

Tiina Virtanen  
POTILAAN TOIMINTAKYVYN KUVAUS  
ICF- VIITEKEHYKSESSÄ  
- Raisen ja Ruskon yhteistoiminta-alueella

Kuntoutusohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelma  
2014

## POTILAAN TOIMINTAKYVYN KUVAUS ICF- VIITEKEHYKSESSÄ

Virtanen, Tiina  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Kuntoutusohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelma  
Lokakuu 2014  
Ohjaaja: Leppänen Erja  
Sivumäärä: 38  
Liitteitä: 2

Asiasanat: toimintakyky, toimintarajoite, ICF, lääkinnällinen kuntoutus

Toimintakykyä arvioidaan ja kuvataan hyvin eri tavoin eri tahoilla. Pitkäaikaissaira-  
raan potilaan saama palvelu tai etuus terveydenhuollossa pohjautuu usein tehtyyn  
toimintakyvyn arviointiin. Potilaat saattavat olla eriarvoisessa asemassa palvelujen tai  
etuuksien saamisessa, jotka nojautuvat erilaisiin toimintakyvyn arviointeihin. ICF-  
luokitus on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus,  
joka kuvaa sairauden vaikutusta yksilön elämässä. ICF- luokitus kuvaa toimintaky-  
kyä laajasti ja antaa ammattilaisille yhtenäisen mallin toimintakyvyn kuvaamiseen.  
Suomessa ICF- verkostoa ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), jonka  
tavoitteena on edistää ja tukea ICF- luokituksen käyttöä sosiaali- ja terveydenhuol-  
lossa. ICF- luokitus ei vielä ole laajasti levinnyt julkisen terveydenhuollon käyttöön.

Tämän toiminnallisen kehittämistyön tavoitteena oli selvittää miten Raision ja Rus-  
kon yhteistoiminta-alueen Kuntoutusyksikössä oli arvioitu potilaan toimintakykyä  
lääkinnällisen kuntoutuksen potilailla. Kuinka suurelta osalta Kuntoutusyksikössä  
tehdyissä toimintakyvyn kuvauksissa oli huomioitu samat kuvauskohteet kuin ICF-  
luokituksessa. Selvityksen perusteella Kuntoutusyksikön henkilökunnasta valittu työ-  
ryhmä arvioi ja sopi mitä kuvauskohteita tullaan jatkossa huomioimaan toimintaky-  
kyä arvioitaessa ja seurattaessa. Kehittämistyöhön valittiin MS-tautia sairastavien  
potilaiden toimintakyvyn kuvaukset. Tehdyt kuvaukset tulostettiin potilastietojärjes-  
telmästä ja siirrettiin ICF- luokituksen MS-tauti kuvauslomakkeen lyhyeen ydinlis-  
taan.

Kuntoutusyksikössä tehdyissä toimintakyvyn kuvauksissa oli huomioitu 48,5 % ICF-  
luokituksen MS-tauti lyhyt kuvauskohteista. Työryhmä keskusteli eri kuvauskohtei-  
den merkityksestä ja tarkoituksenmukaisuudesta Kuntoutusyksikön potilailla ja lop-  
putuloksena sopi, että jatkossa huomioidaan 70 % kuvauskohteista MS-tautia sairas-  
tavilla potilailla.

Kehittämistyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että toimintakyvyn arviointia  
tulee kehittää myös muilla kuin kehittämistyössä mukana olleelle potilasryhmälle ja  
että toimintakyvyn arviointikäytäntöä tulee kehittää myös muissa yksiköissä. ICF-  
luokituksen MS-taudin ydinlistan kuvauslomake on otettavissa käytännön työhön,  
mutta sen laajempi käyttö edellyttää uudistuksia potilastietojärjestelmään. Erillisen  
järjestelmän käyttö ei tue ICF- luokituksen leviämistä terveydenhuollon käyttöön.

## DESCRIPTION OF A PATIENT'S FUNCTIONING IN ICF FRAME

Virtanen Tiina

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counselling and Planning

October 2014

Supervisor: Leppänen Erja

Number of pages: 38

Appendices: 2

Key words: functional capacity, disability, ICF, medical rehabilitation

---

Functional capacity is assessed and described in a variety of ways. A patient with a long-term health condition often receives services or benefits on the basis of the assessment of functional capacity. As a result, patients are in an unequal position, because the decisions are based on different types of evaluation. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) provides a description of the effects of a disease on a person's life. ICF gives an extensive description of functional capacity and provides a common model for professionals for describing functioning. In Finland the ICF network is maintained by the National Institute for Health and Welfare. Its purpose is to promote and support the use of ICF in the field of social services and health care.

The purpose of this action-based study was to find out how the patient's functional capacity was assessed in a Rehabilitation Unit common to Raisio and Rusko. The target group were patients receiving medical rehabilitation. The aim was to find out whether the descriptions were the same as in ICF. The object of study included the descriptions of functioning of patients suffering from MS disease. The descriptions were printed and transferred to the description form of MS disease in ICF.

The Rehabilitation Unit had taken into consideration 48,5 per cent of the description targets of MS disease in ICF. A team was selected from the staff of the Rehabilitation Unit and the team discussed the significance and appropriateness of different description targets on the basis of the study. They agreed that in the future they will use 70 per cent of the description targets of MS disease in ICF.

The results show that assessment of functional capacity should also be developed for those groups of patients who were not involved in this study. In addition, assessment practices should be developed in other units. The description form of the Core Set of MS disease in ICF can be used at work, but ICF's wider use requires changes in the patient data repository. However, the use of a separate system does not support the use of ICF in the health care system.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	6
2.1	Toimintakyky.....	6
2.2	Suorituskyky ja suoritustaso.....	6
2.3	Toimintarajoite ja suoritusrajoite.....	7
2.4	Lääkinnällinen kuntoutus.....	7
2.5	Moniammatillinen yhteistyö.....	8
2.6	ICF- luokitus.....	9
3	TOIMINTAKYKY ICF-VIITEKEHYKSESSÄ.....	9
3.1	ICF- malli.....	10
3.2	ICF- luokituksen rakenne.....	11
3.2.1	Osat, osa-alueet ja aihealueet.....	11
3.2.2	Kuvauskohteet ja tarkenne.....	13
3.2.3	Koodaus.....	14
3.2.4	Ydinlista.....	15
3.2.5	Toimintakykyprofiili.....	15
3.3	Toimintakykymittarit arvioinnissa.....	15
4	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	16
5	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	17
5.1	Kehittämistyön menetelmät.....	18
5.1.1	Ensimmäinen osa.....	18
5.1.2	Toinen osa.....	19
5.2	Kehittämistyön kohderyhmät.....	20
5.3	Kehittämistyön aineiston analysointi.....	21
5.3.1	Toimintakyvyn kuvaus.....	22
5.3.2	Työryhmä.....	23
5.4	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus.....	24
6	TULOKSET.....	25
6.1	Tehdyt toimintakyvyn kuvaukset.....	26
6.2	Toimintakyvyn kuvakset jatkossa.....	28
7	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	30
8	POHDINTA.....	31
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

Toimintakyvyn kuvaus on laaja kokonaisuus, jota kuvataan hyvin eri tavoin riippuen kuvauksen tekijästä ja toimintaympäristöstä. Toimintakyvyn kuvauksen mukaan tehdään erilaisia arviointeja. Arvioinnin pohjalta tehdään valintoja ja määrittelyjä. Toimintakyvyn kuvaus on usein jonkin palvelun tai etuuden saannin perusta. Kun toimintakykyä kuvataan hyvin eri tavoin ja erilaisista lähtökohdista niin palvelua ja etuuksia voidaan saada vaihtelevin ja erilaisin perustein. Ovatko palveluja ja etuuksia saavat henkilöt eriarvoisessa asemassa?

Tässä opinnäytetyössä selvitän miten Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen Kuntoutusyksikössä arvioidaan toimintakykyä. Vertaan tehtyjä toimintakyvyn kuvauksia kansainvälisen ICF- viitekehyksen mukaisiin toimintakyvyn kuvauksiin. Vertailun arvioinnin perusteella sovimme miten Kuntoutusyksikössä jatkossa toimintakykyä arvioidaan.

Opinnäytetyö on toiminnallinen kehittämistyö, joka toteutetaan tietyssä työyhteisössä. Opinnäytetyö on kaksiosainen ja siinä käytetään sekä määrällistä että laadullista lähestymistapaa. Kehittämistyön ensimmäisessä osassa Kuntoutusyksikön sovitusta potilasryhmästä valitaan joukko tapauksia, jonka pohjalta arvioidaan toimintakyvyn arviointia tässä työyhteisössä. Potilastietojärjestelmästä kerättyjen virallisten dokumenttien avulla saadaan tieto toimintakyvyn arvioinnin nykytilasta. Kehittämistyön toinen osa on työryhmän työskentelyä nykytilasta saatujen tulosten pohjalta.

Kehittämistyön potilasryhmä koostuu lääkinnällisen kuntoutuksen potilaista. Tässä yhteydessä lääkinnällisen kuntoutuksen potilailla tarkoitetaan niitä pitkäaikaissairaita, jotka ovat Kuntoutusyksikön hoitovastuulla ja joille vuosittain tehdään kuntoutumisen suunnitelma. Nykytilan selvittämisen jälkeen moniammatillinen työryhmää arvioi tehtyjä toimintakyvyn kuvauksia ICF- luokituksen viitekehyksessä ja sopii miten toimintakykyä jatkossa arvioidaan ja seurataan.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Toimintakyky

Toimintakyky muodostuu yksilön terveydentilan ja ympäristön vuorovaikutuksen dynaamisesta yhteisvaikutuksesta. Toimintakyky on moniulotteinen yläkäsite, joka tuo esille henkilön ongelmia ja tarpeita silloin, kun hänellä on jokin vamma, sairaus tai toimintarajoite. Toimintakyky kattaa kehon toiminnot ja rakenteen sekä suoritukset ja osallistumisen. (THL www-sivut 2014.) Jotta saadaan riittävän laaja kuva henkilön toimintakyvystä, tulisi huomioida kaikki sen ulottuvuudet: fyysinen, kognitiivinen (älyllinen), psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Toimintakyky tarkoittaa myös sitä, että henkilö selviytyy niistä päivittäisistä toiminnoista, jotka ovat hänelle itselleen merkityksellisiä ja välttämättömiä hänen oman elämänsä ympäristössä. (Sosiaaliportin www sivut 14.4.2014.) ICF- luokituksessa pyritään täsmälliseen ja selkeään käsitteiden määrittämiseen. Käsitteen on oltava yksiselitteinen ja yleisesti käytökelpoinen. ICF- luokitus korostaa toimintakyvyn käsitteen määrittelyssä vielä henkilön lääketieteellisen terveydentilan, ympäristötekijöiden ja yksilötekijöiden välisen vuorovaikutuksen myönteisiä piirteitä. (Stakes 2004, 207 -208.)

### 2.2 Suorituskyky ja suoritustaso

ICF- mallissa on käytössä käsitteet suorituskyky ja suoritustaso. Suorituskyky käsitteenä tarkastelee ihmisen toimintamahdollisuuksia, sitä miten ihminen käyttää tai ei käytä toimintakykyään. Mitattavissa oleva toimintakyky ja koettu toimintakyky voivat erota toisistaan. Koettu toimintakyky tulee esille erilaisissa arkielämän toiminnan tilanteissa ja ihmisen itsensä arvioimana. Suorituskyky on tekemistä ja toimimista. (Järvikoski & Härkäpää 2011,100 -101.)

Suorituskykyä mitataan ICF- luokituksessa määrällisellä asteikolla ja se määritellään parhaaksi mahdolliseksi suoritustasoksi, jonka henkilö voi saavuttaa parhaissa mahdollisissa olosuhteissa arviointitihetkellä. Suoritustasoa mitataan myös ICF- luokituksessa ja se määritellään todellisessa tilanteessa olevaksi suorituskyvyksi, johon vai-

kuttavat terveyden lisäksi sen hetkinen ympäristö ja ympäristötekijät. Suorituksessa voi olla mukana apuväline tai avustaja. (THL www-sivut 2014.)

### 2.3 Toimintarajoite ja suoritusrajoite

Toimintarajoite on toimintakyvyn tavoin yläkäsite. Toimintarajoite kattaa kehon toimintojen ja rakenteiden vajavuudet sekä suoritukset ja osallistumisen rajoitteet. ICF-luokitus korostaa henkilön lääketieteellisen terveydentilan, ympäristötekijöiden ja yksilötekijöiden välisen vuorovaikutuksen kielteisiä piirteitä. (Stakes 2004, 209.)

Suoritusrajoite kuvaa henkilön vaikeutta jonkin tehtävän tai toiminnan toteuttamisessa. Suoritusrajoitetta mitataan ongelman vaikeusasteena lievistä ongelmista ehdottomaan ongelmaan. Suoritusta verrataan sellaiseen henkilöön, jolla ei ole samaa lääketieteellistä terveydentilan ongelmaa. (Stakes 2004, 209.)

### 2.4 Lääkinnällinen kuntoutus

Lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan fyysisen toimintakyvyn palauttamiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen tähtäävää kuntoutusta henkilöllä, jolla on jokin diagnosoitu sairaus (STM www sivut 15.4.2014). Lääkinnällisestä kuntoutuksesta käytetään nykyisin käsitettä toimintakykykuntoutus, mutta terveydenhuoltolaki ja esimerkiksi Kelan käyttää yleisesti edelleen käsitettä lääkinnällinen kuntoutus. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta on annettu 28.6.1991. Lääkinnällisen kuntoutuksen sisältö on määritelty terveydenhuoltolaissa luvussa 3, 29§. Lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyy: kuntoutusneuvontaa, kuntoutustarvetta selvittäviä tutkimuksia, työ- ja toimintakykyä parantavaa hoitoa, kuntoutusjaksoja, apuvälinepalveluita, sopeutumisvalmennusta ja kuntoutusohjausta. (STM www-sivut 14.4.2014.)

Lääkinnällinen kuntoutus auttaa kuntoutujaa ylläpitämään tai parantamaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään. Tavoitteena on tukea kuntoutujan itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa ja elämäntilanteen hallinnassa. (Kuntoutusportti www sivut 14.4.2014.) Lääkinnällinen kuntoutus on osa sairaanhoitoa, jota terveystieteelliset ja sairaalat järjestävät omille ja työterveyshuollon poti-

laille. Terveyskeskukset ja sairaalat voivat tuottaa kuntoutusta omana toimintana tai ostaa sitä yksityisiltä palveluntuottajilta. (STM www-sivut 14.4.2014.) Vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta järjestää myös Kela alle 65vuotiaille ja sen tarkoituksena on, että henkilö sairaudesta tai vammasta huolimatta selviytyy arkielämän toiminnoista ja pystyy työskentelemään paremmin (Kela www-sivut 14.4.2014).

Terveydenhuoltolaissa, joka on tullut voimaan 30.12.2010, on tarkennettu kunnan sairaanhoitoon liittyvän lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä ja kuntoutussuunnitelman merkitystä. Lain 24§ käsittelee sairaanhoitoa ja siinä on seuraava maininta ”Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaahoitopalveluihin sisältyvät:

- 1) sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmäärittäminen, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus.”

Samassa lain kohdassa 24§ mainitaan ”Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Hoito toteutetaan avohoidossa silloin, kun se on -potilasturvallisuus huomioon ottaen mahdollista.” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 24§, 29§.) Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on tarvittaessa laadittava hoito- ja kuntoutussuunnitelma siten kuin potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa säädetään (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 4§).

## 2.5 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö on eri alojen ammattilaisten työskentelymuotoja yhdessä tai tietoja välittäen kuntoutujan asioissa ja kuntoutujan tarpeista lähtien. Yhteistyössä yhdistyvät ammatti-ihmisten erilaiset näkökulmat ja lähestymistavat. Moniammatillisella yhteistyöllä saadaan monipuolinen ja kokonaisvaltainen näkemys kuntoutujan tilanteesta. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011,19.)



## 2.6 ICF- luokitus

ICF on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health), joka on hyväksytty Maailman terveysjärjestön (WHO) yleiskokouksessa 22.5.2001. Luokituksesta käytetään lyhennettä ICF- luokitus. ICF- luokitus on kansallinen ja kansainvälinen standardi ja sillä kuvataan yksilön toimintaedellytyksiä arkipäivän pärjäämisessä. ICF- luokitus on terveyden osa-alueiden luokitus. Luokitusta voidaan hyödyntää mm. palvelujen suunnittelussa, eri asiantuntijoiden ja heidän asiakkaitensa yhteisenä kielenä sekä toimintaedellytysten ja toimintarajoitteiden selvittelyssä. (Stakes 2004, 5.)

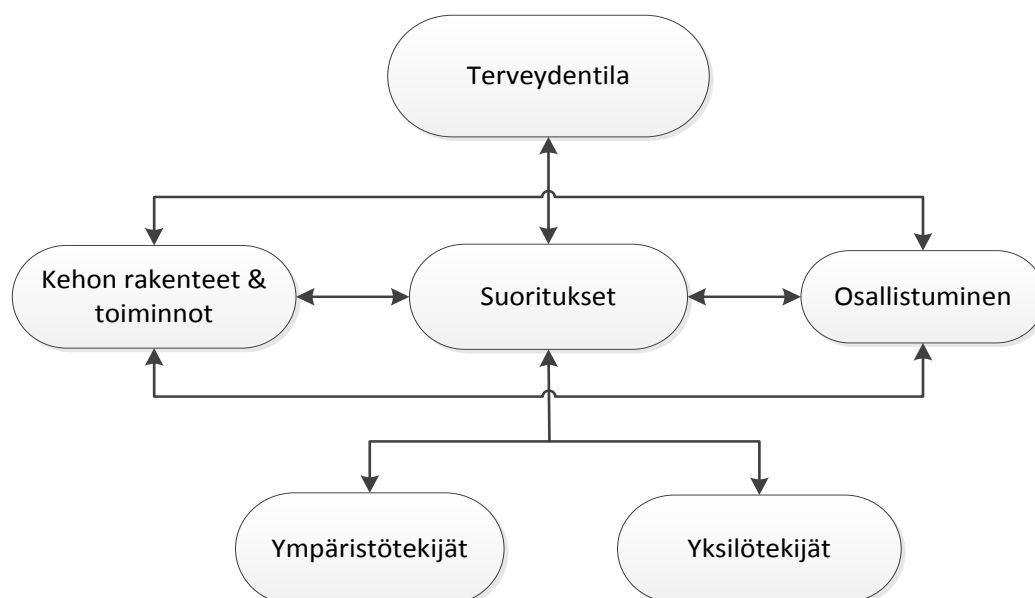
WHO on julkaissut ICF- luokituksen vuonna 2001. Suomeksi se käännettiin vuonna 2004 ja päivityksiä on tehty vuodesta 2010 alkaen. Kansallista ICF- verkostoa ylläpitää THL, joka myös edistää ICF- luokituksen käyttöönottoa sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL ja Kela yhdessä järjestävät ICF- koulutusta ja näin pyrkivät vahvistamaan osaamista. Suomessa toimii Innokylä, joka on avoin verkosto kaikille ICF- luokituksesta kiinnostuneille. THL on toteuttanut maaliskuussa 2014 alkaneen Koodistopalvelun, jossa toimii ICF- luokituksen asiantuntijaryhmä. Asiantuntijaryhmä luo ja ylläpitää ICF- luokituksen sähköistä versiota. (THL www-sivut 2014.)

## 3 TOIMINTAKYKY ICF-VIITEKEHYKSESSÄ

Toimintakyky on perinteisesti jaettu fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tai kognitiivisiin osa-alueisiin. ICF- luokitus kuvaa toimintakykyä kokonaisvaltaisena ilmiönä, jossa toimintakyky on yläkäsite. Toimintakykyä kuvataan ICF- luokituksessa osa-alueina: ruumiin ja kehon rakenteina ja toimintoina, suorituksina sekä osallistumisena. ICF kuvaa ihmisen tilannetta ei ihmistä itseään. ICF kuvaa sitä, miten ihminen toimii kykynsä ja rajoitteidensa kanssa ympäristössään. (THL www-sivut 2014.)

### 3.1 ICF- malli

ICF- malli luo käsitteellisen järjestelmän, jossa ihmisen toimintakykyä ja toimintarajoitteita arvioidaan terveydentilan ja tilannetekijöiden dynaamisena vuorovaikutuksena, Kuva 1. ICF- luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet. Dynaamisella tarkoitetaan tässä muuttuvaa, kehittyvää ja liikkuvaa vuorovaikutusta. (THL www-sivut 2014.) Tilannetekijöitä ovat ympäristötekijät ja ihmisen yksilölliset ominaisuudet. Tilannetekijät määrittävät ihmisen elämänsä keskeisiä piirteitä. Ympäristötekijät ovat ihmisen välitöntä lähiympäristöä ja yleisempää yhteiskunnallista ympäristöä. Ympäristö määrittää ihmisen toimintakykyä ja mahdollisuuksia osallistua ja suoriutua yhteiskunnan jäsenenä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 97 -101.)



Kuva1. ICF- luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet

WHO:n vuonna 1980 julkaisema sairauksien ja vammojen seurausvaikutusten luokitusjärjestelmä (ICIDH) on aikoinaan johtanut ICF- mallin kehittämiseen. ICIDH-mallia kritisoitiin muun muassa siksi, ettei siinä huomioitu ympäristötekijöiden merkitystä ja oletettiin että ihmisen toimintakyvyn rajoitukset johtuivat pelkästään sairaudesta tai vammasta. ICF- malli on luonut tieteellisen perustan ihmisen terveydentilan ja ympäristön vuorovaikutuksen tarkasteluun. (Järvikoski & Härkäpää 2011,96.) ICF- malli voi toimia apuvälineenä kuntoutustyössä, jonka avulla kuntoutustarpeeseen johtavia selviytymisen ongelmia voidaan tunnistaa. Mallin avulla voidaan ana-

lysoida kuntoutujan elämäntilanteen ja ympäristön vahvuuksia ja heikkouksia. Malli luo eri ammattilaisille yhteisen kielen ja näin parantaa moniammatillista yhteistyötä. Yhteinen viitekehys jäsentää yhteistyön kohteita ja mahdollistaa paremman työnjaon. ICF- mallia on myös kritisoitu että se unohtaa subjektiivisen näkökulman. Malli on asiantuntijoiden käyttämä luokitusjärjestelmä. (Järvikoski & Härkäpää 2011,100.)

### 3.2 ICF- luokituksen rakenne

Luokituksella tarkoitetaan yleisrakennetta ja viitekehystä. ICF- luokitus jaetaan kahteen osaan, jotka jaetaan osa-alueisiin. ICF- luokitus on rakenteeltaan hierarkkinen (porrasteinen) ja se järjestää toimintakyvyn kuvauksen tarkasti määritettyihin pää- ja alaluokkiin. Hierarkiassa alaspäin mentäessä päästään yksityiskohtaisempaan toimintakyvyn kuvaukseen. Luokitusta on kuvattu Taulukossa 1. ICF- luokituksen rakenne. (THL www-sivut 2014.)

Taulukko 1. ICF- luokituksen rakenne

ICF				
Osat	1. Toimintakyky ja toimintarajoitteet		2. Kontekstuaaliset tekijät	
Osa-alueet	Kehon toiminnot (b) ja rakenteet (s)	Suoritukset ja osallistuminen (d)	Ympäristötekijät (e)	Yksilötekijät (pf)
Aihealueet	Kahdeksan pääluokka kummassakin, joilla kuvataan fysiologisia ja psykologisia toimintoja tai kehon anatomisia osia.	Yhdeksän pääluokkaa kattaa kaikki elämän alueet	Viisi aihealuetta sisältää fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön	Yksilötekijöitä ei ole luokiteltu laajan vaihtelun vuoksi
Kuvauskohteet	Koodit ja tarkenteet esim. b110			

#### 3.2.1 Osat, osa-alueet ja aihealueet

ICF- luokituksen osat ovat: toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset tekijät. Kontekstuaaliset tekijät ovat ympäristö- ja yksilötekijöitä. Osa-alueita ovat: kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen, ympäristötekijät sekä yk-

silötekijät. Kehon toiminnot kuvaavat fysiologisia ja psykologisia toimintoja. Kehon rakenteet kuvaavat anatomiaa kuten elimiä, raajoja ja niiden rakenneosia. Suoritukset ovat henkilön toteuttamia tehtäviä tai toimia ja osallistuminen kuvaa henkilön elämäntilanteita. Ympäristötekijät sisältävät elämän fyysisen, sosiaalisen ja asenteellisen ympäristön. Ympäristötekijät voivat joko edistää tai vaikeuttaa toimintakykyä. Yksilötekijöitä ovat mm. sukupuoli, ikä, elämäntyyli, tavat, koulutus ja ammattitaito. Yksilötekijöitä ei ole vielä luokiteltu niiden laajan sosiaalisen ja kulttuurisen vaihtelun vuoksi. (THL www-sivut 2014.)

Osa-alueet koostuvat aihealueista (pääluokista). Ihmisen toimintakykyä kuvataan luokituksen eri aihealueilla, jotka ovat toimintoja, anatomisia rakenteita, tehtäviä ja elämän ympäristöä tarkoituksenmukaisesti ryhmiteltyinä. (Stakes 2004, 212.)

ICF- luokituksen aihealueet:

Kehon toiminnot (b)

1. Mielentoiminnot
2. Aistitoiminnot ja kipu
3. Ääni- ja puhetoiminnot
4. Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot
5. Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot
6. Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot
7. Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot
8. Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot

Kehon rakenteet (s)

1. Hermojärjestelmän rakenteet
2. Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet
3. Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet
4. Sydän ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet
5. Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän rakenteet
6. Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän rakenteet
7. Liikkeeseen liittyvät rakenteet
8. Ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet

#### Suoritukset ja osallistuminen (d)

1. Oppiminen ja tiedon soveltaminen
2. Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet
3. Kommunikointi
4. Liikkuminen
5. Itsestä huolehtiminen
6. Kotielämä
7. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet
8. Keskeiset elämänalueet
9. Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä

#### Ympäristötekijät (e)

1. Tuotteet ja teknologiat
2. Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset
3. Tuki ja keskinäiset suhteet
4. Asenteet
5. Palvelut, hallinto ja politiikat (THL www-sivut 2014.)

#### 3.2.2 Kuvauskohteet ja tarkenne

ICF- luokituksen aihealueet koostuvat kuvauskohteista. Kuvauskohteita kuvataan koodien ja tarkenteiden avulla. Kuvauskohteena on henkilön toimintakyky, ei henkilö itse. Tarkenteilla määritetään toiminnan aste tai merkitys kunkin kuvauskohteen kohdalla. Tarkenteet ovat koodinumeroita. Koodissa pitää olla vähintään yksi tarkenne. Tarkenteiden avulla ilmaistaan mm. määrää, suuruutta, luonnetta, edistävää tai rajoittavaa tekijää sen mukaan mikä osa-alue on kysymyksessä. (THL www-sivut 2014.)

Tarkenteet eri osa-alueissa:

- sijainti, määrä tai luonne (kehon rakenteet, s)
- haitan suuruus (kehon toiminnot, b)
- suorituskky ja -taso (suoritus ja osallistuminen, d)
- edistävä tai rajoittava tekijä (ympäristötekijät, e)

Tarkennetta käytetään myös silloin, kun ongelmaa ei ole (tarkenne 0). Ongelman suuruutta ei aina voida päätellä tai siitä ei ole riittävästi tietoa. Tällöin käytetään tarkennetta 8. Silloin, kun kuvauskohdetta ei voida lainkaan arvioida, käytetään tarkennetta 9. Kehon toimintojen tarkenteet ovat esimerkkinä Taulukossa 2. Kehon toimintojen tarkenteet. (THL www-sivut 2014.)

Taulukko 2. Kehon toimintojen tarkenteet

Kehon toiminnot	
0 = Ei mitään ongelmaa	(ei lainkaan, ei havaittavissa, olematon)
1 = Lieviä ongelmia	(vähäinen, matala,...)
2 = Kohtalaisia ongelmia	(keskimääräinen, melko,...)
3 = Vaikeita ongelmia	(korkea, erittäin suuri,...)
4 = Ehdoton ongelma	(suurin mahdollinen, täysin,...)
8 = Ei määritelty	
9 = Ei sovellettavissa	

### 3.2.3 Koodaus

ICF- koodissa on etuliite, numerokoodi, erotin ja vähintään yksi tarkenne. ICF- luokitus on neliportainen luokitus, joka voidaan tiivistää kaksiportaiseksi ns. suppeaksi luokitukseksi. Koodattu tieto säilyttää merkityksensä kaikilla tasoilla. (THL www-sivut 2014.) Stakesin 2004 julkaisemassa kirjassa suositellaan ICF- luokitukseen perehtymistä ennen koodausohjeiden käyttöä joko koulutuksen tai kirjallisuuden avulla. Luokituksen osa-alueen kirjain on koodin ensimmäinen osa, jota seuraa pääluokan numeromerkki. Suppeassa luokituksessa jäädään numeromerkkien osalta tasoon II, kahteen numeromerkkiin. Esimerkkinä b730 lihasvoiman ja tehon tuottotoiminnot. Numeromerkin jälkeen on erotin, joka on piste tai merkintä + tai -. Ympäristötekijöissä käytetään erotinta + tai -, joka kuvaa henkilön omaa arviointia siitä, onko kyseinen tekijä hänelle edistävä (+) vai rajoittava (-) tekijä toimintakyvyssä. Edistävä tekijä parantaa toimintakykyä ja vähentää toimintarajoitteita. Näitä ovat esimerkiksi

henkilön käytössä olevat apuvälineet ja esteetön ympäristö. Rajoittava tekijä haittaa toimintakykyä tai aiheuttaa toimintarajoitteita. Näitä ovat esimerkiksi apuvälineen puuttuminen ja esteellinen ympäristö. (Stakes 2004, 210 -216.)

#### 3.2.4 Ydinlista

ICF- luokituksen käyttöönoton helpottamiseksi on kehitetty ICF- ydinlistoja. Ydinlistaan on valittu pienin mahdollinen määrä kuvauskohteita tiettyyn sairauteen. ICF-ydinlistoja on tehtynä 32 yleisempään sairauteen ja tilanteeseen. Ydinlistat ovat tieteellisesti kehiteltyjä ja yhden listan kehitysprosessi kestää kaksi vuotta. Ydinlistassa kuvaus tehdään ensimmäisen tarkenteen tasolla. Ydinlistojen tarkoituksena on mahdollistaa luokituksen käyttö arkipäivän terveydenhuollossa. Ydinlista on saatavilla ja se voidaan täyttää THL:n sivuilla olevan linkin avulla. (THL www-sivut 2014.)

#### 3.2.5 Toimintakykyprofiili

Toimintakykyprofiili on graafinen yhteenveto kuvauskohteista ja tarkenteista. Toimintakykyprofiili voidaan luoda tehdystä kuvauslomakkeesta THL:n www-sivuilla. Kuvauslomake täytetään henkilön arviointitilanteen aikaisesta toimintakyvystä, joten toimintakykyprofiili on kuvaus samasta tilanteesta tietyllä ajanhetkellä. Esimerkki toimintakykyprofiilin sisältämistä kuvauskohteista on liitteessä 1. (THL www-sivut 2014.)

### 3.3 Toimintakykymittarit arvioinnissa

Toimintakyvystä saadaan tietoa potilasta haastatteleamalla, havainnoimalla, tutkimalla, esitiedoista sekä erilaisien testien ja mittareiden avulla. Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen yksiköissä käytetään yleisesti hyväksytyjä ja käytössä olevia toimintakykymittareita. Mittareita valitaan käyttöön sen mukaan, miten ne parhaiten soveltuvat yksikön vastuualueeseen. Mittareita voidaan valita TOIMIA-tietokannasta, jossa mittarin hakua voi rajata ICF- luokituksen mukaan. On suositeltavaa käyttää TOIMIA- tietokannan mittareita, koska ne ovat asiantuntijoiden arvioimia, kaikkien

saatavilla ja mittareiden yhteys ICF- luokitukseen on määriteltynä. (THL www-sivut 2014.)

TOIMIA on toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. TOIMIA- tietokanta on verkkoympäristö, jossa on saatavilla mittareita toimintakyvyn arviointiin. Tietokantaa ylläpidetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) ja asiantuntijaverkostossa on mukana noin 100 toimintakyvyn asiantuntijaa eri aloilta ja eri organisaatioista. Mittarit ovat asiantuntijaryhmien valitsemia. Asiantuntijaryhmät laativat arvioita itse mittareista ja niiden soveltuvuudesta erilaisiin tarpeisiin. Asiantuntijaryhmä antaa suosituksia mittareiden käytöstä eri tilanteissa. TOIMIA- tietokanta on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön ja se on ilmainen. Tietokannassa voidaan rajata hakua ICF- koodin perusteella. Tietokannasta on hyötyä myös koulutuksessa, tutkimuksessa ja kehittämisessä. Tietokannassa on jo noin 80 eri toimintakykymittaria. Asiantuntijaryhmät vastaavat tietokannan päivittämisestä ja sen täydentämisestä. (TOIMIA www-sivut 2014.)

#### 4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Raision ja Ruskon sosiaali- ja terveystieteiden yhteistoiminta-alueella nousi esiin kysymys miten lääkinällisen kuntoutuksen pitkäaikaissairaiden potilaiden toimintakykyä kuvataan ja miten potilaat valikoituvat kuntoutukseen. Yhteistoiminta-alueen väestön vanhetessa ja tietoisuuden lisääntyessä kuntoutuspalvelujen kysyntä on kasvanut huomattavasti viime vuosien aikana. Kysynnän lisääntyessä on Kuntoutusyksikössä tehty ohjeistuksia, joilla on jouduttu rajaamaan palvelujen antamista niitä eniten tarvitseville. Ohjeistukset ovat perustuneet alan tutkimuksiin ja kuntoutusyksikön työntekijöiden pitkään työkokemukseen lääkinällisen kuntoutuksen potilaiden kuntoutumisesta, kuntoutuspalvelujen tuottamisesta ja organisoinnista.

Kuntoutusyksikkö on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoketjua. Potilaat ohjautuvat Kuntoutusyksikköön monelta eri taholta sekä yhteistoiminta-alueen sisältä että ulkoa. Ulkoa ohjautuvat potilaat saavat lähetteen pääosin varsinais-suomen sairaanhoitopi-



rin sairaaloista, mutta osa potilaista käyttää yksityisiä lääkäripalveluja. Lääkinnällisen kuntoutuksen potilaita ohjautuu Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen eri yksiköihin.

Kuntoutusyksikössä on ollut vuodesta 2006 käytössä sosiaali- ja terveyslautakunnan hyväksymä ohje lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapian ja toimintaterapian toimintakäytännöistä. Ohjeen sisältöä on tarkistettu muutaman vuoden välein. Lääkinnällisen kuntoutuksen potilas on ohjeessa määritelty henkilöksi, jolla on vamman tai sairauden johdosta pitkäaikaisia ja erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista (Raision sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 21.2.2006,25§). Suurella osalla potilaista on jokin neurologinen etenevä sairaus kuten MS-tauti (multipeliskleroosi eli pesäkekovettumatauti). Toimintakäytäntöjen, ohjeistuksien ja potilaiden kuntoutumisen palvelutarpeen arvioinnin tulee pohjautua yhtenäiseen toimintakyvyn kuvaukseen. Kehittämistyön avulla saimme käsityksen toimintakyvyn kuvauksen nykytilasta ja kehittämistarpeesta ICF- viitekehyksessä.

Kehittämistyön kysymykset:

1. Kuinka suurelta osalta Kuntoutusyksikössä tehdyissä toimintakyvyn kuvauksissa on huomioitu samat kuvauskohteet kuin ICF- luokituksen vastaavassa ydinlistassa on huomioitu?
2. Mitä kuvauskohteita Kuntoutusyksikössä tullaan jatkossa huomioimaan toimintakykyä arvioitaessa ja seurattaessa?

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen välillä solmittiin sopimus opinnäytetyön tekemiseksi 12.3.2014. Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyslautakunta vahvisti sosiaali- ja terveysjohtaja Juha Sandbergin myöntämän tutkimusluvan 13.3.2014.

Toiminnallinen kehittämistyö toteutettiin Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen Kuntoutusyksikön potilaiden potilastietojärjestelmässä olevien tietojen avulla ja työryhmätyöskentelyä. Kuntoutusyksikössä toimintakyvyn kuvaukset tehdään ja kirjataan säännöllisesti kerran vuodessa kuntoutuksessa käyville lääkinnällisen kuntoutuksen potilaille. Kehittämistyön toinen tutkimuskysymys edellytti Kuntoutusyksikön henkilökunnasta muodostetun moniammatillisen työryhmän työskentelyä. Työryhmässä oli seitsemän henkilöä ja siihen kuuluivat neljä fysioterapeuttia, toimintaterapeutti, kuntohoitaja ja osastonhoitaja. Työryhmä: fysioterapeutit; Satu Poskiparta, Riikka Stenros-Ikonen, Riikka Arminen, Eveliina Nieminen ja toimintaterapeutti Ulla Voutilainen, kuntohoitaja Pirkko Raninen sekä osastonhoitaja (fysioterapeutti) Tiina Virtanen.

## 5.1 Kehittämistyön menetelmät

Kehittämistyön kysymykset ja kaksiosaisuus edellyttivät kahden erilaisen menetelmän käyttöä. Kehittämistyö sisälsi sekä määrällisen että laadullisen tutkimusmenetelmän piirteitä. Aineisto kerättiin jo tehdyistä kuvauksista. Kerätyn aineiston analysoinnin pohjalta suunniteltiin toimintakäytäntö moniammatillisessa työryhmässä. Aineiston keruun ja siirron aikana käytettiin tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjattiin esiin tulleet ajatukset ja huomiot. Työryhmän kokoontuessa tehtiin muistiinpanoja käydyistä keskusteluista ja sovitusta asioista.

### 5.1.1 Ensimmäinen osa

Kehittämistyön ensimmäisessä osuudessa viralliset dokumentit kerättiin Raision- ja Ruskon sosiaali- ja terveyskeskuksen Effica- potilastietojärjestelmästä. Potilastietojärjestelmään talletetut toimintakyvyn kuvaukset tulostettiin ja niistä saatavat tiedot siirrettiin ICF- kuvauslomakkeelle. Potilastietojärjestelmästä kerättiin Kuntoutusyksikön fysioterapeuttien kirjaamat lääkinnällisen kuntoutuksen potilaiden kuntoutumisen suunnitelmat ja niissä olevat toimintakyvyn kuvaukset ajalta 1.1. -30.4.2014. Kirjatut kuvaukset tulostettiin ja siitä saatavat tiedot siirrettiin vastaavaan ICF ydinlistan kuvauslomakkeelle. Kun ydinlistan kuvauslomake oli täytetty, tiedot siirrettiin toimintakykyprofiiliin. Kuvauslomake oli täytettävissä ja siirrettävissä toimintakyky-

profiiliin THL:n www sivuilta saatavalla ohjelmalla. Kuvauslomakkeet ja toimintakykyprofiilit tallennettiin muistitikulle. Muistitikulla lomakkeet ja profiilit olivat merkittyinä jokaisesta potilaasta erikseen nimikirjaimien ja syntymävuoden mukaan.

Aineiston perusjoukkona olivat lääkinällisen kuntoutuksen potilaat tietynä ajanjaksona, mutta otokseen rajattiin ne potilaat, joiden diagnoosiin oli saatavissa ydinlista ICF- luokituksesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013,180). Lääkinällisen kuntoutuksen vuosittain tehtävän suunnitelman yhteydessä tehdyt toimintakyvyn kuvaukset oli tuotettu terapeutin ja potilaan välisestä tutkimustilanteesta, jonka jälkeen tiedot oli kirjattu järjestelmään sovittujen otsikoiden alle. Yksikön terapeuteilla oli sovittuna tietty runko (otsikot), jonka pohjalta kysymyksiä tehtiin. Kirjauksissa otsikoiden alle terapeutti oli tuottanut omaa tekstiään. Kukaan terapeutti oli itse voinut määrittellä mitä asioita kysyy otsikoihin liittyen ja potilas oli kertonut niitä asioita mitä sillä hetkellä oli kokenut tarpeelliseksi. Dokumentit oli tuotettu todellisista käytännön tutkimustilanteista. Aineiston tuottamisessa oli käytetty osittain narratiivista tutkimusmenetelmää. Narratiivi tarkoittaa tarinaa, kertomusta tai tapahtumien kulua. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013,218.)

### 5.1.2 Toinen osa

Kehittämistyön toinen osa oli työryhmätyöskentelyä. Työryhmään kuuluivat yksikön henkilökunnasta valitut henkilöt. Työryhmän valinnan perusteena oli moniammatillinen näkemys toimintakyvystä. Eri alojen terapeutit täydentävät toisiaan. Esimerkiksi fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien koulutuksessa ja näkemyksissä on yhtäläisyyksiä, mutta myös erilaisuuksia. Yksikössä on sekä kokeneita työntekijöitä, jotka ovat olleet alalla pitkään että nuorempia työntekijöitä, joilla on uudempi koulutus pohja. Työntekijöillä on myös hyvää erityisosaamista neurologisista potilaista, osalla täydennyskoulutuksen kautta ja osalla neurologisen kuntoutuslaitoksen työkokemuksen kautta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013,164.)

Moniammatillinen työryhmä keskusteli ICF- kuvauslomakkeen kuvauskohdista. Ryhmässä keskustelimme jokaisesta kuvauskohteesta, sen merkityksestä ja hyödyllisyydestä omassa työympäristössämme lääkinällisen kuntoutuksen potilaiden toi-

mintakyvyn arvioinnissa. Lopuksi sovimme mitä kuvauskohteita tulemme jatkossa huomioimaan arviointeja tehdessä ja miten käytännössä arviointia toteutamme.

Työryhmätyöskentelymme oli lähinnä ryhmähaastattelua teemaan liittyen. Menetelmänä teemahaastattelu on avoimen haastattelun ja lomakehaastattelun välimuoto, jossa aihepiirit ovat tiedossa, mutta tarkat kysymykset puuttuvat. Työryhmässämme oleellinen kysymys kaikissa kuvauskohteissa oli otammeko sen jatkossa huomioon vai emmekö ota. Menetelmän etuna on ehdottomasti se, että henkilökunta osallistui ja pääsi vaikuttamaan tuleviin toimintatapoihinsa. Voimme myös jatkossa tehdä yhteistyötä ja syventää osaamistamme. Haittana voidaan pitää sitä, että ryhmätyöskentely on tilannesidonnaista ja ryhmässä voi olla mukana henkilö, joka pyrkii määräämään keskustelun suunnan ja näin vaikuttaa lopputulokseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013,206-208.211.)

## 5.2 Kehittämistyön kohderyhmät

Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen Kuntoutusyksikössä oli 17 lääkinnällisen kuntoutuksen potilasta, joille oli tehty toimintakyvyn kuvaus ajalla 1.1. – 30.4.2014. Potilaat olivat Kuntoutusyksikön hoitovastuulla ja heille oli tehty vuosittainen kuntoutumisen suunnitelma perustuen toimintakyvyn kuvaukseen. Potilaista 10 sairasti MS-tautia ja seitsemän sairasti jotakin muuta pitkäaikaista sairautta. Muita sairauksia olivat Parkinsonin tauti (tuntemattomasta syystä aiheutunut hitaasti etenevä liikehäiriösairaus), HMSN (hereditaarinen motosensorinen neuropatia), dystonia (lihasjänteishäiriö) ja myasthenia gravis (hermo-lihasliitoksen sairaus). Kehittämistyön tavoitteena oli käyttää ICF- ydinlistojen kuvauslomakkeita. Kaikilla MS potilailla käytin ydinlistan MS-tauti kuvauslomaketta. Muille potilaille ei löytynyt sairauden mukaista ydinlistaa, joten ne jäivät tämän kehittämistyön ulkopuolelle. (Terveyskirjaston www-sivut 2014; Lihastautiliiton www-sivut 2014.)

Terveyskirjaston määritelmän mukaan MS-tauti on tuntemattomasta syystä aiheutuva pitkäaikainen sairaus ns. autoimmuunitauti. Tämä tarkoittaa sitä, että elimistö hyökkää omia kudoksia vastaan muodostamalla vasta-aineita. Vasta-aineet kohdistuvat keskushermostoon, sen valkean aineen hermohaarakkeisiin. Myeliinipitoinen valkea

aine peittää aivojen sisäosaa ja selkäytimen ulkokerrosta. MS-taudissa syntyy myeliinikatoa. Myeliiniä tarvitaan nopeuttamaan sähköisten viestien kulkua aivojen ja muun elimistön välillä. MS-taudin oletetaan syntyvän monen tekijän yhteisvaikutuksena, joita ei kunnolla tunneta. Oletetaan että perintötekijöiden lisäksi vaikuttavat ympäristötekijät. (Terveyskirjaston www-sivut 2014.)

MS-taudin oireet voivat esiintyä kehon eri osissa koska sairaus vaikuttaa keskushermostoon ja sen eri osiin. Yleisesti ensimmäinen oire sairaudesta on näön hämärtyminen toisessa silmässä ja tuntoaistin häiriintyminen, jonka oireita ovat puutuminen tai epämääräinen tuntemus. Ms-taudin oireita ovat myös yhden tai useamman raajan lihasheikkous, tasapainovaikeudet, huimaus, suolen ja virtsarakon toimintahäiriöt, puhehäiriöt, kaksoiskuvat sekä uupumus. Oireiden esiintymiselle aaltomaisuus on tyyppistä. Oireet pahenevat välillä tai esiin tulee uusia oireita. Ms-taudilla on myös kaksi toisenlaista esiintymismuotoa. Tauti voi edetä tasaisesti potilaan toimintakykyä heikentäen. Tällöin liikuntakyky heikkenee heti taudin toteamisesta lähtien. Tämä esiintymismuoto on harvinaisempi. MS-tauti voi olla myös hyvin vähäoireinen, jolloin potilaalla voi olla vain yksi pahenemisvaihe koko elämänsä aikana. MS-tauti voi näin ollen olla hyvin erilainen eri potilailla. Suurella osalla potilaista MS-tauti ei vaikuta normaalielämään sairastumisen ensimmäisinä vuosina, koska oireita voi olla melko vähän. Joillakin harvinaisilla MS-potilailla tauti voi olla hyvin vaikea ja se voi lyhentää elinikää. (Terveyskirjaston www-sivut 2014.)

### 5.3 Kehittämistyön aineiston analysointi

ICF- luokituksen ydinlistoihin on koottu pienin mahdollinen määrä kuvauskohteita, joita tarvitaan toimintakyvyn kuvaamiseen tietyn sairauden seurauksena. Kehittämistyössä tuli esille minkä verran ja mitä kuvauskohteita on kirjauksissa huomioitu Kuntoutusyksikössä tehdyissä toimintakyvyn kuvauksissa. Kehittämistyössä ja sen yhteydessä käydyissä henkilökunnan yhteisissä keskusteluissa tuli selkeästi esille tarve fysioterapeuttien toimintakyvyn arvioinnin ja kirjaamisen kehittämiseen. Saimme myös käsityksen siitä miten toimintakyvyn kuvaaminen ICF- ydinlistojen avulla käytännössä toteutuu.

### 5.3.1 Toimintakyvyn kuvaus

Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen Kuntoutusyksikössä oli ajalla 1.1. - 30.4.2014 tehty 17 toimintakyvyn kuvausta lääkinnällisen kuntoutuksen potilaille. Näistä 10 oli MS-potilasta, joille löytyi diagnoosin mukainen ydinlista ja potilaskertomuksen tiedot olivat siirrettävissä ICF- kuvauslomakkeeseen. Muille tässä otoksessa olleille diagnooseille ei ole ydinlistaa käytettävissä THL:n verkkosivuilla, joten ne jäivät tämän kehittämistyön ulkopuolelle. Muut diagnoosit on lueteltuna kohdassa 5.2 kehittämistyön kohderyhmät. Potilaskertomuksessa olleet toimintakyvyn kuvaukset siirrettiin myös näiden muiden diagnoosien osalta vammaisuus ydinlistaan, vaikka ne eivät olleet tutkimuksessa mukana. Kokemuksia tämän ydinlistan käytöstä on opinnäytetyön pohdinta osuudessa.

Toimintakykyprofiilissa on näkyvissä kaikki valitun ydinlistan kuvauskohteet ja niiden arvioinnin tulos numeroina (yhden tarkenteen taso). Numerot 0-4 kuvaavat ongelman määrää kehon toiminnoissa ja rakenteissa sekä suorituksissa ja osallistumisissa. Ympäristötekijöissä numerot 0-4 kuvaavat missä määrin potilas kokee kuvauskohteen edistävänä tai estävänä tekijänä. Mikäli kuvauskohdetta ei ole määritetty, toimintakykyprofiilissa näkyy numero 8. Numero 9 tarkoittaa että kyseinen kuvauskohde ei ole määriteltävissä. Numeroiden 0-4 ja 9 yhteenlaskettu osuus kokonaismäärästä kertoo kuinka suuri osa toimintakyvyn kuvauksen kohdista on huomioituna. Numeron 8 osuus kuvauskohtien numeroiden kokonaismäärästä kuvaa sitä kuinka paljon kuvauskohteita on jäänyt arvioinnin kirjauksessa huomioimatta. Tehdyistä toimintakykyprofiileista laadittiin Excel- taulukko, jossa on näkyvissä kaikkien potilaiden arvioinnin tulos numerona jokaisessa kuvauskohteessa, Taulukko 3. Kuvauskohteiden arvioinnin tulos numerona potilaskohtaisesti. Taulukossa näkyy numeroiden 8 osuus kokonaismäärästä tummennettuna.

Taulukko 3. Kuvauskohteiden arvioinnin tulos numerona potilaskohtaisesti

MS	Kuvauskohteet																			
	b130	b152	b164	b210	b280	b620	b730	b770	s110	s120	d175	d230	d450	d455	d760	d850	e310	e355	e410	e580
1.	8	8	8	8	8	8	2	2	8	8	8	1	2	3	8	9	1	8	8	2
2.	3	8	8	2	1	8	2	3	8	8	8	3	3	8	8	8	8	3	8	2
3.	8	8	8	8	1	8	3	8	8	8	8	3	8	9	8	9	3	2	8	2
4.	8	3	8	8	8	8	3	9	8	8	8	3	4	9	8	9	4	4	8	3
5.	2	1	8	8	8	8	2	2	8	8	8	3	3	8	8	8	8	1	8	1
6.	1	8	8	8	1	8	1	1	8	8	8	2	1	8	1	8	2	2	8	1
7.	2	2	8	8	1	8	1	1	8	8	8	1	1	8	8	8	2	2	8	1
8.	0	0	0	8	1	8	1	1	8	8	0	1	1	1	0	4	3	2	1	1
9.	8	8	8	8	8	8	2	2	8	8	8	1	2	8	8	9	3	2	8	3
10.	8	8	8	8	1	8	1	2	8	8	8	2	2	8	8	9	2	2	0	1

### 5.3.2 Työryhmä

Kehittämistyön toinen osa edellytti Kuntoutusyksikön henkilökunnan työryhmän työskentelyä. Toiminnallisessa kehittämistyössä haluttiin selkeyttää mitä kuvauskoh- teita Kuntoutusyksikössä tullaan jatkossa huomioimaan toimintakykyä arvioitaessa, kirjattaessa ja seurattaessa. Kuntoutusyksikön henkilöstöstä oli valittu työryhmä, jo- ka on kuvattuna kohdan 5 alussa toisessa kappaleessa. Henkilökunnan tietämys ICF- luokituksista oli pintapuolinen ja käytännön kokemuksesta ICF- kuvauslomakkeen täyt- tämisestä ei ennestään ollut kenelläkään. Työryhmälle järjestettiin kesäkuussa 2014 tilaisuus, jossa PowerPoint esityksen avulla kerrottiin ICF- luokituksista, sen hyödyllisyydestä, rakenteesta ja käytöstä. Keskusteltiin toimintakyvyn kuvaamisesta ja siitä miten ICF- luokituksen käyttö mahdollistaa yhtenäisen tavan kuvata toimintakykyä. Tilaisuudessa sovittiin, että työryhmän jokainen fysioterapeutti siirtää vähintään yh- destä omasta lääkinällisen kuntoutuksen potilaasta tehdyn toimintakyvyn kuvauksen sähköisesti vastaavaan ICF- ydinlistan kuvauslomakkeelle ja tulostaa sen itselleen. (Virtanen 11.6.2014.) Työryhmä kokoontui toisen kerran työyhteisön kehittämispäi- vänä elokuussa 2014. Kehittämispäivä toteutettiin piknik-risteilynä ja siihen käytet- tiin aikaa useita tunteja. Kehittämispäivänä työryhmä paneutui MS-taudin lyhyen ydinlistan kuvauslomakkeeseen. Työryhmä keskusteli kuvauslomakkeen kuvauskoh- dista ja siitä mitkä kuvauskohdat koettiin tärkeiksi ottaa huomioon Kuntoutusyksikön lääkinällisen kuntoutuksen potilaan toimintakykyä arvioitaessa, kirjattaessa ja seu- rattaessa. Sovittiin myös toimintatavasta jatkossa ja seuraavasta kokoontumisesta. Työryhmätyöskentelyn jälkeen henkilökunta nautti lounaasta ja mukavasta yhdessä- olostsa palkintona päivän tiiviistä työskentelystä. (Virtanen 29.8.2014.)

#### 5.4 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen työympäristössä oli selkeä tarve tälle toiminnalliselle kehittämistyölle. Tarve konkretisoitui tammikuussa 2014, jolloin Hoito- ja hoivapalvelujen sekä Kuntoutusyksikön yhteistyökokouksessa nousi esille kysymys miten toimintakykyä arvioidaan lääkinnällisen kuntoutuksen potilailla. Toimintakyvyn arviointi oli erittäin akuutti aihe työyhteisössä ja myös valtakunnallisesti ICF- luokitus on huomioitu monilla ajankohtaispäivillä ja koulutustilaisuuksissa.

Julkisessa terveydenhuollossa on kaikilla työntekijöillä vaitiolovelvollisuus, jonka jokainen henkilökohtaisesti allekirjoittaa toimea tai virkaa vastaanottaessaan. Näin on toimittu myös yhteistoiminta-alueella kaikkien työryhmän jäsenten kohdalla. Julkisessa terveydenhuollossa on tällä hetkellä käytössä eri järjestelmiä potilaiden tietojen tallentamisessa, mutta kaikille järjestelmille on yhteiset selkeät toimintaperiaatteet, ehdot ja vaatimukset. Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueella on käytössä Effica- potilastietojärjestelmä. Kukin työntekijä voi katsoa vain omassa työssään tarvittavat tiedot potilaan hoitokontaktin aikana. Järjestelmässä on myös rajoitettu työntekijän mahdollisuutta katsoa potilaan tietoja vain siltä osin kuin se katsotaan tarpeelliseksi. Päälinjat tietojärjestelmän käytölle asettaa sosiaali- ja terveystieteiden johtoryhmä. Tarkennuksia tekevät Effica- järjestelmän pääkäyttäjät ja esimiehet. Esimerkiksi työterveyshuollon tietoihin ei ole pääsyä kenelläkään muulla kuin työterveyshuollon yksikön organisaatioon kuuluvalla henkilöllä. Tällöin työterveydestä lähetettävän potilaan tiedot on siirrettävä esim. potilastietojärjestelmän FYS- lehdelle, jolloin fysioterapeutti ne näkee. Tiedon siirtää lähettävä työterveyslääkäri. Osastonhoitajalla ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta vastaavalla henkilöllä on laajemmat käyttöoikeudet potilastietojärjestelmässä kuin fysioterapeuteilla.

Kehittämistyötä varten Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen potilastietojärjestelmästä tulostettiin potilaista kirjatut lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelmat, joissa oli toimintakyvyn kuvaukset. Kirjaukset tehdään potilaan ja työntekijän kahdenkeskisen tapaamisen perusteella. Potilas ja työntekijä keskustelevat luottamuksellisesti. Potilas viimekädessä kertoo niitä tietoja mitä haluaa. Kuntoutumisen suunnitelma tehdään keskustelujen ja fysioterapeuttisen arvion perusteella yhteistyössä. Potilastietojärjestelmän kirjauksista saatavat tiedot siirrettiin vastaavaan ICF- ydinlistan



kuvauslomakkeelle, toimintakykyprofiiliin ja muistitikulle. Potilaiden henkilötiedot eivät olleet missään vaiheessa näkyvissä, vaan lomakkeet merkittiin nimikirjaimin ja syntymävuoden mukaan. Muistitikku tyhjennetään kehittämistyön hyväksymisen jälkeen ja paperitulosteet hävitetään kuten muutkin potilastiedot Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen käytännön mukaisesti. Kuntoutusyksikön kirjalliset tuotokset hävitetään virallisesti hyväksytyllä tavalla, jossa paperit viedään lukittavaan säiliöön ja ne viedään poltettaviksi säännöllisin väliajoin.

Potilaiden tietojen käsittelyyn opinnäytetyötäni varten sain asianmukaisen luvan. Kehittämistyössäni olen noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä ja rehellisyyttä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 25 -27.)

## 6 TULOKSET

Raision ja Ruskon sosiaali- ja terveystieteiden yhteistoiminta-alueella nousi vuoden 2014 alussa esiin kysymys siitä miten Kuntoutusyksikössä arvioidaan toimintakykyä. Yksikön osastonhoitajana ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta vastaavana henkilönä etsin kysymykseen vastausta tämän opinnäytetyön avulla.

Lääkinnällisen kuntoutuksen terapiat toteutetaan Raisiossa pääasiassa omana työnä ja Ruskolla ostopalveluna. Ruskon ostopalvelupäätökset tekee Ruskon alueen ylilääkäri. Ennen ostopalvelupäätöksen tekoa ylilääkäri voi pyytää kannanottoa Kuntoutusyksiköstä. Kuntoutusyksikkö vastaanottaa Raision lääkinnällisen kuntoutuksen terapiapyynnöt. Päätös lääkinnällisen kuntoutuksen terapiaan pääsystä tehdään terapeutin, työryhmän tai osastonhoitajan päätöksenä. Päätöksentekoa ohjaa jo aikaisemminkin mainittu sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnan vahvistama toimintakäytäntö. Toimintaa ohjaa myös käytössä olevat resurssit. Terapeutti tai työryhmä sopii kunkin potilaan kohdalla toimintakyvyn arvioinnin yksilöllisestä tekemisestä ja sen jälkeen tehdään suunnitelma potilaan kuntoutumisesta. Potilaan kuntoutuminen toteutuu terapeutin avustuksella yksilöllisesti ja / tai ryhmässä tai tukemalla omaehtoista kuntoutumista. Arvioinnin tulos voi olla myös se, että Kuntoutusyksikkö ei ole mukana

potilaan kuntoutumisessa. Potilaat ohjataan tarvittaessa muihin toimintayksiköihin ja kuntoutustoimintaan. Ruskon alueen pyydetyissä kannanotoissa noudatamme samoja periaatteita kuin Raisiossa tehtävissä päätöksissä.

Potilaan toimintakyvyn yksilöllinen arvio on oleellinen osa edellä kuvattua arviointiprosessia ja potilaan ohjautumista. Kuntoutusyksikössä suunnitelma lääkinnällisen kuntoutuksen toteutuksesta pohjautuu potilaan toimintakyvystä tehtyyn arvioon. Kehittämistyön ensimmäisessä osassa saimme vastauksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: kuinka suurelta osalta Kuntoutusyksikössä tehdyissä toimintakyvyn kuvauksissa oli huomioitu samat kuvauskohteet kuin ICF- luokituksen vastaavassa ydinlistassa oli huomioitu? Kehittämistyön toinen osa on vastaus toiseen tutkimuskysymykseen: mitä kuvauskohteita Kuntoutusyksikössä tullaan jatkossa huomioimaan toimintakykyä arvioitaessa ja seurattaessa?

#### 6.1 Tehdyt toimintakyvyn kuvaukset

Lääkinnällisen kuntoutuksen potilaille oli ajalla 1.1. -30.4.2014 tehty 17 lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelmaa, josta toimintakyvyn kuvaukset otettiin. Kehittämistyöhön saatiin 10 MS-tautia sairastavan potilaan toimintakyvyn kuvausta. MS-tautiin löytyi ICF- ydinlistan kuvauslomake. Muilla potilailla oli sairauksia, joille ei ICF ydinlistan kuvauslomaketta ollut saatavilla.

Toimintakyvyn kuvauksia oli tehnyt viisi eri fysioterapeuttia ja heitä tarkastellaan ryhmänä. Fysioterapeuteilla oli vuoden 2013 lopussa työkokemusta 6,5 – 34 vuotta. Työkokemusta oli yksityisistä fysikaalisista hoitolaitoksista, neurologisesta kuntoutuskeskuksesta ja julkiselta sektorilta terveystieteiden keskuskeskuksesta. Jokaisella kuvauksia tehneellä fysioterapeutilla on peruskoulutuksen lisäksi laajempia täydennyskoulutuksia; bobath koulutus (yksi henkilö), vanhamuotoiset erikoistumisopinnot (kaksi henkilöä) ja alaselän akuuttivastaanottoon erikoistumiskoulutus (kaksi henkilöä). Bobath on lähestymistapa neurologisten potilaiden kuntoutuksessa.

MS-tautia sairastavan potilaan ICF- kuvauslomakkeen ydinlistan lyhyessä versiossa on yhteensä 20 kuvauskohdetta. Kuvauskohteet jakaantuvat siten, että kehon toimin-

noissa (b) on kahdeksan, kehon rakenteissa (s) on kaksi, suorituksissa ja osallistumisessa (d) on kuusi ja ympäristötekijöissä (e) on neljä kuvauskohdetta.

Kehittämistyön aineiston potilailla (10 henkilöä) oli yhteensä 200 kuvauskohdetta.

Kuntoutusyksikössä tehdyissä toimintakyvyn kuvauksissa kaikilla potilailla yhteensä oli huomioitu 97 kuvauskohdetta eli 48,5 % kaikista kuvauskohteista. Huomioituihin kuvauskohteisiin laskettiin mukaan myös ne, jotka eivät olleet kyseisen potilaan kohdalla sovellettavissa. Taulukko 4. Kuvauskohteiden jakaantuminen ongelman arvion mukaisesti. Taulukossa on kuvauskohteiden jakaantumisen osuus myös prosentteina kokonaismäärästä.

Taulukko 4. Kuvauskohteiden jakaantuminen ongelman arvion mukaisesti

Kuvauskohteet	Kuvauskohteen ongelman arvio				yhteensä
	ei ongelmaa	lievä - ehdoton ongelma	ei sovellettavissa	ei määritelty (8)	
Määrä (kpl)	6	83	8	103	200
Osuus kokonaismäärästä (%)	3	41,5	4	51,5	148,5
	48,5				

Kuvauskohteita, jotka oli huomioitu kaikkien potilaiden kohdalla, oli kolme. Nämä kuvauskohteet olivat:

- b730 lihasvoiman ja tehon tuottaminen
- d230 päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen
- e580 terveydenhuolto – palvelut, hallinnointijärjestelmät ja politiikka.

Kuvauskohteita, joita ei huomioitu kenenkään potilaan kohdalla, oli myös kolme. Nämä kuvauskohteet olivat:

- b620 virtsaamistoiminnot
- s110 aivojen rakenne
- s120 selkäydin ja siihen liittyvät rakenteet.

Osa-alueen kehon rakenteet kaikki kaksi kuvauskohdetta oli jäänyt kokonaan huomiomatta. Liitteessä 1 on MS-tauti lyhyt ydinlistan kaikki kuvauskohteet. Opinnäyte-

työn kohdassa 5.3.1 taulukossa 3 on kaikkien kuvauskohteiden arvioinnin tulos numeroina potilaskohtaisesti.

## 6.2 Toimintakyvyn kuvakset jatkossa

Toimintakyvyn kuvauksia tehneistä fysioterapeuteista yksi oli jäänyt pois työelämästä ja näin ollen ei ollut mukana työryhmään työskentelyssä. Työryhmässä oli mukana fysioterapeutti, joka ei ollut tehnyt tutkimuksen aineistossa olleita kuvauksia, mutta hän oli tehnyt kuvauksia sen jälkeen. Tämä fysioterapeutti oli mukana ICF luokituksen esittely-tilaisuudessa, kuvauslomakkeen kokeilussa ja työyhteisön kehittämispäivässä.

Työryhmä päätti huomioida MS-tauti lyhyt ydinlistasta 14 kuvauskohdetta Kuntouttavien palvelujen yksikössä toimintakykyä arvioitaessa, kirjattaessa ja seurattaessa. Ydinlistassa oli 20 kuvauskohdetta, joista kuusi päätettiin jättää huomioimatta jatkossa. Kuntoutusyksikössä on fysioterapeuttien lisäksi yksi toimintaterapeutti, jonka ammatilliseen osaamiseen katsottiin kuuluvan kaksi kuvauskohdetta. Työryhmässä sovittiin, että fysioterapeutin arviossa voidaan viitata toimintaterapeutin arvioon, jossa nämä kaksi kuvauskohdetta on huomioituna. Muiden sairauksien osalta huomioitavia kuvauskohteita ei voitu sopia, koska niitä ei käsitelty aineistossa.

Kuvauskohteet, jotka työryhmä päätti ottaa huomioon jatkossa:

Kehon toiminnot

b130 Henkinen energia ja viettitoiminnot (G)

b152 Tunne-elämän toiminnot (G)

b164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot

b280 Kipuaistimus (G)

b620 Virtsaamistoiminnot

b730 Lihaskuonon ja tehon tuottotoiminnot

b770 Kävely- ja juoksutyylit

Suoritukset ja osallistuminen

d175 Ongelman ratkaiseminen

d230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen (G)

d450 Käveleminen (G)

d850 Vastikkeellinen työ (G)

Ympäristötekijät

e310 Lähiperhe

e355 Terveystenhuollon ammattihenkilöt

e580 Terveystenhuolto - palvelut, hallinnointijärjestelmät ja politiikka

Kuvauskohteet, jotka työryhmä päätti jättää huomioimatta:

Kehon toiminnot

b210 Näkötoiminnot

Kehon rakenteet

s110 Aivojen rakenne

s120 Selkäydin ja siihen liittyvät rakenteet

Suoritukset ja osallistuminen

d455 Liikkuminen paikasta toiseen (G)

d760 Perhesuhteet

Ympäristötekijät

e410 Lähiperheen jäsenten asenteet

Kuvauskohteiden tarkastelu sai aikaan vilkasta keskustelua ja mielipiteiden vaihtoa.

Huomioita työryhmän keskustelusta on kirjattuna liitteessä 2.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Toiminnallinen kehittämistyö osoitti selkeän tarpeen toimintakyvyn kuvauksen kehittämiseksi Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen Kuntoutusyksikössä. Tehdyissä toimintakyvyn kuvauksissa oli huomioitu 48,5 % kaikista ICF- lukuksen ydinlistan MS-tauti lyhyt kuvauskohteista. Työryhmä päätti ottaa jatkossa käyttöön 70 % kuvauslomakkeen kuvauskohteista. Kehittämistyössä huomiointia arvioitiin tehtyjen kirjausten perusteella. Potilaan ja terapeutin välisessä tutkimustilanteessa on kuvauskohteita voinut tulla enemmän esille, mutta niitä ei kirjattu.

Kehittämistyössä toimintakyvyn kuvaukset otettiin Kuntoutusyksikön fysioterapeuttien aiemmin tekemistä dokumenteista ja aineistossa käsiteltiin MS-tautia sairastavien potilaiden toimintakykyä. Kehittämistyön tuloksista voidaan päätellä, että toimintakyvyn kuvausta tulee kehittää myös niillä potilailla, jotka eivät olleet tässä aineistossa mukana ja joilla on muita sairauksia kuin MS-tauti. Tuloksista voidaan myös päätellä, että arviointikäytännön kehittämiseen on tarvetta muissakin Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen yksiköissä kuin Kuntoutusyksikössä.

Työryhmässä keskustelua herätti kuvauslomakkeen kuvauskohtiin kirjatut ICF asiantuntijatyöryhmän selitykset ja sisällön määrittelyt. Keskustelua herätti myös ongelman tason määrittelyt ja tiedon lähteet, näistä lähinnä käytettävät testit ja mittarit. Työryhmä koki tarpeelliseksi käsitteiden ja sisällön merkitysten pohtimista yhdessä sekä niiden kirjaamista kaikkien saataville. Sen jälkeen voidaan sanoa, että puhumme yhteistä kieltä ja että toimintakyvyn kuvaus käytännössä on yhdenmukainen. Todettiin myös tarve, että työryhmä sopii miten kuvaskohteet jatkossa kirjataan nykyiseen potilastietojärjestelmään, jossa ei vielä ole saatavissa ICF- kuvauslomaketta. Työryhmä sopi jo kehittämispäivänä käytännön, että toimintakyvyn kuvauksissa jatkossa käytetään samoja termejä ja ongelman tason määrittelyjä kuin ICF- kuvauslomakkeessa käytetään, vaikka kirjauksissa muuten toimitaan entisten ohjeiden mukaisesti. Työryhmässä todettiin selkeästi tarve toimintakyvyn kuvaukseen liittyvien käytäntöjen kehittämiseen edelleen. Keskusteluissa esiin tulleet asiat vaativat lisää työryhmän työskentelyä.

## 8 POHDINTA

Yhtenäisen mallin mukainen toimintakyvyn kuvaus parantaa potilaan asemaa sosiaali- ja terveydenhuollon rattaissa. Yhtenäinen toimintakulttuuri koko julkisella sektorilla helpottaa sekä potilaan että terveydenhuollon henkilöstön työtä. ICF – mallin mukainen toimintakyvyn kuvaus tuo esiin potilaan toimintakyvyn toimintaympäristössään ja auttaa eri ammattilaisia hahmottamaan potilaan kokonaistilannetta. ICF – mallin saattaminen käytännön arkipäivään vaatii vielä paljon työtä ja sitkeyttä.

Raisio oli mukana valtakunnallisessa Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa (VAKE). Kuntoutusyksiköstä kolme fysioterapeuttia oli mukana yhdyshenkilönä, terveystieteiden keskuksen fysioterapeuttina ja potilaan terapeuttina. VAKE-hanke toteutettiin vuosina 2006 – 2013 ja kohderyhmänä oli aivoverenkiertohäiriö (AVH)-, MS- ja cerebral palsy (CP)- kuntoutuksen käytännöt. Hankkeen tutkimuksissa tuli esille julkisen terveydenhuollon resurssien niukkuus ja ostopalvelumäärärahojen puuttuminen erikoissairaanhoidossa. Hankkeen tuloksena oli suosituksia hyvistä kuntoutuskäytännöistä. Korostettiin sitä, että kuntoutuja on keskiössä. Kuntoutumisen lähtökohdaksi on kuntoutujan toimintakyky ja hyvin tehty suunnitelma. Hyvän kuntoutuskäytännön perustaksi kehoitettiin käyttämään ICF- luokituksen viitekehystä. VAKE- hanke tukee yhteistoiminta-alueen Kuntoutusyksikön kehittämisajatuksia. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011,28, 60 -61, 225 -228.)

Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueella on fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien määrä lisääntynyt ja terapiahenkilöstön resurssit ovat lisääntyneet erityisesti hoito- ja hoivapalveluissa. Tähän on vaikuttanut ikäihmisten määrän ja kuntoutumisen tarpeen lisääntyminen. Esimerkiksi muistisairaudet ovat lisääntyneet viime vuosina ja muistisairaiden potilaiden kuntoutus on suuri haaste nykyisessä yhteiskunnassa. Kuntoutus tulee ymmärtää laajana kokonaisuutena jossa yksilön fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavat suoritukset ja osallistuminen ympäristössä. Valitettavasti vielä jossain määrin ajatellaan, että kuntoutus on erityisen henkilöstön toteuttamaa kuntoutusta asiakkaalle tai asiakkaan kanssa. Yksilön kuntoutumisen tai toimintakyvyn ehdoton edellytys on, että kaikki toiminta on kuntouttavaa. Yksilön olemassa oleva toimintakyky on mahdollisimman hyvin käytössä ja tavoitteena on

mahdollisimman hyvän toimintakyvyn säilyminen. Terveysthuollon toimiminen hajallaan erillisissä toimipisteissä tuo myös haasteen yhteistyölle ja sen kehittämiseksi potilaan parhaaksi. Työryhmiä erilaisin kokoonpanoin tarvitaan arvioimaan kuntoutuksen nykytilaa ja sen pohjalta kehittämään yhteistyötä kuntoutuksen hyväksi.

Tämän kehittämistyön toimintakyvyn arvioinnissa käytetty MS-tautia sairastavan potilaan kuvauslomake herätti runsasta keskustelua ja monia kysymyksiä työryhmässä. Työryhmän jäsenet kokivat alusta lähtien kehittämistyön tarpeelliseksi ja ottivat haasteen vastaan. Terapeutit tutustuivat ICF- luokitukseen ja kokeilivat sen käyttöä käytännön työelämässä omilla potilaillaan. Kuntoutusyksikön työtahti on kova, mutta jokainen terapeutti järjesti itselleen aikaa ICF- kuvauslomakkeen täyttämiseen vähintään yhden potilaan osalta. Kehittämispäivänä kokosimme ajatukset yhteen ja saimme sovittua mitä kuvauskohteita tulemme jatkossa huomioida MS-tautia sairastavan potilaan toimintakykyä arvioitaessa. Kuvauskohteita arvioimme nimenomaan siitä näkökulmasta missä potilaan sairauden vaiheessa Kuntoutusyksikössä lääkinallista kuntoutusta toteutetaan ja mitä muita kontakteja näillä potilailla on. MS potilaalla on useimmiten verkosto, johon kuuluu toimijoita eri tahoilta sekä erikoissairaanhoidosta että perusterveydenhuollosta. Toimijat ovat eri alojen asiantuntijoita. Työryhmä koki, ettei Kuntoutusyksikön tarvitse kaikkia asioita tietää tai ottaa huomioon, vaikka potilaan kuntoutuksessa pyritäänkin kokonaisvaltaiseen arviointiin ja toteutukseen. Työryhmä koki turhauttavana niiden asioiden kirjaamisen, jotka koettiin itsestään selvyksinä. Toisaalta pohdittiin mitkä asiat ovat itsestään selviä eri tahoille. Ne voivatkin olla eri asioita. Keskustelua herätti myös niiden asioiden kirjaaminen, joissa ei ole ongelmaa. Näidenkin asioiden kirjaaminen kuitenkin todettiin tarpeelliseksi siksi, että kirjauksesta käy selville asian huomiointi arvioinnissa.

Otokseen otetut toimintakyvyn kuvaukset oli tehty ennen kuin kehittämistyöstä ja ICF mallista oli käyty keskustelua tai esittelyjä. Kuvaukset olivat todellisia arjen kiireen keskellä tehtyjä kuvauksia. Osa potilaista oli käynyt samalla terapeutilla jo useiden vuosien ajan ja nämä potilaat olivat jo varsin tuttuja koko yksikön henkilökunnalle toimintakyvyn osalta. Terapeutti tunsu potilaan niin hyvin, että asioita jäi kirjaamatta. Joissakin kuvaksissa tämä näkyi, mutta ei kuitenkaan kaikissa. Työryhmän keskustelussa terapeutit olivat samaa mieltä siitä, että myös nämä asiat tulee kirjata. Potilaan kiertäessä eri ammattilaisilla eri tahoilla, hyvien kirjausten merkitys



kasvaa. Tämä lisää työn sujuvuutta ja auttaa potilasta siirtymisissä. Potilaan ei tarvitse kaikkia asioita kertoa uudelleen ammattilaisten vaihtuessa. Hyvä kirjaaminen on edellytys potilaan koko hoitoprosessin sujumiselle.

Kirjauksissa sovittiin käytäntö, että esimerkiksi fysioterapeutti voi omassa kirjauksessaan viitata toimintaterapeutin kirjaukseen. Tämä on mahdollista silloin, kun yksikössä on molempia terapeutteja. Viittaus koettiin lyhentävän kirjaukseen käytettävää aikaa ja jotkin kuvauskohteet todettiin sopivan paremmin toimintaterapeutin arvioitavaksi. Valitettavasti käytettävissämme ei ole sellaista potilastietojärjestelmää, jossa on yhteinen toimintakyvyn kuvauslomake kaikkien eri toimintakykyä arvioivien ammattilaisten kirjauksiin. THL:n verkkosivuilla on esimerkki ICF- interventiotaulukosta, joka on kehitetty eri ammattilaisten kuvausten yhteenvetoon. Lomakkeessa ei ole arvioinnin tulosta. Interventiotaulukossa on jaoteltu eri ammattiryhmien osuus asiakkaan toimintakyvyn kuvauskohteissa. Tämä hahmottaa kunkin ammattilaisen roolin ja työnjaon yhteisen potilaan hoitoketjussa. Lomakkeessa on oma kohtansa seuraaville ammattiryhmille: lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja kohta muu. Tämä interventiotaulukko on toivottavasti tulevaisuutta ja saamme sen käytäntöön potilaan hoitoprosessin parantamiseksi, palvelujen tarpeen arviointiin ja työn suunnittelun avuksi. (THL www-sivut 2014.) Ruskis on oppimis- ja ohjauskeskus Ruskeasuon koulu, jossa on yhdistetty eri tahojen ammattilaisten tekemät toimintakyvyn kuvaukset siten, että kaikki eri ammattihenkilöt kirjaavat samojen otsikoiden alle samaan kirjauskohteeseen. Satakunnan korkeakoulussa, Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelmassa on tehty aiheesta opinnäytetyö 2011. Opinnäytetyön tekijä on Mari Jokitalo-Trebs. Toimivaan kirjaukseen on hyviä esimerkkejä ja työkaluja jo olemassa. Niitä tarvitaan lisää. Ruskiksen malli ja siihen liitetty interventiotaulukko toimisivat tehokkaana työkaluna arjen työssä. Välttyttäisiin päällekkäiseltä työn tekemiseltä, selkiytettäisiin kunkin ammattilaisen tehtävää ja potilas olisi oikeasti keskiössä. Kehittämistyö vaatii resurssia, mutta prosessin selkeytyminen vähentää resurssien tarvetta potilasta kohden. Ennen kaikkea potilas saisi parempaa ja laadukasta palvelua.

ICF- ydinlistoja on tällä hetkellä saatavilla 32 yleisempään sairauteen. Tähän kehittämistyöhön saatiin kuitenkin vain yksi sairauskohtainen ydinlista. MS-tauti lyhyt ydinlistassa oli 20 kuvauskohdetta, joista 14 sovittiin otettavaksi käyttöön Kuntou-

tusyksikön lääkinällisen kuntoutuksen potilaiden toimintakyvyn kuvauksissa ja kirjauksissa. Suuri osa valituista kuvauskohteista oli helppo ottaa yksimielisesti käyttöön jatkossa. Osa kuvauskohteista jätettiin myös yksimielisesti ulkopuolelle ja ne olivat kehon rakenteen kaksi kuvauskohdetta. Koettiin, että niitä ei pääsääntöisesti tarvita terapian suunnittelussa MS potilailla. Keskustelua herättivät useat kuvauskohdet. Työryhmässä keskusteltiin mm siitä miten tunne-elämän toimintoja arvioidaan. Käytännön työssä on mahdotonta ottaa käyttöön useita eri mittareita tai testejä, joten on tehtävä valikointia, mitkä ovat Kuntoutusyksikössä hyödyllisimmät ja käyttökelpoisimmat. Keskustelua herätti kuvauskohde d455 ”Liikkuminen paikasta toiseen”, jolla tarkoitetaan kehon siirtämistä muulla tavoin kuin kävellen, kuten kallion yli kiipeäminen, kadulla juokseminen tai kuperkeikan tekeminen. Työryhmä totesi yksimielisesti, ettei yksikään Kuntoutusyksikön lääkinällisen kuntoutuksen potilasta kykene tämän tasoisiin toimintakyvyn suorituksiin. Sama kuvauskohde sisältää uimisen, johon taas moni näistä potilaista kykenee. Kuvauskohde koettiin sisällöltään ristiriitaiseksi. Samassa ydinlistassa oli kuvauskohteet d760 ”Perhesuhteet” ja e310 ”Lähiperhe”. Arvioinnin kohteena ovat samat potilaan läheiset, mutta arviointiperuste on eri. Työryhmässä pohdittiin kriittisesti molempien kohteiden tarpeellisuutta ja toinen (d760) jätettiin pois jatkosta. Kuvauskohta e410 ”Lähiperheen jäsenten asenteet” jätettiin myös pois jatkosta. Työryhmä piti asiaa tärkeänä, mutta sillä koettiin olevan suurempi merkitys sairauden akuutissa vaiheessa, jolloin potilaat eivät yleensä vielä ole Kuntoutusyksikön palvelujen piirissä. Työryhmä koki myös, että joitakin kuvauskohteita jäi puuttumaan lyhyestä ydinlistasta. MS potilailla koettiin tarve seuraavien kuvauskohteiden arviointiin joidenkin potilaiden kohdalla: b730 ”Lihassoiman ja tehon tuottotoiminnot”, b740 ”Lihaskestävyystoiminnot”, b760 ”Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta” ja b765 ”Tahattomat liiketoiminnot”. Kuvauslomake on THL:n www-sivuilla luotavissa kullekin potilaalle yksilöllisesti ja kuvauskohteita voi tarpeen mukaan lisätä mistä tahansa kuvauslomakkeesta. Käytettävistä kuvauskohteista tulee kuitenkin sopia organisaatiossa ja yksiköissä siksi, että arviointi pysyy yhtenäisenä ja että arviointeja voidaan verrata sekä seurata.

Kehittämistyön edetessä ja ICF- kuvauslomakkeiden tultua tutuksi, kokeilin muidenkin ydinlistojen soveltuvuutta Kuntoutusyksikön lääkinällisen kuntoutuksen potilailla. Mitä enemmän eri potilaiden kuvauslomakkeita täytin, sitä enemmän myös eri kuvauskohteiden merkitykset korostuivat. Esimerkiksi kuvauskohteessa d230 ”Päi-

vittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen”. Samaan kuvauskohteeseen oli yhdistettynä monia eri asioita. Jonkun potilaan kohdalla kaipasin niiden erittelyä. Samoin kohdan b130 ”Henkinen energia ja viettitoiminnot” sisältävät toisistaan poikkeavia asioita kuten motivaatio, ruokahalu ja himo. Näiden arviointi jonkun potilaan kohdalla olisi pitänyt tehdä erikseen. Kohta b152 ”Tunne-elämän toiminnot” on potilaan subjektiivinen kokemus ja voi olla hyvinkin erilainen eri potilailla. Tämä vaikuttaa silloin, kun toimintakykyä käytetään palvelun saannin arvioinnissa ja potilaita verrataan toisiinsa.

ICF- ydinlistojen yleistä ydinlistaa suositellaan käytettäväksi arvioinnin tarkistuslistana käytännössä ja ydinlistan kuvauskohteet lisätään automaattisesti valittuun ydinlistaan. Yleisen ydinlistan kuvauskohteissa on merkintä G, joka näkyy kaikissa muissa ydinlistoissa. Yleinen ydinlista ei ole tarpeeksi monipuolinen yksinään käytettäväksi. Kuvauslomakkeiden kuvauskohteiden määrä ydinlistoissa vaihtelee. Esimerkiksi geriatrisen potilaan lyhyessä ydinlistassa on 42 kuvauskohdetta, neurologisen post-akuutin potilaan ydinlistassa on 43 kuvauskohdetta ja aivohalvauspotilaan ydinlistassa on 24 kuvauskohdetta. Koska kaikille kehittämistyöhön suunnitelluille potilaille ei löytynyt sairauden mukaista ydinlistaa, siirsin kaikkien otoksen ulkopuolelle jääneiden potilaiden toimintakyvyn kuvaukset Vammaisuus ydinlistaan. Tässä ydinlistassa oli 32 kuvauskohdetta. Ensivaikutelma vammaisuus ydinlistan käytöstä oli hyvä. Vammaisuus ydinlistassa oli mm eroteltuna niitä asioita, joita MS-tauti lyhyessä ydinlistassa kaipasimme päivittäin toistuvissa tehtävissä ja toimissa. Vammaisuus ydinlistassa oli kuitenkin myös kohtia joita emme pitäneet tärkeinä toimintakykyä arvioitaessa Kuntoutusyksikön näkökulmasta.

Kehittämistyö vastasi asetettuihin kysymyksiin Kuntoutusyksikön fysioterapeuttien toimintakyvyn kuvauksen nykytilasta ja tulevaisuudesta MS-tautia sairastavien potilaiden osalta. Kehittämistyössä olisi voinut valita otokseen myös muut kuin MS-tautia sairastavat potilaat ja käyttää Vammaisuus kuvauslomaketta, joka kokeilussa osoittautui hyvinkin sopivaksi työkaluksi käytäntöön. Kehittämistyössä olisi myös voinut laajentaa otosta ottamalla tehtyjä toimintakyvyn kuvauksia muista yksiköistä ja näin saada esille eri yksiköiden terapeuttien toimintakyvyn kuvauksen nykytilan ja mahdollisen kehittämistarpeen. Tällöin olisi alkuperäisiä kehittämistyön kysymyksiä pitänyt muuttaa.

Työryhmässä sovimme mitä kuvauskohteita jatkossa huomioidaan Kuntoutusyksikössä toimintakyvyn arvioinnissa MS potilailla. Vielä on sovittavaa yhtenäisestä kirjaamisesta potilastietojärjestelmään ja sen jälkeen voimme hyödyntää sovittua käytäntöä potilaan toimintakyvyn seurannassa. Teemme toimintakyvyn arvion vuosittain lääkinnällisen kuntoutuksen potilaille. On tarve arvioida ja sopia mitä kuvauskohteita muilla potilailla tullaan käyttämään ja millä aikataululla Kuntoutusyksikössä. Työryhmä voi tarvittaessa koota kuvauskohteista omanlaisensa kuvauslomakkeen omaan käyttöönsä, mutta siinä tapauksessa tulee arvioida miten kuvaukset palvelevat potilaan asemaa koko organisaatiossa. Vaikka jokin kuvauskohde ei yhdessä yksikössä tunnu mielekkäältä arvioida, saattaa se toisessa yksikössä tai organisaatiossa olla merkittävä potilaan hoitoketjussa. Toimintakyvyn kuvaksen yhtenäistäminen eri yksiköissä vaatii ICF- mallin tuntemista ennen kuin yhtenäistä toimintatapaa voidaan sopia.

Suomessa on toteutettu Jyväskylä Ammattikorkeakoulun vetämä hanke ”ICF- luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen: suosituksesta pysyviin ja kehitettyihin käytäntöihin” vuosina 2012 – 2014. Hankkeen tavoitteena oli suomentaa WHO:n ICF itseopiskelumateriaali ja testata sen käyttöä kuntoutuslaitoksissa. Hankkeessa kerättiin tietoa estävistä ja edistävästä tekijöistä ICF- luokituksen käytössä asiakastyössä. Hankkeessa todetaan, että ICF- luokituksen käytön lisääntyminen on tärkeää. Tärkeää siksi, että huomioidaan laajasti kuntoutujan toimintaan ja osallistumiseen vaikuttavat tekijät kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Hankkeen antamat arviot kuvauskohteista olivat osin samanlaisia kuin tässä kehittämistyössä tuli esiin työryhmän keskusteluissa. Hankkeen loppuseminaarissa todettiin tarve valmistella WHODAS- toimintakykymittaria julkaistavaksi koodistopalvelimelle. WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) on ICF:n pohjalta kehitetty työkalu väestön terveyden ja toimintakyvyn mittaamiseen. WHODAS suomennetaan ja se julkaistaan vuonna 2014. Tällä hetkellä se ei vielä ole TOIMIA- tietokannassa. (Anttila 2014.)

Tämä Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen Kuntoutusyksikössä toteutettu toiminnallinen kehittämishanke on hyvä lähtökohta palvelujen edelleen kehittämisessä ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa. Kehitettävää riittää Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen organisaatiossa, mutta myös laajemmin koko sairaanhoitopiirissä ja terveydenhuollossa. Ympäristökuntien fysioterapia- tai kuntoutusyksiköiden kiinnostus aiheeseen on myös herännyt. On mahdollista jatkaa toimintakyvyn arvi-

oinnin kehittämistä ICF- näkökulmassa yhteistyössä ympäristökuntien fysioterapiayksikköjen kanssa.

## LÄHTEET

Anttila, H. 2014. ICF- tulevaisuus Suomessa. Loppuseminaari 20.3.2014

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15. -17.p. Porvoo: Bookwell Oy

ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004:4. 2004 Jyväskylä: Stakes. Stakesin julkaisu 4/2004. Viitattu 22.9.2014

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5.uud.p. Helsinki:WSOYpro Oy

Kelan www-sivut. Viitattu 14.4.2014. <https://www.kela.fi>

Kuntoutusportti www-sivut. Viitattu 14.4.2014.<https://www.kuntoutusportti.fi>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 2012. L 17.8.1992/785.

Lihastautiliitto www-sivut. Viitattu 9.9.2014.<https://www.lihastautiliitto.fi>

Paltamaa, J. Karhula, M. Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Sastamala: Vammalan Kirjapaino oy

Raision sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 21.2.2006. Viitattu 22.9.2014.

Sosiaaliportti www-sivut. Viitattu 14.4.2014.<https://www.sosiaaliportti.fi>

STM www-sivut. Viitattu 14.4.2014.<https://www.stm.fi>

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326.

Terveyskirjasto www-sivut. Viitattu 9.9.2014.<https://www.terveyskirjasto.fi>

THL www-sivut. Viitattu 26.2.2014.<https://www.thl.fi>

TOIMIA- verkoston www-sivut. Viitattu 22.9.2014.<https://www.toimia.fi>

Virtanen, T.2014. ICF tutuksi. Esitelmä Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen Kuntouttavien palvelujen henkilökunnalle 11.6.2014.

Virtanen, T.2014. Kokemuksia ICF- kuvauslomakkeesta. Kehittämispäivä Kuntouttavien palvelujen henkilökunnalle 29.8.2014

## LIITE 1

## ICF TOIMINTAKYKYPROFIILIN KUVAUSKOHTEET

Kuvauslomakkeena ydinlista: MS-tauti lyhyt

KEHON TOIMINNOT (vajavuus 0 1 2 3 4)

b130 Henkinen energia ja viettitoiminnot (G)

b152 Tunne-elämän toiminnot (G)

b164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot

b210 Näkötoiminnot

b280 Kipuaistimus (G)

b620 Virtsaamistoiminnot

b730 Lihasvoiman ja tehon tuottotoiminnot

b770 Kävely- ja juoksutyylit

KEHON RAKENTEET (vajavuus 0 1 2 3 4)

s110 Aivojen rakenne

s120 Selkäydin ja siihen liittyvät rakenteet

SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (ongelma 0 1 2 3 4)

d175 Ongelman ratkaiseminen

d230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen (G)

d450 Käveleminen (G)

d455 Liikkuminen paikasta toiseen (G)

d760 Perhesuhteet

d850 Vastikkeellinen työ (G)

YMPÄRISTÖTEKIJÄT (edistävä tai estävä tekijä +4 +3 +2 +1 0 1 2 3 4)

e310 Lähiperhe

e355 Terveysthuollon ammattihenkilöt

e410 Lähiperheen jäsenten asenteet

e580 Terveysthuolto - palvelut, hallinnointijärjestelmät ja politiikka

P = liittyy suoritustasoon

C = liittyy suorituskyykyyn

## LIITE 2

## KUNTOUTTAVIEN PALVELUJEN TYÖRYHMÄN KUVAUSKOHTEIDEN ARVIOINTIA

Kehittämispäivä 29.8.2014

Työryhmän arviot kuvauskohteiden käytöstä jatkossa						
Osa-alue	Kuvauskohte	Huomiointi jatkossa				Tarkennus kuvauslomakkeen käyttöön
		kyllä	ei	muu		
Kehon toiminnot	b130	x			motivaatio ja himo arvioitu samassa kohdassa aiheutti hämmennystä?	
	b152	x				
	b164			x	hyödynnetään toimintaterapeuttia ja viittaus tt arvioon	
	b210		x			
	b280	x			VAS kipujana - yhtenäinen käyttö varmistettava	
	b620	x				
	b730	x			lihasvoiman testaus ja arvot 0 - 5	
	b770	x				
Kehon rakenteet	s110		x		koettiin ettei terapian toteutusta suunniteltaessa ole tarvetta arvioida	
	s120		x			
Suoritukset ja osallistuminen	d175			x	hyödynnetään toimintaterapeuttia ja viittaus tt arvioon	
	d230	x			FSQ mittari. KSH,ruokapalvelu ym. Tukitoimet. Apuvälineet?	
	d450	x			10 m kävelytesti. DGI testi.	
	d455		x		Lääk. kunt. MS potilailla toimintakyky ei riitä tähän - nykytilanne	
	d760		x		kysymyksessä e310 tulee riittävällä tasolla	
	d850	x			työikäisellä. Eläkeikäisellä voidaan jättää huomiotta.	
Ympäristötekijät	e310	x				
	e355	x				
	e410		x		huomioidaan kohdassa e310	
	e580	x			automaattisesti mukana, koska tehdään lääk. Kunt. Potilaille	
Yhteensä	20	12	6	2	Kuvauskohteista huomioidaan fysioterapeuttien arvioinnissa 12 kpl ja toimintaterapeutin arviossa 2 kpl. Kuusi (6kpl) jätetään huomiotta jatkossa.Yhteensä huomioidaan 14 kohdetta eli 70% MS-tauti lyhyt ydinlistasta.	