

Päätoimittaja  
Päivi Topo

Toimitussihteeri  
Krister Björklund  
toimitussihteeri@socialmedicine.fi  
040-747 8953

Toimitusneuvosto  
Mats Brommels, Matti Hakama, Elina Hemminki,  
Jussi Huttunen, Lasse Kannas, Jaakko Kaprio,  
Antti Karisto, Liisa Keltikangas-Järvinen,  
Simo Kokko, Eero Lahelma, Sirkka Lauri,  
Risto Lehtonen, Esa Läärä, Jouko Lönnqvist,  
Heikki Murtomaa, Ritva Nupponen, Jussi Vahtera,  
Kari Poikolainen, Pekka Puska, Arja Rimpelä,  
Elianne Riska, Leena Räsänen, Sirkka Sinkkonen,  
Harri Sintonen, Jorma Takala, Lyly Teppo,  
Antti Uutela, Tapani Valkonen, Hannu Vuori

Julkaisija  
Sosiaalilääketieteen yhdistys ry  
Socialmedicinska föreningen rf  
Puheenjohtaja  
Ilmo Keskimäki  
Stakes, PL 220, 00531 Helsinki,  
ilmo.keskimaki@stakes.fi

Sihtööri  
Tuulikki Vehko  
PL 598, 00101 Helsinki,  
sihteeri@socialmedicine.fi

Neljä numeroa vuodessa  
Tilaushinnat vuonna 2006: Jäsenet 35 €  
opiskelijat 16 € (Sosiaalilääketieteen  
yhdistyksen jäsenmaksu), muut, yhteisöt ja  
tilaukset ulkomaille 39 €,  
irtonumerot 10 € + postikulut

ISSN 0355-5097  
Vammalan Kirjapaino Oy 2006

## Toimintakyky on biopsykososiaalinen kysymys

Toimintakyvyn kuten terveyden ja sairauden käsitteetkin voidaan määritellä eri tavoin riippuen määrittelijän taustasta ja näitä käsitteitä myös jatkuvasti muokataan (esim. Rantanen 2005, Vehmas 2005, ICF 2005). Niinpä esimerkiksi Maailman terveysjärjestö WHO tekee uudessa toimintakykyä koskevassa luokituksessaan varauksen, jonka mukaan kullakin sen käyttämistä toimintakykyyn liittyvistä termeistä on spesifinen merkitys, joka voi poiketa arkikielestä.

Toimintakyvyn määrittämisen parissa on WHO:ssa tehty mittavaa yhteiskunta- ja terveyspoliittista työtä. Tavoitteena on ollut painottaa toimintakykyä positiivisena käsitteenä: kysymys on kyvystä, ei kyvyttömyydestä. Toimintarajoitteet käsitteellä puolestaan viitataan nimensä mukaisesti rajoitteisiin ja kehon tai ruumiin vajavuuksiin. WHOn työssä tämä on näkynyt siinä, että aikaisempi *Vaurioiden, toiminnan vajauksien ja haittojen luokitus* (ICIDH) on muutettu nimeltään *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden* kansainväliseksi luokitukseksi (ICF). Uudessa luokituksessa tavoitteena on ollut myös muuttaa käsitteellistä ajattelua ymmärtämään toiminnallista terveydentilaa ja vielä tämän lisäksi ”terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa”. Luokituksessa erotetaan optimaalinen ja aktuaalinen toimintakyky ja näin lähestytään toimintakyvyn tukemisen keinoja ja mahdollisuuksia sekä yksilön että yhteisön tasolla. (ICF 2005.)

Mikä ICF -luokituksen esittämässä ajattelussa on keskeistä sosiaalilääketieteen piiriin kuuluvan tutkimuksen näkökulmasta? Seuraavassa arvioissa näkyy sosiaalitieteilijän taustani, sillä itse näen ICF-luokituksen suurimman annin olevan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kontekstuaalisessa tarkastelussa yhdessä perinteisen lääketieteellisen tarkastelun kanssa. Kontekstuaalisessa tarkastelussa kyse ei ole kunkin yksilön tai edes ryhmän kohdalla yhdestä toimintakyvystä tai toiminnan rajoitteesta vaan ne vaihtelevat kussakin kontekstissa, mutta kuitenkin varsinaista henkilön rakenteellista muutosta tai poikkeavuutta ei hyväkään ympäristö voi poistaa. Toisaalta taas pelkkä yksilön saama diagnoosi ilman oireita tai rakenteellisia muutoksia voi vähentää hänen kykyään toimia, jos yhteisö kielteisten asenteidensa perusteella sulkee häneltä mahdollisuuksia. Olen aina on kuitenkin se, että toimintakyky ja toimintarajoitteet nähdään sekä käsitteellisellä että operationaalisella tasolla myös yhteiskunnallisesti rakentuneiksi.

ICF -luokitus sisältää erittäin monikerroksisen luokitusjärjestelmän, jossa kunkin yksilön tilannetta ja diagnoosia voidaan kuvata hyvin tarkasti. Tausta-ajatuksena on se, että näiden tietojen ja arviointien perusteella voitaisiin kartoittaa palvelujen tarve. Sekä ICIDH- että ICF -luokituksia on kritisoitu yksilökeskeisyydestä ja todettu, että WHO edustaa yksilö- ja diagnoosikeskeistä ja biomedikalisoivaa näkemystä vammaisuudesta (Vehmas 2005). Luokituksen peruslähtökohtana olevaa ajatusta normaaliudesta on perustellusti arvosteltu siitä, että normaaliuden rajojen määrittämiseen liittyy aina mielivaltaisuutta ja kulttuurisidonnaisuutta. Vehmas (2005, 113) toteaaakin, että ”kaiken kaikkiaan luokittelun lääketieteellisyksilöllinen ajattelu jättää huomiotta vammaisuuden kokemukseen liittyvät sosiaaliset ja materiaaliset tekijät, jotka viime kädessä ovat hyvin merkittäviä vammaisten elämän muotoutumisessa”.

Toimintakyvyn käsite tuo esiin mielenkiintoisella tavalla biolääketieteen tai laajemmin ihmisiin kohdistuvien biotieteiden ja muiden ihmistieteiden välisen suhteen. Tätä näkökulmien erilaisuutta on Oliver (1990) konkretisoinut muotoilemalla toimintakykyyn liittyviä kysymyspareja, joista siteeraan tässä yhtä: ”Estääkö vammasi sinua käymästä ulkona niin usein kuin haluat?” ”Mitä paikallisympäristössäsi on sellaista, joka tekee sinulle liikkumisen asuinalueellasi hankalaksi?” (käännös Vehmas 2005, 115). Näistä en-

simmäinen kysymys kuvaa yksilökeskeistä lähestymistapaa ja jälkimmäinen yhteisöllistä. Yhteiskunnan muuttuessa myös oletetun ”normaalin” toimintakyvyn vaatimukset muuttuvat. Vaarana onkin se, että yhä laajemman alueen toiminnat voidaan määritellä toimintakyvyn kautta ja näin medisiininen tarkastelutapa voi vallata alaa. Esimerkiksi tästä sopii integroitu koulu: miten sen kehittämisessä painottuvat opetukselliset tavoitteet ja toimintakyvyn retoriikka.

ICF-malliin ja sen kritiikkiin tutustuminen auttaa myös sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen lähtökohtien hahmottamisessa. Parhaimmillaan sosiaalilääketieteen kenttä tarjoaa mahdollisuuden tutustua eri tieteenalojen näkökulmiin ja helpottaa näiden näkökulmien yhdistämisessä. WHO:n piirissä muotoutumassa oleva ja ICF:ssä hahmoteltu toimintakyvyn biopsykososiaalinen malli on yksi tällainen areena tieteidenväliselle vuoropuhelulle. Sosiaalilääketieteen piirissä pyrimme yhdistämään lääketieteellistä tietoa sairauksien synnystä, sairauksista ja oireista muiden tieteenalojen kontekstualisoivaan tietoon. HI-virus aiheuttaa oireita, mutta jo ennen niiden esiintymistä voi henkilön toimintakyky romahdusmaisesti vähentyä yhteiskunnallisten syrjivien tekijöiden seurauksena. Mitä nuo tekijät ovat, mikä/kuka niitä ylläpitää, vahvistaa ja heikentää, miten nämä prosessit toimivat ja mitkä ovat eri tason keinot tukea väestön eri ryhmien terveyttä ja toimintakykyä? Näihin kysymyksiin etsitään eri tavoin vastauksia nytkin käsillä olevan lehden artikkeleissa. Kuitenkin edelleen vähemmistössä ovat ne tutkimukset ja katsaukset, joissa keskitytään terveyteen ja toimintakykyyn positiivisina käsitteinä ja joissa pääkysymykset todella asettuivat terveyden puolelle. Tässä on sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen suuri haaste, johon vastaamalla voisimme syventää ymmärrystä terveyteen ja toimintakykyyn liittyvän eriarvoisuuden kysymyksissä.

## KIRJALLISUUS

Oliver M. The politics of disablement. Basingstoke, Macmillan, 1990.

Rantanen T. Vanhuuden toimintakyky tutkimuksen kohteena. Gerontologia 2005;4:200–202.

Vehmas S. Vammaisuus. Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan. Gaudeamus, Helsinki 2005.

ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. WHO, Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä.

PÄIVI TOPO