

Auli Karttunen, Petra Kokko, Mikko Jaakonsaari, Kristiina Kahur

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun/ryhmittelyn nykytila

**Toimintakyky ja sen yhteys kustannuksiin laitos- ja avomuotoisessa
kuntoutuksessa**

Tutkimuksen johtaja:

Kristiina Kahur, LT, johtava konsultti
FCG Konsultointi Oy
Osmontie 34, 00600 Helsinki
Puh. 044 750 5300

Auli Karttunen, TtM, asiantuntija,
FCG Konsultointi Oy

Petra Kokko, KTM, toimialajohtaja,
FCG Konsultointi Oy

Mikko Jaakonsaari, TtM, erityisasiantuntija,
FCG Konsultointi Oy

etunimi.sukunimi@fcg.fi
www.fcg.fi

Sisältö

Tiivistelmä

1 JOHDANTO	1
2 LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN LUOKITTELU/RYHMITTELY.....	3
3 TAUSTAA TOIMINTAKYKY- JA ELÄMÄNLAATUMITTAREIDEN YHTEYDEN TUTKIMISEEN LAITOS- JA AVOMUOTOISEN KÄVELY- JA KÄSIKUNTOUTUKSEN KUSTANNUKSIIN AVH- SAIRASTANEILLA	5
4 AINEISTO JA MENETELMÄT	9
4.1 Tutkimusasetelma	9
4.2 Kohderyhmät.....	9
4.3 Tutkimusmenetelmät	10
4.3.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa	10
4.3.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitys ja nykytila kansainvälisesti	10
4.3.3 Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin	11
4.4 Tilastolliset menetelmät	12
5 TULOKSET	14
5.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa	14
5.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitys ja nykytila kansainvälisesti.....	33
5.3 Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin	38
5.3.1 Tutkittavien perustiedot	38
5.3.2 Toimintakyky ja sen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin	41
5.3.3 Toimintakyky ja sen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin.....	47
6 POHDINTA	53
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	63
LÄHTEET	64
LIITTEET	68
Liitetaulukot 1-15	68
Liite 1. AVH-kuntoutujien mukaanotto- ja poissulkukriteerit.	
Liite 2. Organisaatioille lähetetty lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelukysely.	
Liite 3. Ruotsin kuntoutusluokitusmalli.	

Tiivistelmä

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelua/ryhmittelyä Suomessa ja kansainvälisesti tutkittiin Kelan rahoittamana. Kyselytutkimuksella selvitettiin mitä kuntoutujasta kirjataan rutiinisti potilastietojärjestelmään Suomessa ja oliko se tieto hyödynnettävissä luokittelussa. Kirjallisuuskatsauksella ja haastatteluilla selvitettiin kansainvälisiä kuntoutuksen kirjaamistapoja ja luokittelumalleja. Luokittelukyselyn vastausprosentti oli 37 %. Vastauksia tuli tasaisesti erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta sekä yksityisiltä palvelun tuottajilta ympäri Suomea. Kysely paljasti, että kirjaaminen oli suurimmassa osassa vastanneissa organisaatioissa puutteellista ja kirjavaa riippumatta organisaatiotasosta, jolloin sen hyödyntäminen kuntoutuspotilaiden luokittelussa oli osittain jopa mahdotonta. Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun/ryhmittelyn nykytilan parantumiseksi tarvittaisiin mm. käsitteiden määrittelyä sekä selkeää valtakunnallista ohjeistusta siitä, mitä kirjataan. Kansainvälisiä kuntoutuksen luokittelun kehittäjämaita ovat olleet USA, Australia, Ruotsi ja Englanti. Kaikille sopivaa yhtä mallia ei ole onnistuttu kehittämään. Luokittelumallien taustalla on suurimmalla osalla kehittäjämaista ollut FIM-tieto. NordDRG-asiantuntijoiden mielestä Suomea ajatellen lupaavin oli Ruotsin malli, joka perustuu ICF-luokitukseen.

Kelan GERI-hankkeen osatutkimukseen kuuluvassa laitos- ja avokuntoutusmallilla toteutetussa kävely- ja käsikuntoutuksessa selvitettiin 65–85-vuotiaiden aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden (n = 245) aineistolla, millä toimintakykyä ja elämänlaatua kuvaavilla mittareilla oli yhteyttä laitos- ja avokuntoutuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin. Lisäksi mielenkiinnon kohteena oli se, miten muutos toimintakyvyssä ja avuntarpeessa näkyi kustannuksissa. Toimintakykymittareilla FIM, FSQ ja AMPS ja elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF oli yhteyttä laitospuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Kävelykuntoutuksessa lisäksi 10 metrin ja 6 minuutin kävelytesteillä ja käsikuntoutuksessa toimintakykymittareilla BBS, FAC ja pinch oli yhteyttä kustannuksiin. Toimintakykymittarilla FSQ oli yhteyttä avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Kävelykuntoutuksessa lisäksi elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF ja käsikuntoutuksessa puristusvoimamittarilla oli merkitsevää yhteyttä kustannuksiin. Kuntoutujien alkutilanne vaikutti kuntoutuksen kustannuksiin enemmän kuin toimintakyvyssä ja elämänlaadussa tapahtuneet muutokset. Kustannukset olivat pienempiä niillä kuntoutujilla, joilla tapahtui voimakkaampaa muutosta parempaan.

1 JOHDANTO

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelua/ryhmittelyä Suomessa ja kansainvälisesti tutkittiin vuosina 2014–2016 Kela rahoittamana. Lisäksi selvitettiin vuosina 2008–2012 geriatrisen kuntoutuksen (Kelan GERI-hanke) kehittämiseen liittyvässä osahankkeessa iäkkäiden (65–85-vuotiaat) aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden (tästä eteenpäin AVH-kuntoutujat) laitos- ja avomuotoisessa kävelyn kuntoutuksessa (tästä eteenpäin kävelykuntoutus) ja käden tehostetun käytön kuntoutuksessa (tästä eteenpäin käsikuntoutus) käytettyjen toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden käyttökelpoisuutta taloudellisuuden seurantaan ja raportointiin.

FCG Konsultointi Oy:n (tästä eteenpäin FCG) suorittaman lääkinällisen kuntoutuksen luokittelututkimuksen päätarkoitus oli selvittää, mitä lääkinällisestä kuntoutuspotilaasta kirjataan rutiinisti potilastietojärjestelmään Suomessa. Kysely lähetettiin n = 20 erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirille, n = 26 perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista vastaavalle kuntayhtymälle ja n = 35 Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen palveluntuottajille. Tavoite oli selvittää tunnistaako järjestelmä henkilön kuntoutujaksi kirjattujen tietojen perusteella. Lisäksi tavoite oli selvittää lääkinällisen kuntoutuksen luokittelu kansainvälisesti. Toimintakyky- ja elämänlaatumittaritiedon tutkimuksessa päätarkoitus oli selvittää millä toimintakykyä ja elämänlaatua kuvaavilla mittareilla on yhteyttä laitos- ja avokuntoutuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin AVH-kuntoutujien kävely- ja käsikuntoutuksessa. Tavoite oli myös selvittää onko toimintakyvyn ja elämänlaadun muutoksilla yhteyttä laitos- ja avokuntoutuksesta aiheutuneiden kustannusten muutoksiin kävely- ja käsikuntoutuksessa.

FCG:n tutkimusryhmässä toimivat

Terveystieteiden maisteri, tohtorikoulutettava, asiantuntija Auli Karttunen, FCG Konsultointi Oy

Terveystieteiden maisteri, erityisasiantuntija Mikko Jaakonsaari, FCG Konsultointi Oy

Kauppatieteiden maisteri, tohtorikoulutettava, toimialajohtaja Petra Kokko, FCG Konsultointi Oy

Lääketieteen lisensiaatti (MD), Master of Public Health (MPH), johtava konsultti Kristiina Kahur, FCG Konsultointi Oy

FCG:n tutkimusryhmä kiittää tutkimusryhmässä hankkeen aikana työskennelleitä muita asiantuntijoita, joista erityisesti

Esh, erityisasiantuntija, Minna-Liisa Sjöblom, FCG Konsultointi Oy
Tekn.yo, asiantuntija Veli Koistinen, FCG Datawell Oy

FCG:n tutkimusryhmä on tehnyt yhteistyötä Kelan ohjausryhmän kanssa
Lääketieteen lisensiaatti, asiantuntijalääkäri Tiina Suomela-Markkanen, Kela

2 LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN LUOKITTELU/RYHMITTELY

Potilasluokittelussa potilaat jaetaan lääketieteellisesti ja kustannuksiltaan mielekkäisiin ryhmiin, jonka avulla voidaan tuotteistaa ja hinnoitella sairaanhoidon palveluja sekä seurata potilasjakaumaa eli casemixiä ja laatua (Kansalliset DRG -sivut, 2014). Olemassa olevat casemix-järjestelmät akuuteissa hoidon episodeissa perustuvat diagnooseihin (ICD¹) ja interventioihin. Nykyinen casemix-systeemi ei ota huomioon potilaan toimintakykyä (Madden ym. 2013). Lääkinnällisen kuntoutuspotilaan luokittelun onnistumiseksi ei riitä diagnoosi- ja interventiotieto, sillä kaksi saman diagnoosin omaavaa kuntoutuspotilasta voi olla toimintakyvyltään erilaisia. He saattavat tarvita sisällöltään, pituudeltaan ja tiheydeltään erilaisen kuntoutuksen. Toisaalta diagnoositieto on tärkeää tietää myös siitä sairaudesta, joka ei sillä kertaa ole hoidon kohteena, sillä esim. Parkinson-potilaan lonkkamurtumasta kuntoutuminen voi olla terveydenhuollolle merkitsevämmin kalliimpaa kuin ei-Parkinsonin tautia sairastavan, riippuen siitä kuinka Parkinsonin tauti vaikuttaa hänen toimintakykynsä (Madden ym. 2013). Kuntoutuspotilaan kirjaamisessa tulee kirjata perusdiagnoosien, toimenpiteiden ja toimintakyvyn lisäksi Z-50-alkuinen pää- tai sivudiagnoosi, jos luokittelussa halutaan luokitella kuntoutuspotilas DRG-ryhmittelyn kautta (katso THL:n ja Kelan Kansallinen koodistopalvelu²). Jos kuntoutuspotilaan luokittelussa ei käytetä DRG-ryhmittelyä, kirjaamiseen voi käyttää jotain muuta kuntoutusta ilmaisevaa koodia. Kuntoutusta ilmaisevalla koodilla pystytään erottamaan lääkinnällinen kuntoutuspotilas muista potilaista ja saadaan lisätietoa kuntoutuksen kokonaisuudesta sekä kustannuksista.

¹ ICD –International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

² <http://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=23&versionKey=58>

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelu kuntoutujakohtaisesti on koettu Suomessa valtakunnallisesti kuntoutuksen asiantuntijoiden taholta ajankohtaiseksi ja tärkeäksi aiheeksi erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa sekä Kelan järjestämässä vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa. Suomessa ei ole toistaiseksi kehitetty kaikille sopivaa yhtä järjestelmää, jolla kuntoutujia voisi luokitella. Osasyynä siihen on se, että kuntoutujien luokittelusta ei ole ollut riittävästi tietoa saatavilla Suomessa eikä kansainvälisesti. Lisää tietoa on kaivattu esimerkiksi siitä, mitä kuntoutujasta nykyisellään kirjataan ja mitä kuntoutujista tulisi kirjata potilastietojärjestelmiin.

3 TAUSTAA TOIMINTAKYKY- JA ELÄMÄNLAATUMITTAREIDEN YHTEYDEN TUTKIMISEEN LAITOS- JA AVOMUOTOISEN KÄVELY- JA KÄSIKUNTOUTUKSEN KUSTANNUKSIIN AVH-SAIRASTANEILLA

Kela rahoitti ikääntyneiden AVH-kuntoutujien kävely- ja käsikuntoutuksen kehittämishanketta vuosina 2008–2013. Hankkeesta on jo aiemmin raportoitu kahdessa erillisessä Kelan julkaisussa, toinen Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin (tästä eteenpäin GeroCenter) toimesta (Karttunen ym. 2014) ja toinen FCG:n toimesta (Jaakonsaari ym. 2015).

Kävely- ja käsikuntoutuksen kehittämishankkeen tutkimusjoukkoon kuului yhteensä N=270 AVH-kuntoutujaa, joiden aivoverenkiertohäiriön sairastamisesta oli kulunut 3–36 kuukautta ja jotka asuivat sairaalasta kotiuttamisen jälkeen joko kotona tai palveluasumisen piirissä. Tarkemmat mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitetty liitteessä 1. Kuntoutusjakson ajalta kerättiin toimintakyky- ja elämänlaatatietoa sekä toimitettiin kuntoutuksen työaika- ja kustannustietoja. Kuntoutus toteutettiin neljän palveluntuottajan toimesta laitos- tai avomuotoisena kuntoutujan toiveen mukaisesti, johon lopullisen päätöksen teki Kela. Tutkimuksen asetelma oli kontrolloimaton seurantatutkimus. Se sisälsi per kuntoutuja yhden vuoden aikana yhden perusjakson, kaksi seurantajaksoa ja kaksi kotikäyntiä. Perusjakso kävelykuntoutuksessa laitosmuotoisena kesti 20 vrk ja avomuotoisena 18 vrk; käsikuntoutuksessa laitosmuotoisena 14 vrk ja avomuotoisena 13 vrk. Kävely- ja käsikuntoutuksen molemmissa kuntoutusmuodoissa seurantajakson I kesto oli 6 vrk, mikä oli 6 kuukautta perusjakson päättymisestä ja seurantajakson II kesto 2 vrk, mikä oli 12 kuukautta perusjakson päättymisestä. Kotikäynneistä ensimmäinen oli noin kuukausi perusjakson päättymisestä ja toinen noin 10–11 kuukautta perusjakson päättymisestä. Tämän lisäksi kävelykuntoutujille järjestettiin 10–15 kertaa avofysioterapiaa, joka alkoi välittömästi perusjakson päätyttyä ja

loppui ennen ensimmäistä seurantajaksoa. Tutkimuksesta poispuodonneita oli kaiken kaikkiaan $N = 3$. He olivat olleet kävelykuntoutuksen laitosmuotoisessa kuntoutuksessa ja jäivät pois heti perusjakson jälkeen. Kuntoutuksen määrä ja sisältö oli sama laitos- ja avokuntoutuksessa sekä eri kuntoutuslaitoksissa.

Yksi kuntoutuspäivä oli pituudeltaan vähintään seitsemän tuntia, joista kävelykuntoutujilla oli viisi ja käsikuntoutujilla 3–3,5 tuntia kuntoutuksen ammattilaisen ohjaamaa kuntoutusta. Kävelykuntoutus sisälsi painokevennettyä kävelyharjoittelua ja kävelyharjoittelua ilman painokevennystä sekä muuta fysioterapiaa. Käsikuntoutuksessa harjoittelu oli halvaantuneen käden tehostetun käytön harjoittelun (CIMT, Sirtori ym. 2009) mukaista.

Hankkeessa käytettiin toimintakyvyn arvioimiseen seuraavia valideja, reliaabeleja ja muutosherkkiä arviointimenetelmiä: Toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, Functional Independence Measurement, FIM (Kuntaliitto, 1998); kyselymittari päivittäisistä toimintarajoitteiden vaikeusasteesta, Functional Status Questionnaire, FSQ (Jette ym.1986); suoriutumisen laatua arvioiva mittari, Assessment of Motor and Process Skills, AMPS (Fisher 1993); yläraajan liikkuvuuden ja käden toimintaa arvioiva mittari, Wolf Motor Function Test, WMFT (Wolf ym. 2001); Bergin tasapainotesti, BBS (Berg ym. 1989); kävelyn luokittelu, Functional Ambulation Classification, FAC (Holden ym. 1984); kävelyn nopeustesti, 10 metrin kävelytesti, 10m (Holden ym. 1984); kävelyn kestävyystesti, Kuuden minuutin kävelytesti, 6min (Guyatt ym. 1985); Sormien pinsettiotteiden voimamittaukset, pinch (Mathiowetz ym. 1985); ja käden puristusvoimamittaus Jamar-Saehan dynamomittarilla (Sammons Preston Rolyan 2003). Elämälaadun arvioimiseen käytettiin seuraavia valideja, reliaabeleja ja muutosherkkiä arviointimenetelmiä: Elämänlaatumittari World

Health Organization Quality of Life Instruments, WHOQOL-BREF (WHOQOL Group 1998); kysely masennusoireista, Raitasalon Beck Depression Inventory, RBDI (Beck 1961, Raitasalo 2007); masennusoireiden tunnistamisen arviointimenetelmä, Geriatric Depression Scale-15, GDS-15 (Kurlowicz ja Greenberg 2007); ja elämän hallintakysely, Sense of Coherence, SOC-13 (Antonovsky 1987).

GeroCenter tutki kuntoutusjakson aikana tapahtuneita muutoksia toimintakyvyssä ja elämänlaadussa monipuolisilla mittauksilla sekä selvitti käytettyjen mittareiden käyttökelpoisuutta iäkkäillä AVH-kuntoutujilla. Lisäksi GeroCenter arvioi kuntoutuskäytäntöjen toteutettavuutta sekä laitos- että avomuotoisena kuntoutuksena ja selvitti eri taustamuuttujien kuten kuntoutujan iän tai AVH:n sairastamisajan yhteyttä kuntoutustulokseen (Karttunen ym. 2014). Tutkimuksessa kävi ilmi, että kuntoutujien taustatekijöistä vain alkutilanteen toimintakyky selitti tapahtuneet muutokset toimintakyvyssä. Ne, joilla oli heikompi toimintakyky alkutilanteessa, saavuttivat suhteellisesti parempia tuloksia kuin toimintakyvyltään paremmat. Toimintakyvyssä havaittiin tilastollisesti merkitseviä positiivisia muutoksia laitospuolisessa kävelykuntoutuksessa toimintakykymittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen) ja FAC sekä 6 min -kävelytestillä mitattuna ja avomuotoisessa kävelykuntoutuksessa 10m ja 6min -kävelytesteillä arvioituna. Laitospuolisessa käsikuntoutuksessa havaittiin tilastollisesti positiivisia muutoksia toimintakyvyssä WMFT-mittarilla ja käden puristusvoimatestillä mitattuna ja avomuotoisessa käsikuntoutuksessa toimintakykymittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen), WMFT ja AMPS mitattuna. Elämänlaadussa tapahtui vähäisiä muutoksia, joista merkitseväksi nousi vain laitospuolisessa kävelykuntoutuksessa WHOQOL-BREF-mittarin ympäristön osa-alueella tapahtunut positiivinen muutos. Tarkemmat tiedot esimerkiksi alku- ja muutosarvoista ovat nähtävissä julkaisussa Karttunen ym. (2014).

Tarkemmat tiedot kävely- ja käsikuntoutuksen kehittämishankkeesta, siihen osallistuneista palveluntuottajista, tutkittavista ja arviointimenetelmistä löytyvät Karttunen ym. (2014) julkaisusta.

FCG tutki ja raportoi aikaisemmassa julkaisussa ko. hankkeessa FIM-toimintakyvyn ja avuntarpeen mittarin ja NordDRG-potilasluokittelujärjestelmään kuuluvan kuntoutuspotilaiden luokittelun (NASS³) käytettävyyttä AVH-kuntoutujilla laitos- ja avomuotoisessa kävely- ja käsikuntoutuksessa. Kuntoutuksen palveluntuottajat toimittivat FCG:lle kuntoutuksen toteutuksesta työaika- ja kustannustietoja kuntoutuksen osallistuneen henkilöstön työajankäytön mukaan sekä oheiskustannusten osalta (Jaakonsaari ym. 2015).

Kahden tutkimusaineiston (FCG:n ja GeroCenterin) jatkotarkastelu nähtiin Kelan ohjausryhmässä vuonna 2013 tarpeelliseksi. Haluttiin nähdä, ovatko hankkeessa käytetyt muut mittarit FIM-mittarin lisäksi käyttökelpoisia taloudellisuuden seurantaan ja raportointiin. Tutkimusaineistoja ei ollut aikaisemmin voitu yhdistää ja hyödyntää täysimääräisesti. Aineistoissa oli tunnistetietona sama kuntoutujan tutkimuskoodi, joten niiden yhdistäminen oli mahdollista. Tutkimusaineistojen yhdistämiseen haettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lausunto. Sen mukaan eettisiä ongelmia ei ollut, sillä näissä aineistoissa ei ole henkilöiden tunnistamiseen liittyviä tietoja eikä tutkimuksessa mukana olleisiin henkilöihin kohdistu uusia tutkimustoimia tai kyselyjä.

³ NASS - Nordic Assessment Scoring System

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimusasetelma

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelututkimuksen asetelma oli poikittaistutkimus. Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen toimintakyvyn ja elämänlaadun mittaritiedon yhteys kustannuksiin - tutkimuksessa asetelma oli poikittais- ja pitkittäistutkimus.

4.2 Kohderyhmät

Suomalaisen lääkinällisen kuntoutuksen luokittelukyselytutkimuksen kohderyhmä oli erikoissairaanhoidon (tästä eteenpäin esh), perusterveydenhuollon (tästä eteenpäin pth) ja yksityisten (tästä eteenpäin yksityinen) organisaatioiden kuntoutusasiantuntijat Suomessa. Esh:n organisaatiot olivat Suomen sairaanhoitopiirit, sairaanhoitopiirien kuntayhtymät sekä sosiaali- ja terveystalveluiden piirit. Pth:n organisaatiot olivat Suomen perustalvelu tai SoTe -kuntayhtymät hyvinvoinnin, terveyden- ja sosiaalihuollon puolelta. Yksityiset organisaatiot olivat Kelan laituskuntoutusta tarjoavat organisaatiot. Kansainvälisen lääkinällisen kuntoutuksen luokittelututkimuksen kohderyhmä oli kirjallisuuskatsauksen lisäksi Ruotsin ja Japanin kuntoutus- ja luokitteluasiantuntijat.

Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin -tutkimuksen kohderyhmä oli ikääntyneet AVH-kuntoutujat, jotka osallistuivat vuosina 2008–2012 Kelan rahoittamaan kävely- ja käsikuntoutushankkeeseen. Lisäksi heidän kuntoutuksestaan tuli olla riittävät

kustannustiedot kerättynä. Mittaritiedon yhteys kustannuksiin -tutkimuksen vuoksi tälle kohderyhmälle ei tehty uusia tutkimuksia, vaan käytettiin valmista dataa, jota oli saatu aiemmissa tutkimuksissa (Jaakonsaari ym. 2015, Karttunen ym. 2014).

4.3 Tutkimusmenetelmät

4.3.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelukysely valmisteltiin FCG:ssä keväällä 2015 (liite 2). Kyselyn päätavoite oli selvittää lääkitinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa. Lisäksi haluttiin selvittää mitä kuntoutuspotilaasta kirjataan potilastietojärjestelmiin. Ennen kyselyn lähettämistä varsinaisille vastaajille, suoritettiin kyselyn pilotointi ja kerättiin kyselyä kehittävä palaute. Pilotoinnin ja palautteen antajan kohderyhmä oli NordDRG-asiantuntijaryhmäläiset, jotka koostuivat FCG:n projektiryhmäläisten lisäksi viidestä kuntoutusalan lääkäristä ja yhdestä kuntoutuksen erikoistutkijasta. Kyselyä muokattiin saadun palautteen jälkeen. Kyselyn muokattu versio lähetettiin 11.5.15 yhteensä 81 organisaatiolle laajasti ympäri Suomea sähköpostitse, jossa oli suora linkki kyselyyn.

4.3.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitys ja nykytila kansainvälisesti

Kansainvälisen lääkitinnällisen kuntoutuksen luokittelun selvittämistä varten perehdyttiin kirjallisuuteen ja otettiin suoraan yhteyttä FCG:n omien kontaktien kautta sähköpostitse Ruotsin ja Japanin kuntoutus- ja

luokitteluasiantuntijoihin, jotka ovat tietoisia maansa kuntoutusluokittelusta. NordDRG-asiantuntijaryhmäkokouksessa esitettiin kansainvälisen luokituksen taustatutkimus ja lähdettiin tarkistelemaan asiantuntijoissa mielenkiintoa herättänyttä Ruotsin kuntoutuspotilaiden luokittelumallia (liite 3) tarkemmin. Sen mahdollistamiseksi suoritettiin tarkennettu uusintahaastattelu sähköpostitse Ruotsin sosiaalishallinnon tilastotieteen ja arvioinnin osaston potilasluokitteluverkoston tutkijalle.

4.3.3 Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin

Laitos- ja avomuotoisen kuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin - tutkimuksessa yhdistettiin kaksi tutkimusaineistoa (FCG:n ja GeroCenterin) Kelan iäkkäiden AVH-kuntoutujien kävely- ja käsikuntoutushankkeesta. Yhdistetystä datasta tutkittiin hankkeessa käytettyjen toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alku- ja muutosarvojen sekä kustannusten välistä yhteyttä.

Työaika- ja kustannusseuranta toteutettiin AVH-kuntoutujien kävely- ja kädenkuntoutusprosessin alusta loppuun asti. Työaikaseuranta toteutettiin niille palveluntuottajien työntekijöille, jotka osallistuivat keskeisesti kuntoutuksen toteuttamiseen. Työaikakirjaukset jaettiin palkkausperusteisesti neljään henkilöstöryhmään: 1) lääkäri; 2) neuropsykologi ja psykologi; 3) fysio- ja toimintaterapeutti sekä sairaanhoitaja; ja 4) perus- ja lähihoitaja. Heidän työaikatietonsa muunnettiin perusjakson toteutumishetken palkkatietojen perusteella työaikakustannuksiksi. Peruspalkan perusteella laskettiin työaikakustannusten lisäksi sivukulut ja muut henkilöstösidonnaiset kustannukset sosiaalikulukertomella 1,55, joka oli määritelty hankkeen

ohjausryhmässä. Palveluntuottajat erottelivat suorasti kuntoutujaan liittyvät työaikakustannukset muista epäsuorista työaikakustannuksista, jotka liittyivät esimerkiksi kuntoutuksen järjestämiseen.

Kustannusseurannan tavoitteena oli kuvata kuntoutuskurssista aiheutuneita kustannuksia kuntoutujakohtaisesti. Ryhmätilanteissa työntekijöiden käyttämä työaika jaettiin ryhmään osallistuneiden kuntoutujien määrällä ja toisaalta, jos yhden kuntoutujan kanssa toimi yhtä aikaa useampia työntekijöitä, kirjattiin tiedonkeruuseen kaikkien työntekijöiden työaika. Työajan tiedonkeruun toteuttaminen ja työaikakustannusten laskeminen on kuvattu tarkemmin aiemmassa kustannusseurantajulkaisussa (Jaakonsaari ym. 2015).

4.4 Tilastolliset menetelmät

Luokittelukyselytutkimuksen aineiston kuvailemiseksi taustamuuttujista tarkasteltiin frekvenssejä (n) ja prosenttiosuuksia (%). AVH-datan käsittelyssä tilastollinen testaus tehtiin kävely- ja käsikuntoutujille. Taustamuuttujista tarkasteltiin frekvenssejä (n), keskiarvoja (ka), mediaaneja (md), keskihajontoja (SD) ja vaihteluvälejä (range). Ryhmien välisiä tilastollisia eroja testattiin t-testillä ja Khiin neliö -testillä.

Taustamuuttujien (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia, halvaantunut puoli, kuntoutusmuoto) ja mittarin alku- ja muutosarvojen yhteyttä kuntoutuksen kustannuksiin testattiin monimuuttujaisella regressioanalyysillä. Selitettävänä muuttujina olivat kustannukset. Yhteyden vahvuus kuvataan standardoidulla regressiotoimella (Beta) ja regressiomallin selitysosuus R^2 -

luvulla. Mittariarvot vietiin malleihin yksitellen, sillä osalla hankkeessa käytetyillä mittareista oli korrelaatiota toisten mittareiden kanssa (liitetaulukko 1a ja 1b). Korrelaation testauksessa käytettiin Pearsonin korrelaatiokerrointa ja tulkinta oli Metsämuurosen (2003) mukaan:

- $|r| > 0.8$ muuttujien välillä on selvä lineaarinen yhteys (erittäin voimakas)
- $0.6 < |r| < 0.8$ muuttujien välillä on lineaarista yhteyttä (voimakas)
- $0.4 < |r| < 0.6$ muuttujien välillä on jonkin verran lineaarista yhteyttä (kohtalainen)
- $|r| < 0.4$ muuttujien välillä ei ole juurikaan lineaarista yhteyttä (vähäinen)

Tulosten tilastollisen merkitsevyyden rajana oli $p \leq 0,05$.

5 TULOKSET

5.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelukyselyn palautti yhteensä 31 organisaatiota. Vastauksia oli vain 30 palautetussa kyselyssä, joten lopullinen vastausprosentti oli 37 %. Vastausten määrä vaihtelee kysymyksittäin, sillä kysymyksistä yhtäkään ei asetettu pakollisiksi vastata. Tämä oli tietoinen valinta, sillä ei haluttu, että organisaatiot jättävät vastaamatta lainkaan, jos joku kysymys tai kysymykset olisi koettu hankalaksi vastata tai ei olisi haluttu vastata. Osa organisaatioista jättikin vastaamatta osaan kysymyksistä. Osaan kysymyksistä puolestaan osa organisaatioista oli vastannut usealla vaihtoehdolla ja/tai usealla avoimella vastauksella.

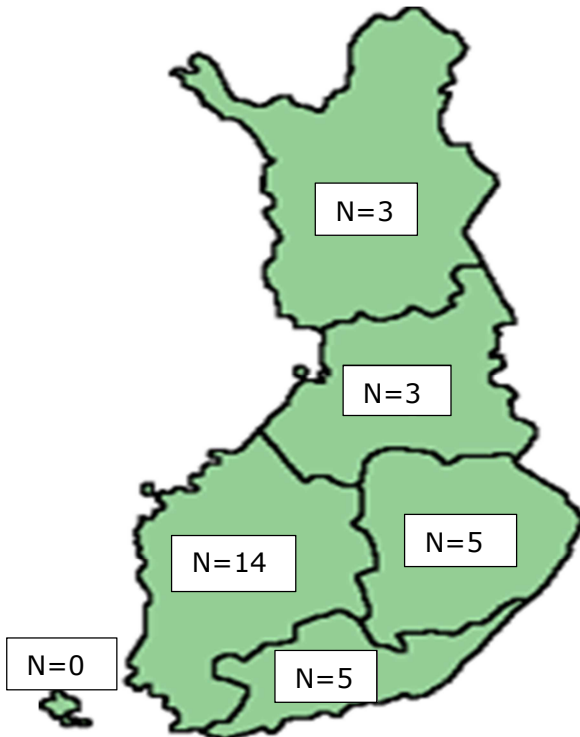
Luokittelukyselytutkimuksen 30 vastaajasta 29 (97 %) ilmoitti oman ja organisaationsa nimen (ei raportoida). 30 vastaajasta 29 (97 %) ilmoitti myös ammattinimikkeensä (taulukko 1).

Taulukko 1. Luokittelukyselytutkimukseen osallistuneet vastaajat (29 kpl) ammattinimikkeittäin.

Ammattinimike	Vastaajien määrä, n (%)
kuntoutuspuolen ylilääkäri	6 (21)
ylilääkäri	3 (10)
vastaava fysioterapeutti/osastonhoitaja	3 (10)
johtava lääkäri	2 (7)
lääketieteellinen johtaja	2 (7)
fysioterapeutti	2 (7)
johtava ylilääkäri	1 (3)
terveyspalvelujohtaja	1 (3)
kuntoutusjohtaja	1 (3)
palvelualueen johtaja	1 (3)
apulaisylilääkäri	1 (3)
kuntoutuslääkäri	1 (3)
palvelu- ja laatu päällikkö	1 (3)
kuntoutuspalveluiden esimies	1 (3)
kuntoutuspäällikkö	1 (3)
kuntoutussuunnittelija	1 (3)
kuntoutusohjaaja	1 (3)

Kyselyyn vastanneista organisaatioista yhdeksän (30 %) oli esh:n, 11 (37 %) pth:n ja 10 (33 %) yksityisestä organisaatiosta. Vastanneiden organisaatioiden määrä ja sijainti lääneittäin on esitetty kuviossa 1.

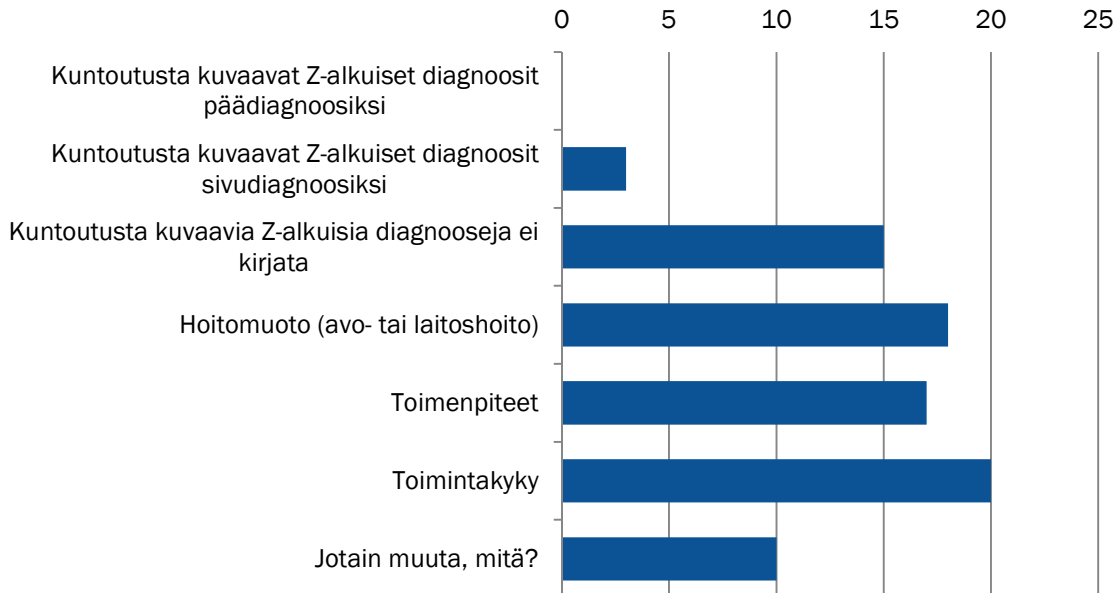
Kuvio 1. Vastanneiden organisaatioiden määrä ja sijainti lääneittäin⁴.



Kyselyn mukaan lääkinnälliselle kuntoutuspotilaalle 71 % organisaatioista (joista neljä oli esh:sta, kahdeksan pth:sta ja kahdeksan yksityiseltä) kirjaa rutiinisti eniten toimintakykytietoa, kun vastanneita organisaatioita oli 28 (kuvio 2). Toiseksi eniten kirjataan rutiinisti hoitomuoto (64 %, 2/7/9) ja lähes saman verran toimenpiteet (61 %, 1/8/8). Kuntoutusta kuvaavat Z-alkuiset diagnoosit kirjataan sivudiagnoosiksi (11 %, 1/0/2) tai niitä ei kirjata lainkaan (54 %, 5/5/5). Vastaajista 10 (2/5/3) organisaatiota ei antanut lainkaan tietoa koskien Z-alkuisia diagnooseja.

⁴ Ahvenanmaa on nykyisin maakunta, jolla on itsehallinto

Kuvio 2. Lääkinnälliselle kuntoutuspotilaalle rutiinisti kirjattavat asiat 28 organisaatiossa.



Muita rutiinisti kirjattavia asioita aiemmin mainittujen lisäksi mainitsee 10 organisaatioita (kuvio 2). Esh:ssa rutiinisti kirjataan:

- "lääkärin asettama diagnoosi"
- "satunnaisesti voi olla muuta, rutiineja vähän. Toimenpiteiden kirjaus alkaa 1.6.2015 avokäyntien tarkentimena".

Pth:ssa rutiinisti kirjataan:

- "[tilastoinnin] kautta käyntisyys icpc2, toimenpiteet spat, joskus ajoittain [sisältömerkintää] KUN-, RA-[alkuisia] koodeja"
- "lääkinnällistä kuntoutuspotilasta ei erikseen määritellä, vaan edetään hoitosuunnitelman mukaan"
- "myönnetty kuntoutus"
- "käyntisyys ICPC2 luokituksella, Spat-koodeja rajoitetusti sovitussa kohdin"
- "asumismuodon ja -olosuhteiden kuvausta".

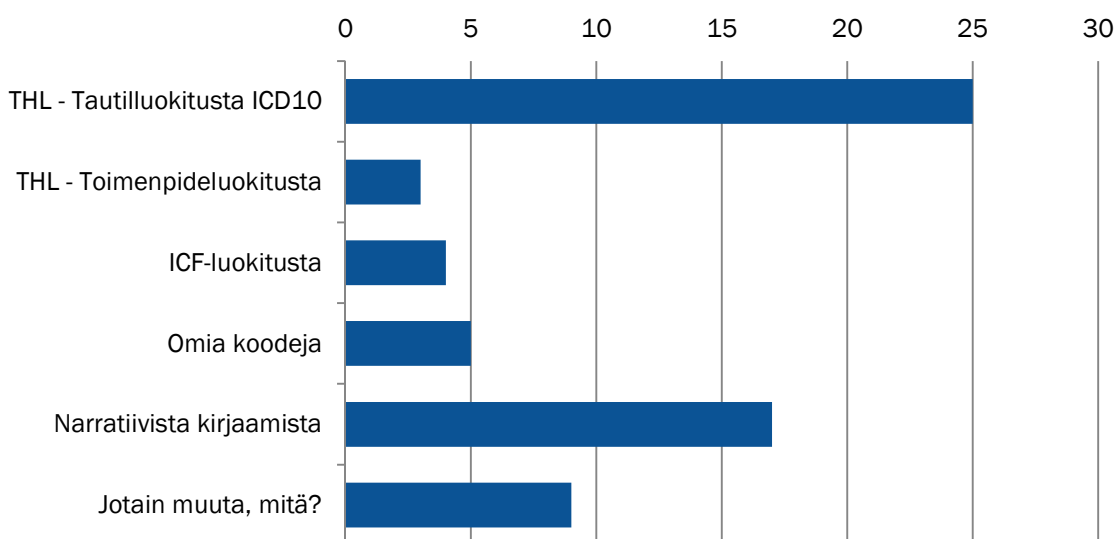
Yksityisellä kirjataan rutiinisti:

- "lääkityksestä kooste, tulosanelu, lähtösanelu, omat osuudet / tt, ft, sos.tt, kuntoutuksen tavoitteet"

- "hoitoisuustarve, kokonaistilanne, tavoitteet"
- "kuntoutustavoitteet".

Kirjaamisessa 28 organisaatiossa käytetään eniten THL-Tautiluokitusta ICD-10 (89 %, 0/1/2 ei sitä käyttänyt) ja narratiivista kirjaamista (61 %, 6/4/7) (kuvio 3). Vähäisemmin käytetään omia koodeja (18 %, 1/0/4), ICF-luokitusta (14 %, 0/0/4) ja THL-Toimenpideluokitusta (11 %, 1/1/1). Muita kirjaamiskäytänteitä olivat esh:ssa kolmessa organisaatiossa rakenteinen kirjaaminen ja kahdessa organisaatiossa fysioterapian, toimintaterapian ja/tai kuntoutusohjauksen koodit. Pth:ssa muita kirjaamiskäytänteitä mainitsi kolme organisaatiota, jotka kaikki käyttivät ICPC2-luokitusta. Yhdessä yksityisen organisaatiossa kirjaamisessa käytetään lisäksi havaintojen, testien ja mittareiden tuloksia ja kuntoutujan oma näkemys.

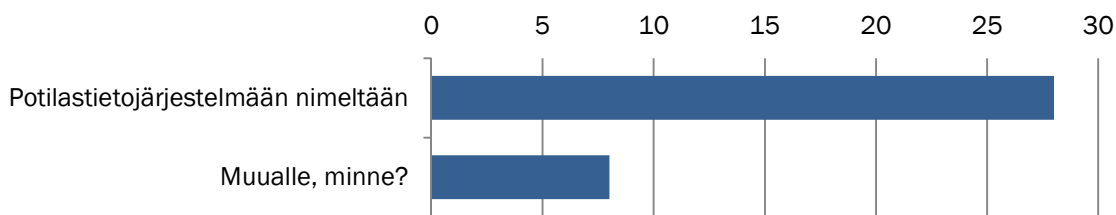
Kuvio 3. Kuntoutuspotilaan kirjaamiskäytännöt 28 organisaatiossa.



Lääkinnällisen kuntoutuspotilaan tiedot kirjataan 29 organisaatiosta 97 % erilaisiin potilastietojärjestelmiin (kuvio 4). Esh:n kahdeksasta organisaatiosta lääkinälliset kuntoutuspotilaat kirjataan potilastietojärjestelmiin Esko (kolme

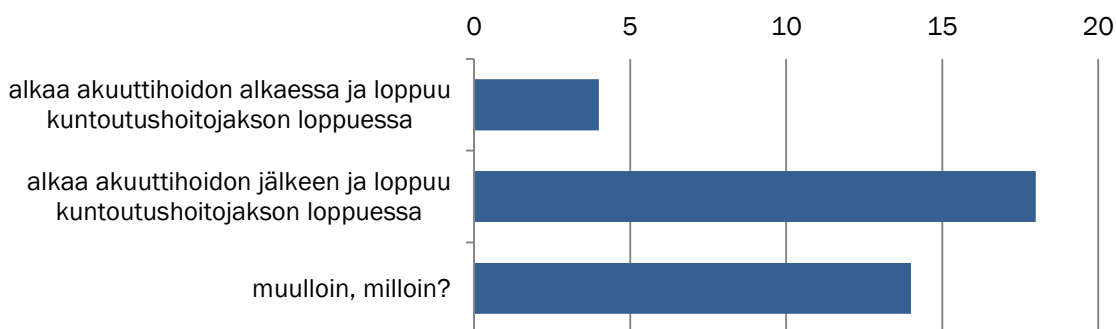
kpl), Effica (neljä kpl) ja Uranus (yksi kpl), pth:n 11:sta organisaatiosta potilastietojärjestelmiin Effica (yhdeksän kpl), Pegasos (yksi kpl) ja Mediatri (yksi kpl) sekä yksityisen yhdeksästä organisaatiosta potilastietojärjestelmiin ElbitKuntoMaster (seitsemän kpl), Acute (yksi kpl) ja Mediatri (yksi kpl). Lääkinnällisen kuntoutuspotilaan tietojen kirjauksia kirjataan myös muualle, kuten Effector (kolme esh:n ja kolme pth:n organisaatiota), paperinen arkisto (kolme yksityisen organisaatiota), Oberon-tilastointiohjelmaan (yksi esh:n organisaatio) ja omaan sähköiseen asiakastietojärjestelmäänsä (yksi yksityinen organisaatio).

Kuvio 4. Lääkinnällisen kuntoutuspotilaan tietojen kirjaamispaikat 29 organisaatiossa.



Lääkinnällisen kuntoutuspotilaan hoitajakso alkaa akuuttihoiton jälkeen ja loppuu kuntoutusjakson loppuessa 64 % (5/6/7) organisaatioissa 28 vastanneesta (kuvio 5). Lääkinnällisen kuntoutuspotilaan hoitajakso 14 % (0/4/0) organisaatioissa alkaa akuuttihoiton alkaessa ja loppuu kuntoutushoitjakson loppuessa.

Kuvio 5. Lääkinnällisen kuntoutuspotilaan hoitjakson alkamis- ja loppumisvaiheet 28 organisaatiossa.



Myös muita alkamis-/loppumisvaiheita mainittiin 50 % (4/3/7) organisaatioissa (kuvio 5). Osa organisaatioista ilmoitti useampia lääkinällisen kuntoutuspotilaan hoitjakson alkamis-/loppumisvaiheita. Niistä esh:n organisaatioissa oli seuraavia:

- "alkaa lähetteen tai sairaalan sisäisen konsultaatiopyynnön aloitteesta, päättyy kun suunnitelma asiakkaalle on tehty"
- "apuvälinetoiminnassa lähete määrittelee alun, jakso loppuu kun lähete suljetaan. Erikoisalot määrittelevät hoitjakson, johon kuntoutuksen palveluita liitetään. Ryhmäkuntoutus kohdennetaan hoitjaksoon"
- "alkaa jo akuuttihoiton aikana, mutta lyhyet sairaalassaoloajat, eli kuntoutus jatkuu pth:ssa"
- "sovitusti, esim. lastenneurologian arviointi- ja kuntoutusjaksot".

Pth:n organisaatioissa mainittiin seuraavia muita alkamis-/loppumisvaiheita:

- "leikkauspotilaiden kuntoutus loppuu erikoissairaanhoidon kontrolliin!!! [J]os kuntoutusta tarve jatkaa niin sv3fm:llä. Neurologisten asiakkaiden kuntoutus jatkuu pidempään"
- "lääkärin katsomaan ajankohtaan"
- "alkaa saapuneen lähetteen ja hoitoeplikriiseihin perustuvan kuntoutuspyynnön perusteella. Kuntoutusjakson kesto perustuu terapeutin kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin".

Yksityisessä organisaatiossa oli käytössä seuraavia muita alkamis-/loppumisvaiheita:

- "muulloin [sovitusti], kuntoutusjaksot VK"
- "subakuuttivaiheen kuntoutusjaksot, kertaavat kuntoutusjaksot, ylläpitävät kuntoutusjaksot"
- "ennen suunniteltua loppumisaikaa, jos kuntoutuja sairastuu"

- siten, ettei voi osallistua kuntoutukseen tai mikäli kuntoutuja kuntoutuu arvioitua nopeammin”
- ”terapiajaksot erillisen tarpeen/sopimuksen mukaan; kuntoutus- ja/tai sopeutumisvalmennusjaksojen mukaiset hoitojaksot”
 - ”kuntoutuspäätöksen saapumisen jälkeen jaksot sovitaan [kuntoutujan] kanssa”
 - ”Kelan kuntoutusvastuun alkaessa esim. harkinnanvarainen yksilökuntoutuksen tai kurssin alkaessa ja loppuessa. Valtiokonttorin/ [terveydenhuollon] maksusitoumuksella veteraani/sotainvalidi kuntoutusohjeistusten mukaisesti esim. vuosittain”
 - ”sairauden tilasta riippuen [kuntoutus] voi olla primaari, [sekundaari-] tai [tertiäärikuntoutusta], joten kuntoutuksen aloitus ja lopetus vaihtelee”.

Kysyttäessä jatkokysymys ”miten erotatte, että kyseessä on lääkinnällinen kuntoutuspotilas?” niiltä neljältä (0/4/0) organisaatiolta, jotka vastasivat että lääkinnällisen kuntoutuspotilaan hoitojakso alkaa akuuttihoiton alkaessa ja loppuu kuntoutushoitojakson loppuessa, vastauksia tuli kuitenkin viideltä (0/4/1) organisaatiolta.

Pth:n organisaatioiden vastaukset olivat:

- ”asiakkaasta erikoissairaanhoidon tai tk lääkärin lähete, josta tulee esille terapian tarve, dg tai toimenpide (neurologinen, ortopedinen/traumatologinen tila tai muut sairaudet). Käytämme – –:ssä – – SHP:n Lääkinnällisen kuntoutuksen saatavuusperusteita!”
- ”kuntoutuksen tarve perustuu pitkäaikaiseen sairauteen”
- ”asiakas ohjautuu fysioterapeutin akuuttivastaanotolle esim. TK:n akuuttivastaanotolta”
- ”fysioterapeuttien pitämä akuuttiselkävastaanotto on tietyin kriteerein valitulle potilasryhmälle”.

Yksityisestä organisaatiosta tuli myös vastaus:

- ”kun kuntoutus liittyy sairauden aiheuttamaan toimintakyvyn laskuun tai sen uhkaan”.

29 vastanneesta organisaatiosta 66 % (6/8/5) kokee pystyvänsä hyödyntämään käytössä olevia tietojärjestelmiään organisaatiossaan lääkinnällisen kuntoutuksen raportoinnissa potilas- ja organisaatiokohtaisesti. Näistä esh:ssa oli käytössä Esko ja Effica, pth:ssa Effica, Pegasos ja Mediatri sekä yksityisessä Elbit-KuntoMaster, Mediatri, Acute ja oma sähköinen asiakastietojärjestelmä. Tietojärjestelmästä potilas- tai organisaatiokohtaisesti ei koe hyötyvänsä 24 % organisaatioista, joista kaksi on esh:sta (Effica ja Uranus), neljä pth:sta (Effica) ja yksi yksityisestä (ElbitKuntoMaster) organisaatiosta.

Potilaskohtaisesti tietoa raportoidaan 26 vastanneesta organisaatiosta vaihtelevasti. Osa esh:n organisaatioista raportoi jonkun/joitakin seuraavista mainituista: Kotikunta, diagnoosi, käytössä oleva apuväline, FIM-pisteet, hoitokontaktit erityistyöntekijöihin, eri terapiat, D15-elämänlaatumittari, kuntoutuksen suositukset, potilasteksti, työntekijöiden käyntitilastointi, kuntoutuspäätökset, omina asiakaspalvelujen ostoina laituskuntoutukset ja jatkohoitosuunnitelma. Toisaalta rutiininomaisia potilaskohtaisia raportteja ei kaikissa vastanneissa erikoissairaanhoidon organisaatioissa haeta. Yleisimmin Effector-järjestelmästä tarvitaan apuvälinetietoja.

Osa pth:n organisaatioista raportoi potilaskohtaisesti jonkun/joitakin seuraavista mainituista: Potilaskertomusteksti, käynnit, hoitokaksot, käyntisyys, esitiedot, fysioterapianimikkeistö, tutkimuksessa liikkumisen arviointi, ohjaus, neuvonta, terapia, hoitosuunnitelma, toimintakyky, hoito- ja kuntoutustoimet, myönnetty kuntoutus, kuntoutuspäätökset, kuntoutuksen kertamäärä, aika, joka sisällä kuntoutus on toteuduttava, jatkosuunnitelma, myönnettyjä ja käytössä olevia apuvälineitä, kuntoutuksen vaikuttavuus (FIM), sovittuja mittareita, työtilastointi, jonotilanne, kuntoutuksessa tapahtuvat muutokset,

kuntoutuksen edistyminen ja tavoitteet sekä mittaustulokset. Yksittäinen pth:n organisaatio olisi vastataksaan toivonut yksilöityä ohjetta mitä raportointia tarkoitettiin.

Osa yksityisistä organisaatioista raportoi potilaskohtaisesti jonkun/joitakin seuraavista mainituista: Kaikki sähköisen järjestelmän tiedot, henkilötiedot, sairaus, lääkitys, diagnoosi, ikä, sukupuoli, jaksojen pituus, kuntoutuksen sisältö, kuntoutuskertomus, kuntoutuspalaute, hoitomuoto, tavoitteet, haastattelut, testitulokset, annetut terapiat, kursseilla luennot ja ryhmätunnit, asiakkaan toimintakyky, suositukset, verkostotyöt, kuntoutuksen maksajataho, kuntoutuksen mittarit (esim. mieliala, elämänlaatu, toimintakyky, kuntoutuspalaute), kuntoutuksen vaikutus, kuntoutuksen eteneminen sekä kuntoutujan omat näkemykset ja kokemukset kuntoutuksesta.

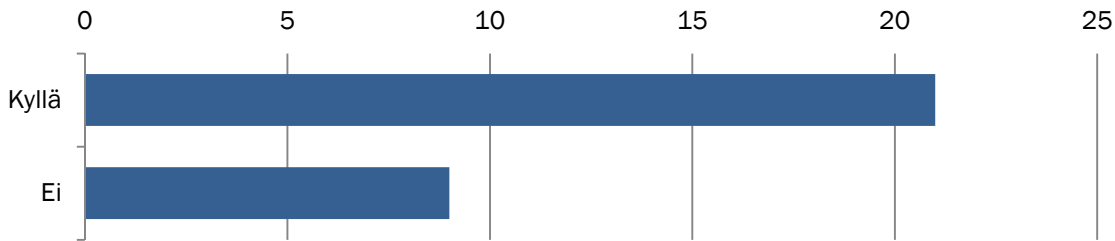
26 vastanneesta organisaatiosta raportoidaan organisaatiokohtaisesti vaihtelevasti. Osa esh:n organisaatioista raportoi jonkun/joitakin seuraavista mainituista: Käyntimäärät eri ammattihenkilöillä, läheteiden ja käyntien määrät, eri käyntityyppien määrät, avokäynneistä ja osastolla tapahtuvista kuntoutuskäynneistä sähköisen tilastoinnin perusteella virallisina ja sisäisinä käynteinä, kuntoutushoitopäivät osastohoidossa, hoitajakset, apuvälinepalvelun ja kuntoutuksen maksusitoumukset, päätökset erikoisaloittain ja kuntakohtaisesti, kuntalaskutus käyntitilastoinnin perusteella ja lääkinnällisen kuntoutuksen suosituksia. Yksittäinen esh:n organisaatio koki, ettei tiedä mitä kertoa siitä, mitä raportoivat organisaatiokohtaisesti.

Osa pth:n organisaatioista raportoi organisaatiokohtaisesti jonkun/joitakin seuraavista mainituista: Yhteenvedot polikliinististä kuntoutuskäynneistä eri erityistyöntekijöillä sekä hoitajaksoista kuntoutusosastolla, käyntimäärät akuuttiselkävastaanotolla, ryhmäfyysioterapioissa ja yksilökäynneissä, vuosittain järjestetyt lääkinnällisen kuntoutuksen ryhmät, apuvälineiden määrät jaoteltuina eri ryhmiin, kuntoutuksen aiheuttamat kustannukset, jatkokuntoutuksen tarve ja kuntoutujan tilanteen tiedottaminen. Yksittäinen pth:n organisaatio ei tiennyt mitä raportoivat organisaatiokohtaisesti, sillä vastaajalla ei ollut riittäviä Efficatunnuksia tilastojen tekemiseen tai niiden tutkimiseen.

Osa yksityisestä organisaatioista raportoi organisaatiokohtaisesti jonkun/joitakin seuraavista mainituista: Lääkinnällisen kuntoutuksen asiakasmäärät yhteensä ja lähettävien tahojen mukaan eriteltyinä, kuntoutusvuorokaudet, kuntoutusjaksot, jakson pituudet, lukumäärät, liikevaihto/asiakas, keskeytykset ja niiden syyt, tilastolliset jakaumat (ikä, sukupuoli, diagnoosi, kotikunta, kotiutuminen), maksajat, maksajan haluamat tilastot, työntekijämäärät, terapiamuodot, kurssimäärät ja kurssilajit. Yksittäinen yksityinen organisaatio olisi vastatakseen toivonut yksilöityä ohjetta siitä, mitä raportointia tarkoitettiin.

29 vastanneesta organisaatiosta 72 % (5/7/10) mielestä heidän käytössään olevat toimintakyvyn arviointimenetelmät ovat sopivia heidän organisaationsa tarpeisiin, 31 % (4/5/0) mielestä ei (yksi pth:n organisaatio vastasi kyllä ja ei) (kuvio 6).

Kuvio 6. Käytössä olevien toimintakyvyn arviointimenetelmien sopivuus 29 organisaatiossa.



Ne, joiden mielestä ne eivät olleet sopivia, vastasivat esh:ssa muun muassa näin:

- "arviointia on vaikea luokitella, koska toimintakyky koostuu myös yksilöllisistä ja asiakasriippuvaisista tekijöistä, joita ei voi kvantitatiivisesti mitata. Toimintakyvyn arvioinnissa on aina osin mukana myös yksilön tilanteen ymmärtäminen ja sitä kautta tulkinta, jota ei voi koodata"
- "sattumanvarainen käyttö. Ei valtakunnallisesti sovittuja yhtenäisiä käytäntöjä"
- "toistaiseksi ei ole käytössä sopivaa mittaria"
- "olemme odottaneet [ICF]-luokituksen pikkuhiljaa alkavan vastata tarpeita, [valitettavasti] ei vielä aktiivisesti ja riittävän [yksinkertaisena] versiona käytettävissä".

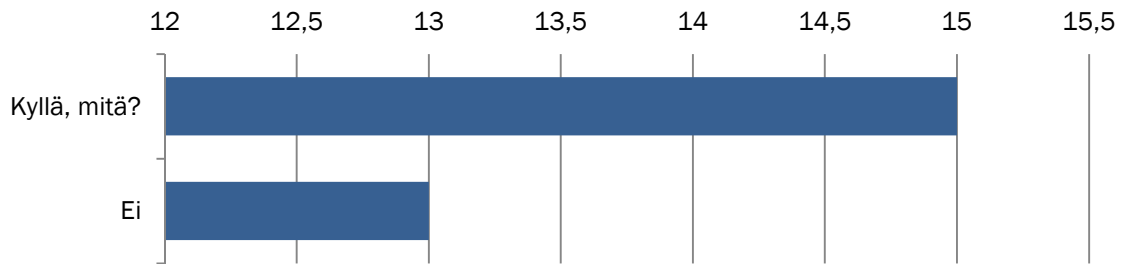
Pth:ssa vastattiin muun muassa näin:

- "ICF-luokittelu on kankea eikä oikein sovellu käytännön kliiniseen työhön"
- "ei ole virallisia ja vakinaisia".

28 organisaatiosta 54 % (8/3/4) ovat suunnitelleet ottavansa käyttöön jatkossa muunlaisia toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja 46 % (1/7/5) ei (kuvio 7). Muunlaisia toimintakyvyn arviointimenetelmiä on esh:ssa suunniteltu ottaa käyttöön joku/jotkut seuraavista: WHODAS 2.0, ICF, ICF lyhyt versio, ICF-viitekehysellä toimivat, HAD ja FIM. Pth:ssa suunnitelmissa ottaa käyttöön jatkossa oli joku/jotkut seuraavista: RAI, THL:n luokitus, Kuntaliiton Fysioterapianimikkeistö ja ICF. Yksityisessä

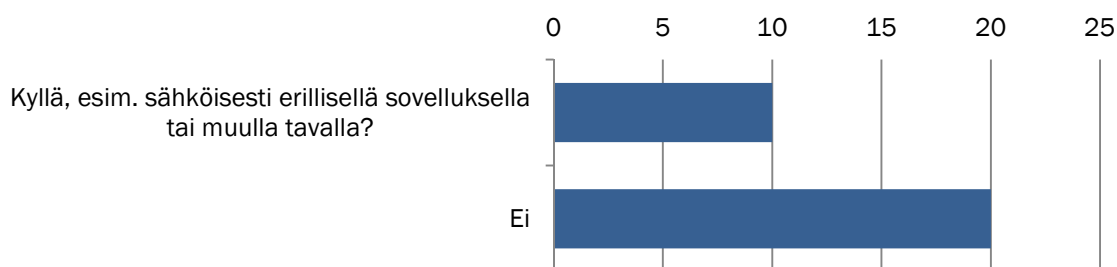
organisaatiossa on suunniteltu ottaa käyttöön maksajatahojen vaatimat testit ja WHO-Qual.

Kuvio 7. 28 organisaation suunnitelma ottaa tai olla ottamatta muunlaisia toimintakyvyn arviointimenetelmiä käyttöönsä jatkossa.



Toimintakykytietoa pystyy erillisenä tietona hyödyntämään 30 vastanneesta organisaatiosta 33 % (1/3/6) (kuviot 8). Esh:n organisaatio ei ollut tarkentanut sitä, millä tavalla pystyy toimintakykytietoa hyödyntämään. Pth:n yksi organisaatio pystyy hyödyntämään toimintakykytietoa FIM-mittarin kautta (kaksi organisaatiota ei ollut tarkentanut vastaustaan) ja yksityiset kolme organisaatiota jollakin/joillakin seuraavista: FIM-mittarilla, ELbit Test-, Quest- ja Kunto-ohjelmalla tai tarpeen mukaan muulla ohjelmalla (kolme organisaatiota ei ollut tarkentanut vastaustaan). Suurin osa (67 %) ei pysty hyödyntämään toimintakykytietoa erillisenä tietona.

Kuvio 8. Toimintakykytiedon erillisenä tietona hyödyntämisen mahdollisuus 30 organisaatiossa.



Organisaatioilta kysyttiin kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää kuntoutujakohtaisesti. Vastauksia tuli 25 organisaatiolta. Vastaukset vaihtelivat ”Nykyinen on riittävä” kommentteista ”Yhteneväinen kirjaamiskäytäntö, edes alueellisesti” kommentteihin.

Poimintoina kommentteja esh:n organisaatioilta:

- ”ICF:n mukaisen dimensioiden pohjalta tapahtuva kirjaamisen kehittäminen voisi olla hyödyllistä, mutta ei voi perustua ICF:n mukaisiin aihe-alueisiin tai koodeihin – -. ICF:n lisäksi pitäisi löytyä kirjaamiskäytäntöjä myös kuntoutuksen ajallisen prosessin kuvaamiseen: esim. mikä kuntoutusprosessin vaihe on kyseessä: kuntoutustarpeen arviointi? kuntoutustavoitteiden ja suunnitelman laadinta? kuntoutuksen toteuttaminen? vai kuntoutuksen arviointi?”
- ”kirjaamista ohjaa sovittu strukturoitu sairauskertomus otsikoineen. Järjestelmään potilaskäytäntökirjauksessa paremmin huomioitava onko kyseessä sairaanhoito vai kuntoutus. APOTTI-tietohanke tuonee työkaluja tähän”
- ”yhtenäiset ICF-pohjaiset toimintakyvyn arviointilomakkeet ja niihin perustuva kirjaaminen potilastietoihin”
- ”paljon kehitettävää - nykyinen potilastietojärjestelmämme liian työläs tähän käyttöön ja tilastointiin”
- ”alueella tulisi olla yhteneväinen kirjaamiskäytäntö ja yhteinen potilastietojärjestelmä, jolla turvattaisiin lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi ja varmistettaisiin jatkuvuus.”
- ”yhteinen Kuntoutumiskertomus alusta, jossa näkyy samalla näkymällä eri ammattiryhmien suunnitelmat ja yhteinen kuntoutumissuunnitelma (Kuntoutumissuunnitelma eroaa Kelan Kuntoutussuunnitelmasta)”.

Poimintoja pth:n organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää kuntoutujakohtaisesti:

- "kuntoutuksen kokonaisuus on hyvin pirstaleinen. Perusterveydenhuollon työmenetelmä on terveyshyötymallin mukainen hoitosuunnitelma alueellamme"
- "lääkinnällisen kuntoutuksen kirjaamisessa ei ole mielestäni puutteita. Kirjaamiset toteutetaan siten miten THL ne käskee ja miten organisaatio ne kouluttaa. Jos käytännössä on puutteita tulee tarkistaa ovatko kaikki työntekijät saaneet selkeät ohjeet ja riittävästi koulutusta. Vastuuta emme kannan siitä jos hoitoihin vaikuttavat tiedot eivät välity eteenpäin, asiakkaan hoitoihin osallistuvien (kuntoutuksen ulkopuolisten työntekijöiden) jättäessä kuntoutuksen tekstit lukematta. Fysioterapeutit eivät lähetä raportteja eteenpäin"
- "tietojärjestelmän käyttäjien tietoisuutta vaihtoehtoista pitäisi lisätä, sopia tarkemmin yhtenäiset käytännöt. Rakenteisen [sairaskertomuksen] käyttö on jo yhtenäistänyt käytäntöjä jonkin verran, ja sairaskertomustietojen luettavuus on parantunut"
- "otetaan käyttöön toimintakykyluokitus [ja Z-diagnoosit]"
- "kirjaamiskäytäntöjä on jo kehitelty ja ne ovat nyt asianmukaiset"
- "lisätään kirjauksen rakenteisuutta, sovitaan yhteisistä käytännöistä".

Poimintoja yksityisten organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää kuntoutujakohtaisesti:

- "esim. yhtäläinen sähköinen valtakunnallinen raportointipohja"
- "kehitämme kirjaamista ICF-luokituksen mukaiseksi"
- "kirjaamisessa huomioitava KANTA-yhteensopivuus. Kansalliset otsikot käyttöön kaikille. ICF-viitekehyksen mukainen kirjaaminen moniammatillinen näkemys huomioiden. Selkeys ja oleellisten asioiden kirjaaminen. Kirjaamisen yhtenäistämistä edistäisi yhtenäisen kirjaamisen opettaminen/ohjaaminen jo opiskeluvaiheessa ammattiin valmistuville"
- "kehitetään määrämuotoista kirjaamista ja toimintakyvyn arviointia käyttäen esim. THLn asiantuntijoita ja etenkin TOIMIA[-verkostoa]. [Tavoitteena] tulisi olla toimintakyvyn [arviointimenetelmien] kehittäminen ja standardointi".

Organisaatioilta kysyttiin kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää organisaatiokohtaisesti. Vastauksia tuli 23 organisaatiolta. Vastaukset vaihtelivat ”Toimivat tällä hetkellä” kommentista ”Terveystieteiden raportointi on puutteellista mm. siltä osin että siellä ei ole raportointijärjestelmää kuntoutusta koskien (asiakkaan saama kuntoutus)” kommenttiin.

Poimintoina kommentteja esh:n organisaatioilta:

- ” – – kuntoutuksen prosessin vaiheiden raportoinnin kehittäminen. Asiakkaan kuntoutuksesta vastaavan tahon löytymisen helpottaminen”
- ”hoitajaksoissa ja lähetemenettelyissä on täsmentämistä, jotta raportointi niiden osalta saadaan relevantiksi. Keskeiset mittarit sähköisiksi, niillä tuotetut tulokset tulisi saada potilastietojärjestelmään. Palveluyksikkönä osallistumme erikoisalojen [hoitajaksoihin] ja prosesseihin, emme voi yksin vaikuttaa vaan kirjaamista tulisi kehittää koko talon tasolla”
- ”loppulausunnossa selostus ja hyvä hoito- ja kuntoutussuunnitelma KanTa-arkiston kaikkien nähtäväksi”
- ”valtakunnallisesti sopiminen käytännöistä. Yhtenäinen seuranta”
- ”potilastietojärjestelmässä tulisi olla kohta, jonka ohi hoitava lääkäri ei pääse ottamatta kantaa potilaan kuntoutustarpeeseen”
- ”tiliointi saatava toimimaan aina kun ostetaan kuntoutuspalveluja, jotta sen seuranta helpottuisi. Omaan toimintaan pelisäännöt mitä kirjataan (mm käytetty aika, menetelmät jne.)”.

Poimintoja pth:n organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää organisaatiokohtaisesti:

- ”kuntoutuksessa käytettävissä olevat luokitukset ja toimintakyvyn arviointimenetelmät pitäisi olla hyvin suunniteltu, yksinkertaiset käyttää ja määritelmät selkeät kaikille ammattiryhmille. Tietojärjestelmistä pitäisi saada raportteja mahdollisimman vaivattomasti. [Raporttien] pitäisi hyödyttää potilastyön suunnittelua ja hoitokäytäntöjen kehittämistä”
- ”SPAT -luokitusta käyttämällä tilastoinnissa tämä helpottuisi”
- ”toimintakykyluokitus ja Z-diagnoosit”
- ”seurattaisiin ketkä kuntoutuspalveluita käyttää, millaista kuntoutustyön sisältö on ja yhtenäistettäisiin vaikuttavuusmittaus esim. elämänlaadun mittaaminen. Asiakkaat mukaan kirjaamiseen”.

Poimintoja yksityisten organisaatioiden kommenteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää organisaatiokohtaisesti:

- "sähköinen kirjaaminen osaksi arkea [kaikilla] ammattiryhmillä"
- "ICF:n avulla saadaan myös organisaatiokohtaisesti lisää/tarkempaa tietoa".

Organisaatioilta kysyttiin kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää valtakunnallisesti. Vastauksia tuli 23 organisaatiolta. Vastaukset vaihtelivat "Pitäisi tietää mikä on valtakunnallisesti riittävä. Kirjaamisen tulisi tukea, ei vaikeuttaa eikä [hidastaa] perustason työtä" kommentista "KanTa-arkiston kautta" kommenttiin.

Poimintoina kommentteja esh:n organisaatioilta:

- "kunnissa toteutettava [lääkinnällinen] kuntoutus on sattumanvaraista ja vain joidenkin ulottuvilla. Kuntoutussuunnitelman laatimisesta olisi jo sinänsä hyvä olla seurantatietoja: missä ja kenelle niitä laaditaan ja miksi kaikille ei laadita? Minkälaisissa sairausryhmissä tilanne on parempi, millä toteutuu heikosti?"
- "sähköisten järjestelmien tulisi tarjota tai kysyä automaattisesti kuntoutuksen määrittelyjä, jotta niitä ei voisi erikoisaloillakaan ohittaa. Tulisi kehittää ohjaavia järjestelmiä, joilla tiedot ja raportoinnit saataisiin yhtenäistettyä valtakunnassa. Tietojärjestelmät eivät huomioi lääkinnällisen kuntoutuksen ajankohtaa ja luonnetta kovin hyvin toiminnoissaan ja mahdollisuuksissaan"
- "valtakunnallinen laaturekisteri kuten Ruotsissa"
- "kuntaliiton tekemä kehittämistyö koskien yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä tulisi jatkua jollain tavalla"
- "sama [tietojärjestelmä] ja samat [yksinkertaiset] ja mahdollisimman automaattiset kirjaamiskäytännöt koko maahan"
- "[samanlainen] ohjeistus raportoinnista kaikille Erva-alueille"
- "rakenteelliset lääkinnällisen kuntoutuksen [otsikoinnit] [käyttöön]".

Poimintoja pth:n organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää valtakunnallisesti:

- "tällä hetkellä on [liikaa] [erilaisia] potilastietojärjestelmiä. Liikaa rinnakkaisia [tauti- ja tilastointikoodistoja]. Ja turhaan jokaisella sairaanhoitopiirillä on omat lääkinnällisen kuntoutuksen kriteerit ja toisistaan poikkeavat hoito-ohjeet"
- "[toimintakykyluokitus] ja Z-diagnoosit"
- "arviointimittareiden siirto potilastietojärjestelmään"
- "käytetään valtakunnallisia mittareita ja koodistoja"
- "[selkeytettäisiin] kuntoutuksen suhteutuminen hoitotakuuseen ja sen odotusaikoihin. Milloin kuuluu hoitotakuuseen ja milloin ei, [seurantakäyntien] järjestämistavat hoitotakuulaki ja tietojärjestelmän ominaisuudet huomioiden. Milloin odotusaika alkaa hoidon tarpeen arviointi kuntoutuksessa lähettävä taho vai vastaanottava taho?".

Poimintoja yksityisten organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he kehittäisivät kirjaamiskäytäntöjä, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen raportointi olisi riittävää valtakunnallisesti:

- "olisi luotu/sovittu yhtäläiset kirjaamiskäytännöt, saataisiin kootut tiedot eri tahojen järj. kuntoutuksesta, kronologista tietoa saatavilla, olisi saatavilla valtakunnalliset vertailutiedot"
- "Kanta-arkistoon yhteneväinen ohjeistus kuntoutuksen kirjaamisesta huomioiden ICF-luokitus"
- "Kanta-työn [loppuunsaattaminen] sekä julkisessa että yksityisessä [terveydenhuollossa]. Valtakunnallisesta tarvitaan yhtenäiset ohjeet lääkinnällisen kuntoutuksen kirjaamisesta huomioiden sekä julkisella puolella toteutettu lääk. kuntoutus että kelan kautta järjestetty lääkinnällinen kuntoutus. Tiedonkulun sujuvuus on ensiarvoisen tärkeää ja kuntoutuksen jatkuvuus eri toimijoiden välillä ja yhteistyössä kuntoutujan kanssa huomioiden myös lähipiiri!".

Organisaatioilta kysyttiin kuinka he hyödyntävät lääkinnällisestä kuntoutuspotilaasta saatua luokitustietoa. Vastauksia tuli 22 organisaatiolta. Vastaukset vaihtelivat "Tällä hetkellä ei hyödynnetä" kommentista "Resurssien ja prosessien suunnittelussa" kommenttiin.

Poimintoina kommentteja esh:n organisaatioilta:

- "ei mitenkään tällä hetkellä, siis luokitustietoa"
- "käyntitilastointiin ja kuntalaskutukseen"
- "?"
- "tilastotietoihin ja mahdollisesti tutkimukselliseen dataan"
- "toiminnan laadun ja palvelun kehittämiseksi".

Poimintoja pth:n organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he hyödyntävät lääkinnällisestä kuntoutuspotilaasta saatua luokitustietoa:

- "mitä luokitustietoa?"
- "ei vielä mitenkään"
- "en hyödynnä luokitustietoa"
- "oman laadun (tasapuolisuuden) varmistaminen. Kustannusten seuranta"
- "luokitustietoa ei kerätty"
- "kuntoutuksen asiakkaiden ryhmittely, palvelutarpeen ja kustannusten arviointi ja toiminnan suunnittelu"
- "saataisiin kuvaa kuntoutuksen asiakaskunnasta ja toiminnan vaikuttavuudesta. Tällä tavoin voisi kohdentaa resursseja ja osaamista asiakkaiden tarpeisiin ja vaikuttavaan hoitoon".

Poimintoja yksityisten organisaatioiden kommentteista siitä, kuinka he hyödyntävät lääkinnällisestä kuntoutuspotilaasta saatua luokitustietoa:

- "hoidon ja terapian tarpeen ennakointiin, jakson sisällön suunnitteluun ja maksuluokan määrittelyyn"
- "tällä hetkellä ei voida hyödyntää, mutta jatkossa kuntoutuksen ja arvioinnissa ja suunnittelussa"
- "kurssisuunnittelussa hyödynnetään; tarve-, määrä- ja kohderyhmäarvioinnissa. Työntekijätarpeen ja koulutustarpeen arvioinnissa"
- "satunnaisesti"
- "seuraavien jaksojen suunnittelussa, resursoinnissa, toiminnan kehittämisessä"
- "kuntoutuksen suunnittelussa"
- "hyödynnettävyys on [tällä] hetkellä vaikeaa ainakin vaikeavammaisten [kuntoutujien] osalta. Muussa kuntoutuksessa luokitustietoja voi käyttää [jonkin verran] paremmin kuntoutuksen seurantamittareina".

Kyselyn lopussa oli jätetty tilaa vapaalle kommentoinnille liittyen lääkinällisen kuntoutuspotilaan luokitteluun. Kommentteja tuli 16 organisaatiolta.

Kommentit olivat esh:n organisaatioilta:

- "ICF [potilastietojärjestelmiin]"
- "diagnoosit eivät kerro paljonkaan, mutta ICF -pohjainen raportointimalli kuvaisi paremmin [potilaan] [toimintakykyä] ja sen kehittymistä ja elämänlaatua elämänlaatumittareilla subjektiivisesti osallistumista [ja] koettua toimintakykyä"
- "kuntoutusohjaajan laatimia potilastekstejä tulisi jatkossa hyödyntää paremmin ja laajemmin esim. kuntoutussuunnitelmien laatimisessa"
- "tilastot ja tiedot lähes puuttuvat. Maksusitoumuksia vaativat tapahtumat tilastoituvat parhaiten (apuvälinelainaus ja kuntoutuksen ostot). Se mitä tapahtuu toiminnassa sairaalajaksoilla tai poliklinikka käynneillä ei näy. Käynnit kirjaantuvat, mutta sisältö jää pimentoon"
- "odotan [ICF -luokituksen] laajentumista ja soveltamista [käytäntöön] mielenkiinnolla".

Pth:n organisaatioiden kommentit olivat:

- "meillä on suunnitteilla tietohallinnon potilastietokannasta keräämän laajan KulasDW-tietovaraston hyödyntäminen lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaiden seurannassa ja kuntoutuksen raportoinnissa"
- "[kriittisyyttä] siihen, mitä kirjataan ja mitä seurataan, jos siitä ei ole potilaille selvää hyötyä. Hoitosuunnitelmaakaan ei vielä ole kaikilla suomalaisilla, joilla on pitkäaikaissairaus"
- "kenelle tämä kysely oli tarkoitettu??"
- "luokittelun hyödyt tulisi olla selvät ja konkreettiset käyttäjille"
- "meille on tärkeämpää saada potilas kuntoutettua ja [esimerkiksi] iäkäs ihminen pärjäämään kotona. En koe, että mikään luokitus helpottaisi tätä perustyötä"
- "seudulla on meneillä yhteistyö terveystieteiden kanssa käytäntöjen harmonisoimiseksi".

Yksityisten organisaatioiden kommentit:

- "ei ole käytössä yhtenäistä luokittelukäytäntöä. Eri yhteyksissä ja paikoissa käytetään erilaisia luokittelujärjestelmiä"
- "yhtenäiset ohjeistukset ja suositukset tulevaisuudessa! Käsitteet myös yhtenäisiksi, liittyy kuntoutusjärjestelmän monitahoisuuteen.

Kuntoutusketjut kuntoon esim. käypä hoito suositusten jatkoksi (tätä on jo tehty). Lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen vuoropuhelu, eivät saa olla erillisiä, koska usein sama ihminen ([kuntoutuja]) saattaa tarvita molempia. Avo- ja laituskuntoutuksen vahvuuksien hyödyntäminen!”

5.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitys ja nykytila kansainvälisesti

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokitteluun on kehitetty kansainvälisesti käytettyjä malleja. Kehittäjämaita ovat olleet USA, Australia, Ruotsi ja Englanti. Malleja on nykypäivänä useita, sillä kaikille sopivaa yhtä mallia ei ole onnistuttu kehittämään. Potilaiden luokittelumallin pohjalla oli USA:ssa ja Australiassa 1980-luvulla ICD-luokitteluun (WHO, 2007) perustuva potilasluokittelujärjestelmä (Diagnosis Related Groups, DRG). Hyvin pian oli kuitenkin huomattu, ettei systeemillä voitu riittävästi/asiaankuuluvasti luokitella potilaita, jotka otettiin subakuuteille vuodeosastoille ja laitoksiin (Vladeck & Kramer, 1988).

Tultaessa 1990-luvulle USA kehitti subakuuttien kuntoutuspotilaiden luokitteluun ja kuntoutusten kustannusten ennalta-arvioimiseen toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointimenetelmään (Functional Independence Measure, FIM, Hamilton ym. 1987) pohjautuvan FRG-mallin (FIM-function-related groups, Stineman ym. 1994). Myöhemmin FRG nimi muutettiin muotoon CMG eli casemix groups⁵ (Turner-Stokes ym. 2011). Taustalla oli huoli siitä, että jos luokittelu olisi DRG-pohjainen, subakuutit kuntoutuspotilaat saisivat edelleen hoitoa, jonka rahallinen suoritus pohjautuisi joko historiallisiin perusteisiin (= olemassa oleva talousarvio siirretään vuodesta toiseen mukauttamalla

⁵ Ks, kansalliset DRG-sivut <http://www.norddrg.fi>

tuottavuus ja kustannusten nousu hieman muutettuna hoidettujen potilaiden määrällä) tai päivämaksumalliin. Näiden systeemien heikkous on se, ettei ole kannustetta nostaa tuottavuutta ja uudemmat potentiaalisesti tehokkaammat ja vaikuttavammat hoitomuodot jäävät esittelemättä taloudellisten rajoitteiden vuoksi (Turner-Stokes ym. 2011).

Australia puolestaan kehitti 1990-luvulla subakuuttien ja ei-akuuttien kuntoutuspotilaiden luokittelua varten modifioituun Barthel Index:iin (BI, Mahoney & Barthel, 1965) perustuvan Casemix Rehabilitation And Funding Tree -mallin (CRAFT, Webster, 1996) ja FIM-pohjaisen Australian National Sub-Acute and Non-acute Patient Classification -mallin (AN-SNAP, Eagar ym. 1997). CRAFT-mallia käytetään vähemmän nykyisin kuin AN-SNAP-luokittelua, lähinnä yleisen (ei erikoistuneen) kuntoutuksen rahoituksen arvioimiseen (Turner-Stokes ym. 2011). AN-SNAP luokittelee samantyyppiset potilaat hoitomuotoihin käyttäen erikoiskriteerejä. AN-SNAP sisältää 32 luokkaa, jotka perustuvat 10 vajaakuntoisuuskategoriaan (jotka FIM ja kuntoutujan ikä määrittelevät) (Eagar ym. 1997).

Englannissa kehitettiin 1990-luvulla Healthcare resource groups -malli (HRG). Se on yhdistelmä diagnoosikoodeista (ICD-10) ja prosessikoodeista (OPCS, Office of Population, Censuses and surveys classification of surgical operations and procedures, 2006). HRG on episodiperusteinen tariffi terveydenhuollon hoidoista sisältäen 534 kategoriaa. Kuten DRG, myös HRG ovat terveydentilan ja interventioiden ryhmiä, joiden on tarkoitus olla resurssitarpeiltaan samanlaisia. HRG-mallia kehitettiin lisäämällä kategorioita, HRG2 versiossa niitä oli 533 ja HRG3.1 versiossa 572. (Mason ym. 2011, 199–201.)

2000-luvulla kuntoutuspotilaan luokittelutyö jatkui. USA:ssa kehitettiin Inpatient rehabilitation facilities prospective payment system -malli (IRF-PPS, Zorowitz, 2009). IRF-PPS-mallissa kuntoutuja luokitellaan yhteen 85 vajaakuntoisuuskoodiin 21 kuntoutusluokassa. Nämä jaetaan vielä casemix-ryhmiin perustuen FIM-pisteisiin ja kuntoutujan ikään. Jokaisessa casemix-ryhmässä on neljä lisäsairauksien tasoa, jotka kertovat jonkun terveydellisen tilanteen (esim. hypertensio, diabetes) ja/tai komplikaation (esim. trakeostomia) joko olemassa olon tai puuttumisen. Australia jatkoi AN-SNAP-mallin kehittämistä ja se uudistettiin vuonna 2006 versiolla 2, jotta se olisi edelleen relevantti. Se sisältää 45 luokkaa laitospotilaiden kuntoutuksessa (Green ym. 2006). Myös Ruotsi ja Englanti kehittivät omia kuntoutuspotilaan luokittelumalleja 2000-luvulla. Ruotsi otti käyttöön FIM- ja ICF-pohjaisen Nordic Assessment Scoring System⁶ -mallin (NordDRG-NASS, Nordic casemix centre, 2014) (liite 3). NordDRG on potilasluokittelujärjestelmä ja sen sisältämä NASS-järjestelmä on kehitetty kuntoutuspotilaiden luokittelua varten. NASS-järjestelmä on sidottu FIM-toimintakykykymittarilla arvioitaviin toimintoihin ja ohjaavina koodeja käytetään ICF-koodeja (Turner-Stokes ym. 2011).

Englannissa jatkettiin 2000-luvulla HRG-mallin kehittämistä. HRG3.5 sisälsi 610 kategoriaa ja nykyinen HRG4 versio on kehitetty niin, että se kehittyy vuosi vuodelta eli kategorioiden määrä ei ole vakio. Tällä hetkellä HRG4 sisältää noin 1400 ryhmää (Mason ym. 2011, 201). HRG4 sisältää 23 kuntoutuksen koodia, 3 arviointiin ja 20 hoitoon. Luokittelu perustuu yksinomaan diagnoosiin. HRG sisältää edelleen vähän kuntoutuskategorioita ja nekin on huonosti raportoitu. Tämän vuoksi dataa on vähän ja siinä datassa mikä on saatavilla, kuntoutuksen referenssikustannuksissa on laajasti

⁶ Ks, kansalliset DRG-sivut <http://www.norddrg.fi>

varianssia johtuen siitä, että kuntoutuksen tarve on monimuotoista kunkin diagnostisen potilasryhmän sisällä. (Turner-Stokes ym. 2011.)

Australiassa jatkettiin 2010-luvulla AN-SNAP-mallin kehittämistä uusilla versioilla. Versio 3 sisältää 150 luokkaa ja 6 virheluokkaa ja luokittelee ne viidessä hoitomuodossa, joista subakuutteja ovat palliatiivinen hoito, kuntoutus, psykogeriatrinen ja geriatrinen arviointi sekä johtaminen (GEM) ja ei-akuutteja on ylläpitävähoito (AN-SNAP Version 3, 2012). Versiossa 4 on kehitetty muun muassa pediatrien kuntoutuspotilaiden luokittelua (AN-SNAP Version 4, 2015).

Tohtori Jiro Okochin (Osakan Tatsumanosato Geriatrisen terveydenhuollon osasto, Japani) mukaan Japanissa ei käytetä casemix-systeemiä kuntoutuksessa, vaan he arvioivat pelkästään potilaan toimintakykyä.

Ruotsissa on ollut käytössä 2010-luvulta lähtien Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokitukseen (ICF) perustuva kuntoutuspotilaiden luokittelumalli (liite 3). Se kehitettiin alkuperäisistä Pohjoismaisen potilasluokittelujärjestelmän NordDRG sisältämistä ja kuntoutuspotilaiden luokitteluun sopivista NASS-koodeista, jotka ovat puolestaan sekoitus ICF- ja FIM-koodeista. Ruotsissa päädyttiin laajentamaan hieman NASS-koodeja, mutta ei haluttu ottaa käyttöön kaikkia ICF-koodeja, sillä ICF ei ole Ruotsissa käytössä juuri lainkaan. Toinen syy siihen oli se, että ei haluttu laajentaa koodausta vain koodauksien lisäämisen vuoksi, sillä heidän mielestään minimi määrä koodeja kertoo kuitenkin paljon potilaasta.

Ruotsin luokittelumalli ei ota nykyisellään huomioon ympäristötekijöitä, eikä se ole tämän hetkisten suunnitelmien mukaan laajentumassa tulevaisuudessakaan sinne. Perusteluksi kerrotaan, että koska ympäristötekijät vaihtelevat (esim. laitosympäristö, kotiympäristö, yhteiskunta), sitä on vaikea standardoida. Ruotsissa halutaan tietää vain mitä potilas pystyy tai ei pysty tekemään. He toteavat, että tätä tietoa voidaan joskus tulevaisuudessa hyödyntää arvioitaessa, kuinka paljon apua potilaalle annetaan kotona.

Kuntoutuspotilaiden luokittelumallia käytetään Ruotsissa kaikissa niissä kunnissa, joissa NordDRG on käytössä. Sitä käytetään vain laituskuntoutuksessa, joka voi olla yksityisellä tai julkisella puolella tapahtuvaa. Tämä johtuu siitä, että luokittelumalli on kehittynyt alun perin NASS-koodeista ja Ruotsin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin osastojen on sallittua kerätä vain rajoitettua dataa.

Koodaus alkaa aina siten, että perussairaus rekisteröidään päädiagnoosiksi. Muiden sairauksien diagnoosit kirjataan, jos se tieto on käyttökelpoista. Sen lisäksi toimenpiteeksi rekisteröidään koodit DV093 (Kuntoutussuunnitelman laatiminen) ja CV094 (Kuntoutussuunnitelman mukainen kuntoutus). Ruotsissa pyritään suosituksella myös siihen, että kuntoutuksessa käytettäisiin myös henkilökuntakategorioita. Esim. lääkärit eivät osallistu käytännön kuntoutukseen potilaan kanssa päivittäin vaikka ovat muuten osallisia siihen.

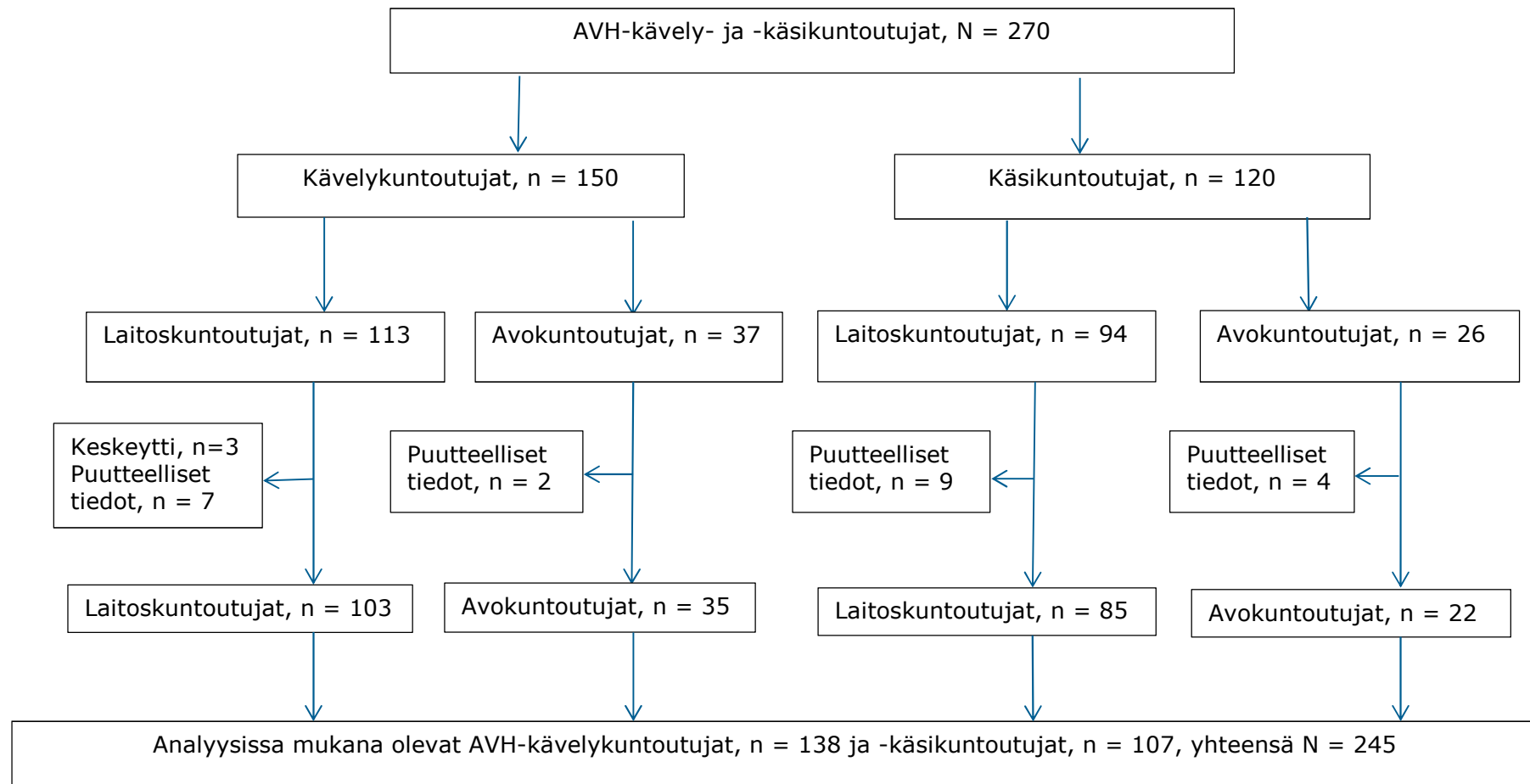
Ruotsin luokittelumalliin ei ole tehty erillistä informaatioteknologian sovellusta. Käytetyt modifioidut ICF-koodit syötetään tavanomaiseen systeemiin täydentäväksi diagnoosiksi, samaan paikkaan kuin kansainvälisen tautiluokituksen (ICD) koodit. Ruotsissa käytetään modifioituja ICF-koodeja sen vuoksi, että niitä käytetään monissa paikoissa Ruotsin alkuperäisissä tietojärjestelmissä.

5.3 Laitos- ja avomuotoisen kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kustannuksiin

5.3.1 Tutkittavien perustiedot

Kävely- ja käsikuntoutukseen osallistuneista (N = 270 AVH-kuntoutujaa), toimintakyvyn ja elämänlaadun yhteys kustannuksiin -tutkimus sisältää yhteensä N = 245 kuntoutujaa (kuvio 9). Analyysistä poistettiin ne N = 22, joiden seurantatiedoissa oli puutteita. Kävelykuntoutujia oli n = 138 ja käsikuntoutujia n = 107. Kävelykuntoutujista laitospotilaita oli n = 103 ja avokuntoutujia n = 35. Käsikuntoutujista laitospotilaita oli n = 85 ja avokuntoutujia n = 22.

Kuvio 9. AVH-kävely- ja -käsikuntoutujat toimintakyky ja sen yhteys laitos- ja avomuotoisen kuntoutuksen kustannustutkimuksessa.



Kävelykuntoutus

Kävelykuntoutujat (n = 138) olivat iältään keskimäärin 72-vuotiaita, 65 % oli miehiä ja sairastumisesta oli kulunut aikaa 14 kuukautta (taulukko 2).

Suurimmalla osalla kuntoutujista aivoverenkiertohäiriön taustalla oli ollut aivoverisuonitukos (80 %) ja halvaus oli vasemmalla puolella (67 %). Laitos- ja avokuntoutujat erosivat toisistaan kävelyn suhteen siten, että laituskuntoutujissa oli itsenäisiä kävelijöitä 46 % ja avokuntoutujissa 63 %.

Taulukko 2. Kävelykuntoutujien sosiodemograafiset ja kliiniset tiedot kuntoutuksen alussa.

	Laitos (n = 103)	Avo (n = 35)	P-arvo
Ikä, ka. (SD)	72 (5)	73 (6)	0,14
Sukupuoli m/n, n (%)	66/37 (64/36)	23/12 (66/34)	0,86
Aika sairastumisesta kuukausina, mediaani (vaihteluväli)	14 (3 – 38)	14 (4 – 63)	0,69
Etiologia, n (%)			0,59
Vuoto	22 (21)	6 (17)	
Infarkti	81 (79)	29 (83)	
Halvauksen puoli, n (%)			0,51
Oikea	31 (30)	13 (37)	
Vasen	71 (69)	21 (60)	
Molemmat	1 (1)	1 (3)	
FAC, n (%)			0,03
1	13 (13)	5 (14)	
2	27 (26)	1 (3)	
3	16 (15)	7 (20)	
4	47 (46)	22 (63)	

FAC = Functional Ambulation Classification.

Käsikuntoutus

Käsikuntoutujat (n = 107) olivat iältään keskimäärin 73-vuotiaita, 59 % oli miehiä ja sairastumisesta oli kulunut aikaa 12 kuukautta (taulukko 3).

Suurimmalla osalla (77 %) kuntoutujista oli aivoverenkiertohäiriön taustalla ollut aivoverisuonitukos. Laitos- ja avokuntoutujat erosivat toisistaan

sukupuolijakauman mukaan siten, että laitospotilaiden miehiä oli 54 % ja avopotilaiden 77 %.

Taulukko 3. Käsikuntoutujien sosiodemograafiset ja kliiniset tiedot kuntoutuksen alussa.

	Laitos (n = 85)	Avo (n = 22)	P-arvo
Ikä, ka. (SD)	72 (5)	74 (5)	0,108
Sukupuoli m/n, n (%)	46/39 (54/46)	17/5 (77/23)	0,049
Aika sairastumisesta kuukausina, mediaani (vaihteluväli)	11 (3 – 40)	13,5 (3 – 38)	0,141
Etiologia, n (%)			0,937
Vuoto	20 (23)	5 (23)	
Infarkti	65 (77)	17 (77)	
Halvauksen puoli, n (%)			0,816
Oikea	42 (49)	10 (45)	
Vasen	42 (49)	12 (55)	
Molemmat	1 (1)	0 (0)	
FAC, n (%)			0,522
1	1 (1)	0 (0)	
2	4 (5)	0 (0)	
3	1 (1)	0 (0)	
4	35 (41)	13 (59)	
5	44 (52)	9 (41)	

FAC = Functional Ambulation Classification.

5.3.2 Toimintakyky ja sen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin

Kävelykuntoutujien (n = 138) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia, halvaantunut puoli, kuntoutusmuoto) olivat 77 % yhteydessä kävelykuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 4). Tarkempi yksittäinen taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että kuntoutusmuoto (laitos/avo) ja halvauspuoli (oikea/vasen) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannusten muodostumiseen. Muilla taustatekijöillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kustannuksiin.

Taulukko 4. Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian, halvauspuolen ja kuntoutusmuodon yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138).

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
Ikä	-0,05	0,295	
Sukupuoli	0,02	0,698	
AVH:n sairastamisaika	0,04	0,362	
Etiologia	-0,00	0,998	
Halvauspuoli	-0,10	0,031	
Kuntoutusmuoto, laitos/avo	0,85	≤0,001	
Kaikki muuttujat yhteensä	NA	NA	0,77

NA = ei relevantti.

Kävelyaineiston tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen, kodin hoito ja yhteensä), AMPS, 10m ja 6min mitattuna, sekä elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF (fyysinen ja psyykkinen) mitattuna, olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelykuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 5). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FSQ (liikkuminen), BBS, FAC, WHOQOL-BREF (sosiaalinen, ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 2).

Taulukko 5. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja kuntoutusmuoto.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
FIM			
motorinen	-0,22	≤0,001	0,81
kognitiivinen	-0,12	0,006	0,78
yhteensä	-0,22	≤0,001	0,81
FSQ			
itsestä huolehtiminen	-0,14	0,001	0,79
kodin hoito	-0,14	0,001	0,80
yhteensä	-0,10	0,019	0,78
AMPS			
motoriset taidot	-0,09	0,032	0,78

prosessitaidot	-0,10	0,029	0,78
10m	-0,09	0,039	0,77
6min	-0,10	0,031	0,78
WHOQOL-BREF			
fyysinen	-0,15	0,001	0,79
psykykinen	-0,10	0,020	0,79

FIM: Functional Independence Measurement; FSQ: Functional Status Questionnaire; AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; 10m: 10 metrin kävelytesti; 6min: Kuuden minuutin kävelytesti; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

Kävelyaineiston tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. Motorisissa taitopisteissä (AMPS) tapahtunut muutos oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelykuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 6). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden FIM, FSQ, AMPS (prosessitaidot), BBS, FAC, 10m, 6min, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13 osoittamat muutosarvot toimintakyvyssä ja elämänlaadussa eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin (liitetaulukko 3).

Taulukko 6. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli, kuntoutusmuoto ja alkutilanne.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
AMPS			0,80
motoriset taidot muutos	-0,15	0,007	
motoriset taidot alkutilanne	-0,09	0,032	

AMPS: Assessment of Motor and Process Skills.

Kävelyn laituskuntoutus

Kävelyn laituskuntoutujien (n = 103) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia ja halvaantunut puoli) olivat 8 % yhteydessä kävelyn laituskuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 7). Tarkempi yksittäinen taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että halvauspuoli (oikea/vasen) oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannusten

muodostumiseen. Muilla taustatekijöillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kustannuksiin.

Taulukko 7. Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian ja halvauspuolen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103).

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
Ikä	-0,12	0,230	
Sukupuoli	0,05	0,586	
AVH:n sairastamisaika	0,12	0,240	
Etiologia	0,01	0,942	
Halvauspuoli	-0,23	0,025	
Kaikki muuttujat yhteensä	NA	NA	0,08

NA = ei relevantti.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen, kodin hoito, yhteensä), AMPS, 10m ja 6min mitattuna ja elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF (fyysinen ja psyykinen) mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelyn laitoskuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 8). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FSQ (liikkuminen), BBS, FAC, WHOQOL-BREF (sosiaalinen ja ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 4).

Taulukko 8. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
FIM			
motorinen	-0,50	≤0,001	0,29
kognitiivinen	-0,27	0,008	0,15
yhteensä	-0,50	≤0,001	0,29
FSQ			
itsestä huolehtiminen	-0,31	0,002	0,18
kodin hoito	-0,37	0,001	0,18

yhteensä	-0,23	0,021	0,14
AMPS			
motoriset taidot	-0,20	0,043	0,12
prosessitaidot	-0,22	0,033	0,13
10m	-0,22	0,035	0,13
6min	-0,24	0,015	0,15
WHOQOL-BREF			
fyysinen	-0,29	0,003	0,17
psykykinen	-0,21	0,031	0,13

FIM: Functional Independence Measurement; FSQ: Functional Status Questionnaire; AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; 10m: 10 metrin kävelytesti; 6min: Kuuden minuutin kävelytesti; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. Motorisissa taitopisteissä (AMPS) ja kymmenen metrin kävelyssä (10m) tapahtuneet muutosarvot olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelyn laitoskuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 9). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden FIM, AMPS (prosessitaidot), FSQ, BBS, FAC, 6min, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13 osoittamat muutosarvot toimintakyvyssä ja elämänlaadussa eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin (liitetaulukko 5).

Taulukko 9. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
AMPS			0,18
motoriset taidot muutos	-0,34	0,011	
motoriset taidot alkutilanne	-0,20	0,043	
10m			0,15
muutos	-0,22	0,037	
alkutilanne	-0,22	0,035	

AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; 10m: 10 metrin kävelytesti.

Kävelyn avokuntoutus

Kävelyn avokuntoutujien (n = 35) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia ja halvaantunut puoli) olivat 8 % yhteydessä kävelyn avokuntoutuksen kustannuksiin, mutta yksittäisillä taustatekijöillä ei ollut tilastollista merkitsevää yhteyttä kustannuksiin (liitetaulukko 6).

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FSQ (yhteensä) ja WHOQOL-BREF (fyysinen) mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kävelyn avokuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 10). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kodin hoito), AMPS, BBS, FAC, 10m, 6min, WHOQOL-BREF (psykykinen, sosiaalinen ja ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 7).

Taulukko 10. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 35). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
FSQ yhteensä	-0,44	0,025	0,25
WHOQOL-BREF fyysinen	-0,47	0,020	0,26

FSQ: Functional Status Questionnaire; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana, mutta minkään mittarin (FIM, AMPS, FSQ, BBS, FAC, 10m, 6min, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13)

osoittamat muutosarvot toimintakyvyssä ja elämänlaadussa eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin (liitetaulukko 8).

5.3.3 Toimintakyky ja sen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin

Käsikuntoutujien (n = 107) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia, halvaantunut puoli, kuntoutusmuoto) olivat 73 % yhteydessä käsikuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 11). Tarkempi yksittäisten taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että kuntoutusmuoto (laitos/avo) oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käsikuntoutuksen kustannuksiin. Muut taustatekijät eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin.

Taulukko 11. Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian, halvauspuolen ja kuntoutusmuodon yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 107).

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
Ikä	0,05	0,385	
Sukupuoli	-0,00	0,961	
AVH:n sairastamisaika	-0,08	0,161	
Etiologia	-0,03	0,566	
Halvauspuoli	0,09	0,116	
Kuntoutusmuoto, laitos/avo	0,83	≤0,001	
Kaikki muuttujat yhteensä	NA	NA	0,73

NA = ei relevantti.

Käsiaineiston tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FIM (motoriikka ja yhteensä), FSQ, AMPS, BBS, FAC, pinch (kolmen sormen ote) mitattuna ja elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF (fyysinen) mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käsikuntoutuksen kustannuksiin

(taulukko 12). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FIM (kognitiivinen), WMFT, pinch (pinsetti- ja avainote), puristusvoima, WHOQOL-BREF (psykykinen, sosiaalinen, ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 9).

Taulukko 12. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 107). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja kuntoutusmuoto.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
FIM			
motorinen	-0,20	≤0,001	0,76
yhteensä	-0,18	0,001	0,75
FSQ			
itsestä huolehtiminen	-0,18	0,001	0,75
liikkuminen	-0,20	≤0,001	0,76
kodin hoito	-0,15	0,007	0,75
yhteensä	-0,21	≤0,001	0,76
AMPS			
motoriset taidot	-0,14	0,019	0,74
prosessitaidot	-0,12	0,038	0,74
BBS	-0,19	≤0,001	0,77
FAC	-0,26	≤0,001	0,78
pinch			
kolmen sormen ote	-0,13	0,022	0,74
WHOQOL-BREF			
fyysinen	-0,15	0,005	0,75

FIM: Functional Independence Measurement; FSQ: Functional Status Questionnaire; AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; BBS: Bergin tasapainotesti; FAC: Functional Ambulation Classification; pinch: Sormien pinsettiotteiden voimamittaukset; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

Käsiaineiston tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. Muutosarvoilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä käsikuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 10).

Käden laitoskuntoutus

Käden laitoskuntoutujien (n = 85) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia ja halvaantunut puoli) olivat 4 % yhteydessä käden laitoskuntoutuksen kustannuksiin. Tarkempi tarkastelu osoitti, että yksittäisillä taustatekijöillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kustannuksiin (liitetaulukko 11).

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FIM (motoriikka ja yhteensä), FSQ, AMPS, BBS, FAC, pinch (kolmen sormen ote) mitattuna ja elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF (fyysinen) mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käden laitoskuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 13). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FIM (kognitiivinen), WMFT, pinch (pinsetti- ja avainote), puristusvoima, WHOQOL-BREF (psyhykinen, sosiaalinen, ympäristö), RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 12).

Taulukko 13. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
FIM			
motorinen	-0,42	≤0,001	0,20
yhteensä	-0,39	≤0,001	0,18
FSQ			
itsestä huolehtiminen	-0,36	0,002	0,15
liikkuminen	-0,40	0,001	0,17
kodin hoito	-0,29	0,015	0,10
yhteensä	-0,41	≤0,001	0,18
AMPS			
motoriset taidot	-0,26	0,029	0,10
prosessitaidot	-0,25	0,035	0,09

BBS	-0,38	0,001	0,15
FAC	-0,51	≤0,001	0,25
pinch			
kolmen sormen ote	-0,26	0,030	0,10
WHOQOL-BREF			
fyysinen	-0,29	0,008	0,12

FIM: Functional Independence Measurement; FSQ: Functional Status Questionnaire; AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; BBS: Bergin tasapainotesti; FAC: Functional Ambulation Classification; pinch: Sormien pinsettiotteiden voimamittaukset; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instruments.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. Muutosarvoilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä käden laitoskuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 13).

Käden avokuntoutus

Käden avokuntoutujien (n = 22) taustatekijät (ikä, sukupuoli, aika sairastumisesta, etiologia ja halvaantunut puoli) olivat 52 % yhteydessä käden avokuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 14). Tarkempi yksittäisten taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että kulunut aika AVH:n sairastamisesta oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin. Muilla taustatekijöillä ei ollut tilastollista yhteyttä kustannuksiin.

Taulukko 14. Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian ja halvauspuolen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22).

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
Ikä	0,09	0,694	
Sukupuoli	0,11	0,611	
AVH:n sairastamisaika	-0,64	0,005	
Etiologia	-0,01	0,958	
Halvauspuoli	0,31	0,133	

Kaikki muuttujat yhteensä	NA	NA	0,52
---------------------------	----	----	------

NA = ei relevantti.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama alkutilanne. Alkutilanteen arvot toimintakykymittareilla FSQ (kodin hoito) ja puristusvoima mitattuna olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käden avokuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 15). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareilla FIM, FSQ (itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja ympäristö), AMPS, WMFT, BBS, FAC, pinch, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13 mitatut alkutilanteen arvot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin (liitetaulukko 14).

Taulukko 15. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
FSQ			
kodin hoito	-0,39	0,038	0,64
Puristusvoima	-0,57	0,017	0,68

FSQ: Functional Status Questionnaire; Puristusvoima: käden puristusvoimamittaus Jamar-Saehan dynamomittarilla.

Tarkasteluun lisättiin toimintakykyä ja elämänlaatua mitanneiden mittareiden osoittama muutos vuoden seuranta-aikana. FIM-mittarilla mitattu motorinen muutosarvo oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käden avokuntoutuksen kustannuksiin (taulukko 16). Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden FIM (kognitiivinen ja yhteensä), AMPS, WMFT, BBS, FAC, pinch, Puristusvoima, WHOQOL-BREF, RBDI, GDS-15 ja SOC-13 osoittamat muutosarvot toimintakyvyssä ja elämänlaadussa eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin (liitetaulukko 15).

Taulukko 16. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

Muuttuja	Beta	p-arvo	R ²
FIM			0,76
motorinen muutosarvo	-0,83	0,004	
motorinen alkuarvo	-0,20	0,351	

FIM: Functional Independence Measurement.

6 POHDINTA

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun/ryhmittelyn nykytila Suomessa ja kansainvälisesti

FCG:n tekemän kyselyn tarkoitus oli selvittää lääkitinnällisen kuntoutuksen luokittelun nykytila Suomessa. Lisäksi haluttiin selvittää kuntoutuspotilaiden tietojen kirjaamiskäytännöt Suomessa. Kirjallisuushaulla ja sähköpostihaastattelulla tehtiin katsaus kansainväliseen kuntoutuksen luokitteluun. Katsauksella haluttiin selvittää, minkälaisia luokittelumalleja on jo kansainvälisesti käytössä ja onko niistä haettavissa Suomeen sopiva luokittelumalli.

Kyselyn vastauksia tuli tasaisesti erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja yksityiseltä puolelta, mutta kokonaisuudessaan vastausprosentti jäi matalaksi (37 %) huolimatta siitä, että vastausaikaa oli kolmen muistutuksen myötä yhteensä noin kolme kuukautta. Vastauksia ei näin ollen voida yleistää koskemaan koko terveydenhuoltoamme. Kysely antaa kuitenkin kuvan esimiesten ja käytännön näkemyksistä lääkitinnällisen kuntoutuksen luokittelusta ja kirjauksesta osassa Suomen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisen puolen organisaatioissa.

Kysely avasi, että lääkinnällisestä kuntoutuspotilaasta kirjataan osassa Suomen terveydenhuoltoa rutiinisti toimintakykytieto, hoitomuoto ja toimenpiteet. Toimintakyky-, hoitomuoto- ja toimenpidetietoa kirjataan rutiinisti enemmän pth:ssa ja yksityisellä kuin esh:ssa. Useimmiten ei kirjata Z-alkuisia diagnooseja lainkaan. Vain kolme organisaatiota 30:stä ilmoitti kirjaavansa niitä, yhtäläisen vähäisesti esh:n ja yksityisen organisaatioissa, pth:ssa kukaan ei ilmoittanut kirjaavansa niitä. Osa kyselyyn vastaajista (40 %) ei reagoinut lainkaan kysymykseen Z-alkuisten diagnoosien käytöstä, jolloin on epäselvää, käytetäänkö niitä heidän organisaatioissaan vai ei. Vastaamattomuus saattaa kertoa siitä, että useat terveydenhuollon ja kuntoutuspuolen ammattilaisista eivät ole tietoisia Z-alkuisista diagnooseista, eikä ehkä sen vuoksi osattu vastata kysymykseen. Jos kyse on tiedonpuutteesta, tätä voitaisiin parantaa esimerkiksi siten, että Tautien kirjaamisen ohjeistuksessa ja uudessa ICD-11 selaimessa olisi jo otsikkotasolla näkyvissä, että Z-alkuista diagnoosia (Z50.0–50.9) voidaan käyttää kuntoutujalla pää- tai sivudiagnoosina. Toisaalta reagoimattomuuteen saattaa syynä olla se, että organisaatioilla oli käytössään omia sisäisiä järjestelmiä luokituksiin. Osa pth:n organisaatioista ilmoitti käyttävänsä ICPC2-luokitusta sekä KUN- ja RA-alkuisia koodeja. Lisäksi organisaatioilla saattaa olla käytössään muitakin luokitteluja, kuten THL-Toimenpideluokituksen R-luokat, jotka kaikki eivät vain käyneet ilmi kyselyssä. Selkeä kansallinen ohjeistus siis tuntuu puuttuvan ja sitä kaivataan, mitä esimerkiksi näistä edellä mainituista tai muista koodeista/luokitteluista tulisi käyttää.

Kyselyyn vastanneista organisaatioista yksityisellä käytettiin enemmän ICF-luokitusta ja omia koodeja kuin esh:n ja pth:n organisaatioissa. Suomen kirjaaminen poikkeaa kansainvälisestä esimerkiksi siten, että useassa luokittelua kehittäneessä maassa toimintakyvyn kirjaamiseen käytetään FIM-

mittaritietoa ja FIM-pisteystystä käytetään yhtenä lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun perusteena. Syynä eroavuuteen lienee se, että Suomessa FIM-mittarin käyttö ei ole niin yleistä kuin muissa luokittelua kehittäneissä maissa. Ruotsin mallista suomalainen kirjaaminen poikkeaa siten, että Ruotsissa päädiagnoosin lisäksi kirjataan koodit DV093 (Kuntoutussuunnitelman laatiminen) ja CV094 (Kuntoutussuunnitelman mukainen kuntoutus) toimintakyvyn kirjaaminen pohjautuu ICF-koodistoon toisin kuin Suomessa.

Kyselyyn vastanneista kaikki yksityiset organisaatiot olivat tyytyväisiä käytössä oleviin toimintakyvyn arviointimenetelmiinsä, esh:n ja pth:n organisaatioissa noin puolet oli tyytyväisiä. Toisaalta muutamat yksityiset ovat kuitenkin suunnitelleet ottavansa käyttöön jatkossa myös muunlaisia kuin nykyisin käytössä olevia toimintakyvyn arviointimenetelmiä. Vastauksessa saattaa näkyä se, että yksityisten Kelan laituskuntoutusta tarjoavien organisaatioiden täytyy seurata Kelan vaatimuksia tiettyjen arviointimenetelmien käytöstä kilpailutuksenkin vuoksi ja ovat sen vuoksi valmiita ottamaan useita muunlaisia arviointimenetelmiä käyttöönsä. Yksityiset organisaatiot näyttäisivät pystyvän eniten hyödyntämään toimintakykytietoa erillisenä tietona. Tämä johtuu siitä, että heillä näytti olevan käytössään erilaisia sovelluksia kuin esh:ssa ja pth:ssa on. Sama näkyy myös kuntoutuspotilaan tietojen kirjaamisessa tietojärjestelmiin. Kyselyyn vastanneiden yksityisten organisaatioiden tietojärjestelmät poikkeavat esh:n ja pth:n tietojärjestelmistä lähes kokonaan.

Luokittelua oli jo tehty osassa organisaatioista ja kehitysehdotuksia sen edelleen parantamiseksi/onnistumiseksi annettiin. Kehitysehdotuksissa nostettiin esiin käsitteiden ja ohjeistuksen yhtenäistämistä, toimintakykytiedon

tallentaminen ICF-pohjaisesti, kuntoutusohjaajan laatimien potilastekstien hyödyntämisen tehostaminen ja KulasDW-tietovaraston hyödyntäminen.

Lääkinnällisen kuntoutuspotilaan hoitojakso -käsitteen määritelmä vaihteli eri organisaatioissa. Osassa vastauksissa näyttäisi olevan sekoittunut termit lääkinnällisen kuntoutuspotilaan hoitojakso ja kuntoutus/jatkokuntoutus toisiinsa. Myös lääkinnällisen kuntoutuspotilaan hoitojakson alkaminen ja loppuminen vaihtelivat eri organisaatioissa. Sen määritelmä ja samalla käytännöt olivat kirjavat organisaatiokohtaisesti. Muita hoitojakson alkamis- ja loppumisvaiheita oli yksityisillä eniten käytössä verrattuna esh:n ja pth:n organisaatioihin. Nämä aiheuttavat sen, että systemaattinen ja luotettava valtakunnallinen kuntoutuspotilaiden tiedon keruu on tällä hetkellä suorastaan mahdotonta. Suomessa kuntoutuspotilaan hoitojaksokäsite olisi hyvä määritellä yksiselitteiseksi, kuten osa vastanneista organisaatioista myös toi kehitysehdotuksena esiin. Ruotsissa koodit DV093 (Kuntoutussuunnitelman laatiminen) ja CV094 (Kuntoutussuunnitelman mukainen kuntoutus) liitetään potilaan kuntoutusvaiheeseen, mikä tulee heti tai vähän ajan kuluttua hoitojaksosta. Ruotsissa ohjataan, että esimerkiksi lonkkaleikkauksen jälkeinen mobilisaatio ei ole kuntoutusta, vaan se on osa lonkkaleikkaustoimenpidettä ja kuuluu hoitojaksoon. Perusteluna on se, että lonkkaleikkauksen jälkeen kaikki operoidut tarvitsevat mobilisaatiota ja vain osa potilaista tarvitsee muuta kuntoutusta varsinaisessa kuntoutusvaiheessa.

Kirjaamiskäytäntöjen kehittämisehdotuksia pyydetessä vastauksia tuli kolmenlaisia. Osa oli kirjaamista kehittämisen kannalla antaen myös siihen kehittämisehdotuksia, osa kritisoi nykykäytäntöä kertomalla vallitsevan

kirjaamistavan ilman kehittämisehdotuksia ja osa ei nähnyt kirjaamiskäytäntöjen kehittämistä tarpeelliseksi, eikä näin ollen myöskään tuottanut kehittämisehdotuksia. Kirjaamiskäytäntöjen kehittämisen tarvetta viestitettiin kuitenkin selkeästi toisaalla kyselyssä, kun neljännes organisaatioista ilmoitti, ettei koe hyötyvänsä tietojärjestelmästäan raportoinnissa. Ongelmana tuolloin saattaa olla kyseessä olevan tietojärjestelmän epäsopivuudesta lääkinnällisen kuntoutuspotilaan osalta organisaatiolle tai osaltaan myös puutteellinen kirjaaminen. Puutteellisen kirjaamisen lisäksi saatetaan kirjata ehkä epärelevantteja asioita, joita ei kuitenkaan pystytä raportoinnissa hyödyntämään. Tämän hankkeen tuloksia esiteltäessä DRG-johtoryhmäkokouksessa keväällä 2016, tuli suullisena palautteena esh:n edustajilta se, että kyselyyn vastanneiden esh:n organisaatioiden mainitsemien raporttisisältöjen lisäksi esh:ssa raportoidaan laajemminkin potilas- ja organisaatiokohtaisesti. Tämä tieto jäi tällä kertaa uupumaan tämän hankkeen tuloksista, sillä kyselyn vastausprosentti esh:n osalta oli vain 30 % ja tulokset perustuvat näiden vastanneiden 9 esh:n organisaation vastauksiin.

Kirjaamisen kehittämisehdotuksista osa oli osittain yhtäläisiä ehdotuksia muiden organisaatioiden kanssa ja osa joitakin yksittäisiä. Kehittämisehdotuksia oli mm. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) hyödyntäminen, potilaskäyntikirjauksessa huomioitava onko kyseessä sairaanhoito vai kuntoutus, kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen esim. ohjaavien järjestelmien kautta, toimintakykyluokituksen ja Z-diagnoosien käyttöönotto, Kanta-yhteensopivuuden huomioiminen, kuntoutusprosessin vaiheiden raportoimisen kehittäminen, keskeisten arviointimenetelmien muuttaminen sähköiseen muotoon, hoitavan lääkärin pakottaminen ottamaan kantaa tietojärjestelmässä potilaan

kuntoutustarpeeseen, asiakkaiden mukaanotto kirjaamiseen, kuntoutussuunnitelmista seuranta, Kuntaliitto tekemään kehittämistyötä ja selkiyttämällä kuntoutuksen suhteutuminen hoitotakuuseen. Nämä kirjaamisedotukset todennäköisesti kehittäisivät kuntoutuspotilaiden ym. potilaiden kirjaamista niin, että kuntoutuja- ja organisaatiokohtainen sekä valtakunnallinen raportointi monipuolistuisi. Osa kirjaamisedotuksista, eli selkeä ohjeistus mitä kirjataan ja digitalisaation hyödyntäminen, parantaisi samalla myös lääkinnällisen kuntoutuspotilaan luokittelun mahdollisuutta.

Vastausten perusteella voidaan sanoa, että lääkinnällisen kuntoutuspotilaan luokittelu ja kirjaaminen oli hyvin vaihtelevaa kyselyyn vastanneissa organisaatioissa, riippumatta siitä onko kyseessä esh, pth tai yksityinen organisaatio. Nimenomaan luokittelu näyttäisi kaiken kaikkiaan olevan vieras asia monille vastanneille organisaatioille ja saattaa olla sitä myös muille kyselyn saaneille organisaatioille, jotka eivät ehkä siksi kyselyyn vastanneet lainkaan. Vaikka kysely pilotoitiin ja kysymyksiä tarkennettiin, silti kysymyksistä osa saattoi olla muotoiltu niin, että sen oli voinut ymmärtää monella tapaa vaikeuttaen omalta osaltaan vastaamista.

Osassa vastauksia voidaan havaita, että kysely oli siirretty organisaatiossa vastattavaksi muille kuin alkuperäiselle kyselyn saajalle ilman saatekirjettä. Tämä käy ilmi esimerkiksi ihmettelystä, että kenelle kysely on tarkoitettu, vaikka kohderyhmä kyselyn tavoitteen kera oli saatekirjeessä ilmoitettu. Saatekirjeessä oli muutamalla sanalla avattu myös se, mitä tarkoittaa potilaiden luokittelu. Silti osa vastaajista näytti sekoittavan luokittelun päivittäiseen peruseräraportointiin. Osassa vastauksissa puolestaan ei ollut nähty

lääkinnällistä kuntoutusta ja sen luokitusta laajempänä kokonaisuutena, vaan kysymyksiä oli tarkasteltu yksittäisen kuntoutujan ja usein pelkästään vain fysioterapian näkökulmasta.

Lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun ja kirjaamisen kehittämistä Suomessa kannattaa jatkaa. Pidemmän aikavälin tavoite olisi luoda lääkinnällisen kuntoutuksen kuvaamiseen toimiva potilasluokittelujärjestelmä, joka antaa lisätietoa kuntoutuksen kokonaisuudesta ja kustannuksista ja jota voitaisiin hyödyntää myös Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Kansainvälisesti lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelun kehitystyö näyttää yhä jatkuvan eli puutteita luokittelussa nähdään yhä.

Kävely- ja käsikuntoutuksen mittaritiedon yhteys kuntoutuksen kustannuksiin

Kelan geriatrisen kuntoutuksen osa-hankkeen tutkimuksen tarkoitus oli selvittää kävelyn ja käden kuntoutuksen kohdentaminen ja ajoitus iäkkäillä (65–85-vuotiaat) AVH:n sairastaneilla henkilöillä. Kelan tavoite oli sairaanhoitopiirien ja kuntien verkostoyhteistyön tiivistämisen lisäksi selvittää hankkeeseen valittujen mittareiden käyttökelpoisuus arviointiin ja raportointiin.

FCG:n päätarkoitus tässä tutkimuksessa oli tarkastella hankkeeseen valittujen mittareiden yhteyttä laitos- ja avomuotoisen kävely ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Lisäksi tarkasteltiin AVH-kuntoutujien toimintakyvyn ja

elämänlaadussa tapahtuneiden muutoksien yhteyttä laitos- ja avokuntoutuksesta aiheutuneiden kustannusten muutoksiin kävely- ja käsikuntoutuksessa.

Kuntoutujien taustatekijöiden ja mittaritiedon kokonaistarkastelussa voitiin havaita, että taustatekijöistä kuntoutusmuoto (laitos/avo), halvauspuoli (oikea/vasen) ja kulunut aika AVH:n sairastamisesta olivat merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin.

Mittaritiedon tarkastelussa havaittiin, että usealla hankkeessa käytetyllä mittaritiedolla oli yhteyttä kuntoutuksen kustannuksiin. Jos kuntoutujan alkutilanne oli alhainen, hän tarvitsi enemmän ulkopuolista apua, joka nosti kustannuksia. Kuntoutujien alkutilanne vaikutti kuntoutuksen kustannuksiin enemmän kuin toimintakyvyssä ja elämänlaadussa tapahtuneet muutokset. Tämä tulos on yhteneväinen GeroCenterin tutkimuksen kanssa (Karttunen ym. 2014), jossa kävi ilmi, että kuntoutuksen aikana tapahtui pääasiassa vain vähäisiä muutoksia. Muutoksien vähäisyyden taustalla saattaa olla kuntoutujien useat lisäsairaudet, niiden progressiivinen eteneminen ja normaali ikääntymisen myötä tapahtuva toimintakyvyn lasku (Helin 2000). Kuntoutuksella pystyttiin kuitenkin vaikuttamaan positiivisesti toimintakyvyn laskuun, siten että keskimäärin kuntoutujien tulokset eivät laskeneet ja vähäisiä positiivisia muutoksiakin tapahtui (Karttunen ym. 2014). Tämä näkyy myös suhteessa kustannuksiin. Kustannukset olivat pienempiä niillä kuntoutujilla, joilla tapahtui voimakkaampaa muutosta parempaan. Tämä johtunee siitä, että tällaiset kuntoutujat ovat tarvinneet kuntoutusjakson loppupuolella vähemmän ulkopuolista apua kuin ne kuntoutujat, joilla muutosta parempaan tapahtui vähemmän.

Laitosmuotoisessa kävely- ja käsikuntoutuksessa kuntoutujien taustatekijät ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli yhdessä olivat vain vähäisessä yhteydessä kustannuksiin. Toimintakyvyllä ja elämänlaadulla alkutilanteessa (FIM, FSQ, AMPS ja WHOQOL-BREF) oli yhteyttä kävely- ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Kävelykuntoutuksessa lisäksi alkutilanne kävelynopeudessa 10 metrin matkalla ja kävelykestävyydessä 6 minuutin aikana mitattuna oli yhteyttä ja käsikuntoutuksessa BBS-, FAC- ja pinch-mittareilla alkutilanteessa oli yhteyttä kustannuksiin. Eli kun tutkittiin erikseen laitos- ja avokuntoutusta, merkitsevempiä tekijöitä kustannusten muodostumiseen olivat alkutilanteen toimintakyky ja elämänlaatu. Mitä alhaisempi toimintakyky ja elämänlaatu olivat, sen korkeammat olivat kustannukset. Toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset motorisissa taitopisteissä (AMPS) ja kymmenen metrin kävelyssä (10m) olivat yhteydessä kävelykuntoutuksen kustannuksiin, käsikuntoutuksen muutostulokset hankkeessa käytetyillä mittareilla mitattuna eivät olleet yhteydessä kuntoutuksen kustannuksiin.

Avomuotoisessa kävelykuntoutuksessa kuntoutujien taustatekijät ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli yhdessä olivat vain vähäisessä yhteydessä kustannuksiin, käsikuntoutuksessa ne selittivät yhdessä noin puolet kustannuksista. Toimintakykymittarilla FSQ alkutilanteessa oli yhteyttä kävely- ja käsikuntoutuksen kustannuksiin. Kävelykuntoutuksessa lisäksi elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF ja käsikuntoutuksessa puristusvoimamittarilla oli merkitsevää yhteyttä kustannuksiin. Käsikuntoutuksessa FIM-mittarilla mitattu motorinen muutosarvo oli merkitsevästi yhteydessä kustannuksiin, kävelykuntoutuksessa ei minkään hankkeessa käytetyn mittarin muutosarvo ollut yhteydessä kustannuksiin. Eli avomuotoisessa kävelykuntoutuksessa taustatekijöistä merkitsevempiä tekijöitä kustannusten muodostumiseen olivat alkutilanteen toimintakyky ja

elämänlaatu. Mitä alhaisempi toimintakyky ja elämänlaatu olivat, sen korkeammat olivat kustannukset. Avomuotoisessa käsikuntoutuksessa kustannusten muodostumiseen vaikuttivat tasapuolisemmin kuin laituskuntoutuksessa taustatekijät ja alkutilanteen toimintakyky ja elämänlaatu sekä kuntoutuksen aikana tapahtunut muutos motorisessa toimintakyvyssä (FIM).

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomessa ja kansainvälisesti ei ole pystytty kehittämään lääkinällisen kuntoutuksen luokittelumallia, joka olisi yhtenäinen organisaatioille, jotka luokittelua tarvitsisivat. Suomessa kirjaamiskäytännöt näyttäisivät olevan niin kirjavat, ettei yhtenäinen malli ole mahdollista saavuttaa ennen kirjaamiskäytäntöjen muuttamista ja yhtenäistämistä. Kansainväliset luokittelumallit useissa maissa olivat FIM-pohjaisia. Ruotsissa oli aiemmin käytössä malli, joka perustui yhdistelmälle FIM- ja ICF-koodeista. Sittemmin siellä on ollut käytössä ICF-pohjainen malli, jonka NordDRG-kuntoutusasiantuntijat Suomessa kokevat lupaavaksi malliksi myös Suomeen.

AVH-kuntoutuskustannusten kannalta edullista näyttäisi olevan se, että kuntoutus aloitettaisiin mahdollisimman pian akuuttivaiheen aikana (jos kuntoutujan kliininen tilanne sallii) tai heti sen jälkeen. Se voisi estää kuntoutujan toimintakyvyn ja elämänlaadun alentumista ja sen kautta vähentää kuntoutuksen kustannuksia.

LÄHTEET

AN-SNAP Version 3, 2012. Saatavissa:

<<http://www.ahsri.uow.edu.au/chsd/ansnap/index.html>>. Viitattu 7.9.2015.

AN-SNAP Version 4, 2015. Saatavissa: <<http://ahsri.uow.edu.au/chsd/ansnapversion4/index.html>>. Viitattu 7.9.2015.

Antonovsky A. Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiat 1961; 4: 561–571.

Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. Phys Can 1989; 41: 304–311.

Eagar K, Gordon R, Hodkinson A, Green J, Eagar L, ym. The Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient Classification (AN-SNAP): report of the National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Classification Study. Centre for Health Service Development, University of Wollongong; 1997.

Fisher AG. The assessment of IADL motor skills: an application of many-faceted Rasch analysis. Am J Occup Ther 1993; 77: 319–329.

Green J, Gordon R, Poulos C, Broadbent A. Report on the Development of Version 2 of the AN-SNAP Classification. Centre for Health Service Development, University of Wollongong; 2006.

Guyatt G, Sullivan M, Thompson P, ym. The 6-minute walk. A new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. Can Med Assoc J 1985; 132: 919–923.

Hamilton BB, Granger CV, Sherwin FF, Zielezny M, Tashman JS. A uniform national data system for medical rehabilitation. In: Fuhrer M, editor. Rehabilitation outcomes: analysis and measurement. Baltimore: Brookes; 1987: 137–147.

Health & Social Care, Information Centre, 2015.

Saatavissa: <<http://systems.hscic.gov.uk/>>. Viitattu 7.9.2015.

Helin S. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä: University of Jyväskylä, Studies in Sport, Physical Education and Health 71, 2000.

Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR, Nathan J, Piehl-Baker L. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Phys Ther 1984; 64: 35–40.

Jaakonsaari M, Karttunen A, Klemola L, Kokko P. Potilasluokittelujärjestelmä NordDRG-luokittelu ja kustannusseuranta ikääntyneillä aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla kävelyn ja käden tehostetun käytön kuntoutuksen aikana. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 95, 2015.

Jette AM, Davies AR, Cleary PD, ym. The Functional Status Questionnaire: reliability and validity when used in primary care. J Intern Med 1986; 1: 143–149.

Karttunen A, Peurala S, Häkkinen A, ym. Elämänlaadun ja toimintakyvyn muutokset ikääntyneillä aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla kävelyn ja käden tehostetun käytön kuntoutuksen aikana. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 87, 2014.

Kuntaliitto. Opas kuntoutuksen yhtenäiseen seuranta- ja arviointijärjestelmään. Sisältää FIM-toimintakykymittarin. Versio 5. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 1998.

Kurlowicz L, Greenberg SA. The Geriatric Depression Scale (GDS). AJN 2007; 107 (10): 67–68.

Madden R, Marshall R, Race S. ICF and casemix models for healthcare funding: use of the WHO family of classifications to improve casemix. *Disab Rehabil* 2013; 35(13): 1074–1077.

Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:56–61.

Mason A, Ward P, Street A. 2011. England: The Healthcare Resource Group system. Teoksessa R Busse, A Geissler, W Quentin & M Wiley (toim.) *Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. England: Open University Press, 197–220.

Mathiowetz V, Kashman N, Volland G, ym. Grip and pinch strength. Normative data for adults. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66 (2): 69–74.

Nordic casemix centre, 2014. Saatavissa: <<http://www.nordcase.org>>. Viitattu 7.9.2015.

Office of Population, Censuses and surveys classification of surgical operations and procedures, 4th revision. London: Crown Copyright: Connecting for Health, 2006.

Raitasalo, R. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86, 2007.

Sammons Preston Rolyan. Jamar adjustable hand dynamometer owner's manual. Grand Rapids, MI: Sammons Preston Rolyan, 2003.

Sirtori V, Corbetta D, Moja L, Gatti R. Constraint-induced movement therapy for upper extremities in stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 4: CD004433.

Stineman MG, Escarce JJ, Goin JE, ym. A case-mix classification system for medical rehabilitation. *Med Care* 1994; 32: 366–379.

Turner-Stokes L, Sutch S, Dredge R, Eagar K. International casemix and funding models: lessons for rehabilitation. *Clin Rehab* 2011; 26(3): 195–208.

Vladeck BC, Kramer PS. Case mix measures: DRGs and alternatives. *Annu Rev Public Health* 1988; 9: 333–359.

Webster F. Development of a casemix classification system for inpatient rehabilitation services: stage 1 of the Victorian Rehabilitation Project. *Aust Health Rev* 1996; 19: 81–92.

World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOLBref quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28 (3): 551–558.

Wolf SL, Catlin PA, Ellis M, ym. Assessing Wolf Motor Function Test as outcome measure for research in patients after stroke. *Stroke* 2001; 32: 1635–1639.

Zorowitz RD. Inpatient rehabilitation facilities under the prospective payment system: lessons learned. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45: 259–263.

LIITTEET

Liitetaulukot 1-15

Liitetaulukko 1. Kävely- ja käsikuntoutuksessa käytettyjen mittareiden korrelaatiot.

Liitetaulukko 2. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja kuntoutusmuoto.

Liitetaulukko 3. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 138). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli, kuntoutusmuoto ja alkutilanne.

Liitetaulukko 4. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Liitetaulukko 5. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 103). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

Liitetaulukko 6. Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian, halvauspuolen ja kuntoutusmuodon yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 35).

Liitetaulukko 7. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 35). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.

Liitetaulukko 8. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys kävelykuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 35). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

Liitetaulukko 9. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 107). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja kuntoutusmuoto.

- Liitetaulukko 10. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-kuntoutujilla (n = 107). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.
- Liitetaulukko 11. Iän, sukupuolen, AVH:n sairastamisajan, etiologian ja halvauspuolen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 85).
- Liitetaulukko 12. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.
- Liitetaulukko 13. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-laitoskuntoutujilla (n = 85). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.
- Liitetaulukko 14. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden alkutilanteen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia ja halvauspuoli.
- Liitetaulukko 15. Toimintakyky- ja elämänlaatumittareiden muutoksen yhteys käsikuntoutuksen kustannuksiin (€) AVH-avokuntoutujilla (n = 22). Sekoittavina tekijöinä ikä, sukupuoli, AVH:n sairastamisaika, etiologia, halvauspuoli ja alkutilanne.

Luettelo liitteistä

Liite 1. AVH-kuntoutujien mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

Liite 2. Organisaatioille lähetetty lääkinnällisen kuntoutuksen luokittelukysely.

Liite 3. Ruotsin kuntoutusluokitusmalli.