä tulee olla mahdollisuus kaiken sen tiedon ja osaamisen kokoamiselle ja käsittelylle, joka on tarpeen yhteisen kokonaisvaltaisen käsityksen saavuttamiseksi kuntoutujan tilanteesta. Tämä vaatii sekä aikaa että välineitä. Yhteistyön lisääminen edellyttääkin muutoksia koko toimintakulttuurissa. Hyvän moniammatillisen yhteistyön kehittymistä edesauttaa toisten osaamisen tunteminen, oli sitten kysymys oman organisaation työntekijöistä tai verkostoyhteistyökumppaneista. Onnistuakseen moniammatillinen yhteistyö edellyttää myös yhteistä kieltä. (Isoherranen 2005:139; Isoherranen ym. 2008: 16, 32–33, 42, 47.)

4 ICF-luokitus toimintakyvyn arvioimisen ja kuvaamisen apuna

4.1 ICF-luokitus toimintakyvyn ja kuntoutuksen viitekehyksenä

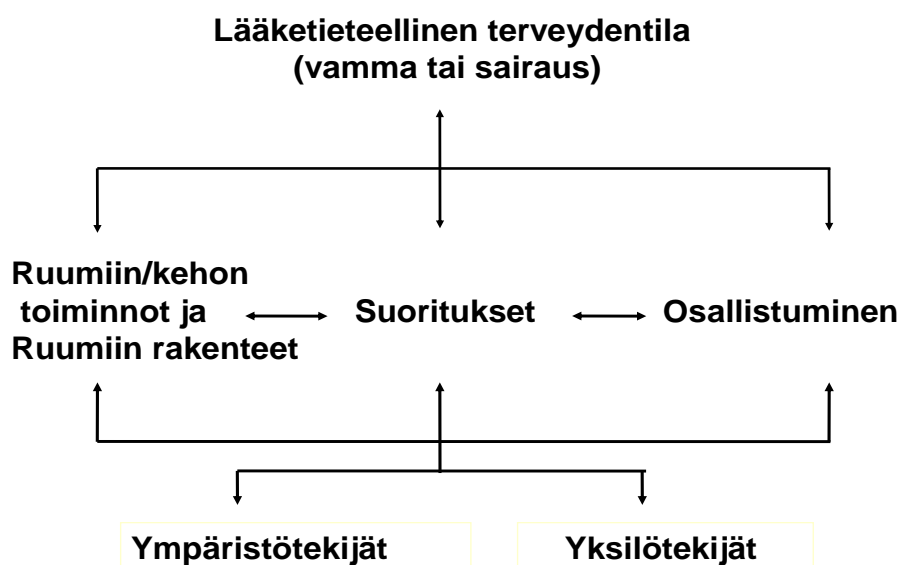
Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden hahmottamiseksi on esitetty useita käsitelmalleja, jotka voidaan yleisesti jakaa ns. lääketieteellisiin ja sosiaalisiin malleihin. Lääketieteellinen malli tarkastelee toimintarajoitteita ihmisen henkilökohtaisena ongelmana, joka vaatii yksilöllistä hoitoa tai sopeuttamista. Sosiaalinen malli puolestaan pitää toimintarajoitteita yhteiskunnan aiheuttamina, jolloin ratkaisuna on ympäristön muuttaminen.

Maailman terveysjärjestön WHO:n Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisessä luokituksessa, ICF-luokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health) nämä toimintakyvyn eri tarkastelutavat on yhdistetty käytämällä ”biopsykososiaalista” ratkaisua. (ICF 2007: 19–20.)

ICF-luokitus hyväksyttiin kansainväliseen käyttöön toukokuussa 2001 WHO:n yleiskokouksessa. Se tarjoaa yhteisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja tieteellisen perustan, viitekehyksen ymmärtää, tutkia ja kuvata toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa minkä tahansa lääketieteellisen terveydentilan yhteydessä. Luokitus korvaa WHO:n aiemman, vuonna 1980 julkaiseman ICIDH-luokituksen (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). Suomenkielinen laitos valmistui vuonna 2004. ICF-luokituksen johdannossa sanotaan, että ”ICF kuvaa tilanteita ihmisen toimintakyvyn ja sen rajoitteiden näkökulmasta ja toimii viitekehyksenä, joka jäsentää tätä informaatiota mielekkäällä ja helppokäyttöisellä tavalla yhdistäen informaation eri osat toisiinsa”. (ICF 2007: saatesanat, 3–7.)

ICF-luokituksessa on kaksi osaa, jotka kumpikin sisältävät kaksi osa-aluetta (ICF 2007: 10):

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osa 1. Toimintakyky ja toimintarajoitteet: | Osa 2. Kontekstuaaliset tekijät: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet • Suoritukset ja osallistuminen | <ul style="list-style-type: none"> • Ympäristötekijät • Yksilötekijät |



Kuvio 4. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF 2007: 18).

Toimintakyky ja toimintarajoitteet määräytyvät henkilön lääketieteellisen terveydentilan, yksilötekijöiden sekä elinympäristön muodostamien tekijöiden monimutkaisen vuorovaikutuksen seurauksena tai tuloksena (kuvio 4). Toimintakyky tarkoittaa tämän vuorovaikutuksen myönteisiä piirteitä ja toimintarajoitteet kielteisiä piirteitä. Toimintarajoitteet ovat ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden vajavuuksia sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteita. Lääketieteellinen terveydentila määritellään WHO:n ICD-10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision) kansainvälisen tautiluokituksen avulla. (ICF 2007: 3, 17, 208–209.)

Kontekstuaaliset eli tilannesidonnaiset tekijät sisältävät henkilön elämän ja elämisen koko taustan. Ympäristötekijät muodostuvat siitä fyysisestä, sosiaalisesta ja aseneympäristöstä, jossa henkilö elää ja asuu. Nämä henkilön ulkopuolella olevat tekijät voivat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti hänen suoriutumiseensa yhteiskunnan jäsenenä ja kykyynsä toteuttaa toimia tai tehtäviä sekä hänen ruumiin/kehon toimintoihinsa tai ruumiin rakenteihinsa. Yksilötekijöitä ovat mm. henkilön sukupuoli, ikä, sosiaalinen tausta, yleiskunto, elämäntavat, kokemukset, selviytymisstrategiat, henkiset vahvuudet ja muut yksilölliset ominaisuudet. Myös yksilötekijöillä on toimintakykyä edistävä tai rajoittava vaikutus. (ICF 2007: 10–11, 16–17, 209–210, 215.)

ICF-luokituksen julkaisemisen jälkeen siihen on viitattu lukuisissa suomalaisissakin toimintakykyä ja kuntoutusta käsittelevissä oppikirjoissa (mm. Järvikoski – Karjalainen 2008: 82–84; Kivekäs – Kallanranta 2004: 375–376). Viime vuosina luokituksen painoarvo kuntoutuksen käytännön työssä on kasvanut huomattavasti, kun joissakin suosituksissa jo edellytetään ICF-viitekehyksen noudattamista toimintakyvyn arvioinnissa, kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa, kuntoutusprosessissa ja/tai vaikuttavuuden arvioinnissa (Konsensuslausuma 2008: 11; Paltamaa ym. 2011: 228). ICF-luokitus tarjoaa yhteisen viitekehyksen ja muistilistan, joiden pohjalta eri ammattiryhmien on mahdollista jäsentää yhteistyötään ja keskinäistä työnjakoaan. Sen avulla voidaan sekä paikallistaa kuntoutujan kuntoutustarpeen taustalla olevia ongelmia että analysoida hänen elämäntilanteeseensa liittyviä vahvuuksia, säilyneitä taitoja ja mahdollisuuksia. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 83; Kettunen ym. 2009: 9.)

4.2 ICF-luokituksen hyödyntäminen nimikkeistönä

Monilla ammattikunnilla on oma ammattikielensä kuvaamaan kyseisen ammattikunnan palveluita ja työmuotoja. Kuntaliitto (www.kunnat.net) on julkaissut mm. fysioterapian, toimintaterapian, puheterapian ja terveyssozialityön nimikkeistöt, lisäksi lääketieteen, hoitotyöhön ja (neuro)psykologiaan on määritelty omat käsitteensä ja termistön-

sä. Toimintakyvyn ja toimintaedellytysten kuvaaminen on sen sijaan kaikkien ammattikuntien yhteistä kielenkäyttöä, jota tarvitaan niin kirjaamisessa ja eri sektoreiden asiakastyössä kuin mm. koulutuksessa ja tutkimuksessakin. Näin moniulotteisen ammatillisen yhteistyön, eri sektoreiden välisen yhteistyön ja asiakastyön edellytyksenä on, että kaikki osapuolet ymmärtävät käytetyt termit samalla tavalla. (Ojala 2003: 32–36.) ICF-luokitusta voidaan hyödyntää toimintakyvyn arvioimisen ja kuvaamisen nimikkeistönä, yhteisenä kielenä ja termistönä eri ammattiryhmien kesken. Luokituksen yhtenä tavoitteena onkin yhteisen kielen avulla parantaa eri käyttäjäryhmien välistä viestintää, mukaan luettuina henkilöt, joilla on toimintarajoitteita (ICF-luokitus 2007: saatesanat, 5).

ICF-luokituksessa ei käytetä yleiskielisiä määritelmiä (ICF 2007: 21), jotka olisivat kaikille ennestään tuttuja. ICF-kielen sanakirjana on luokitus, jossa määritellään, mitä mi-kin aihealue sisältää ja mitä se ei sisällä. Tämä onkin välttämätöntä, koska luokitus on erittäin laaja: kaksiportaisessa luokituksessa on pääluokkien lisäksi 362 koodattua aihealuetta, jotka laajassa neliportaisessa versiossa sisältävät yli 1000 tarkennettua kuvauskohdetta (ICF 2007: 216). Kliinisessä työssä luokitusta voi hyödyntää pelkkänä nimikkeistönä ilman koodien käyttöä. Koodeja käyttämällä saadaan toisaalta helposti osoitettua, mihin osa-alueeseen ja/tai pääluokkaan arvioitava asia kuuluu.

Kuntoutuksen kannalta keskeisimmän ICF-luokituksen osa-alueen Suoritukset ja osallistuminen (mm. Järvikoski – Karjalainen 2008: 83; Kivekäs – Kallanranta 2004: 376) aihealueet on esitetty yhtenä luettelona, joka kattaa kaikki elämän alueet. Niillä voidaan kuvata henkilön suorituksia (erikseen koodattuna lyhenne a, joka tulee englanninkielisestä termistä activities), osallistumista (p, participation) tai molempia (d). Ruumiin/kehon toiminnot (b, body functions) ja ruumiin rakenteet (s, body structures) luokitellaan erikseen, mutta niitä on tarkoitus käyttää rinnakkain. Myös Ympäristötekijät (e, environmental factors) on jaettu omiin pääluokkiinsa ja aihealueisiinsa. Yksilötekijöitä ei ole toistaiseksi luokiteltu. (ICF 2007: 12, 14, 209, 215.)

Taulukko 1. ICF-luokituksen osa-alueet ja pääluokkien koodit (ICF 2007: 29–30).

ICF osa-alueet	Pääluokkien koodit
<i>Ruumiin/kehon toiminnot ja</i>	b1 – b9
<i>ruumiin rakenteet</i>	s1 – s8
<i>Suoritukset ja osallistuminen</i>	d1 – d9
<i>Ympäristötekijät</i>	e1 – e5
<i>Yksilötekijät</i>	ei luokiteltu

Taulukossa 1 olevien ICF-luokituksen osa-alueiden pääluokkien nimet ja niiden sisältämien aihealueiden koodit on kuvattu liitteessä 1.

Yksiportaisen luokituksen pääluokat (taulukon 1 mukaisesti kirjain + yksi numero) on kaksiportaisessa luokituksessa jaettu aihealueisiin (kirjain + yhteensä kolme numeroa). Useimmat aihealueet on yksityiskohtaisessa neliportaisessa luokituksessa jaettu vielä tarkempiin kuvauskohteisiin (kirjain + neljä tai viisi numeroa). Esimerkkinä osa-alueesta Suoritukset ja osallistuminen on d4 Liikkuminen (pääluokka), d450 Käveleminen (aihealue) ja d4500 Lyhyiden matkojen käveleminen (kuvauskohde). Toisena esimerkkinä on kipu, joka kuuluu Ruumiin/kehon toimintojen pääluokkaan b2 Aistitoiminnot ja kipu. Kipuaistimus on aihealue b280, jonka yhtenä kuvauskohteena on b2801 Kipu ruumiin/kehon osassa. Koska tämä koodi ei vielä kerro kivun paikkaa, on se jaettu tarkennettuihin kuvauskohteisiin, mm. b28013 Kipu selässä. (ICF 2007: 27–34, 45, 68–69, 229.)

Aihealueet ovat keskenään hyvin erilaisia sekä sisältönsä laajuuden että vaativuuden suhteen. Esimerkki suppeasta aihealueesta on d560 Juominen, joka sisältää juoman nauttimisen lisäksi pullojen avaamisen ja juoman kaatamisen. Liikkumiseen liittyy esimerkki d410 Asennon vaihtaminen, joka sisältää makuulle menon ja ylös nousun, kyykistymisen ja siitä nousun, polvistumisen ja ylös nousun, istuma-asentoon menon ja siitä pois pääsyn, seisoma-asennon ottamisen, vartalon taivuttamisen ja kehon painopisteen siirtämisen. Sisällöltään hyvin moninainen aihealue on esimerkiksi d640 Kotitaloustöiden tekeminen, joka sisältää vaatteiden pesemisen ja kuivaamisen, tiskaamisen ja keittoalueen puhdistamisen, asunnon siivoamisen, kotitalouskoneiden käyttämisen, päivittäisten hyödykkeiden säilyttämisen sekä jätteiden hävittämisen. Toinen esimerkki laajasta ja monisisältöisestä aihealueesta on d650 Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen, johon kuuluu mm. vaatteiden valmistaminen ja korjaaminen, asunnosta, huonekaluista, kodinkoneista, kulkuneuvoista ja apuvälineistä huolehtiminen sekä kasvien ja eläinten hoitaminen. (ICF 2007: 150–155.)

4.3 ICF-luokituksen tarkenteiden käyttö

ICF-luokituksen osa-alueiden Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä Suoritukset ja osallistuminen sisältämiä luokituksia voidaan käyttää kahdella tavalla: niillä voidaan kuvata ongelmia eli toimintarajoitteita ja toisaalta ongelmattomia, neutraaleja piirteitä eli toimintakykyä. Kuvauskohteiden koodien käyttö ei sellaisenaan ole mielekästä, koska niiden avulla ei voi vielä tietää, onko aihealue kuntoutujalle vahvuus vai ongelma. Koodaus edellyttää yhden tai useamman tarkenteen käyttöä, joiden avulla

voidaan määritellä toimintakyvyn tai -rajoitteen aste tai merkitys tietyn kuvauskohteen osalta. (ICF 2007: 8, 11, 22.)

Ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden sekä Suoritusten ja osallistumisen kuvauskohteisiin merkitään tarkenteina vajavuuden tai rajoitteen suuruus arvioitavalle henkilölle numeroasteikolla 0–4. (ICF 2007: 22.) Tarkenne tulee heti kuvauskohteen koodin jälkeen pisteellä erotettuna tarkoittaen seuraavaa:

0 = ei vajavuutta, rajoitetta tai ongelmaa (ei lainkaan, olematon)	0–4 %
1 = lievä vajavuus, rajoite tai ongelma (vähäinen, matala)	5–24 %
2 = kohtalainen vajavuus, rajoite tai ongelma (keskimääräinen, melko)	25–49 %
3 = vaikea vajavuus, rajoite tai ongelma (korkea, erittäin suuri)	50–95 %
4 = ehdoton vajavuus, rajoite tai ongelma (suurin mahdollinen, täysin)	96–100 %

Asteikossa annetut prosenttiluvut ovat molempia ääripäitään lukuun ottamatta väljät. Esimerkiksi ”kohtalainen ongelma” (asteikon luku 2) määritellään ongelmaksi, joka on olemassa lähes puolet ajasta tai jonka vaikeusaste on lähes puolet ehdottomasta ongelmasta. (ICF 2007: 22.)

Ympäristötekijöiden tarkenteet kuvaavat ympäristön myönteistä tai kielteistä vaikutusta ja vaikutuksen voimakkuutta. Asteikko on sekä rajoittavien että edistävien tekijöiden kohdalla 0–4, mutta edistävää tekijää koodattaessa piste korvataan +merkillä. (ICF 2007: 22, 228.) Tarkenteet tarkoittavat seuraavaa:

0 = ei rajoittavaa tekijää	+0 = ei edistävää tekijää
1 = lievästi rajoittava tekijä	+1 = lievästi edistävä tekijä
2 = kohtalaisesti rajoittava tekijä	+2 = kohtalaisesti edistävä tekijä
3 = merkittävästi rajoittava tekijä	+3 = merkittävästi edistävä tekijä
4 = ehdottomasti rajoittava tekijä	+4 = ehdottomasti edistävä tekijä

Suoritusten ja osallistumisen osa-alueella käytetään lisäksi kahta arviointia ohjaavaa käsitettä. Suoritustason tarkenne kuvaa, mitä henkilö tekee ”nyky-ympäristössä” eli siinä elinympäristössä, jossa hän elää. Suorituskyvyn tarkenne kuvaa puolestaan korkeinta todennäköistä tasoa, jonka henkilö voi saavuttaa toimintakyvyn tietyllä aihealueella tietyllä hetkellä ”vakioidussa ympäristössä”. Näillä tarkenteilla voidaan päätellä, miten henkilön ympäristöä tulisi muuttaa suoritustason parantamiseksi. Suoritustason ja suorituskyvyn tarkenteita voidaan lisäksi soveltaa ottaen huomioon, käyttääkö henkilö suorituksessa apuvälineitä tai avustajaa. Apuvälineen tai avustajan käyttö ei poista

henkilön ruumiin/kehon toimintojen tai ruumiin rakenteiden vajavuuksia, mutta voi vähentää tai poistaa toimintakyvyn rajoitteita joidenkin aihealueiden osalta. Tämänkaltaisella koodaamisella voidaan erityisesti selvittää henkilön toimintarajoitteet ilman apuvälineiden tai avustajan käyttömahdollisuutta. (ICF 2007: 14, 15, 210.) Samalla sillä voidaan kuvata toimintakyvyn lisääntyminen apuvälineen tai avustajan käytön avulla.

Tiedoille, jotka kuvaavat henkilön osallisuuden tunnetta tai tyytyväisyyttä toimintakyvynsä, ei toistaiseksi ole koodeja ICF-luokituksessa. Tutkimukset saattavat tulevaisuudessa tarjota tarkenteita myös näiden tietojen koodaamiseksi. (ICF 2007: 220.)

4.4 ICF tarkistuslista ja sairaus- tai vauriokohtaiset ydinkäsiteluettelot

ICF-luokitus auttaa ja ohjaa arvioimaan ja kuvaamaan toimintakykyä erittäin laajasti, mutta tarkoituksena ei ole, että luokituksen kaikkia kohtia pitää käyttää jokaisen kuntoutujan toimintakykyä arvioitaessa ja kuvatessa. Helpottaakseen luokituksen käyttöä kliinisessä työssä WHO kehitti ensin ns. yleisen tarkistuslistan (ICF Checklist, saatavissa: www.who.int/classifications/icf/training/icfchecklist.pdf). Lista sisältää kaksipuolaisen luokituksen kaikki neljä osa-alueetta ja näiden pääluokkien alta 123 olennaisinta aihe-alueetta, joiden avulla henkilön toimintakyvystä saa yleiskuvan.

Yleinen tarkistuslista ei ole kuitenkaan riittävä tietyn terveydentilan vaikutusten arvioimiseksi. Tämän takia on heti ICF-luokituksen valmistumisen jälkeen ryhdytty kehittämään myös kohdennettuja luetteloita (ICF core sets) eri sairauksiin ja vaurioihin. ”Core set” -termille ei ole virallista suomenkielistä käännöstä. Eri yhteyksissä on käytetty erilaista suomennosta, mm. keskeisten kuvauskohteiden luettelot, sairauskohtaiset ydinkohteiden listat ja ydinalueiden listat (Paltamaa 2011: 40, 110). Sanna Koskinen (2011) käytti väitöstilaisuudessaan termiä ydinkäsitteiden luettelo. Tässä opinnäytetyössä käytetään tästä lyhennettyä termiä ydinkäsiteluettelo.

Ensimmäiset ydinkäsiteluettelot valmistuivat vuonna 2002 ja niitä kehitetään koko ajan uusille ryhmille. Neurologiselta alueelta on saatu valmiiksi aivohalvauksen (vuonna 2003), selkäydinvaurion (2007), MS-taudin (2008) ja traumaattiseen aivovaurion (2010) ydinkäsiteluettelot. Niiden kehitystyö on pitkäaikainen tieteellinen prosessi. Valittua ryhmää tutkitaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, kyseistä ryhmää edustavien henkilöiden, ammattihenkilöiden sekä laajan poikittaistutkimuksena tehdyn monikeskustutkimuksen avulla. Tämän jälkeen pidetään kutsuttujen asiantuntijoiden kesken kansainvälinen konsensuskokous, jossa laaditaan ensimmäinen versio ydinkäsiteluettelosta. Kuhunkin ydinkäsiteluetteloon valitaan niin vähän ICF-luokituksen kohtia kuin

mahdollista, mutta kuitenkin riittävästi antamaan yleiskuva henkilön toimintakyvyn ongelmista. Luetteloita tehdään aina kaksi: laaja ydinkäsiteluettelo (comprehensive core set) ja sen pohjalta koottu suppea luettelo (brief core set). Laajaa ydinkäsiteluetteloä suositellaan käytettäväksi mm. moniammatillisessa toimintakyvyn arvioinnissa. Suppea ydinkäsiteluettelo on usein riittävä esimerkiksi perusterveydenhuollossa tai tieteellisessä tutkimustyössä. (ICF Core Sets Projects.)

Aivohalvauksen laajassa ydinkäsiteluettelossa on 130 aihealuetta ja suppeassa 10. On huomioitavaa, että nämä ydinkäsiteluettelot on tehty ensimmäisten joukossa eikä silloin vielä kysytty sairastuneilta henkilöiltä itseltään heidän omia näkemyksiään, kuten myöhemmin on systemaattisesti tehty. Konsensuskokoukseen kutsutut asiantuntijat edustivat eri alojen erikoislääkäreitä, fysioterapeutteja, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä sekä sosiologeja. (ICF Core Sets Projects.)

Selkäydinaurion ydinkäsiteluetteloiden kehittämissä nähtiin tarpeellisenä erottaa selkäydinaurion aiheuttama akuuttitila sen koko loppuelämän kestävästä jälkitilasta. Näin muodostui kaksi erillistä ydinkäsiteluetteloä: toinen subakuuttiin tilanteeseen (peruskuntoutusvaihe) ja toinen sitä seuraavaan krooniseen jälkitilaan. Molempien ydinkäsiteluetteloiden kehittämissä oli mukana 230 selkäydinammaista ja 243 asiantuntijaa kuudesta eri ammattiryhmästä (lääkärit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, sairaanhoitajat, psykologit ja sosiaalityöntekijät). Selkäydinaurion subakuuttivaiheen laajaan ydinkäsiteluetteloön tuli mukaan 162 kuvauskohdetta ja suppeaan 25 aihealuetta. Kroonisen jälkitilan ydinkäsiteluetteloiden vastaavat määrät ovat 168 ja 33. (ICF Core Sets Projects.) Selkäydinaurion jälkitilan suppea ydinkäsiteluettelo on liitteenä 2.

Traumaattisen aivovaurion ydinkäsiteluetteloön kehittämissä kohderyhmää edustivat laajalti sekä itse aivovamman saaneet henkilöt että heidän läheisensä. Asiantuntijoita edusti 107 lääkäriä, sairaanhoitajaa, sosiaalityöntekijää, fysioterapeuttia, toimintaterapeuttia, puheterapeuttia ja neuropsykologia. Konsensuskokoukseen oli kutsuttu myös sosiaalityöntekijöitä. Traumaattisen aivovaurion laajaan ydinkäsiteluetteloön valittiin 139 kuvauskohdetta ja suppeaan ydinkäsiteluetteloön 23 kohtaa, joista yksi on kokonainen pääluokka (d5 Itsestä huolehtiminen). (ICF Core Sets Projects.) Traumaattisen aivovaurion suppea ydinkäsiteluettelo on liitteenä 3.

5 Toimintaympäristönä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus

Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus on vammaisjärjestön omistama valtakunnallinen kuntoutuskeskus Helsingissä. Kuntoutuskeskuksen tehtävänä on tuottaa julkista palvelujärjestelmää tukevia kuntoutuspalveluita henkilöille, joilla on tapaturmainen tai sairausperäinen selkäydin- tai aivovaurio. Keskus tarjoaa laitospalveluita ja avopalveluja. (Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen esite.) Laitospalvelupaikkoja on 75, jotka sijoittuvat kolmelle vuodeosastolle ja kahdelle kuntoutuslinjalle (selkäydinvaurio- ja aivovauriokuntoutuslinjat). Kuntoutuksen lähettäjä- ja maksajatahoja ovat pääasiassa julkinen terveydenhuolto, vakuutusjärjestelmät ja Kela. Suurin osa laitospalveluissa olevista selkäydinvammaisista kuntoutujista on ns. peruskuntoutusjaksolla, jolloin he tulevat kuntoutuskeskukseen suoraan sairaalasta akuuttihoiton jälkeiseen välittömään kuntoutukseen. Aivovaurion saaneista kuntoutujista suurin osa on puolestaan ns. jatkokuntoutusjaksolla, jolloin vammautumisen jälkeen on kulunut jo pidempi aika ja he ovat ehtineet elää arkielämää kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa. Kuntoutajat ovat pääosin 15 – 75-vuotiaita, mutta varsinaista ikärajaa ei ole.

Invalidiliiton kuntoutuspalvelujen peruserätyksiä ovat yhteisöllisyys, valtaistuminen ja voimavarakeskeisyys. Kuntoutus tähtää kuntoutujan omien voimavarojen, toimintakyvyn ja elämänhallinnan tunteen lisääntymiseen sekä yhteiskunnassa toimimiseen. Kuntoutuja on aktiivinen osallistuja ja päätöksentekijä, jonka on mahdollista saada aikaan toivomiaan muutoksia omassa elämässään. Tavoitteena on toimiva arki, itsenäinen ja hyvä elämä. Kuntoutuspalvelujen toteuttamisen yhteisenä viitekehyksenä on ICF-luokitus. (Invalidiliiton hyvä kuntoutuskäytäntö 2009: 18, 23; Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen esite.)

Jokaiselle kuntoutujalle nimetään kuntoutustyöryhmä, jossa on kuntoutujan lisäksi aina joko neurologian tai fysiatrian erikoislääkäri, sairaanhoitaja ja/tai lähihoitaja, fysioterapeutti, psykologi tai neuropsykologi sekä kuntoutussosiaalityöntekijä. Työryhmään kuuluu hyvin usein lisäksi toimintaterapeutti ja/tai puheterapeutti. Muita kuntoutustyöntekijöitä ovat toimintaterapiayksikön työterapeutit (koulutukseltaan ohjaustoiminnan artojenoma) ja vapaa-ajanohjaajat (koulutukseltaan ohjaustoiminnan artojenomi ja sosio- nomi) sekä fysioterapiayksikön liikunnanohjaajat, kuntohoitajat, hierojat ja lääkintävah- timestari. Selkäydinvammaisen kuntoutujan kohdalla myös vertaiskuntouttajan työ- panos on merkittävä. Kuntoutuskeskuksessa on yksi kokopäiväinen vertaiskuntouttaja sekä useita tuntityötä tekeviä henkilöitä. Syksyn 2011 aikana on lähdetty kokeilemaan myös vertaisohjaustoimintaa aivovaurion saaneille kuntoutujille. Vertaisohjaaja toimii vapaaehtoistyöntekijänä toimintaterapiayksikön toimintapajalla.

Kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittamisesta on tullut aiempaa tärkeämpää. Invalidiliitossa kuntoutuksen tuloksia tarkastellaan kolmella ulottuvuudella: merkitykset, vaikutukset ja vaikuttavuus. Merkitys tarkoittaa sitä, miten tärkeänä ja arvokkaana kuntoutuja pitää kuntoutusta itselleen ja toimintakyvylleen tai miten keskeistä se on hänen elämänlaatunsa kannalta. Vaikutukset ovat niitä muutoksia, joita tapahtuu kuntoutusjakson aikana. Lopputilannetta verrataan alkutilanteeseen käyttäen samoja menetelmiä ja mittareita kuin alussa. Vaikuttavuudella tarkoitetaan sitä, miten kuntoutus vaikuttaa arkeen, tavalliseen elämään kotona pidemmällä aikavälillä. Arvioitaessa kuntoutusjakson vaikutuksia ja tuloksellisuutta huomioidaan kuntoutujan ja hänen perheensä arvioima hyöty, asetetun tavoitteen saavuttaminen sekä objektiivisilla ja standardoiduilla mittauksilla tehty toimintakyvyn arviointi. (Invalidiliiton hyvä kuntoutuskäytäntö 2009: 13–14, 24.)

5.1 Kehittämishankkeena kirjaaminen

Kuntoutuskeskuksen esimiesseminaarissa kesäkuussa 2008 käsiteltiin yhtenä etukäteen valmisteltuna aiheena kuntoutujien toimintakyvyn kuvaamista. Ryhmä esimiehiä oli pohtinut mm. sitä, kuinka laajasti toimintakyvyn eri osa-alueita kirjataan, kenen vastuulla minkäkin osa-alueen kirjaaminen on ja miten kuntoutujan toimintakyvyn kokonaisuus kirjautuu kuntoutusjaksolta laadittavaan kuntoutusyhteenvetoon (epikriisi, kuntoutusseloste). Esimiehet olivat miettineet myös, voisiko ICF-luokituksesta olla apua kirjaamisessa. Esimiesseminaarissa päätettiin perustaa kirjaamistyöryhmä pohtimaan näitä asioita tarkemmin.

Kirjaamistyöryhmään kutsuttiin edustajia laajalti eri kuntoutusyksiköistä. Työryhmän ensimmäinen kokoontuminen oli 13.10.2008 ja työskentely on toteutunut siitä lähtien jaksottaisesti jatkuen edelleen. Käsiteltävinä aiheina on ollut mm. tietosuojaan liittyvät kysymykset, vastuukysymykset ja erilaiset kirjaamistavat. Kehittämishankkeen tavoitteena on mm. aikaansaada yhdenmukainen rakenne kuntoutusyhteenvetoihin ja eri ammattiryhmien loppuarvioihin. Yhtenä kehittämisalueena on kuntoutujan toimintakyvyn kokonaisuuden kirjautuminen kuntoutusyhteenvetoon, ammattiryhmittäisten vastualueiden sopiminen toimintakyvyn eri osa-alueiden kuvaamisessa sekä kuntoutustavoitteiden ja niiden saavuttamisen kirjaaminen. Opinnäytetyöni nivoutuu kehittämishankkeeseen siten, että kirjaamistyöryhmän vastuuhenkilön kuntoutussuunnittelija, fysioterapeutti Eeva-Maija Hokkisen ehdotuksesta olen perehtynyt toimintakyvyn kuvaamiseen kuntoutusyhteenvetoissa ja eri ammattiryhmien omissa teksteissä.

5.2 ICF-luokitukseen liittyvä kehittämis-, tutkimus- ja asiantuntijatyö

Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus on ollut konkreettisesti mukana ICF-työssä jo vuodesta 1999 lähtien. Kuntoutuskeskuksen silloinen johtaja, ylilääkäri Hannu Alaranta pyysi johtava psykologi, neuropsykologi Sanna Koskista valmistelemaan esityksen ICDH-2 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, toinen versio) -luokituksen hyödyntämisestä käytännön työssä. Esitys pidettiin kokouksessa, johon osallistui mm. lääkäreitä Stakesista (nykyinen Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL), Valtiokonttorista ja Vakuutusalan kuntouttamiskeskuksesta (Vakuutus kuntoutus VKK). Esitys innosti kuulijoita, jotka näkivät luokituksen uutena mahdollisuutena toimintakyvyn kuvaamiseen. Tämä tapaaminen käynnisti Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa tehtävän ICF-kehittämistyön, joka jatkuu edelleen. ICF-luokituksen suomenkielisen laitoksen julkaisemisen jälkeen luokitus määriteltiin virallisesti kuntoutuskeskuksen kuntoutustyön viitekehykseksi. (Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen toimintakertomus 2010.)

Kuntoutuskeskus on osallistunut sekä selkäydin vaurion että traumaattisen aivovaurion kansainväliseen ydinkäsiteluetteloiden kehittämistyöhön vuodesta 2006 lähtien. Eri ammattiryhmien edustajia osallistui laajalti selkäydin vaurion ydinkäsiteluetteloiden valmistelutyöhön (kirjalliset asiantuntija-arvioinnit). Sanna Koskinen ja Eeva-Maija Hokkinen tekivät tutkimuksen ICF tarkistuslistan soveltuvuudesta traumaattisen aivovaurion saaneille kuntoutujille subakuutissa kuntoutusvaiheessa. Tutkimuksessa analysoitiin 55 kuntoutujan yhteensä 350 neurologin, neuropsykologin, fysioterapeutin, hoitajan, sosiaalityöntekijän, puheterapeutin ja toimintaterapeutin laatimaa dokumenttia ICF-luokituksen mukaisesti. Tulosten perusteella tutkijat esittivät johtopäätöksensä oman ydinkäsiteluettelon laatimisen tarpeellisuuden myös tälle kuntoutujaryhmälle. (Koskinen – Hokkinen – Sarajuuri – Alaranta 2007.) Vastaava analyysi tehtiin myös selkäydinvammaisten kuntoutujien parissa ja tämän työn tulokset esiteltiin kansainvälisessä selkäydinvammakongressissa Islannissa. Sanna Koskinen oli ainoana Suomesta kutsutuna edustajana mukana sekä selkäydin vaurion ydinkäsiteluetteloiden kansainvälisessä konsensuskokouksessa marraskuussa 2007 että traumaattisen aivovaurion vastavassa kokouksessa maaliskuussa 2010. (Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen toimintakertomus 2010.)

Merkittävää kotimaista yhteistyötä on tehty kansallisessa TOIMIA-asiantuntijaverkostossa (ks. sivu 7), jossa kuntoutuskeskuksen entisen johtajan Hannu Alarannan jälkeen hallintoylilääkäri Eija Ahoniemi ja johtava psykologi Sanna Koskinen ovat olleet mukana vaikeavammaisten toimintakyky -asiantuntijaryhmässä. (Invalidiliiton Käpylän

kuntoutuskeskuksen toimintakertomus 2010; Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto, TOIMIA.)

Kuntoutuskeskuksen sisäisessä kehittämistyössä ICF-luokitusta on hyödynnetty mm. aivohalvauksen sairastaneiden kuntoutujien kuntoutusjaksojen tuotteistamisessa vuonna 2007. Jokaisen aihealueen kohdalla määriteltiin, mitkä ammattiryhmät (lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, neuropsykologi, puheterapeutti ja sosiaalityöntekijä) osallistuvat kyseisen aihealueen arviointiin ja kuka tai ketkä ovat siitä päävastuussa. Tätä lomaketta käytettiin apuna tämän opinnäytetyön tutkimustehtävän aineiston tiedon kokoamisessa ja analysoimisessa.

Kuntoutuskeskuksen vuoden 2010 toimintasuunnitelmassa yhtenä keskeisenä painopisteenä oli ICF-luokituksen hyödyntäminen kuntoutuspalveluja suunniteltaessa ja kehitettäessä. Kevään 2010 aikana molemmilla kuntoutuslinjoilla toteutettiin ns. ICF-pilotointi. Tavoitteena oli moniammatillisen kuntoutusryhmän yhteinen oppimisprosessi kuntoutuspalveluiden ja -menetelmien kehittämiseksi sekä ICF-luokituksen soveltamiseksi käytännön kuntoutustyössä. Pilottivaiheessa mukana oli kaksi kuntoutujaa, molemmat miehiä, joista toisella oli traumaattinen aivovaurio (aivovamma) ja toisella korkea selkäydinvaurio (tetraplegia). Kuntoutusjaksolla ollessaan kuntoutujat olivat 41- ja 38-vuotiaita. Kumpikin kuntoutuja oli jatkokuntoutusjaksolla: aivovamman saanut kuntoutuja ensimmäistä kertaa ja selkäydinvaurion saanut kuntoutuja kolmatta kertaa.

Aivovauriokuntoutuslinjalla pilottikuntoutujan valinnan perusteina oli, että kuntoutujalla oli diagnosoitu aivovamma, ensimmäinen kuntoutusjakso Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa sekä esitietojen mukaan moniammatillisen kuntoutuksen tarve. Kuntoutusjakson ajankohta oli tärkeä kriteeri, koska pilottihankkeen oli tarkoitus toteutua keväällä 2010 heti traumaattisen aivovaurion ICF ydinkäsitteluetteloitten hyväksymisen ja julkaisemisen jälkeen. Koska oli tarkoituksenmukaista toteuttaa pilottikokeilu samanaikaisesti molemmilla kuntoutuslinjoilla, selkäydinvauriokuntoutuslinjan pilottikuntoutuja valikoitui lähinnä kuntoutusjakson ajankohdan perusteella (Hokkinen 2011).

ICF-pilottikuntoutujien kohdalla työryhmän jäsenet pitivät työntekijäkokouksen ennen kuntoutusjakson alkua. Kokoontumisen tarkoituksena oli perehtyä ICF-luokituksen käyttöön ja keskinäiseen työnjakoon sekä kuntoutujan kokonaistilanteeseen. Aivovauriokuntoutujan työryhmälle esiteltiin myös Sveitsissä sijaitsevan Lucernen neurologisen kuntoutuskeskuksen projekti, jossa ICF-luokitusta hyödynnettiin moniammatillisissa arvioinneissa, kommunikaatiossa, kuntoutuskokouskäytännöissä, kuntoutuksen suunnittelussa ja dokumentoinnissa (Rentsch ym. 2003: 412).

Pilotoinnissa käytettiin ICF:n vauriokohtaisia suppeita ydinkäsiteluetteloita kuntoutujien alkuhaastattelujen, muun arvioinnin ja kuntoutustavoitteiden asettamisen pohjana. Johdava psykologi Sanna Koskinen ja kuntoutussuunnittelija Eeva-Maija Hokkinen olivat saaneet Alexandra Rauchilta Sveitsin selkäydinvammasäätiön tutkimuskeskuksesta luvan kääntää hänen, Alarcos Ciezan ja Gerold Stuckin kehittämät ja vuonna 2008 raportoimat ICF arviointilomakkeet suomen kielelle. Pilottivaiheen aikana käännettiin kaksi arviointilomaketta: ICF Categorical Profile (henkilön toimintakyvyn profiili) ja ICF Evaluation Display (vaikuttavuuden arviointi) -lomakkeet. (Liitteenä 4 on aivovamma-kuntoutujalla käytetyn ICF henkilön toimintakyvyn profiili -lomakkeen pohja, jonka julkaisemiseen on saatu lupa sekä Eeva-Maija Hokkiselta että Alexandra Rauchilta).

Kuntoutujat ottivat pilotointihaasteen vastaan hyvillä mielin, ja moniammatillisen työryhmän jäsenet kokivat työskentelyn mielekkäänä. Itse työskentelin toisen pilottikuntoutujan työryhmässä toimintaterapeuttina. Kokeilun toteutus ja tulokset esiteltiin Invalidiliiton kuntoutusseminaarissa kesäkuussa 2010. (Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen toimintakertomus 2010,)

6 Tutkimustehtävän tarkoitus ja tavoite

Tutkimustehtävän tarkoituksena on selvittää, miten kuntoutujien toimintakykyä on sairauskertomusdokumenteissa kuvattu ja millaisiin arviointikäytäntöihin ja moniammatilliseen yhteistyöhön kuvaus perustuu. Tavoitteena on edistää toimintakyvyn arvioimista ja kuvaamista ICF-viitekehyksen mukaisesti moniammatillisesti ja kuntoutujan kokonaisvaltaisesta näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset muodostuivat seuraaviksi:

1. Millaisena kuntoutujan toimintakyky näyttäytyy kuntoutusyhteenvedossa ja eri ammattiryhmien sairauskertomusdokumenteissa?
2. Millaisiin arviointikäytäntöihin ja moniammatilliseen yhteistyöhön toimintakyvyn kuvaaminen perustuu?

7 Tutkimuksessa käytetyt menetelmät

7.1 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksen perusjoukkona olivat yksilöllisellä jatkokuntoutusjaksolla olleet neljän suurimman vammaryhmän kuntoutujat ja aineistona heistä laaditut sairauskertomusdokumentit. Aineiston keruusta vastasi kuntoutussuunnittelija, joka ei osallistunut millään lailla aineiston analysoimiseen. Aineisto kerättiin kahtena ryhmänä kahdelta eri ajanjaksolta. Toiseen ryhmään kuntoutujat valittiin sattumanvaraisesti niiden kuntoutujien joukosta, joiden kuntoutusyhteenveto oli postitettu ajalla 1.2.2009 – 30.4.2009. Perusjoukko jaettiin ensin seuraaviin ryhmiin:

- selkäydinvaurio: tetraplegia (neliraajahalvaus)
- selkäydinvaurio: paraplegia (alaraajahalvaus)
- aivovamma (traumaattinen aivovaurio)
- aivohalvaus (aivoinfarkti tai aivoverenvuoto)

Kunkin neljän (4) ryhmän sisällä suoritettiin arvonta, jonka mukaan tutkimukseen valikoitui sattumanvaraisesti kaksi (2) kuntoutujaa per ryhmä eli yhteensä kahdeksan (8) kuntoutujaa (taulukko 2). Kyseessä oli näin ositettu otanta tasaisella kiintiöinnillä (Heikkilä 2004: 37–38).

Toiseen ryhmään otettiin harkinnanvaraisesti ne kaksi (2) ns. ICF-pilottikuntoutujaa, jotka olivat kuntoutusjaksolla touko-kesäkuussa 2010 (ks. sivu 22). Vaikka aineisto on muodostunut kahdesta eri tavalla kerätystä ryhmästä, sitä on käsitelty yhtenä kokonaisuutena. Ellei asiasta erikseen mainita, tuloksissa viitataan kaikkiin 10 kuntoutujaan.

Taulukko 2. Sattumanvaraisesti valikoidun ryhmän perusjoukko ja siitä poimittu otos.

Vammaryhmä	Perusjoukko						Otos		
	n	Nainen	%	Mies	%	Ikä ka	Nainen	Mies	Ikä ka
Tetraplegia	43	5	12	38	88	49	0	2	45
Paraplegia	29	6	21	23	79	53	1	1	54
Aivovamma	57	16	28	41	72	40	1	1	23
Aivohalvaus	19	7	37	12	63	53	0	2	46
	148	34	23	114	77		2	6	

Tutkimukseen sattumanvaraisesti valikoitunut otos edusti perusjoukkoa ikä- ja sukupuolijakauman suhteen melko hyvin (taulukko 2). Miesten osuus oli 75 %, kun se perusjoukossa oli 77 %. Selkäydinvaurion tai aivohalvauksen saaneet kuntoutujat olivat

ialtään 33 – 61-vuotiaita. Keski-ikä oli lähellä perusryhmän eli oman vammaryhmän keski-ikää, koska ikäerot näiden otosparien sisällä olivat huomattavat (14 – 24 vuotta). Aivovamman saaneiden kuntoutujien kohdalla otosparin ikärakenne poikkesi perusryhmästä: molemmat kuntoutujat olivat keskenään lähes samanikäisiä ja otosparin keski-ikä oli vain 23 vuotta, kun se perusryhmän kohdalla oli 40 vuotta. Molemmat ICF-pilottikuntoutujat olivat myös miehiä. Selkäydinvammaisen pilottikuntoutujan ikä 41 vuotta vastasi tutkimusjoukon muiden selkäydinvaurion saaneiden kuntoutujien ikärakennetta. Aivovammainen pilottikuntoutuja oli 38-vuotiaana huomattavasti vanhempi kuin muut tutkimusjoukon aivovamman saaneet kuntoutujat. Hänen ikänsä vastasi toisaalta aivovamman saaneiden kuntoutujien perusryhmän keski-ikää.

Kaikki selkäydinvaurion saaneet kuntoutujat olivat olleet Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa aiemmin peruskuntoutusjaksolla ja yhtä henkilöä lukuun ottamatta myös jo ainakin yhdellä jatkokuntoutusjaksolla. Kuntoutusjakson alkaessa oli vammautumisen kulunut aikaa keskimäärin vajaa neljä vuotta (vaihteluväli 2 v 0 kk – 6 v 9 kk). Kuntoutusjaksojen pituudet olivat jatkokuntoutusjaksoille tavanomaiset: kolme tai neljä viikkoa tetraplegiakuntoutujilla ja kaksi viikkoa paraplegiakuntoutujilla.

Koko tutkimusjoukon kolmesta traumaattisen aivovaurion saaneesta kuntoutujasta kaksi oli kolmen viikon mittaisella laitoskuntoutusjaksolla, toinen ensimmäisellä kuntoutusjaksollaan ja toinen kolmatta kertaa samassa kuntoutuskeskuksessa. Yksi kuntoutuja oli puolestaan ns. viiden päivän arviointijaksolla. Aivohalvauskuntoutujista toinen oli ensimmäisellä kuntoutusjaksollaan, kun taas toinen oli ollut jo aiemmin peruskuntoutusjaksolla samassa kuntoutuskeskuksessa. Kuntoutusjakson pituus oli kolme tai neljä viikkoa. Kuntoutusjakson alkaessa oli vammautumisen kulunut aika aivovauriokuntoutujilla keskimäärin vajaa kaksi vuotta (vaihteluväli 1 v 2 kk – 2 v 9 kk). Poikkeuksena oli ICF-pilottikuntoutuja, jolla tapaturmasta oli kulunut aikaa jo lähes yhdeksän vuotta.

Tutkimusjoukon kaikki viisi selkäydinvaurion saanutta kuntoutujaa olivat vammautuneet tapaturman seurauksena. Heistä kahdella oli diagnosoitu myös aivovamma ja yhdellä oli vahva epäily aivovammasta. Yhdellä aivovamman saaneella kuntoutujalla diagnosoitiin puolestaan kuntoutusjakson aikana myös selkäydinvamma. Lisäksi hänellä oli vaikeita vartalon ja raajojen vammojen jälkitiloja.

Taulukossa 3 näkyy tutkimusaineiston eli kirjallisten dokumenttien laji ja määrä jaoteltuna vammaryhmittäin. Tutkimusaineisto muodostui kaikkien 10 kuntoutujan fysiatriin tai neurologin, hoitajan, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän, (neuro)psykologin, toimintaterapeutin ja puheterapeutin laatimista sairauskertomusdokumenteista (n = 82) sekä kun-

toutussuunnittelijan kirjaamista ICF-pilottikuntoutujien haastattelu- ja kokousmuistioista sekä arviointilomakkeista (n = 7). Aineiston kokonaismääräksi tuli näin 89 eri dokumenttia, jotka sisälsivät yhteensä 389 tekstisivua.

Taulukko 3. Tutkimusaineiston määrä vammaryhmittäin.

Vammaryhmä Dokumentin nimi	Tetraple- gia	Paraple- gia	Aivo- vamma	Aivo- halvaus	Yhteensä n
Kuntoutus- yhteenvedo	3	2	3	2	10
Sairauskertomus	3	2	3	2	10
Hoitotyö	3	2	3	2	10
Päivittäinen hoitotyö	3	2	3	2	10
Fysioterapia	3	2	3	2	10
Sosiaalityö	3	2	3	2	10
(Neuro)psykologia	2	2	3	2	9
Toimintaterapia	3	0	3	2	8
Puheterapia	0	0	3	2	5
Muu dokumentti (ICF)	2	0	5	0	7
<i>Yhteensä n =</i>	25	14	33	18	89

Sairauskertomustekstejä ja muita kirjallisia dokumentteja analysoitiin teorialähtöisesti luokittelevan sisällönanalyysin menetelmällä käyttäen luokitusrunkona ICF-luokitusta. Analysoinnissa painopiste oli aineiston laadullisessa kuvaamisessa. Aineiston kvantifiointia käytettiin apuna analysoitaessa sitä, miten toimintakykyä kuvaavat ilmaukset jakautuivat aihealueittain ICF-luokituksen pääluokkiin. Luokitusyksikkönä käytettiin ICF-luokituksen kuvauskohdetta. (Anttila 2006: 293; Tuomi – Sarajärvi 2009: 110, 113, 120.)

Jokainen sairauskertomusdokumentti luettiin lause lauseelta koodaten samalla toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin liittyviä ilmauksia ICF-luokituksen mukaisesti ilman tarkenteita (liite 5). Analysointi aloitettiin aina lääkärin laatimasta kuntoutusyhteenvedosta. Toimintakyvyn kuvausten lisäksi etsittiin tietoa toimintakyvyn arvioinnin tarkoituksista, arviointikäytännöistä ja -menetelmistä sekä toteutuneesta sisäisestä ja ulkoisesta yh-

teistyöstä. Jokainen dokumentti käytiin läpi vähintään kaksi kertaa lukuun ottamatta lääkärin sairauskertomuslehteä ja päivittäisen hoitotyön lehteä, joissa riitti kertalukeminen.

Dokumentteihin merkityt koodit siirrettiin kuntoutujakohtaiseen koontitaulukkoon, joka sisälsi lähes kaikki ICF-luokituksen kaksipuolaisen laitoksen aihealueet (esimerkkinä liite 6). Taulukosta jätettiin pois jokaisen aihealueriikkeen ”muu määritelty ja määrittelemätön” -aihealueet, koska niitä ei ollut käytetty koodauksessa. Taulukkoon merkittiin rasteilla, minkä ammattiryhmän tai -ryhmien teksteissä mikäkin aihealue oli kuvattuna. Taulukkoon merkittiin myös, oliko toimintakyvyn aihealue mainittu kuntoutusyhenteenvedossa vai työntekijän omalla kertomuslehdellä. Lisäksi mainittujen aihealueiden kohdalle merkittiin värikoodeilla, sisältyikö aihealue kyseisen vammaryhmän suppeaan vai laajaan ydinkäsitteluun vai ei kumpaankaan. Näitä yksityiskohtaisia tietoja voidaan hyödyntää tarkemmin kuntoutuskeskuksen sisäisessä kehittämistyössä.

Kuntoutujakohtaisiin koontitaulukoihin merkittiin pääluokittain, kuinka montaa aihealuetta sairauskertomusdokumenteissa oli kuvattu kunkin kuntoutujan kohdalla. Nämä tiedot koottiin tämän jälkeen yhteiselle lomakkeelle (taulukko 4, sivu 29). Luettavuuden helpottamiseksi on ruumiin rakenteiden aihealueet jätetty taulukosta pois. Tulosten raportointiosuudessa myös nämä aihealueet kuvataan sanallisesti.

7.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset ja tarvittavat luvat

Tutkimusaineisto perustui jo menneisiin kuntoutusjaksoihin ja niistä tehtyihin sairauskertomusdokumentteihin. Tutkimuksen tekeminen ei näin vaikuttanut millään lailla tutkimusjoukkoon kuuluneiden kuntoutujien kuntoutukseen tai dokumenttien kirjaamisen sisältöihin, eikä siitä aiheutunut heille haittaa. Tutkimuksen tavoitteena on edistää toimintakyvyn arviointia ja kuvausta moniammatillisesti ja kuntoutujan kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Tutkimuksen teolla on näin toivottavasti positiivista vaikutusta tulevien kuntoutujien toimintakyvyn kuvautumiseen sairauskertomusdokumenteissa. Koska tutkimusaineistona käytettiin kuntoutujien sairauskertomuksia, tutkimuksen tekemistä varten tarvittiin lupa Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen tutkimuseettiseltä toimikunnalta (liite 7). Johtava psykologi Sanna Koskinen nimettiin kuntoutuskeskuksen vastuuhenkilöksi tutkimustehtävässä. Muina pääyhteistyöhenkilöinä ovat olleet kuntoutussuunnittelija Eeva-Maija Hokkinen sekä kesään 2011 saakka kuntoutuspalvelu- ja kehittämispäällikkö Marjo Liimatainen. Lisäksi tehtiin yhteistyösopimus kuntoutuskeskuksen ja Metropolia Ammattikorkeakoulun välille.

Tutkimusjoukon toisen ryhmän valinnassa pyrittiin eettisesti kestävään sattumanvaraisuuteen. Kuntoutussuunnittelija suoritti haun annettujen valintakriteerien pohjalta (ajankohta, vammaryhmät, lukumäärä).

Tutkimustuloksia kuvattaessa ei kuntoutujien tunnistamisen mahdollistavia tietoja ole käsitelty millään lailla. Aineiston analyysissa on kerrottu taustatietoina kuntoutujien lukumäärä, vammaryhmä, sukupuoli ja ikä sekä kuntoutusjakson pituus. Myöskään työntekijöiden tunnistamisen mahdollistavia tietoja ei ole tuotu esille, vaan heitä on käsitelty ammattiryhminä. Aineiston kerännyt kuntoutussuunnittelija tulosti sähköisesti tallennetut sairauskertomusdokumentit, ja tutkimuksen tekijä poisti niistä välittömästi kuntoutujien henkilötiedot. Aineisto säilytettiin tutkimuksen tekoprosessin ajan niin, ettei kukaan muu päässyt sitä näkemään. Sairauskertomuspaperit tuhotaan muiden tietosuojapapereiden mukaisesti silppuamalla heti sen jälkeen, kun opinnäytetyö on valmistunut ja hyväksytty.

Opinnäytetyön tulokset esitetään Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa. Hyväksytty opinnäytetyö toimitetaan kirjallisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastoon ja molemmille opinnäytetyön ohjaajille sekä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen kirjastoon ja arkistoon. Lisäksi opinnäytetyöstä luovutetaan sähköinen versio ammattikorkeakoulun kirjastoon.

8 Tutkimustulokset ja johtopäätökset

8.1 Kuntoutujan toimintakyvyn kuvautuminen

Kuntoutujien toimintakykyä oli arvioitu ja kuvattu jokaisen ICF-luokituksen osa-alueen osalta. Kuntoutujakohtaiseen taulukkoon (esimerkkinä liite 6) kerättiin kaikki ne kaksiportaisen ICF-luokituksen aihealueet, joita tämän kuntoutujan sairauskertomusteksteissä oli kuvattu. Taulukkoon 4 on yhdistetty kuntoutujakohtaisista taulukoista kerätyt tiedot pääluokittain ruumiin/kehon toimintojen, suoritusten ja osallistumisen sekä ympäristötekijöiden osalta. Luettavuuden helpottamiseksi on ruumiin rakenteiden osa-alue jätetty taulukosta pois. Taulukosta näkee, kuinka montaa eri aihealuetta kunkin kuntoutujan kohdalla oli kuvattu. Kuntoutujakohtaisessa taulukossa esimerkiksi b1 pääluokkaan kuului 18 aihealuetta, joten siinä pääluokassa voi olla korkeintaan 18 merkintää.

Taulukko 4. Sairauskertomusteksteissä esiintyneiden toimintakykyä kuvaavien ilmauksien ja kautuminen aihealueittain ICF-luokituksen eri pääluokkiin.

		Selkäydinvauriokuntoutujat					Aivovauriokuntoutujat				
		tetraplegia			paraplegia		aivovamma			aivohalvaus	
Kuntoutuja	ICF-pääluokat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b = ruumiin/kehon toiminnot	b 1	5	6	8	3	4	11	12	9	12	9
	b 2	2	2	2	3	2	6	4	4	6	7
	b 3	1	0	0	0	0	3	0	0	0	2
	b 4	5	4	2	2	2	2	3	1	3	1
	b 5	5	4	3	1	3	3	1	2	4	3
	b 6	2	2	3	2	2	2	1	1	2	2
	b 7	4	7	6	3	5	6	5	5	5	6
	b 8	2	2	3	1	1	0	1	1	1	1
	yht.	26	27	27	15	20	33	27	23	33	31
d = suoritukset ja osallistuminen	d 1	1	1	0	0	0	3	6	4	3	2
	d 2	1	1	0	0	0	2	2	2	2	1
	d 3	1	1	0	0	0	6	7	4	7	3
	d 4	6	10	8	6	7	10	7	5	8	9
	d 5	6	6	5	5	6	5	6	5	6	7
	d 6	0	4	3	3	1	4	3	3	4	3
	d 7	4	1	1	0	3	5	2	4	4	3
	d 8	0	1	1	2	1	6	4	5	1	1
	d 9	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	yht.	20	26	20	17	19	42	38	33	36	30
e = ympäristötekijät	e 1	6	5	7	5	4	4	4	2	3	4
	e 2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0
	e 3	2	2	5	1	3	4	3	2	4	4
	e 4	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0
	e 5	3	5	3	3	3	4	3	3	2	4
	yht.	13	13	15	10	11	16	11	7	10	12
yhteensä	59	66	62	42	50	91	76	63	79	73	

Kaikilla kuntoutujilla oli kuvattu toimintakykyä ja toimintarajoitteita sekä niihin vaikuttaneita ympäristötekijöitä. Eri aihealueisiin kuuluneita ilmauksia oli kirjattu eniten aivovauriokuntoutujilla: aivovamman saaneilla kuntoutujilla keskimäärin 76,7 ja aivohalvauksen sairastaneilla keskimäärin 76 ilmaisua. Selkäydinvaurion saaneilla vastaavat luvut olivat tetraplegiakuntoutujilla 62,3 ja paraplegiakuntoutujilla 46. Selkäydinvammaisilla kuntoutujilla löytyi eniten kuvauksia d4 Liikkumisessa (esim. itsensä siirtäminen ja liikkuminen välineiden avulla), d5 Itsestä huolehtimisessa (esim. peseytyminen ja pukeutuminen), e1 Tuotteissa ja teknologioissa (esim. lääkkeet ja apuvälineet), b1 Mielen-toiminnoissa (esim. uneen ja tunne-elämään liittyvät toiminnot) sekä b7 Tuki- ja liikuntaelimitykseen ja liikkeisiin liittyvissä toiminnoissa (esim. lihasvoima ja lihasjänteys). Aivovauriokuntoutujilla puolestaan oli eniten kuvauksia b1 Mielen-toiminnoissa, d4 Liikkumisessa, d5 Itsestä huolehtimisessa, d3 Kommunikoinnissa ja b2 Aistitoiminnoissa ja kivussa. Kivusta oli mainittu kaikkien kuntoutujien kohdalla. Vähiten kummallakin kuntoutujaryhmällä oli kuvattu e4 Asenteita, b3 Ääni- ja puhetoimintoja sekä e2 Luonnonmukaista ympäristöä ja ihmisen tekemiä ympäristömuutoksia.

Ruumiin rakenteista oli jokaisen kuntoutujan kohdalla mainittu vajavuus pääluokan s1 Hermojärjestelmän rakenteissa, joko aivojen tai selkäytimen rakenteissa. Jokaisella selkäydinvammaisella kuntoutujalla oli mainittu myös vähintään yksi muu poikkeama joko s4 Sydän ja verenkierto-, immuuni- ja hengitys järjestelmän, d5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritys järjestelmän, s6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän tai s7 Liikkeeseen liittyvissä rakenteissa. Aivovauriokuntoutujista oli kahdella mainittu poikkeama s7 Liikkeeseen liittyvissä rakenteissa.

Myös kuntoutujaan liittyviä yksilötekijöitä oli kuvattu paljon. Kaikkien kuntoutujien kohdalla oli mainittu mm. sukupuoli, ikä, kotipaikkakunta, perhe- ja asumistilanne sekä muu terveydentilanne. Useimpien kuntoutujien kohdalla oli mainittu myös ammatti tai työ/opiskelutilanne. Mikäli oli mainittu esimerkiksi, että kuntoutuja asuu työssäkäyvän puolisonsa kanssa, mutta ei ollut kuvattu puolisoitten välistä suhdetta (d770), puolison tarjoaman avun tai tuen määrää (e310) tai puolison asenteita (e410), sijoitettiin maininta yksilötekijöihin.

Kuntoutusyhteenvedoissa ja eri ammattiryhmien arvioinneissa kuvattiin myös kuntoutuksen tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta sekä kuntoutusjakson tavoitteiden saavuttamisen että jatkokuntoutustarpeen arvioinnin kannalta. Invalidiliiton hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti kuntoutuksen tuloksia tarkasteltiin merkitysten, vaikutusten ja vaikuttavuuden ulottuvuuksilla (ks. sivu 20). Kuntoutuksen merkityksestä kuntoutujalle itselleen, hänen toimintakyvylleen tai elämänlaadulle oli joitain mainintoja, esim. ”Kuntou-

tujan mukaan fysioterapia on hänelle vaikean kiputilan ja liikerajoitusten takia elintärkeä.” Vaikutuksilla kuvattiin niitä muutoksia, joita tapahtui kuntoutusjakson aikana. Sairauskertomusdokumenteissa oli lyhyillä jatkokuntoutusjaksoilla kirjattu tavoitteiksi myös jonkin asian vireille saaminen tai arviointi esimerkiksi kuntoutujan työ- tai ajokyvystä, koulutusmahdollisuuksista tai jatkokuntoutustarpeesta. Tällöin tavoitteet liittyivät pitkälti ympäristötekijöihin. Vaikuttavuudella viitattiin siihen, miten kuntoutus vaikutti kuntoutujan arkeen, tavalliseen elämään kotona pidemmällä aikavälillä. Niiden kuntoutujien kohdalla, jotka tunnettiin jo aiemmin, toimintakykyä pystyttiin vertaamaan edellisen kuntoutusjakson tilanteeseen:

Fyysisen liikunta- ja toimintakyvyn osalta tilanne suhteellisen sama kuin vuosi sitten.

Avuntarve edelliseen jaksoon verrattuna vähäisempää.

Lihaskiviteettia tullut lisää edellisen jakson jälkeen.

Mikäli näitä ilmauksia ei avattu enempää, eivät ne itsessään kuvanneet kuntoutujan toimintakykyä juuri lainkaan. Sen sijaan seuraavat ilmaukset kertoivat jo enemmän:

Vuoteessa asennon vaihtaminen, siirtyminen ja seisomaan nousu sujuu edellisjaksoa varmemmin.

Puhe on selkeämpää verrattuna vuoden takaiseen tilanteeseen.

Edelliseen jaksoon verrattuna havaitaan kohentumista tapahtuneen tarkkaavuustoimintojen sekä visuaalisen päättelyn alueella: virhealttius on vähentynyt ja kuntoutuja on oppinut työskentelemään jonkin verran rauhallisemmin.

Kuntoutujilla oli keskenään hyvin erilainen elämäntilanne kuntoutusjaksolla ollessaan. Tämä näkyi sairauskertomusteksteissä esimerkiksi mainintoina, että ”kuntoutujan tilanne on vakiintunut ja asiat ovat kunnossa” tai että ”kuntoutujan elämäntilanne on muuttumassa, omalääkäri vaihtunut ja kuntoutuja on huolissaan kuntoutuksen ja palvelujen jatkuvuudesta”.

Kuntoutujan omaa kertomaa omasta elämäntilanteestaan, toimintakyvystään ja tavoitteistaan esiintyi aineistossa paljon. Kuvaukset alkoivat esimerkiksi sanoilla ”kuntoutujan mukaan...”, ”kuntoutuja kertoo...”, ”kuntoutuja nimeää...”, ”kuntoutuja on tyytyväinen...” tai ”kuntoutujalle tuo tyydytystä...”. Myös läheisten kuvauksia tuotiin esille.

Kuntoutuja kertoo, että voineet viettää perhe-elämää varsin tyydyttävästi hoitoringin mukanaolosta huolimatta. Kuntoutuja kokee myös, että on pystynyt olemaan isä pojalleen fyysisestä muutoksesta huolimatta. Myös poika tuo keskustelussa esiin, että on sopeutunut isän vammautumiseen.

Kokee nyt pikku hiljaa sopeutuneensa uuteen, muuttuneeseen elämänrytmiin.

Kertoo myös osallistuvansa kodinhoidollisiin tehtäviin, kuten tiskaus, pyykinpesu, imurointi sekä pihatyöt.

Kuntoutujan vahvuuksia oli kuvattu muun muassa seuraavasti:

Kuntoutuja on erittäin sinnikäs ja haluaa tehdä itselleen tärkeitä asioita. Hän on oppinut hänelle mahdolliset tavat toimia ja kokee selviytyvänsä arkielämän kaikista toiminnoista.

Kahvilassa käydessä toimii erittäin rohkeasti kertoessaan mitä haluaa, käyttää eleitä ja piirtää.

Kuntoutujan vahvuksina on sinnikkyys ja motivaatio toimia aktiivisesti toimintakykynsä rajoissa. On sosiaalisesti taitava, mieliala on vakaa ja positiivinen.

Voimavarana oma asenne: ”ei ole kiire, kaikesta selviää”.

Toimintakykyä kuvaavissa ilmauksissa oli myös jonkin verran kerrottu, millä tavalla kuntoutuja toimi: mitä hän pystyi tekemään itsenäisesti, millaista apua tai ohjausta hän tarvitsi ja kuinka turvallista tekeminen oli. Jokaisen kuntoutujan kohdalla oli mainittu tarvittavat apuvälineet sekä ainakin karkeasti tarvittavan avun määrä. Etenkin pyörätuolin käyttäjien kohdalla oli mainittu ympäristön tilojen merkitys, esimerkiksi niin, että ”kuntoutuja on itsenäinen päivittäisissä toiminnoissa pyörätuolin käyttäjälle soveltuvassa ympäristössä”.

Joissakin kuvauksissa käytettiin epäselviä ilmauksia, jotka antoivat kuntoutujan toimintakyvystä ristiriitaisen kuvan. Kerrottiin esimerkiksi, että ”kuntoutuja on itsenäinen päivittäisissä toiminnoissa” ja kahta lausetta myöhemmin kuvattiin, että ”Kotiooloissa arjessa selviytyminen perustuu paljon puolisoilta saatavaan apuun. Avun tarvetta on kodinhoidollisten tehtävien ohella myös kodin ulkopuolella liikuttaessa asiointimatkoilla.” ”Itsenäinen päivittäisissä toiminnoissa” tarkoitti tässä yhteydessä todennäköisesti itsestä huolehtimisen toimintoja (mm. pukeutuminen, peseytyminen ja ruokaileminen) sekä mahdollisesti liikkumista ja itsensä siirtämistä.

Kaikkien kuntoutujien kohdalla oli kuvattu sekä toimintakykyä että toimintarajoitteita. Kuvauksia esiintyi myös kaikista ICF-luokituksen osa-alueista. Painopisteet kunkin kuntoutujan kuvausten jakautumisessa eri aihealueisiin vaihtelivat sekä vammaryhmien välillä että niiden sisällä. Kummassakin vammaryhmässä oli yksi kuntoutuja, jonka toimintakykyä oli kuvattu suppeammin kuin muiden kuntoutujien. Selvin ero vammaryhmien välillä eri osa-alueiden kuvauksissa oli suoritusten ja osallistumisen osa-alueella. Ero selittyi suurimmaksi osaksi d1 Oppimisen ja tiedon soveltamisen, d3 Kommunoinnin ja d8 Keskeisten elämänalueiden aihealueiden kuvausten määrällä. Kaikkein laajimmin oli kuvattu aivovaurion saaneen ICF-pilottikuntoutujan toimintakykyä. Hänen kohdallaan myös vahvuuksia oli kirjattu muita kuntoutujia enemmän.

On huomioitava, että aineiston analyysi ja kuvatut havainnot perustuivat pelkästään dokumentoituun tietoon. Se, ettei jotakin asiaa ollut dokumentoitu, ei tarkoita välttämättä sitä, ettei tätä asiaa olisi huomioitu tai arvioitu. Kaikkia esimerkiksi perhesuhteisiin tai seksuaalisuuteen liittyviä asioita eivät kuntoutujat mahdollisesti halunneet kirjattavan eikä kaikkea ole myöskään tarpeen kirjata.

8.2 Toimintakyvyn arviointikäytännöt ja moniammatillinen yhteistyö

Lääkärin tulotarkastus toteutui kuntoutusjakson ensimmäisenä tai toisena päivänä. Tulotarkastuskäytäntö oli erilainen eri kuntoutujaryhmien kohdalla. Selkäydinvauriokuntoutujien tulotarkastukset olivat osittain moniammatillisia: kolmen kuntoutujan tulotarkastuksessa oli mukana myös fysioterapeutti tai toimintaterapeutti. Aivovauriokuntoutujien kohdalla lääkäri teki tulotarkastuksen yksin.

ICF-pilottikuntoutujilla kokeiltiin normaalikäytännöstä poiketen keskitettyä alkuhaastattelua. Kuntoutussuunnittelija, joka ei muuten kuulunut kuntoutujien työryhmään, haastatteli kummankin pilottikuntoutujan jakson alussa. Haastattelun pohjana käytettiin kuntoutujan vammaryhmän suppeaa ydinkäsiteluetteloä. Kuntoutussuunnittelija kirjasi kuntoutujan vastaukset ja antoi tiedot koko työryhmän käyttöön. Näin jokainen työntekijä sai saman tietopohjan, jota sitten omasta näkökulmastaan pystyi kuntoutujan kanssa tarkentamaan. Kuntoutujan ei myöskään tarvinnut vastata samoihin peruskysymyksiin aina uudelleen.

Pilottikuntoutujien kohdalla työryhmän jäsenet pitivät erillisen työntekijäkokouksen ennen kuntoutusjakson alkamista. Tarkoituksena oli perehtyä ICF-luokituksen käyttöön ja keskinäiseen työnjakoon sekä kuntoutujien kokonaistilanteeseen. Myös viiden päivän arviointijaksolla olleen kuntoutujan kohdalla pidettiin työntekijäkokous ennen jaksoa.

Kahden viikon kuntoutusjaksolla olleiden paraplegiakuntoutujien (2) kohdalla suunnitelmakokousta ei pidetty lainkaan. Muiden kuntoutujien kuntoutussuunnitelmakokous pidettiin kuntoutusjakson ensimmäisen viikon aikana. Kuntoutuslinjoilla oli erilaiset käytännöt kuntoutujien osallistumisesta näihin kokouksiin: selkäydinvauriokuntoutujat olivat mukana kuntoutussuunnitelmakokouksissa, kun taas aivovauriokuntoutujat eivät pääsääntöisesti olleet. Kenenkään kuntoutujan kuntoutussuunnitelmakokouksessa ei ollut läsnä omaisia tai muita läheisiä.

Aivovamman saanut ICF-pilottikuntoutuja oli ainoa aivovauriokuntoutuja, joka osallistui jaksonsa kuntoutussuunnitelmakokoukseen. Myös kuntoutussuunnittelija oli poikkeuksellisesti mukana kirjaamassa kokouksen kulkua. Työryhmä piti alkuun työntekijäkokouksen suunnitellen kuntoutujan kanssa tapahtuvaa yhteiskokousta. Tarkoituksena oli arvioida kuntoutujan toimintakykyä yhdessä hänen kanssaan käyttämällä ICF henkilön toimintakyvyn profiili -lomaketta, johon oli koottu traumaattisen aivovaurion suppean ydinkäsiteluettelon aihealueet (ks. liite 4). Ajatuksena oli, että sekä kuntoutuja että yhteisestä aihealueesta arviointivastuussa oleva työryhmän jäsen kertoisivat ensin omat näkemyksensä kysytystä aihealueesta. Tämän jälkeen myös muut työntekijät saivat antaa omia kommenttejaan niin halutessaan. Kuntoutussuunnittelijan haastattelussa kuntoutuja ei ollut osannut vielä arvioida eri toimintarajoitteiden vaikeusastetta muuta kuin kivun osalta. Ennen kuntoutussuunnitelmakokousta hän oli käynyt niitä uudelleen läpi neuropsykologin kanssa. Kuntoutujan saavuttua aihealueita käsiteltiin lomakkeessa olevan järjestyksen mukaisesti. Kohdista ehdittiin ajanpuutteen vuoksi käydä läpi vain noin puolet, jotta ehdittiin keskustella kuntoutusjakson tavoitteista, joita kuntoutuja oli jo valmiiksi miettinyt. Samalla puhuttiin jakson sisällöstä. Lopuksi sosiaalityöntekijä kertoi mm. sosiaaliturvaan ja työtilanteeseen liittyvistä asioista.

Kuntoutusjakson loppukokouksessa olivat mukana kaikki kuntoutujat lukuun ottamatta yhtä kuntoutujaa, joka lopetti jaksonsa muutamaa päivää ennen alun perin suunniteltua lähtöajankohtaa. Loppukokouksessa oli kolmella aivovauriokuntoutujalla mukanaan läheinen, joko puoliso tai vanhempi. Kellään selkäydinvauriokuntoutujalla ei ollut kokouksessa mukana läheisiään, mutta kahteen loppukokoukseen osallistui myös Vakuutus kuntoutuksen kuntoutussuunnittelija. Kaikki kuntoutujien työryhmiin kuuluneet kuntoutuskeskuksen omat työntekijät olivat pääsääntöisesti mukana jokaisen kuntoutujan kokouksissa. Pilottikuntoutujien loppukokouksissa hyödynnettiin suunnitelmakokouksissa täytettyjä ICF henkilön toimintakyvyn profiili -lomakkeita tavoitteiden saavuttamisen tarkistamiseksi, mutta muuten niihin ei enää palattu.

Muiden kuin pilottikuntoutujien kohdalla sekä kuntoutussuunnitelma- että loppukokousten kulku eteni niin, että kukin työntekijä kertoi vuorollaan omasta osuudestaan kuntoutujan toimintakyvyn arvioinnissa ja kuntoutuksen toteutuksessa. Loppukokouksessa esitettiin myös näkemykset kuntoutujan jatkokuntoutustarpeesta. Kuntoutujalta ja hänen mahdollisesti mukana olleelta läheiseltään kysyttiin heidän näkemyksiään ja toiveitaan. Lääkäri kirjasi arviot sairauskertomukseen. Pilottikuntoutujien kokoukset etenivät enemmän toimintakyvyn aihealueiden mukaisessa järjestyksessä ja osin yhteisesti keskustellen.

Toimintakyvyn arvioinnin tarve vaihteli kuntoutujien elämäntilanteen ja tavoitteiden mukaan. Kuntoutusyhteenvetoihin oli kirjattu seuraavia arviointikohteita: moniammatillinen tilannearvio (9), apuvälinetarpeen arviointi (5), toiminta- ja liikuntakyvyn arviointi (4), suolen ja rakon toiminnan arviointi (4), lääkityksen arviointi (4) sekä jatkokuntoutustarpeen arviointi (2). Yksittäisinä mainintoina oli lisäksi ihon kuntoon, kipuun, työkykyyn, sosiaaliturvaan, omaishoidon tukeen tai elämänhallintaan liittyvien asioiden arviointi. Varsinaisella arviointijaksolla olleen kuntoutujan kohdalla tavoitteena oli selvittää, mikä hänen oirekuvassaan johtui aivovammasta, lähettävän tahon tavoitteena oli myös aivovamman vaikeusasteen määrittäminen. Yhden kuntoutujan kohdalla ei kuntoutusyhteenvetoon ollut kirjattuna kuntoutusjakson suunnitelmaa eikä tavoitteita. Kaikissa kuntoutusyhteenvedoissa oli arvioitu kuntoutujien tämänhetkistä kokonaistilannetta sekä lääkityksen, apuvälineiden, avun ja jatkokuntoutuksen tarvetta.

Kuntoutujien toimintakyvyn arvioinnissa oli käytetty lukuisia erilaisia arviointimenetelmiä aiempien tutkimustulosten hyödyntämisen lisäksi. Kaikilla kuntoutujilla oli käytetty FIM (Functional Independence Measure) -toimintakykymittaria, kuntoutujan haastattelua sekä toiminnan havainnointia. Yhtä kuntoutujaa lukuun ottamatta kaikilla oli käytetty yhtä tai useampaa liikkumista, hengittämistä, yläraajojen toimintaa, spastisuutta tai kipua mittaavaa mittaria (mm. lihasvoima, dynaaminen ja staattinen tasapaino, kuuden minuutin kävelytesti, Invalidisäätiön suorituskykytestit, spirometria, yläraajojen sensoririikkatestit, Ashworthin luokitus, VAS-jana (Visual Analogue Scale) ja kipupiiirros). Kaikilla selkäydinvauriokuntoutujilla sekä yhdellä aivovammakuntoutujalla oli käytetty ASIA (American Spinal Injury Association) Impairment Scale eli AIS-luokitusta. Aivovauriokuntoutujilla oli käytetty myös erilaisia neuropsykologisia ja kielellisiä testejä, lisäksi yhdelle kuntoutujalle oli tehty nielemistutkimus. Aivovamman saaneella pilottikuntoutujalla käytettiin myös QOLIBRI (Quality of life after brain injury) elämänlaatu aivovamman jälkeen -lomaketta sekä GOSE (Glasgow Outcome Scale Extended) -toimintakykymittaria. Etenkin aivovauriokuntoutujien kohdalla oli kuntoutujan haastatte-

lun lisäksi hyödynnetty omaisten sekä yhden kuntoutujan kohdalla esimiehen haastattelua.

Yhteistyöstä kuntoutuskeskuksen ulkopuolisten tahojen kanssa oli mainittu yhteydenotot ja/tai tapaamiset kuntoutujien omaisten (puoliso, lapset tai vanhemmat) sekä avokuntoutusta toteuttavien tahojen (fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, apuvälineyksikkö, keskussairaalan kuntoutusohjaaja, vakuutusyhtiö tai Vakuutus kuntoutuksen kuntoutussuunnittelija) kanssa.

Etenkin moniammatillista yhteistyötä arvioitaessa on muistettava, että tutkimusaineisto perustui pelkästään kuntoutusjaksoista laadittuihin kirjallisiin dokumentteihin. Yhden kuntoutujan kohdalla luki esimerkiksi suunnitelmaosuudessa, että ”yhteydenotto avoterapeuttiin”, mutta mahdollisesti toteutunutta yhteydenottoa ei ollut kirjattu. Tällöin siitä ei ollut dokumentoitua tietoa. Työryhmän sisäisestä yhteistyöstä oli mainittu lähinnä sairauskertomuslehdellä tulotarkastuksen ja kokousten yhteydessä. Pilottikuntoutujien kohdalla päästiin kokouksissa osittain kuvion 3 (ks. sivu 10) malliseen työskentelyyn, muuten yhteistyö oli pääosin kuvion 2 (ks. sivu 9) mukaista. Yhden kuntoutujan kohdalla oli puheterapeuttien, toimintaterapeuttien ja työterapeutin yhteisesti ohjaamista ryhmistä tehty yhteinen lausunto (kuvaus sisällöstä ja kuntoutujan toimintakykyyn liittyvistä aiheista).

Pilottikuntoutujilla ICF arviointilomakkeita oli hyödynnetty osittain. Kummallakin kuntoutujalla oli käytetty henkilön toimintakyvyn profiili -lomaketta, johon oli merkitty valmiiksi hänen vammaryhmänsä suppean ydinkäsiteluettelon aihealueet. Vain nämä aihealueet arvioitiin tarkenteilla 0–4 (ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristön rajoittavat tekijät) tai +0–4 (ympäristön edistävät tekijät). Lomakkeeseen olisi kuitenkin voitu lisätä muitakin kuntoutujan kannalta tärkeitä eri osa-alueiden aihealueita. Aivovammakuntoutujan kohdalla siihen lisättiinkin sellaisia hänelle keskeisiä toimintakyvyn aihealueita, jotka eivät sisältyneet traumaattisen aivoaurion suppeaan ydinkäsiteluetteluun. Näitä aihealueita ei kuitenkaan arvioitu tarkenteilla. Lomakkeisiin ei ollut myöskään merkitty, mihin tavoitteeseen mikäkin toimintakyvyn aihealue liittyy tai mikä on yksittäisen aihealueen tavoitetaso.

Puolen tunnin aika yhteistä kuntoutussuunnitelmakokousta varten osoittautui liian lyhyeksi, jotta pilottikuntoutujien ICF henkilön toimintakyvyn profiili -lomakkeen kaikki kohdat olisi ehditty käydä yhdessä läpi. Ennestään oudon uuden käytännön mukaan toimiminen vei luonnollisesti tavallista enemmän aikaa, ja lomakkeen tekninen käyttö helpottunee kokemuksen myötä. Jatkossa voi kuitenkin pohtia, kuinka pitkä aika kokouk-

siin kannattaisi varata etenkin aivovauriokuntoutujilla, jotta todellinen yhteistyö kuntoutujan kanssa olisi mahdollista. Jatkossa voi myös pohtia, tulisiko sekä kuntoutujan että työntekijöiden arviot laittaa näkyviin ICF arviointilomakkeisiin. Niihin oli pilottikokeilussa merkitty vain kuntoutujan arvio toimintakykynsä eri aihealueista. Myös työntekijöiden arvioista oli keskusteltu, mutta niitä ei ollut merkitty lomakkeisiin. Kuntoutujan asettamien tavoitteiden lisäksi työntekijöiden asettamat lisätavoitteet oli kuitenkin merkitty.

9 Pohdinta

Kuntoutujien sairauskertomusdokumenteissa oli kuvattu ICF-luokituksen eri osa-alueita pääluokkatasolla varsin kattavasti. Myös yksilötekijöitä oli mainittu runsaasti. Pääluokkien sisältämien aihealueiden tasolla kuvausten määrä ja laajuus vaihtelivat sekä kuntoutujien vammaryhmien välillä että niiden sisällä. Tähän vaikuttivat osaltaan työryhmän kokoonpanojen erot: kaikkien kuntoutujien työryhmissä oli lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä sekä yhtä kuntoutujaa lukuun ottamatta myös psykologi tai neuropsykologi. Näiden työntekijöiden lisäksi tetraplegiakuntoutujien työryhmissä oli toimintaterapeutti ja kaikkien aivovauriokuntoutujien työryhmissä toimintaterapeutti ja puheterapeutti.

Kaikkien kuntoutujien kohdalla oli kuvattu sekä toimintakykyä että toimintarajoitteita. Käytännössä niitä kuvattiin samanaikaisesti, jopa samassa virkkeessä. Toimintakyky on positiivinen termi: mitä on olemassa, mitä säilynyt, mikä vahvaa. Toimintakyvyn kuvaaminen voi kuitenkin muuttua toimintarajoitteiden kautta kuvaamiseksi. Kuntoutujien sairauskertomuksessa mainittiin esimerkiksi, että ”ei kipuongelmaa” tai ”ei ihoongelmaa” sen sijaan, että olisi todettu esimerkiksi ihon olevan kunnossa. Tai kuvattiin kuntoutujan kokevan, että ”tasapaino-ongelma on mahdollisesti hieman lievittänyt”.

Pilottikuntoutujilla käytettiin toimintakyvyn arvioinnin apuna ICF-luokitukseen pohjautuvia arviointilomakkeita ja vammaryhmän suppeita ydinkäsitteluetteloita. Niissä olevat aihealueet tuntuivat minusta aluksi kovin riittämättömiltä kuntoutujan toimintakyvyn kokonaisvaltaiseen arviointiin. Tästä huolimatta itselleni tuli sellainen käsitys, että kuntoutujat saivat tuotua jo kuntoutussuunnittelijan alkuhaastattelussa esille kaikki olennaiset asiat. Niitä vain tarkennettiin jakson aikana. Haastattelu ja sen kirjaaminen vei kuntoutussuunnittelijalta paljon aikaa, mutta antoi hienon pohjan muille työntekijöille ja vähensi kuntoutujan kuormitusta, kun jokainen työntekijä ei enää kysynyt samoja asioita alusta alkaen.

Erityisesti aivovamman saaneen pilottikuntoutujan työntekijät kokivat kokoukset tavallista ”keskusteleammiksi”. Asioita käsiteltiin aihealueittain ehjempinä kokonaisuuksina ja enemmän vuoropuheluna kuin työntekijöiden peräkkäisinä, ehkä irrallisinakin puheenvuoroina. Lähestyimme näin moniammatillisen yhteistyön korkeampaa tasoa, jossa edellytyksenä on tasavertainen keskustelu ja yhteinen dialogi (ks. sivu 10, kuvio 3). Näin välttyttiin myös turhalta samaan asiaan palaamiselta ja toistamiselta. Tällöin etenkin aivovaurion saaneen kuntoutujan voisi olla helpompi ymmärtää ja muistaa kuulemaansa ja osallistua tasavertaisemmin keskusteluun.

ICF henkilön toimintakyvyn profiili -lomakkeessa tarkastelun näkökulmana ovat ongelmat. Ongelmakeskeisyys johtunee siitä, että lomakkeen tarkoituksena on kuntoutustavoitteiden määrittäminen. Tarkenteena on aihealueen tai sitä tarkemman kuvauskohteen vaikeusaste asteikolla 0–4. Vaikka 0 tarkoittaa ”ei ongelmaa”, se kuvantuu lomakkeessa toimintarajoitteeksi, ei toimintakyvyksi. Sitä ei voi myöskään tarkentaa mahdolliseksi vahvuudeksi, voimavaraksi. Vahvuudet saadaan näkyviin ympäristötekijöiden toimintakykyä edistävissä tekijöissä sekä yksilötekijöissä. Lomakkeet on rakennettu luokituksen mukaiseen järjestykseen alkaen ruumiin/kehon toiminnoista ja rakenteista. Kuntoutumisen ja toimintakyvyn tukemisen sekä kokonaisvaltaisen näkemyksen luomisen kannalta olisi parempi aloittaa arviointi ja keskustelu suoritusten ja osallistumisen alueesta. Myös toimintakykyä edistävien ympäristötekijöiden sekä sitä tukevien yksilötekijöiden huomioiminen ja kirjaaminen tukevat voimavaralähtöistä näkökulmaa. Lomakkeeseen voisi myös merkitä sekä kuntoutujan että työntekijän arviot, mikäli ne poikkeavat toisistaan.

ICF-luokituksen käyttäminen eri ammattiryhmien yhteisenä kielenä ja nimikkeistönä todennäköisesti tarkentaisi kirjausta. Tällöin vältettäisiin esimerkiksi sellaisten sekaannusta aiheuttavien ilmaisujen käyttäminen, kuten ”päivittäiset perustoiminnot” tai ”kai-kissa päivittäisissä toiminnoissa”, joilla eri yhteyksissä viitataan toimintakyvyn eri aihe-alueisiin.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että sen suorittaminen aloitetaan ”avoimin, ennako-oletuksista vapain mielin”. Tutkijan tulee olla aiheesta kiinnostunut ja sen verran perillä sisällöstä, että hän osaa alusta lähtien havaita tutkittavan ilmiön olennaiset piirteet. Toisaalta aiheesta liian kiinni olevalla asiantuntijalla saattaa olla voimakkaita ennakkokäsityksiä, jotka voivat estää joidenkin asioiden havaitsemisen tai muuttaa sitä aineistoa, jota on analysoimassa. (Anttila 2006: 276; Metsämuuronen 2006: 121). Koska olen työskennellyt jo vuosikymmeniä toimintaterapeuttina käytännön kuntoutustyössä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa, on toimintakyvyn arvioiminen ja ku-

vaaminen aiheena tuttu ja osa jokapäiväistä työtä. Tutkimusaiheen valinta lähti myös pitkälti omasta kiinnostuksestani. Sain lisäksi mahdollisuuden työskennellä toisen ICF-pilottikuntoutujan työryhmässä ja tein siten toimintaterapian kirjaukset. En näin varmastikaan ole pystynyt lähestymään aihetta täysin objektiivisesti ja puolueettomasti.

Tutkimustehtävän suunnitteluvaiheessa kuntoutussuunnittelija Eeva-Maija Hokkinen, mentorini johtava psykologi Sanna Koskinen ja silloinen esimieheni kuntoutuspalveluja kehittämispäällikkö Marjo Liimatainen lukivat tutkimussuunnitelman ja antoivat siihen kommenttinsa. Myös aineiston analysoimisvaiheessa sain korvaamatonta tukea ja apua erityisesti mentoriltani. Luotettavuuden lisäämiseksi olen pyrkinyt tietoisesti jättämään omat ennako-oletukseni syrjään. Aineiston kävin läpi kohta kohdalta jättämättä mitään pois. Aineistoa analysoidessani olen myös tietoisesti pyrkinyt pitäytymään vain siinä, mitä on sanottu ilman ”rivien välistä” lukemista. Teorialähtöinen sisällönanalyysi lisää objektiivisuutta, koska se vähentää oman tulkinnan vaikutusta.

Alkuodotuksenani oli, että sairauskertomuksissa kuvattaisiin enemmän toimintarajoitteita kuin toimintakykyä. Oletin myös, ettei kuntoutujan vahvuuksia tuoda kovasti esille. Tutkimusaineistoa analysoidessani huomasin ilokseni, että olin ollut osittain väärässä. Esimerkiksi jokaisen kuntoutujan kohdalla oli mainintoja vapaa-ajan vietosta ja harrastuksista. Kuntoutujalähtöistä ja voimavarakeskeistä toimintakyvyn arvioimista ja kuvaamista on kuitenkin sekä syytä että mahdollista vahvistaa.

Kelan julkaisussa Hyvän kuntoutuskäytännön perusta (2011: 228–229) edellytetään, että kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa noudatetaan ICF-luokituksen viitekehystä. Tällä pyritään siihen, että arviointi yhdenmukaistuu ja on laaja-alaista niin, että kaikki toimintakyvyn osa-alueet tulevat huomioituiksi. Yhtä lailla edellytetään, että kuntoutujan ja hänen läheistensä kokemukset huomioidaan. ICF-luokituksen viitekehysten mukainen työskentely voi viedä toimintakyvyn arviointia ja kuntoutustyötä kuntoutujalähtöisempään ja kuntoutumista tukevampaan suuntaan. Se ei kuitenkaan ole vielä tämänhetkistä kuntoutustodellisuutta maassamme. Niin oman työpaikkani työntekijät kuin eri koulutustilaisuuksissa tapaamani ammattihenkilöt ovat olleet asian edessä hämmentyneitä, mutta sinänsä vastaanottavaisia. Tarvitaan vielä paljon lisää käytännön kokemusta sekä konkreettisten työvälineiden kehittämistä, käyttöönottoa ja koulutusta, jotta ICF-luokituksen viitekehys alkaa elää ja näkyä käytännön työssä ja kirjaamisessa.

Erilaisilla kirjaamisohjeilla ja arviointilomakkeilla on suuri vaikutus siihen, mihin kuntoutujan toimintakyvyn arvioinnissa ja kuvaamisessa, tavoitteiden laadinnassa sekä koko

kuntoutustyössä keskitytään. Sekä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa käynnissä oleva kirjaamishanke että ICF-viitekehyksen mukaisen moniammatillisen työskentelyn jatkaminen ovat merkittäviä tekijöitä kuntoutustyön kehittämisessä. Niin kokosten kuin kuntoutusyhteenvedonkin rakenteessa voisi kokeilla kuntoutujan toimintakyvyn osa-alueista lähtevää jaottelua työntekijäkeskeisen jaottelun sijaan.

Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa on äskettäin valmistunut tai parhaillaan valmisteilla useampia ICF-viitekehykseen liittyviä erilaajuisia tutkimuksia. Johtava psykologi Sanna Koskinen väitteli 18.11.2011 Helsingin yliopistossa ICF-viitekehyksen soveltamisesta aivovamman saaneen henkilön toimintakyvyn ja terveyteen liittyvän elämänlaadun arvioinnissa. Keskeisenä näkökulmana oli asiantuntijan ja kuntoutujan näkökulmien vertailu. Fysioterapeutti Kirsi Säynevirta tekee kuntoutuksen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon (Arcada) sisältyvän lopputyönsä ICF-viitekehyksen käytöstä tavoitteiden asettelussa moniammatillisissa työryhmissä aivovauriokuntoutujilla. Opinnäytetyö valmistunee vuoden 2012 lopussa.

Ammattikorkeakouluilla, yliopistoilla ja muilla koulutusorganisaatioilla on hyvä mahdollisuus kouluttaa opiskelijoitaan jo alusta asti ICF-osaamiseen. Ammattikorkeakoulut ovat alkaneet myös tarjota ICF-täydennyskoulutusta jo työssä oleville ammattihenkilöille. Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksella on puolestaan erinomainen mahdollisuus toimia uranuurtajana ICF-luokitukseen perustuvien arviointikäytäntöjen kehittämisessä ja kouluttamisessa Suomessa. Pilottikokeilussa saatiin hyvä alku suomenkielisten käytännön työvälineiden kehittämiseksi. Pilottikokeilun ja tämän opinnäytetyön tekemisen myötä olen itse vakuuttunut siitä, että ICF-pohjaiset lomakkeet voivat toimia konkreettisenä apuna kuntoutujan moniammatillisessa, kuntoutujalähtöisessä toimintakyvyn arvioinnissa ja kuvaamisessa sekä tavoitteiden asettamisessa ja seurannassa. Ne ohjaavat ottamaan kuntoutujan aktiivisesti mukaan arviointiin sekä huomioimaan hänelle tärkeät ympäristö- ja yksilötekijät. Niiden avulla voidaan myös tiivistää moniammatillista yhteistyötä ja – ennen kaikkea – saadaan luotua kokonaiskuva kuntoutujan toimintakyvystä ja toimintarajoitteista.

Lähteet

Alaranta, Hannu – Lindberg, Heidi – Holma, Tupu 2008: Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim. 647–657.

Anttila, Pirkko 2006: Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos, tekeminen. ARTEFAKTA 16. 2. painos. Hamina: AKATIIMI.

Aro, Timo 2004: Toimintakyky työkyvyn arvion osana. Teoksessa Matikainen, Esko – Aro, Timo – Huunan-Seppälä, Antti – Kivekäs, Jukka – Kujala, Santero – Tola, Sakari (toim.): Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim. 22–27.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991. Annettu 28.6.1991.

Heikkilä, Tarja 2004: Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hokkinen, Eeva-Maija 2011. Kuntoutussuunnittelija. Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus. Helsinki. Suullinen tiedonanto 4.10.

Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset. 2010. TOIMIT-työryhmä. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. Saatavissa: <<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/>>.

ICF Checklist Version 2.1a, Clinician Form, WHO September 2003. <<http://www.who.int/classifications/icf/icfaptraining/en/index.html>>. Luettu 7.4.2011.

ICF Core Sets Projects. ICF Research Branch. <<http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects.html>>. Luettu 10.4.2011.

ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2007. Stakes. Vaajakoski: Gummerus.

Invalidiliiton hyvä kuntoutuskäytäntö 2009. Helsinki: Invalidiliiton julkaisuja. Saatavissa: <http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/kuntoutus/hyva_kuntoutuskaytanta.pdf>.

Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen esite.

Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen toimintakertomus 2010.

Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen toimintasuunnitelma vuodelle 2010.

Isoherranen, Kaarina 2005: Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija 2008: Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Järvikoski, Aila – Hokkanen, Liisa – Härkäpää, Kristiina (toim.) 2009: Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009. Saatavissa: <http://www.kuntoutussaatio.fi/files/161/Asiakkaan_aanella.pdf>.

Järvikoski, Aila – Karjalainen, Vappu 2008: Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim. 80–93.

Kelan avo- ja laitostuotoisen kuntoutuksen standardi. Vaikeavammaisten yksilöllisen kuntoutusjakson palvelulinja. Voimassa 1.1.2011 alkaen. Päivitetty 1.12.2010. Kansaneläkelaitos. Terveysosasto, kuntoutusryhmä.

Kettunen, Reetta – Kähäri-Wiik, Kaija – Vuori-Kemilä, Anne – Ihalainen, Jarmo 2009: Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.

Kivekäs, Jukka – Kallanranta, Tapani 2004: Toimintakyky ja kuntoutus. Teoksessa Matikainen, Esko – Aro, Timo – Huunan-Seppälä, Antti – Kivekäs, Jukka – Kujala, Santero – Tola, Sakari (toim.): Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim. 374–379.

Konsensuslausuma 2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat 29.10.2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia.

Koskinen, Sanna 2011. Functional outcome and health-related quality of life after traumatic brain injury in the framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Väitöstilaisuus 18.11. Helsingin yliopisto.

Koskinen, Sanna – Hokkinen, Eeva-Maija – Sarajuuri, Jaana – Alaranta, Hannu 2007: Applicability of the ICF checklist to traumatically brain-injured patients in post-acute rehabilitation settings. Original report. Journal of Rehabilitation Medicine 39: 467–472.

Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.3.2011.

<http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus>.

Luettu 11.3.2011.

Kuntoutus- ja erityistekijöiden nimikkeistöt. Kuntaliitto. Verkkodokumentti.

<<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyonkijoiden-nimikkeistot/Sivut/default.aspx>>. Luettu 28.11.2011.

Kuntoutussuunnitelma. 2010. Kela. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.9.2010

<<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/180608172300HL?OpenDocument>>.

Luettu 10.4.2011.

Kähäri-Wiik, Kaija – Niemi, Aira – Rantanen, Anneli 2007: Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Kälviäinen, Reetta 2004: Epilepsia. Teoksessa Matikainen, Esko – Aro, Timo – Huunan-Seppälä, Antti – Kivekäs, Jukka – Kujala, Santero – Tola, Sakari (toim.): Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim. 220–226.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Annettu 22.9.2000.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987. Annettu 3.4.1987.

Lehto, Markku 2004: Toimintakyky terveydenhuollon tulosmuuttujana. Teoksessa Matikainen, Esko – Aro, Timo – Huunan-Seppälä, Antti – Kivekäs, Jukka – Kujala, Santero – Tola, Sakari (toim.): Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim. 18–21.

Metsämuuronen, Jari (toim.) 2006: Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.

Nikander, Pirjo 2002: Moniammatillinen viestintä: yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Torkkola, Sinikka (toim.): Terveysviestintä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 55–70.

Nikkanen, Pirjo 2010: Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 71/2010. Helsinki: Kela.

Ojala, Matti 2003: Toimintaedellytystieto ja sen hyödyntäminen. Käsitteet, termit, luokitukset ja tietämyksen hallinta. Raportteja 272. Helsinki: Stakes.

Paltamaa, Jaana – Karhula, Maarit – Suomela-Markkanen, Tiina – Autti-Rämö, Ilona (toim.) 2011: Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela.

Palvelusuunnitelma. Vammaispalvelujen käsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.9.2011. <<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/palveluprosessi/palvelusuunnitelma>>. Luettu 4.11.2011.

Pirttimäki, Raili 2004: Kelan vammaisetuudet. Teoksessa Matikainen, Esko – Aro, Timo – Huunan-Seppälä, Antti – Kivekäs, Jukka – Kujala, Santero – Tola, Sakari (toim.): Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim. 371–373.

Rauch, Alexandra 2011. Project scientist. Swiss Paraplegic Research. Kirjallinen tiedonanto 7.11.

Rauch, A. – Cieza, A. – Stucki, G. 2008: How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 44 (3). 329–341.

Rentsch, H. P. – Bucher, P. – Dommen Nyffeler, I. – Wolf, C. – Hefti, H. – Fluri, E. – Wenger, U. – Wälti, C. – Boyer, I. 2003: The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disability and Rehabilitation* 25 (8). 411–421.

Rissanen, Paavo 2008: Terapiaa vai kuntoutusta? Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim. 673–682.

Telakivi, Tiina 2004: Toimintakyvyn mittaaminen neurologisissa sairauksissa. Teoksessa Matikainen, Esko – Aro, Timo – Huunan-Seppälä, Antti – Kivekäs, Jukka – Kujala, Santero – Tola, Sakari (toim.): Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim. 209–219.

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto, TOIMIA. <<http://www.toimia.fi>>. Luettu 10.2.2011.

Toimintakykyyn liittyvän kuntoutuksen ohjeet 2010. Vakuutuskuntoutus VKK ry. Verkkodokumentti. Päivitetty kesäkuussa 2010. <http://www.vkk.fi/ohjeet_ja_lomakkeet/Toimintakykyohje.pdf>. Luettu 11.3.2011.

Tola, Sakari 2004: Sosiaalivakuutuksen korvausperusteet. Teoksessa Matikainen, Esko – Aro, Timo – Huunan-Seppälä, Antti – Kivekäs, Jukka – Kujala, Santero – Tola, Sakari (toim.): Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim. 365–370.

Torstila, Ilkka 2008: Kuka vastaa – kuka kustantaa? Vakuutusyhtiöiden näkökulma. Julkaisussa Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Konsensuskokous 2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. 178–182.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

ICF-luokituksen osa-alueiden pääluokat ja aihealueiden koodit (ICF 2007: 33–44)
 Aihealueista on jätetty pois kohdat ”muu määritelty ja määrittelemätön”.

Pääluokat	Aihealueet
Ruumiin/kehon toiminnot:	
<i>b1 Mielentoiminnot</i>	b110 – b180
<i>b2 Aistitoiminnot ja kipu</i>	b210 – b280
<i>b3 Ääni- ja puhetoiminnot</i>	b310 – b340
<i>b4 Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmä</i>	b410 – b455
<i>b5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot</i>	b510 – b555
<i>b6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot</i>	b610 – b670
<i>b7 Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot</i>	b710 – b780
<i>b8 Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot</i>	b810 – b860
Ruumiin rakenteet:	
<i>s1 Hermojärjestelmän rakenteet</i>	s110 – s150
<i>s2 Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet</i>	s210 – s260
<i>s3 Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet</i>	s310 – s340
<i>s4 Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet</i>	s410 – s430
<i>s5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän rakenteet</i>	s510 – s580
<i>s6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän rakenteet</i>	s610 – s630
<i>s7 Liikkeeseen liittyvät rakenteet</i>	s710 – s770
<i>s8 Ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet</i>	s810 – s840
Suoritukset ja osallistuminen:	
<i>d1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen</i>	d110 – d177
<i>d2 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet</i>	d210 – d240
<i>d3 Kommunikointi</i>	d310 – d360
<i>d4 Liikkuminen</i>	d410 – d480
<i>d5 Itsestä huolehtiminen</i>	d510 – d570
<i>d6 Kotielämä</i>	d610 – d660
<i>d7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet</i>	d710 – d770
<i>d8 Keskeiset elämänaalueet</i>	d810 – d870
<i>d9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä</i>	d910 – d950
Ympäristötekijät:	
<i>e1 Tuotteet ja teknologiat</i>	e110 – e165
<i>e2 Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset</i>	e210 – e260
<i>e3 Tuki ja keskinäiset suhteet</i>	e310 – e360
<i>e4 Asenteet</i>	e410 – e465
<i>e5 Palvelut, hallinto ja politiikat</i>	e510 – e595

ICF selkäydinvaurion jälkitilan suppea ydinkäsitteluettelo

ICF-aihealueet

koodi nimike

Ruumiin/kehon toiminnot

b152	Tunne-elämän toiminnot
b280	Kipuaistimus
b525	Ulostustoiminnot
b620	Virtsaamistoiminnot
b640	Seksuaalitoiminnot
b710	Nivelten liikkuvuustoiminnot
b730	Lihassoiman ja tehon tuottotoiminnot
b735	Lihassjanteystoiminnot (tonus)
b810	Ihon suojaustoiminnot

Ruumiin rakenteet

s120	Selkäydin ja siihen liittyvät rakenteet
s430	Hengitysjärjestelmän rakenteet
s610	Virtsaelinten rakenne
s810	Ihoalueiden rakenne

Suoritukset ja osallistuminen

d230	Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen
d240	Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen
d410	Asennon vaihtaminen
d420	Itsensä siirtäminen
d445	Käden ja käsivarren käyttäminen
d455	Liikkuminen paikasta toiseen
d465	Liikkuminen välineiden avulla
d470	Kulkuneuvojen käyttäminen
d520	Kehon osien hoitaminen
d530	WC:ssä käyminen
d550	Ruokaileminen

Ympäristötekijät

e110	Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen
e115	Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön
e120	Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa
e150	Julkisten rakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat
e155	Yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat
e310	Lähiperhe
e340	Kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat
e355	Terveysthuollon ammattihenkilöt
e580	Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka

Alkuperäislähde (käännös suomenkielisen laitoksen mukaan):

http://www.icf-research-branch.org/images/stories/ICF%20Core%20Sets%20Download/ICF_Core_Sets_for_SCI_longterm.pdf

ICF traumaattisen aivovaurion (aivovamman) suppea ydinkäsiteluettelo

ICF-aihealueet

koodi nimike

Ruumiin/kehon toiminnot

b110 Tietoisuustoiminnot
b130 Henkinen energia ja viettitoiminnot
b140 Tarkkaavuustoiminnot
b144 Muistitoiminnot
b152 Tunne-elämän toiminnot
b164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot
b280 Kipuaistimus
b760 Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta

Ruumiin rakenteet

s110 Aivojen rakenne

Suoritukset ja osallistuminen

d230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen
d350 Keskustelu
d450 Käveleminen
d5 Itsestä huolehtiminen (koko pääluokka, sisältää aihealueet d510 – d570)
d720 Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus
d760 Perhesuhteet
d845 Työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen
d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika

Ympäristökijät

e115 Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön
e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa
e310 Lähiperhe
e320 Ystävät
e570 Sosiaaliturva – etuudet, hallinto ja politiikka
e580 Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka

Alkuperäislähde (käännös suomenkielisen laitoksen mukaan):

<http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects/neurological-conditions/development-of-icf-core-sets-for-traumatic-brain-injury-tbi.html>

Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	ICF-luokituksen		
	osa-alue	pääluokka	aihealue tai kuvauskohde
<i>Mieliala on väsyneenä ollessa ollut matala.</i>	Ruumiin/kehon toiminnot	b1 Mielentoiminnot	b152 Tunne-elämän toiminnot
<i>Spastisiteetti aiheuttaa myös kipuja erityisesti alaraajoihin ja oikeaan yläraajaan.</i>	Ruumiin/kehon toiminnot	b2 Aistitoiminnot ja kipu b7 Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot	b280 Kipuaistimus b735 Lihaskäntötoiminnot (tonus)
<i>Ongelmana ollut allergisuus, joka rajoittaa liikkumista viimeimpinä vuoden aikoina.</i>	Ruumiin/kehon toiminnot Suoritukset ja osallistuminen	b5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot d4 Liikkuminen	b550 Lämmönsäätelytoiminnot d4602 Kodin ja muiden rakennusten ulkopuolella liikkuminen
<i>Ei tunne rakon täyttymistä/tyhjenemistä.</i>	Ruumiin/kehon toiminnot	b6 Virtsa- ja sukuelinsekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot	b630 Virtsaamistoimintoihin liittyvät aistimukset
<i>Yläraajoissa ei ole aktiiviteettia.</i>	Ruumiin/kehon toiminnot	b7 Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot	b730 Lihaskäntö ja tehon tuottotoiminnot
<i>Kokeillut aikakauslehden sivujen kääntelyä suutikulla, onnistui hyvin.</i>	Suoritukset ja osallistuminen	d1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen	d1550 Perustaitojen hankkiminen
<i>Liikkuu ulkona sähköpyörätuolilla ja autolla, jossa on tarvittavat lisälaitteet. Avustaja tai vaimo ajaa.</i>	Suoritukset ja osallistuminen Ympäristökijät	d4 Liikkuminen e1 Tuotteet ja teknologiat	d465 Liikkuminen välineiden avulla d470 Liikkuminen kulkuneuvoilla e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa.
<i>Vaimolla ja lapsella sekä kavereilla suuri merkitys jaksamiseen.</i>	Ympäristökijät	e3 Tuki ja keskinäiset suhteet	e310 Lähiperhe e320 Ystävät
<i>Myös poika tuo esiin, että sopeutunut isän vammautumiseen. Isä on yhä isä ja hänellä on arvovaltaa.</i>	Ympäristökijät	e4 Asenteet	e410 Lähiperheen jäsenten asenteet
<i>Kuntoutussuunnitelma on tehty keskussairaalaan kahdeksi vuodeksi eteenpäin.</i>	Ympäristökijät	e5 Palvelut, hallinto ja politiikat	e580 Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka

Ote yhden kuntoutujan ICF-luokituksen aihealueiden koontitaulukosta

ICF pääluokat ja aihealueet – kaksiportainen luokitus								
Suomenkielinen versio E-M Hokkinen, R Eskola /30.8.2007								
RUUMIIN / KEHON TOIMINNOT								
koodi	b1 MIELEN TOIMINNOT	Lääk	Hoi	Ft	Tt	Psl	Pt	Sos
b110	Tietoisuustoiminnot	X	x			X		
b126	Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot				X	X	X	
b130	Henkinen energia ja viettitoiminnot		X		X	X	X	X
b134	Unitoiminnot		X			x		
b140	Tarkkaavuustoiminnot					X		
b144	Muistitoiminnot	X	x		x	X	X	X
b147	Psykomotoriset toiminnot	X	x			X	X	
b152	Tunne-elämän toiminnot		X			X	X	X
b156	Havaintotoiminnot				x	x		
b160	Ajattelutoiminnot					x	X	
b164	Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot		X	x	X	X	X	X
SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN								
d3 KOMMUNIKOINTI								
d310	Puhuttujen viestien ymmärtäminen					x	X	
d325	Kirjoitettujen viestien ymmärtäminen				x			
d330	Puhuminen	X	x			X	X	
d350	Keskustelu					X	X	
d355	Asiakeskustelu						X	
d360	Kommunikointilaitteiden ja -tekniikoiden käyttäminen						X	
d4 LIIKKUMINEN								
d410	Asennon vaihtaminen		x	X				
d415	Asennon ylläpitäminen			X				
d420	Itsensä siirtäminen		X					
d430	Nostaminen ja kantaminen			X	x	x		
d440	Käden hienomotorinen käyttäminen			X	X		X	
d445	Käden ja käsivarren käyttäminen				X			
d450	Käveleminen	X	X	X		x		
d455	Liikkuminen paikasta toiseen			x	x			
d460	Liikkuminen erilaisissa paikoissa			x	x			
d475	Ajaminen (pyörä, auto jne.)	X	x		X	x		
d8 KESKEISET ELÄMÄNALUEET								
d825	Ammatillinen koulutus					X	X	
d840	Oppisopimuskoulutus				x	x	x	
d845	Työnhaku, työpaikan säilyminen ja työn päättäm.					x		x
d850	Vastikkeellinen työ	X			x	X	x	X
d855	Vastikkeeton työ					X		X
d860	Taloudelliset perustoimet						X	

X mainittu kuntoutusyhteenvedossa

x mainittu työntekijän omalla kertomuslehdellä

Tutkimuslupa



INVALIDILIITON
KÄPYLÄN KUNTOUTUSKESKUS
Tutkimuseettinen toimikunta /re

Pöytäkirjan ote

10/2009

1 (2)

10.12.2009

Tutkimuseettisen toimikunnan kokous

Aika	9.12.2009 klo 10.05–10.35	
Paikka	Laurent	
Läsnä	Ylinen Aarne Ahoniemi Eija Leppänen-Perko Liisa Liimatainen Marjo Pänkäläinen Seija Salminen Paula Eskola Riitta	puheenjohtaja sihteeri
Poissa	Iivonen Titta Savolainen Sarianna	

1
Kokouksen avaus Puheenjohtaja avasi kokouksen.

3
Uudet tutkimuslupahakemukset

Leena Alajoki-Nyholm: Toimintakyvyn kuvaaminen – moniammatillisen työryhmän yhteinen tehtävä. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen koulutusohjelman ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnot, opinnäytetyö. Vastuuhenkilönä Käpylän kuntoutuskeskuksesta on Sanna Koskinen.
Päätös: Tutkimuslupa hyväksyttiin

Eija Ahoniemi
puheenjohtaja

Riitta Eskola
sihteeri

Otteen oikeaksi todistavat

Eeva-Majja Hokkinen
Eeva-Majja Hokkinen

Sirpa Saarto
Sirpa Saarto