

TOIMINTAKYVYN JA SUORITUSKYVYN KÄSITTEET ICF-LUOKITUKSEN VALOSSA

Fysiatreille tehdyn pikagallupin tulokset

Johdanto

Toimintakyvyn häiriön kartoituksessa on yleensä etsitty eri toimijoille yhteisiä mittareita ja yhteistä kieltä. Tässä mielessä pisimmälle kansainvälisten luokitusten kehittämisessä on mennyt Maailman Terveysjärjestö (WHO), joka julkaisi tautidiagnoosiluokituksen (ICD-10) rinnalle vuonna 2001 uuden version ICF:stä (International Classification of Functioning, Disability and Health) eli Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisestä luokituksesta. WHO:n jäsenmaat hyväksyivät ICF:n käytettäväksi toiminnallisuuden ja toiminnan vajavuuden yleisenä standardina (WHO 2008; WHO 2012). ICF hyväksyttiin myös YK:n sosiaaliluokitusten piiriin ja siihen viitataan YK:n vammaisten henkilöiden yhdenvertaistaimista koskeissa yleisohjeissa. ICF:n käyttö ICD-10:n rinnalla antaa laajemman käsityksen yksilön ja väestön terveydestä päätösten teon pohjaksi, kun jaetaan yhteiskunnan hoito- ja kuntoutusresursseja. Yhteisten koodien avulla ICF tarjoaa myös tieteellisen perustan toiminnallisuuden tutkimiselle ja eri maiden ja alojen toiminnan ja tuloksellisuuden arvioinnille (WHO 2002; WHO 2012).

Poiketen perinteisestä biolääketieteellisestä käsityksestä ICF edustaa biopsykososiaalista kokonaisvaltaista näkökulmaa toimintakyvyn arvioinnissa. Biolääketieteellinen malli pitää toimintarajoitetta henkilön ominaisuutena, johon vaikutetaan hoitamalla sairautta tai vammaa (Barnes and Mercer 2010; Oliver and

Barnes 2012). Sen sijaan biopsykososiaalinen malli määrittelee toimintarajoitteen epäsuhtana henkilön terveyden ja konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten välillä. Tätä epäsuhtaa pyritään minimoimaan huomioimalla paitsi henkilön terveydentila myös ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutus, kuten työtilanne, perhe, harrastukset, motivaatio, uskonto ja niin edelleen. Tämä ajattelumalli vaatii erilaisia mittareita kuin pelkät biolääketieteen laboratoriomittarit (Peterson 2005), esimerkiksi ICF-kriteeristön. ICF tarjoaa suoritus- ja toimintakykyarvioon yhtenevät kriteerit sisältäen myös kvantitatiivisen asteikon (WHO 2008; Boonen, Stucki et al. 2009; WHO 2012). ICF:ää käyttämällä henkilön toiminnan kuvaus on vertailukelpoinen eri laitosten, erikoisalojen, asuinpaikkojen ja maiden välillä (Jelsma 2009; Cerniauskaite, Quintas et al. 2011; Wiegand, Belting et al. 2012).

ICF-luokituksen käyttöönottoa on viivästyttänyt (Stucki, Ewert et al. 2002) ehkä luokituksen monimutkaisuus (ICF sisältää yli tuhat eri koodia) ja toisaalta kuntoutusammattilaisten ja kirjallisuuden vakiintuneet käsitteet toimintakyvystä ja suorituskyvystä. Suomeksi ICF julkaistiin vuonna 2004 (WHO 2011). Kymmenen vuotta on toteutettu erilaisia hankkeita, koulutuksia ja projekteja ICF:stä. Tarkasti ei tiedetä, kuinka laajalle ICF on yleistynyt terveydenhuollon ammattilaisten käytössä. Tutkimuksemme suoritettiin "pikagallupina" Suomen Fysiatriryhdistyksen vuosisymposiumissa

helmikuussa 2013, jossa käsiteltiin ICF:n käyttöä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, missä määrin fysiatriit ovat jo siirtyneet perinteistä toimintakyvyn ja suorituskyvyn käsitteistä ICF:n mukaisiin käsitteisiin.

Aineisto ja menetelmät

Suomen fysiatriyhdistyksen vuosisymposiumiin helmikuussa 2013 osallistui 54 Suomen 174 fysiatriista (Lääkäriliitto 2013). Kyselylomake jaettiin ennen luentoja alkua jokaiselle osallistujalle. Vastaamiseen annettiin aikaa viisi minuuttia ja lomakkeet kerättiin ennen luentoa pois. Vastausprosentti oli 81 % (44/54). Analysoitavaksi hyväksyttiin 42/44 lomaketta (ICF-luokituksesta puhuvan luennoitsijan lomake ja yksi luennon jälkeen palautettu lomake hylättiin). Kyselyssä kartoitettiin vastaajan pääasiallinen työpaikka (yliopistollinen sairaala, muu julkinen erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, yksityissairaala, kuntoutuslaitos, Kela tai vakuutusyhtiö, yksityisvastaanotto), koulutus (fysiatrian erikoislääkäri/erikoistuva), työkokemus (erikoistumisvuosi tai erikoistuvan erikoistumisen aloitusvuosi). Vastaajilta pyydettiin mielipidettä siitä, mitä tarkoittaa toimintakyky, suorituskyky ja millä mittarilla niitä voi mitata.

Tulosten analysointiprosessi

Kaksi tutkijaa arvioi itsenäisesti vastaukset käyttäen asteikkoa nollasta kahteen, jossa 2 tarkoitti ICF -luokituksen mukaista vastausta, 1 lähellä ICF-luokituksen mukaista vastausta ja 0 muuta määritelmää tai vastauksen puuttumista. Arviointien yhtenäisyys (inter-rater agreement) tarkistettiin Cohenin kappa-kertoimella. Cohenin kappa-kertoimen laskentaa varten arvot 2 ja 1 yhdistettiin.

Toiminta- ja suorituskyvyn käsitteet

Käsitteet määriteltiin ICF-luokituksen mukaisesti seuraavasti (WHO 2011):

Toimintakyky (functioning) on yläkäsite kattava kaikki ruumiin ja kehon toiminnot ja ra-

kenteet, suoritukset sekä osallistumisen. Sillä tarkoitetaan yksilön, terveydentilan ja yksilöön liittyvien ympäristö- ja yksilötekijöiden välistä vuorovaikutusta.

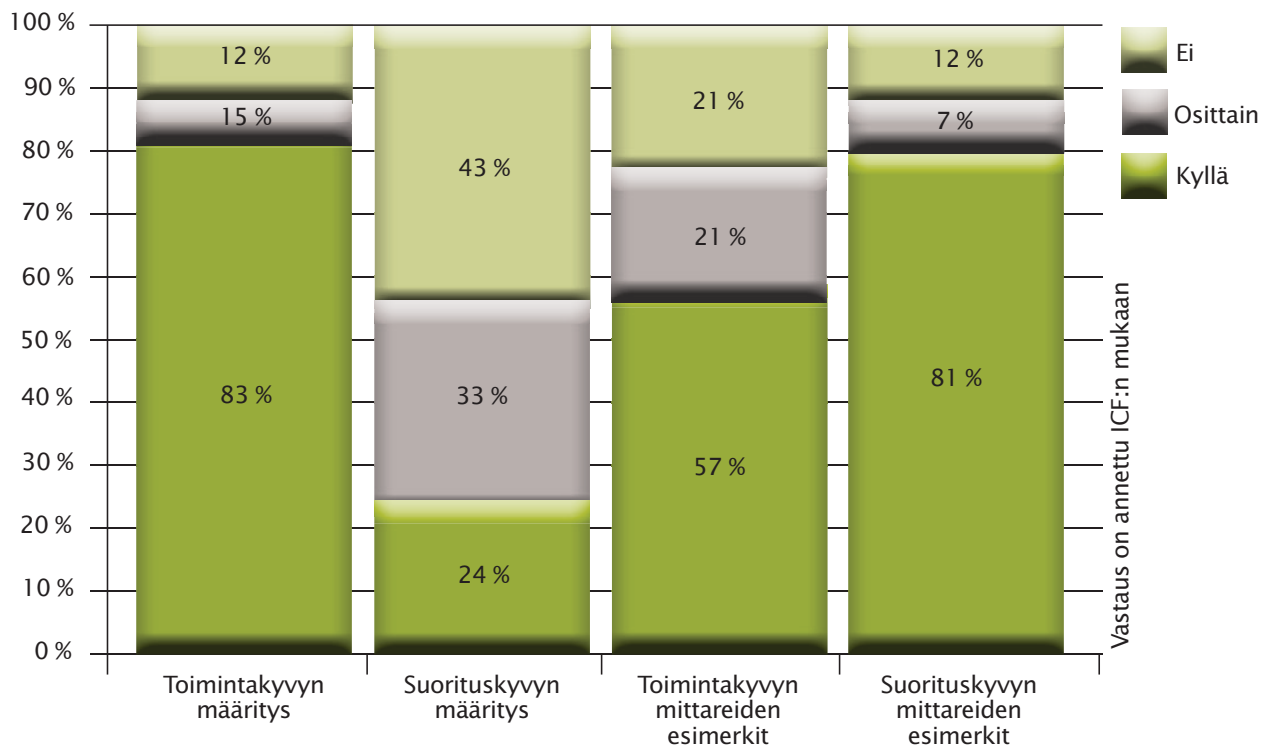
Suorituskyky on yksilön kyky toteuttaa jokin tehtävä tai toimi vakioidussa ympäristössä kuvaten korkeinta todennäköistä suoritustasoa, jonka henkilö voi saavuttaa tietyllä hetkellä tietyssä toiminnassa. ICF erottaa suorituskyvystä suoritustason käsitteen, joka kuvaa mitä yksilö tekee nyky-ympäristössään. Suorituskyky ja suoritustaso ovat arvioitavissa myös kvantitatiivisella asteikolla. Jos suorituskyky on potentiaali eli maksimaalinen suoritus täydellisissä olosuhteissa, on suoritustaso konkreettisesti elämäntilanteessa realisoitunut suorituskyky. Tähän realisointiin vaikuttavat terveyden lisäksi ulkoiset ja yksilötekijät. Suorituskykyä ja suoritustasoa voi mitata eri elämän toiminnoista, eikä pelkästään fyysisestä toiminnasta. Ajatus ei ole uusi. Toimintakyvyn ja suorituskyvyn suhdetta voi esittää matemaattisella kaavalla mukaillen sosiaalipsykologian oppikirjaa vuodelta 1980 (Darley and Goethals 1980):

$$\text{Toimintakyky} = \Sigma \text{Suorituskyky yksittäisissä tehtävissä} + \Sigma \text{Suoritustaso yksittäisissä tehtävissä} + \Sigma \text{Ulkoiset tekijät} + \Sigma \text{Yksilötekijät} + \text{Sattuma/Onni}$$

Tässä kaavassa ” + ” merkit muuttuvat ” - “ merkeiksi, jos ulkoisten ja yksilötekijöiden vaikutus on toimintakykyä heikentävä. Kaava sisältää myös ICF-luokituksen ulkopuolelle jääneen sattuman/onnen vaikutuksen.

Tilastoanalyysi

Kyselyyn vastanneiden prosenttijakauma laskettiin koulutuksen, työpaikan ja fysiatrian alan työskentelyvuosien perusteella. Työkokemusvuosista laskettiin keskiarvo ja standardihajonta. Kahden tutkijan arvioimista vastuksista toiminta- ja suorituskyvymyksiin laskettiin keskiarvot, niin että eriävän mielipiteen tapauksissa arvoksi muodostui 0,5 tai 1,5 pistettä. Arvot 1,5–2 käsiteltiin vastauksina jot-



Kuvio 1. ICF:n mukaisten, lähellä ICF:ää olevien ja muiden vastausten prosenttijakauma

ka ovat ICF:n mukaiset, arvot 1 epävarmoina vastauksina, ja arvot 0–0,5 ei ICF:n mukaisina vastauksina. Arviot vastauksista esitettiin prosenttijakaumana. Analyysit tehtiin MS Office 2007- ja MS Office 2010 -ohjelmistoilla.

Tulokset

Kahden tutkijan arviointien keskinäinen yhteneväisyys oli 83 % (Cohenin kappa 0,79). Kyselyyn vastasi 40 (95 %) fysiatrian erikoislääkäreitä ja 2 (5 %) fysiatriaan erikoistuvaa lääkäreitä. Kaksi kolmasosaa vastanneista (N=26 eli 66 %) työskenteli julkisessa erikoissairaanhoidossa, heistä 13 (31 %) yliopistollisessa sairaalassa. Perusterveydenhuollossa työskenteli yksi (2 %), kuntoutuslaitoksissa kuusi (14 %), vakuutusyhtiön tai Kelan palveluksessa kaksi (5 %) ja yksityisvastaanotolla viisi (12 %). Yksi vastannut ei kertonut työpaikkaansa. Fysiatrian erikoislääkärin työkokemusta oli kertynyt vastanneilla keskimäärin 16,9 vuotta (vaihteluväli 0–39, standardi hajonta [SD] 10,2).

Vastausten jakauma näkyy kuviossa 1. Yli 80 % antoi ICF:n mukaisia esimerkkejä suorituskyvyn mittareista. Pienempi osuus ICF:ään oli toimintakyvyn mittareissa – 57 %

vastasi ICF:n mukaisesti ja 21 %:lla vastaus oli lähellä ICF:n käsitystä. Valtaosa vastanneista määritteli toimintakyvyn käsitteen ICF-viitekehyksen mukaisesti (83 %, jonka lisäksi 5 % vastauksista oli lähellä ICF -luokitusta). Sen sijaan vain 24 % määritteli suorituskyvyn käsitteen ICF:n mukaisesti ja 40 % vastanneista antoi tähän kysymykseen täysin ICF-viitekehystä poikkeavat vastaukset.

Ehdotettujen toiminta- ja suorituskyvyn mittareiden esimerkkien kirjo oli laaja eikä ”suosikitestejä” pysty vastauksista erottamaan. Neljä mainitsi toimintakyvyn mittareiden joukossa myös ICF-luokituksen. Vastauksissa kysymykseen suorituskyvystä korosti 40 % vastanneista suorituskyvyn fyysistä puolta.

Pohdinta

Suuri osa kyselyyn vastanneista fysiatreista piti toimintakykyä laajana biopsykososiaalisena kokonaisuutena ja suorituskykyä kapeampana fyysispainotteisena kapasiteettina. Tämä vastaa kuntoutuskirjallisuudessa vakiintunutta perinnettä, vaikka poikkeakin ICF-viitekehystä, jossa toimintakyky on kyllä laaja käsite, mutta suorituskyky kertoo suoriutumisi-

sesta ideaaliolosuhteissa. ICF:n mukaan toimintakyky kuvaa henkilön kokonaisvaltaista biopsykososiaalista kykyä suoriutua elämänsä haasteista konkreettisissa elämäntilanteissa.

Tutkimus toteutettiin pikagallupina ilman johdattelua tutkimuksen syystä. Tässä piilee sekä tutkimuksen heikkous että vahvuus. Vastaukset olisivat voineet olla enemmän ICF:n mukaisia, jos olisi kysytty ICF:n määritelmää eikä lääkärin omaa mielipidettä. Toisaalta vastauksiin vaikutti myös lyhyt vastausaika. Tutkimuksen tavoitteena ei ollut tarkistaa fysiatrien ICF-oppia vaan selvittää, mitä ovat spontaanit selkäytimestä tulleet arviot ja kuinka lähellä ne ovat ICF -viitekehystä. Näitä nopeita arvioita todennäköisesti käytetään myös käytännön arkityössä.

Fysiatrit kuntoutuksen erikoislääkäreinä edustavat hyvin suomalaisia kuntoutusalalla työskenteleviä lääkäreitä. Tutkimusaineisto edusti noin neljäsosaa Suomen fysiatreista ja työpaikkajakauma vastasi myös fysiatrien työpaikkajakoa Suomessa. Arvelemme tutkimuksen tulosten olevan yleistettävissä koko fysiatrien ammattikuntaan, varsinkin kun vastausprosentti oli korkea. Vastauksen analysoinnissa myös kahden tutkijan itsenäiset arviot vastauksista olivat yhtenevät. Fysiatrit valittiin tutkimuksen kohderyhmäksi, koska tämän pienen erikoisalan erityisosaamisalueena on erityisesti toimintakykyarvio ja sen pohjalta tehty kuntoutussuunnittelu, jonka takia fysiatrit edustavat hyvin myös muita kuntoutukseen ja toimintakykyarvioihin perehtyneitä lääkäreitä.

Tutkimuksen löydökset vastasivat suurelta osin odotuksiamme. Tietävästi vastaavia gal-lupeja ei ole aiemmin tehty. Oli odotettavissa, että fysiatrit määrittelevät toimintakyvyn melko yhtenäisesti ja että tämä määritelmä vastaa ICF-viitekehystä. Toimintakykyä on muussakin kuntoutuskirjallisuudessa pidetty henkilön biopsykososiaalisena kykynä toimia konkreettisissa elämäntilanteissa. Ainoa ero niillä ja ICF:llä on se, että poiketen ICF-viitekehystä perinteinen kirjallisuus jakaa toimintakyvyn sosiaaliseen, psyykkiseen ja fyysiseen. ICF:ssä taas nämä kaikki puolet huomioidaan, mutta ne muodostavat saumattoman kokonaisuuden, eivät kolmea erillistä kokonaisuutta. Suoritus-

kyvystä ei puolestaan yhtenäisiä määritelmiä ole. Suomenkielisessä kirjallisuudessa suorituskyky määritellään yleensä toimintakykyä kapeampana, mitattavissa olevana käsitteenä, joka kuvaa henkilön yksittäisiä fyysisiä tai psyykkisiä ominaisuuksia. Esimerkiksi Fysiatria-oppikirjassa löytyy fyysisen suorituskyvyn testejä (Viikari-Juntura 2009). Psykkisestä suorituskyvystä on vähemmän kotimaisia julkaisuja. Sosiaalinen suorituskyky -käsitettä ei yleensä käytetä vaan puhutaan esimerkiksi voimavaroista. Esimerkiksi Google Scholar -haku tuo 420 osumaa haulla ”fyysinen suorituskyky”, 60 osumaa haulla ”henkinen suorituskyky”, 30 haulla ”psyykinen suorituskyky” ja vain 10 haulla ”sosiaalinen suorituskyky”.

Myös tässä fysiatrien pikagallupissa keksittiin nopeasti fyysiseen suoritukseen painottuvia suorituskyvyn mittareita. Sen sijaan toimintakyvyn mittareiden ehdottaminen oli vaikeampaa, kun toimintakykyä ei pysty tutkimaan yhdellä lyhyellä laboratoriotestillä. On vaikea ajatella, että viiden minuutin testissä ehtisi luetella kattavasti toimintakykymittarit – varsinkin kun kyseessä on synteesi eri suorituskykyosioista – huomioiden lisäksi ulkoiset ja sisäiset tekijät sekä onnen/sattuman. Erilaisia suorituskykymittareita on opetettu myös Suomessa käyttämään toiminta- ja työkykyarvioissa: esimerkiksi Facultas-hankeessa ja Kelan kuntoutuksen standardeissa (Duodecim and TELA 2008; Kela 2011). Varmasti toimintakykyarvioissa on parempi käyttää suorituskykymittareita kuin jättää kaikki mittarit pois, mutta toimintakykyarvio käsittää myös asian-tuntijan pohdinnan kaikkien saatavissa olevien tietojen pohjalta. Fysiatreillekin tuli toimintakykyarviosta mieleen suorituskykymittarit, joita täydennetään potilashistorialla ja kliiniselä tutkimuksella. Neljä vastannutta ehdotti myös toimintakykyarviota ICF:llä.

Tuloksemme vastaavat sekä kotimaassa että Suomen ulkopuolella yleiseksi todettu ilmi-ötä: ICF-luokitus koetaan tarpeelliseksi, mutta sen käyttöönotto vaikeaksi. Huolimatta ICF:n yli 10 vuoden iästä sen käyttöönotto on viivästynyt ja ICF on jäänyt enemmänkin tutkijoiden työkaluksi. Kun käyttöönotto koetaan vaikeaksi, perustavat yksittäiset organisaatiot

ja laitokset kuntoutustoimintansa ICF:n viitekehykseen, jättäen kuitenkin käyttämättä varsinaisen ICF-luokituksen ja termistön tai luovat muita ICF-tyyppisiä kuntoutusmittareita. Tällöin WHO:n toive kuntoutusalan yhtenäisen kielen luomisesta jää toteutumatta. Toimintakyky ja suorituskyky muuttuisivat ICF:n kautta helpommin mitattaviksi suureiksi.

Tulevaisuus näyttää ICF:n kannalta hyvältä. Kokonaisvaltaista toimintakykyarviota pystytään hyödyntämään potilaskäytössä kaikki elämänalueet huomioiden, jolloin saadaan uusia työkaluja hoidon, kuntoutuksen vaikuttavuuden ja eri tutkimusaineistojen vertailuun.

Yhteenveto

Tässä galluuttutkimuksessa ei etsitty ”oikeita” tai ”väärää” vastauksia. Kun päätöksiä alueellisissa hoitoketjuissa ei voi perustaa pelkkiin sairausdiagnooseihin, perustuslain vaatima yhdenvertaisuus hoidossa ja kuntoutuksessa voi vaatia toimintakyvyn aiempaa tarkempaa kartoitusta, jotta päätökset ovat oikeudenmukaisia ja perusteltavissa. Kuntoutusalalla työskentelevät lääkärit pohtivat toimintakykyä päivittäin. ICF-viitekehyksen mukaisen käsitteistön käyttö voi helpottaa ja tarkentaa hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekoa. Keskustelua toimintakyvystä voisi olla hedelmällistä käydä kaikkien erikoisalojen toimijoiden kesken yhteisen kielen luomiseksi. Tärkeiden käsitteiden yhtenäistämisestä toivottavasti syntyy yli erikoisalojen rajojen ulottuva keskustelu. Siihen ICF-luokitus tarjoaa systemaattiset ja maailmanlaajuisesti standardoidut työkalut.

LT Mikhail Saltychev, fysiatrian vastuualueen johtaja, Tules-hoitoalue, Turun yliopistollinen keskussairaala ja Turun yliopisto

LT Katri Laimi, kliininen opettaja, fysiatria, kliininen laitos, Turun yliopisto

LT Jaro Karppinen, fysiatrian professori, fysiatrian klinikka, Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen keskussairaala

Lähteet

Barnes, C. and G. Mercer (2010). *Competing models and approaches. Exploring Disability.* Cambridge, Polity Press: 14-42.

- Boonen, A., G. Stucki, et al. (2009). “The OMERACT-ICF Reference Group: integrating the ICF into the OMERACT process: opportunities and challenges.” *J Rheumatol* 36(9): 2057-2060.
- Cerniauskaite, M., R. Quintas, et al. (2011). “Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation.” *Disabil Rehabil* 33(4): 281-309.
- Darley, J. M. and G. R. Goethals (1980). *People’s analyses of the causes of ability-linked performances. Advances in experimental social psychology.* L. Berkowitz. Orlando, FL, Academic Press: 2-37.
- Duodecim and TELA (2008). *Facultas toimintakyvyn arviointi.* Helsinki, Työeläkevakuuttajat TELA.
- Jelsma, J. (2009). “Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey.” *J Rehabil Med* 41(1): 1-12.
- Kela (2011). *Kelan avo- ja laitostuotoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (ASLAK) palvelulinja (Voimassa 1.1.2012 alkaen), Kela.*
- Lääkäriliitto, S. (2013). “Lääkärilaskuri.” Retrieved 4.3.2013, from <http://www.laakariliitto.fi/laakarilaskuri/index.php>.
- Oliver, M. and C. Barnes (2012). *The Importance of Definitions in the Disability Debate. The New Politics of Disablement.* Basingstoke, Palgrave Macmillan: 11-31.
- Peterson, D. B. (2005). “International Classification of Functioning, Disability and Health: An Introduction for Rehabilitation Psychologists.” *Rehabilitation Psychology* 50(2): 105-112.
- Stucki, G., T. Ewert, et al. (2002). “Value and application of the ICF in rehabilitation medicine.” *Disabil Rehabil* 24(17): 932-938.
- WHO (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health.* Geneva, World Health Organisation.
- WHO (2008). *International Classification of Functioning, Disability and Health.* Geneva, World Health Organisation.
- WHO (2011). *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus.* Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- WHO. (2012). “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Homepage.” 2012, from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- Wiegand, N. M., J. Belting, et al. (2012). “All Talk, No Action?: The Global Diffusion and Clinical Implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health.” *Am J Phys Med Rehabil* 91(7): 550-560.
- Viikari-Juntura, E., Ed. (2009). *Fysiatria.* Helsinki, Kustannus oy Duodecim.