

# Sairauslähtöisestä työ- ja toimintakyvyn arvioinnista monialaiseen arviointimalliin

**TAUSTA.** Lääketieteen koulutuksessa on opetettu, että lääkäri tekee työkyvyn arvion vastaanotollaan havaintojensa ja tutkimustulostensa pohjalta. Diagnoosilähtöinen toimintakykyajattelu ei kuitenkaan riitä, kun sairaudet pitkittyvät ja tulevat monimuotoisiksi. Tarvitaan täydennystä työkyvyn ja sen arvioinnin käsitteisiin ja uusia käytäntöjä monimuotoisten toimintakykyongelmien selvittelyyn.

**AINEISTO JA MENETELMÄT.** Tässä tapaustutkimuksessa pyritään laadullisen tutkimuksen tapaan ymmärtämään syvemmin työkyvyn arviointia. Esimerkkiasiakkaan avulla kuvataan tavanomaisen sairauslähtöisen työkyvyn arvioinnin sisältöjä ja eroja verrattuna monialaisella näkökulmalla toteutettuun arviointiin.

**TULOKSET.** Sairauslähtöinen näkökulma hukkaa oleellisia toimintakyvyn kohentamisen kontekstuaalisia ja yksilöllisiä mahdollisuuksia. Sairauslähtöisen työkyvyn arvioinnin intressi on dokumentointi etuuksia varten, kun monialaisen on lisäksi työ- ja toimintakyvyn tukeminen.

**PÄÄTELMÄT.** Työkyvyn arvioinnin lähtökohdaksi tulisi ottaa diagnoosin sijasta toimintakyky.

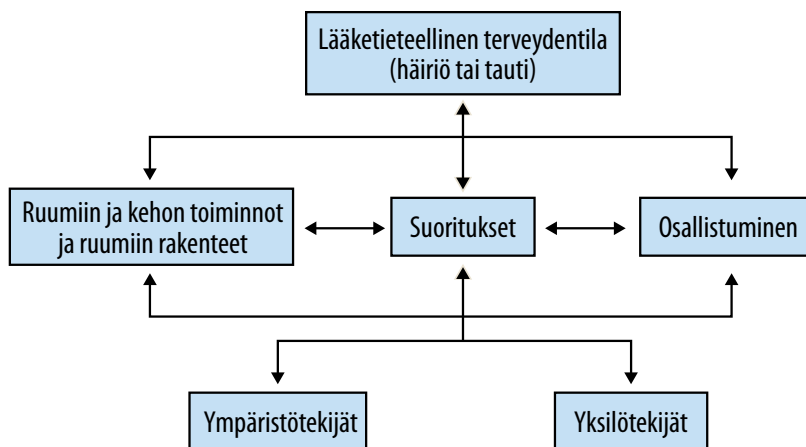
**Työkyvyn arvioinnissa** ei riitä enää sairauslähtöinen näkökulma, vaan on kyse ja laajemmasta toimintakyvyn selvittelystä. Huolimatta siitä, että työkyvyn käsitettä on pyritty tämentämään (1, 2), käsite-epäselvyydet näkyvät työkyvyn arvioinnin ja terveystarkastusten käytännöissä (3, 4). Väestötutkimuksissa työkyvyllä tarkoitetaan yksilön työkyvyn kokemusta (5), vakuutuslääketieteessä objektiivista työkyvyttömyyttä suhteessa työn vaatimuksiin ja työterveyshuollossa laajaa systeemistä kokonaisuutta, jossa yksilön ominaisuudet ovat vain osa työkykyä (6, 7, 8).

Lääkärin työssä toimintakykyajattelun tulisi kuulua jokaiseen vastaanottotilanteeseen (9). Vallitseva kuntoutusajattelu, jota edustavat Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksien myöntämislinjaukset, lähtee sairauksien, viikojen ja vammojen määrittelystä ja niiden aiheuttamasta haitoista ja rajoitteista. Toimintakyvyn arvioinnissa sairauskeskeinen ajattelu sopii kuitenkin vain komplisoimattomiin, akuutteihin somaattisiin vammoihin tai sairauksiin (10). Diagnoosilähtöinen toiminta- ja työkykyajattelu ei riitä, kun sairaudet pitkittyvät ja monimuotoistuvat.

Kansainvälisessä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksessa ICF:ssä (International Classification of Functioning) toimintakyky käsitetään lääketieteellisten terveydentilan ongelmien ja kontekstuaalisten tekijöiden dynaamiseksi vuorovaikutukseksi (KUVA 1) (2). Tämän luokituksen taustalla on tunnistettavissa WHO:n biopsykososiaalinen terveystilänsäily (11). Jo vuonna 1977 Engel esitti lääketieteellisen, biopsykososiaalisen mallin, jonka mukaan psykososiaalisten tekijöiden huomiotta jättäminen heikentää potilaan hoitoa (12).

Tätä biopsykososiaalista mallia on sovellettu kliiniseen työhön hyvin rajoitetusti. Kun pääasiallinen huomio on yksittäisissä sairauksissa, seurauksena voi olla alihoidtaminen, ylihoitaminen tai väärin hoitaminen (13). Esimerkiksi pitkäaikaistyöttömällä on runsaasti hoitamattomia sairauksia, joita ei terveydenhuollossa tai muuallakaan palvelujärjestelmässä tunnisteta, vaikka toimintakyky olisi huomattavasti heikentynyt (14).

Miten lääkärin tulisi tutkia työkykyä? Pitäisikö mitata vai haastatella tai jopa havainnoida työntekijää työn äärellä? Näkökulmien takana on monia perusteluita erilaisine tieteellisine orientaatioineen. Käsitteiden ja intressien ristivedossa kliinistä työtä tekevä lääkäri voi



**KUVA.** ICF-luokituksen (International Classification of Functioning) osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (2).

joutua hämilleen, kun vastaanotolle asteele ennestään tuntematon henkilö ja pyytää todistusta työkyvystään. Vastaanottotilanteessa ei työkyvyn kokonaisuudesta voi useinkaan muodostaa käsitystä, kun käytettävänä ovat pelkästään lääketieteelliset tiedot. Erityisen haastavaa arviointi on, jos asiakas ei ole koskaan ollut työssä tai työstä on kulunut pitkä aika.

Tapaustutkimuksen keinoin kuvaamme työkyvyn arviointia (15). Vertailemme tavanomaisen sairauslähtöisen työkyvyn arvioinnin sisältöjä ja eroja monialaista näkökulmaa soveltaen toteutettuun työ- ja toimintakyvyn arviointiin. Minkälaiset toimintakyvyn vaikuttavat tekijät voivat jäädä havaitsematta, jos arvioinnissa lähtökohtana korostuu sairaus ja asiakkaan tilanteen ymmärtäminen jää huomiotta?

## Menetelmät

Potilasesimerkkinä on 49-vuotias kirvesmies, joka oli loukannut vasemman olkapäänsä neljä vuotta aiemmin työtapaturmassa. Pitkän sairausloman jälkeen aloitetuista kuntoutustoimista huolimatta toimintakyky ei ollut kehittynyt toivotulla tavalla, ja paluu työelämään oli jäänyt. Potilas tuli kuntoutuslääkärin vastaanotolle tapaturmavakuutuksen maksusitoumuksella, jotta saataisiin lääkärin arvio ehdotettu-

jen työkokeilujen sopivuudesta potilaalle.

Potilaan esitiedot ja aiemmin todetut kliiniset havainnot kerättiin kuntoutuslääkärin vastaanotolla useista aikaisemmista lääkärinlausunnoista ja tapaturmavakuutuksen kuntoutusvirkaileijan lähetetiedoista. Kirjallisuudessa on useita ohjeistuksia työkyvyn arvioita koskevista lausunnoista (16). Näistä tiedoista koostuvaa näkökulmaa kutsuttiin sairauslähtöiseksi työ- ja toimintakyvyn arvioksi.

Monialaisen työ- ja toimintakyvyn arvioinnin tiedot kerättiin strukturoidulla elämäntilannetta, työ- ja koulutusuraa koskevalla haastattelulla. Toimintamalli oli rakentunut vähitellen kuntoutuslääkärin työssä pitkäaikaistyöttömien jumiutuneiden työllistymispolkujen ja heidän kuntoutustarpeidensa selvityksessä (14).

Sairauslähtöisessä ja monialaisessa arvioissa kerätyt tiedot jäseneltiin ja otsikoitiin teemoittain kuvaamaan arviointiprosessin osaluaita ja koottiin vertailtavaksi **INTERNETOHEIS-AINEISTON TAULUKKON** ([www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi)). Monialaiseen käytäntöön valitut selvittävät seikat, selvitysmenetelmät ja valittujen menetelmien taustat kuvattiin **TAULUKKON 1**. Kuntoutuslääkärin tekemää taulukkopohjaa kehitettiin prosessikirjoittamisen ja keskustelujen keinoin. Monialaisen arvioinnin kannalta olennaiset käsitteet ovat **TAULUKOSSA 2**.



**TAULUKKO 1.** Monialaisen työ- ja toimintakyvyn arvioinnin taustat ja sisältö.

Kohde	Keinot / tietolähde	Perusta
Toiminta- ja työkyky elämän aikana Kouluaikainen selviytyminen Opiskeluaikainen selviytyminen Armeijan aikainen selviytyminen Työvoimaura	Teemahaastattelu Koulumenestys / todistukset Tarvittaessa työvoimahallinnon rekisteritiedot	Holistinen ihmiskäsitys Voimavara-ajattelu ICF: suoritukset, osallistuminen, yksilötekijät Työvoimaura (22)
Toimintakyky arkielämässä Sosiaalinen verkosto, perhe, talous, asunto-olot	Teemahaastattelu Verkostokartta	Holistinen ihmiskäsitys Biopsykososiaalinen terveys ICF: suoritukset, osallistuminen, ympäristötekijät
Toiminta- ja työkykyisyys Työllistymistoimissa: asiakkuudessa, työharjoittelussa Työelämävalmiudet toiminta työssä	Teemahaastattelu Palautetiedot aiemmista työpai-koista ja työharjoitteluista Selviytyminen työkokeilussa tms.	Systeeminen työkyvyn käsite ICF: yksilötekijät, ympäristötekijät, osallistuminen, suoritukset
Asiakkaan omat huolet omasta tilas- taan Palvelujärjestelmän huolet Ovatko yhtenevät? Jos eivät ole, mistä se voi kertoa? Asiakkaan omat toiveet ja tavoitteet Jos niitä ei ole, mistä se voi kertoa? Halu töihin/kouluun? Käsitys omasta pystyvyydestä Käsitys mahdollisuuksista päästä tavoitteisiinsa?	Teemahaastattelu Esimiehen / työvalmentajan / kun- toutusohjaajan ym. havainnot Teemahaastattelu, havainnot asiakkuuden ja ohjausprosessin aikana Toimijuuden modaliteetit: Motivaatiopisteet 0–10 Pystyvyysepisteet 0–10 Mahdollisuuspisteet 0–10	ICF: Yksilötekijät Toimijuuden modaliteetit Dialogisuus Kuntoutuksen prosessiluon- teisuus Ohjaus kuntoutuksessa Konstruktivinen oppimis- käsitys
Havainnot ja tutkimukset Kyky vuorovaikutukseen Fyysinen toimintakyky Kognitiivinen toimintakyky Onko merkittäviä defensesjä näkyvillä? Oireet ja sairaudet sekä niiden aiheuttamat haitat (subjektiiviset ja objektiiviset)	Havainnot vastaanotolla ja haas- tatellessa Kliininen tutkimus esitietojen oh- jaamalla tavalla Tarvittaessa tarkentavat lisätut- kimukset fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tarkentamiseksi Tulkinta: Heikentääkö toimintaky- kyä jokin sairaus tai vamma?	ICF: Lääketieteellinen ter- veydentila (häiriö tai tauti), ruumiin / kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet Psykodynaaminen ihminen: tietoisuus/ tiedostamatto- muus Sairausnäkökulma toimin- takykyisyyteen
Kokonaistilanteen määrittely ja tulkinta Dokumentointi eri etuuksia varten Kuntoutuksen, palveluiden ja hoi- don tarpeiden määrittely ja suunni- telmat sekä aikataulutus	Tulkinta ja päätelmät työ- ja toi- mintakyvystä sekä kuntoutus- tarpeesta yhteistyössä asiakkaan kanssa Kirjallinen hoito- ja kuntoutus- suunnitelma sekä lausunnot Suunnitelmat yhteistyössä niitä toteuttavien tahojen kanssa	Hermeneuttinen kehä Konstruktivinen oppimi- nen Kuntoutuksen prosessiluon- teisuus Arvioinnin eri intressit

## Tulokset



### **Toimintakyvyn haasteet ICF-luokituksessa.**

INTERNETOHEISAINESTON TAULUKKOSSA kuva-  
taan sairauslähtöisen ja monialaisen toimin-  
takyvyn arvioinnin eroja. Sairauslähtöinen  
selvittely sijoittui ICF-luokittelussa osioihin

1) Lääketieteellinen terveydentila, 2) Ruu-  
miin ja kehon toiminnot ja 3) Ruumiin raken-  
teet. Monialaisessa selvittelyssä ICF-luokituk-  
sessa mainittujen rajoitteiden ja voimavarojen  
taustat sijoittuivat osioihin Yksilötekijät ja  
Ympäristötekijät. Haastattelussa keskityttiin

asiakkaan omaan ajatteluun ja kokemuksiin, merkityksiin ja motivaatiotekijöihin. Esitietojen, asiakkaan näkemysten ja omien havaintojensa pohjalta lääkäri sai käsityksen siitä, miten nykytilanteeseen oli tultu, jotta hän pystyi esittämään räätälöityjä hoidollisia ja kuntoutuksellisia suunnitelmia toimintakyvyn tukemiseksi.

**Alikuntoutus ja väärinkuntoutus.** Potilaan sairauslähtöinen, olkapäävamman keskittyvä kuntoutus johti alikuntoutukseen ja väärinkuntoutukseen. Useita toimintakykyä jarruttavia tekijöitä jäi tunnistamatta ja huomioimatta kuntoutussuunnitelmassa. Niitä olivat muun muassa kognitiivisen toimintakyvyn heikkoudet, syrjäinen asuinpaikka ja elämäkokemuksiin liittyvä epävarmuus. Monialaisella työ- ja toimintakyvyn selvittelyllä saatiin esille myös nämä toimintakykyä rajoittavat tekijät ja lisäksi saatiin merkittäviä tietoja toimintakyvyn vahvuuksista ja voimavaroista. Potilas oli kohentanut huonoa taloudellista tilannettaan ja luopunut ongelmallisesta vuosia jatkuneesta alkoholikäytöstään. Potilas ei ollut valmis suuriin riskinottoihin takaisin työelämään pyrkimisessään, vaikka työhön palaaminen olikin hänen toiveensa. Hänen vahva ammatillinen identiteettinsä kirvesmiehenä oli merkittävä voimavara. Hän oli saavuttanut vakaan työuran 1990-luvun laman jälkeen. Potilaalla oli halua palata kirvesmiehen työhön, mutta hän oli epävarma omasta pystyvyydestään ja mahdollisuuksistaan.

Ympäristöön liittyvänä resurssina oli potilaan sukulaisen rakennusalan yritys, johon hän uskoi pystyvänsä työllistymään, jos vain kirvesmiehen työhön pystyisi. Suuren työttömyyden alueella tämä oli merkittävä kontekstuaalinen resurssi. Ainakin osittaiselta väärinkuntoutukselta vaikutti vuosia jatkunut fysioterapia, joka asiakkaan toiveen mukaisesti oli ollut hierontaa.

Myös järjestelmän pirstaleisuus oli tuottanut ongelmia. Tapaturmavakuutuksen tukema kuntoutus kustansi vain vammasta johtuvan olkapään kuntoutuksen mutta epäsi olkapään kannalta tärkeän ylävartalon ja rangan yläosan toiminnallisen kuntoutuksen.

**Arvioinnin intressit muovaavat arviointia.**

498 Sairauslähtöisen työkyvyn arvioinnin intres-

sejä tarkasteltiin aiemmista asiakirjoista. Lääkärinlausunnoissa oli kuvattu vamma, vamman syysuhteen todennäköisyys, jatkossa olevat hoitolinjaukset ja ammatin vaihdon tarve. Tapaturmavakuutuksen virkailijan lähetteessä oli pyydetty kuntoutuslääkärinä määrittelemään, olivatko esillä olleet työkokeilusuunnitelmat terveydentilan kannalta sopivia ja keskustelemaan potilaan kanssa työhön paluusta. Taustalla vaikuttava työ- ja toimintakyvyn arvioinnin intressi näytti olevan tilan määrittely vakuutusetuuden ratkaisua varten. Vakuutusvirkailijan jälkimmäisessä toiveessa intressinä oli myös potilaan tukeminen kuntoutuksen etenemisessä. Muutoin kuntoutumisen tukemisen intressi ei näkynyt dokumenteista. Merkintöjä potilaan elämäntilanteesta ammattia lukuun ottamatta ei ollut, ei myöskään mainintoja hänen omista toiveistaan. Viitteitä huolista, toiveista tai tavoitteista ei asiakirjoihin ollut dokumentoitu.

Monialaisessa työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa intressinä oli ensisijaisesti työ- ja toimintakyvyn laaja selvittely mahdollisimman osuvan kuntoutussuunnitelman laatimiseksi ja toissijaisesti suunnitelmaa tukeva dokumentointi vakuutusetuuksia varten. Haastattelu toteutettiin potilaslähtöisenä dialogina, jonka mahdollistamiseksi tutustuminen potilaan kokonaistilanteeseen ja hänen toiveisiinsa ja motivaatiotekijöihinsä oli välttämätöntä. Samalla sekä diagnostiikka että suunnitelmat tarkentuivat. Heikko verbaalinen kyvykkyys tuli esille haastattelussa konkreettisenä, niukkana ilmaisuna, joka herätti lääkärin tarpeen syventää haastattelua mahdollisen oppimisvaikeuden suuntaan. Potilas ei näitä vaikeuksia ollut tuonut aktiivisesti esille, mutta hän arveli ehkä kärsivänsä jonkinlaisesta lukihäiriöstä, kun asiasta kysyttiin. Esimerkkipotilaan toimintakykyä heikensivät tapaturman lisäksi kielelliset vaikeudet, joiden vuoksi hän ei ollut kiinnostunut koulutuksesta.

## Pohdinta

**Mitä tieteitä ja tietoja työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa tarvitaan?** Lääkäreitä koulutetaan arvioimaan potilaan työ- ja toimintakyky

**TAULUKKO 2.** Monialaiseen työ- ja toimintakyvyn arviointiin liittyviä käsitteitä.

Käsite	Määrittely
Tieteen osatehtävät	Tieto-opillinen analyysi Selvittää itse tutkimusprosessia ja sen tulosta Ontologinen analyysi Selvittää sitä, mitä tutkimuskohde perusluonteeltaan on
Positivismi	Luonnontieteessä perinteinen metodologia Perustuu havaintoihin (esim. mittaukset). Positivismin mukaan abstrakteilla käsitteillä, joita ei voi havaita, ei ole paikkaa tieteessä
Ihmistieteet	Käyttäytymistieteet ja yhteiskuntatieteet Tutkimusmenetelmät poikkeavat luonnontieteen metodeista, pyrkivät ymmärtämään tutkimuskohdetta Kritiikki positivismiin: ei ole olemassa objektiivista havaintoa
Toimijuus	Täydentää toimintakykykäsitettä koetulla toimintakyvyllä toimintatilanteissa ja toiminnassa
Toimijuuden modalityetit eli ulottuvuudet	Toimijuus syntyy koettujen ulottuvuuksien (kykeneminen, täytyminen, voiminen, tunteminen, haluaminen ja osaaminen) kokonaisdynamiikkana kulloisessakin kontekstissa
Työvoimaura	Salpautunut työvoimaura
Kuvaa henkilön suoriutumista opiskelussa ja työmarkkinoilla	Henkilö ei ole päässyt vakiintuneelle työuralle Kertoo heikoista työmarkkinavalmiuksista Voi johtua oppimisvaikeuksista, kehityksellisistä vammoista, psykiatrisista oireista tai päihteiden käytöstä Katkennut työvoimaura Työura on yhtäkkisesti katkennut työmarkkinoiden toiminnasta tai henkilökohtaisista syistä johtuen Voi johtua vakavasta sairastumisesta, mm. masennus sydäntapahtuman jälkeen tai psykiatrinen sairastuminen
	Epävakaa työvoimaura Ei ammattikoulutusta tai työllistynyt muuhun kuin ammattiaan vastaavaan työhön Lyhyehköjä työsuhteita, joista osa voi olla tukitoimin järjestyneitä Voi johtua päihteiden käytöstä, heikkolahjaisuudesta, psykiatrisista sairauksista tai voi olla myös työmarkkinoista johtuvaa, esim. rakennusala

objektiivisesti ja puolueettomasti diagnoosiin perustuen. Tieteellisesti perustellun tiedon kriteerinä pidetään mitattavuutta ja toistettavuutta. Kriteerit kuuluvat positivistiseen luonnontieteen perinteeseen, jossa Raunio toteaa olennaista olevan välittömien aistien tehty luotettavat havainnot, sääntöjen johtaminen havaintokokemuksista ja se, ettei abstrakteilla käsitteillä kuten kokemuksilla tai motivaatiolla ole paikkaa tieteessä (17, 18). On kritisoitu sitä, että tieteenharjoittajat ovat keskittyneet vain toiseen tieteen osatehtävään, tieto-opilliseen analyysiin, ja sivuuttaneet loogisesti ensisijaisemman, ontologisen analyysin (19).

Arvioitaessa työkykyä yksistään positivistisilla menetelmillä (= havaitsemalla) saavutettu tieto näyttää muiden ihmistä tutkivien tieteiden näkökulmasta kapealta. Myös ontologinen tutkimusanalyysi olisi paikallaan: millainen tutkimuskohde ihminen perusolemukseltaan on, ja miten tehtävänä oleva työkyvyn arviointi kokonaisuuteen suhteutuu? Vasta tällaisen analyysin jälkeen on mahdollista luotettavasti vastata siihen, millainen tieto on tutkittavan ilmiön luonteen kannalta todellisuutta kuvaavaa tietoa.

Käyttäytymisen tutkiminen tai selittäminen ei ole mahdollista positivistisilla luon-

## YDINASIAT

- » Sairauksiin keskittyvällä työkyvyn arvioinnilla voidaan hukata oleellisia työ- ja toimintakyvyn kohentamisen mahdollisuuksia.
- » Työkyvyn arvioinnin ja työkyvyn edistämisen tieteelliset lähtökohdat poikkeavat merkittävästi toisistaan.
- » Monialaisella työ- ja toimintakyvyn arviointimallilla voidaan tukea pitkittyneiden ja monimuotoisten toimintakykyheikkouksien selvittämisen ja jatko-toimien osuvuutta.

nontieteellisillä menetelmillä. Ihmistieteiden tutkimata todellisuus on luonteeltaan merkityksellistä ja edellyttää siksi ymmärtämistä tutkittavan omasta näkökulmasta, empaattisessa vuorovaikutuksessa. Tulkinnassa arvostetaan holistisuutta eli sitä, kuinka osien merkitys on sidoksissa kokonaisuuteen ja päinvastoin (hermeneuttinen kehä) (20).

Pidämme oikeana sitä teoriaa, joka sopii maailmankäsitykseemme. Ongelmaksi voi muodostua, ettemme ole tietoisia siitä, vaikka se juuri ohjaa konkreettisia valintoja teorioiden välillä (21). Tästä johtaen luonnontieteellisesti orientoitunut lääkäri havainnoi, tietoisesti tai tiedostamattaan, potilaassaan biomekaanisia piirteitä ja biopsykososiaalisesti orientoitunut lääkäri potilaan tilannetta kokonaisvaltaisemmin.

Myös ymmärtävillä ihmistieteillä on rajoituksia: inhimillisen toimijan käyttäytymistä ja mielentiloja voivat joissain tilanteissa parhaimmin selittää esimerkiksi tiedostamatomat kokemukset, nautitut kemikaalit tai aivovauriot (20). Tutkittavan omat tulkinnat toimintansa syistä voivat tällaisissa tapauksissa olla karkean virheellisiä. Tutkijan, myös lääkärin, tulee yhdistää asiakkaan näkökulma havaintonsa laajempaan viitekehykseen ja tosiasioiden. Tulkinta on prosessi, jossa edetään kokonaisuudesta osiin ja edelleen niistä takaisin kokonaisuuteen.

Työelämän ulkopuolella olevan asiakkaan esitetietojen keräämisessä tarvitaan monialaista yhteistyötä esimerkiksi sosiaalityöntekijän, terveydenhoitajan, työvoimavirkailijan, esimiehen tai kuntoutusohjaajan kanssa. Kliinillä vastaanotolla asiakashaastattelusta saatavat esitiedot eivät riitä, vaan tarvittavat tiedot ja dokumentit hankitaan etukäteen.

On tilanteita – myös sairaudesta johtuvia – joissa henkilö itse ei välttämättä hae apua terveydenhuollosta. Kysymyksessä voivat olla esimerkiksi psykiatrisen sairaus tai kognitiiviset heikkoudet. Ihminen ei välttämättä koe olevansa sairas, tai hoitoon hakeutuminen aiheuttaa siinä määrin oireita (esimerkiksi pelko- ja ahdistusoireita), että tilanne johtaa passivoitumiseen ja vetäytymiseen myös hoidon ja tukijärjestelmien ulkopuolelle. Toimintakyky voi näyttäytyä lähiympäristön tai yhteiskunnan näkökulmasta silti heikolta. Näissä tilanteissa lääkärin tehtävä on selvittää, heikentääkö toimintakykyä mahdollisesti joku hoitoa tai kuntoutusta vaativa sairaus.

Työ- ja toimintakyvyn monialainen arvio tarkoittaa prosessia, jossa asiakkaan omat tulkinnat ja merkitykset peilataan esitetietoihin ja dokumentteihin eri tahojen asiakkuuksista, osallisuuksista ja selviytymisistä eri tilanteissa, esimerkiksi arkitoinnissa, koulussa ja työssä. Lääkärin omat havainnot ovat osa kokonaisuutta, josta tulkintaa tehdään.

**Menetelmiä esitetietojen jäsentämiseen.** Työhistoriatiedoista saadaan merkittävää tietoa aiemmasta suoriutumuksesta, kun se tehdään riittävän konkreettisesti. Tietoja voidaan myös luokitella ja jalostaa helpommin käsiteltäväksi (TAULUKKO 2). Sepponen ym. ovat jaotelleet työttömien asiakkaiden työhistorioita kolmeen työvoimauraluokkaan: salpautunut, epävakaa ja katkennut työvoimaura (22). Työvoimaurien tarkastelu tuottaa toiminta- ja työkyvystä arvokkaita tulkintoja, jotka tukevat jatkotutkimusten suuntaamista kuten anamnestiset tiedot yleensäkin. Asiakkaan kokemusten ja merkitysten ymmärtämistä tarkennetaan haastattelussa toimijuuden näkökulmalla ja toimijuuden modaleeteilla (23, 24). Tällöin pyritään hahmottamaan, miten asiakas ymmärtää, selittää ja antaa merkityksiä omalle

tilanteelleen ja toiminnalleen työnhakijana ja työssä yleensä. Olemme käyttäneet haastattelua, jossa asiakkaalta kysytään, millä luvulla hän kuvaisi motivaatiotaan mennä työhön tai opiskelamaan (skaala 0–10) ja vastaavasti näkemystään omasta pystyvyydestään (0–10) ja mahdollisuuksistaan (0–10).

**Työ- ja toimintakyvyn arvioinnin intressit tulee tiedostaa.** Työ- ja toimintakyvyn arviointia tehdään eri intresseistä lähtien. Totunnaisesti työkykyarvion tarkoituksena on ollut dokumentoida sairaudet ja niiden aiheuttamat toimintakykyhaitat, jotta henkilö voisi hakea erilaisia sosiaalivakuutuksen mahdollistamia tukia tai etuisuuksia. Lääkäri toimii tässä koulutukseensa perustuen ja yhteiskunnan toimeksiannosta järjestelmässä, jossa tarvitaan rajoja ja kontrollointia. Tässä potilas on kohde ja asetelma positivistisen tieteen teorian ohjaama. Tavoitteena on löytää viat ja haitat, jolloin kuva asiakkaasta on varsin negatiivinen.

Lähestymistapa on toinen, kun tarkoituksena on tukea muutosta kohti asiakkaan parempaa toimintakykyä. Tavoitteena on ymmärtää juuri tätä ainutkertaista yksilöä ja tehdä tulkintoja hänen toimintakyvystään ja sen tukemisen mahdollisuuksista. Arvioinnin kohteena oleva asiakas muuttuu dialogikumppaniksi, jonka asettamat merkitykset ja kokemukset ovat jatkosuunnitelmien ohjausta tukevia voimavaroja.

Työkykyisyys on toimintakyvyn osa-alue, jossa tarkastelun kontekstina ovat muun muassa yksilön työ, ammatti ja työpaikka (1). Systemistä kokonaisuutta on kuvattu myös Työkykytalolla (7). Mäkitalo ja Palonen (1) tunnistavat kolme työkyvyn käsitystyyppiä: lääketieteellisen, tasapainomallin ja integroidun käsitystyyppin. Heidän mukaansa kaksi ensimmäistä edustavat työkyvyn arvioinnin ja vasta jälkimmäinen työkyvyn edistämisen kontekstia.

## Lopuksi

Käytännön sovelluksia ICF:n käyttämisestä luodaan tällä hetkellä eri tarkoituksiin. Tässä tutkimuksessa kuvataan esimerkki kliiniseen

vastaanottotyöhön soveltuvasta toimintamallista. Sen ansiona on, että epämääräiset toimintakykyongelmat pystytään jäsentämään entistä paremmin, jonka jälkeen myös lääketieteellisen hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuudet selkiytyvät. Perusosaaminen ihmistieteisiin perustuvista tiedon hankkimisen metodeista tukee lääkärin tekemän työ- ja toimintakyvyn arvioinnin osuvuutta. Dialogisen vastaanotto-työskentelyn taidot ovat asiakastyön perusta.

Esitämme toimintakyvyn arvioinnissa huomion kiinnittämistä elämäntilanteeseen, työvoimauraan, elämäntilanteeseen ja asiakkaan omiin merkityksiin. Tämän kautta hahmottuvan toimintakyvyn selvittämisessä lääketieteelliset taidot ovat edelleen tarpeen. Lääkärille kuuluvat jatkokysymykset ovat: Heikentääkö asiakkaan toimintakykyä jokin sairaus? Miten? Miten häntä pitäisi hoitaa ja mitkä toimet tukisivat kuntoutumista?

Syrjäytyneiden nuorten, toimeentulotukea saavien sekä vaikeasti työllistyvien henkilöiden toimintakyvyn arviointia kehittäneissä hankkeissa saatujen kokemusten pohjalta monialainen toimintamalli näyttäisi mahdolliselta toteuttaa suurten massojen perusterveydenhuollon vastaanotoilla (25, 26, 27). Perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa tämä on toteutettavissa ennalta suunnitelluilla ja yhteisesti sovitulla asiakasprosesseilla, henkilöstön koulutuksella ja verkostoyhteistyöllä. Vastaanotoille on kuitenkin varattava aiempaa enemmän aikaa, jotta voidaan hyödyntää muun muassa verkostossa valmiina oleva asiakastieto.

Työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa hukataan olennaista tietoa, jos rajaudutaan sairauksien ja vikojen mittaamiseen ”aukottoman toistettavasti” ja unohdetaan ihmisten erilaisuus ja ainutkertaisuus sekä heidän ulottuvillaan olevat voimavarat. Biopsykososiaalisen mallin mukaisesti tarvitaan systemaattista monialaista arviointia toimintakyvystä ja tutkittavan antamista merkityksistä. Työkykyä tukeva arviointi ei voi olla pelkästään biomekaanisiin toimintoihin kohdistuvaa mittaamista, vaan se sisältää aina myös tulkintaa, jonka tausta on ihmistieteiden ymmärtävässä tutkimusotteessa. ■

## KIRJALLISUUTTA

- Mäkitalo J, Palonen J. Mitä on työkyky. Lääketieteellinen, tasapainomallinen mukainen vai integroitu käsitystyyppi. Työ ja ihminen 1994;8:155–62.
- Stakes. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden käsitteellinen malli. Kirjassa: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä: Stakes 2004, s. 18–25.
- Toimia. Työttömän toiminta- ja työkyvyn hyvä arviointikäytäntö terveydenhuollossa [verkkodokumentti, päivitetty 27.2.2012]. [www.toimia.fi](http://www.toimia.fi).
- Työ- ja elinkeinoministeriö. Työ- ja elinkeinoministeriön ohje työttömien työkyvyn arvioinnista ja terveystarkastuksiin ohjaamisesta. 22.12.2011. [www.mlang.name/arkisto/tyokyky.html](http://www.mlang.name/arkisto/tyokyky.html).
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Raportti 68.
- Mäkitalo J. Work related well-being in the transformation of nursing home work. Väitöskirja. Oulun yliopisto 2005.
- Ilmarinen J, Tuomi K, Seitsamo J. New dimensions of work ability. Int Congr Ser 2005;1280:3–7.
- Kerätär R, Virokannas H. Lääkäri työkyvyn arvioijana. Suom Lääkäril 2004; 59:2409–12.
- Vuokko A, Juvonen-Posti P, Kaukiaiainen A. Miten lääkäri arvioi työttömän toimintakykyä? Suom Lääkäril 2011;66:3659–66.
- Schultz IZ, Crook J, Fraser K, Joy PW. Models of diagnosis and rehabilitation in musculoskeletal pain-related occupational disability. J Occup Rehabil 2000;10: 271–93.
- WHO. Ottawan asiakirja 1986. Kirjassa: Vertio H, Terveiden edistäminen. Jyväskylä:

- Tammi 2003.
- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129–36.
- Tinetti M, Fried T. The end of the disease era. Am J Med 2004;116:179–85.
- Kerätär R, Karjalainen V. Pitkäaikaistyötöillä on runsaasti hoitamattomia mielen-terveyden häiriöitä. Suom Lääkäril 2010;65: 3683–90.
- Aira M. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim 2005;121:1073–7.
- Kivekäs J, Hannu T, Rokkanen T, Ropponen T. Pitkäaikaisen työkyvyttömyyden arviointi kannattaa keskittää työterveyshuoltoon. Suom Lääkäril 2012; 67:2229–33.
- Raunio K. Positiivinen metodologia ja tutkimuskäytäntö. Kirjassa: Positivismi ja ihmistiede Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Tampere: Gaudeamus 1999, s. 112–5.
- Raunio K. Positiivinen metodologian kritiikki. Kirjassa: Positivismi ja ihmistiede Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Tampere: Gaudeamus 1999, s. 221–4.
- Rauhala L. Ihmisen olemassaolon ontologinen analyysi. Kirjassa: Humanistinen psykologia. Helsinki: Yliopistopaino 1993, s. 28–47.
- Raatikainen P. Ihmistieteet – tiedettä vai tulkintaa? Kirjassa: Meurman-Solin A, Pyysiäinen I. Ihmistieteet tänään. Helsinki: Gaudeamus 2005, s. 39–61.
- Alanen P. Totuusteorioiden ja näyttöön perustuva lääketiede. Kirjassa: Alanen P, Sintonen M, Hyypää M T, Järvillehto T. Lääketiede ja tietenteoria. Turku: Kirja-Aurora 2004, s. 80–90.
- Sepponen K, Wilen T, Kiviniemi L [verkkodokumentti]. Työttömyyden pitkittyminen

- on monen tekijän summa. Tutkimus pitkäaikaistyöttömyyteen johtavista tekijöistä ja työmarkkinoille kuntouttamisesta Oulun seudun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut. 2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-597-086-2>
- Jyrkämä J. Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Kirjassa: Seppänen M, Karisto A, Kröger T, toim. Vanhuus ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus 2007, s. 195–217.
- Berglind H, Gerner U. Motivation and return to work among the long-term sicklisted: an action theory perspective. Disabil Rehabil 2002;24:719–26.
- Hankosalo T. Virta – Pidämme huolta työ- ja toimintakyvystämme sekä tulevaisuudestamme. Loppuraportti. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2013;B:3.55–70.
- Rovaniemen kaupunki ja PaKaste II [verkkodokumentti]. Pitkään toimeentulotukea saaneen toiminta- ja työkyvyn arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä. PaKaste II Rovaniemi: Työikäisten kuntoutuksen palveluprosessin kehittäminen. Loppuraportti. 2013:11–2. [http://www.sosiaaliliikolla.fi/hankeet/pakaste2/lappi/sosiaali-ja-terveydenhuollon-yhteinen-kehittaminen/rovanieni/LoppuraporttiPaKaste2Rovaniemi\\_011113.pdf](http://www.sosiaaliliikolla.fi/hankeet/pakaste2/lappi/sosiaali-ja-terveydenhuollon-yhteinen-kehittaminen/).
- Kokko R, Nenonen T, Martelin T, Koskinen S. Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009–2013. Hankkeen loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 18/2013. Tampere: Juvenes print – Suomen Yliopistopaino Oy 2013, s. 39–40, 285–7.

**RAIIJA KERÄTÄR, työterveyshuollon erikoislääkäri, kuntoutuslääkäri**  
Oorninki Oy  
Hallituskatu 13–17 C 25, 90100 Oulu

**ANJA TAANILA, KT, professori**  
Oulun yliopiston terveystieteiden laitos  
PL 5000, 90014 Oulun yliopisto

OYS:n perusterveydenhuollon yksikkö  
PL 10, 90020 OYS

**KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ, FT, professori**  
Lapin yliopisto, Kuntoutustiede  
PL 122, 96101 Rovaniemi

**LEENA ALA-MURSULA, LT, ma. professori**  
Oulun yliopiston terveystieteiden laitos  
PL 5000, 90014 Oulun yliopisto

## SIDONNAISUUDET

**Raija Kerätär:** Oorninki Oy:n toimitusjohtaja ja hallituksen puheenjohtaja, apurahat (Suomen Työterveyslääkäriyhdistys ry ja Suomen Teollisuuslääketieteen edistämisseitiö)

**Anja Taanila:** Ei sidonnaisuuksia

**Kristiina Härkäpää:** Ei sidonnaisuuksia

**Leena Ala-Mursula:** Ei sidonnaisuuksia

## Summary

### From the disease-based assessment of work ability and functional capacity to a multidimensional assessment model

**BACKGROUND.** Doctors assess an individual's work ability by comparing the diagnoses and findings to the demands of work. The accuracy of this disease-based orientation has recently been challenged.

**METHODS.** A case study was conducted to compare a disease-based and a multidimensional functioning-based work ability assessment, illustrated through an individual case.

**RESULTS.** Relevant potential for promoting work ability was missed by the disease-based approach, evaluating the entitlement to social security benefits. In the assessment based on multidimensional functioning, dialogue-based plans were made to improve fitness for work.

**CONCLUSIONS.** Multidimensional functioning is recommended as the basis of assessing work ability.