

Työpaperi 21/2024

# Asiakkaan itsearviointiin perustuvien toimintakykymittareiden käyttö kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin tukena

**Kehittämishanke kahdeksalla hyvinvointialueella 2022–2023**

Susanna McLellan, Heli Valkeinen, Päivikki Koponen (toim.)

Raportissa kuvataan kehittämishankkeen toteutusta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden kokemuksia kolmen geneerisen mittarin käytöstä hyvinvointialueiden fysioterapiakuntoutuspalveluissa. Lisäksi kuvataan mittarituloksia kuntoutusjakson alkaessa ja päättyessä. Raportissa esitetään myös arvioita siitä, mitä jatkossa tulisi ottaa huomioon käytettäessä geneerisiä mittareita käytännön asiakastyössä sekä kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa.

## Lukijalle

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman yhtenä keskeisenä tavoitteena oli kehittää palveluiden laatua ja vaikuttavuutta muun muassa ottamalla käyttöön yhtenäisiä työ- ja arviointimenetelmiä sekä arvioimalla työn vaikuttavuutta kansallisesti yhtenäisellä tavalla. Kuntoutuksen uudistamiskomitea (sosiaali- ja terveysministeriö 2017) piti tärkeänä ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) -viitekehyksen mukaista toimintakyvyn arviointia sekä yleisesti hyväksytyjen mittareiden käyttöä arvioinnin tukena. Näiden tavoitteiden suuntaisesti kahdeksan hyvinvointialuetta toteutti kolmen generisen itsearviointimittarin kokeilun kuntoutuksen asiakastyössä. Asiakkaan itsearviointiin perustuvien toimintakykymittareiden käyttö kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin tukena -hankkeesta käytetään raportissa lyhennettä AITO-hanke.

Tässä raportissa kuvataan yksityiskohtaisesti hankkeen toteutusta, mittareiden käyttöä ja mittaustuloksia, sekä asiakkaiden ja ammattilaisten kokemuksia. Mikäli lukija on kiinnostunut vain tietyistä mittarista, on mahdollista valita luettavaksi vain sitä koskevat luvut. Halutessaan pikaisen kokonaiskuvan hankkeesta ja sen päätuloksista, suosittelemme lukijaa perehtymään tiivistelmän lisäksi ainakin lukuihin 1–2 ja 6–7. Toivomme tässä raportissa kuvattujen tulosten tukevan sekä kansallisia että alueiden päätöksiä mittareiden valinnasta, herättävän keskustelua mittaritulosten analysoinnista ja tulkinnasta sekä ylläpitävän keskusteluissa esillä myös mittareiden käyttöön liittyviä eettisiä kysymyksiä.

Kiitämme kaikkia tiedonkeruuseen ja hankkeen toteutukseen osallistuneita ammattilaisia, yhteyshenkilöitä ja heidän esihenkilöitään sekä tiedonkeruuseen osallistuneita asiakkaita. Hankkeeseen osallistuneet ammattilaiset auttoivat jo monissa tiedonkeruun valmisteluun liittyvissä tehtävissä. Tästä kiitämme erityisesti ruotsinkielisillä alueilla työskennelleitä ammattilaisia, jotka auttoivat tarkastamaan lomakkeiden ruotsinkielisiä käännöksiä. Hanke toteutui haastavana ajankohtana, jolloin uudet hyvinvointialueet aloittivat toimintansa. Tähän hankkeeseen osallistuminen on siis edellyttänyt hanketyöhön sitoutumista monin tavoin muuttuvissa palveluissa ja organisaatioissa. Tämä on lukijan hyvä muistaa tähän raporttiin perehtyessään. Lisäksi kiitämme Ville Konolaa, joka kokosi kirjallisuutta generisten toimintakykymittareista sekä lukuisia THL:n asiantuntijoita ja tutkijoita, jotka ovat antaneet tärkeää konsultaatioapua sekä osallistuneet merkittävällä panoksella hankkeen toteutukseen. THL:n Tiedonvälittäjät -osastolta Juha Oksanen vastasi tiedonkeruussa tarvittavasta tietojärjestelmästä ja huolehti kertyneen tutkimusaineiston kokoamisesta ja tietoturvasta. Myös Mikko Kahri osallistui tiedonhallinnan tehtäviin. Zhi Zhou toteutti kertyneen aineiston laadun tarkastukset ja tilastoanalyysit.

Erityisen lämmin kiitos vielä yhteyshenkilöille suuresta työstänne, joka mahdollisti käytännön asiakastyön kokemusten keräämisen: Virpi Aralinn, Teemu Hokkanen, Tuula Häyrinen, Ulla Jämsä, Päivi Kallio, Anu Mitikka, Lisbeth Rinne, Mari Ruottinen, Tarja Saari, Mari Schewelev, Taru Sokka, Maria Vuori-Peurala, Kaisa-Maria Vuoristo. Kiitämme myös ohjaavaan ryhmään osallistuneita – sosiaali- ja terveysministeriön edustajia Anne Kanto-Ronkasta, Seija Sukulaa, Essi Rentolaa, Etelä-Karjalan hyvinvointialueen kuntoutusjohtajaa ja Oulun yliopiston professoria Jaro Karppista, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoita tutkimusprofessori Seppo Koskista, erikoistutkija Päivi Sainiota sekä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankejohtajaa Anu Niemeä sekä muita tämän raportin käsikirjoitusta kommentoineita asiantuntijoita: Jaana Paltamaa, dosentti ja vanhempi tutkija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, sekä erikoistutkija Heidi Anttilaa ja kehittämisspäällikkö Liisa Penttistä THL:stä. Kiitokset Etelä-Karjalan hyvinvointialueen kuntoutuksen asiantuntijoille, palvelupäällikkö Virpi Aralinnalle, toimintayksikön esihenkilö Maija Kokkiselle ja tiimivastaava Susanna Ahoselle siitä, että jaatte arvokkaita käytännön kokemuksianne toimintakyvyn arvioinnin kehittämisestä.

## Tiivistelmä

Susanna McLellan, Heli Valkeinen, Päivikki Koponen (toim.) Asiakkaan itsearviointiin perustuvien toimintakykymittareiden käyttö kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin tukena. Kehittämishanke kahdeksalla hyvinvointialueella 2022—2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 21/2024. 112 sivua. Helsinki 2024. ISBN 978-952-408-291-4 (verkkojulkaisu)

Asiakkaan itsearviointiin perustuvien toimintakykymittareiden käyttö kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin tukena -hankkeen tarkoituksena oli koota tietoa Kuntoutuksen tietopohja (KUTI) -hankkeessa suositeltujen geneeristen mittareiden käyttökelpoisuudesta (PROMIS Yleinen terveys, WHODAS 2.0 12 kysymystä, EuroHIS-8). Mittareiden käyttökokemuksia kerättiin pääasiassa fysioterapian asiakastyössä kahdeksalla hyvinvointialueella: Etelä-Karjala, Itä-Uusimaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa, Pohjanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Päijät-Häme sekä Satakunta.

Hankkeen valmistelu ja toteutus ajoittui maaliskuusta 2022 vuoden 2023 loppuun. THL koordinoi tiedonkeruuta ja toimi hankkeen aikana kerätyn aineiston rekisterivastaavana. Hankkeen käytännön toteutus, kuten tarkempi toteutuksen ajanjakso, mittareiden valinta, asiakasryhmät ja kuntoutusmuodot, suunniteltiin kullakin alueella hyvinvointialueen resurssien mukaisesti. Viidellä alueella käytössä oli yksi mittari ja kolmella alueella kaksi. Mittareista PROMIS Yleinen terveys oli käytössä neljällä alueella, WHODAS 2.0 12 kysymystä kuudella alueella ja EuroHIS-8 vain yhdellä alueella.

Tiedonkeruuseen osallistuneet asiakkaat (n = 525) olivat 18–92-vuotiaita ja suurimmalla osalla kuntoutuksen perusteena oli yli kaksi viikkoa kestänyt tuki- ja liikuntaelinvaiva. Asiakkaat vastasivat itsenäisesti kyselylomakkeisiin ennen kuntoutusjakson alkua ja sen päätyttyä. Yhdellä alueella oli käytössä sekä digitaalinen lomake että paperiversio, yhdellä alueella pelkästään digitaalinen alusta ja muilla alueilla asiakkaat vastasivat paperilomakkeille. Lomakevastaukset siirrettiin asiakkaan suostumuksella THL:n tutkimus- ja tiedonkeruujärjestelmään, josta aineisto koottiin analysoitavaksi. Ammattilaisten käyttökokemuksia mittareista kerättiin selainpohjaisella kyselyllä ja hyvinvointialuekohtaisissa ryhmähaastatteluissa. Kyselyyn vastasi 69 ammattilaista.

Asiakkaat ja ammattilaiset suhtautuivat pääosin myönteisesti mittareiden käyttöön. Suurin osa asiakkaista koki hyödylliseksi, että hänen tilannettaan seurataan jatkossakin samalla mittarilla. Ammattilaisten haastatteluissa tuli kuitenkin esille, että joillekin asiakkaille mittareiden käyttö vaikutti kuormittavalta eivätkä kysymykset olleet aina asiakkaan tilanteeseen soveltuvia. Ammattilaiset kokivat geneeristen mittareiden antavan hyödyllistä taustatietoa erityisesti niistä asiakkaista, joilla oli laaja-alaisempia ongelmia tai suunnitteilla oli pidempi kuntoutusjakso. Oman työnsä tueksi useat ammattilaiset kaipasivat kuitenkin tarkempia, kuntoutumisen seurantaan soveltuvia spesifejä mittareita.

Geneeristen mittareiden tulosten, erityisesti mittarituloksessa tapahtuvan muutoksen, tulkinta oli vaikeaa. Vaikka ryhmätasolla todettiin pääasiassa myönteistä muutosta, yksilötasolla mittaritulos vaatii aina asiakkaan oman tulkinnan esimerkiksi siitä, mihin hän on vastatessaan verrannut tilannettaan. Kuntoutuksen tuloksia voi olla vaikea havaita geneeristen mittareiden tuloksissa, koska mikä tahansa asiakkaan elämässä kuntoutusjakson aikana tapahtunut asia tai muu krooninen vaiva voivat vaikuttaa vastauksiin. Mittarituloksen perusteella ei voi päätellä, kokeeko asiakas vointinsa riittävän hyväksi vai ei. Ryhmätason keskiarvotuloksissa havaittava muutos ei välttämättä kuvaa asiakkaiden tärkeäksi kokemaa muutosta.

WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarissa vaaditaan todennäköisesti suurempi muutospistemäärä alku- ja lopputilanteen välillä kuin PROMIS Yleinen terveys -mittarin tuloksessa. Mittareiden kyky asiakkaiden kokeaman muutoksen merkityksen arvioinnissa vaatii lisätarkastelua ennen kuin mittarituloksia voidaan hyödyntää kuntoutuksen vaikutusten arvioinnissa.

Hankkeen aikana havaittiin useita mittareiden laajamittaisempaan käyttöönottoon liittyviä haasteita. Yksikään mittareista ei osoittautunut muita hyödyllisemmäksi tai helpommin käytettäväksi. Geneeristen mittareiden käyttötarkoitus tulisi määrittää tarkemmin sekä asiakkaille että ammattilaisille. Mikäli ryhmätasoisia tuloksia vertaillaan organisaatioiden ja hyvinvointialueiden välillä, tulisi varmistaa yhtenäiset toimintamallit mittareiden käytölle, tiedon keräämiselle ja analysoinnille. Mittareiden käyttöön ottaminen edellyttää myös tiedon laatuun, tietosuojaan ja tiedonkeruun etiikkaan liittyvien kysymysten selvittämistä.

**Avainsanat:** Toimintakyky, elämänlaatu, koettu terveys, geneerinen mittari, PROM, kuntoutus

## Sammandrag

Susanna McLellan, Heli Valkeinen, Päivikki Koponen (red.). Asiakkaan itsearviointiin perustuvien toimintakykymittareiden käyttö kuntoutuksen arvioinnin ja suunnittelun tukena. Kehittämishanke kahdeksalla hyvinvointialueella 2022—2023. [Användning av de patientrapporterade utfallsmåtten (PROM) som stöd för planering och utvärdering av rehabiliteringen. Utvecklingsprojekt i åtta välfärdsområden]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 21/2024. 112 sidor. Helsingfors 2024. ISBN 978-952-408-291-4 (nätpublikation)

Projektet "Användning av de patientrapporterade utfallsmåtten (PROM) som stöd för planering och utvärdering av rehabiliteringen" hade som syfte att samla information om användbarheten av generiska patientrapporterade utfallsmått (PROMIS Allman hälsa, WHODAS 2.0 12-frågor version, EuroHIS-8) som var rekommenderade inom projektet Kuntoutuksen tietopohja (KUTI). Erfarenheter av användningen av dessa mätare samlades främst inom fysioterapeutiskt klientarbete inom åtta välfärdsområden: Södra Karelen, Östra Nyland, Egentliga Tavastland, Birkaland, Österbotten, Norra Österbotten, Päijänne-Tavastland och Satakunta.

Projektet pågick från mars 2022 till slutet av 2023. THL samordnade datainsamlingen och agerade som registerhållare för de insamlade uppgifterna under projektet. Den praktiska genomföringen av projektet, inklusive en mer detaljerad genomförandeperiod, val av mätningar, klientgrupper och rehabiliteringsformer, planerades av varje välfärdsområde. Fem välfärdsområden testade en mätare och tre andra områden två mätare. En mätare användes i fem områden och två i tre områden. PROMIS Allmän hälsa användes i fyra områden, WHODAS 2.0 12-frågor version i sex områden och EuroHIS-8 i ett område.

Deltagande klienter i datainsamlingen (n = 525) var mellan 18 och 92 år, och de flesta genomgick rehabilitering på grund av muskuloskeletala problem som varat över två veckor. Klienterna svarade självständigt på enkäter före och efter sin rehabiliteringsperiod. Ett område använde både digitala och pappersversioner, ett område endast digitala plattformar, medan övriga områden använde pappersversioner. Svaren överfördes till THL:s forsknings- och datainsamlingssystem, där data samlades in för analys med klientens samtycke. Professionellas erfarenheter av mätarna samlades in genom en webbaserad enkät (n = 69) och välfärdsområdesvisa gruppintervjuer.

Klienter och professionella hade generellt sett positiva attityder till användningen av mätarna. De flesta klienter fann det gynnsamt att fortsätta övervaka sin situation med samma mätare. Professionella poängterade dock att användningen av mätare kändes belastande för vissa klienter och att frågorna inte alltid var lämpliga för individuella situationer. Även om generiska mätare gav användbar bakgrundsinformation, särskilt för klienter med bredare problem eller längre rehabiliteringsperioder, uttryckte många professionella en önskan om mer specifika mätare lämpliga för att övervaka rehabiliteringsframsteg.

Att tolka resultat från generiska mätare, särskilt förändringar i resultat, innebar utmaningar. Även om positiva förändringar observerades på gruppnivå, kräver tolkning av individuella resultat att klienterna själva tolkar sina egna situationer, till exempel vad de jämförde sina svar med. Att identifiera rehabiliteringens effekt i generiska mätresultat var utmanande, eftersom vilken händelse som helst eller annat kroniskt besvär under rehabiliteringsperioden kunde påverka svaren. Baserat på mätresultat är det inte möjligt att avgöra om klienten uppfattade sin situation som tillfredsställande eller inte. Förändringen i medelvärde på gruppnivå kanske inte fångar upp förändringar som individuella klienter anser betydelsefulla.

WHODAS 2.0 12-frågor version kräver sannolikt en större förändringsscore mellan för- och efterrehabiliteringsmätningar jämfört med PROMIS Allman hälsa. Ytterligare undersökning behövs för att utvärdera mätarnas förmåga att bedöma betydelsen av förändringar som klienterna uppfattar innan man använder mätresultat i bedömningen av rehabiliteringseffektivitet.

Under projektet identifierades olika utmaningar i samband med den omfattande implementeringen av mätare, där ingen mätare visade sig vara mer användbart eller användarvänligt än andra. Det är avgörande att tydligare definiera den avsedda användningen av generiska mätare både för klienter och professionella. När man jämför resultat på gruppnivå över organisationer och välfärdsområden bör man säkerställa enhetliga procedurer för användning av mätare, datainsamling och analys. Implementering av mätare kräver också att man utreder frågor som rör datakvalitet, integritet och etiska överväganden vid datainsamling.

**Nyckelord:** funktionsförmåga, livskvalitet, upplevd hälsa, generiska mätare, PROM, rehabilitering

## Abstract

Susanna McLellan, Heli Valkeinen, Päivikki Koponen (eds.). Asiakkaan itsearviointiin perustuvien toimintakykymittareiden käyttö kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin tukena. Kehittämishanke kahdeksalla hyvinvointialueella 2022-2023 [Using Patient Reported Outcome Measures (PROMs) to support rehabilitation planning and evaluation. Development project in eight wellbeing services counties]. Finnish institute for health and welfare (THL). Discussion Paper 21/2024. 112 pages. Helsinki, Finland 2024. ISBN 978-952-408-291-4 (online publication)

The purpose of the project "Using Patient Reported Outcome Measures (PROMs) to support rehabilitation planning and evaluation" was to gather information on the usefulness of generic patient-reported outcome measures (PROMIS Global Health, WHODAS 2.0 12-item version, EuroHIS-8) which were earlier recommended on the basis of the Kuntoutuksen tietopohja (KUTI) project. User experiences with the measures were mainly collected in physiotherapy client work across eight wellbeing services counties: South Karelia, Eastern Uusimaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa, Ostrobothnia, North Ostrobothnia, Päijät-Häme and Satakunta.

The preparation and implementation of the project spanned from March 2022 to the end of 2023. THL coordinated data collection and acted as the controller for the data collected during the project. The practical execution of the project, such as a more detailed implementation period, the measure selection, client groups and rehabilitation forms, was planned by each wellbeing services county. Five wellbeing counties used one measure and three counties used two measures. PROMIS Global Health was used in four counties, WHODAS 2.0 12-items in six counties and EuroHIS-8 in one county.

The clients participating in the data collection ( $n = 525$ ) were aged between 18 and 92, with most undergoing rehabilitation due to musculoskeletal issues lasting over two weeks. Clients independently responded to questionnaires before and after their rehabilitation period. One county used both the digital questionnaire form and the paper version, one county only the digital platform, and others used paper forms. Responses were transferred to the THL's research and data collection system, where the data was compiled for analysis with the client's consent. Professionals' experiences with the measures were collected through a web-based survey and regional group interviews. A total of 69 professionals participated in the survey.

Clients and professionals generally had positive attitudes toward the use of the measures. Most clients found it beneficial to continue monitoring their situation with the same measure. However, professionals highlighted that the use of measures felt burdensome for some clients, and the questions were not always suitable for individual situations. While generic measures provided useful background information, especially for clients with wider health issues or longer rehabilitation periods, many professionals expressed a need for more specific measures suitable for monitoring rehabilitation progress.

Interpreting results from generic measures, especially changes in measure outcomes, posed challenges. Although positive changes were observed at the group level, interpreting individual results require clients to interpret their own situations, for example what they compared their outcomes to. Identifying rehabilitation outcomes in generic measure results was challenging, as any life event or other chronic condition during the rehabilitation period could influence responses. Based on the measure result, it is not possible to determine whether the client perceived their situation as satisfactory or not. Group level average changes might not capture changes considered significant by individual clients.

The WHODAS 2.0 12-item measure likely requires a larger change in the score between pre and post rehabilitation assessments compared to PROMIS Global Health. Further studies are needed to evaluate the measures' ability to assess the significance of changes perceived by clients before utilizing measure outcomes in the assessment of rehabilitation effectiveness.

Several challenges related to the widespread implementation of measures were identified during the project. No measure proved more useful or user-friendly than others. The intended use of generic measures should be more precisely defined for both clients and professionals. When comparing group level results across organizations and wellbeing counties, consistent procedures for measure use, data collection, and analysis should be ensured. Implementing measures also requires addressing questions related to data quality, privacy, and ethical considerations in data collection.

**Keywords:** functioning, quality of life, perceived health, generic measure, PROM, rehabilitation

# Sisällys

Lukijalle .....	2
Tiivistelmä .....	3
Sammandrag .....	4
Abstract .....	5
Sisällys .....	6
Raportissa käytetyt lyhenteet .....	8
1 Asiakkaan itsearviointiin perustuvien toimintakykymittareiden käyttö kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin tukena -hankkeen tausta .....	9
1.1 Kuntoutuksen uudistaminen, kehittäminen sekä kansalliset suositukset toimintakyvyn arviointiin .....	10
1.2 Toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen haasteet asiakastyössä ja vaikuttavuuden arvioinnissa .....	12
1.3 Geneeriset ja spesifit mittarit toimintakyvyn arvioinnin tukena kliinisessä asiakastyössä sekä terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa .....	13
1.4 Mittareiden käytettävyys ja mittaritulosten tulkinta .....	15
1.5 Hankkeen tavoite ja tarkoitus .....	16
2 Hankkeen toteutus .....	17
3 Aineisto ja menetelmät .....	19
3.1 Kohderyhmät ja osallistujat .....	20
3.1.1 Hankkeeseen osallistuneet ammattilaiset .....	20
3.1.2 Hankkeeseen osallistuneet asiakkaat .....	21
3.2 Menetelmät .....	23
3.2.1 Aineistonkeruun toteutus .....	23
3.2.2 Ammattilaisten kokemukset mittareiden käytöstä .....	23
3.2.3 Asiakkailta kerätty aineisto .....	24
3.2.4 WHODAS 2.0 12 kysymystä .....	27
WHODAS 2.0 12 kysymystä: pistelasku ja puuttuvien vastausten käsittely .....	27
WHODAS 2.0 12 kysymystä: tulkinta .....	27
3.2.5 PROMIS Yleinen terveys .....	28
PROMIS Yleinen terveys: pistelasku, puuttuvien vastausten käsittely .....	28
PROMIS Yleinen terveys: tulkinta .....	28
3.2.6 EuroHIS-8 .....	30
EuroHIS-8: pistelasku ja puuttuvien vastausten käsittely .....	30
EuroHIS-8: viitearvot .....	30
3.2.7 PASS-kysymys (Patient acceptable symptom state) .....	30
3.2.8 GRC (Global rating of change) -kysymys, yleinen muutoksen asteikko .....	31
3.2.9 Mittaritulosten analyysimenetelmät .....	32
4 Tulokset .....	33
4.1 Ammattilaisten kokemuksia geneeristen mittareiden käytöstä .....	33
4.1.1 Näkemykset mittareiden käytöstä .....	33
4.1.2 Rinnakkain kahta geneeristä mittaria käyttäneiden ammattilaisten kokemuksia .....	38
4.1.3 Ammattilaisten havainnot mittaritulosten luotettavuuteen ja käyttökelpoisuuteen mahdollisesti vaikuttavista asioista .....	39
4.1.4 Pohdinta ammattilaisten kokemuksista .....	40
4.2 Asiakkaiden lomakkeet ja asiakkaiden kokemuksia geneeristen mittareiden käytöstä .....	42
4.2.1 WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaria käyttäneiden asiakkaiden näkemyksiä .....	42
4.2.2 PROMIS Yleinen terveys -mittaria käyttäneiden asiakkaiden kokemuksia .....	45
4.2.3 EuroHIS-8-mittaria käyttäneiden asiakkaiden kokemuksia .....	46
4.2.4 Pohdinta asiakkaiden kokemuksista .....	48
4.3 Toimintakykymittaritulokset .....	50
4.3.1 Asiakkaan kokema oiretilanne (PASS-kysymys) ja asiakkaan kokema muutos (GRC-asteikko) .....	50
4.3.2 WHODAS 2.0 12 kysymystä .....	52

Asiakkaiden tilanne WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarilla kuvattuna alku- ja loppumittauksessa .....	52
Muutos alku- ja loppumittauksen välillä WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin kuvaamana .....	55
Pohdinta WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin tuloksista .....	56
4.3.3 PROMIS Yleinen terveys.....	58
Asiakkaiden tilanne PROMIS Yleinen fyysinen terveys -mittarilla kuvattuna alku- ja loppumittauksessa .....	59
Asiakkaiden tilanne PROMIS Yleinen mielenterveys -mittarilla kuvattuna alku- ja loppumittauksessa .....	60
Muutos alku- ja loppumittauksen välillä PROMIS Yleinen fyysinen terveys -mittarin kuvaamana .....	62
Muutos alku- ja loppumittauksen välillä PROMIS Yleinen mielenterveys -mittarin kuvaamana .....	64
Pohdinta PROMIS Yleinen terveys -mittarin tuloksista .....	66
4.3.4 EuroHIS-8.....	66
4.3.5 Kahden samanaikaisesti käytetyn mittarin tulokset.....	68
WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys .....	68
WHODAS 2.0 12 kysymystä ja EuroHIS-8 .....	71
4.4 Ammattilaisten huomioita ja kokemuksia hankkeen toteuttamisesta .....	73
5 Esimerkki toimintakyvyn arvioinnin kehittämisestä Etelä-Karjalan alueella .....	74
5.1 Digitaalisen arviointityökalun – toimintakykymobiiliin – kehittäminen .....	74
5.2 Toimintakyvyn arviointi toimintakykymobiilia hyödyntäen.....	75
5.3 Toimintakykymobiiliin käytön laajentaminen Etelä-Karjalan hyvinvointialueella .....	77
5.4 Toimintakyvyn arvioinnin ja toimintakykymobiiliin kehittämisen edellytyksiä .....	78
5.5 Mitä olemme oppineet ja mihin tähtääme toimintakykytiedon hyödyntämisessä?.....	78
6 Pohdintaa hankkeen tuloksista ja toteutuksesta .....	80
6.1 Asiakkaat suhtautuivat pääosin myönteisesti mittareiden käyttöön .....	80
6.2 Asiakkaan kokonaistilanne hahmottuu geneerisen mittarin avulla, mutta työn tueksi kaivataan tarkempaa tietoa.....	81
6.3 Mittareiden käyttötarkoitus on sanoitettava tarkemmin ja mittareiden käytön toimintamalli yhtenäistettävä .....	81
6.4 Geneeristen mittaritulosten tulkinta on vaikeaa – erityisesti muutoksen tulkinta .....	82
6.5 Mikään mittareista ei ollut selkeästi toista parempi vaan kokemukset mittareista vaihtelivat .....	82
6.6 Hankkeen vahvuudet ja mitä tekisimme toisin .....	84
7 Johtopäätökset.....	86
Lähteet .....	88
Liitteet .....	91
Liite 1 Tiedonkeruussa mukana olleiden asiakkaiden määrä ja analyyseissä käytettävän aineiston muodostuminen.....	91
Liite 2 Asiakkaiden lukumäärä hyvinvointialueittain alku- ja loppumittauksessa.....	92
Liite 3 Sekä WHODAS 2.0 12 kysymystä että PROMIS Yleinen terveys -mittareita käyttäneiden ammattilaisten näkemykset mittareiden käytöstä .....	93
Liite 4 Mittarivastausten jakaumat alku- ja loppumittauksessa kysymyksittäin .....	96
Liite 5 PROMIS Yleinen terveys -mittarin T-arvot yhdysvaltalaisessa ja alankomaisessa väestössä .....	100
Liite 6 Alku- ja loppumittauksen välinen aika mittareittain .....	101
Liite 7 WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten keskiarvo ja keskihajonta eri taustamuuttujien mukaan tarkasteltuna alku- ja loppumittauksessa .....	102
Liite 8 WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten ICF-tarkenteiden jakaumia eri taustamuuttujien mukaan alku- ja loppumittauksessa.....	103
Liite 9 Yleisen muutoksen asteikon -vastauksen (Global rating of change, GRC) ja mittaritulosessa tapahtuneen muutoksen väliset yhteydet.....	105
Liite 10 PROMIS Yleinen terveys -mittarista saatavien tulosten keskiarvot ja -hajonnat alku- ja loppumittauksessa .....	108
Liite 11 Kaikkien mittaritulosten keskiarvot (CI = luottamusväli, PRE = alkumittaus, POST = loppumittaus) .....	110
Liite 12 Kahden samanaikaisesti käytössä olleen mittaritulosten yhteys Spearmanin korrelaatiokertoimella kuvattuna. GRC = Global rating of change, yleinen muutoksen asteikko.....	112

## Raportissa käytetyt lyhenteet

AITO-hanke	Asiakkaan itsearviointiin perustuvien toimintakykymittareiden käyttö kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin tukena -hanke
AUC	Area Under Curve eli pinta-ala, joka jää ROC-käyrän alle. Pinta-ala kuvaa sitä, kuinka hyvin mittari tai testi kykenee erottamaan tutkittavat oikeisiin ryhmiin, esimerkiksi sairaisiin/terveisiin, toimintakyky heikentynyt/ei heikentynyt
BDI	Beck Depression Inventory, Beckin depressiokysely
GAS	Goal Attainment Scaling, GAS-menetelmä kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin
GRC	Global Rating of Change, yleinen koetun muutoksen asteikko
EuroHIS-8	European (Euro) Health Interview Surveys (HIS) –hankkeen yhteydessä kehitetty elämänlaatumittari, lyhennetty versio WHOQOL-BREF-mittarista
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health, Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen viitekehys ja luokitus
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement, laatii suosituksia potilaan itsearviointiin perustuvista tulosmittareista eri sairauksissa ja tilanteisiin
n	lukumäärä, esimerkiksi taulukossa asiakkaiden lukumäärä
PASS	Patient Acceptable Symptom State, kysymyksellä selvitetään, kokeeko potilas tilanteensa riittävän hyväksi vai ei
PHO	PROMIS Health Organisation, PROMIS-mittariston kehittäjä ja ylläpitotaho
PROM	Patient-Reported Outcome Measure, Potilaan tai asiakkaan itsearviointiin perustuva standardoitu kyselylomake, mittari, jonka tulos kuvaa koettua hyvinvointia, terveydentilaa, elämänlaatua tai toimintakykyä. Yksi käytössä oleva suomennos on ”vointimittari”.
PROMIS	The Patient-Reported Outcome Measurement Information System
ROC-käyrä	Receiver Operating Characteristics havainnollistaa mittarin tai testin luokittelukykyä ja sen avulla voidaan tilastollisia menetelmiä hyödyntäen määrittää mittarille tai testille arvo, joka luokittelee tutkittavat tarkimmin oikeisiin ryhmiin.
STM	sosiaali- ja terveysministeriö
TOIMIA	Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto
WHODAS 2.0	WHO Disability Assessment Schedule 2.0
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) -BREF, Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari - lyhyt versio



# 1 Asiakkaan itsearviointiin perustuvien toimintakykymittareiden käyttö kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin tukena -hankkeen tausta

*Päivikki Koponen, Susanna McLellan, Heli Valkeinen*

Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 2001 kansainvälisen luokituksen ja viitekehyksen, ICF:n (International Classification of Functioning, disability and health), jonka avulla toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä voidaan kuvata eri näkökulmia yhdistäen (WHO 2002). ICF-viitekehyksen mukaan toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen selviytymistä hänelle tärkeistä arjen toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää (Paltamaa & Anttila 2015). Toimintakyky on muuttuva ja moniulotteinen tila, joka koostuu terveydentilan, yksilön ja ympäristön yhteisvaikutuksesta (THL 2023a). ICF:n avulla voidaan kuvata, miten sama sairaus, vamma tai toimintarajoite voi vaikuttaa eri tavoin ihmisen suoriutumiseen ja osallistumiseen. Apuvälineet, asuinympäristö ja asenteet ovat esimerkkejä suoriutumiseen ja osallistumiseen vaikuttavista ympäristötekijöistä. ICF-viitekehysessä huomioidaan myös yksilölliset tekijät, kuten motivaatio. (THL 2023b.)

Tässä hankkeessa käytetyt yleiset (geneeriset) itsearviointimittarit kuvaavat toimintarajoitteita, elämänlaatua ja koettua terveyttä. Kaikissa mittareissa on kysymyksiä toimintakyvyn eri ulottuvuuksista. Mittareista käytetään eri yhteyksissä eri nimiä. Terveystaloustieteessä laukupainotteisten elinvuosien (QALY) laskentaan käytettäviä mittareita kutsutaan usein elämänlaatumittareiksi. PROM-mittari (Patient Reported Outcome Measure) on alun perin tarkoittanut kyselylomaketta, jolla potilas on kuvannut kokemusta oireistaan tai toimintakyvystään ja tätä tietoa on hyödynnetty hoidon vaikutusten arvioinnissa. THL:n kansallisissa laaturekistereissä PROM-mittarille on määritelty suomenos ”vointimittari”.

Toimintakyky ja elämänlaatu eivät kuitenkaan ole suoranaisesti rinnakkaiskäsitteitä. Toimintakykyä voidaan pitää elämänlaatuun vaikuttavana osatekijänä, mutta käsitteellisesti ne eroavat toisistaan. Huono toimintakyky ei aina tarkoita huonoa elämänlaatua, sillä ihminen voi olla tyytyväinen elämäänsä toimintakyvyn rajoitteista huolimatta. Sekä toimintakyky että elämänlaatu voivat vaihdella sairauden ja terveysongelmien aikana eri tavoin ja eri ulottuvuuksilla. (Aalto ym. 2013.) Useimmat elämänlaadun määritelmät kattavat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden, vastaavasti kuin toimintakyvyssä. Elämänlaatu voidaan määrittää mm. henkilön käsitykseksi omasta elämäntilanteestaan suhteessa omiin päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin. Sitä arvioidaan oman kulttuurin ja arvomaailman viitekehysessä. (Aalto ym. 2016.)

Bickenbach ym. (2023) esittävät toimintakyvyn käsitteen yhdistävän terveyden yksilölliseen ja yhteiskunnalliseen hyvinvointiin. Toimintakyky tuo näkyväksi sen, miten ihminen elää omaa arkeaan. Laajimmillaan on kyse paradigmanuutoksesta palveluissa, koulutuksessa ja tutkimuksessa sekä sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Toimintakykyä voisi käyttää laajemminkin väestön terveydentilaa kuvaavana indikaattorina sairastavuuden ja kuolleisuuden ohella. Kun sote-palvelujen ja terveyspolitiikan lähtökohdaksi otetaan toimintakyky sairauksien, vammojen ja oireiden rinnalle, keskitytään auttamaan yksilöitä toimimaan omassa ympäristössään ja tarkastelu laajenee myös kestävä kehityksen tavoitteisiin (Bickenbach ym. 2023). Toimintakyvyn viitekehys tukee myös moniammatillisuutta ja monitieteisyyttä. Näin se soveltuisi laajemminkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, vaikka esimerkiksi ICF-viitekehystä on toistaiseksi sovellettu ensisijaisesti kuntoutuspalveluissa.

Kuntoutus on laaja ja moniulotteinen prosessi, mutta yleisesti kuvattuna sen tavoitteena on edistää yksilön toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä ja osallistumismahdollisuuksia, mutta myös työ- ja opiskelukykyä, työllistymistä ja työssä jatkamista (sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Kuntoutuspalvelujen avulla henkilöitä, joiden toimintakyky on alentunut, autetaan saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvää toimintakykyä sekä vähentämään toimintakyvyn rajoitteita ympäristöstä. Kuntoutusta voidaan tarkastella

kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähtevänä prosessina (sosiaali- ja terveysministeriö 2022). Se ei ole yksittäinen toimenpide, eikä se rajoitu vain lääkinälliseen kuntoutukseen, siksi sen vaikutusten mittaaminen on erityisen haastavaa. Ihmisen tarpeista lähtevä kuntoutuminen voi edellyttää tukea myös sosiaalisen, ammatillisen ja/tai pedagogisen (kasvatuksellisen) kuntoutuksen ammattilaisilta.

Kuntoutusta koskevia säädöksiä on useissa eri laeissa (sosiaali- ja terveysministeriö 2022) ja kuntoutusta ohjaavat myös monet kansalliset ja kansainväliset sopimukset, suositukset ja ohjeet. Suomessa kuntoutuspalvelujen järjestämisestä (mm. lääkinällisenä, ammatillisena ja sosiaalisena kuntoutuksena) sekä vammais- palveluina vastaavat hyvinvointialueiden lisäksi Kela, erilaiset vakuutusyhtiöt sekä työeläkelaitokset. Kuntoutuspalveluja tarjoavat myös yksityiset terveydenhuollon organisaatiot, mm. työterveyshuollon palveluissa sekä järjestöt.

Tässä raportissa kuvattavassa hankkeessa kuntoutuksen laajasta kokonaisuudesta rajaudutaan tarkastelemaan hyvinvointialueilla hankkeen toteutukseen valikoituneita lääkinällisen kuntoutuksen fysioterapiapalveluita ja näiden palvelujen yhteydessä toteutettavaa toimintakyvyn arviointia, asiakkaiden omaan arvioon pohjautuen. Käytämme hankkeesta tässä raportissa lukemista helpottamaan lyhyttä nimikettä AITO-hanke. Aluksi kuvaamme laajempaa kuntoutuksen ja toimintakyvyn arvioinnin kehittämisen kokonaisuutta, johon hanke pohjautuu. Kuvaamme myös kuntoutuksen ja toimintakyvyn arvioinnin moniulotteisuutta, mikä on tärkeä huomioida arvioitaessa hankkeen tuloksia sekä niistä tehtäviä johtopäätöksiä. Raportin loppuosassa, pohdinnassa ja johtopäätöksissä käsitellään erityisesti sitä, miten AITO-hankkeen aikana käytettyjä, ja muita vastaavia mittareita voitaisiin ottaa käyttöön erilaisissa kuntoutus- ja muissa sote-palveluissa sekä miten ja missä mittareista kertyvää tietoa voidaan hyödyntää.

## 1.1 Kuntoutuksen uudistaminen, kehittäminen sekä kansalliset suositukset toimintakyvyn arviointiin

Toimintakykymittareiden käyttökelpoisuuden ja soveltuvuuden sekä pätevyyden, toistettavuuden ja muutosherkkyyden arviointiin perustuvia suosituksia on julkaistu TOIMIA-tietokannassa (Toimintakyvyn Mittaaminen ja Arviointi) TOIMIA –verkoston asiantuntijaryhmien valmistelemina. Geneeristen mittareiden osalta merkittävä on jo vuonna 2013 julkaistu suositus ”Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa” (Aalto ym. 2013). Tässä suosituksessa esitellään viisi yleistä eli geneeristä elämänlaadun mittaria, joita on Suomessa käytetty laajoissa väestötutkimuksissa: 15D, EQ-5D, RAND-36 sekä WHOQOL-BREF ja siihen perustuva lyhyempi EuroHIS-8. Suosituksessa todetaan, että nämä mittarit on kehitetty ryhmätason arviointiin, ei yksilötason päätöksentekoon. Yksilötasolla mittareita voidaan kuitenkin käyttää keskusteluiden pohjaksi, tavoitteiden asettamisen tukena ja toiminnan suunnitteluun. Suosituksessa päädyttiin siihen, että yksiselitteistä ohjetta mittarin valinnalle on mahdotonta antaa, koska esimerkiksi kuntoutusinterventioiden tavoitteet ovat vaihtelevia riippuen kohderyhmästä ja kuntoutusmenetelmistä. Mittarin valinnassa keskeisinä seikkoina pidettiin arvioitavan intervention tavoitteiden kannalta keskeisiä elämänlaadun ulottuvuuksia, soveltuvuutta kohderyhmän arviointiin sekä vertailuarvojen saatavuutta. (Aalto ym. 2013.) Myöhemmin eri yhteyksissä on kuitenkin esitetty toiveita tietyn, eri palvelujen yhteydessä laajasti käytettävän mittarin valintaan.

Vuonna 2017 julkaistiin Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi (sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Raportissa ehdotettiin toiminta- ja työkyvyn arvioinnin perustaksi ICF-viitekehystä. Lisäksi ehdotettiin, että palvelujen tuottajat ja kuntoutuksen järjestäjät hyödyntävät valtakunnallisesti hyväksytyjä toiminta- ja työkykymittareita (komitean ehdotus 8). Komitea ehdotti myös, että kuntoutusjärjestelmässä otetaan käyttöön olemassa olevia, tunnettuja mittareita, perustuen TOIMIA-asiantuntijaverkoston toteuttamaan arviointiprosessiin ja TOIMIA-tietokannassa avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Lisäksi ehdotettiin, että kuntoutuksen järjestäjät ja tuottajat seuraavat kuntoutuksen vaikuttavuutta käyttäen yhtenäisiä indikaattoreita. Näitä indikaattoreita tarvitaan useista eri toiminta- ja työkyvyn osa-alueista. Komitea linjasi myös kuntoutuksen tietojärjestelmien kehittämisessä tarvittavia toimenpiteitä. (sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Kuntoutuksen tietopohja (KUTI) -hanke toteutettiin THL:ssä vuoden 2019 aikana ja hankkeessa valmisteltiin kaksi suositusta ”Aikuisten toimintakyvyn itsearviointi kuntoutumistarpeen tunnistamisessa ja

kuntoutumisen seurannassa” (TOIMIA 2020a). Tässä esitettiin myös suositeltavat generiset itsearviointimittarit: WHODAS 2.0 12 kysymystä, PROMIS Yleinen terveys ja EuroHIS-8. Toisena valmisteltiin suositus ”Aivoverenkiertohäiriön (AVH) sairastaneiden toimintakyvyn vähimmäisarviointi kuntoutustarpeen arvioinnissa ja kuntoutuspalveluissa” (TOIMIA 2020b). Vuonna 2020 International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) -järjestö laati suosituksen aikuisille suunnatuista yleisen terveyden mittareista. Myös tässä suosituksessa ehdotettiin WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys -mittareita. Kolmantena vaihtoehtona suosituksessa oli WHO Wellbeing Index. (Gangannagaripalli ym. 2022.)

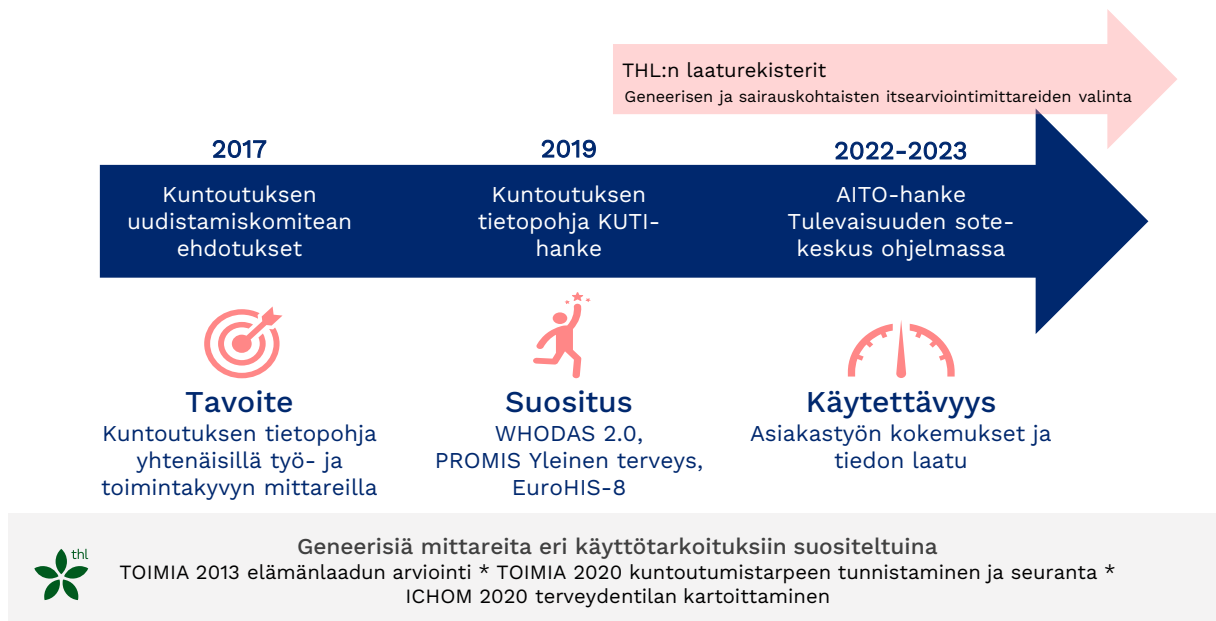
KUTI-hankkeeseen liittyvässä selvityksessä (Penttinen 2020) todettiin, että tietoja kuntoutujien toimintakyvystä on saatavilla kovin vähän eri järjestelmissä. Suoraa toimintakykytietoa asiakkaan itsensä raportoimana tai ammattilaisten mittaamana, on saatavilla esimerkiksi väestötutkimuksista ja suppeasti eri rekistereistä. Yleisimmin toimintakyvystä saatavilla olevat tiedot ovat kuitenkin välillisiä tietoja, esimerkiksi tietoja myönnettyistä tuista ja etuuksista tai tietoja näkövamma- tai tekonivelrekistereistä. Selvityksen pohjalta ehdotettiin, että toimintakykytiedon keräämistä ja kirjaamista on koordinoitava kansallisella tasolla. Suosituksia toimintakyvyn vähimmäisarvioinneista eri tilanteissa tulee laatia eri käyttötarkoituksiin ja erilaisille ryhmille. Vain näin voidaan saada vertailukelpoista tietoa eri ryhmien toimintakyvystä ja sen muutoksista sekä hyödyntää sitä niin vertailukehittämisessä kuin tutkimuksessakin

Vuonna 2020 julkaistussa Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelmassa vuosille 2020–2022 (sosiaali- ja terveysministeriö 2020) asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallisuus ovat keskeisiä painopisteitä. Hyvässä kuntoutuskäytännössä yhdistyvät näyttöön perustuva ja vaikuttava toiminta sekä kuntoutuksen ammattilaisten ja asiakkaiden myönteiset kokemukset. Toimintasuunnitelmassa todetaan, että itsearviointimittarit (PROM) voivat tukea asiakkaan osallisuutta tavoitteiden asettelussa, kuntoutuksen suunnittelussa ja arvioinnissa. Kuntoutuksen vaikutusten ja vaikuttavuuden arvioinnissa asiakkaan oma kokemus on tärkeä saada esiin.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa vuosina 2020–2023 (sosiaali- ja terveysministeriö 2021) sote-palveluiden kehittämisen tavoitteina oli kehittää palveluista yhdenvertaisia, oikea-aikaisia ja jatkuvia; monialaisia ja yhteen toimivia palveluita; laadukkaita ja vaikuttavia palveluita; sekä siirtää toiminnan painopistettä ehkäisevään ja ennakkoivaan työhön. Ohjelman aikana palveluiden laatua ja vaikuttavuutta pyrittiin kehittämään muun muassa ottamalla käyttöön yhtenäisiä työ- ja arviointimenetelmiä sekä arvioimalla työn vaikuttavuutta kansallisesti yhtenäisellä tavalla. Alueilla yhtenäistäminen käynnistyi ohjelman aikana hyvin, mutta kansallisella tasolla koordinaatiossa päästiin vasta alkuun. Yhtenäistämistä rajoitti se, ettei esimerkiksi kuntoutuksen vaikutuksia (ja vaikuttavuutta) mittaavia kansallisen tason mittareita kuitenkaan ollut määritelty. Ainoa kansallisesti määritelty toimintakyvyn arviointimenetelmä on RAI-järjestelmä ikääntyvien palveluissa.

Sosiaali- ja terveystalouden asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin ei ole vielä yhtenäisiä käytäntöjä kansallisesti, eikä kaikilla hyvinvointialueilla alueen sisälläkään. Mikäli yhtenäisiä arviointikäytäntöjä saataisiin nivottua osaksi asiakkaan hoito- ja kuntoutuspolkua, ne olisivat osaltaan edistämässä palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja oikea-aikaisuutta sekä mahdollistamassa vaikuttavuuden arviointia. Yhteneväinen toimintakykytieto tukee alueellista ja kansallista kehittämistä, vertailua ja päätöksentekoa.

Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteet –oppaassa (sosiaali- ja terveysministeriö 2022) läpileikkaavana periaatteena on kuntoutujalähtöisyys, joka tarkoittaa kuntoutujan osallisuuden vahvistamista kuntoutuksen kaikissa vaiheissa, kuten kuntoutustarpeen arvioinnissa, tavoitteiden asettamisessa, kuntoutuksen suunnittelussa, päätöksenteossa sekä seurannassa. Asiakkaan oma arvio toimintakyvystään yhtenäisiä mittareita käyttäen tukee erityisesti asiakas- ja kuntoutujalähtöisyyttä, mutta vain silloin, kun ammattilainen tarkastelee asiakkaan vastauksia (mittaustuloksia) vuorovaikutuksessa hänen kanssaan. Myös tässä oppaassa esitetään, että toiminta- ja työkyvyn mittaamisessa käytetään pääsääntöisesti TOIMIA-tietokannassa olevia mittareita ja kansallisen asiantuntijaryhmän valmistelemia suosituksia eri sairausryhmissä käytettävistä mittareista, sillä mikään yksittäinen tieto ei kerro kokonaiskuvausta toimintakyvystä. Oppaan mukaan eri tavoin kerätty tieto ja mittaustulokset tulee yhdistää ja tulkita asiakkaan senhetkisen toimintakyvyn kuvaamiseksi, kuntoutustarpeen ja kuntoutuksen suunnittelua varten.



**Kuvio 1. Geneerisiin mittareihin liittyviä hankkeita, suosituksia ja ehdotuksia.**

Kuvioon 1 on koottu keskeisimmät AITO-hanketta edeltäneet tai saman aikaisesti toteutetut ja raportoidut hankkeet ja suositukset, joista on kertynyt perustaa geneeristen mittareiden valintaan ja käyttöön kuntoutuspalveluissa. Geneeristen PROM-mittareiden eli yleisten vointimittareiden valintaa on viime vuosina selvitetty myös laajassa asiantuntijayhteistyössä kehitettäessä terveydenhuollon kansallisia laaturekistereitä, joihin on tavoitteena saada myös asiakkailta ja potilailta itseltään tietoa heidän voinnistaan ja hoidon vaikutuksista (Tiirinki ja Jonsson 2020).

Kela on kerännyt jo vuodesta 2015 alkaen kuntoutuksen hyötyä koskevaa arviointitietoa käyttäen yhtenäisiä mittareita. Näiden avulla arvioidaan kuntoutujan elämänlaatua (WHOQOL-BREF, 26 kysymystä), mielialaa (BDI-21 depressiokysely), koettua työkykyä sekä kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista (GAS-menetelmä). Lisäksi käytetään Kelan, Väestörekisterikeskuksen ja Eläketurvakeskuksen rekisteritietoja kuntoutujan työllistymisen ja työssä pysymisen seuraamiseksi. Kelan kuntoutuksen hyödyn arviointi -raportti julkaistaan vuosittain ja raportointi on laajentunut vuosi vuodelta. Raporteissa kuntoutuksen hyötyä arvioidaan muutoksina asiakkaiden toimintakyvyssä. Vuoden 2021 raportissa todettiin, että elämänlaatusa hyväksi tai erittäin hyväksi arvioineiden osuus kasvoi ja huonoksi tai erittäin huonoksi arvioineiden osuus pieneni kaikissa 12 arvioinnissa mukana olleessa työikäisten kuntoutuspalvelujen ryhmässä. Kutakin palvelua arvioitiin erikseen, sillä jo alkutilanteessa havaittiin suuria eroja ryhmien välillä (Karinkanta ja Reiterä 2023).

Kaikista edellä mainituista toimenpiteistä huolimatta sote-palveluissa yhtenäisten mittareiden käyttöönotto on edennyt hitaasti ja mittareiden käyttö on edelleen hyvin vaihtelevaa. Osittain tämä johtunee toimintakyvyn moniulotteisuudesta ja siten sen mittaamisen haasteellisuudesta, mutta myös siitä, että kansallisesti mikään taho ei ole vahvasti ohjannut toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen kehittämistä ja yhtenäisten mittareiden valintaa.

## 1.2 Toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen haasteet asiakastyössä ja vaikuttavuuden arvioinnissa

Mittarin käytön kannalta on olennaista tarkentaa, miten mittaria on tarkoitus käyttää, sillä mittarin käyttötarkoitus määrittelee sen, mitä ominaisuuksia mittarilta erityisesti vaaditaan. Kaikissa tilanteissa mittarin on kyettävä mittaamaan juuri sitä asiaa, jota mittarilla halutaan kuvata (Mokkink ym. 2010).

Ammattilainen voi käyttää geneeristä itsearviointimittaria asiakastyön apuna saadakseen monipuolisen kokonaiskuvan asiakkaan tilanteesta. Mittarin käytön tavoitteena voi myös olla kuntoutuksen vaikutusten arviointi asiakkaan näkökulmasta. Mittarilla saatua tietoa halutaan usein käyttää hyödyksi myös yksiköiden ja organisaatioiden välisessä vertaiskehittämisessä. Usein tavoitteena on hyödyntää asiakkaan itsearviointitietoa kaikissa edellä mainituissa tilanteissa. Ensimmäiset mittarit, jotka kuvasivat potilaan omaa kokemusta hoidon tuloksellisuudesta (PROM, patient reported outcome measure) kehitettiin tutkimuskäyttöön, mutta eri maissa niitä on otettu usein laajaan käyttöön terveyspalvelujen arvioinnissa. Kliinisessä työssä niitä hyödynsivät aluksi yksittäiset ammattilaiset. Nykyään elämänlaatua, toimintakykyä ja vointia kuvaavia itsearviointimittareita käytetään myös kansallisella tasolla hoidon laadun arvioimisessa. (Black 2013.) Toistaiseksi on kuitenkin käytettävissä vain niukasti näyttöä siitä, miten yleiset toimintakyky- tai elämänlaatumittarit soveltuvat sote-palveluiden laadun tai vaikuttavuuden arviointiin.

KUTI-hankkeessa suositelluista kolmesta erilaisesta mittarista kertyvää tietoa on vaikea hyödyntää toimintayksikköjen tai organisaatioiden välisessä vertailukehittämisessä ja kansallisen tietopohjan luomisessa. Suositellut mittarit sisältävät toimintakykyyn liittyviä kysymyksiä, mutta mittaritulokset kuvaavat eri asioita: toimintarajoitteista johtuvia vaikeuksia, koettua fyysistä tai psykososiaalista terveyttä sekä elämänlaatua. KUTI-hankkeessa havaittiin, ettei geneeristen mittareiden käyttökokemuksista tai mittaritulosten tulkinnasta asiakkaan tilanteen seurannassa ole riittävästi tietoa. Myös kansainvälisissä katsauksissa on todettu, että tieto siitä, voidaanko geneerisiä mittareita käyttää kuntoutuksen vaikutusten ja yleensäkin hoidon vaikuttavuuden arviointiin, on puutteellista (Aalto ym. 2016, Greenhalgh ym. 2018, Silveira Bianchim ym. 2023).

Haettaessa vaikuttavuuden arviointiin soveltuvaa mittaria on pohdittava myös sitä, miten hyvin mittari kattaa ne asiat, joihin kuntoutuksella tai muulla interventiolla pyritään vaikuttamaan. Lisäksi pitää selvittää, onko mittari riittävän herkkä osoittamaan intervention vaikutukset. Kuntoutuksessa, erityisesti ikääntyneiden ja monien pitkäaikaisesti sairaiden osalta, tavoitteiden mukainen tulos voi olla toimintakyvyn paranemisen sijaan toimintakyvyn säilyminen ennallaan tai heikkenemisen hidastuminen verrattuna tilanteeseen ilman kuntoutusta. Mittareiden käytössä olennaista on myös se, että mittareita käyttävät ammattilaiset tiedostavat ja ymmärtävät mihin vaikuttavuustietoa käytetään ja on sovittu, miten toimintaa voidaan kehittää vaikuttavuustietoon perustuen (Greenhalgh ym. 2018, Silveira Bianchim ym. 2023).

Vaikutus ja vaikuttavuus termejä käytetään usein rinnakkaisina. Vaikuttavuustutkimuksen näkökulmasta kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen edellyttäisi sitä, että saadaan tietoa siitä, miten asiakkaan tilanne muuttuu tavoitteiden mukaisesti suhteessa lähtötilanteeseen, esimerkiksi miten toimintakyky kohenee ensisijaisesti kuntoutuksen vaikutuksesta. Vaikuttavuuden tutkiminen edellyttäisi, että voidaan verrata erilaisia palveluja saaneita ryhmiä ja näiden interventioryhmien tulisi olla vertailukelpoisia. (Malmivaara 2022.) Toimintakyvyn ja kuntoutuksen moniulotteisuudesta johtuen vaikuttavuutta harvoin syntyy vain tietyn kuntoutustoimenpiteen seurauksena. Lisäksi vaikuttavuuden arvioinnissa tarvittavia vertaiskontrolloituja tutkimuksia tai satunnaistettuja kontrolloituja kokeita on vaikea rakentaa käytännön asiakastyön ympäristöön. Kun mittauksia tehdään kuntoutusjakson alussa ja loppuvaiheessa tai heti kuntoutusjakson jälkeen, ei yleensä saada esiin pitkäkestoista vaikuttavuutta. Näistä syistä tässä raportissa pyritään kuvaamaan geneerisillä mittareilla havaittavia muutoksia, joihin kuntoutuksella on voitu vaikuttaa, mutta ei kuitenkaan voida poissulkea muiden tekijöiden vaikutuksia.

### 1.3 Geneeriset ja spesifit mittarit toimintakyvyn arvioinnin tukena kliinissä asiakastyössä sekä terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa

Suomessa eri sairaalat ovat ottaneet käyttöön erilaisia PROM-mittareita, osassa kuitenkin niin, että erikoisaloilla on käytetty eri mittareita. Mittareiden valinnassa on pohdittu, voiko sama mittari soveltua käyttöön erilaisissa sote-palveluissa, laaturekistereissä ja myös kuntoutuksen tietopohjassa. Tässä pohdinnassa keskeistä on geneeristen ja spesifien mittareiden käyttötarkoitusten tarkentaminen.

Geneeriset (yleiset) itsearviointimittarit on suunniteltu kuvaamaan fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä, koettua terveyttä, hyvinvointia tai elämänlaatua ja laajemmin tyytyväisyyttä elämään siten, että niiden ajatellaan soveltuvan eri asiakas- ja potilasryhmille. Ne kuvaavat asiakkaan tilannetta

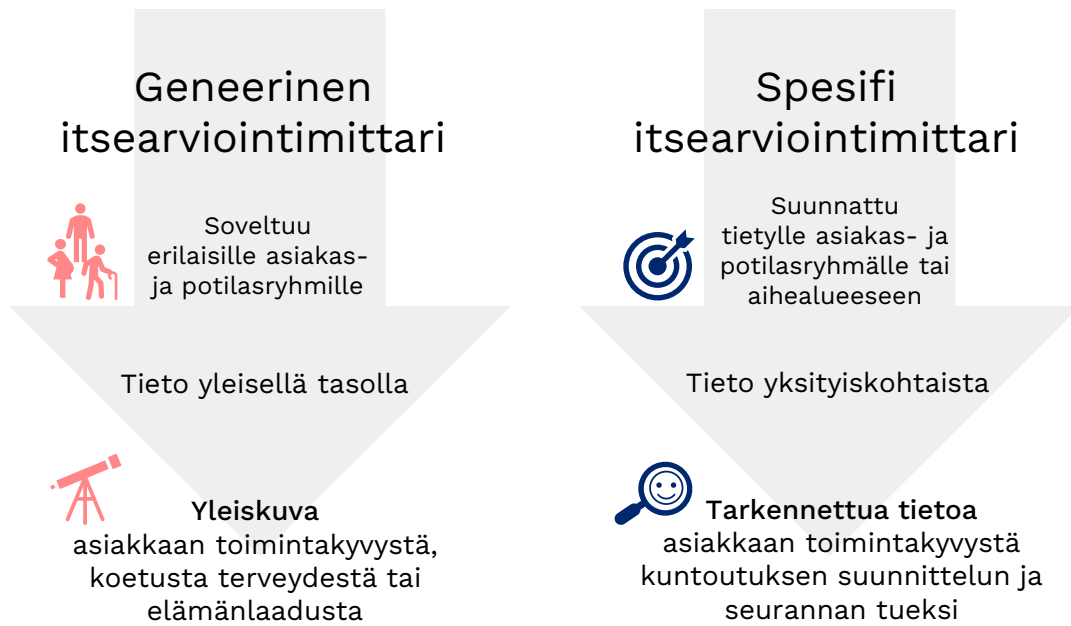
yleisellä tasolla. Asiakkaan näkemystä omasta tilanteestaan voidaan kysyä myös tietyille asiakasryhmälle, tiettyyn sairauteen tai tiettyyn tilanteeseen suunnatulla eli spesifillä itsearviointimittarilla. Spesifi itsearviointimittari voi kattaa toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin eri osa-alueita, kuten geneerinenkin mittari, mutta se on kohdennettu rajatumminkin, esimerkiksi tietyille asiakas- tai potilasryhmälle merkityksellisiin asioihin. Spesifillä itsearviointimittarilla voidaan kartoittaa myös tiettyä toimintakyvyn tai terveyden ulottuvuutta tarkemmin kuin geneerisellä mittarilla. (Kuvio 2.)

Geneerisen mittarin rinnalla voidaanankin esittää (Aalto ym. 2016) jopa välttämättömäksi käyttäviä myös validia sairausspesifiä mittaria, joka mittaa kyseisen sairauden aiheuttamia erityisongelmia (esimerkiksi mäsennus- tai kipuoireet, eri sairauksista, esimerkiksi sydänsairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, hengityselinsairaudet, aiheutuvat rajoitteet ja oireet). Usein spesifejä ja geneerisiä mittareita käytetäänkin rinnakkain (Black 2013). PROMIS-mittaristossa yhdistyvät geneerisyys ja spesifisyys. PROMIS-kysymyspankit sisältävät tiettyyn aihealueeseen liittyviä kysymyksiä, joiden vastausasteikko on standardoitu siten, että tuloksia voidaan vertailla eri potilasryhmissä (Kokko & Anttila 2017). Aihe voi olla siis tarkkarajainen, mutta kysymykset soveltuvat eri asiakas- ja potilasryhmille. AITO-hankkeessa käytetty PROMIS Yleinen terveys on kuitenkin poikkeus muihin PROMIS-mittareihin verrattuna, koska sen tarkoituksena on kuvata yleistä koettua terveyttä.

Itsearviointiin perustuvien mittareiden lisäksi on lukuisia erilaisia kliinisiä toimintakyvyn mittareita, jotka perustuvat esimerkiksi asiakkaan suoritukseen tai ammattilaisen systemaattiseen havainnointiin. Toimintakykymittarilla voidaan tarkoittaa myös mittalaitetta, kuten puristusvoimamittaria, tai yksittäistä kysymystä. (Anttila ym. 2021.) Yhteistä toimintakyvyn mittareille on se, että niiden käyttöön on tietty suoritustapa ja niistä saadaan jokin mittaustulos, jota voidaan seurata ja verrata sekä yksilö- että ryhmätasolla. Hyvän toimintakykymittarin kehittäminen vaatii erityistä sisällöllistä ja tilastollista osaamista ja lukuisia tutkimuksia. Tieto mittarien pätevyydestä ja luotettavuudesta lisääntyy jatkuvasti uusien tutkimusten myötä. (Valkeinen ym. 2014.) Samalla lisääntyy tieto siitä, mihin käyttötarkoitukseen mittarit soveltuvat ja mitä tulosten tulkinnassa tulee huomioida.

Toimintakykytiedon rakenteisessa kirjaamisessa toimintakykymittaritulokset ja ammattilaisen tekemät havainnot ovat toimintakykymerkintöjä. Toimintakykyarvio puolestaan sisältää ammattilaisen laatiman tai moniammatillisesti laaditun kokonaisarvion ja johtopäätökset ihmisen toimintakyvystä sekä siinä mahdollisesti tapahtuneesta muutoksesta. (Anttila ym. 2021.) Kaikki toimintakyvyn osa-alueet vaikuttavat toisiinsa ja ovat aina riippuvaisia ympäristöstä ja sen tarjoamista mahdollisuuksista. Täysin samanlaisilta vaikuttavat rajoitteet toimintakyvyssä vaikuttavat eri tavoin eri ihmisten mahdollisuuksiin elää omaa arkeaan, tehdä työtään ja osallistua. Siksi mittaustulostenkin tulkinta on aina asiakastyössä viime kädessä yksilöllistä.

AITO-hankkeessa lähtökohtana oli näkemys siitä, että geneeriset mittarit voivat olla asiakaskeskeisyyttä edistäviä työvälineitä moniammatillisessa ja monialaisessa asiakkaan kohtaamisessa ja kuntoutuksessa (ISOQOL 2015). Vaikka geneeriset itsearviointimittarit eivät välttämättä tuo esille kuntoutuksen vaikutuksia yhtä selkeästi kuin spesifit itsearviointimittarit, geneeriset mittarit mahdollistavat eri asiakas- tai potilasryhmien kuvailun ja vertailun (THL 2023c). Geneeriset mittarit voivat toimia puheeksi oton välineenä ja antaa tärkeää tietoa asiakkaan tai potilaan kokonaistilanteesta ja näin tukea oikea-aikaista tarpeen mukaisiin palveluihin ohjautumista (ISOQOL 2015). Ne voivat toimia kuntoutumistarpeen arvioinnin välineenä myös silloin kun palvelu on kertaluonteista (esim. vain yksi ohjauskerta). Lyhytkestoisessa palvelussa geneerisiä mittareita voidaan käyttää kuntoutumisen seurannan välineenä, jos asiakasta pyydetään palauttamaan mittari (tai vastaamaan digipalvelussa) sovitun ajan kuluttua. Kuntoutustarpeen arvioinnissa spesifit ja geneeriset mittarit eivät ole toisiaan poissulkevia, mutta ne voivat sisältää päällekkäisyyksiä, mikä saattaa kuormittaa asiakasta, jos häntä pyydetään vastaamaan useampaan samojen aihealueita sisältävään mittariin.



Kuvio 2. Geneeristen (yleisten) ja spesifien (tarkentavien) itsearviointimittareiden ominaisuuksia.

## 1.4 Mittareiden käytettävyys ja mittaritulosten tulkinta

Toimintakykymittareiden käyttökelpoisuutta, toimivuutta, soveltuvuutta ja hyödyllisyyttä on tutkittu erilaisin, osin päällekkäisten ja eri tavoin suomennettujen käsitteiden avulla, kuten käytettävyys tai käyttökelpoisuus (feasibility, clinical usefulness, usability), hyväksyttävyyden (acceptability, patient burden), hyöty/hyödyllisyys (utility). AITO-hankkeessa sovellettiin kansainvälisen COSMIN-tutkijaverkoston luomia suosituksia toimintakykymittareiden arvioinnista, valintaprosessista ja käsitteistöä (Prinsen ym. 2016), kuten aiemmassa KUTI-hankkeessa (2020). Lähtökohtana on mittareiden käyttöönoton eli implementoinnin valmistelu. Itsearviointiin perustuvien mittareiden käytettävyydestä mittareiden käyttöönotossa ei kuitenkaan ole vielä yhtenäisiä standardeja tai viitekehysjä (Jones 2018).

Tässä raportissa käytämme termiä **käyttökelpoisuus (usefulness)** kuvaamaan kaikkia niitä mittarin käyttöön liittyviä asioita, jotka eivät varsinaisesti kuulu toimintakykymittarin psykometriikkaan eli mittausominaisuuksiin. COSMIN-tutkijaverkoston mukaan toimintakykymittareita arvioitaessa tulee kuvata mittareiden käytettävyyttä (feasibility) ja tulosten tulkittavuutta (interpretability) mittarin mittausominaisuuksien lisäksi (Prinsen ym. 2016). Käyttökelpoisuuteen sisältyvät käytettävyyden ja tulkittavuuden lisäksi esimerkiksi mittarin hyväksyttävyyden, koettu hyödyllisyys, soveltuvuus suomalaiseen järjestelmään sekä saavutettavuus.

Lähtökohtina toimintakykymittarin käytölle ovat sen psykometriset ominaisuudet eli mittarin avulla saatujen mittaustulosten pätevyys (validiteetti) ja luotettavuus/toistettavuus (reliabiliteetti) tietyssä tilanteessa, tarkoituksessa ja kohderyhmällä. Muutosherkkyys (responsiveness) kuvaa mittarin kykyä havaita asiakkaan tilassa tapahtuva muutos, mikä on vaikutusten arvioinnissa keskeistä. Muutoksen havaitsemista vaikeuttavat mittaritulosten kasautuminen asteikon alapäähän (lattiaefekti) tai yläpäähän (kattoefekti). Tulosten tulkintaa helpottavat väestön tai alaryhmien (esimerkiksi eri sairautta sairastavat) viitearvot tai ryhmiä erottelevat raja-arvot. Suomalaisen väestön viite- tai raja-arvoja on kuitenkin harvoin käytettävissä. EuroHIS-8-mittaria on käytetty THL:n laajoissa väestötutkimuksissa, joten EuroHIS-8-tuloksista on saatavilla keskiarvo- ja jakaumatietoa sukupuolen, koulutuksen ja ikäryhmien mukaan.

Mittaritulosten tulkintaa ja mittareiden käyttö vaikuttavuuden arvioinnissa vaikeuttaa myös vastaussiirtymä (response shift), josta puhutaan, kun henkilö sairauden tai terveysongelmia (esim. kivut) kohdatessaan vastaa elämänlaatua ja toimintakykyään koskeviin kysymyksiin eri lähtökohdista käsin. Vastaussiirtymä voi johtua siitä, että vastaajan arviointikriteerit ovat muuttuneet (uudelleen arvottaminen), vastaajan arvoissa on

tapahtunut muutoksia (esim. itselle tärkeissä elämänlaadun osatekijöissä tai toimintakyvyn edellytyksissä) tai vastaaja on voinut määrittellä uudelleen elämänlaatunsa ja toimintakykynsä eri osatekijöitä. Kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta vastaussiirtymä on ongelmallinen, koska se voi sekoittaa kuntoutuksen seurauksena tapahtuvan muutoksen havaitsemista. Lisäksi kuntoutuksessa on voitu vahvistaa sairauden tai terveysongelman hallintakeinoja, jolloin asiakas sopeutuu toimintakyvyn tai terveyden heikkenemiseen, eikä heikkeneminen tule esille mittarituloksissa. (Oort 2005, De Vet ym. 2011, Aalto ym. 2013, Sawatzky ym. 2021.) Asiakkaalle merkittävä muutospistemäärä voi riippua lähtötilanteesta tai sairauden/oireen oletetusta etenemisestä. Jos palvelun (hoito, terapia) tavoitteena ei ole ihmisen tilanteen paraneminen vaan heikkenemisen hidastaminen, ei samoja muutospisteiden viitearvoja voi soveltaa seurannassa (Cocks & Buchanan 2023).

Mittaritulosten pätevyyttä eli validiteettia voidaan tarkastella useilla eri tavoilla, esimerkiksi vertaamalla mittaritulosta toiseen luottavana pidettävän mittarin tulokseen (Valkeinen ym. 2014). Samaa asiaa mittaavien mittareiden tulosten tulisi olla yhteneväisiä. Samalla tavoin voidaan tarkastella mittarituloksessa tapahtuvaa muutosta eli muutoksen pätevyyttä. Tätä kutsutaan mittarin muutosherkkydeksi (Mokkink ym. 2021): kun asiakkaan tilanteesta todellisuudessa tapahtuu muutos, tulisi sen näkyä mittarituloksessa. Myös muutoksen suuruuden tulisi näkyä tuloksessa oikein.

Mittarituloksen pitäisi pysyä samana eri mittaolosuhteissa, mikäli mitattavassa asiassa ei ole tapahtunut muutosta. Jos tulos kuitenkin muuttuu tällaisessa tilanteessa, johtuu se mittausvirheestä (measurement error). Tällöin mittarin toistettavuus ja reliabiliteetti on huono (Mokkink ym. 2010). Tuloksen virheellinen vaihtelu voi johtua esimerkiksi mittaajasta (eri tavoin annetut ohjeet), mittausilanteesta (hälyisiä ympäristö), mittarista (kysymykset voi ymmärtää eri tavoin), mittausvälineistä (vastaaja klikkaa vahingossa väärän kohdan) tai analyysimenetelmistä (esimerkiksi erilaisista tavoista laskea pisteitä tai analysoida tuloksia).

## 1.5 Hankkeen tavoite ja tarkoitus

AITO-hankkeen tarkoituksena oli koota tietoa KUTI-hankkeessa suositeltujen geneeristen mittareiden käytöstä fysioterapiakuntoutuksen asiakastyössä kahdeksalla hankkeeseen osallistuneella hyvinvointialueella:

- Millaisia kokemuksia asiakkailla ja ammattilaisilla on WHODAS 2.0 12 kysymystä, PROMIS Yleinen terveys ja EuroHIS-8 –mittareiden käytöstä,
- millaisia muutoksia voidaan havaita mittarituloksissa kuntoutusjakson alusta loppumittaukseen ja miten niitä voidaan tulkita,
- mitä asioita olisi huomioitava, kun mittareita otetaan käyttöön.

Osalla hyvinvointialueista oli jo aiemmin käyttöön otettuja toimintakyky-mittareita (sekä geneerisiä että spesifejä), jotka saattoivat kuitenkin vaihdella eri toimintayksiköissä ja eri palveluissa. Erityisesti ne hyvinvointialueet, jotka eivät vielä olleet tehneet päätöstä geneerisestä itsearviointimittarista, olivat kaivanneet tukea mittarivalintaan.

Mittaritulosten pätevyyttä, luotettavuutta tai viitearvoja ei pystytä tässä hankkeessa systemaattisesti arvioimaan. Hankkeen alkuperäisenä tarkoituksena oli saada tietoa myös geneeristen mittareiden mittausominaisuuksista, tulosten tulkinnasta ja luotettavuudesta eri käyttötarkoituksia varten. Hankkeen aikana todettiin, että tämä olisi edellyttänyt mittareiden laajempaa käyttöönottoa keskenään vertailukelpoisemmissa asiakasryhmissä kuin mikä oli käytännössä mahdollista lyhyen hankkeen toteutusajan puitteissa ja monien muutosten keskellä, kun alueilla siirryttiin uusiin hyvinvointialueiden organisaatioihin. Raportin lopussa esitämme kuitenkin arvioita siitä, miten geneeristen mittareiden tuloksia voitaisiin käyttää kuntoutuksen vaikutusten arvioimiseksi.



## 2 Hankkeen toteutus

*Susanna McLellan, Päivikki Koponen*

Aloite geneeristen mittareiden selvitystyöhön tuli Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa kuntoutuksen kehittämisen yhteyshenkilöiltä. Hankkeen suunnitteluun osallistuivat sosiaali- ja terveysministeriö, THL:n asiantuntijat sekä aiheesta kiinnostuneet hyvinvointialueiden edustajat. Hankkeen valmistelu ja toteutus ajoittui ajanjaksolle 22.3.2022–31.12.2023. Alkuvaiheen keskusteluihin osallistuneista kymmenestä hyvinvointialueesta kahdeksan osallistui lopulta hankkeeseen. Sote-uudistus ja hyvinvointialueille siirtymisen sijoittuivat hankeajkaan ja uusien organisaatioiden muodostamiseen liittyneet haasteet saattoivat vaikeuttaa sekä hankkeeseen osallistumista että hankkeen toteutusta.

THL koordinoi tiedonkeruuta ja toimi hankkeen aikana kerätyn aineiston rekisterivastaavana. THL:ssä laadittiin tutkimussuunnitelma, joka sai puoltavan lausunnon laitoksen eettiseltä työryhmältä kesäkuussa 2022. Hyvinvointialueet tarkenisivat tämän jälkeen omia toteutus suunnitelmiaan, joissa määriteltiin muun muassa se, mitä mittaria tai mittareita käytetään, millä kohderyhmällä tai kohderyhmillä, missä yksiköissä tai toimintaympäristöissä.

Hankkeen ohjaavaan ryhmään osallistuivat sosiaali- ja terveysministeriön edustajat Anne Kanto-Ronkanen ja Seija Sukula (12/2023 asti), Essi Rentola (01/2024 alkaen), hyvinvointialueiden edustajana Etelä-Karjalan hyvinvointialueen kuntoutusjohtaja, professori Jaro Karppinen, THL:stä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankejohtaja Anu Niemi ja johtava asiantuntija Heli Valkeinen, toimintakykytutkimuksen asiantuntijoina erikoistutkija Päivi Sainio ja tutkimusprofessori Seppo Koskinen sekä hankkeen vastaava tutkija, johtava asiantuntija Päivikki Koponen sekä hankkeen käytännön toteutusta koordinoinut tutkija Susanna McLellan. Hyvinvointialueet nimesivät yhteyshenkilön tai -henkilöt, jotka vastasivat hankkeen käytännön toteutuksen koordinoinnista omalla alueellaan. Yhteyshenkilöt hyvinvointialueilta ja THL:ssä hanketta koordinoinut tutkija sekä tarpeen mukaan muut THL:n asiantuntijat kokoontuivat hankeajkaan säännöllisesti etäyhteyksin. ”Yhteyshenkilöiden aamukahvit” järjestettiin syksyllä viikoittain 22.9.2022 alkaen ja keväällä joka toinen viikko 22.5.2023 asti. Keskustelut kirjattiin Yhteistyötila-verkkopalveluun, johon myös päivitettiin tietoa tiedonkeruun etenemisestä. Yhteyshenkilöiden lisäksi ohjaavan ryhmän jäsenillä oli pääsy Yhteistyötilaan.

Hankkeeseen osallistuneille ammattilaisille järjestettiin kaksi iltapäivän kestänyttä koulutustilaisuutta. Ensimmäisessä tilaisuudessa perehdyttiin geneeristen mittareiden käyttöön ja toisessa THL:n sähköisten järjestelmien käyttöön tietojen tallennuksessa tutkimuskäyttöön ja asiakkaan kanssa käytävään vuorovaikutukseen, kun häntä pyydetään täyttämään lomakkeet sekä osallistumaan hankkeeseen. Koulutustallenteet ja esitykset olivat hankkeen ajan ammattilaisten ja yhteyshenkilöiden käytettävissä, lisäksi säännöllisesti toistuvissa Teams-palaverissa, ”tiedonkeruun aamukahveilla”, oli mahdollista pohtia ratkaisua tiedonkeruussa vastaan tulleisiin ongelmatilanteisiin yhdessä THL:n tutkijan ja muiden paikallaolijoiden ammattilaisten kanssa. Tiedonkeruun aamukahvit järjestettiin viikoittain 22.9.2022 alkaen ja keväällä joka toinen viikko 22.5.2023 asti. Tyypillisimmin aamukahveilla kävi muutamia ammattilaisia ja keskustellut asiat kirjattiin pilvitalennuspalvelimelle kaikkien hankkeen tiedonkeruuseen osallistuneiden nähtäväksi.

Hankkeen toteutus ja tiedonkeruu käynnistyi kullakin alueella ammattilaisten yhteisten koulutuspäivien jälkeen, kun alueiden omat suunnitelmat hankkeen käytännön toteutuksesta oli tarkennettu, THL:n valmistelumat lomakkeet oli toimitettu alueille ja THL:n sähköiset tiedonkeruun välineet oli viimeistelty. Tiedonkeruuseen sisältyi sekä mittareiden käyttö ja niiden yhteydessä asiakkaalta kysytyt kokemukset, että ammattilaisille kohdennettu kysely mittareiden käyttökokemuksista sekä ammattilaisten ryhmähaastattelut hyvinvointialueittain (tarkempi kuvaus luvussa 3). Asiakkaan tiedot ja lomakevastaukset voitiin tallentaa THL:n sähköiseen tietojärjestelmään, kun hänelle oli kerrottu lomaketiedon käyttötarkoituksesta ja hän oli antanut tietoisuuden suostumuksen (tiedotteet ja lomakkeet hankkeen [verkkosivulla](#)). Ammattilaisille kerrottiin, että kyselyyn ja haastatteluun osallistuminen katsottiin suostumukseksi. Alueille esitettiin koulutuksen yhteydessä tavoite tiettyyn tiedonkeruuseen kutsuttavaan asiakasmäärään hankeajkaan (noin 100), mutta tästä jouduttiin

poikkeamaan sen mukaan, mikä oli kullakin alueella valituissa asiakasryhmissä käytännössä mahdollista hankeaikana. Usealla alueella hankkeen käynnistyminen viivästyi. Lisäksi mm. henkilöstöressurssien niukkuus tai henkilöstön vaihtuminen sekä siirtyminen hyvinvointialueiden uuteen organisaatioon hankaloittivat hankkeen toteutusta.

# 3 Aineisto ja menetelmät

*Susanna McLellan, Päivikki Koponen, Heli Valkeinen*

Aineiston kuvauksessa ja myöhemmin tulosten raportoinnissa pyritään seuraamaan muun muassa PROMIS-mittaristoa koskevaan raportointiohjeistusta (Hanmer ym. 2020) sekä Mokka ym. (2018) tutkimustulosten luotettavuuden arviointiin kehitettyä tarkistuslistaa.

Ennen tiedonkeruun aloitusta THL haki oikeudet WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys -mittareiden käyttöön ja lomakkeiden muuntamiseen sähköiseen muotoon THL:n tiedonkeruujärjestelmässä (tiivis yhteenveto hankkeessa käytetyistä mittareista taulukossa 1). WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin käyttöoikeus haettiin WHO:lta ja PROMIS Yleinen terveys -mittarin käyttöoikeus PHO:lta (PROMIS Health Organisation). WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin käyttöilmoitus tehdään Jyväskylän ammattikorkeakoulun [verkkosivuilla](#) ja paperilomakkeet ovat saatavilla TOIMIA-tietokannassa. Suomenkielisten PROMIS-paperilomakkeiden [käyttölupaa](#) haetaan THL:ssä sijaitsevasta PROMIS-keskuksesta. EuroHIS-8-mittarin suomen- ja ruotsinkieliset lomakkeet ovat saatavilla TOIMIA-tietokannasta ja ne ovat vapaasti käytettävissä ei-kaupalliseen tarkoitukseen. EuroHIS-8-mittarin muu tai muunlainen käyttö on sovittava WHO:n kanssa. PROMIS-lomakkeen digitalisointi edellyttää PHO:lta saatujen ohjeiden noudattamista.

**Taulukko 1. Hankkeessa käytettyjen mittareiden lyhyet kuvaukset**

Mittarin nimi (mittarin nimi englanniksi)	Sisältö lyhyesti	Asteikko ja tulos	Tulosten tulkinta
WHODAS 2.0 12 kysymystä  (WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0 12-item self-administered)	12 kysymystä (2 kysymystä 6 toimintakyvyn aihealueelta) <ul style="list-style-type: none"> <li>ymmärtäminen ja yhteydenpito (vaikeus keskittyä, oppia uutta)</li> <li>liikkuminen (vaikeus seistä pidempään, kävellä pitkä matka)</li> <li>itsestä huolehtiminen (vaikeus peseytyä, pukeutua)</li> <li>ihmissuhteet (vaikeus olla tekeissä tuntemattomien ihmisten kanssa, pitää yllä ihmissuhteita)</li> <li>arkitoimet (vaikeus hoitaa kotityöt, hoitaa päivittäinen työ/opiskelu)</li> <li>yhteisöön osallistuminen (vaikeus osallistua tapahtumiin, kuinka paljon terveydentila vaikuttanut tunteisiin)</li> </ul>	5-portainen Likert-asteikko (0–4)  Yksinkertainen laskutapa (käytettiin tässä hankkeessa): summapistemäärän maksimi 48 pistettä tai 44 pistettä, jos opiskelija tai ei käy työssä. Tulos muutetaan prosentiksi 0–100 %  Monimutkainen laskutapa: Kysymysten pisteytys vaihtelee IRT-laskukaavan mukaisesti, jossa vastausten pistemääriä painotetaan kysymyksen “vaikeustason” mukaisesti.	ICF-tarkenne toimintarajoitteesta, viitteelliset raja-arvot: Ei rajoitetta 0–4 % Lievä 5–24 % Kohtalainen 25–49 % Vaikea 50–95 % Ehdoton 96–100 %
PROMIS Yleinen terveys  (PROMIS v1.2 Global Health)	10 kysymystä koettu terveys, elämänlaatu, fyysinen terveys, psyykinen terveys, sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet, suoriutuminen sosiaalisista toimista ja rooleista, suoriutuminen fyysisistä toimista tunne-elämän ongelmat,	5-portainen Likert-asteikko, kipukysymyksessä 11-portainen.  Summapisteet yleiselle fyysiselle terveydelle ja mielenterveydelle. Taulukon avulla (tai sähköisessä järjestelmässä suoraan) summapisteet muunnettavissa standardoiduksi t-arvoksi	Tulos standardoitu t-arvo, väestön keskiarvo 50 ja jokainen keskiarvonta tarkoittaa 10 pisteen muutosta. Käytävissä yhdysvaltalaiset tai alankomaalaiset viitearvot t-arvojen tulkinnan tueksi.

	uupumus, kipu		
EuroHIS-8 (EUROHIS-QoI 8-item index)	8 kysymystä koettu elämänlaatu, riittävä tarmo arkeen, rahojen riittävyys tarpeisiin nähden, tyytyväisyys terveyteen, tyytyväisyys kykyyn selviytyä päivittäisistä toiminnoista, tyytyväisyys itsen, tyytyväisyys ihmissuhteisiin tyytyväisyys asuinolosuhteisiin	5-portainen Likert-asteikko (1–5)  Summapisteet ja pisteistä keskiarvo	Väestötutkimuksissa keskiarvo $\geq 4$ tulkitaan hyväksi elämänlaaduksi. Yli 30-vuotiaiden suomalaisten naisten /miesten keskiarvot FinTerveys 2017 -väestötutkimuksessa: 30–39 v: 4.0/4.0 40–49 v: 4.0/4.0 50–59 v: 4.0/3.9 60–69 v: 4.0/4.0 70–79 v: 3.9/4.0 80+ v: 3.8/3.8 30+: 4.0/4.0 (ikävakioitu)
PASS (Patient acceptable symptom state)	Asiakkaan oiretilanne: “Mieti päivittäin tekemiäsi asioita sekä toimintarajotteitasi ja kipujasi. Koetko vointisi tällä hetkellä riittävän hyväksi?”	kyllä/ei	Voidaan määrittää asiakkaan näkökulmasta riittävän hyvän oiretason raja-arvo samanaikaisesti käytössä olevalle toimintakykymittarille.
GRC (Global rating of change)	Yleinen muutoksen arviointiasteikko “Millainen on nykyinen *vointisi* verrattuna siihen, millainen se oli *ennen tämän kuntoutusjakson (tai hoidon) aloitusta*?” *-* tässä hankkeessa käytettävät sanamuodot	11-portainen asteikko -5 (paljon huonompi), 0 (muuttumaton), +5 (paljon parempi)	Voidaan määrittää raja-arvoja tai samanaikaisesti käytössä olevien toimintakykymittareiden muutosherkyyttä.

### 3.1 Kohderyhmät ja osallistujat

Tutkimuksen kohderyhminä olivat kuntoutuksen ammattilaiset sekä heidän täysi-ikäiset asiakkaansa, jotka kykenivät antamaan suostumuksensa osallistua tutkimukseen ja vastaamaan kyselylomakkeisiin itsenäisesti suomeksi tai ruotsiksi. Lisäksi hyvinvointialueiden omissa suunnitelmissa oli lisätarkennuksia kohderyhmistä (taulukko 4).

#### 3.1.1 Hankkeeseen osallistuneet ammattilaiset

Hankkeen aikana mittareita käytti asiakastyössä noin 100 ammattilaista. Kultakin alueelta tiedonkeruuseen osallistui 8–16 ammattilaista. Kaikki hankkeen koulutuksiin osallistuneet ammattilaiset tai THL:n tiedonkeruujärjestelmään kirjautuneet ammattilaiset eivät osallistuneet tiedonkeruuseen esimerkiksi työtehtävissä tapahtuneiden muutosten vuoksi tai tiedonkeruun aikana asiakkaat eivät täyttäneet oman hyvinvointialueen sisäänottokriteerejä. Ammattilaisten kyselyyn vastasi 69 ammattilaista (taulukko 2) ja ryhmähaastatteluihin osallistui yhteyshenkilön lisäksi 1–12 ammattilaista kultakin alueelta. Kyselyyn vastanneet ja ryhmähaastatteluun osallistuneet olivat osittain samoja henkilöitä.

**Taulukko 2. Tietoa kyselyyn vastanneista ammattilaisista (n=69) ja heidän hankeaikana käyttämistään mittareista**

Kuvailutieto	Ammattilaisten lukumäärä ja osuus
<b>Ammattinimike</b>	<b>n (%)</b>
Fysioterapeutti	66 (96 %)
Muu	3 (4 %)
<b>Työkokemus</b>	<b>n (%)</b>
alle 5 vuotta	14 (20 %)
5–10 vuotta	20 (29 %)
yli 10 vuotta	35 (51 %)
<b>Suoravastaanotokoulutus ja työskentely suoravastaanotolla tutkimuksen aikana</b>	<b>n (%)</b>
Kyllä, ja tutkimuksen aikana suoravastaanottoasiakkaita	14 (20 %)
Kyllä, mutta tutkimuksen aikana ei suoravastaanottoasiakkaita	21 (30 %)
Ei, mutta työskennellyt suoravastaanotolla	2 (3 %)
Ei, eikä työskennellyt suoravastaanotolla	32 (46 %)
<b>Mitä mittaria käytti tutkimuksen aikana</b>	<b>n (%)</b>
Vain WHODAS 2.0 12 kysymystä	27 (39 %)
Vain PROMIS Yleinen terveys	18 (26 %)
WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys	16 (23 %)
WHODAS 2.0 12 kysymystä ja EuroHIS-8	8 (12 %)
WHODAS 2.0 12 kysymystä, yhteensä	51
PROMIS Yleinen terveys, yhteensä	34
EuroHIS-8, yhteensä	8

### 3.1.2 Hankkeeseen osallistuneet asiakkaat

Hankkeeseen osallistui kultakin hyvinvointialueelta 29–89 kuntoutuksen asiakasta. Geneerisiin mittarilomakkeisiin vastanneiden asiakkaiden määrät on kuvattu hyvinvointialueittain ja ikäryhmittäin taulukossa 3. Analyysiaineiston (525 asiakasta) muodostuminen on kuvattu tarkemmin liitteessä 1.

**Taulukko 3. Tiedonkeruuseen osallistuneiden asiakkaiden lukumäärä ikäryhmittäin ja hyvinvointialueittain**

Ikä (v)	Etelä-Karjala	Itä-Uusimaa	Kanta-Häme	Pirkanmaa	Pohjanmaa	Pohjois-Pohjanmaa	Päijät-Häme	Satakunta	Yhteensä
18–69	54	7	29	3	33	56	48	36	265
70+	35	22	54	69	2	18	27	32	259
<b>Yht.</b>	<b>89</b>	<b>29</b>	<b>83</b>	<b>72</b>	<b>35</b>	<b>74</b>	<b>75</b>	<b>68</b>	<b>525</b>

Asiakkaista noin puolet oli 70 vuotta täyttäneitä. Nuorimmat osallistujat olivat 18-vuotiaita ja vanhimmat osallistujat 92-vuotiaita, iän keskiarvo oli 66.3 vuotta (keskihajonta 15.1). Liitteessä 2 on tarkempaa tietoa alku- ja loppumittaukseen osallistuneista asiakkaista hyvinvointialueittain.

Taulukossa 4 on kuvattu kunkin hyvinvointialueen tarkennettu kohderyhmä sekä käytössä olleet mittarit. Ammattilaisia pyydetiin kirjaamaan ylös niiden asiakkaiden lukumäärä, joilta he eivät olleet pyytäneet mukaan tutkimukseen ja lisäksi niiden asiakkaiden määrä, jotka eivät antaneet suostumusta.

**Taulukko 4. Tietoa hyvinvointialueen tarkennetusta asiakaskohderyhmästä, käytössä olleista mittareista**

Hyvinvointialue	Tarkennettu kohderyhmä	Hankkeen katta- vuus hyvinvointialueella	Mittari(t)	Ei pyydetty <sup>1</sup> (n)	Ei suostumusta <sup>2</sup> (n)
<b>Etelä-Karjala</b>	Avoterapian tuki- ja liikuntaelinpotilaat, ryhmäkuntoutus		PROMIS Yleinen terveys	0	13
<b>Itä-Uusimaa</b>	Fysioterapian yksilöasiakkaat (ei suoravastaanotto), ryhmäkuntoutus, kotikuntoutus	4 paikkakuntaa	WHODAS 2.0 12 kysymystä ja EuroHIS-8	32	13
<b>Kanta-Häme</b>	Työikäisten ja ikääntyneiden ryhmäkuntoutus	5 paikkakuntaa	WHODAS 2.0 12 kysymystä	ei tietoa	ei tietoa
<b>Pirkanmaa</b>	Fysioterapian ryhmäkuntoutus	Tampereen fysioterapiayksiköt	PROMIS Yleinen terveys	6	8
<b>Pohjanmaa</b>	Fysiatrian poliklinikan uudet 18+vuotiaat TULES-asiakkaat (ei pre-operatiivinen, ei kipukuntoutus)	2 paikkakuntaa	WHODAS 2.0 12 kysymystä	5	9
<b>Pohjois-Pohjanmaa</b>	Fysioterapian suoravastaanotto	4 paikkakuntaa	WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys	ei tietoa	ei tietoa
<b>Päijät-Häme</b>	Fysioterapian suoravastaanotto, kuntosaliryhmät	4 paikkakuntaa	WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys	9	12
<b>Satakunta</b>	Konservatiivisesti hoidettavat/ohjattavat nivelrikkopotilaat		WHODAS 2.0 12 kysymystä	ei tietoa	ei tietoa

<sup>1</sup> Ei pyydetty -sarake kertoo niiden asiakkaiden lukumäärän, jotka eivät kyenneet vastaamaan itsenäisesti suomeksi tai ruotsiksi tai ammattilainen arvioi, ettei asiakas kykene ymmärtämään, mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa.

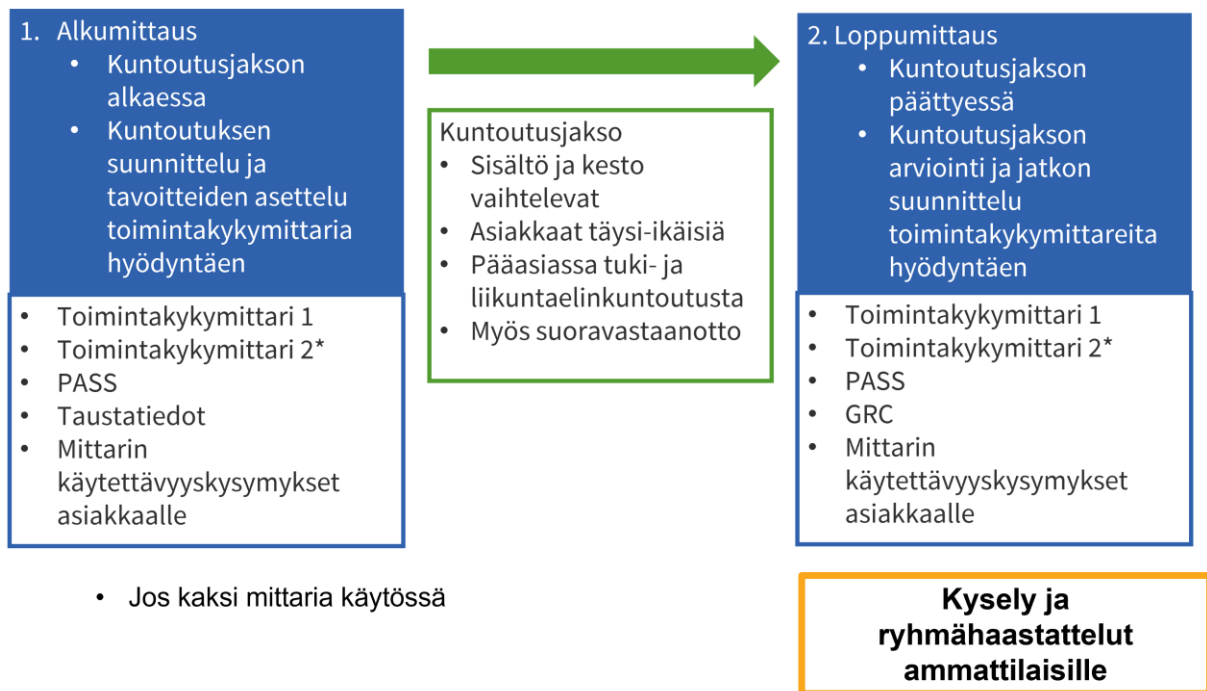
<sup>2</sup> Asiakas ei antanut suostumusta -sarakeessa on niiden asiakkaiden määrä, joille ammattilainen kertoi tutkimuksesta, mutta jotka eivät antaneet suostumusta.

## 3.2 Menetelmät

*Susanna McLellan, Päivikki Koponen, Heli Valkeinen*

### 3.2.1 Aineistonkeruun toteutus

Kuntoutusjakson alkaessa ja päättyessä asiakas vastasi omalla hyvinvointialueella käytettävän generisen mittarin (tai mittarien) kysymyksiin sekä mittarin käyttöön liittyviin väitteisiin (kuvio 3). Asiakkaalta kysyttiin lisäksi kuntoutukseen liittyviä taustakysymyksiä. Alku- ja loppumittauksessa asiakkaalta kysyttiin, koki hän vointinsa riittävän hyväksi (Patient acceptable symptom state, PASS-kysymys). Loppumittauksessa asiakas arvioi vointinsa muuttumista GRC eli Global rating of change -kysymyksen avulla. Ammattilaisten kokemuksia generisten mittareiden käytöstä ja hankkeeseen osallistumisesta kartoitettiin selainpohjaisella Webropol-kyselyllä sekä hyvinvointialuekohtaisilla ryhmähaastatteluilla. Hankkeessa käytetyt kyselylomakkeet, tiedotteet ja tietosuojailmoitukset ovat luettavissa [hankkeen verkkosivulla](#). Mittarilomakkeista WHO-DAS 2.0 12 kysymystä ja EuroHIS-8 ovat ladattavissa TOIMIA-tietokannasta sekä suomen- että ruotsinkielisinä versioina. TOIMIA-tietokannasta löytyvät ohjeet PROMIS Yleinen terveys -mittarin käyttöluvan hakemiseksi.



**Kuvio 3. Aineistonkeruun toteutus.**

### 3.2.2 Ammattilaisten kokemukset mittareiden käytöstä

Tiedote kyselystä ja ryhmähaastatteluista, tietosuojailmoituksesta, kyselylinkki sekä ryhmähaastattelun Teams-kutsu lähetettiin ammattilaisille alueellisten yhteyshenkilöiden kautta. Tiedotteessa kerrottiin kyselystä ja ryhmähaastattelusta, tietosuojasta, kerättävän tiedon käytöstä ja käsittelystä, osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä THL:n tutkijoiden yhteystiedot. Vaikka ammattilaisilta ei kerätty erillistä kirjallista suostumusta, kyselylomakkeen kysymyksiin pääsi siirtymään vain antamalla suostumuksen käyttää vastauksia tutkimusaineistona tiedotteessa, kyselyn etusivulla ja tietosuojailmoituksessa kuvatulla tavalla. Ryhmähaastattelun alussa samat tiedot näytettiin dialla ennen tallennuksen käynnistämistä. Ammattilaisilla oli mahdollisuus poistua etäkokouksesta tässä vaiheessa.

## Kysely

Ammattilaiset vastasivat mittareiden käyttöön liittyviin kysymyksiin sähköisessä Webropol-järjestelmässä. Kysely oli avoinna 5.4.—22.6.2023. Kyselylomakkeella kysyttiin taustatietoja, jotka eivät mahdollistaneet vastaajan suoraa tunnistamista, sekä erilliset kysymyssarjat (pääosin väittämämuodossa 5-portaisella Likertasteikolla) mittareiden käyttöä koskevista kokemuksista sekä hankkeen toteutukseen ja THL:n tietojärjestelmien käyttöön liittyneistä kokemuksista. Monivalintakysymysten lisäksi vastaajia pyydettiin avokysymyksen kuvaamaan vapaasti kokemuksiaan. Vastaukset siirrettiin Webropol-alustalta suojatulle verkkolevyille.

## Ryhmähaastattelut

Hyvinvointialuekohtaisiin ryhmähaastatteluihin osallistuivat yhteyshenkilö, geneerisiä mittareita hankkeessa käyttäneitä ammattilaisia (1–12 / hyvinvointialue) sekä THL:stä kaksi haastattelijaa. Hyvinvointialueet saivat itse päättää, miten haastattelut toteutetaan omalla alueella. Osallistujille välitettiin yhteyshenkilöiden kautta kutsu, jossa oli tarkemmat tiedot tilaisuuden tarkoituksesta ja tietosuojasta. Kahdella alueella oli sovittu, että kaikki ammattilaiset eivät osallistu ryhmähaastatteluun vaan ammattilaisten kokemuksista oli keskusteltu alueella ennen haastattelua ja haastatteluun osallistunut ammattilainen välitti kokemuksia. Muilla alueilla yhteyshenkilö välitti kutsun kaikille hankkeeseen osallistuneille ammattilaisille.

Ryhmähaastattelut toteutettiin Teams-kokouksina 18.–24.4.2023, ja ne tallennettiin tutkimuskäyttöön suojatulle verkkolevyille. Osallistujia kannustettiin vapaaseen keskusteluun etukäteen valmisteltujen ja tutkimussuunnitelmasta johdettujen teemojen puitteissa. Haastattelurunko oli kaikilla ryhmillä sama, ja se sisälsi kysymyksiä muun muassa ammattilaisten kokemista hyödyistä ja haasteista mittareiden käytössä asiakastyössä, asiakkaiden suhtautumisesta geneerisiin mittareihin ja mittarin käyttöönotossa huomioitavista asioista. Ammattilaisilta kysyttiin myös kokemuksia tutkimukseen osallistumisesta. THL:n haastattelijat laativat yhteenvedon jokaisesta ryhmähaastattelusta ja lähettivät sen yhteyshenkilön kautta haastatteluun osallistuneiden ammattilaisten tarkistettavaksi. Saadun palautteen perusteella yhteenvetoihin tehtiin kaksi tarkennusta.

## Muu aineisto

Täydentävänä aineistona käytettiin yhteyshenkilöiden ja ammattilaisten esille nostamia aiheita säännöllisissä tapaamisissa tai yhteydenotoissa. Alustavia tuloksia ja johtopäätöksiä esiteltiin hankkeessa mukana olleille yhteyshenkilöille, ammattilaisille ja/tai muille hyvinvointialueilla hankkeen tuloksista kiinnostuneille kesäkuussa 2022 ja marraskuussa 2023 verkkotapaamisissa (Teams). Myös näissä tilaisuuksissa esitettyjä kommentteja ja kysymyksiä on hyödynnetty tämän raportin pohdintaosuuksissa.

## Analyysimenetelmät

Kyselyaineiston määrällisen aineiston yhteenvedot ja analyysit tehtiin IBM SPSS Statistic (versio 29) -ohjelmistolla. Kyselyn tulokset esitetään pääosin prosenttijakaumina.

Kyselyn avovastaukset ja haastattelujen muistiinpanot luettiin läpi useaan kertaan. Ryhmähaastatteluista ja avovastauksista koottiin lisähuomioita ja tarkennuksia kyselyvastausten täydennykseksi. Haastattelu- ja avovastausaineistosta tarkasteltiin usein toistuvia aiheita sekä erityisiä kokemuksia, jotka olivat tulleet esille tietyssä tilanteessa tai tietyllä asiakasryhmällä. Näitä kuvataan tässä raportissa perustuen laadullisen aineiston kuvailevaan analyysiin. Suorat lainaukset ovat kuntoutuksen ammattilaisilta joko ryhmähaastattelusta tai kyselyn avovastauksista.

Kyselyn avovastauksista tai haastatteluissa ei ole aina mahdollista erottaa, tarkoittaako vastaaja tiettyä mittaria vai geneeristä mittaria yleensä ottaen. Tästä syystä tulokset esitetään mittarikohtaisesti vain silloin, kun tiedetään vastauksen liittyvän tiettyyn mittariin. Muuten tulokset esitetään teeman mukaisesti.

### 3.2.3 Asiakkailta kerätty aineisto

Ammattilainen keskusteli asiakkaan kanssa, mitä hankkeen tiedonkeruuseen osallistuminen tarkoittaa ja kertoi tietosuojasta. Asiakkaalle esitettiin myös tiedote sekä tietosuojailmoitus ja hän sai halutessaan lisätietoja myös hankkeen verkkosivulla. Mikäli asiakas halusi osallistua hankkeeseen, hän allekirjoitti suostumuslomakkeen, jossa antoi luvan siirtää paperisille lomakkeille antamansa taustatieto- ja mittarivastaukset THL:n tutkimus- ja tiedonkeruujärjestelmään ja tietojen käyttämisen tutkimustarkoitukseen.



Asiakkaita pyydettiin täyttämään hankkeeseen osallistuneessa yksikössä käytössä oleva geneerinen mittari tai kaksi mittaria. Kunkin mittarin kysymysten jälkeen asiakasta pyydettiin arvioimaan lomakkeen täyttämiseen kulunut aika, mittarin kysymyksiin vastaamisen helppous, saiko riittävästi tietoa, miksi toimintakykymittaria käytetään kuntoutuksessa sekä auttoiko mittari asiakasta itseään arvioimaan oaa toimintakykyään. Loppumittauksessa asiakasta pyydettiin myös ottamaan kantaa, kokiko hän hyödylliseksi, että hänen toimintakykyään ja hyvinvointiaan seurataan jatkossakin tällä mittarilla. Mittarin käyttöä koskevat kysymykset olivat erillisellä lomakkeella, koska standardoituihin mittarilomakkeisiin ei ole luvallista tehdä muutoksia.

Alkumittauksessa täytettiin myös lomake, jossa oli asiakkaan vointia selvittävän PASS-kysymyksen lisäksi kysymys, miksi asiakas oli hakeutunut kuntoukseen (tuki- ja liikuntaelinoireen tai -vaivan kesto alle tai yli 2 viikkoa tai muu syy) sekä lopuksi kysymys, johon kuntoutuksesta vastaava ammattilainen kirjasi alkavan kuntoutuksen muodon (suoravastaanotto, muu vastaanotto, ryhmässä tapahtuva kuntoutus, ohjattu yksilökuntoutus kotona tai muu kuntoutus). Loppumittauksessa täytettiin lomake, jolla kysyttiin, onko kuntoutusjakso päättynyt (vastausvaihtoehtoina ”kyllä”, ”ei, sama kuntoutus jatkuu edelleen”, ja ”en osaa sanoa”), lisäksi lomakkeella oli sama PASS-kysymys kuin alkumittauksessa sekä GRC (Global rating of change).

Asiakkaan tiedot ja lomakevastaukset tallennettiin alueilla THL:n tietojärjestelmiin. Yhdellä alueella paperilomakkeiden rinnalla asiakkaalla oli mahdollisuus vastata WHODAS 2.0 12 kysymystä -lomakkeelle sähköisesti. Yhdellä alueella asiakkaat vastasivat PROMIS Yleinen terveys -mittariin tabletilla ja paperiveriäsiota käytettiin vain teknisten ongelmien estäessä tabletin käytön. Sähköisistä järjestelmistä tiedon siirsi THL:n järjestelmiin alueen ammattilainen. Digitaaliset lomakkeet asiakkaille olisivat helpottaneet tiedonkeruuta, mutta käytännön järjestelyistä alueiden yhteyshenkilöiden kanssa keskusteltaessa osoittautui, että hankkeikana oli yksinkertaisinta järjestää tiedonkeruu pääasiassa niin, että asiakastyössä käytettiin paperilomakkeita. Näitä lomakkeita ei kuitenkaan lähetetty THL:ään asiakkaan tietosuojan varmistamiseksi ja aineiston kertymisen nopeuttamiseksi.

Loppumittauksen toteutus vaihteli alueittain. Alueet kuvasivat toteutustavat ja tarvittaessa niitä muokattiin esimerkiksi asiakkaan tietosuojan varmistamiseksi. Pääsääntönä oli, ettei postitse lähetettävissä mittarivastauksissa saanut olla suoria tunnistetietoja (henkilötunnus, nimi), vaan lomakkeessa oli käytettävä esimerkiksi THL:n järjestelmän luomaa tutkimustunnusta. Jos asiakkaalle oli sovittu kontrollikäynti, loppumittauslomakkeet täytettiin tai tuotiin täytettyinä vastaanotolle. Yhdellä alueella päädyttiin kontrollikäynnin sijaan keräämään tiedot kolmen kuukauden kuluttua alkumittauksesta, jos kontrollikäynti oli myöhemmin. Tällöin asiakas lähetti lomakkeet postitse hyvinvointialueelle. Ryhmätilanteissa asiakkaat täyttivät lomakkeet viimeisellä käyntikerralla, jolloin alku- ja loppumittauksen väli oli lyhimmillään kuusi viikkoa. Suoravastaanottoasiakkaita pyydettiin esimerkiksi postittamaan loppumittauslomakkeet kolmen kuukauden kuluttua takaisin fysioterapeutille. Loppumittauslomakkeet ja palautuskuori annettiin asiakkaalle mukaan ensimmäisellä käynnillä. Yhdellä alueella fysioterapeutti soitti asiakkaalle kuntoutusjakson päättyessä ja he keskustelivat loppumittausvastauksista.

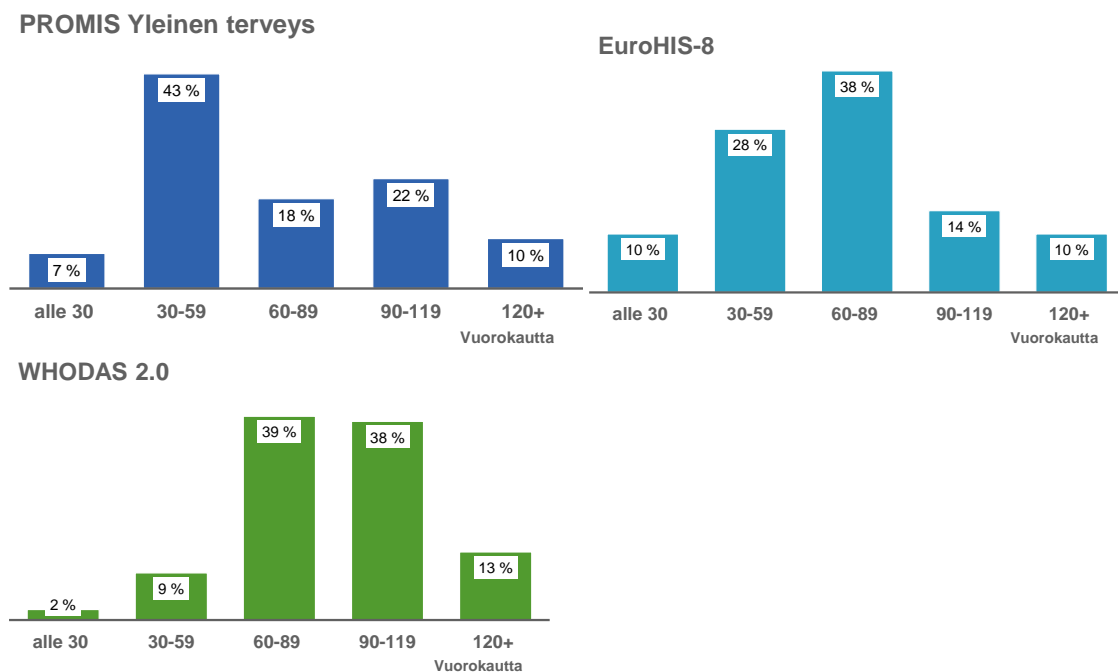
Tiedot kirjasi THL:n järjestelmiin joko asiakkaan tavannut ammattilainen itse tai ammattilaiset kokosivat asiakkailta saadut lomakkeet, jotka alueella nimetty henkilö kirjasi THL:n järjestelmiin. Yhdellä alueella henkilöstövaihdoksen vuoksi kirjaamatta jääneen ryhmän (10 asiakasta) tiedot siirsi THL:n järjestelmiin THL:n tutkija, koska alueen muilla työntekijöillä ei ollut käyttöoikeuksia. THL:ssä seurattiin tutkimuksesta kieltäytyneiden ja tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden sekä tietojärjestelmiin tallennettujen lomakkeiden määriä ja alueiden yhteyshenkilöiden kanssa tapaamisissa saatiin tietoa muun muassa siitä, mitä haasteita tiedonkeruussa oli ja miksi alkuperäinen hyvinvointialuekohtainen tavoite sadan asiakkaan osallistumisesta oli vaikea saavuttaa. Hyvinvointialueiden organisaatiomuutosten ja henkilöstövaihdosten takia kaikkia puutteita kertyneessä aineistossa ei pystytty selvittämään.

THL:ssä kehitettyyn TAP-järjestelmään (tutkimus- ja ajanvarausjärjestelmä) suostumuksen antaneesta asiakkaasta kirjattiin nimi, sukupuoli ja henkilötunnus. Hyvinvointialuetieto saatiin myös TAP-järjestelmästä. Henkilötunnuksen käytöllä varmistettiin alku- ja loppumittaus tietojen kohdentuminen samalle henkilölle. Asiakkaan tietojen syöttäminen edellytti ammattilaisen TAP-järjestelmään rekisteröitymisen hyväksymistä ja jokaisesta järjestelmään kirjautumisesta tallentui lokitiedot. Asiakkaan mittari- ja kyselyvastaukset tallennettiin THL:ssä kehitettyyn LOPA-järjestelmään (tietosuojattu sähköinen kyselylomake). Lomakkeen tallentamisen jälkeen ammattilaisella ei ollut enää pääsyä LOPA-järjestelmässä sijaitseviin tietoihin.

Suostumuslomakkeet skannattiin LOPA-järjestelmään ja puuttuva suostumus kirjattiin TAP-järjestelmään. Asiakkaat, joiden suostumuslomaketta ei ollut järjestelmässä elokuussa 2023, poistettiin aineistosta.

Analyysiaineistoon asiakkaan tiedot yhdistettiin TAP- ja LOPA-järjestelmästä siten, että aineistoon ei jäänyt suoria henkilötunnuksia. Analyysiaineistossa kullakin asiakkaalla on erillinen ID-tunnus, jonka avulla hänet voidaan tarvittaessa tunnistaa ja esimerkiksi poistaa asiakasta koskevat tiedot, mikäli hän myöhemmin peruu suostumuksensa. LOPA-järjestelmässä sijaitsevaan analyysiaineistoon pääsy oli rajattu THL:n tilastotutkijaan ja yhteys analyysitietokantaan edellytti THL:n sisäistä vahvasti salattua tietoliikenneyhteyttä.

Alku- ja loppumittauksen välillä oli keskimäärin 76 vuorokautta (tieto saatavilla 400 vastaajalta), vaihteluväli oli 6–188 vuorokautta. Asiakas kirjoitti päivämäärän lomakkeelle käsin ja ammattilainen siirsi sen THL:n tietojärjestelmään. Selkeästi virheelliset päivämäärät poistettiin tarkastelusta, esimerkiksi jos päivämäärä ei sijoittunut tiedonkeruun ajanjaksolle tai loppumittauksen päiväys oli ennen alkumittauksen päiväystä. Suurin osa WHODAS 2.0 12 kysymystä ja/tai EuroHIS-8-mittareita käyttäneistä asiakkaista vastasi loppumittaukseen 60–89 vuorokauden kuluttua alkumittauksesta. PROMIS Yleinen terveys -mittaria käyttäneistä asiakkaista suurin osa vastasi 30–59 vuorokauden kuluttua alkumittauksesta. (Kuvio 4.) PROMIS Yleinen terveys -mittarin lyhyempi alku- ja loppumittauksen välinen aika selittyy sillä, että yhden alueen ryhmäkuntoutuksessa ensimmäisen ja viimeisen kerran välillä oli noin kuusi viikkoa, ja tällä alueella katsottiin tärkeämmäksi se, että asiakkaalla on mahdollisuus keskustella vastauksista ammattilaisen kanssa. Jos lomakkeita olisi lähetetty postitse, vastausprosentti olisi ollut alhaisempi ja koska tällä alueella osallistujat olivat suurimmaksi osaksi iäkkäitä, olisi loppumittaus myöhemmin erikseen toteutettuna saattanut kuormittaa heitä enemmän.



Kuvio 4. Alku- ja loppumittauksen välinen aika, osuus (%) mittariin vastanneista asiakkaista.

Asiakkaan suostumukseen perustuen aineistoa voidaan myöhemmin hyödyntää tieteellisessä tutkimuksessa erillisiin lupamenettelyihin perustuen. Asiakkailla oli mahdollisuus tutustua tutkimuksen tietosuojailmoitukseen (luettavissa THL:n hankesivulta), jossa todettiin, että kerättyä tutkimusaineistoa voidaan käyttää ja luovuttaa THL:sta annetun lain (668/2008) ja sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä annetun lain (552/2019) mukaisesti. THL:n sisäisen tutkimuksen kriteerit täyttävästä tutkimuksesta THL tekee itse päätöksen. Sosiaali- ja terveysalan tietolupaviranomainen (Findata) vastaa ensisijaisesti THL:n ulkopuolisen hakijan tietoluvista.

### **Analyysimenetelmät**

Asiakkailta kerätyn aineiston analyysit on tehty R-ohjelmistolla (versio 4.3.2). Tulokset esitetään pääosin prosenttijakaamina. Tuloksia tarkastellaan myös alaryhmittäin, mikäli ryhmien koot eivät jää liian pieniksi ja vastaajien tunnistaminen ei ole mahdollista. Vastausvaihtoehtoja on yhdistetty tarvittaessa.

#### **3.2.4 WHODAS 2.0 12 kysymystä**

WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) on arviointimenetelmä, jolla voidaan kuvata terveydentilasta johtuvia vaikeuksia arjen osallistumisessa ICF-viitekehyksen mukaisesti (Ustün ym. 2010, Paltamaa 2014). WHODAS 2.0 -mittarissa on kuusi aihealuetta: ymmärtäminen ja kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, ihmissuhteet, arjen toiminnot ja yhteisöllinen osallistuminen. Mittarin täysversio sisältää 36 kysymystä: jokaisesta aihealueesta on 4–8 kysymystä ja täysversiosta saadaan tulos kullekin aihealueelle sekä summapistemäärä. Hankkeessa käytetty 12 kysymyksen versio sisältää kaksi kysymystä kustakin aihealueesta ja 12 kysymyksen versiosta voidaan laskea vain kokonaispistemäärä, ei aihealuekohtaisia pisteitä. WHODAS 2.0 -mittarin käyttöohjeet kaikille versioille (haastattelu, itse täytettävä, läheisen vastaama) löytyvät suomenkielisestä käsikirjasta. (Paltamaa 2014.)

WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaria käytettiin kuudella hyvinvointialueella, joista kolmella rinnakkain toisen mittarin kanssa. Asiakkaat vastasivat suurimmaksi osaksi paperilomakkeille (lomake saatavilla TOIMIA-tietokannasta), yhdellä alueella oli paperilomakkeiden rinnalla käytössä sähköinen lomake. Ruotsinkieliset WHODAS 2.0 12 kysymystä -lomakkeet vastasivat Ruotsissa käytettyjä lomakkeita. Asiakkaille, joilla oli näkövaikeuksia, paperilomakkeita suurennettiin A3-kokoon. Muutoksia lomakkeelle, kuten kirjasinkoon suurentamista, ei ole lupa tehdä. Hankkeessa ei käytetty WHODAS 2.0 12 kysymystä -lomakkeen kolmea lisäkysymystä, joilla kartoitetaan niiden päivien lukumäärää, jolloin vaikeuksia on esiintynyt ja jolloin vastaaja on joutunut vähentämään tavallisia askareita tai ollut täysin kykenemätön niihin terveydentilansa takia. Perusteena näiden kysymysten pois jättämiselle oli se, että mittareiden täyttämiseen kuluu aikaa ja vastaajien kuormittumista pyrittiin vähentämään eivätkä ne vaikuta kokonaispisteiden laskemiseen.

#### **WHODAS 2.0 12 kysymystä: pistelasku ja puuttuvien vastausten käsittely**

WHODAS 2.0 -tulos voidaan laskea joko yksinkertaisella laskukaavalla tai monimutkaisella IRT-pohjaisella menetelmällä (item response theory), jossa kysymyksille annetaan eri painoarvot (Ustün ym. 2010). Tässä hankkeessa käytettiin yksinkertaista pisteytystä, jossa jokainen kysymys pisteytettiin asteikolla 0–4 (”ei lainkaan” = 0, ”vähän” = 1, ”kohtalaisesti” = 2, ”paljon” = 3, ”erittäin paljon/en kykene” = 4) ja pisteet laskettiin yhteen. Maksimipistemäärä oli 48. Jos asiakas ei käy työssä tai opiskele, vastasi hän 11 kysymykseen ja maksimipistemäärä oli tällöin 44. Tulokset esitetään prosentteina 0–100 % (12 vastauksen summapistemäärä / 48 \* 100 % tai 11 vastauksen summapistemäärä / 44 \* 100 %), jolloin 11 ja 12 kysymykseen vastanneiden tuloksia voidaan verrata toisiinsa.

IRT-laskukaavan edellytyksenä on mittarin yksiulotteisuus. Yksinkertaista pistelaskutapaa pidetään turvallisempina niissä tilanteissa, joissa yksiulotteisuutta ei ole vahvistettu. (Gaskin ym. 2017.) WHODAS 2.0 vaikuttaa väestötasolla olevan yksiulotteinen, mutta niissä aineistoissa, joissa toimintarajoitteita esiintyy enemmän, saattaa mittarin faktorirakenne olla erilainen (Gaskin ym. 2017, Saltychev ym. 2021).

Puuttuvat vastaukset käsiteltiin WHODAS 2.0 käsikirjan yksinkertaisemman ohjeistuksen mukaisesti (Paltamaa 2014). Yksi puuttuva vastaus korvattiin muiden vastausten keskiarvolla, jos puuttuva vastaus oli muu kuin kysymys 12 (tarkoitettu työssäkäyville tai opiskelijoille). Jos vastaus puuttui kysymyksestä 12, joka koskee työssäkäyntiä tai opiskelua, käytettiin 11 vastauksen laskukaavaa. Jos puuttuvia vastauksia oli kaksi tai enemmän, tulosta ei laskettu.

#### **WHODAS 2.0 12 kysymystä: tulkinta**

Tulkintaa helpottamaan käytettiin useissa tutkimuksissa ja TOIMIA-tietokannassa esitettyjä ICF-tarkenteita (WHO 2001, 22) (taulukko 5), joita tulee tarkastella suuntaa antavina tulkintaohjeina, ei tarkkarajaisena luokitteluna. Suomalaisia viitearvoja ei ole. Tietty prosenttimäärä lisää todennäköisyyttä sille, että asiakas kokee keskimäärin muita enemmän vaikeutensa esimerkiksi ”lievinä”.

**Taulukko 5. ICF-tarkenne osallistumisrajoitteen vakavuudesta ja ICF-tarkennetta vastaava WHODAS 2.0 -tulos prosentteina ilmaistuna**

ICF-tarkenne	WHODAS 2.0 -tulos
ei rajoitetta	0–4 %
lievä	5–24 %
kohtalainen	25–49 %
vaikea	50–95 %
ehdoton	96–100 %

### 3.2.5 PROMIS Yleinen terveys

PROMIS Yleinen terveys v1.2 (PROMIS Global Health v1.2) -mittari on PROMIS-mittaristoon sisältyvä geneerinen mittari (Hays ym. 2009). PROMIS-mittaristossa on myös eri aihealueisiin laadittuja ja kalibroituja kysymyspankkeja, joista on koottu valmiita eri kysymysmäärän sisältäviä mittareita. Kysymyspankkeja voidaan käyttää myös ns. CAT-versioina (computer adaptive testing), joissa kysymykset valikoituvat tietokoneavusteisesti vastausten perusteella. (Kokko & Anttila 2017.)

Hays ym. (2017) kehittivät myös kahden kysymyksen versiot yleisestä fyysisestä terveydestä (PROMIS Yleinen fyysinen terveys 2a) ja yleisestä mielenterveydestä (PROMIS Yleinen mielenterveys 2a) esimerkiksi väestötason tutkimuksissa käytettäväksi. Neljän ja kahden kysymyksen versiot olivat vahvasti yhteydessä toisiinsa (Yleinen fyysinen terveys ja Yleinen fyysinen terveys 2a korrelaatiokerroin 0.94, Yleinen mielenterveys ja Yleinen mielenterveys 2a korrelaatiokerroin 0.97). (Hays ym. 2017.) Koska osa AITO-hankkeeseen osallistuneista ammattilaisista käytti työssään nopeampaa kahden kysymyksen pistelaskua, lasketaan tässä hankkeessa myös kahteen kysymykseen perustuvat tulokset.

PROMIS Yleinen terveys -mittaria käytettiin neljällä alueella, joista kahdella alueella rinnakkain toisen mittarin kanssa. Yhdellä alueella vastattiin digitaaliselle lomakkeelle ja asiakkaat vastasivat ammattilaisen läsnä ollessa. Muilla alueilla käytettiin paperilomakkeita. Osa ammattilaisista käytti tulosten laskemiseen kahden kysymyksen versioita fyysisen terveyden ja mielenterveyden mittareista pisteitä laskiessa, mutta asiakkaat vastasivat kaikkiin kysymyksiin.

#### **PROMIS Yleinen terveys: pistelasku, puuttuvien vastausten käsittely**

PROMIS Yleinen terveys -mittarissa on yhteensä 10 kysymystä ja siitä saadaan kaksi tulosta: Yleinen fyysinen terveys ja Yleinen mielenterveys. PROMIS Yleisen fyysisen terveyden summapistemäärä lasketaan neljästä kysymyksestä (koettu fyysinen terveys, fyysinen toiminta, kipu ja uupumus) ja [muuntotaulukon](#) avulla summapistemäärä muunnetaan standardoiduksi T-arvoksi. PROMIS Yleisen mielenterveyden summapistemäärä lasketaan neljästä kysymyksestä (koettu elämänlaatu, psyykinen terveys, tyytyväisyys vapaa-ajan toimintaan ja tunne-elämän häiriöt) ja myös tämä summapistemäärä voidaan muuntaa standardoiduksi T-arvoksi.

T-arvot on määritetty yhdysvaltalaisista väestöstä edustavasta otoksesta siten, että T-arvo 50 kuvaa väestön keskiarvoa. Yksi keskihajonta vastaa kymmentä T-arvon pistettä eli T-arvo 60 kuvaa yhden keskihajonnan verran suurempaa mitattavaa ominaisuutta. PROMIS Yleinen terveys -mittarissa T-arvo 60 kuvaa siis yhden keskihajonnan verran parempaa yleistä fyysistä terveyttä tai yleistä mielenterveyttä. T-arvo 40 puolestaan kuvaa yhden keskiarvon verran heikompa yleistä fyysistä terveyttä tai yleistä mielenterveyttä. Lisäksi kahta kysymystä voidaan tarkastella raakapisteinä ilman T-arvoja, nämä kysymykset liittyvät koettuun terveyteen ja sosiaalisiin rooleihin. (Hays ym. 2009.)

#### **PROMIS Yleinen terveys: tulkinta**

PROMIS-tulosten tulkinnan tueksi on määritetty leikkauspisteet, joiden avulla voidaan jaotella yleinen fyysinen terveys ja yleinen mielenterveys viiteen luokkaan: erinomainen, oikein hyvä, hyvä, tyydyttävä, huono (taulukko 6). AITO-hankkeessa käytettiin yhdysvaltalaisia raja-arvoja (Hays ym. 2015). Raja-arvojen soveltuvuutta suomalaiseseen väestöön ei ole tutkittu. Alankomaiset viitearvot on määritetty samoin menetelmin kuin Yhdysvalloissa (Elsman ym. 2021). Suurin ero alankomaisen ja yhdysvaltalaisen väestön viitearvoissa on havaittavissa raja-arvossa, joka määrittää yleisen mielenterveyden tyydyttävään ja huonoon (liite 5).

Alankomaissa huonoa mielenterveyttä kuvaava arvo on korkeampi eli alankomaisia viitearvoja käyttäen suurempi osa vastaajista määriteltäisiin kuuluvan mielenterveyden luokkaan ”huono”.

Raja-arvot on laadittu 1) luomalla ryhmiä Global01-vastausten perusteella, sanoisitko terveytesi olevan yleisesti ottaen erinomainen, erittäin hyvä, hyvä, kohtuullinen tai huono, 2) laskemalla kunkin ryhmän keskimääräiset pisteet ja 3) tunnistamalla keskipiste kahden vierekkäisen vastausluokan keskiarvon välillä. Esimerkiksi yleinen mielenterveys "erinomainen" keskiarvo oli 61 ja "erittäin hyvä" keskiarvo oli 51. Näiden pisteiden välinen keskipiste on 56. Suomalaisia viitearvoja ei ole.

**Taulukko 6. Hankkeessa käytetyt suuntia antavat viitearvot yleisen fyysisen terveyden ja yleisen mielenterveyden standardoiduille T-arvoille (perustuvat yhdysvaltalaisen väestön viitearvoihin)**

Tulkinta	PROMIS Yleinen fyysinen terveys T-arvo	PROMIS Yleinen mielenterveys T-arvo
Huono	< 35	< 29
Tyydyttävä	35–41	29–39
Hyvä	42–49	40–47
Oikein hyvä	50–57	48–55
Erinomainen	≥58	≥56

### 3.2.6 EuroHIS-8

EuroHIS-8-elämänlaatumittari kehitettiin osana eurooppalaista terveystutkimusta, haastattelututkimuksissa käytettäväksi. Mittarin viitekehiksenä käytettiin WHO:n terveyden käsitettä, joka sisältää fyysisen ulottuvuuden lisäksi sosiaalisen ja psyykkisen ulottuvuuden. WHOQOL-BREF-mittarista saatavilla olleen tutkimustiedon perusteella EuroHIS-8-mittariin valittiin kysymykset fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista, sosiaalisista suhteista ja elinympäristöstä. (Power 2003, Da Rocha ym. 2012.)

EuroHIS-8 oli tässä hankkeessa käytössä vain yhdellä alueella, jolla samanaikaisesti toteutetun toisen, sosiaalipalvelujen asiakkaille kohdennetun hankkeen (Karjalainen ym. 2023), vuoksi osa suunnitellusta kohderyhmästä jäi tästä hankkeesta pois. Tällä alueella oli myös eniten asiakkaita, joita ei pyydetty mukaan tutkimukseen (taulukko 4). Näistä syistä EuroHIS-8-mittarin vastaajamäärä jäi pieneksi. EuroHIS-8-mittaria käytettiin rinnakkain WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin kanssa. EuroHIS-8-mittaria on Suomessa aiemmin käytetty pääasiassa väestötutkimuksissa.

#### **EuroHIS-8: pistelasku ja puuttuvien vastausten käsittely**

Kysymyksiä on kahdeksan (yleinen elämänlaatu ja terveydentila, elinvoimaisuus, itsetunto, suhteet muihin ihmisiin, koti ja taloudellinen tilanne) ja vastaaja valitsee sopivimman vastausvaihtoehdon viisiportaiselta Likert-asteikolta (1–5). Pisteet lasketaan yhteen ja summapistemäärä jaetaan kysymysten lukumäärällä. Maksimipistemäärä on viisi ja mittarin asteikolla se kuvaa parasta elämänlaatua. Jos kysymyksiä puuttuu enemmän kuin yksi, tulosta ei lasketa. (Korpilahti 2013.) Yhdellä vastaajalla puuttui yksi vastaus alkumittauksessa ja hänelle tulos laskettiin seitsemän kysymyksen keskiarvona (summapistemäärä seitsemästä vastauksesta jaettuna seitsemällä).

#### **EuroHIS-8: viitearvot**

EuroHIS-8-elämänlaatumittarin mukaan elämänlaatusa hyväksi kokevien osuus suomalaisessa väestössä (20 vuotta täyttäneet) on saatavilla edustaviin väestötutkimusaineistoihin perustuen vuosilta 2013–2018, sekä vuosilta 2020 ja 2022 THL:n ylläpitämässä Sotkanet.fi-palvelussa. Koko aikuisväestön lisäksi elämänlaatusa hyväksi kokevien osuutta voi tarkastella eri ikäryhmissä, alueittain sekä koulutustason mukaan (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet). THL:n väestötutkimuksissa elämänlaatusa hyväksi tunteva henkilö määritetään EuroHIS-8-tuloksen mukaan siten, että vastausten keskiarvo on vähintään 4.

### 3.2.7 PASS-kysymys (Patient acceptable symptom state)

PASS-kysymystä käytetään rinnakkain toisen asiakkaan tilannetta kuvaavan mittarin kanssa. Tavoitteena on saada tukea toisen mittarin tuloksen tulkintaan ja hoidon tuloksellisuuden arviointiin (Tubach ym. 2007).

PASS-kysymyksen avulla voidaan pyrkiä määrittelemään toisesta mittarista arvo, jolloin asiakas todennäköisimmin kokee vointinsa riittävän hyväksi (esim. Tubach ym. 2006).

Tässä hankkeessa käytettiin KUTI-hankkeessa esitettyä versiota ”Mieti päivittäin tekemiäsi asioita sekä toimintarajoitteitasi ja kipujasi. Koetko vointisi tällä hetkellä riittävän hyväksi?” ja ruotsiksi ”Fundera på dina dagliga aktiviteter och din funktionsbegränsning och dina smärtor. Upplever du ditt tillstånd tillräckligt bra just nu?”. Vastausvaihtoehdot suomeksi ovat kyllä/ei ja ruotsiksi ja/nej. Käännöstoimisto käänsi ensin kysymyksen suomesta ruotsiksi ja sen jälkeen kahdelta hyvinvointialueelta ruotsia äidinkielenään puhuvat ammattilaiset tekivät muutosehdotuksia, minkä jälkeen kääntäjä muotoili tässä hankkeessa käytetyn kysymyksen.

Kysymyksestä on olemassa myös pidempiä versioita, joissa esimerkiksi vastaajaa pyydetään arvioimaan, olisiko nykyinen vointi riittävän hyvä, jos se jatkuisi samanlaisena muutaman kuukauden ajan (”Taking into account your level of pain and also your functional impairment, if you were to remain for the next few months as you are today, would you consider that your current state is satisfactory?”) (Tubach ym. 2006).

Tarkastelemme PASS-vastauksen jakaumia alku- ja loppumittauksessa eli niiden asiakkaiden lukumääriä, jotka kokevat vointinsa riittävän hyväksi tai eivät koe vointiaan riittävän hyväksi. Tarkastelemme mittaritulosia PASS-kysymyksen rinnalla, jotta saamme tietoa mittarituloksen tulkinnasta. Vertailemme PASS-kysymykseen perustuvaa tietoa asiakkaan kokemasta muutoksesta GRC-kysymyksellä saatavaan tietoon.

### 3.2.8 GRC (Global rating of change) -kysymys, yleinen muutoksen asteikko

Hankkeessa käytetyn GRC-kysymyksen eli koetun yleisen muutoksen kysymys muotoilu pohjautuu TOIMIA-tietokannassa olevaan versioon: ”Millainen on nykyinen [lisää tähän oire / toimintarajoite / sairaus tmv., jonka muutosta asiakkaan tulisi arvioida] verrattuna siihen, millainen se oli [lisää tähän toimenpide / palvelun aloitus / kuntoutuksen aloitus, josta lähtien asiakkaan tulisi muutosta arvioida]?”

Kysymysmuotoilussa muutoksen kohde tulisi olla sama kuin mittarin kuvaama konstruktio, kun GRC-kysymystä käytetään niin kutsuttuna ankkurikysymyksenä eli kun GRC-kysymyksellä pyritään tavoittamaan asiakkaan oma kokemus muutoksesta ja tätä muutosta verrataan mittarituloksessa näkyvään muutokseen (De Vet ym. 2011, 207). Esimerkiksi jos mittarin ajatellaan kuvaavan elämänlaatua, kuten EuroHIS-8-mittarissa, tulisi kysymysmuotoilun olla ”Millainen on nykyinen **elämänlaatusi** verrattuna...”. PROMIS Yleinen terveys -mittarissa pitäisi käyttää erikseen ”Millainen on nykyinen **fyysinen terveytesi** verrattuna...” ja ”Millainen on nykyinen **mielenterveytesi** verrattuna...” Koska käyttämämme mittarit kuvaavat eri konstruktioita eli asioita, ja PROMIS Yleinen terveys -mittarissa olisi periaatteessa neljä eri GRC-kysymyksen aihealuetta, olisi asiakkaan pitänyt työläimmässä tapauksessa vastata viiteen eri GRC-kysymykseen ja käytännössä viiteen eri paperilomakkeeseen muiden lomakkeiden lisäksi. Tästä syystä valitsimme yhteiseksi GRC-kysymysmuotoiluksi ”Millainen on nykyinen **vointisi** verrattuna siihen, millainen se oli ennen tämän kuntoutusjakson (tai hoidon) aloitusta?” ja ruotsiksi ”Hur upplever du ditt nuvarande **tillstånd** i jämförelse med hur det var före denna rehabiliteringsperiod (eller behandling)?”. Käännöstoimiston toimittamaan ruotsinkieliseen käännökseen saimme kommentit kahdelta ruotsinkieliseltä ammattilaiselta eri hyvinvointialueilta, ja kommenttien pohjalta kääntäjä viimeisteli kysymyksen.

GRC-kysymyksestä on käytössä useita eri asteikkoja: muuttumatonta tilannetta kuvaavan arvon lisäksi on eri määrä tilanteen huononemista ja paranemista kuvaavia arvoja. Joillakin asteikoilla jokainen muutosta kuvaava numero on myös sanoitettu kuten ”vähän parempi”, ”paljon parempi”. Käytössämme olleessa 11-portaisessa asteikossa oli sanoitettu vain ääripäät ja keskikohta: -5 ”paljon huonompi”, 0 ”muuttumaton” ja 5 ”paljon parempi”. Jos GRC-kysymystä käytetään tarkan oireen kuvaamiseen, voidaan käyttää ääripäissä myös ”täysin parantunut”, ”huonompi kuin koskaan”.

Tarkastelemme GRC-kysymyksen tuottamaa tietoa asiakkaan tilanteessa tapahtuneessa muutoksessa vertaamalla sitä ryhmätason mittaritulosiin. Tarkastelemme myös GRC-vastauksen ja mittarimuutoksessa tapahtuneen muutoksen yhteyttä korrelaatiokertoimella mahdollisia jatkoanalyysyjä ajatellen. Asiakkaan itsearviointiin perustuvien ja asiakkaan omaa kokemusta mittaavien mittaritulosten muutoksen tulkintaa tukisi pienimmän asiakkaalle merkityksellisen muutospistemäärän määrittäminen (esim. Terluin ym. 2017). Terwee ym. (2021) mukaan ankkurikysymyksen ja mittarituloksen muutoksen korrelaation tulisi olla vähintään 0.3, kun taas Coon ym. (2016) suosittelevat vahvempaa yhteyttä eli korrelaatiokerrointa 0.4—0.7.

### 3.2.9 Mittaritulosten analyysimenetelmät

Mittaritulosten ja niissä tapahtuvan muutoksen kuvaamiseen tarvittavat analyysit tehtiin R-ohjelmistolla (versio 4.3.2). Tulokset esitetään pääosin prosenttijakaumina. Lisäksi kuvataan ryhmäkohtaisia keskiarvoja (keskihajonta tai 95 prosentin luottamusväli) ja tulosten vaihteluvälejä. Alku- ja loppumittauksen mittaritulosia tarkastellaan alaryhmittäin, jos vastaajia on riittävä määrä kussakin ryhmässä. Mittaritulosia tarkastellaan PASS-vastauksen mukaan jaetuissa ryhmissä (asiakas kokee vointinsa riittävän hyväksi / ei koe vointiaan riittävän hyväksi). Lisäksi vertaillaan PASS-kysymystä ja GRC-kysymystä asiakkaan kokeman muutoksen kuvaajina mittarituloksen rinnalla. Kahden rinnakkain käytetyn geneerisen mittarin tuloksista tarkastellaan keskiarvoja ja -jakaumia ja tulosten yhteyttä toisiinsa tarkastellaan Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. Tulosten tulkinnassa on huomioitava, että asiakkaat eivät olleet edustava otos kuntoutuksen asiakkaista.

Kunkin mittarin kohdalla tarkastellaan mahdollisia lattia- ja kattoefektejä sekä yksittäisissä kysymyksissä että mittarituloksissa.



# 4 Tulokset

## 4.1 Ammattilaisten kokemuksia geneeristen mittareiden käytöstä

*Susanna McLellan, Päivikki Koponen, Heli Valkeinen*

Osa hankkeen tiedonkeruuseen osallistuneista ja kyselyyn vastanneista ammattilaisista oli käyttänyt mittareita vain muutaman asiakkaan kanssa (taulukko 7). Yli kymmenen asiakkaan kanssa WHODAS 2.0 12 kysymyksen mittaria oli käyttänyt yhdeksän ammattilaista, joista yhdellä oli käyttökokemusta yli 20 asiakkaan kanssa. PROMIS Yleinen terveys -mittaria yli kymmenen asiakkaan kanssa oli käyttänyt kymmenen ammattilaista, joista yksi yli 20 asiakkaan kanssa. EuroHIS-8-mittaria oli käytetty 1–10 asiakkaan kanssa (8 ammattilaista). Ryhmähaastattelujen perusteella voitiin arvioida, että suuri osa yli 10 asiakkaan kanssa mittareita käyttäneistä ammattilaisista on kokeillut mittareita ryhmäkuntoutuksessa. Osa ammattilaisista oli käyttänyt hankeaikana käyttämäänsä mittaria tai molempia mittareita mahdollisesti pidempäänkin, jo ennen hankkeen käynnistymistä.

**Taulukko 7. Ammattilaisten arvio asiakkaiden määrästä, joiden kanssa he olivat käyttäneet WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys -mittareita hankkeen aikana (ammattilaisten lukumäärä ja osuus kyselyyn vastanneista).**

Kuinka monen asiakkaan kanssa käytit mittaria?	WHODAS 2.0 12 kysymystä n (%)	PROMIS Yleinen terveys n (%)
1–4 asiakkaan kanssa	26 (51 %)	11 (32 %)
5–10 asiakkaan kanssa	16 (31 %)	13 (38 %)
yli 10 asiakkaan kanssa	9 (17 %)	10 (29 %)
Yhteensä	51 (100 %)	34 (100 %)

Koska tiedot kerättiin pääosin paperilomakkeita käyttäen, koulutuksessa ohjeistettiin myös mittareiden pistelasku. Sitä ei koulutuksessa kuitenkaan pidetty välttämättömänä, eli ammattilaiset saivat ohjeen, että sen voi jättää tekemättä, jos laskemisen koettiin olevan liian hankalaa tai aikaa vievää. WHODAS 2.0 12 kysymyksen mittarin pisteet ammattilaiset olivat suurimmaksi osaksi laskeneet käsin (38 ammattilaista, 75 %), viisi ammattilaista sai tuloksen suoraan alueella käytössä olevasta järjestelmästä ja kahdeksan ammattilaista ei ollut laskenut pisteitä lainkaan. WHODAS 2.0 12 kysymyksen tulos oli käytössä 43 ammattilaisella ja heistä tuloksen tulkinnan helpoksi koki 28, osittain helpoksi 14, ja yksi vastaaja ei kokenut tulkintaa helpoksi. PROMIS Yleinen terveys -mittarin pisteitä laskivat käsin 13 kyselyyn vastannutta ammattilaista ja yhtä moni sai tuloksen suoraan käytössä olleesta järjestelmästä. Kahdeksan vastaajaa ilmoitti, ettei ollut laskenut pisteitä lainkaan. Tuloksen tulkinnan koki helpoksi 13 vastaajaa ja 12 vastaajaa osittain helpoksi. Yksi vastaaja ei kokenut PROMIS Yleinen terveys -mittarin tulkintaa helpoksi.

### 4.1.1 Näkemykset mittareiden käytöstä

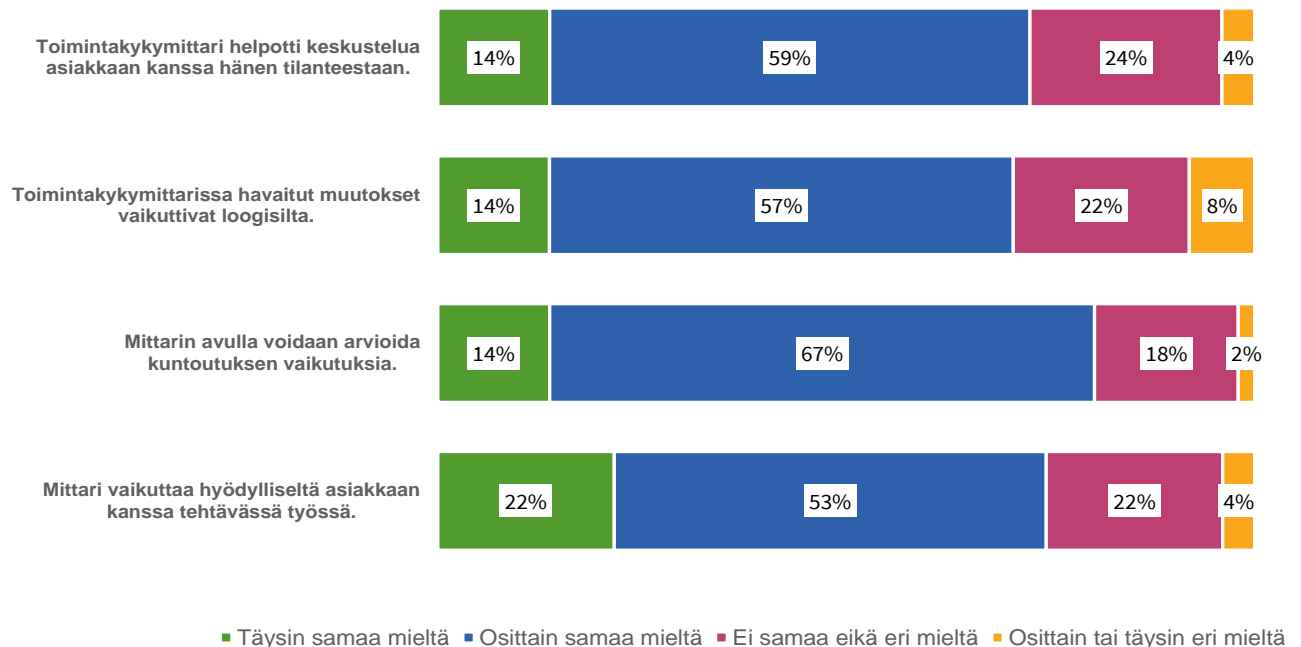
Ammattilaisten kyselyyn saatiin yhteensä 70 vastausta, joista yhdeltä vastaajalta poistettiin identtisiä avovastauksia sisältänyt aiempi vastaus. Näin ollen kyselyvastauksia oli yhteensä 69 ja vastaajia oli kaikilta kahdeksalta hyvinvointialueelta. Kyselyn vastausprosentti on arviolta (johtuen henkilöstön vaihtuvuudesta, tarkkaa mittareita hankeaikana käyttäneiden määrää ei tiedetä) hieman alle 70 prosenttia.

Ammattilaisia pyydettiin vastaamaan väittämiin viisiportaisella asteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä) niistä mittareista (WHODAS 2.0 12 kysymystä, PROMIS Yleinen terveys, EuroHIS-8), joita ammattilainen oli käyttänyt hankkeen aikana, kunkin mittarin osalta erikseen. Vaihtoehtojen ”Osittain samaa mieltä” tai ”Osittain eri mieltä” kohdalla tulee huomioida, että avovastauksissa on saatettu tarkentaa, mitä osittaisella tarkoitetaan, esimerkiksi mittari ei sovellu ammattilaisen mielestä lainkaan tiettyyn tilanteeseen.

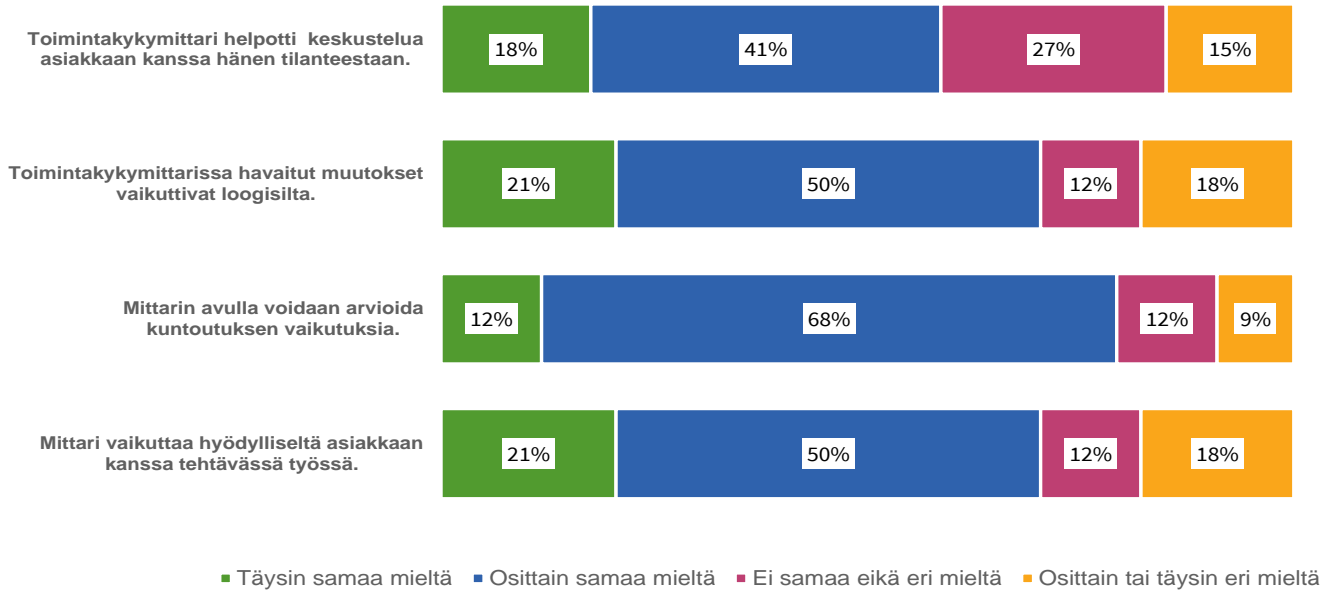
Vastausten perusteella ammattilaiset vaikuttivat suhtautuvan geneeristen mittareiden käyttöön ainakin osittain myönteisesti (kuviot 5 ja 6). Noin viidennes sekä WHODAS 2.0 12 kysymyksen että PROMIS Yleinen terveys -mittarin käyttäjistä oli täysin samaa mieltä siitä, että mittari vaikutti hyödylliseltä asiakkaan kanssa tehtävässä työssä. Puolet ammattilaisista vastasivat olevansa osittain samaa mieltä mittarin hyödyllisyydestä kummankin mittarin kohdalla. Haastattelujen perusteella ammattilaiset kokivat mittareiden antavan hyödyllistä taustatietoa asiakkaasta, mutta tieto tulisi olla saatavissa ilman että se vie aikaa asiakastyöstä.

”Mittarin tulisi olla työtä helpottava työkalu eikä hidastava, mittarin täytyisi tuottaa meille jotakin lisäarvoa asiakastyössä, jotta sen käyttö olisi kannattavaa.”

Neljäs WHODAS 2.0 12 kysymyksen mittarin käyttäjistä oli sitä mieltä, että mittarin käytöstä aiheutuu turhaa lisätyötä. PROMIS Yleinen terveys -mittarista tätä mieltä oli noin puolet kyselyyn vastanneista (kuviot 5 ja 6). EuroHIS-8-mittarin käyttäjiä oli vain kahdeksan, joten tarkkoja jakaumia vastauksista ei tässä raportissa esitetä vastaajien tietosuojan säilyttämiseksi. EuroHIS-8-mittarin käyttökokemukset vaikuttivat samansuuntaisilta kuin muiden mittareiden käyttäjien.



Kuvio 5. Ammattilaisten (n = 51) kokemuksia WHODAS 2.0 12 kysymyksen mittarin käytöstä.



**Kuvio 6. Ammattilaisten (n = 34) kokemuksia PROMIS Yleinen terveys -mittarin käytöstä.**

Vastaajamäärät olivat liian pieniä, jotta tuloksia voisi tilastollisia menetelmiä käyttäen tarkastella työkokemuksen, suoravastaanotolla työskentelyn tai suoravastaanottokoulutuksen mukaan. Tyypillisin vastaus eri tavoin jaetuissa ryhmissä oli osittain myönteistä suhtautumista kuvaava vaihtoehto. Kyselyn avovastauksissa ja ryhmähaastatteluisia tuli esille myös muita näkökohtia mittareiden käytöstä. Esimerkiksi ryhmätilanteissa mittareiden käyttö vei aikaa itse aktiviteetilta ja ohjaukselta. Myös asiakas saattoi turhautua lomakkeiden täyttämiseen, kun odotuksena oli päästä liikkumaan. Haastatteluissa nousi esille, että ryhmätilanteissa ei voida hyödyntää mittarin antamia tietoja kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa yhtä joustavasti kuin yksilövastaanotolla, ainakaan jos alkumittaus tehdään ensimmäisellä ryhmäohjauksella. Ryhmäkuntoutuksen osallistuneiden asiakkaiden osalta ammattilaiset ajattelivat, että mittareiden käyttö saattaisi olla hyödyllisempää aiemmilla kuntoutuksen suunnittelukäynneillä. Joissakin ryhmätilanteissa puolestaan ammattilaiset kokivat mittareihin vastaamisen kiinnostaneen asiakkaita, tosin näissä tilanteissa vastaamisessa käytetty tabletti saattoi olla houkutteleva tekijä.

Osa ammattilaisista esitti huolensa mittareiden käyttötarkoituksesta esimerkiksi vakuutusyhtiöiden tai Kelan päätösten perusteena tilanteissa, joissa vastausten ja muiden havaintojen välillä oli ristiriitoja. Itsearviointimittareissa ohjeistuksena on se, että ”asiakas on aina oikeassa” eli asiakkaan vastauksia ei saa korjata. Kirjaaminen oli koettu vaikeaksi, jos ammattilainen oli eri mieltä asiakkaan toimintakyvystä. Geneerinen itsearviointimittari oli joidenkin ammattilaisten mielestä tuonut esille eroja siinä, miten ammattilaisen arvioimana sama ja samansuuruinen toimintarajoite saattaa vaikuttaa eri tavoin ihmisen kokemukseen riippuen arjen ympäristöstä ja toimintakyvylle asetetuista vaatimuksista. Samasta syystä mittarivastauksiin vaikuttaa se, mihin asiakas vertaa vointiaan.

Geneeriset mittarit koettiin hyödyllisimmiksi lähtötilanteen kartoittamisessa, erityisesti jos asiakkaalla epäiltiin olevan laaja-alaisempia ongelmia. Toisaalta ongelmien laaja-alaisuus tai tietyn ongelman vaikeus oli saattanut paljastua ammattilaiselle mittarin avulla. Jos asiakkaalla oli tarkasti rajattu tuki- ja liikuntaelinoire ja siihen liittyvä neuvonta- tai ohjauskäynti tai kuntoutusjakso oli muutoin lyhytkestoinen, geneerisestä mittarista ei koettu olevan yhtä paljon hyötyä. Osa ammattilaisista oli jättänyt nämä asiakkaat omaaloitteisesti pois tutkimuksesta. Toisaalta oli myös kokemuksia siitä, miten fysioterapeutille näyttäytyvä oire ei välttämättä ollutkaan ongelman ydin vaan seurausta muun elämänalueen haasteesta, johon tulisi puuttua joko ensisijaisesti tai kuntoutuksen rinnalla.

”- yllätti se, että se vaiva jonka takia asiakkaat on meidän vastaanotolla niin se ei olekaan se pointti --- vaan ongelma on jossain taustalla”

” --- Sillä [WHODAS-mittarilla] saadaan asiakkaan kokemusta nostettua esiin ja se auttaa asiakkaan haasteiden kartoittamisessa ja niiden pohjalta tavoitteiden laadinnassa.”

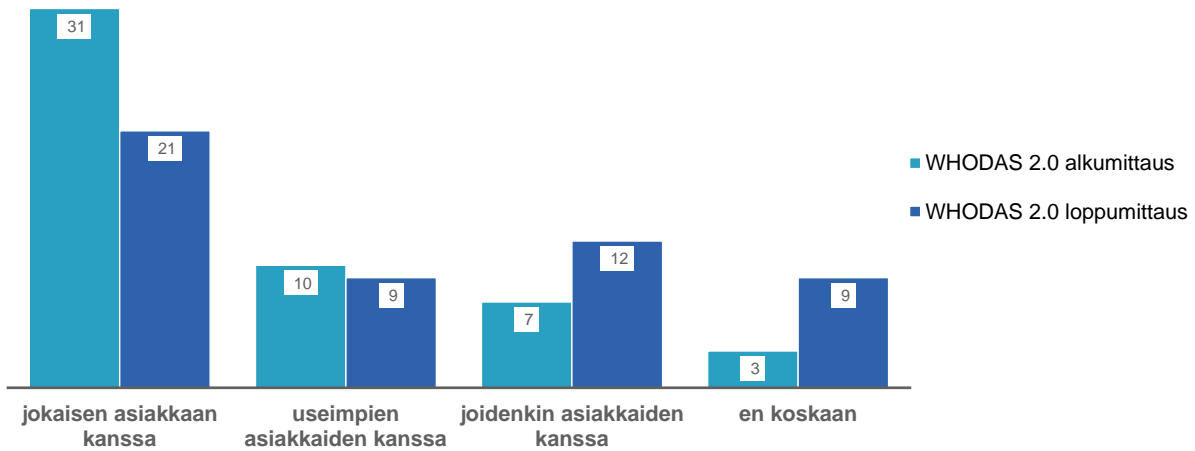
Suurin osa ammattilaisista vaikutti ajattelevan, että fyysiseen toimintakykyyn liittyvien ongelmien taustalla voi olla toimintakyvyn muiden ulottuvuuksien ja ympäristön haasteita. Toisaalta esitettiin myös ajatus siitä, että fysioterapiassa kannattaisi kysyä vain fyysisiä vaikeuksia, joihin fysioterapialla voidaan vaikuttaa.

”---ajattelen, että nyt me ollaan fysioterapiassa. Mittarissa voi olla sosiaalista puolta tai psyykkistä puolta, mutta kyllä me ensisijaisesti kuitenkin eniten halutaan selvittää sitä fyysistä toimintakykyä. Esimerkiksi liikkumisesta tarkemmin mitä apuvälineitä käytetään, miten asiakas kokee itse, että kuinka pystyy vaikka käymään kaupassa? --- Miten kokee tasapainonsa? Tarkoitan eriytettyinä niitä fyysisen toimintakyvyn eri osa-alueita. Niin ne voisi tuottaa sitä infoa, että mitä hyötyä saa fysioterapian harjoittelusta itselleen.”

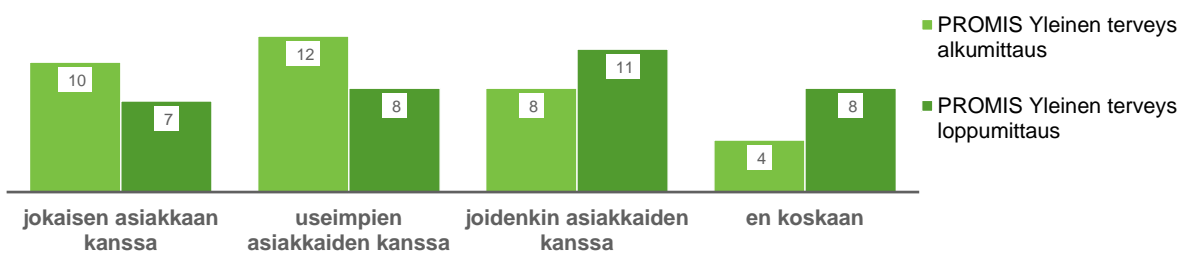
Paperilomakkeita käyttäneet ammattilaiset toivoivat helpokäyttöisiä digitaalisia mittarilomakkeita ja niiden sisällyttämistä kuntoutukseen ja asiakas- ja potilastietojärjestelmiin siten, että asiakastyöhön varattua aikaa ei kulu mittareiden täyttämiseen tai tulosten kirjaamiseen. Toisaalta digitaalisia mittarilomakkeita käyttäneet ammattilaiset olivat saattaneet törmätä ongelmiin esimerkiksi laitteiden toimimattomuuden tai heikon verkkoyhteyden vuoksi. Asiakkaan heikentynyt näkö ja/tai kuulo vaikeuttivat ohjeistamista ja vastaamista niin paperisille kuin digitaalisille lomakkeille. Joidenkin asiakkaiden vastaamista vaikeutti myös hienomotoriikan heikkeneminen. Joillakin asiakkailla oli vaikeuksia ymmärtää kysymyksiä ja valita vastausvaihtoehtoja, vaikka ammattilainen oli arvioinut kognition hyväksi.

Tutkimussuunnitelmassa, ja ammattilaisten koulutuksessa ennen hankkeen toteutusta alueilla, painotettiin mittareiden hyödyntämistä asiakkaan kanssa käytävässä keskustelussa. Tavoitteena oli, että asiakkaalla olisi mahdollisuus keskustella vastauksistaan ja nostaa esille itselleen tärkeitä kuntoutuksen suunnitteluun tai arviointiin liittyviä asioita. Ammattilaiset kokivat erityisesti loppumittauksessa keskustelun vievän liikaa aikaa, jos seuranta- tai loppukäyntiä ei muuten ollut suunniteltu. Joillakin alueilla haasteeksi koettiin se, että jos seuranta- tai loppukäynti ei osunut tässä hankkeessa loppumittaukseen suositeltuun 3–6 kuukauden ajankohdtaan, keskustelusta oli usein luovuttava. Jos yhtenäistä ajankohtaa pidetään tärkeämpänä, seuranta- tai loppumittauksia jää todennäköisesti puuttumaan enemmän tai niiden läpikäymiseen ilman vastaanottoa ei ole varattu aikaa. Viimeisellä käynnillä mittarivastauksista keskustelu koettiin hyödyllisemmäksi kuin tarkasta kolmen kuukauden ajankohdasta kiinnipitäminen. Yleisesti ammattilaiset kokivat seurannan geneeristen mittareiden avulla olevan hyödyllisempää pidemmissä kuntoutusjaksoissa. Erityisesti suoravastaanottotilanteissa ei ole totuttu olemaan yhteydessä asiakkaaseen käynnin jälkeen. Kaikki eivät kokeneet, että tällaisesta yhteydenotosta olisi merkittävää hyötyä tai siihen ei katsottu olevan aikaa ja mahdollisuutta nykyisten resurssien puitteissa.

Sekä WHODAS 2.0 12 kysymystä että PROMIS Yleinen terveys -mittareita käyttäneet ammattilaiset keskustelivat mittarivastauksista asiakkaan kanssa useammin alkumittauksessa kuin loppumittauksessa (kuvot 7 ja 8).



**Kuvio 7. WHODAS 2.0 12 kysymyksen mittarin vastauksista asiakkaan kanssa keskustelleiden ammattilaisten määrä alku- ja loppumittauksessa (n = 59).**



**Kuvio 8. PROMIS Yleinen terveys -mittarin vastauksista asiakkaan kanssa keskustelleiden ammattilaisten määrä alku- ja loppumittauksessa (n = 34).**

Ammattilaiset kokivat geneeristen mittareiden soveltuvan puheeksi ottamisen välineiksi parhaiten tilanteissa, joissa asiakkaalla on laaja-alaisempia ongelmia tai vaikeuksia elämäntilanteessaan. Sen sijaan tarkasti rajatuissa tuki- ja liikuntaelinoireissa, joita seuraa todennäköisesti lyhyt kuntoutusjakso tai vain yksi ohjauskerta, mittareiden ei koettu olevan yhtä hyödyllisiä. Osa asiakkaista oli ihmetellyt kokonaistilannetta kartoittavien kysymysten järjestyttä omassa tilanteessaan. Asiakas oli esimerkiksi kysynyt, miten omaan oireeseen liittymättömät toimintakyvyn ulottuvuudet, esimerkiksi oppimiskyky, liittyvät hänen omaan akuuttiin tuki- tai liikuntaelinoireeseensa. Toisaalta mittarit olivat saattaneet olla hyödyllisiä myös akuuttien oireiden vuoksi vastaanotolle tulleilla asiakkailla. Mittari oli tuonut esille kroonisia vaivoja, jotka kyettiin ottamaan huomioon akuutin vaivan kuntoutuksen suunnittelussa.

Ammattilaiset kuvasivat tilanteita, joissa asiakas oli mittarivastausten avulla pystynyt tuomaan esille ongelmansa vakavuuden tai laajuuden, mikä oli tullut ammattilaiselle yllätyksenä jopa alkuhaastattelun jälkeen. Yksi ammattilainen kertoi tilanteesta, jossa mittarivastaukset olivat tuoneet esille asiakkaan psykososiaaliset haasteet, jotka voitiin huomioida kuntoutuksen suunnittelussa, kun asiakkaan voimavarat eivät olisi riittäneet alkuperäiseen suunnitelman toteuttamiseen. Puhelioiden asiakkaiden kanssa mittareiden kysymykset saattoivat herättää liikaakin keskustelua, mutta toisaalta mittarikysymysten avulla keskustelua saattoi ohjata pysymään aiheessa. Joillekin asiakkaille kysymykset saattoivat tuoda mieleen ikäviä muistoja, ja osa asiakkaista

saattoi kokea mittarituloksen laskemisen eli ”mittaamisen” ahdistavana. Mittareista koettiin olevan hyötyä erityisesti niiden asiakkaiden kanssa, joiden oli vaikea sanoittaa tai muuten saada kerrottua oman elämän ongelmista. Haastattelussa ammattilaiset kertoivat myös, että mittarivastausten avulla puheeksi saattoi ottaa laajemmin kuntoutumiseen vaikuttavia asioita ja ohjata asiakasta näkemään toimintakyvyn eri osa-alueiden yhteyksiä. Myös ammattilaiselle saattoi avautua uusi näkökulma asiakkaan tilanteeseen. Asiakas oli saattanut pohtia mittarin kysymystä ja siihen vastaamista ääneen, mikä oli tuonut lisätietoa ammattilaiselle.

Kahdella alueella mittarivastaukset olivat toimineet puheeksi ottamisen välineenä myös ammattiryhmien tai toimintayksiköiden välillä, ja johtaneet yhteydenottoon esimerkiksi kotihoidon puolelle. Osa ammattilaisista koki mittarikysymysten olevan muutenkin sellaisia, joita käyttää omassa alkuhaastattelussa, eikä välttämättä nähnyt etua siinä, että kysymykset esitetään ja vastaukset kerätään samanlaisina riippumatta ammattilaisesta. Toisaalta toivottiin, että mittarin käyttöön sitoutuisivat myös muut ammattiryhmät kuin fysioterapeutit, jolloin mittarin käyttö ei kuormittaisi vain fysioterapeutteja ja asiakkaan tilannetta voitaisiin seurata palvelusta toiseen siirryttäessä. Tärkeäksi asiaksi nostettiin riittävä mittareiden käyttökoulutus; ammattilaisten on puhuttava samaa kieltä ja ymmärrettävä samalla tavoin mittareiden käyttötarkoitus.

”---on parempi että on yksi ja sama mittari kaikille, nyt on huomannut kuinka paljon se oma arvio eroaa ihmisen vastauksesta, että en tiedä, luottaisinko omaan arviointikykyyni, että osaisin aina valita mittarin oikein---”

”Ei voida olettaa, että kaikissa vastaanottotilanteissa voidaan hyödyntää yhtä mittaria tai että mittarin käyttö olisi realistista jokaisella ensikäynnillä.---”

”Yksi ja sama mittari tuskin palvelee sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä olevaa toimintaa. ---”

Ammattilaiset kokivat, että useat asiakkaat olivat mielissään siitä, että kysytään heidän omaa kokemustaan tilanteestaan. Haastattelussa tuli esille, että kaikki ammattilaiset eivät kuitenkaan kyenneet riittävän monipuolisesti perustelemaan joko itselleen tai asiakkaalle, mitä hyötyä mittarin käytöstä on. Mittareiden käyttötarkoitus tulisi ammattilaisten mielestä sanoittaa selkeästi. Hankkeen aikana mittareiden käyttötarkoitus saattoi näyttäytyä ammattilaiselle itselleen ja asiakkaalle vain erilliseen tutkimukseen liittyvänä.

Joillakin ammattilaisilla oli tämän hankkeen ulkopuolelta kertynyttä kokemusta kulttuurierojen vaikutuksesta ulkomaalaistaustaisten asiakkaiden toimintakyvystä käytävään keskusteluun ja toimintakyky-mittarivastauksiin. Asiakas ei ole välttämättä tottunut kertomaan omasta kehostaan ja tulkin kääntämät kysymykset eivät välttämättä vastaa täysin suomen-, ruotsin- tai englanninkielisiä lomakkeita, eivätkä vastaukset välttämättä vastaa sitä mitä asiakas ajattelee asiasta. Lukutaidottomat vieraskieliset henkilöt ovat heikossa asemassa oman tilanteensa kuvaamisessa. Ylipäänsä kaikki ne ihmiset, jotka tarvitsevat toisen ihmisen apua vastaamiseen, ovat haavoittuvaisemmassa asemassa omien ongelmien ja tilanteensa esille tuomisessa. Yhdellä alueella ammattilaiset olivat pohtineet yhteyshenkilön kanssa tilannetta, jossa läheinen henkilö saattaisi painostaa vastaamaan tietyllä tavalla, esimerkiksi lähisuhdeväkivaltatilanteessa.

#### 4.1.2 Rinnakkain kahta generistä mittaria käyttäneiden ammattilaisten kokemuksia

Kyselyyn vastasi 24 ammattilaista, jotka käyttivät rinnakkain kahta hankkeeseen valittua generistä mittaria. Heistä 16 oli käyttänyt sekä WHODAS 2.0 12 kysymyksen mittaria että PROMIS Yleinen terveys -mittaria ja kahdeksan sekä WHODAS 2.0 12 kysymyksen mittaria että EuroHIS-8-mittaria. Lisäksi ammattilaisilla saattoi olla käytössä muita yhteisesti sovittuja mittareita esimerkiksi suoravastaanottoasiakkailla tai paikallisesti tai itsenäisesti valittuja mittareita. Alueella pidempään käytössä olleessa alkukartoituskyselyssä saattoi olla samantyyppisiä kysymyksiä kuin generisissä mittareissa.

Kun tarkasteltiin sekä WHODAS 2.0 12 kysymyksen että PROMIS Yleinen terveys -mittareita käyttäneiden ammattilaisten vastauksia mittarin käyttöä koskeviin väittämiin, mittareiden välillä ei nähty eroja. Esimerkiksi ne ammattilaiset, jotka kokivat toisen mittarin helpottavan keskustelua, kokivat myös toisen mittarin helpottavan keskustelua. Ammattilaiset, jotka olivat eri mieltä väitteen kanssa, vastasivat molempien mittareiden väitteisiin näin. Tyypillisin vastausvaihtoehto oli kummankin mittarin osalta ”osittain samaa mieltä”.

Vain väittämässä, joka koski mittarin käytöstä aiheutuvaa turhaa lisätyötä, tyypillisin vastaus – jälleen molempien mittareiden osalta – oli ”ei samaa eikä eri mieltä”. Myös WHODAS 2.0 12 kysymystä ja EuroHIS-8-mittareita käyttäneiden ammattilaisten kokemukset olivat yhteneväiset kummankin mittarin osalta ja samansuuntaiset kuin WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys -mittareiden käyttäjillä. (Liite 3.) Sekä WHODAS 2.0 12 kysymystä että PROMIS Yleinen terveys -mittareita käyttäneistä ammattilaisista 10 (63 %) valitsisi käyttöön WHODAS 2.0 12 kysymyksen mittarin ja 5 (31 %) PROMIS Yleinen terveys -mittarin ja yksi (6 %) ammattilainen ei valitsisi kumpaakaan mittaria.

Haastatteluisissa ja avovastauksissa löytyi perusteluja sekä WHODAS 2.0 12 kysymyksen että PROMIS Yleinen terveys -mittareiden käytön puolesta. PROMIS Yleinen terveys -mittarin eduksi mainittiin se, että tämä mittari antaa erikseen koetun fyysisen ja psyykkisen terveyden tuloksen. WHODAS 2.0 12 kysymyksen mittarin eduksi mainittiin, että se kuvaa paremmin toimintakykyä kuin PROMIS Yleinen terveys. EuroHIS-8-mittarin eduksi mainittiin sen lyhyys. Osa ammattilaisista oli sitä mieltä, että mitään tiettyä geneeristä mittaria ei tulisikaan valita. Yksittäisiä suosituksia sai useampi muukin kuin tässä hankkeessa käytetty mittari.

#### 4.1.3 Ammattilaisten havaintoja mittaritulosten luotettavuuteen ja käyttökelpoisuuteen mahdollisesti vaikuttavista asioista

Tähän kappaleeseen on koottu ammattilaisten haastatteluista ja kyselyn avovastauksista mittareiden pätevyyteen ja mahdollisiin mittausvirhelähteisiin liittyviä huomioita. Haastatteluisissa nousi esille useita ammattilaisten havaintoja siitä, että mittarivastaukset eivät kaikissa tilanteissa vastanneet sitä, mitä asiakkaan kanssa keskustellessa tuli esille, vaikka asiakkaan kognitiivisyys vaikutti olevan hyvä.

”Niin kun se, että jos olisi tuijottanut pelkästään sitä kyselyvastausta, niin mähän olisin ajatellut, että hyvin menee, että ethän sä oikeastaan tarvitse mitään fysioterapiaa, mutta sitten kun sanoitti niitä asioita niin siellä tuli paljon ongelmia ja muuta. --- että hyvin tulkinnanvarainen oli sitten loppujen lopuksi ---”

Asiakkaan tilanne oli saattanut mittarivastausten perusteella vaikuttaa paljon paremmalta kuin miten hän oli kuvannut tilannettaan keskustellessa ammattilaisen kanssa. Ammattilaiset kertoivat esimerkiksi todenneensa, että pitkän matkan (esimerkiksi 1 km) kävelyn mittarivastauksessaan ongelmattomaksi ilmoittanut henkilö kykeni kävelemään havainnoitaessa hyvin lyhyen matkan.

Ammattilaiset pohtivat myös, miten asiakkaan mieliala ja asennoituminen vaikuttivat vastauksiin, jolloin vastaus saattaa kuvata enemmänkin näitä kuin varsinaisesti toimintakykyä. Huonokuuloisuutta saatettiin peitellä ja näin asiakas ei välttämättä ollut kuullut ammattilaisen antamia ohjeita vastaamiseen. Erityisesti ryhmätilanteissa ohjeistaminen saattoi olla haastavaa. Kyselylomakkeita oli tarvittaessa suurennettu A3-kokoiseksi, mutta silti teksti oli joillekin asiakkaille liian pientä tai vastausvaihtoehdon saattoi vahingossa merkitä väärin, esimerkiksi suurennuslasin liikuttamisesta johtuen. Tällaisissa tilanteissa asiakkaat olivat toivoneet mahdollisuutta vastata kysymyksiin haastattelussa, ennemmin kuin vastaten itse lomakkeelle, mikä oli sovittu käytännöksi hankkeen aikana.

Pääsääntöisesti kysymykset olivat ammattilaisten mielestä vaikuttaneet olevan asiakkaalle helposti vastattavia. Osa ammattilaisista piti PROMIS Yleinen terveys -kysymyksiä vaikeina, esimerkiksi sosiaalista roolia koskeva kysymys nousi esille yksittäisenä vaikeasti vastattavana kysymyksenä. Osa ammattilaisista arveli, että suomalaisten voi olla vaikea kuvata omaa tilannetta ”erinomaisena” vaan he valitsevat mieluummin vaihtoehdoksi ”hyvä”. Toisaalta WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin 30 vuorokauden keskimääräisen tilanteen arviointi saatettiin kokea liian pitkäksi aikaväliseksi erityisesti akuuteimmassa vaiheessa, ja mahdollisesti osa asiakkaista vastasi vastaushetken tilanteen perusteella. Ammattilaiset havaitsivat, että osa WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin 12 kysymykseen vastanneista asiakkaista ei ollut töissä tai opiskelemassa, joten heidän ei olisi pitänyt vastata kysymykseen siitä, kuinka suuria vaikeuksia heillä on hoitaa päivittäinen työnsä tai opiskelunsa.

Asiakas oli saattanut vastata kysymyksiin kuntoutukseen hakeutumisen syyn perusteella, esimerkiksi loppumittauksessa ajatellut vain esimerkiksi polvesta johtuvia vaikeuksia suoriutua arjessaan, vaikka seuranta-aikana olisi tapahtunut jotain yleisesti suoriutumista heikentävää. PASS-kysymys, jolla kysytään, kokeeko

asiakas vointinsa riittävän hyväksi, oli koettu vaikeana, samoin koettua muutosta koskeva kysymys. Toisaalta ammattilaiset kertoivat vastaamisen vaikeuksia olleen myös muissa kuin tutkimuksessa käytetyissä mittareissa, esimerkiksi asiakkaan omia tavoitteita koskeva kysymys oli saatettua kokea vaikeaksi vastata.

Ammattilaiset kuvasivat tilanteita, joissa asiakkaan tilanteessa tapahtuva muutos ei välttämättä näy geneeristen mittareiden tuloksissa. Tällaisia ovat esimerkiksi tilanteet, joissa krooninen sairaus ylläpitää vaikeuksia arjessa suoriutumisessa tai heikompaa koettua terveyttä, vaikka kuntoutusjakson aikana saavutetaan kyseiselle kuntoutusjaksolle asetetut tavoitteet.

”--- mittari on mielestäni liian ympäröivä, aiheet ilmaistu ikään kuin liian laveasti --  
- mittarin käytön pitää tuottaa vaikutusten arvioon todellista hyötyä.”

Esimerkiksi WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarissa kävelyä ja seisomista koskevat vastaukset eivät välttämättä muutu, vaikka olkapään kuntoutus onnistuisi hienosti. Ammattilaisten pelkona oli liian yksinkertaisesti kuntoutuksen tuloksellisuuden arviointi ja liian suoraviivainen asiakasryhmien vertailu geneeristen mittaritulosten avulla.

#### 4.1.4 Pohdinta ammattilaisten kokemuksista

Ammattilaiset vaikuttavat suhtautuvan pääpiirteissään myönteisesti geneeristen mittareiden tuottamaan tietoon asiakkaan kokonaistilanteesta kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa, erityisesti jos mittarin tai mittareiden käyttö ei vie aikaa asiakastyöltä. Osa ammattilaisista on tottunut keräämään samantyyppistä tietoa haastattelun tai alkukartoituslomakkeilla, mutta tällöin tieto ei ole hyödynnettävissä laajempaan vertailuun. Geneeristen mittareiden kysymykset eivät kuitenkaan ammattilaisten mielestä sovellu kaikkiin tilanteisiin tai kaikille asiakkaille ja myös tällöin ammattilaisella ja asiakkaalla tulisi olla selkeä ymmärrys siitä, miksi mittareita tulee käyttää. Mittareiden käyttötarkoituksen sanoittaminen sekä asiakastyön että laajemmin toiminnan suunnittelun ja arvioinnin kannalta vaatii vielä tarkennuksia, josta kaikilla alueilla ei ehditty riittävästi keskustella ennen tämän hankkeen käynnistämistä.

Koettua toimintarajoitetta tai terveyttä omassa elämäntilanteessa ei voi kartoittaa muuten kuin ihmiseltä itseltään kysymällä ja se on tärkeä osa toimintakyvyn arviointia. ICF-viitekehyksen mukaisesti toimintakyvyn rajoitteet vaikuttavat ihmisen elämään eri tavoin riippuen arjen vaatimuksista, käytettävissä olevasta avusta ja tuesta (esimerkiksi apuvälineet, ympäristön esteettömyys, läheisen apu). Kuntoutuksen ammattilaisille mittareiden fyysistä toimintakykyä kartoittavat kysymykset eivät kuitenkaan välttämättä anna riittävän tarkkaa tietoa ja toisaalta muihin toimintakyvyn osa-alueisiin liittyvää tietoa ei välttämättä koeta tarpeelliseksi. AITO-hankkeessa kuvatut kokemukset vastaavat sosiaalisen kuntoutuksen yhteydessä kerättyjä kokemuksia EuroHIS-8-mittarin käytöstä (Karjalainen ym. 2023). Näissä sosiaalisen kuntoutuksen piloteissa asiakkaiden oli työntekijöiden mielestä helppoa täyttää mittari, koska se oli lyhyt ja sen täyttäminen sujui nopeasti. Osa työntekijöistä koki, että mittarin kysymykset olivat liian yleisellä tasolla, eikä arjen haasteisiin päästy kunnolla kiinni, eikä mittarin avulla voitu tarkastella muutoksia asiakkaan tilanteessa. Toisella sosiaaliryhmän hankealueella kuitenkin koettiin, että mittaria voidaan käyttää asiakastyön tukena ja konkretisoimaan niin työntekijälle kuin asiakkaalle itselleenkin hänen tilannettaan ja mahdollista elämänlaadussa tapahtunutta muutosta. (Karjalainen ym. 2023.)

Mittarituloksista päätelty kokonaisvaltainen tilanne ei myöskään välttämättä tarjoa ammattilaiselle tietoa oman työn tai kuntoutumisen tuloksellisuudesta. Tietyn kuntoutuksen onnistuminen ja asiakkaan tyytyväisyys eivät näy geneeristen mittareiden tuloksissa, jos asiakkaalla on muita kroonisia vaivoja tai kuormittava elämäntilanne, johon kuntoutuksella ei voida vaikuttaa tai jos mittarin kysymykset ovat hyvin yleisellä tasolla suhteessa asiakkaan ongelmaan. Fysioterapialla tai ymmärtävällä kohtaamisella ei välttämättä kyetä vaikuttamaan monialaisiin ongelmiin edes välillisesti. Jos geneerisiä mittareita käytetään kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin osana, tulee tulosten tulkinnassa ja niiden hyödyntämisessä huomioida ammattilaisten näkemykset, jotta vältytään muissa maissa havaitulta haasteelta: jos ammattilainen ei koe mittareiden antavan pätevää tietoa hoidon tuloksellisuudesta, tuloksia saatetaan pyrkiä manipuloimaan (Greenhalgh ym. 2018).



Spesifit itsearviointimittarit, jotka on tarkoitettu tiettyyn tilanteeseen tai tietylle ryhmälle, antavat ammattilaisten mielestä usein heille tärkeämpää tarkempaa tietoa. Myös spesifeissä mittareissa voidaan kysyä asiakkaan omaa kokemusta tietyn vaiivan aiheuttamista haasteista muihin kuin fyysisen toimintakyvyn ulottuvuuksiin. Tällöin geneerisissä ja spesifeissä mittareissa saattaa olla päällekkäisyyksiä tietyillä asiakas- tai potilasryhmillä.

AITO-hankkeen aikana osa ammattilaisista koki kyselyjen määrän olevan tietyissä asiakasryhmissä suuri, mahdollisesti liikaa asiakasta kuormittavaa ja aikaa vievää. Vaikka hankkeessa käytetyt mittarit olivat lyhyitä, useiden samanaikaisten - vaikkakin lyhyiden - mittareiden käyttö saattaa kuormittaa tai turhauttaa asiakasta. Geneerisen mittarin käyttöön voi olla helpompi sitoutua, mikäli samantyyppistä tietoa ei vielä ole muutoin saatavilla ja ammattilainen kokee tärkeäksi hahmottaa asiakkaan elämäntilannetta laajemmin tai asiakas itse hyötyy oman tilanteensa monipuolisemmasta pohdinnasta. Hyväksi havaittua muuta aiemmin käytettyä mittaria tai kartoitusta voi olla vaikea korvata geneerisellä mittarilla, jos ammattilainen kokee, ettei näin saada riittävän tarkkoja tietoja. Uusien geneeristen mittareiden hyödyt tulisikin olla todennettavissa asiakastyössä.

Koska AITO-hankkeessa mittareita käytettiin erilaisissa tilanteissa erilaisilla kohderyhmillä, ei geneeristen mittareiden välistä vertailua voida tehdä. Ainoastaan kahta mittaria rinnakkain käyttäneiden ammattilaisten kokemuksia voi verrata toisiinsa. Näiden tulosten tulkintaa puolestaan vaikeuttaa pienen vastaajamäärän lisäksi se, että lähes kaikki WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys -mittaria rinnakkain käyttäneet ammattilaiset testasivat mittareita suoravastaanotolla.

Ryhmähaastattelussa kaikki ammattilaiset eivät välttämättä saaneet tuotua omaa mielipidettään esille. Joillakin alueilla ryhmähaastatteluun osallistuneiden joukossa oli myös esihenkilö, mikä saattoi vaikuttaa vastaamiseen. Joissakin haastatteluissa oli vaikea arvioida, myötäilivätkö hiljaisempana pysytelleet ammattilaiset puheliaampien ammattilaisten kokemuksia vai olisiko heillä ollut eriäviä mielipiteitä. Näistä syistä lähetimme vielä muistutuksen mahdollisuudesta omien mielipiteiden esittämiseen nimettömänä kyselyssä. Vaikka lähes kaikilla hankkeeseen osallistuneilla ammattilaisilla oli jo pitkä työkokemus, joillakin ammattilaisilla oli vain vähän tai ei lainkaan kokemusta geneeristen mittareiden käytöstä ennen tätä hanketta ja joillekin sitä kertyi vain muutamien asiakkaiden kanssa hankkeen aikana. Tämä voidaan nähdä myös hankkeen hyötynä, kun saatiin esiin käyttökokemuksia myös erilaisen kokemustaustan omaavilta ammattilaisilta. Tuloksia voidaan pitää ensivaikutelmana, joka todennäköisesti muuttuu myönteisempään tai kielteisempään suuntaan käyttökokemusten ja perusteellisemmän koulutuksen myötä. Kokemuksiin tulee vaikuttamaan myös se, miten mittareista saatavaa tietoa pystytään hyödyntämään.

Kyselyn alustavia tuloksia esiteltiin kesäkuussa 2023 ammattilaisille ja yhteyshenkilöille. Lisää kyselyn ja haastattelujen tuloksia esiteltiin syksyllä 2023. Yhteyshenkilöt saivat myös haastattelujen muistiinpanot tarkistettavaksi haastattelujen jälkeen. Haastatteluissa ja kyselyjen avovastauksissa toistuivat usein samat teemat mutta toisaalta ammattilaiset saattoivat olla täysin eri mieltä esimerkiksi siitä, kuinka kokonaisvaltaisesti fysioterapiassa on tarpeen kohdata asiakas. Hankkeen aikana Päijät-Hämeessä tehdyssä opinnäytetyössä (Rinne 2023) kuvatut tulokset fysioterapeuttien näkemyksistä WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys -mittareiden hyödyllisyydestä suoravastaanotolla vastaavat AITO-hankkeessa kahdeksalta hyvinvointialueelta koottuja näkemyksiä. Vaikka geneeristen mittareiden käyttö tutkimuksen aikana ei vastannut tilannetta, jossa tulevaisuudessa mittareita käytetään, käytännön työssä esiin tulleet osittain ristiriitaisetkin kokemukset toivat esille tärkeitä yksityiskohtia ja kokonaisuuksia, jotka on huomioitava geneeristen ja muidenkin toimintakykymittareiden käyttöönotossa – esimerkiksi koulutuksessa. Lisäksi ammattilaisten huomiot mittareiden luotettavuuteen liittyvistä seikoista ja mittareiden sisällöistä antavat tärkeää tietoa mittaritulosten tulkintaan.

## 4.2 Asiakkaiden lomakkeet ja asiakkaiden kokemuksia generisten mittareiden käytöstä

*Susanna McLellan, Päivikki Koponen, Heli Valkeinen*

Analyysiaineistoon saatiin 525 asiakkaan vastauksia vähintään yhteen hankkeessa käytettyyn lomakkeeseen eli alkumittauksen taustatietolomakkeeseen, geneerisen mittarin alku- tai loppumittauslomakkeeseen tai loppumittauksen koetun muutoksen lomakkeeseen. Vastanneiden määrä vaihtelee lomakkeittain (taulukko 8).

**Taulukko 8. Mittarilomakkeisiin vastanneiden määrä alku- ja loppumittauksessa sekä PASS- ja GRC-kysymyksiin vastanneiden määrä**

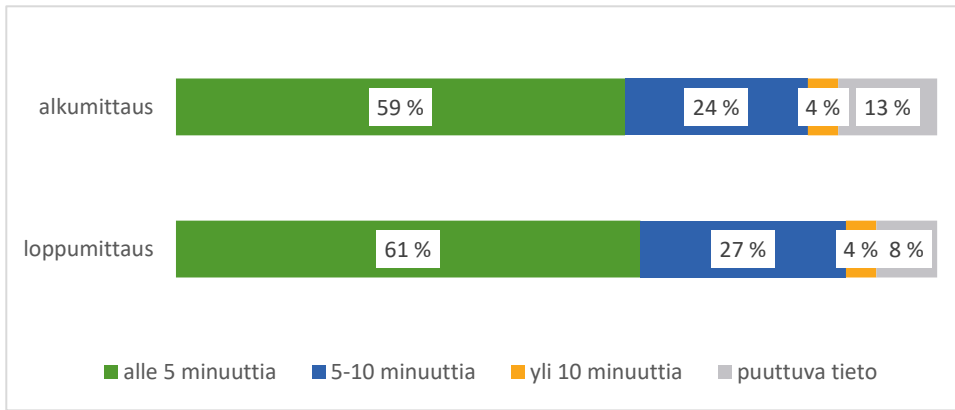
Mittarilomake tai kysymys	Kaikki vastanneet alkumittaus	Mittaritulos saatavilla alkumittaus	Kaikki vastanneet loppumittaus	Mittaritulos saatavilla loppumittaus
WHODAS 2.0 12 kysymystä	357	351	286	284
PROMIS Yleinen terveys	307	302–307	234	230–233
<ul style="list-style-type: none"> <li>PROMIS Yleinen fyysinen terveys (4 kysymystä)</li> </ul>	307	302	234	230
<ul style="list-style-type: none"> <li>PROMIS Yleinen fyysinen terveys 2a (2 kysymystä)</li> </ul>	307	304	234	231
<ul style="list-style-type: none"> <li>PROMIS Yleinen mielenterveys (4 kysymystä)</li> </ul>	307	302	234	233
<ul style="list-style-type: none"> <li>PROMIS Yleinen mielenterveys 2a (2 kysymystä)</li> </ul>	307	304	234	233
<ul style="list-style-type: none"> <li>PROMIS (Global01) Kysymys koetusta terveydestä yleensä</li> </ul>	307	307	234	233
<ul style="list-style-type: none"> <li>PROMIS (Global09r) Kysymys sosiaalisista toimista/rooleista suoriutumisesta</li> </ul>	307	304	234	232
EuroHIS-8	29	29	23	23
PASS-kysymys	516	516	388	388
GRC-kysymys	0	0	387	387

Sekä WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaria että PROMIS Yleinen terveys -mittariin vastanneita asiakkaita oli alkumittauksessa 142 ja loppumittauksessa 99. Aluekohtaiset vastaajamäärät alku- ja loppumittauksessa on kuvattu liitteessä 2.

Asiakkaiden lukumäärä analyyseissä vaihtelee sen mukaan, ovatko kyseisen analyysin edellyttämät tiedot asiakkaasta saatavilla. Myöskään mittarilomakkeeseen vastanneiden ja mittarituloksen saaneiden asiakkaiden määrä ei välttämättä ole sama riippuen siitä oliko asiakas jättänyt vastaamatta yksittäisiin kysymyksiin. Tuloksen laskeminen ja puuttuvien vastausten käsittely kuvataan mittarikohtaisesti kappaleessa 4.3.

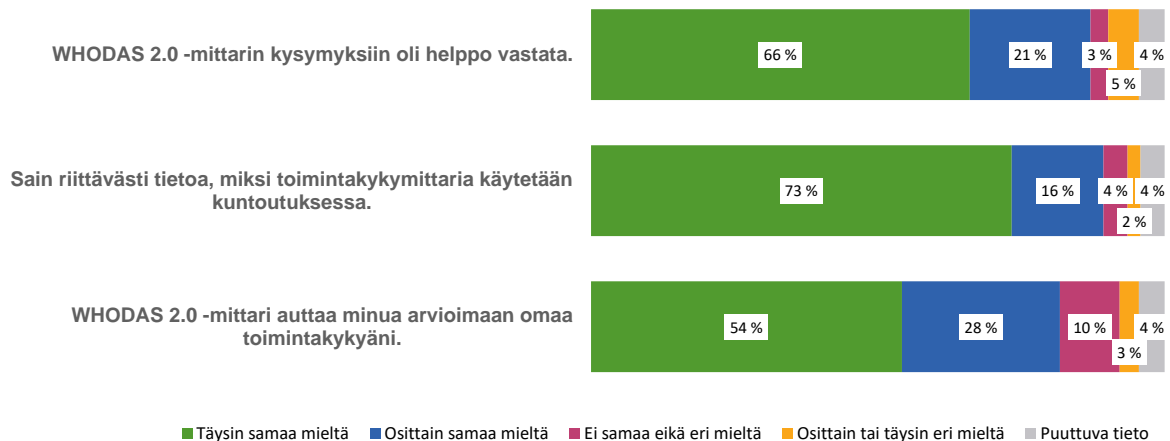
### 4.2.1 WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaria käyttäneiden asiakkaiden näkemyksiä

WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittariin vastanneista asiakkaista yli puolet arvioi mittariin vastaamisen sujuneen alle viidessä minuutissa. Noin neljännes arvioi vastaamiseen kuluneeksi ajaksi 5–10 minuuttia. (Kuvio 9.)

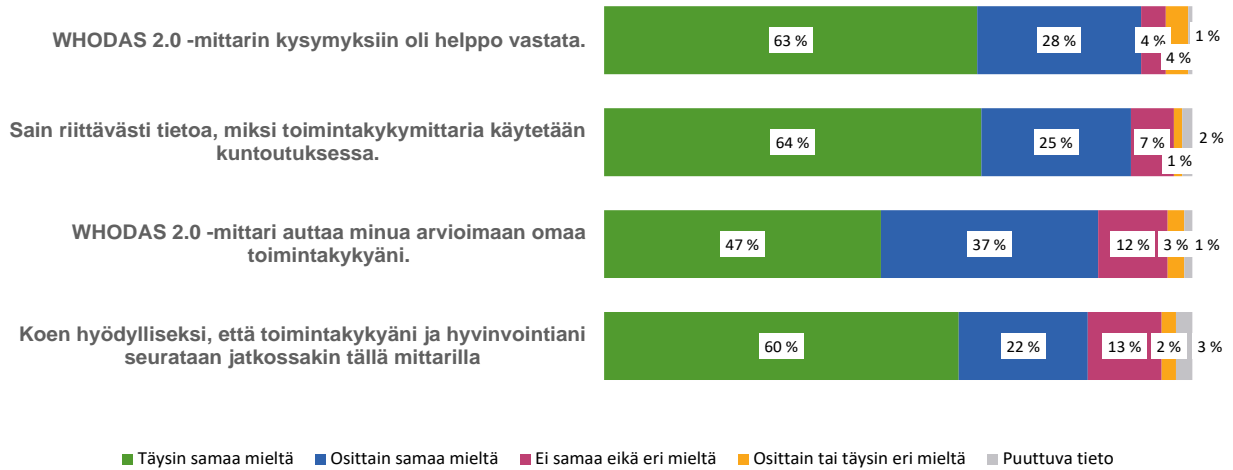


**Kuvio 9. Asiakkaan arvio WHODAS 2.0 12 kysymystä -lomakkeen täyttämiseen kuluneesta ajasta alkumittauksessa (n=357) ja loppumittauksessa (n=286).**

Asiakkaiden kokemukset mittareiden käytöstä olivat samansuuntaisia alku- ja loppumittauksessa. Täysin samaa mieltä kysymyksiin vastaamisen helppoudesta oli hieman yli puolet vastaajista. Samoin yli puolet vastaajista sai riittävästi tietoa, miksi toimintakyky-mittareita käytetään. Suurin osa vastaajista koki WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin auttavan oman toimintakyvyn arvioinnissa ainakin osittain. Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että toimintakyvyn ja hyvinvoinnin seuraaminen WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarilla on hyödyllistä jatkossakin. (Kuviot 10 ja 11.)

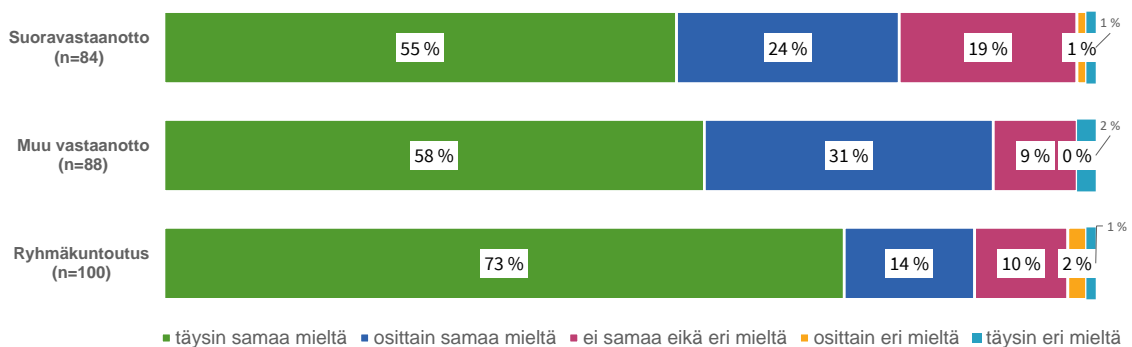


**Kuvio 10. Alkumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaria käyttäneiden asiakkaiden (n=357) näkemyksiä mittarin käytöstä.**



**Kuvio 11. Loppumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaria käyttäneiden asiakkaiden (n=286) näkemyksiä mittarin käytöstä.**

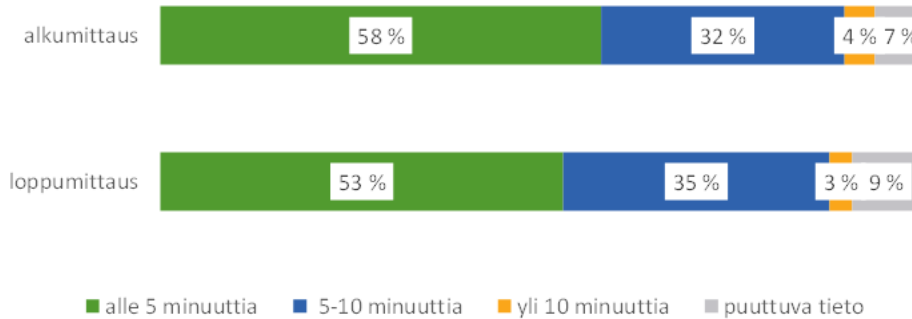
Asiakkaiden vastauksia tarkasteltiin sukupuolen, iän ja kuntoutusmuodon mukaan. Mittarin käyttökoke-  
muksiin ei näillä taustamuuttujilla ollut vaikutusta. Suurin ero vaikutti olevan suhtautumisessa mittarin hyö-  
dyllisyyteen asiakkaan tilanteen seurannassa eri kuntoutusmuotojen välillä: ryhmäkuntoutukseen osallistu-  
neet asiakkaat vaikuttivat suhtautuvan jonkin verran myönteisemmin WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin  
hyödyllisyyteen asiakkaan tilanteen seurannassa kuin suoravastaanotolla tai muulla vastaanotolla mittaria  
käyttäneet (kuvio 12). Suoravastaanottoasiakkaista viidennes ei ottanut kantaa mittarin hyödyllisyydestä;  
kuitenkin vain yksittäiset asiakkaat olivat eri mieltä väitteen kanssa ja yli puolet vastaajista oli täysin samaa  
mieltä mittarin käytön hyödyllisyydestä.



**Kuvio 12. Asiakkaiden näkemys jatkossakin oman toimintakyvyn ja hyvinvoinnin arvioinnin hyödyllisyydestä samalla mittarilla kuntoutusmuodon mukaan loppumittauksessa. WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaria käyttäneet asiakkaat, joiden kuntoutusmuoto oli tiedossa (n=272).**

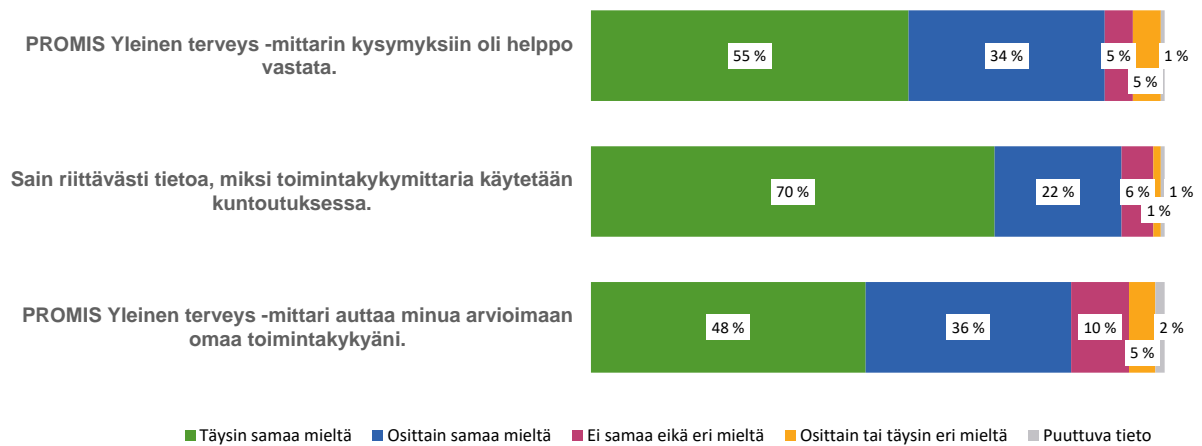
#### 4.2.2 PROMIS Yleinen terveys -mittaria käyttäneiden asiakkaiden kokemuksia

Hieman yli puolet PROMIS Yleinen terveys -mittariin vastanneista asiakkaista arvioi vastaamiseen kuluneen aikaa alle viisi minuuttia. Kolmasosalla vastaamiseen kului 5—10 minuuttia.

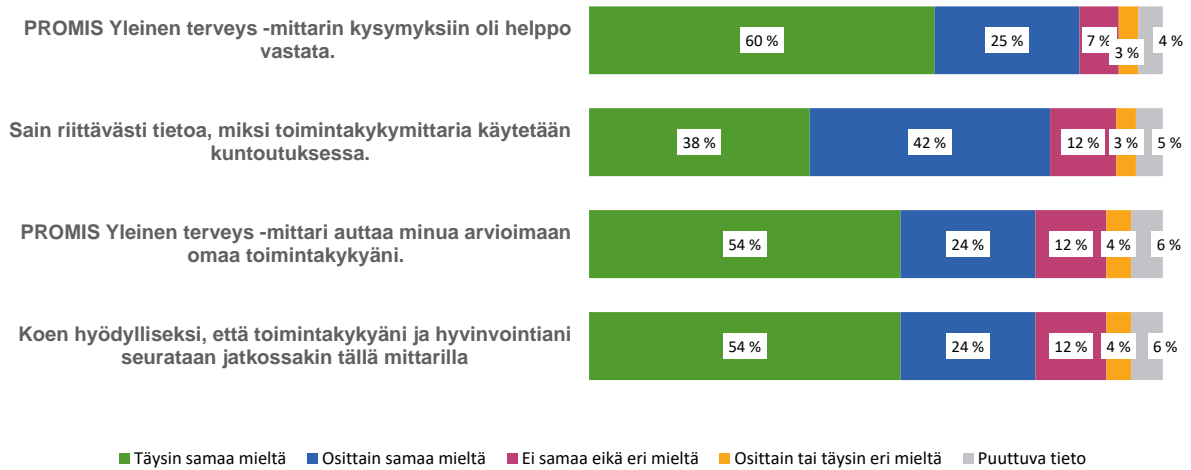


**Kuvio 13. Asiakkaan arvio PROMIS Yleinen terveys -lomakkeen täyttämiseen kuluneesta ajasta alkumittauksessa (n=307) ja loppumittauksessa (n=234).**

Asiakkaiden kokemukset mittareiden käytöstä olivat samansuuntaisia alku- ja loppumittauksessa. Täysin samaa mieltä kysymyksiin vastaamisen helppoudesta oli hieman yli puolet vastaajista. Alkumittauksessa 70 prosenttia vastaajista ja loppumittauksessa 38 prosenttia vastaajista koki saaneensa riittävästi tietoa, miksi toimintakykymittaria käytetään. Osittain riittävästi tietoa saaneiden ja epävarmojen osuus kasvoi loppumittauksessa. Suurin osa vastaajista koki PROMIS Yleinen terveys -mittarin auttavan oman toimintakyvyn arvioinnissa ainakin osittain. Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että toimintakyvyn ja hyvinvoinnin seuraaminen PROMIS Yleinen terveys -mittarilla on hyödyllistä. (Kuviot 14 ja 15.)

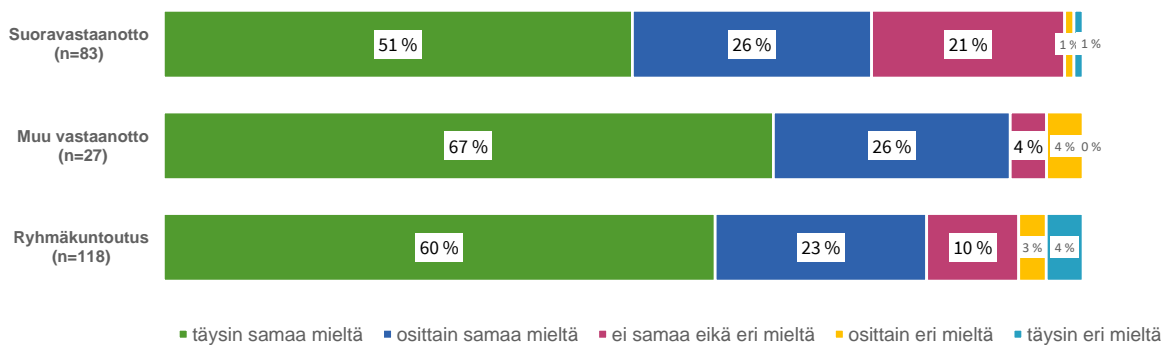


**Kuvio 14. Alkumittauksessa PROMIS Yleinen terveys -mittaria käyttäneiden asiakkaiden (n=307) näkemyksiä mittarin käytöstä.**



**Kuvio 15. Loppumittauksessa PROMIS Yleinen terveys -mittaria käyttäneiden asiakkaiden (n=234) näkemyksiä mittarin käytöstä.**

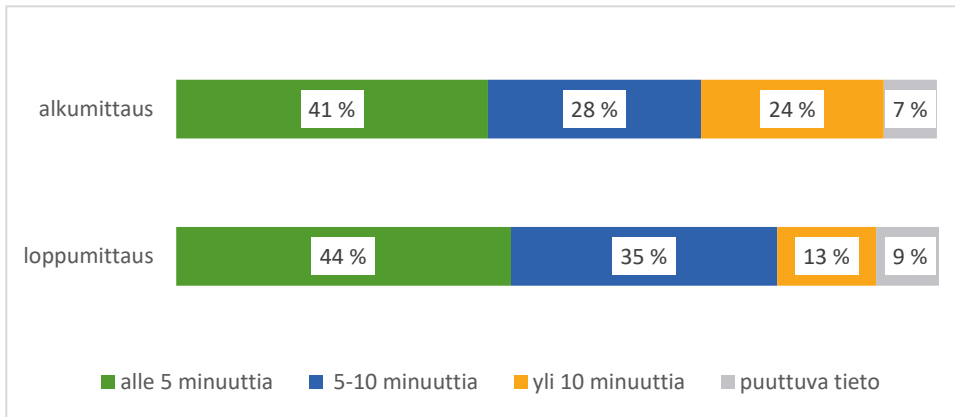
Kuviossa 16 on esitetty eri kuntoutusmuotoihin osallistuneiden asiakkaiden suhtautuminen mittarin hyödyllisyyteen asiakkaan tilanteen seurannassa. Suoravastaanottoasiakkaista viidennes ei ottanut kantaa mittarin hyödyllisyyteen. Täysin samaa mieltä hyödyllisyydestä oli noin puolet vastaajista ja noin viidennes osittain samaa mieltä. Kielteisemmin mittarin hyödyllisyyteen asiakkaan tilanteen seurannassa suhtautuvia oli eniten (mutta alle 5 %) ryhmäkuntoutusasiakkaissa.



**Kuvio 16. Asiakkaiden näkemys jatkossakin oman toimintakyvyn ja hyvinvoinnin arvioinnin hyödyllisyydestä samalla mittarilla kuntoutusmuodon mukaan loppumittauksessa PROMIS Yleinen terveys -mittaria käyttäneet asiakkaat, joiden kuntoutusmuoto tiedossa (n=228).**

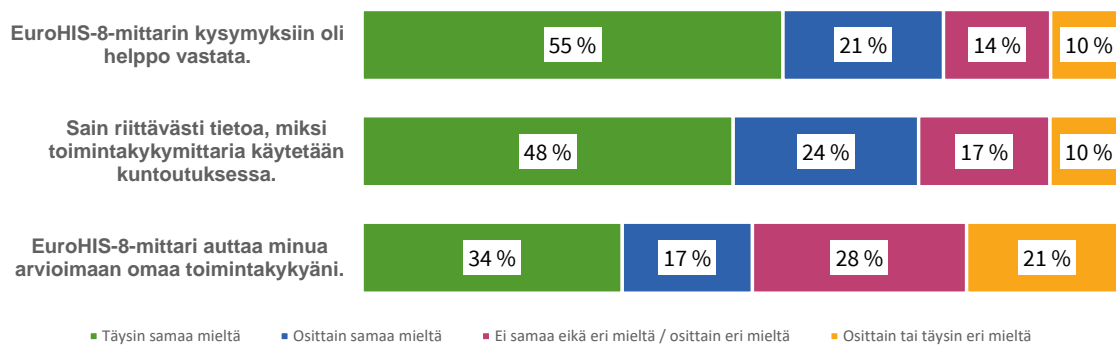
#### 4.2.3 EuroHIS-8-mittaria käyttäneiden asiakkaiden kokemuksia

EuroHIS-8-mittarin käyttäjistä hieman alle puolet arvioi lomakkeen täyttämiseen kuuluneen aikaa alle viisi minuuttia alku- ja loppumittauksessa. Asiakkaita, joilla lomakkeen täyttämiseen kului yli kymmenen minuuttia, oli alkumittauksessa neljäsoset ja loppumittauksessa 13 prosenttia. (Kuvio 17.).



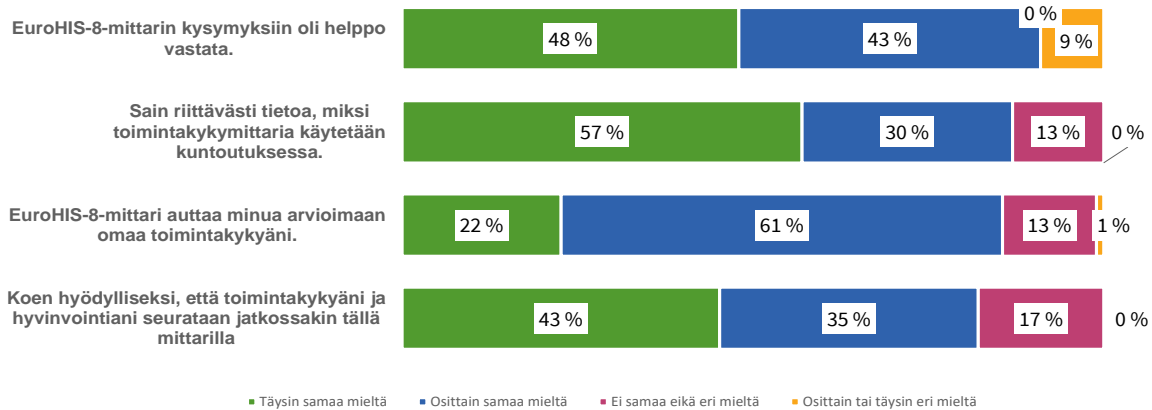
**Kuvio 17. Asiakkaan arvio EuroHIS-8-lomakkeen täyttämiseen kuluneesta ajasta alkumittauksessa (n=29) ja loppumittauksessa (n=23).**

Täysin samaa mieltä vastaamisen helppoudesta oli noin puolet EuroHIS-8-elämänlaatumittariin vastaajista sekä alku- että loppumittauksissa. Samoin noin puolet vastaajista koki saaneensa riittävästi tietoa, miksi toimintakykymittareita käytetään. Kolmannes vastaajista koki EuroHIS-8-mittarin auttavan oman toimintakyvyn arvioinnissa. (Kuviot 18 ja 19.)



**Kuvio 18. Alkumittauksessa EuroHIS-8-mittaria käyttäneiden asiakkaiden (n=29) näkemyksiä mittarin käytöstä.**

Loppumittauksessa suurin osa koki ainakin osittain hyödylliseksi sen, että toimintakykyä ja hyvinvointia seurataan jatkossakin EuroHIS-8-mittarilla. Eri mieltä asiasta ei ollut kukaan vastaajista. (Kuvio 19.)



**Kuvio 19. Loppumittauksessa EuroHIS-8-mittaria käyttäneiden asiakkaiden (n=23) näkemyksiä mittarin käytöstä.**

#### 4.2.4 Pohdinta asiakkaiden kokemuksista

Suuri osa asiakkaista vaikutti suhtautuvan ainakin osittain myönteisesti geneeristen mittareiden käyttöön tuki- ja liikuntaelinoireiden kuntoutuksessa. Kyselyyn vastanneet asiakkaat ovat kuitenkin voineet valikoitua sen suhteen, kuinka myönteisesti he lähtökohtaisesti suhtautuivat oman yleisen tilanteensa kartoittamiseen tai toimintakykykymittareiden käyttöön.

Vaikka koulutuksessa ammatillaisia neuvottiin ehdottamaan tutkimukseen osallistumista kaikille asiakkaille, jotka täyttivät ehdot riittävästä kielitaidosta ja kyvystä antaa tietoinen suostumus, osa ammattilaisista oli valikoinut tutkimukseen pyytämäänsä asiakkaita sen mukaan, kokiko ammattilainen asiakkaan hyötyvän mittarin käytöstä, ja oliko vastaanotolla aikaa käytettävissä tutkimuksesta tiedottamiseen. Selkeän kielteisesti suhtautuvia asiakkaita oli vähän. Olisi ollut mielenkiintoista kuulla, mikä vaikutti kielteiseen suhtautumiseen, jotta taustalla olevia syitä olisi mahdollista huomioida mittareiden käytössä. Asiakkailta ei kuitenkaan pyydetty avovastauksia, koska niiden kirjoittaminen olisi saattanut viedä liikaa aikaa vastaanotolla. Asiakkaiden kokemuksia olisi hyödyllistä seurata jatkossakin, koska luotettavan tiedon kertymisen edellytyksenä on, että vastaaja on motivoitunut ja halukas kertomaan omasta henkilökohtaisesta tilanteesta luottavaisin mielin.

Hankkeessa käytetyt geneeriset mittarit olivat lyhyitä, enimmillään mittarissa oli 12 monivalintakysymystä. Vain noin puolet asiakkaista arvioi vastanneensa kysymyksiin alle viidessä minuutissa. Ei kuitenkaan voida olla täysin varmoja siitä, arvioivatko vastaajat pelkän mittarilomakkeen täyttämistä vai laskivatko he mukaan myös taustatietolomakkeiden täyttämisen. Kuitenkin on huomioitava, etteivät lyhyetkään mittarit ole kaikille nopeasti vastattavia. Digitaaliseen lomakkeeseen vastaaminen itsenäisesti ei välttämättä nopeuta mittarilomakkeelle vastaamista, jos huomioidaan kirjautumiseen, ohjeiden lukemiseen yms. kuluva aika. Pankkitunnuksin tai muuten vahvaa tunnistautumista edellyttävä vastaaminen saattaa edellyttää ulkopuolisen henkilön apua. Helppokäyttöisyyteen, selkeyteen ja saavutettavuuteen on panostettava suunnitteluvaiheessa sekä asiakkailta ja ammattilaisilta kertyvän palautteen mukaisesti, jotta vastaajat eivät valikoidu digitaitojen tai toimintarajoitteiden mukaisesti.

Suoravastantoasiakkaista todennäköisesti suurin osa käytti sekä WHODAS 2.0 12 kysymystä että PROMIS Yleinen terveys -mittareita, eikä heidän suhtautumisessaan näihin mittareihin ollut suuria eroja. WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaria käyttäneiden ryhmäkuntoutusasiakkaiden kokemus mittarin hyödyllisyydestä asiakkaan tilanteen seurannassa erosi jonkin verran PROMIS Yleinen terveys -mittaria käyttäneiden ryhmäkuntoutusasiakkaiden kokemuksista. WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaria käyttäneet ryhmäkuntoutusasiakkaat suhtautuivat hieman myönteisemmin seurannan jatkamiseen tällä mittarilla kuin PROMIS Yleinen terveys -mittaria käyttäneet ryhmäkuntoutusasiakkaat. Tämän hankkeen asetelman vuoksi ei voi



päätellä, johtuiko ero mittarista vai mittauksen tai ryhmäkuntoutuksen toteutustavasta tai muista eroista ryhmäkuntoutuksen asiakkaiden välillä.

Kysymykseen siitä, saiko asiakas riittävästi tietoa, miksi toimintakykymittaria käytettiin, saattoi erityisesti alkumittauksessa vaikuttaa se, että asiakkaalle oli juuri selitetty tutkimuksesta ja pyydetty allekirjoittamaan suostumus osallistumiseen. Tästä syystä asiakas ehkä ajatteli saaneensa riittävästi tietoa mittareiden käyttämisestä nimenomaan tutkimusta varten. Tulosten tulkinnassa tulee siis huomioida se, että kysymys saatettiin ymmärtää toisin kuin alkuperäinen tarkoitus oli. Loppumittauksen vastauksissa saattoi olla viitteitä siitä, että asiakkaat eivät olleet aivan yhtä varmoja mittareiden käytön perusteluista kuin alkumittauksessa. Jos loppumittaus- tai seurantalomakkeet pyydetään täyttämään kotona eikä asiakkaalle ole sovittuna kontaktia ammattilaisen kanssa, tulisi selkeästi perustella mihin tarkoitukseen tietoja kysytään: halutaanko tietoa asiakkaan tilanteesta, halutaanko tietoa palvelun vaikutuksista, halutaanko eri vastaajaryhmiä tai alku- ja loppumittauksien vastauksia vertailla, ja miten asiakkaan antamaa tietoa käsitellään: kuka käsittelee tai tarkastelee vastauksia, sekä miten vastauksiin reagoidaan, jos niissä ilmenee avun tarvetta.

Yli puolet asiakkaista koki hyödylliseksi sen, että heidän tilannettaan seurataan jatkossakin heidän AITO-hankkeen tiedonkeruussa käyttämällään mittarilla. Kielteisesti suhtautuvia oli vähän. Loppumittaukseen jätti vastaamatta viidennes alkumittaukseen vastanneista, mikä vaikeuttaa tämän tuloksen tulkintaa: ne asiakkaat, jotka eivät vastanneet loppumittaukseen, ovat saattaneet jättää vastaamatta juuri siitä syystä, että he eivät kokeneet mittaria hyödylliseksi.

### 4.3 Toimintakyky mittaritulokset

*Susanna McLellan, Päivikki Koponen, Heli Valkeinen, Heidi Anttila, Jaana Paltamaa*

Kaikkien mittaripistemäärien keskiarvot ja 95 prosentin luottamusvälit on esitetty liitteessä 11. Tulokset on jaoteltu sukupuolen, kuntoutuksenmuodon, ikäryhmän, kuntoutuksen perusteen ja hyvinvointialueen mukaisesti. Tuloksia tulkittaessa on kuitenkin huomioitava, että joissakin mittareissa ryhmittäiset vastaajamäärät ovat niin pieniä, ettei tuloksia voi luotettavasti vertailla tai jos ryhmien välillä nähdään eroja, ne eivät ole merkitseviä. Kun myös hankkeeseen osallistuneet asiakkaat ovat saattaneet valikoitua eri tavoin eri ryhmissä ja eri alueilla, myös luottamusvälejä kannattaa tarkastella vain suuntaa antavina tietoina siitä, kuinka paljon hajontaa tuloksissa oli.

**Taulukko 9. Hankkeeseen osallistuneiden asiakkaiden taustatietoja (WHODAS = WHODAS 2.0 12 kysymystä, PROMIS = PROMIS Yleinen terveys, alku = alkumittaus, loppu = loppumittaus).**

Asiakkaan taustatieto	yhteensä n (osuus)	WHODAS		PROMIS		EuroHIS-8	
		alku n = 357	loppu n = 286	alku n = 307	loppu n = 234	alku n = 29	loppu n = 23
<b>Ikä</b>							
18–69 v	266 (51 %)	257 (72 %)	212 (74 %)	229 (75 %)	175 (75 %)	7 (34 %)	9 (39 %)
70+ v	259 (49 %)	100 (28 %)	74 (26 %)	78 (25 %)	59 (25 %)	22 (76 %)	14 (61 %)
<b>Sukupuoli</b>							
naisia	389 (74 %)	205 (57 %)	156 (55 %)	158 (51 %)	118 (50 %)	19 (66 %)	14 (61 %)
miehiä	136 (26 %)	152 (43 %)	130 (45 %)	149 (49 %)	116 (50 %)	10 (34 %)	9 (39 %)
<b>Kuntoutuksenmuoto</b>							
ryhmäkuntoutus	230 (44 %)	125 (35 %)	86 (30 %)	122 (40 %)	83 (35 %)	7 (24 %)	5 (22 %)
suoravastaanotto	132 (25 %)	115 (32 %)	92 (32 %)	37 (12 %)	27 (12 %)	0	0
muu vastaanotto*	153 (29 %)	109 (31 %)	101 (35 %)	141 (46 %)	118 (50 %)	22 (76 %)	18 (78 %)
tieto puuttuu	10 (2 %)	8 (2 %)	7 (2 %)	7 (2 %)	6 (3 %)	0	0
<b>Kuntoutuksen tulosy</b>							
TULE-vaiva < 2 vkoa	32 (6 %)	25 (7 %)	20 (7 %)	28 (9 %)	19 (7 %)	< 5	< 5
TULE-vaiva > 2 vkoa	444 (85 %)	293 (84 %)	246 (84 %)	253 (82 %)	220 (85 %)	> 10	> 10
muu syy	40 (8 %)	23 (7 %)	20 (7 %)	19 (6 %)	14 (5 %)	> 5	> 5
tieto puuttuu	9 (2 %)	8 (2 %)	7 (2 %)	7 (2 %)	6 (3 %)	0	0

\* muu yksilövastaanotto, sisältää myös ohjatun kuntoutuksen kotona n = 8 ja muu kuntoutus n = 3

Eri mittareihin vastanneet asiakkaat eroavat toisistaan myös keskeisten taustatekijöiden mukaan (taulukko 9). EuroHIS-8 mittaustuloksia saatiin eniten iäkkäämmiltä naisilta, kun taas WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittaustuloksia saatiin muita useammin suoravastaanottoasiakkailta. Kaikilla mittareilla tuloksissa painotuvat vastaukset asiakkailta, joiden tulosy oli yli kaksi viikkoa kestänyt TULE-vaiva. Alku- ja loppumittaukseen osallistuneiden taustatiedoissa on mittarikohtaisesti vain pieniä, tai ei lainkaan eroja eli kato mittauserojen välillä ei todennäköisesti merkittävästi vaikuta arviointiin muutoksista.

#### 4.3.1 Asiakkaan kokema oiretilanne (PASS-kysymys) ja asiakkaan kokema muutos (GRC-asteikko)

PASS-kysymykseen vastasi alkumittauksessa yhteensä 516 asiakasta ja loppumittauksessa 388 asiakasta. Kolmella hyvinvointialueella yksi PASS-vastaus linkittyy kahteen eri mittaritulosyyn ja tästä syystä taulukon 10 luvut eivät muodosta PASS-vastausten kokonaissummaa.

**Taulukko 10. Alku- ja loppumittauksessa vointinsa PASS-kysymyksen mukaan ”riittävän hyväksi” tai ”ei riittävän hyväksi” kokeneiden asiakkaiden lukumäärä ja osuus (%) mittareittain**

Mittari	Alkumittaus Vointi riittävän hyvä n (%)	Alkumittaus Vointi ei riittävän hyvä n (%)	Alkumittaus yhteensä n (100 %)	Loppumittaus Vointi riittävän hyvä n (%)	Loppumittaus Vointi ei riittävän hyvä n (%)	Loppumittaus yhteensä n (100 %)
WHODAS 2.0 12 kysymystä	137 (40 %)	206 (60 %)	343 (100 %)	156 (58 %)	115 (42 %)	271 (100 %)
PROMIS Yleinen fyysinen terveys	121 (41 %)	175 (59 %)	296 (100 %)	136 (66 %)	70 (34 %)	206 (100 %)
PROMIS Yleinen mielenterveys	120 (41 %)	176 (60 %)	296 (100 %)	136 (66 %)	71 (34 %)	207 (100 %)
EuroHIS-8	6 (21 %)	22 (79 %)	28 (100 %)	11 (48 %)	12 (52 %)	23 (100 %)

Alkumittauksessa vointinsa riittävän hyväksi koki noin 40 prosenttia sekä WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittariin tai PROMIS Yleinen terveys -mittariin vastanneista asiakkaista. EuroHIS-8-mittariin vastanneista asiakkaista vain viidennes koki vointinsa riittävän hyväksi alkumittauksessa. Loppumittauksessa riittävän hyväksi vointinsa koki 58 prosenttia WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittariin vastanneista ja 66 prosenttia PROMIS Yleinen terveys -mittariin vastanneista. EuroHIS-8-mittariin vastanneista noin puolet koki vointinsa riittävän hyväksi loppumittauksessa. (Taulukko 10.)

Sekä alku- että loppumittauksessa PASS-vastaus saatiin 384 asiakkaalta. PASS-vastauksen mukaan vointi oli pysynyt muuttumattomana 256 asiakkaalla (67 %); heistä noin puolella vointi oli sekä alku- että loppumittauksessa pysynyt riittävän hyvä ja puolella vointi oli pysynyt ei-riittävän hyvänä. Vointi oli huonontunut riittävän hyvästä ei-riittävän hyväksi 26 asiakkaalla (7 %) ja parantunut ei-riittävän hyvästä riittävän hyväksi 102 asiakkaalla (27 %). (Taulukko 11.)

**Taulukko 11. Alkumittauksessa vointinsa riittävän / ei riittävän hyväksi kokeneiden asiakkaiden kokemus voinnistaan loppumittauksessa (n = 384)**

	Loppumittauksessa vointi riittävän hyvä n = 231	Loppumittauksessa vointi ei riittävän hyvä n = 153
Alkumittauksessa vointi riittävän hyvä n = 155	”vointi pysynyt hyvänä” n = 129	”vointi huonontunut” n = 26
Alkumittauksessa vointi ei riittävän hyvä n = 229	”vointi parantunut” n = 102	”vointi pysynyt huonona” n = 127

Loppumittauksessa asiakkaista 293 (76 %) oli kokenut vointinsa parantuneen (GRC > 0) verrattuna vointiin ennen kuntoutusjakson aloitusta. Vointi oli pysynyt samana (GRC = 0) 65 asiakkaalla (17 %). Vointinsa huonommaksi (GRC < 0) koki 29 asiakasta (8 %).

**Taulukko 12. Asiakkaan kuvaama muutos PASS-kysymyksen ja GRC-kysymyksen mukaan. Alkuja loppumittauksessa PASS-kysymykseen vastanneet ja loppumittauksessa GRC-kysymykseen vastanneet asiakkaat (n = 384)**

PASS-vastauksen mukaan	n	GRC keskiarvo	GRC keskiarvon 95 % luottamusväli	GRC vaihteluväli
Vointi parantunut riittävän hyväksi	129	2.90	2.56–3.25	-4–5
Vointi pysynyt riittävän hyvänä	102	2.85	2.58–3.13	-2–5
Vointi pysynyt ei-riittävän hyvänä	127	1.08	0.74–1.42	-5–5
Vointi huonontunut ei-riittävän hyväksi	26	0.69	0.12–1.72	-3–5

GRC-vastausten mukaan voinnissa tapahtunut muutos oli keskimäärin yhtä suuri asiakkailla, joiden vointi oli loppumittauksessa riittävän hyvä riippumatta siitä, oliko vointi parantunut riittävän hyvälle tasolle vai pysynyt riittävän hyvänä. Samoin loppumittauksessa PASS-vastauksen mukaan vointinsa ei riittävän hyväksi kokevien asiakkaiden GRC-keskiarvoissa ei juurikaan ollut eroa sen suhteen, oliko vointi muuttunut huonommaksi vai pysynyt huonona. GRC-pistemäärät olivat siis keskimäärin korkeammat niillä asiakkailla, jotka kokivat vointinsa riittävän hyväksi kuin niillä asiakkailla, jotka kokivat, ettei vointi ollut riittävän hyvä. GRC-vastausten vaihteluväli oli suuri kaikissa PASS-vastauksen mukaan luokitelluissa ryhmissä. (Taulukko 12.)

#### **Pohdinta PASS- ja GRC-kysymysten tuloksista**

GRC-vastaus vaikuttaisi riippuvan enemmän siitä, kokeeko asiakas loppumittauksen aikana vointinsa riittävän hyväksi vai ei, ei niinkään muutoksesta riittävän hyvän ja ei-riittävän hyvän voinnin välillä.

GRC-vastausten vaihteluväli on suuri jokaisessa PASS-vastauksen mukaan muutosta kuvaavassa luokassa. Tämä saattaa kertoa siitä, että koettu muutos ei välttämättä ole yhteydessä siihen, onko muutos tavoitannut riittävän hyvän tason. Toisaalta ristiriitaisuudet saattavat johtua siitä, että AITO-hankkeessa käytetyssä GRC-kysymyksen muotoilussa oli sanoitettu vain vastausvaihtoehtojen ääripäät ja keskikohta. Mahdollisesti suppeampi asteikko ja jokaisen vastausvaihtoehdon sanoitus antaisi luotettavamman muutostiedon, esimerkiksi vastaaminen voisi olla helpompaa 5-portaisella asteikolla (esim. paljon parempi, jonkin verran parempi, suunnilleen sama, jonkin verran huonompi, paljon huonompi).

PASS- ja GRC-vastausten yhteyksiä mittarituloksiin kuvataan seuraavissa mittarikohtaisissa kappaleissa. GRC-kysymystä voidaan pitää ”kultaisena standardina” vain silloin, kun tarkastellaan asiakkaan kokemaa muutosta samassa asiassa kuin mihin GRC-kysymyksellä viitataan (De Vet ym. 2011, 207). Koska tässä hankkeessa GRC-kysymyksellä kysytään yleisesti voinnissa tapahtunutta muutosta ja mittaritulokset kuvaavat muuta kuin ”vointia”, tulisi esimerkiksi muutosherkkyuden arvioinnissa soveltaa rakennevaliditeetin määrittämisessä käytettäviä menetelmiä eli laatia tarkat hypoteesit esimerkiksi GRC-vastauksen ja toimintakykymittareiden tuloksissa tapahtuneiden muutosten yhteyksistä, yhteyden suuruudesta, eri mittareiden välisten muutosten suhteista (De Vet ym. 2011, 211). AITO-hankkeen aikana ei ollut mahdollisuutta perehtyä tarkkojen hypoteesien laadintaan.

Kroonisissa tuki- ja liikuntaelinvairoissa, joissa toimintakyky on heikentynyt ja joissa esiintyy kipuja, hoidon tavoitteena tulisi Tubachin ym. (2006) mukaan olla riittävän hyvä tilanne, ei ainoastaan tilanteen paraneminen. Tilanteen paranemiseen viittaava keskimääräinen muutospistemäärä mittarituloksessa ei välttämättä tarkoita tilanteen parantumista riittävän hyvälle tasolle, mikäli lähtötilanne esimerkiksi kivun vuoksi on ollut huono (Tubach ym. 2012). Ihmiset vaikuttavat sopeutuvan kipuun ja toimintakyvyn heikkenemiseen, mikä näkyy toimintakykymittarituloksessa siten, että he kokevat vointinsa riittävän hyväksi heikommalla mittarituloksella kuin akuuteissa vairoissa (Tubach ym. 2006).

#### **4.3.2 WHODAS 2.0 12 kysymystä**

##### **Asiakkaiden tilanne WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarilla kuvattuna alku- ja loppumittauksessa**

Puuttuvien vastausten vuoksi WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin tulosta ei voitu laskea alkumittauksessa kuudelle asiakkaalle ja loppumittauksessa kahdelle asiakkaalle. Alkumittauksessa 88 asiakasta ei vastannut

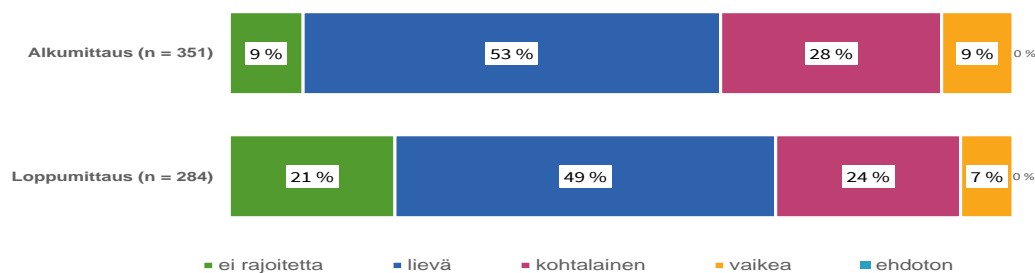
kysymykseen 12, joka koski työssäkäyntiä tai opiskelua. Heistä viideltä puuttui lisäksi vastaus vähintään yhteen kysymykseen, joten heille ei voitu laskea alkumittauksen tulosta. Asiakkaista 263 vastasi alkumittauksessa kaikkiin 12 kysymykseen, lisäksi viideltä puuttui yksi vastaus (muu kuin kysymys 12), joka korvattiin muiden vastausten keskiarvolla. Yhdellä asiakkaalla puuttui useampi vastaus (muut kuin kysymys 12) ja hänelle ei voitu laskea alkumittautulosta.

Loppumittauksessa puuttuvien vastausten vuoksi ilman tulosta jäi kaksi asiakasta, joista molempien oli tarkoitus vastata 11 kysymykseen eli heiltä puuttui vastaus kysymykseen 12 ja lisäksi yksi tai useampi vastaus. Loppumittauksessa yhdeksän asiakkaan tulos laskettiin korvaamalla yksi puuttuva vastaus (muu kuin kysymys 12) asiakkaan muiden vastausten keskiarvolla.

Tuloksissa ovat mukana kaikki ne asiakkaat, joiden sekä WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulos että analyysiin vaadittava taustatieto on saatavilla kussakin mittauskohdassa. Tässä kappaleessa kuvataan mittarituloksia alku- ja loppumittauksessa sekä tuloksissa tapahtunutta muutosta niillä asiakkailla, joilla on sekä alku- että loppumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulos. Myöhemmin (kappaleissa 4.5 ja 4.6) esitetään WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulokset rinnakkain PROMIS Yleinen terveys ja EuroHIS-8-mittareiden kanssa asiakkailta, joilta oli molemmat tulokset saatavana.

Alkumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten (0—100 %) keskiarvo oli 23.1 (keskihajonta 16.78, n = 351) ja loppumittauksessa 19.1 (keskihajonta 16.8, n = 284). Sukupuolen, ikäryhmän ja kuntoutusmuodon mukaan lasketut WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen (0—100 %) keskiarvot ja prosentista johdetun ICF-tarkenteen jakaumat ovat liitteissä 7 ja 8. Alkumittauksessa ryhmätason keskiarvot viittasivat lievään rajoitteeseen sekä naisilla että miehillä, sekä alle 70-vuotiaiden että 70 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä ja suoravastaanottoasiakkailla. Asiakkailla, jotka osallistuivat ryhmässä tapahtuvaan kuntoutukseen tai jotka olivat vastanneet kuntoutusmuodoksi ”muu” (kuin suoravastaanotto tai ryhmäkuntoutus), rajoite oli lievä ja kohtalaisen rajalla.

WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksesta johdetun ICF-tarkenteen mukaisesti noin puolella asiakkaista oli lieviä rajoitteita sekä alku- että loppumittauksessa. Alkumittauksessa yhdeksällä prosentilla ei ollut lainkaan rajoitteita, kun taas loppumittauksessa heidän osuutensa lisääntyi 21 prosenttiin. Niiden asiakkaiden osuus, joilla alkumittauksessa oli kohtalainen tai vaikea rajoite, laski hieman. Ehdottomaksi kuvattuja rajoitteita ei ollut yhdelläkään asiakkaista alku- tai loppumittauksessa. (Kuvio 20.)



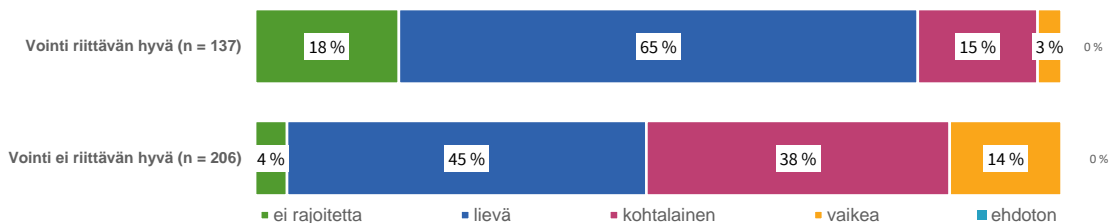
**Kuvio 20. Asiakkaiden jakautuminen WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen ja ICF-tarkenteen mukaisesti alku- ja loppumittauksessa.**

Asiakkaiden osallistumisrajoitteen vakavuudessa ei ollut juurikaan eroja sukupuolten tai ikäryhmien (alle 70 v tai 70+ -v) välillä. Loppumittauksessa miesten WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulokset ICF-tarkenteen mukaisesti painoutuivat jonkin verran enemmän kohtalaisiin tai vaikeisiin rajoitteisiin (41 %), kun taas naisilla kohtalaisten tai vaikeiden rajoitteiden osuus oli 27 prosenttia. Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 70-vuotiailla tulokset jakautuivat tasaisemmin eli heidän keskuudessaan oli suhteessa enemmän sekä vaikeita rajoitteita että ei-rajoitteita -tuloksen saaneita asiakkaita kuin vanhemmassa ikäryhmässä. Suoravastaanottoasiakkaiden ICF-tarkenteet painoutuivat loppumittauksessa ei rajoitetta tai lievä rajoite -luokkiin (yhteensä 65 %), kun taas ryhmässä tapahtuvaan kuntoutukseen ja muuhun kuin ryhmäkuntoutukseen tai suoravastaanotolle osallistuneista asiakkaista noin 70 prosentilla ICF-tarkenne viittasi lievään tai kohtalaiseen rajoitteeseen. Kaikissa kuntoutusmuodoissa oli kuitenkin asiakkaita, joiden rajoite oli loppumittauksessa edelleen vaikea (4—

9 % asiakkaista). Keskiarvon mukaan kaikkien kuntoutusmuotojen asiakkaiden rajoite oli lievä loppumittauksessa. (liite 7)

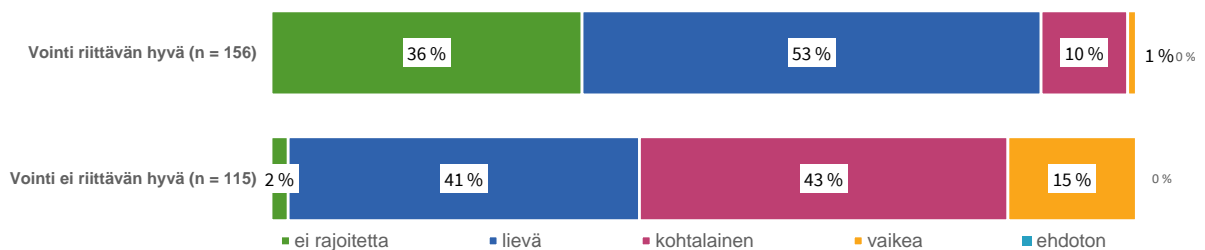
Alkumittauksessa riittävän hyvänä vointinsa kokevien asiakkaiden WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen keskiarvo oli 15.1 (keskihajonta 12.4) ja ei-riittävän hyvänä vointinsa kokevien keskiarvo oli 28.8 (keskihajonta 17.1). Loppumittauksessa riittävän hyvänä vointinsa kokevien asiakkaiden WHODAS 2.0 -12 kysymystä -tuloksen keskiarvo oli 11.4 (keskihajonta 10.1) ja ei-riittävän hyvänä vointinsa kokevien keskiarvo oli 30.3 (keskihajonta 17.9).

Alkumittauksessa vointinsa riittävän hyväksi kokevista asiakkaista 83 prosentilla WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulos ICF-tarkenteena viittasi korkeintaan lievään rajoitteeseen. Toisaalta asiakkaista, jotka eivät kokeneet vointiaan riittävän hyväksi, 49 prosentilla WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin tulos ICF-tarkenteena viittasi korkeintaan lievään rajoitteeseen. Ehdotonta rajoitetta eli ICF-tarkenteiden mukaista vaikeinta osallistumisrajoitetta kuvaavaa tulosta ei ollut yhdelläkään vastaajista. Kohtalainen tai vaikea rajoite oli 18 prosentilla vointinsa riittävän hyväksi kokeneista asiakkaista, kun taas vointinsa ei-riittävän hyväksi kokeneilla asiakkailla kohtalainen tai vaikea rajoite oli 52 prosentilla. (Kuvio 21.)



**Kuvio 21. Asiakkaiden WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulokset PASS-vastauksen mukaisesti alkumittauksessa.**

Loppumittauksessa vointinsa riittävän hyväksi kokeneista asiakkaista 89 prosentilla osallistumisen rajoite oli korkeintaan lievä (alkumittauksessa 83 %). WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen mukaan 36 prosentilla vointinsa riittävän hyväksi kokeneista asiakkailla ei ollut osallistumiseen liittyvää rajoitetta (alkumittauksessa 18 %). Asiakkaista, jotka eivät kokeneet vointiaan riittävän hyväksi, 43 prosentilla rajoite oli korkeintaan lievä (alkumittauksessa 49 %). Loppumittauksessa kohtalainen tai vaikea rajoite oli 11 prosentilla vointinsa riittävän hyväksi kokeneista asiakkaista, kun taas vointinsa ei-riittävän hyväksi kokeneilla asiakkailla kohtalainen tai vaikea rajoite oli 48 prosentilla. (Kuvio 22.)



**Kuvio 22. Asiakkaiden WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulokset PASS-vastauksen mukaisesti loppumittauksessa.**

Mahdollisen lattia- tai kattoefektin tunnistamiseksi tarkasteltiin, kasautuvatko vastaukset (yli 15 prosenttia) joko mittarin asteikon ala- tai yläpäähän. Sekä alku- että loppumittauksessa yksittäiset vastaukset painotuivat mittarin asteikon alapäähän eli vaihtoehtoon ”ei lainkaan vaikeaa”. Lähes kaikissa kysymyksissä tämän vastausvaihtoehdon oli valinnut noin 30–70 prosenttia vastaajista. Kysymykseen siitä, kuinka paljon terveydentilasi on vaikuttanut tunteisiisi, ”ei lainkaan” -vaihtoehdon valitsi noin kymmenen prosenttia vastaajista

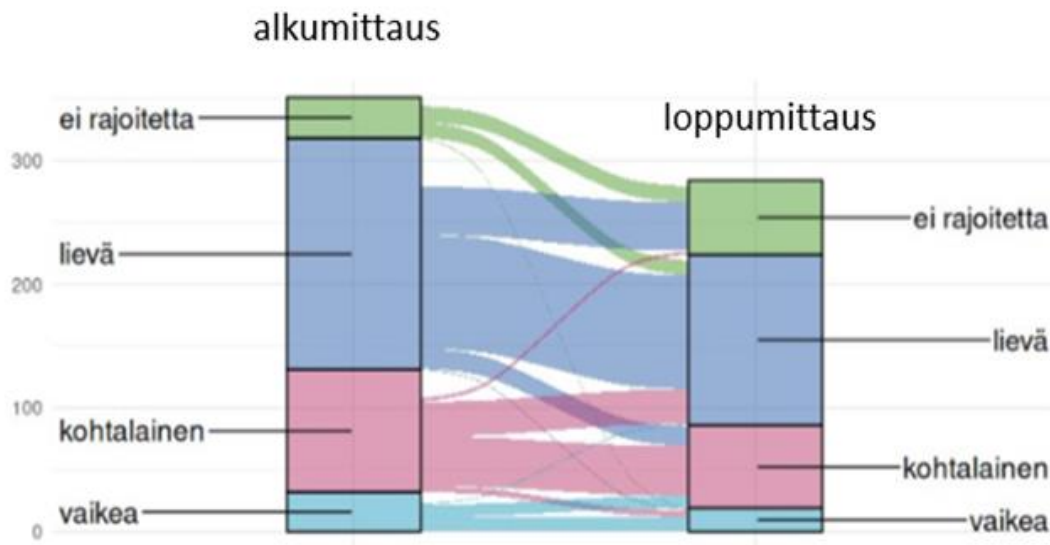
alku- ja loppumittauksessa. Fyysiseen suorituskykyyn, eli seisomiseen tai pitkän matkan kävelemiseen, liittyvissä kysymyksissä oli eniten asteikon yläpään ”erittäin vaikeaa tai en pystynyt” -vaihtoehdon valinneita asiakkaita (noin 10 prosenttia vastaajista) vaikka myös näissä kysymyksissä ”ei lainkaan vaikeaa” -vaihtoehdon valinneita oli yli 15 prosenttia. Jos tarkastellaan alkumittauksen ICF-tarkenteen mukaisista tuloksista alinta vaihtoehtoa ”ei rajoitetta” ja ylintä vaihtoehtoa ”ehdoton rajoite”, kummankin osuudet jäävät alle 15 prosenttiin.

### Muutos alku- ja loppumittauksen välillä WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin kuvaamana

Alku- ja loppumittauksen välinen aika laskettiin lomakkeen päiväyksestä, ja suurimmalla osalla mittausten välinen aika oli kahdesta neljään kuukauteen (kappaleessa 2.1 tarkemmat tiedot).

Kuviossa 23 esitetään WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen jakautuminen ICF-tarkenteen mukaisiin luokkiin alkumittauksessa, loppumittauksessa sekä näiden välillä tapahtunut muutos. Kuvion vasemmanpuoleinen pylväs kuvaa alkumittauksen tuloksia ja oikeanpuoleinen pylväs loppumittauksen tuloksia. Asiakkaista, joiden tulos viittasi lievään rajoitteeseen alkumittauksessa (sininen väri), suurimmalla osalla tulos pysyi samana (levein sininen viiva vasemmanpuoleisesta palkista oikeanpuoleiseen siniseen palkkiin). Osalla tulos muuttui parempaan suuntaan eli loppumittauksessa tulos oli ”ei rajoitetta” (sininen leveä viiva sinisestä vihreään), osalla huononi lievästä kohtalaiseen (sininen viiva sinisestä punaiseen) ja yksittäisellä vastaajalla lievästä vaikeaan (ohut sininen viiva sinisestä turkooisiin). Loppumittauksesta pois jääneitä asiakkaita (n=67) oli kaikista alkumittauksen WHODAS 2.0 12 kysymystä -luokista. (Kuvio 23.)

Vastaavanlaiset muutokset tapahtuivat alkumittauksessa ”kohtalainen rajoite” -tuloksen saaneiden asiakkaiden tuloksissa. Kenenkään tulos ei heikentynyt ”ehdottomaan rajoitteeseen”. Suuremmat, yli yhden vastausluokan ylittävät, muutokset suuntaan tai toiseen olivat yksittäisiä. (Kuvio 23.)



**Kuvio 23. WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulos ICF-tarkenteena: muutos asiakkaiden lukumäärinä alkumittauksen (n = 351) ja loppumittauksen (n = 284) välillä.**

Asiakkaita, jotka olivat vastanneet yleisen muutoksen asteikon (Global rating of change, GRC) kysymykseen ja joilla oli WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulos sekä alku- että loppumittauksessa, oli yhteensä 263. GRC-vastauksen ja WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksessa tapahtuneen muutoksen yhteyttä kuvaava korrelaatiokerroin oli -0.38 (Spearmanin korrelaatiokerroin).

**Taulukko 13. WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten (0–100 %) keskiarvot alku- ja loppumittauksessa asiakkailta, joiden vointi parani GRC-vastauksen perusteella (n = 198) ja asiakkailta, joiden vointi pysyi muuttumattomana tai heikkeni GRC-vastauksen perusteella (n = 65)**

WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulos prosentteina	Vointi ei parantunut (GRC ≤ 0), n = 65	Vointi parani (GRC ≥ 1), n = 198	Kaikki n = 263
keskiarvo alkumittauksessa	23.59	22.26	22.59
95 % luottamusväli	(19.40–27.79)	(19.99–24.53)	(20.60–24.57)
keskiarvo loppumittauksessa	27.21	17.11	19.61
95 % luottamusväli	(22.87–31.56)	(14.82–19.40)	(17.52–21.69)
muutoksen (loppumittaus – alkumittaus) keskiarvo	3.62	-5.15	-2.98
95 % luottamusväli	(0.88–6.36)	(-6.71– -3.59)	(-4.41– -1.56)

Taulukossa 13 on kuvattu GRC-vastauksen mukaan vointinsa paremmaksi kokeneiden asiakkaiden (n = 198) sekä vointinsa huonontuneeksi tai muuttumattomaksi kokeneiden asiakkaiden (n = 65) WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten keskiarvot alku- ja loppumittauksessa. WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksessa pienempi luku kuvaa lievempää rajoitetta eli tilanteen paranemisesta. Keskimäärin kaikkien asiakkaiden tulos pieneni noin 3 yksikköä (WHODAS 2.0 12 kysymystä – mittarin pistemäärä muunnettu prosenteiksi). Asiakkaiden, jotka kokivat vointinsa parantuneen, WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulos pieneni keskimäärin noin viidellä yksiköllä ja asiakkaiden, jotka kokivat vointinsa pysyneen ennallaan tai muuttuneen huonommaksi, WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulos suureni keskimäärin noin 3.6 yksiköllä. Alkumittauksessa asiakkaiden toimintarajoitteissa ei keskimäärin ollut eroja eli WHODAS 2.0 12 kysymystä -alkumittauksitulokset olivat keskimäärin yhtä suuret niillä asiakkailta, joiden tulos parani kuntoutusjakson aikana kuin niillä asiakkailta, joiden tulos heikkeni kuntoutusjakson aikana.

### Pohdinta WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin tuloksista

AITO-hankkeessa muunnettiin pistemäärät prosenteiksi WHODAS 2.0 -käsikirjan (Paltamaa 2014) ohjeiden mukaisesti, jotta kyettiin hyödyntämään ICF-tarkenteen mukaisia sanallisia tulkintaohjeita. Tulosten ilmoittaminen prosentteina mahdollisti sekä 11 kysymykseen että 12 kysymykseen vastanneiden asiakkaiden tulosten tarkastelun yhdessä. Ammatillaiset havaitsivat, että osa 12 kysymykseen vastanneista asiakkaista ei ollut töissä tai opiskelemissa, joten heidän ei olisi pitänyt vastata kysymykseen siitä, kuinka suurina vaikeuksia heillä on hoitaa päivittäinen työnsä tai opiskelunsa. Toisaalta työelämän ulkopuolella olleilla on voinut olla tilapäisiä, lyhyitä työkaksoja hiljattain ja eläkkeellä oleva iäkäs henkilö on saattanut olla omaishoitaja ja tällöin vastaus on liittynyt omaishoitajana toimimiseen. Työtön henkilö on saattanut vastata ajatellen esimerkiksi edellistä tai koulutusta vastaavaa työtä, vapaaehtoistyötä tai epävirallisena omaishoitajana toimimista. Toisaalta osa on saattanut vastata “ei vaikeuksia”, koska on ajatellut, että jos ei ole töissä tai opiskele, niin ei ole vaikeuksiaakaan. Osa on saattanut olla sekä töissä että opiskella, jolloin toimintarajoite saattaa vaikeuttaa työntekoa, mutta ei opiskelua, jolloin heidänkin vastauksiaan voi olla vaikea tulkita ilman tietoa siitä, miten he itse ovat tulkinneet kysymyksen. Kysymyksen tulkintaa, tulkintaohjetta ja sen vaikutuksia kokonaispistemäärään tulisi arvioida jatkossa.

Kokonaistuloksen tulkinnan tueksi laadittujen viiden luokan (ei rajoitteita, lievä, kohtalainen, vaikea, ehdoton rajoite) raja-arvojen määrittely perustuu ICF-viitekehyksen tarkenteisiin (WHO 2001, 222). Siitä, miten WHODAS 2.0 -tulokset vastaavat ICF-tarkenteiden sanallisia vastineita asiakkaiden mielestä, ei ole saatavilla tarkempaa tietoa. Oletettavaa on, että WHODAS 2.0 -mittarin laadinnassa ja pisteytyksessä on pyritty noudattamaan ICF-viitekehyksen tarkenteita. Kansallisia raja-arvoja ei ilmeisesti ole juurikaan määritelty, koska WHODAS 2.0 -mittarin kehitysvaiheessa tavoitteena nimenomaan oli luoda eri maissa mahdollisimman vertailukelpoista tietoa tuottava mittari.



WHODAS 2.0 -mittarissa pyydetään arvioimaan edeltävän 30 vuorokauden keskimääräistä tilannetta. Ennen tiedonkeruun alkua ammattilaiset olivat huolissaan kysymysten soveltuvuudesta suoravastaanoton akuuttiasiakkaille. Lyhytkestoisia (alle kaksi viikkoa) oireita kokeneiden osuus suoravastaanottoasiakkaista oli kuitenkin ennakoitua pienempi ja tästä syystä vastauksia ei ollut mahdollista verrata oireiden keston mukaisesti. On mahdollista, että jotkut ammattilaiset eivät pyytäneet akuuttiasiakkaita mukaan tutkimukseen kuormituksen välttämiseksi. Esimerkiksi lomakkeen täyttäminen olisi voinut olla liian rasittavaa osalle voimakasta kipua kokevista. Jatkossa voitaisiin asiakasta pyytää kertomaan, vastasiko hän mittaushetken tilanteen mukaan vai koko kuukautta ajatellen.

Joissakin tilanteissa voisi mahdollisesti harkita mittarin käyttöä siten, että asiakasta pyydetään kuvailemaan toimintakykyään ennen äkillistä tilanteen huononemista tai operatiota, jolloin mittaria voisi hyödyntää realististen kuntoutustavoitteiden asettamisessa. Tällöin kuitenkin muutosta ei voisi verrata muihin asiakasryhmiin. Esimerkiksi australialaistutkimuksessa (Higgins ym. 2021) tehohoidossa olleet potilaat vastasivat WHODAS 2.0 -mittarin kysymyksiin kolmen kuukauden kuluttua kotiuttamisesta. Tällöin he vastasivat edeltävään 30 päivään viitaten sekä perustuen tilanteeseensa 30 vuorokautta ennen tehohoidon alkua.

Tuloksen perusteella ei voi suoraan päätellä, kokeeko yksittäinen asiakas vointinsa riittävän hyväksi vai ei. Erityisesti tämä koskee asiakkaita, joiden WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulos ICF-tarkenteena on lievä tai kohtalainen rajoite. Kuitenkin ryhmätasolla WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten keskiarvoissa on selkeä ja looginen ero sen suhteen, kokeeko asiakas vointinsa riittävän hyväksi vai ei. Ryhmätasolla keskimääräinen tulos viittaa lievään rajoitteeseen asiakkailla, jotka kokevat vointinsa riittävän hyväksi ja kohtalaiseen rajoitteeseen asiakkailla, jotka eivät koe vointiaan riittävän hyväksi. Kuitenkaan ei voida olettaa, että asiakkaat, jotka mittarituloksen perusteella voivat muita paremmin, mutta eivät silti ole vointiansa tyytyväisiä, ovat asettaneet tavoiteltavan voinnin liian korkealle tasolle tai vertaavat omaa tilannettaan epärealistisesti. On myös mahdollista, että mittarin kysymykset eivät kata sellaista aluetta, joka on asiakkaan voinnin kannalta merkittävä. Kysymykset kattavat ICF:n suoritusten ja osallistumisen eri aihealueita, mutta asiakkaiden niissä kokemat vaikeudet voivat olla erilaisia ja johtuen eri syistä. Esimerkiksi WHODAS 2.0 -mittarissa ei suoraan kysytä kivusta, joka ajoittaisena vaikuttaa asiakkaan vointiin voimakkaasti, mutta 30 vuorokauden keskiarvona ei välttämättä tule vastauksissa esille. Kuitenkin kipu on huomioitava vaikeus suorituksissa yhtä lailla kuin esimerkiksi lisääntynyt ponnistelu tai hitaus (Kysymyskortti 1) (Paltamaa 2014, 19, 122).

Vastaukset painoutuivat yhdentoista kysymyksen kohdalla alimpaan vaihtoehtoon ”ei lainkaan vaikeuksia” ja osuudet ylittivät 15 prosentin rajan. Vastausten painottuminen mittarin alapäähän on havaittu myös toisessa suuremmalla suomalaisella aineistolla tehdyssä tutkimuksessa, jossa tutkittavat olivat pääsääntöisesti kroonisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi Turun yliopistollisen keskussairaalan fysiatrian poliklinikan tai kuntoutusosaston potilaina (Katajapuu ym. 2019). Toisaalta, kun tuloksia tarkastellaan ICF-tarkenteen mukaisissa tulosluokissa, alkumittauksessa ei ollut havaittavissa lattiaefektiiä eli asteikko mahdollisti tilanteen paranemisen havaitsemisen. Vaikka suurimmat vaikeudet vaikuttivat painottuvan fyysistä toimintakykyä kartoitettiin kysymyksiin, ainoa kysymys, jossa mahdollista lattiaefektiiä ei ollut havaittavissa, koski terveydentilan vaikutusta tunteisiin. Vain kymmenisen prosenttia asiakkaista vastasi, ettei terveydentila vaikuttanut lainkaan tunteisiin.

Kuitenkin tulisi pohtia, onko vastausten painottumisessa asteikon alapäähän kyse lattiaefektistä vai onko edes tarvetta erotella näin vastanneita vielä tarkemmin (De Vet ym. 2011, 233). Esimerkiksi, jos haluamme tietää, kykenevätkö asiakkaat pukeutumaan tai peseytymään, ja yli 15 prosenttia asiakkaista vastaa ”ei lainkaan vaikeuksia”, onko meillä tarvetta erotella asiakkaita pukeutumisen tai peseytymisen suhteen vielä tarkemmin ja millä kysymyksenasettelulla se olisi mahdollista? Miten voi suoriutua pukeutumisesta tai peseytymisestä paremmin kuin ilman vaikeuksia?

WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin kysymyksiin vastataan sen mukaisesti, miten asiakas toimii normaalissa arjessaan (ICF-viitekehityksessä ”suoritusaste”, englanniksi performance). Esimerkiksi jos pukeutuminen tai peseytyminen edellyttää toisen henkilön apua ja apu on normaalisti saatavilla, vastaus on ”ei lainkaan vaikeuksia”. WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin ei ole tarkoituksenaan arvioida ICF-viitekehityksen mukaista suorituskykyä (englanniksi capacity), jossa arvioidaan suoriutumista standardiolosuhteissa ilman apuvälineitä tai ilman toisen henkilön apua. Toisaalta kahden henkilön (tai ryhmän) toimintakyvyn vertailussa tulisi huomioida se, että toisella toimintakyky-mittarilla mitattuna vastaajien väliset erot voivat olla

suuremmat tai tasoittua riippuen siitä, mitataanko tai testataanko suorituskyykyä vai suoritustasoa. Samasta syystä myös mittarituloksessa tapahtuvat suuret muutokset ovat mahdollisia. Esimerkiksi pukeutumiseen liittyvä vastaus voi muuttua asteikon ääripäästä toiseen apuvälineen tai henkilökohtaisen avustajan ansiosta.

Vastausten painottuminen asteikon alapäähän voi vaikuttaa siihen, että vointia ei koeta riittävän hyväksi, vaikka tulos sijoittuisi parhaimpaan luokkaan. Esimerkiksi jos yhden kilometrin kävelymatka onnistuu ilman vaikeuksia, mutta omassa arjessa normaalin viiden kilometrin työmatkan kävely ei enää onnistukaan terveydentilan muutoksen vuoksi, ei tilanne asiakkaan mielestä ole välttämättä riittävän hyvä. Mittarin tulosta tulkittaessa olisi hyvä huomioda mittarin kysymysten ”vaikeusaste” eli jos asiakas vastaa, ettei hänellä ole vaikeuksia kyseisen kysymyksen kohdalla, tulisi yksilöllisesti arvioida, onko se tavoitteen kannalta riittävä taso.

WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarituloksessa tapahtuneen muutospistemäärän ja asiakkaan omaa kokemusta muutoksesta kartoittavan ankkurikysymyksen eli GRC-kysymyksen välinen korrelaatio oli 0.38, mikä ylittää Terwee ym. (2021) suosittelman minimirajan (0.30), jos mittarituloksen muutoksesta pyritään määrittämään asiakkaalle itsensä tärkeäksi kokemaa muutospistemäärää. Toisaalta Devji ym. (2020) pitävät vasta yli 0.5 korrelaatiota osoituksena ankkurikysymyksen validiteetista. Jos verrataan asiakkaita, jotka ilmoittivat loppumittauksessa vointinsa muuttuneen paremmaksi, niihin asiakkaisiin, jotka kokivat vointinsa pysyneen ennallaan tai huonontuneen, havaitaan, että alkumittauksen tuloksissa ei ollut eroa. Loppumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten keskiarvot olivat jonkin verran paremmat niillä asiakkailla, jotka kokivat vointinsa parantuneen, kuin asiakkailla, jotka eivät kokeneet vointinsa muuttuneen paremmaksi. Eli GRC-vastauksen mukainen koettu muutos näkyy WHODAS 2.0 12 kysymystä -lopputuloksessa ryhmätasolla ja kuntoutusjakson alkaessa asiakkaiden rajoitteissa ei ryhmätasolla ole ollut eroja. Näistä ryhmätasoisista muutoksista voi vain päätellä, että WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittari vaikuttaa toimivan oikeasuuntaisesti, mutta muutoksesta ei voi vielä tehdä päätelmiä siitä, onko muutos asiakkaan kannalta merkittävä, onko sillä kliinistä merkitystä ja mitä muutos kertoo kuntoutuksen vaikutuksesta.

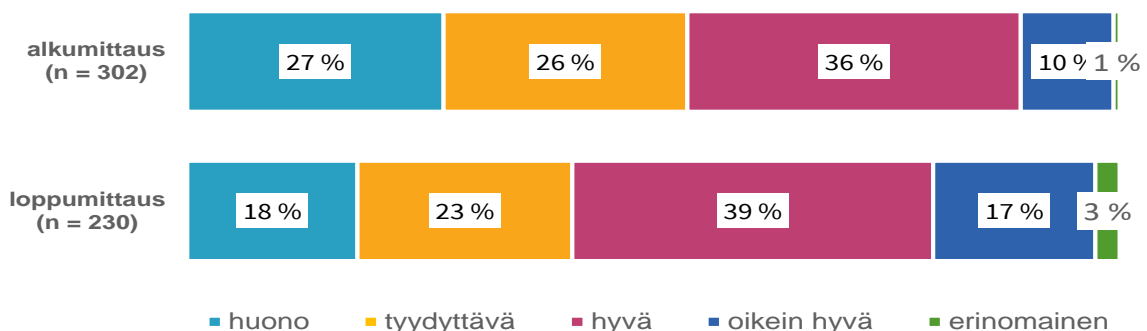
Katajapuun ym. (2020) tutkimuksessa, jossa oli yli 3000 kroonista tuki- tai liikuntaelinsairautta sairastavaa potilasta, määriteltiin ryhmien välisiä eroja kuvaavia WHODAS 2.0 12 kysymystä -pistemääriä. Menetelmät perustuivat yhden vastaukserän tulosten jakaumiin ja hajontaan. Eri laskentatapoja käyttäen tilastolliseksi pienimmäksi kliinistä merkittävää eroa kuvaavaksi piste-eroksi saatiin 3–5 pistettä 48 pisteestä, mikä vastaa tässä hankkeessa käytetyllä prosenttituloksella 6.3–10.4 eroa. Pienin havaittavissa oleva muutos Katajapuun ym. (2020) tutkimuksessa oli 8.6 pistettä, mikä vastaa prosenttiero 16.7. Hankkeessamme ei laskettu hajontaan ja jakaumiin perustuvia tunnuslukuja, mutta hyödyntäen Katajapuun ym. (2020) laajalla aineistolla saamia tuloksia, voidaan nähdä viitteitä siitä, että WHODAS 2.0 12 kysymystä erottelee ryhmätasolla asiakkaat, jotka kokevat vointinsa riittävän hyväksi asiakkaista, jotka eivät koe vointiaan riittävän hyväksi. Kuitenkin jakaumien tarkastelu osoitti, ettei tuloksen perusteella voi suoraan päätellä yksilön tilannetta.

### 4.3.3 PROMIS Yleinen terveys

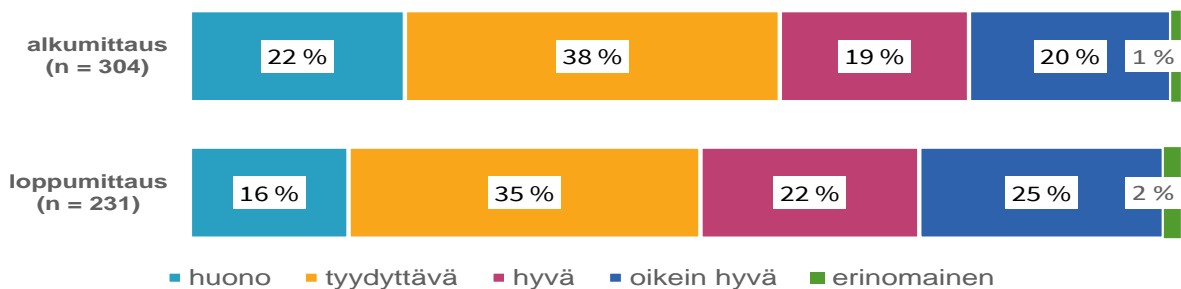
Mahdollisen lattia- tai kattoefektin tunnistamiseksi tarkasteltiin, kasautuvatko vastaukset (yli 15 %) joko mittarin asteikon ala- tai yläpäähän. Alkumittauksessa noin viidennes ja loppumittauksessa neljännes vastaajista ilmoitti kykenevänsä ”täysin” suoriutumaan päivittäisistä fyysisistä toimista eli PROMIS-mittarin asteikolla tämä kuvaa korkeinta pistemäärää ja tällöin kyseessä voi olla mahdollisesti kattoefekti vastausten painottuessa asteikon yläpäähän. Toinen mahdollinen kattoefekti tuli esille tunne-elämän ongelmien kysymyksessä, jossa ”ei koskaan” vaihtoehdon eli parasta mahdollista tilannetta kuvaavan vaihtoehdon valitsi 15 prosenttia vastaajista loppumittauksessa. Jos tarkastellaan alkumittauksen tulosten jakaumia, alkumittauksessa 27 prosenttia ja loppumittauksessa 18 prosenttia vastaajista sijoittui huonoimpaan fyysisen terveyden tulosluokkaan ja alkumittauksessa parasta mielenterveyttä kuvaavaan luokkaan kuului 16 prosenttia vastaajista.

### Asiakkaiden tilanne PROMIS Yleinen fyysinen terveys -mittarilla kuvattuna alku- ja loppumittauksessa

Alkumittauksessa PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulos (jatkossa fyysinen terveys) oli 47 prosentilla vastaajista vähintään hyvä, kun tulos laskettiin neljästä kysymyksestä, ja 40 prosentilla, kun tulos laskettiin kahdesta kysymyksestä (kuviot 24 ja 25). Neljän kysymyksen mukaan laskettuna keskiarvo oli 40.9 (keskihajonta 7.2) ja kahden kysymyksen mukaan laskettuna 41.2 (7.8) alkumittauksessa. Loppumittauksessa vähintään hyvä fyysinen terveys (4 kysymystä) oli noin 60 prosentilla vastaajista (kuvio 24) ja kahteen kysymyksen perustuen heidän osuutensa oli noin 50 prosenttia (kuvio 25.) Loppumittauksessa neljän kysymyksen mukaan laskettuna keskiarvo oli 43.0 (keskihajonta 8.1) ja kahden kysymyksen mukaan laskettuna 43.0 (keskihajonta 7.8). Huono fyysinen terveys oli neljän kysymyksen perusteella 27 prosentilla ja kahden kysymyksen perusteella 22 prosentilla vastaajista alkumittauksessa ja loppumittauksessa neljän kysymyksen perusteella 18 prosentilla ja kahden kysymyksen perusteella 16 prosentilla vastaajista. Neljällä ja kahdella kysymyksellä muodostettujen tulosten välinen korrelaatio oli alkumittauksessa 0.91 ja loppumittauksessa 0.92.



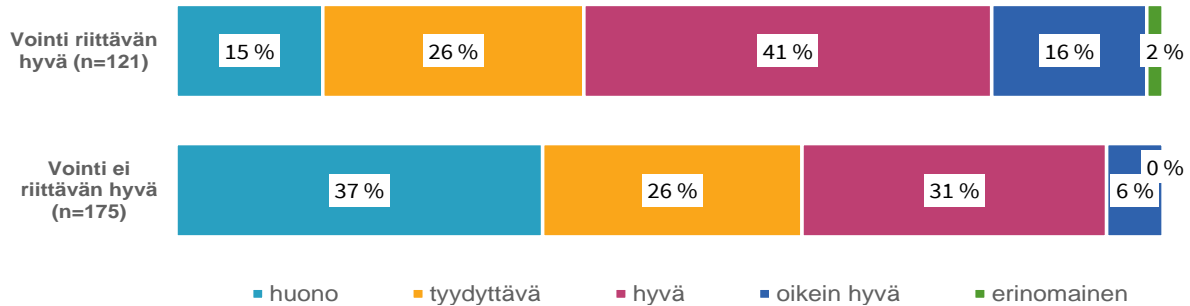
Kuvio 24. PROMIS Yleinen fyysinen terveys (4 kysymystä) -tuloksen jakautuminen yhdysvaltalaisia viitearvoja hyödyntäen.



Kuvio 25. PROMIS Yleinen fyysinen terveys 2a (2 kysymystä) -tuloksen jakautuminen yhdysvaltalaisia viitearvoja hyödyntäen.

Alkumittauksessa vointinsa riittävän hyväksi PASS-vastauksen mukaan koki 121 (41 %) ja ei riittävän hyväksi 175 (59 %) niistä asiakkaista, jotka vastasivat sekä PASS-kysymykseen että saivat PROMIS Yleinen fyysinen terveys (4 kysymystä) -tuloksen. Alkumittauksessa riittävän hyvänä vointinsa kokevien asiakkaiden keskiarvo oli 43.0 (keskihajonta 6.6) ja ei-riittävän hyvänä vointinsa kokevien keskiarvo oli 38.4 (keskihajonta 7.0).

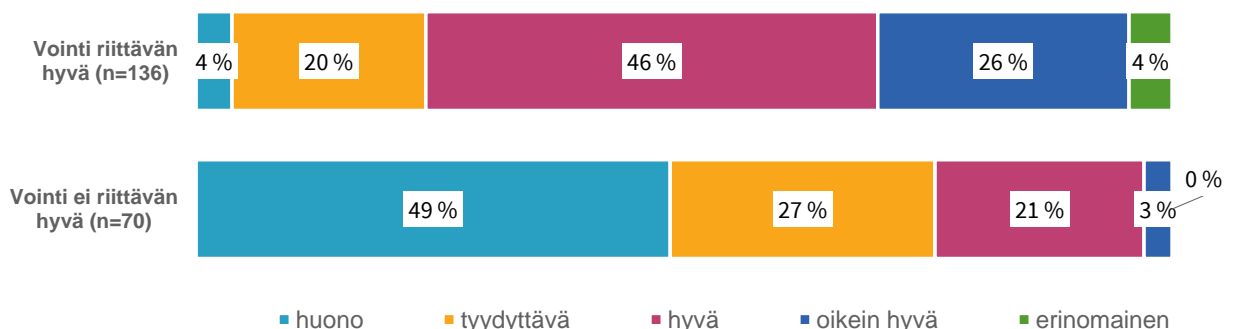
Niillä asiakkailla, jotka kokivat vointinsa riittävän hyväksi (PASS), fyysinen terveys oli 41 prosentilla vastaajista hyvä ja 59 prosentilla hyvä, oikein hyvä tai erinomainen. Kun asiakkaat eivät kokeneet vointiaan hyväksi, 37 prosentilla oli huono ja 63 prosentilla tyydyttävä tai huono fyysinen terveys. (Kuvio 26.)



**Kuvio 26. PROMIS Yleinen fyysinen terveys (4 kysymystä) -tulosten jakautuminen alkumittauksessa PASS-vastauksen mukaan (n = 296) yhdyssvaltalaisia viitearvoja hyödyntäen.**

Loppumittauksessa vointinsa riittävän hyväksi PASS-vastauksen mukaan koki 136 (66 %) ja ei riittävän hyväksi 70 (34 %) niistä asiakkaista, jotka vastasivat sekä PASS-kysymykseen että saivat PROMIS Yleinen fyysinen terveys (4 kysymystä) -tuloksen. Loppumittauksessa riittävän hyvänä vointinsa kokevien asiakkaiden keskiarvo oli 46.2 (keskihajonta 6.8) ja ei-riittävän hyvänä vointinsa kokevien keskiarvo oli 36.7 (keskihajonta 7.0).

Asiakkailla, jotka kokivat vointinsa riittävän hyväksi, fyysinen terveys oli tyypillisimmin hyvä (46 % vastaajista) – samoin kuin alkumittauksessa (41 % vastaajista). Jos asiakas ei kokenut vointiaan riittävän hyväksi, tyypillisimmin fyysinen terveys oli huono (49 %) – samoin kuin alkumittauksessa (37 %). Vointinsa riittävän hyväksi kokeneista asiakkaista 76 prosentilla fyysinen terveys oli vähintään hyvä. Jos asiakas ei kokenut vointiaan riittävän hyväksi, 24 prosentilla fyysinen terveys oli vähintään hyvä. Huono fyysinen terveys oli 37 prosentilla niistä asiakkaista, jotka eivät kokeneet vointiaan riittävän hyväksi, ja 15 prosentilla, jos asiakas koki vointinsa hyväksi (kuvio 27).

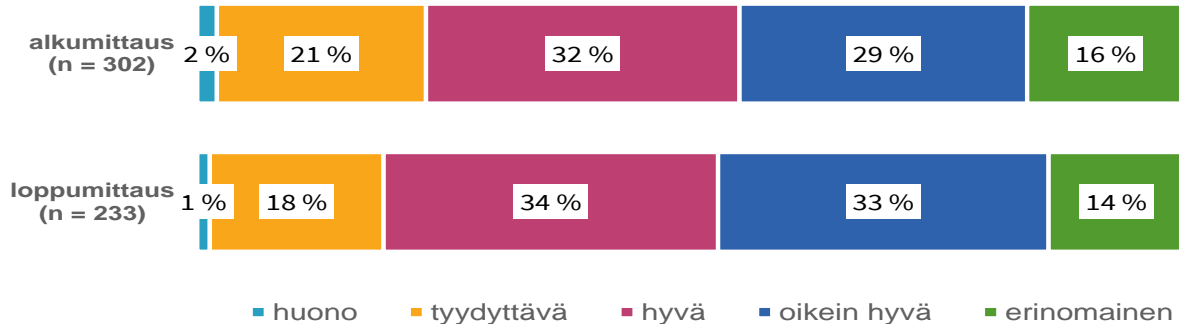


**Kuvio 27. PROMIS Yleinen fyysinen terveys (4 kysymystä) -tulosten jakautuminen loppumittauksessa PASS-vastauksen mukaan (n = 206) yhdyssvaltalaisia viitearvoja hyödyntäen.**

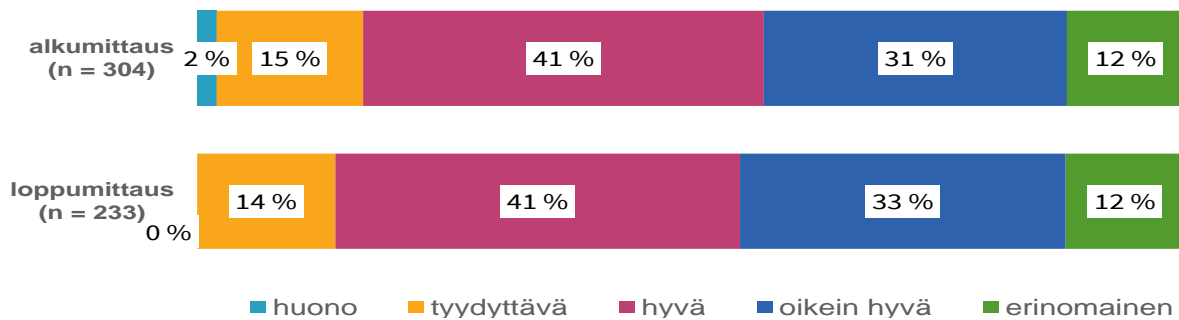
### Asiakkaiden tilanne PROMIS Yleinen mielenterveys -mittarilla kuvattuna alku- ja loppumittauksessa

Alkumittauksessa PROMIS Yleinen mielenterveys -tulos (4 kysymystä) oli vähintään hyvä 77 prosentilla vastaajista ja kahteen kysymykseen perustuen 84 prosentilla (kuviot 28 ja 29). Neljän kysymyksen mukaan

laskettuna keskiarvo oli alkumittauksessa 46.3 (keskihajonta 8.2) ja kahden kysymyksen mukaan laskettuna 45.8 (7.8). Loppumittauksessa vähintään hyvä mielenterveys oli 81 prosentilla vastaajista neljään kysymykseen perustuen (kuvio 28) ja kahteen kysymykseen perustuen noin 86 prosenttia (kuvio 29.) Loppumittauksessa keskiarvo oli 47.0 (keskihajonta 8.0, neljä kysymystä) ja 46.5 (keskihajonta 7.5, kaksi kysymystä).



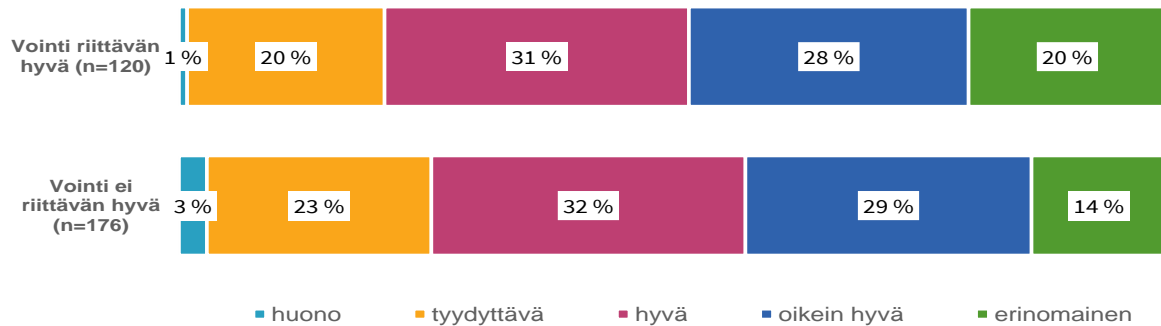
**Kuvio 28. PROMIS Yleinen mielenterveys (4 kysymystä) -tuloksen jakautuminen alku- ja loppumittauksessa yhdysvaltalaisia viitearvoja hyödyntäen**



**kuvio 29. PROMIS Yleinen mielenterveys 2a (2 kysymystä) -tuloksen jakautuminen alku- ja loppumittauksessa yhdysvaltalaisia viitearvoja hyödyntäen.**

Alkumittauksessa vointinsa riittävän hyväksi PASS-vastauksen mukaan koki 120 (41 %) ja ei riittävän hyväksi 176 (59 %) niistä asiakkaista, jotka vastasivat sekä PASS-kysymykseen että saivat PROMIS Yleinen mielenterveys (4 kysymystä) -tuloksen. Alkumittauksessa riittävän hyvänä vointinsa kokevien asiakkaiden keskiarvo oli 47.3 (keskihajonta 8.0) ja ei-riittävän hyvänä vointinsa kokevien keskiarvo oli 45.6 (keskihajonta 8.5).

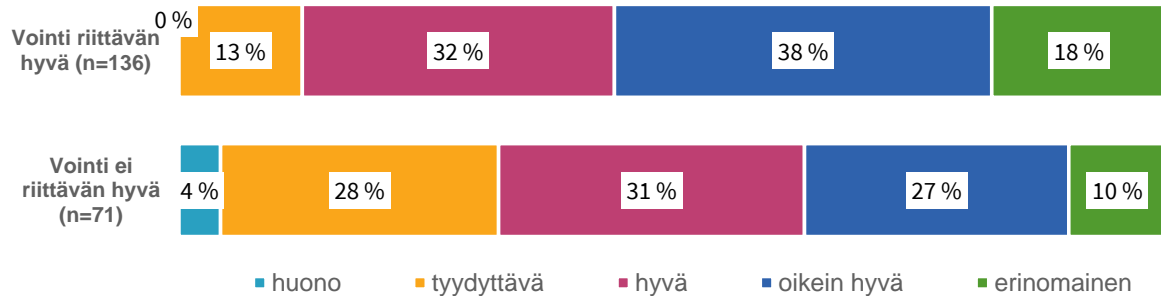
PROMIS Yleinen mielenterveys -tulosten jakaumissa ei ollut suuria eroja sen suhteen, kokiko asiakas vointinsa riittävän hyväksi vai ei. Vointinsa riittävän hyväksi kokevista asiakkaista 79 prosentilla oli vähintään hyväksi koettu mielenterveys. Asiakkaista, jotka eivät kokeneet vointiaan riittävän hyväksi, 75 prosenttia koki mielenterveytensä hyväksi, oikein hyväksi tai erinomaiseksi. (Kuvio 30.)



**Kuvio 30. PROMIS Yleinen mielenterveys (4 kysymystä) -tulosten jakautuminen alkumittauksessa PASS-vastauksen mukaan (n=296) yhdysvaltalaisia viitearvoja hyödyntäen.**

Loppumittauksessa vointinsa riittävän hyväksi PASS-vastauksen mukaan koki 136 (66 %) ja ei riittävän hyväksi 71 (34 %) niistä asiakkaista, jotka vastasivat sekä PASS-kysymykseen että saivat PROMIS Yleinen mielenterveys (4 kysymystä) -tuloksen. Loppumittauksessa riittävän hyvänä vointinsa kokevien asiakkaiden keskiarvo oli 48.5 (keskihajonta 7.5) ja ei-riittävän hyvänä vointinsa kokevien 44.4 (keskihajonta 8.6).

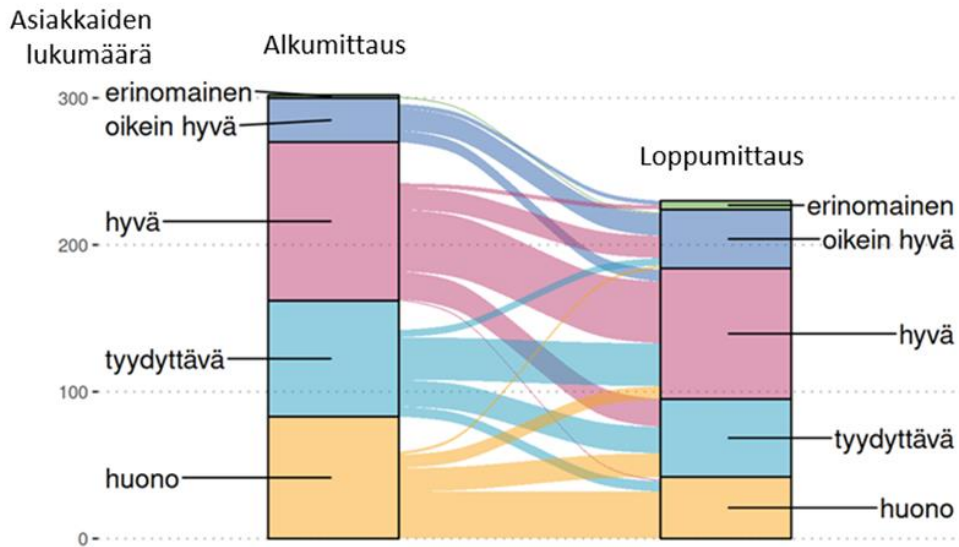
Vointinsa riittävän hyväksi kokeneista asiakkaista 87 prosentilla koettu mielenterveys oli hyvä, oikein hyvä tai erinomainen. Jos asiakas ei kokenut vointiaan riittävän hyväksi, mittarituloksen mukaan 68 prosentilla mielenterveystulos oli vähintään hyvä. (Kuvio 31.)



**Kuvio 31. PROMIS Yleinen mielenterveys (4 kysymystä) -tulosten jakautuminen loppumittauksessa PASS-vastauksen mukaan (n=207) yhdysvaltalaisia viitearvoja hyödyntäen.**

### **Muutos alku- ja loppumittauksen välillä PROMIS Yleinen fyysinen terveys -mittarin kuvaamana**

Alku- ja loppumittauksen välinen aika laskettiin lomakkeen päiväyksestä: 43 prosentilla mittausten välinen aika oli 30–59 vuorokautta, 18 prosentilla 60–89 vuorokautta ja 22 prosentilla 90–119 vuorokautta (kappa-leessa 3.1 tarkemmat tiedot). Kuviossa 32 on esitetty PROMIS Yleinen fyysinen terveys (4 kysymystä) -tuloksen jakautuminen alkumittauksessa (n = 302) ja loppumittauksessa (n = 230) sekä näiden välillä tapahtunut muutos. Niistä asiakkaista, joilla fyysinen terveys oli alkumittauksessa oikein hyvä, hyvä tai huono, suurimmalla osalla tulos pysyi samana myös loppumittauksessa. Asiakkaista, joilla oli alkumittauksessa tyydyttävä fyysinen terveys, suuremmalla osalla fyysinen terveys parani hyväksi kuin pysyi tyydyttävänä. Loppumittauksesta jäi pois asiakkaita kaikista alkumittauksen tulosryhmistä. Niistä asiakkaista, joiden fyysinen terveys oli loppumittauksessa tyydyttävä, suunnilleen yhtä suurella osalla tulos oli joko parantunut, pysynyt samana tai huonontunut alkumittaukseen verrattuna. (Kuvio 32.)



**Kuvio 32. PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulosten muutos alkumittauksen (n = 302) ja loppumittauksen (n = 230) välillä. Vasemmassa pylväässä alkumittauksen ja oikeassa pylväässä loppumittauksen PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulos hyödyntäen yhdysvaltalaisia viitearvoja**

Asiakkaita, jotka olivat vastanneet yleisen muutoksen asteikon (Global rating of change, GRC) kysymykseen ja joilla oli PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulos sekä alku- että loppumittauksessa, oli yhteensä 202. PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tuloksessa tapahtuneen muutospistemäärän (t-arvo) ja GRC-vastauksen yhteyttä kuvaava korrelaatiokerroin oli 0.3 (Spearmanin korrelaatiokerroin, hajontakuviot liitteessä 9).

**Taulukko 14. PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulosten (t-arvot) keskiarvot alku- ja loppumittauksessa asiakkailla, joiden vointi parani GRC-vastauksen perusteella (n = 154) ja asiakkailla, joiden vointi pysyi muuttumattomana tai heikkeni GRC-vastauksen perusteella (n = 48).**

PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulos (t-arvo)	Vointi ei parantunut (GRC ≤ 0), n = 48	Vointi parani (GRC ≥ 1), n = 154	Kaikki n = 202
keskiarvo alkumittauksessa	39.03	40.71	40.31
95 % luottamusväli	(37.05—41.01)	(39.54—41.88)	(39.30—41.31)
keskiarvo loppumittauksessa	39.65	43.79	42.81
95 % luottamusväli	(37.63—41.66)	(42.48—45.10)	(41.68—43.93)
muutoksen (loppumittaus-alkumittaus) keskiarvo	0.62	3.08	2.50
95 % luottamusväli	(-0.63—1.86)	(2.11—4.06)	(1.69—3.31)

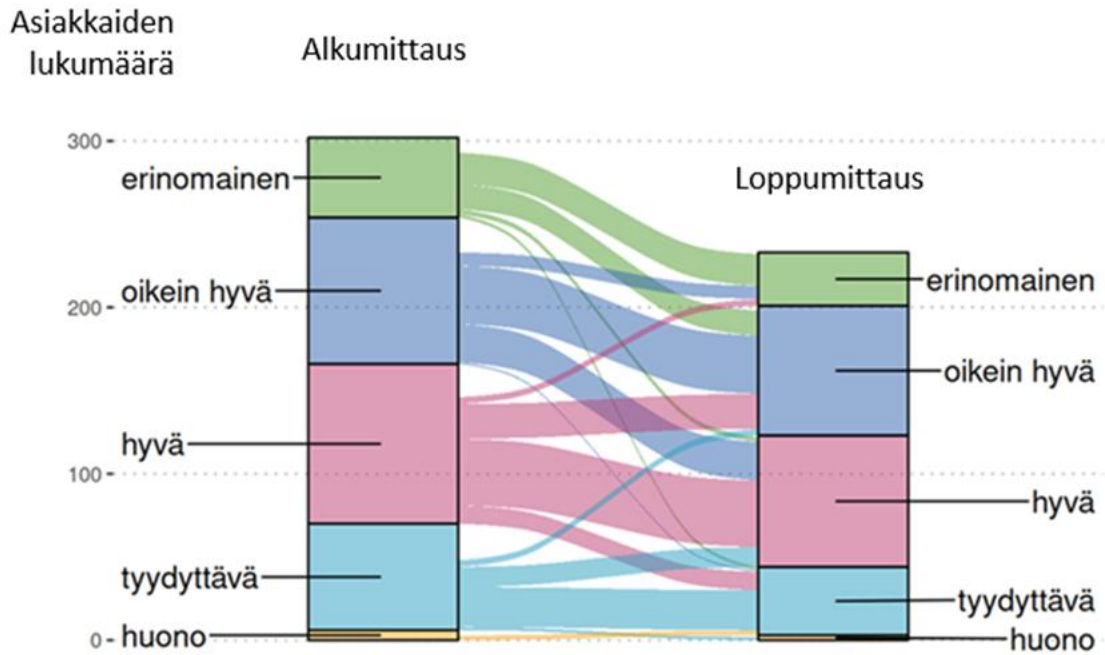
Taulukossa 14 on kuvattu GRC-vastauksen mukaan vointinsa paremmaksi kokeneiden asiakkaiden (n = 154) sekä vointinsa huonontuneeksi tai muuttumattomaksi kokeneiden asiakkaiden (n = 48) PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulosten keskiarvot alku- ja loppumittauksessa. PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tuloksessa suurempi t-arvo kuvaa parempaa fyysistä terveyttä eli tilanteen paranemisesta. Keskimäärin kaikkien asiakkaiden tulos nousi noin 2.5 pistettä (t-arvo). Asiakkaiden, jotka kokivat vointinsa parantuneen,

PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulos nousi keskimäärin noin kolmella pisteellä ja asiakkaiden, jotka kokivat vointinsa pysyneen ennallaan tai muuttuneen huonommaksi, tulos laski keskimäärin noin 0.6 pistettä. Loppumittauksessa vointinsa paremmaksi kokeneiden asiakkaiden Yleinen fyysinen terveys -keskiarvo viittasi hyvään fyysiseen terveyteen. Jos taas vointi oli muuttumaton tai mennyt huonompaan suuntaan, asiakkaiden keskiarvo viittasi tyydyttävään fyysiseen terveyteen.

#### **Muutos alku- ja loppumittauksen välillä PROMIS Yleinen mielenterveys -mittarin kuvaamana**

Kuviossa 33 on kuvattu PROMIS Yleinen mielenterveys (4 kysymystä) -tuloksen jakautuminen alkumittauksessa (n = 302) ja loppumittauksessa (n = 233) sekä näiden välillä tapahtuneen muutoksen jakautuminen. Tyypillisintä oli, että loppumittauksessa tulos oli sama kuin alkumittauksessa. Kuitenkin muutoksia oli sekä parempaan että huonompaan suuntaan. (Kuvio 33.)





Kuvio 33. PROMIS Yleinen mielenterveys -tulosten muutos alkumittauksen (n = 302) ja loppumittauksen (n = 233) välillä. Vasemmassa pylväässä alkumittauksen ja oikeassa pylväässä loppumittauksen PROMIS Yleinen mielenterveys -tulos hyödyntäen yhdysvaltalaisia viitearvoja.

Taulukko 15. PROMIS Yleinen mielenterveys -tulosten (t-arvot) keskiarvot alku- ja loppumittauksessa asiakkailla, joiden vointi muuttui paremmaksi GRC-vastauksen perusteella (n = 154) ja asiakkailla, joiden vointi pysyi muuttumattomana tai heikkeni GRC-vastauksen perusteella (n = 48).

PROMIS Yleinen mielenterveys -tulos (t-arvo)	Vointi ei parantunut (GRC ≤ 0), n = 48	Vointi parani (GRC ≥ 1), n = 154	Kaikki n = 202
keskiarvo alkumittauksessa	46.75	46.88	46.85
95 % luottamusväli	(44.46—49.03)	(45.54—48.23)	(45.70—48.00)
keskiarvo loppumittauksessa	46.03	47.46	47.12
95 % luottamusväli	(43.58—48.48)	(46.21—48.70)	(46.01—48.22)
muutoksen (alkumittaus-loppumittaus) keskiarvo	-0.72	0.58	0.27
95 % luottamusväli	(-2.60—1.17)	(-0.36—1.51)	(-0.57—1.11)

Taulukossa 15 on kuvattu GRC-vastauksen mukaan vointinsa paremmaksi kokeneiden asiakkaiden (n = 154) sekä vointinsa huonontuneeksi tai muuttumattomaksi kokeneiden asiakkaiden (n = 48) PROMIS Yleinen mielenterveys -tulosten keskiarvot alku- ja loppumittauksessa. PROMIS Yleinen mielenterveys -tuloksessa suurempi t-arvo kuvaa parempaa mielenterveyttä eli tilanteen paranemisesta. Keskimäärin kaikkien asiakkaiden tulos nousi noin 0.3 pistettä (t-arvo). Asiakkaiden, jotka kokivat vointinsa parantuneen, PROMIS Yleinen mielenterveys -tulos nousi keskimäärin noin 0.6 pisteellä ja asiakkaiden, jotka kokivat vointinsa pysyneen ennallaan tai muuttuneen huonommaksi, tulos laski keskimäärin noin 0.7 pistettä. Sekä alku- että

loppumittauksessa tulokset viittasivat hyvään mielenterveyteen sekä niillä asiakkailla, jotka kokivat vointinsa muuttuneen parempaan suuntaan kuin niillä asiakkailla, jotka kokivat vointinsa pysyneen ennallaan tai huonontuneen.

### **Pohdinta PROMIS Yleinen terveys -mittarin tuloksista**

Kahteen ja neljään kysymykseen perustuvat yleisen fyysisen terveyden tulokset antavat hieman erilaisen kuvan asiakkaiden koetusta fyysisestä terveydestä, jos tarkastellaan tulosten jakaumia yhdysvaltalaisen viitearvojen mukaan. Toisaalta kahdella ja neljällä kysymyksellä muodostettujen tulosten korrelaatiokertoimet ovat korkeat (0.91 alkumittauksessa ja 0.92 loppumittauksessa) eli tulokset ovat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa. Yleisen mielenterveyden tulosten jakaumissa sen sijaan ei ollut suuria eroja sen suhteen, perustuiko tulos kahteen vai neljään kysymykseen.

Kun tulosten jakaumia tarkastellaan rinnakkain PASS-vastausten mukaan, alkumittauksessa yleinen mielenterveys -vastausten jakaumissa ei ollut juurikaan eroa sen suhteen, kokiko asiakas vointinsa riittävän hyväksi vai ei. Loppumittauksessa näiden kahden ryhmän tulosten jakaumissa näkyvä ero oli selkeämpi eli asiakkaissa, jotka eivät kokeneet vointiaan riittävän hyväksi, oli enemmän mielenterveytensä heikommaksi kokevia kuin asiakkaissa, jotka kokivat vointinsa riittävän hyväksi. Sama erojen suureneminen alku- ja loppumittauksien välillä oli havaittavissa myös fyysisen terveyden ja WHODAS 2.0 12 kysymystä -jakaumien osalta.

Alku- ja loppumittauksen välillä fyysisen terveyden keskiarvotulokset paranivat ryhmätasolla hieman, kun taas mielenterveyden tuloksissa ei ryhmätasolla ollut havaittavissa muutosta. Kuitenkin yksilötasolla yhdysvaltalaisiin viitearvoihin perustuvissa mielenterveyden tulosluokissa muutoksia oli havaittavissa sekä parempaan että huonompaan suuntaan. Suurempi ryhmätasoinen keskimääräinen muutos tapahtui kuitenkin koetuksessa fyysisessä terveydessä.

Keskiarvoja vertaamalla voidaan nähdä viitteitä siitä, että PROMIS Yleinen fyysinen terveys erottelee ryhmätasolla asiakkaat, jotka kokevat vointinsa riittävän hyväksi asiakkaista, jotka eivät koe vointiaan riittävän hyväksi. Terwee ym. (2021) totesivat eri PROMIS-mittareissa ryhmien välistä eroa kuvaavien t-arvojen olevan 2—6 T-pistettä. Vaikka PROMIS Yleinen terveys -mittari ei ollut mukana tässä katsauksessa, hyväksi vointinsa kokevien asiakkaiden T-keskiarvo oli yli kuusi pistettä suurempi kuin asiakkailla, jotka eivät kokeneet vointiaan riittävän hyväksi. Kuitenkin jakaumien tarkastelu osoitti, ettei tuloksen perusteella voi suoraan päätellä, kokeeko asiakas vointinsa riittävän hyväksi. Sama asia havaittiin WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksissa.

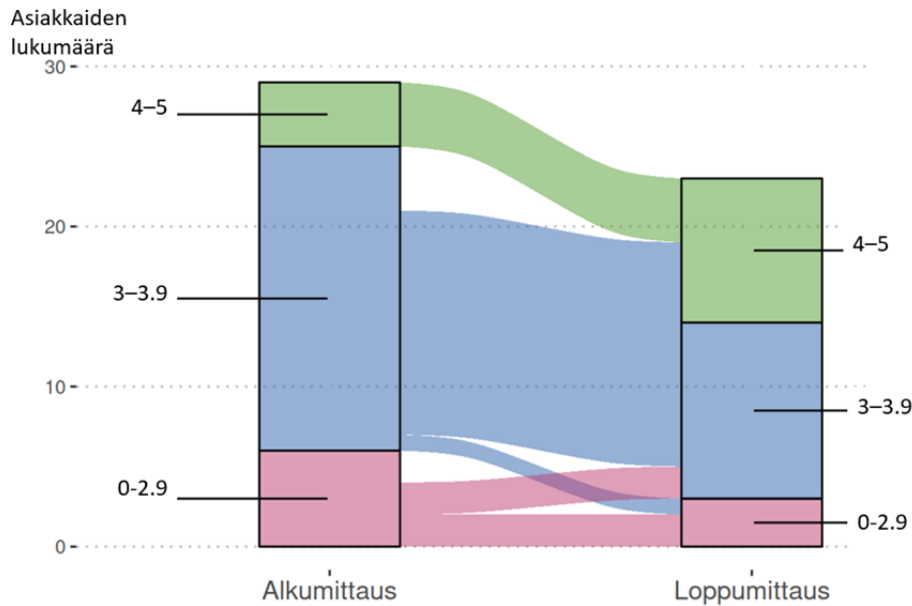
Mahdollinen kattoefekti voisi olla kyseessä fyysisistä toimista suoriutumisen kysymyksessä, johon yli viidesosa vastaajista valitsi parasta suoriutumista kuvaavan vaihtoehdon. PROMIS Yleinen fyysinen terveys -pisteissä ei kuitenkaan ollut havaittavissa kattoefektiä, oikeastaan päinvastoin: tulosluokissa asteikon alapää oli painottunut eli huonoa fyysistä terveyttä kuvaavia tuloksia oli yli 15 prosenttia, mikä oli selkeästi enemmän kuin erinomaista fyysistä terveyttä kuvaavia tuloksia. Tätä ei ole ehkä kuitenkaan syytä pitää lattiaefektinä, koska viitearvot on laadittu koko (yhdysvaltalaiselle) väestölle. PROMIS yleinen fyysinen terveys -asteikossa on tilaa fyysisen terveyden paranemiselle, mikä TULE-kuntoutuksessa usein on ensisijaisesti tavoitteena. Huonoksi fyysisen terveytensä kokevien asiakkaiden tarkempi tilanne on joka tapauksessa arvioitava fysioterapiassa tarkemmin kuin geneerisen mittarin kysymyksillä.

Alku- ja loppumittauksessa huonoa mielenterveyttä kuvaava tulos oli vain yksittäisillä asiakkailla. Jos käytössä olisi ollut alankomaiset viitearvot, huonoa mielenterveyttä kuvaavia tuloksia olisi ollut enemmän.

#### **4.3.4 EuroHIS-8**

Kuviossa 34. on esitetty EuroHIS-8-mittarin tulosten jakautuminen alku- ja loppumittauksessa. Alkumittauksessa vastaajia oli 29, loppumittauksessa 23. Suurimmalla osalla vastaajista alkumittauksen EuroHIS-8-tulos oli alle 4, keskiarvo oli 3.4 (keskihajonta 0.7). Loppumittauksessa EuroHIS-8-tulosten keskiarvo oli 3.6 (keskihajonta 0.6). Vähintään tuloksen 4 (”hyvä elämänlaatu”) saaneita asiakkaita oli loppumittauksessa enemmän kuin alkumittauksessa. Koska EuroHIS-8-mittariin vastanneita henkilöitä oli näin vähän, tuloksia ei esitetä iän, sukupuolen tai kuntoutusmuodon suhteen.

Loppumittauksesta pois jääneet asiakkaat olivat niitä, joiden tulos alkumittauksessa oli alle neljä. Sen sijaan kaikki asiakkaat, joiden tulos viittasi hyvään elämänlaatuun alkumittauksessa, olivat mukana myös loppumittauksessa ja heidän tuloksensa pysyi hyvään elämänlaatuun viittaavana. (Kuvio 34.)



**Kuvio 34. EuroHIS-8-tulosten muutos alkumittauksen (n=29) ja loppumittauksen (n=23) välillä. Vasemmassa pylväässä alkumittauksen ja oikeassa pylväässä loppumittauksen EuroHIS-8-tulos.**

GRC-vastausten mukaan neljä asiakasta koki vointinsa pysyneen ennallaan (EuroHIS-8 keskiarvo loppumittauksessa 3.09) ja 18 asiakasta vastasi vointinsa parantuneen (EuroHIS-8 keskiarvo loppumittauksessa 3.76). Yhdeltä asiakkaalta puuttui GRC-vastaus.

### Pohdinta

Tulosten esittämisessä käytetystä kolmiluokkaisesta luokituksesta vain yhdelle raja-arvolle on peruste: suomalaisissa väestötutkimuksissa EuroHIS-8-tulos  $\geq 4$  tulkitaan hyväksi elämänlaaduksi. Hyvään elämänlaatuun viittaavia tuloksia oli enemmän loppumittauksessa kuin alkumittauksessa. Vuosina 2022–2023 toteutussa Terve Suomi -tutkimuksessa noin puolet suomalaisista koki elämänlaatunsa hyväksi EuroHIS-8-mittarilla tarkasteltuna ([Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet](#)). Tässä ei havaittu eroa naisten tai miesten välillä, eikä 20–64-vuotiaiden ja kaikkien 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden välillä. Kuitenkin koko väestössä 75 vuotta täyttäneistä tai matalasti koulutetuista henkilöistä pienempi osuus, noin 45 prosenttia koki elämänlaatunsa hyväksi. Erityisesti alkumittauksessa AITO-hankkeeseen osallistuneiden asiakkaiden tulokset vaikuttivat väestön keskiarvoa huonommilla, mikä saattaa selittyä sillä, että EuroHIS-8-mittaria käytettiin iäkkäiden henkilöiden kotikuntoutuksen yhteydessä.

EuroHIS-8-mittarin tuloksissa voitiin nähdä muutoksia yksilötasolla. Kaikilla niillä asiakkailla, joiden tulos viittasi loppumittauksessa hyvään elämänlaatuun, alkumittauksen tulos oli ollut vähintään kolme. Loppumittauksessa hyvään elämänlaatuun viittaavia tuloksia ei ollut yhdelläkään sellaisella asiakkaalla, jonka alkumittauksen tulos oli alle kolme. Tulos saattoi kuitenkin parantua myös asiakkailla, joiden tulos viittasi alkumittauksessa heikompaan elämänlaatuun.

AITO-hankkeessa EuroHIS-8-mittari oli käytössä vain yhdellä alueella ja mittaria käyttäneitä asiakkaita oli vähän, eli tulosten tulkinnassa on oltava varovainen. Jos EuroHIS-8-mittaria käytetään kuntoutuksessa, olisi hyödyllistä tutkia, voidaanko määritellä muita viitearvoja asiakastyön tueksi. THL:n

väestötutkimusaineistojen avulla voisi mahdollisesti kehittää EuroHIS-8-tulosten tulkintaa tukevia luokituksia, esimerkiksi hyödyntämällä samanaikaisesti kerätyn EQ-5D-5L-mittarin vastauksia.

#### 4.3.5 Kahden samanaikaisesti käytetyn mittarin tulokset

##### WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys

WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys -mittarit olivat samanaikaisesti käytössä kahdella hyvinvointialueella: Päijät-Hämeessä ja Pohjois-Pohjanmaalla. Suoravastaanottoasiakkaita oli 82 prosenttia molempiin mittareihin vastanneista ja ryhmäkuntoutukseen osallistuneita asiakkaita 13 prosenttia. Tieto kuntoutusmuodosta puuttui viideltä prosentilta.

**Taulukko 16. WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulosten keskiarvot alkuperä- ja loppumittauksessa asiakkailta, jotka vastasivat kumpaankin mittariin.**

	WHODAS 2.0 12 kysymystä alkumittaus (n=142)	WHODAS 2.0 12 kysymystä loppumittaus (n=98)	PROMIS Yleinen fyysinen terveys alkumittaus (n=142)	PROMIS Yleinen fyysinen terveys loppumittaus (n=98)
keskiarvo	19.39	15.38	41.76	44.50
95 % luottamusväli	(16.85–21.94)	(12.38–18.37)	(40.56–42.97)	(42.88–46.12)

Sekä WHODAS 2.0 12 kysymystä että PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulosten keskiarvoissa tapahtui muutos parempaan suuntaan alkuperä- ja loppumittauksen välillä (taulukko 16). Päijät-Hämeessä muutos oli suurempi kuin Pohjois-Pohjanmaalla, jossa asiakkaiden lähtötilanne oli parempi kuin Päijät-Hämeessä (liite 11).

Alkumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen ja PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tuloksen välinen korrelaatio oli -0.67 ja loppumittauksessa -0.73 (Spearmanin korrelaatiokerroin). Yhteyttä kuvaava korrelaatiokerroin on negatiivinen, koska WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin asteikossa pienempi arvo tarkoittaa lievempää osallistumisen rajoitetta ja PROMIS Yleinen terveys -mittarissa pienempi arvo tarkoittaa huonompaa fyysistä terveyttä tai mielenterveyttä.

**Taulukko 17. WHODAS 2.0 12 kysymystä (ehdoton – ei rajoitetta) ja PROMIS Yleinen fyysinen terveys (huono – erinomainen) -tulosten jakautuminen**

**a) Alkumittauksessa (n=142)**

	huono	tydyttävä	hyvä	oikein hyvä	erinomainen	yhteensä
<b>ehdoton</b>						0 (0 %)
<b>vaikea</b>	8	1				9 (6 %)
<b>kohtalainen</b>	15	5	8			28 (20 %)
<b>lievä</b>	7	26	43	10		86 (61 %)
<b>ei rajoitetta</b>		1	9	7	2	19 (13 %)
yhteensä	30 (21 %)	33 (23 %)	60 (42 %)	17 (12 %)	2 (1 %)	142 (100 %)

**b) Loppumittauksessa (n=98)**

	huono	tydyttävä	hyvä	oikein hyvä	erinomainen	yhteensä
<b>ehdoton</b>						0 (0 %)
<b>vaikea</b>	4					4 (4 %)
<b>kohtalainen</b>	7	5	2			14 (14%)
<b>lievä</b>	5	11	29	7		52 (53 %)
<b>ei rajoitetta</b>		1	9	15	3	28 (29 %)
yhteensä	16 (16 %)	17 (17 %)	40 (41 %)	22 (22 %)	3 (3 %)	98 (100 %)

Sekä alku- että loppumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulokset jakautuivat siten, että kaikkein huonointa tilannetta eli ehdotonta rajoitetta ei ollut yhdelläkään vastaajista. Myös vaikeaa rajoitetta kuvaavia tuloksia oli vain noin viisi prosenttia. Asteikon keskimäinen vaihtoehto eli kohtalaista rajoitetta kuvaava tulos oli alkumittauksessa 20 prosentilla ja loppumittauksessa 14 prosentilla vastaajista. Lievä rajoite oli sekä alku- että loppumittauksessa yli puolella vastaajista. Parhaita tilannetta kuvaava ”ei rajoitetta” -tulos oli alkumittauksessa 14 prosentilla ja loppumittauksessa 28 prosentilla vastaajista. (Taulukko 17.)

PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tulokset jakautuivat siten, että noin 40 prosenttia tuloksista kuvasi hyvää fyysistä terveyttä sekä alku- että loppumittauksessa. Alkumittauksessa 12 prosentilla vastaajista tulos oli oikein hyvä ja yhdellä prosentilla erinomainen. Loppumittauksessa 22 prosentilla tulos oli oikein hyvä ja kolmella prosentilla erinomainen. Tyydyttävä fyysinen terveys -tulos oli alkumittauksessa 23 prosentilla ja loppumittauksessa 17 prosentilla vastaajista. Asteikon alin vaihtoehto kuvaa huonoa fyysistä terveyttä ja alkumittauksessa tämän tuloksen sai 21 prosenttia ja loppumittauksessa 16 prosenttia vastaajista. (Taulukko 17.)

**Taulukko 18. WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen mielenterveys -tulosten keskiarvot alku- ja loppumittauksessa asiakkailta, jotka vastanneet molempiin mittareihin.**

	WHODAS 2.0 12 kysymystä alkumittaus (n=141)	WHODAS 2.0 12 kysymystä loppumittaus (n=99)	PROMIS Yleinen mielenterveys alkumittaus (n=141)	PROMIS Yleinen mielenterveys loppumittaus (n=99)
keskiarvo	19.11	15.56	46.69	46.38
95 % luottamusväli	(16.61–21.62)	(12.57–18.54)	(45.35–48.03)	(44.77–47.98)

PROMIS Yleinen mielenterveys -tuloksen keskiarvoissa ei tapahtunut muutosta alku- ja loppumittauksen välillä (taulukko 18). Muutosta ei ollut havaittavissa kummallakaan alueella, kuten ei myöskään eroja tuloksissa alku- ja loppumittauksessa (liite 11).

Alkumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen ja PROMIS Yleinen mielenterveys -tuloksen välinen korrelaatio oli -0.47 ja loppumittauksessa -0.58 (Spearmanin korrelaatiokerroin).

**Taulukko 19. WHODAS 2.0 12 kysymystä (ehdoton – ei rajoitetta) ja PROMIS Yleinen mielenterveys (huono – erinomainen) -tulosten jakautuminen**

**a) Alkumittauksessa (n=141)**

	huono	tydyttävä	hyvä	oikein hyvä	erinomainen	yhteensä
<b>ehdoton</b>						0 (0 %)
<b>vaikea</b>	2	4	2			8 (6 %)
<b>kohtalainen</b>		10	13	4	1	28 (20 %)
<b>lievä</b>	1	14	25	27	19	86 (61 %)
<b>ei rajoitetta</b>		1	5	7	6	19 (14 %)
yhteensä	3 (2 %)	29 (21 %)	45 (32 %)	38 (27 %)	26 (18 %)	141 (100 %)

**b) Loppumittauksessa (n=99)**

	huono	tydyttävä	hyvä	oikein hyvä	erinomainen	yhteensä
<b>ehdoton</b>						0 (0 %)
<b>vaikea</b>	1	1	2			4 (4 %)
<b>kohtalainen</b>		6	7	2		15 (15 %)
<b>lievä</b>		14	21	10	7	52 (53 %)
<b>ei rajoitetta</b>			5	13	10	28 (28 %)
yhteensä	1 (1 %)	21 (21 %)	35 (35 %)	25 (25 %)	17 (17 %)	99 (100 %)

PROMIS Yleinen mielenterveys -tulosten jakaumassa ei tapahtunut muutoksia alku- ja loppumittauksen välillä. Viidennes vastaajista koki mielenterveytensä tyydyttäväksi, yksittäiset vastaajat huonoksi. Noin kolmasosa koki mielenterveytensä hyväksi ja yli 40 prosenttia oikein hyväksi tai erinomaiseksi. (Taulukko 19.)

**Pohdinta**

WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys -mittarit mittaavat eri asioita. Molemmissa mittareissa tulokset esitetään asteikolla 0–100, mutta sekä tuloksen muodostaminen että tulkinta ovat erilaisia. Ei ole siis tarkoituksenmukaista olettaa mittareiden luokittelevan asiakkaita yhtäpitävästi. Esimerkiksi kun asiakkaan PROMIS Yleinen fyysinen terveys -mittarin tulos viittaa huonoon fyysiseen terveyteen, hänen kokemansa osallistumisen rajoite voi olla lievä WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen mukaan, mikäli asiakkaalla on käytössään riittävät apuvälineet tai toisen ihmisen apu. Toisaalta ero voi johtua myös siitä, että WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarissa kysytään 30 vuorokauden keskiarvoa ja PROMIS Yleinen fyysinen terveys -mittarin kysymyksistä kaksi viittaa tilanteeseen ”yleensä” ja kaksi viittaa edeltävään seitsemään päivään. Yksilötasolla on myös muistettava mahdolliset satunnaisvirheet, jotka voivat johtua esimerkiksi siitä, että asiakas on vahingossa valinnut väärän vaihtoehdon. Korrelaatiokertoimien perusteella PROMIS Yleinen fyysinen terveys ja WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulokset vaikuttaisivat olevan yhteydessä toisiinsa, ja vastaajat jakautuvat loogisesti kummankin mittarin mukaan. Kuitenkin on huomattava, että yksilötasolla toisen mittarin tulos ei välttämättä vastaa toisen mittarin tulosta. Esimerkiksi WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarissa tulos ”lievä osallistumisen rajoite” voi PROMIS Yleinen fyysinen terveys tai mielenterveys -mittarilla olla oikein hyvästä huonoon.

PROMIS Yleinen terveys -mittarista laskettavat kaksi tulosta vaikuttavat jakautuvan tasaisemmin mittariasteikolle kuin WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulokset. WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulokset painottuivat parempaa tilannetta kuvaavaan asteikon päähän, kun taas PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tuloksista alimpaan tulosluokkaan eli ”huonoon” sijoittui noin viidennes vastaajista. Vaikuttaisi siltä, että WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten asteikossa olisi tilaa asiakkaiden tilanteen heikkenemiselle, kun taas PROMIS Yleinen fyysinen terveys -asteikossa olisi mahdollisuus tilanteen paranemiselle.

Kummankin mittarin tuloksissa oli ryhmätasolla havaittavissa muutosta parempaan suuntaan: PROMIS Yleinen terveys -mittarissa muutos näkyi yleistä fyysistä terveyttä kuvaavassa tuloksessa, kun taas yleinen mielenterveys -tuloksissa muutosta ei näkynyt ryhmätasolla. Muutosten havaitseminen ryhmätasolla on

mielenkiintoista, koska suurin osa molempia mittareita käyttäneistä asiakkaista oli suoravastaanottoasiakkaita, joiden osalta oletettiin, ettei muutosta voi geneerisillä mittareilla havaita. Muutos perustui kuitenkin lähinnä Päijät-Hämeessä todettuun muutokseen, jossa mukana on myös ryhmäkuntoutukseen osallistuneita asiakkaita. Heillä tulokset olivat keskimäärin heikommät kuin suoravastaanottoasiakkailta. Päijät-Hämeessä havaittavissa olevasta muutoksesta ei kuitenkaan voi tehdä johtopäätöstä siitä, että Päijät-Hämeessä kuntoutus olisi ollut vaikuttavampaa, koska lähtötilanteessa Pohjois-Pohjanmaan asiakkaiden tilanne oli parempi kuin Päijät-Hämeessä. Geneerisissä mittareissa muutos ei ole havaittavissa yhtä helposti mittarin koko asteikolla.

### WHODAS 2.0 12 kysymystä ja EuroHIS-8

WHODAS 2.0 12 kysymystä ja EuroHIS-8 olivat samanaikaisesti käytössä yhdellä alueella, Itä-Uudellamaalla, jossa oli mukana myös iäkkäitä kotikuntoutuksen asiakkaita. Koska vastaajia oli suhteellisen vähän, mittarituloksista ei voi juurikaan tehdä johtopäätöksiä (taulukko 20). Tulokset on kuitenkin esitetty samalla tavalla kuin WHODAS 2.0 12 kysymystä ja PROMIS Yleinen terveys -tulokset.

**Taulukko 20. WHODAS 2.0 12 kysymystä ja EuroHIS-8 -tulosten keskiarvot alku- ja loppumittauksessa asiakkailta, jotka vastanneet molempiin mittareihin.**

	WHODAS 2.0 12 kysymystä alkumittaus (n=27)	WHODAS 2.0 12 kysymystä loppumittaus (n=23)	EuroHIS-8 alkumittaus (n=27)	EuroHIS-8 loppumittaus (n=23)
keskiarvo	35.36	26.02	3.30	3.63
95 % luottamusväli	(28.41–42.94)	(18.09–33.94)	(3.06–3.54)	(3.37–3.89)

**Taulukko 21. Alkumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä (ehdoton – ei rajoitetta) ja EuroHIS-8 (keskiarvo kaksiluokkaisena) -tulosten jakautuminen (n=27)**

	1–3.9	4–5	yhteensä
<b>ehdoton</b>			0 (0 %)
<b>vaikea</b>	7		7 (26 %)
<b>kohtalainen</b>	10		10 (37 %)
<b>lievä</b>	7	3	10 (37 %)
<b>ei rajoitetta</b>			0 (0 %)
yhteensä	24 (89 %)	3 (11 %)	27 (100 %)

**Taulukko 22. Loppumittauksessa WHODAS 2.0 12 kysymystä (ehdoton – ei rajoitetta) ja EuroHIS-8 (keskiarvo kaksiluokkaisena) -tulosten jakautuminen (n=23)**

	1–3.9	4–5	yhteensä
<b>ehdoton</b>			0 (0 %)
<b>vaikea</b>	2		2 (9 %)
<b>kohtalainen</b>	6	2	8 (35 %)
<b>lievä</b>	6	3	9 (39 %)
<b>ei rajoitetta</b>		4	4 (17 %)
	14 (61 %)	9 (39 %)	23 (100 %)

Alkumittauksessa kolmella vastaajalla ja loppumittauksessa yhdeksällä vastaajalla elämänlaatu oli hyvä EuroHIS-8-tuloksen mukaan. WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten mukaan alkumittauksessa kymmenellä vastaajalla oli lievä rajoite, loppumittauksessa yhdeksällä vastaajalla. Neljällä vastaajalla ei ollut enää rajoitteita loppumittauksessa. (Taulukot 21 ja 22.)

### **Pohdinta**

Aiemmin luvussa 4.3.4 esitetyistä tuloksista tiedämme, että kaikki loppumittauksessa hyvää elämänlaatua kuvaavat EuroHIS-8 tulokset ovat asiakkailta, joiden alkumittaustulokset olivat vähintään 3. Eli yhteensä kuudella asiakkaalla keskiarvo oli alkumittauksessa 3–3.9 ja loppumittaustulos ylitti hyvää elämänlaatua kuvaavan pisterajan. Tätä ei voi kuitenkaan sanoittaa siten, että kuudella asiakkaalla elämänlaatu parani hyväksi, koska emme tiedä, kuinka suurista muutoksista on kyse ja onko muutos ollut asiakkaan mielestä osoitus elämänlaadun paranemisesta. Esimerkiksi 0.2 pisteen muutos keskiarvossa tarkoittaisi yhden kysymyksen vastausvaihtoehdon siirtymistä yhden pykälän verran joko parempaan tai huonompaan suuntaan ja muutoksen tulisi tapahtua keskiarvotuloksen 4 ympärillä. WHODAS 2.0 12 kysymystä ja EuroHIS-8 mittarien tulokset jakautuvat loogisesti mutta johtuen asiakkaiden pienestä lukumäärästä johtopäätösten teko on vaikeaa. Ryhmätasolla muutoksen tulkintaa vaikeuttaa se, että loppumittauksesta pois jääneillä asiakkailla EuroHIS-8-tulos oli alle hyvänä pidetyn elämälaadun rajan.



## 4.4 Ammattilaisten huomioita ja kokemuksia hankkeen toteuttamisesta

Tämän hankkeen aikana kertyneen kokemustiedon yleistettävyyttä laajemmin toimintakykymittareiden käyttöön ottamiseen rajoittaa erityisesti se, että tiedonkeruu toteutui muun tavanomaisen kuntoutuspalvelun yhteydessä, mutta tutkimustiedonkeruusta aiheutui ammattilaisille ja asiakkaille ylimääräistä vaivaa. Kyselyvastausten (taulukko 23) ja ryhmähaastattelujen perusteella moni ammattilainen koki tiedonkeruuseen osallistumisen työläänä ja aikaa vievänä. Asiakkaan osallistuminen tutkimukseen perustui asiakkaan antamaan suostumukseen, mikä edellytti ammattilaiselta tutkimuksesta tiedottamista ja suostumuslomakkeiden täyttämistä. Hankeaikana THL:n tietojärjestelmät eivät aina toimineet suunnitellusti, vaan järjestelmään kirjautumisessa ja tietojen tallennuksessa oli ajoittain viiveitä ja muita hankaluuksia. Kiireisessä asiakastyössä tutkimukseen liittyvien paperilomakkeiden käsittely ja tietojen syöttämiseen liittyvät tekniset ongelmat koettiin kuormittavina. Hyvinvointialueille siirtyminen ja siihen mahdollisesti liittyneet organisaatiouudistukset ja työntekijämuutokset, aiheuttivat tietyillä alueilla erityisiä haasteita, mikä lisäsi ammattilaisten kuormitusta.

Haastatteluissa ja keskusteluissa ammattilaiset toivat esille hankkeen tiedonkeruun ja arjen työtodellisuuden erot. He pohtivat sitä, miten hankkeen aikana kertynyttä tietoa tulisi tulkita ja korostivat, että vain aidosti koko kuntoutusprosessiin nivoutunut ja sitoutunut mittarin käyttö voi jatkossa tuoda kuntoutuksen vaikutusten arvioinnille riittävän kattavan tietopohjan.

Tutkimukseen osallistumisen koki hyödyllisenä noin viidennes ja osittain hyödyllisenä vajaa puolet kyselyyn vastanneista. Suurin osa ammattilaisista koki saaneensa riittävästi apua tiedonkeruun aikana. Tämä kertoo yhteyshenkilöiden tarjoamasta arvokkaasta tuesta hankkeen aikana. Joillakin alueilla ammattilaiset olivat aktiivisesti mukana hankkeen suunnitteluvaiheesta lähtien, joillakin alueilla yhteistä suunnittelua olisi alkuvaiheessa kaivattu enemmän.

**Taulukko 23. Ammattilaisten kokemuksia tutkimukseen osallistumisesta (n = 69)**

	Kyllä n (%)	Osittain n (%)	Ei n (%)	En osaa sanoa tai en ole käyttänyt n (%)	Yhteensä
Tutkimukseen osallistumisesta aiheutui liikaa ylimääräistä työtä.	21 (30 %)	39 (57 %)	9 (13 %)	0	69 (100 %)
Tutkimus- ja ajanvarauspalvelu TAP toimi hyvin.	7 (10 %)	17 (25 %)	18 (26 %)	27 (39 %)	69 (100 %)
Lomakepalvelu LOPA toimi hyvin.	10 (15 %)	18 (26 %)	13 (19 %)	28 (41 %)	69 (100 %)
Tutkimukseen osallistumisesta oli hyötyä.	14 (20 %)	32 (46 %)	7 (10 %)	16 (23 %)	69 (100 %)
Sain tarvittaessa apua riittävästi.	43 (62 %)	21 (30 %)	0	5 (7 %)	69 (100 %)

## 5 Esimerkki toimintakyvyn arvioinnin kehittämisestä Etelä-Karjalan alueella

*Virpi Aralinna, Maija Kokkinen, Susanna Ahonen*

Etelä-Karjalan hyvinvointialueella havahduttiin noin 10 vuotta sitten siihen, että kotikuntoutuksessa toteutetun ikääntyneiden palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnissa tehtävän toimintakyvyn kirjaamisen laatu vaati uudistamista. Kirjaamiseen kului paljon aikaa, kun työntekijä teki muistiinpanoja asiakkaan luona kotikäynnillä ja siirtyi sieltä toimistolle kirjoittamaan muistiinpanot potilaskertomukseen. Lisäksi kirjaamisen sisältö ja laatu vaihtelivat suuresti eri työntekijöiden välillä. Arviointi oli jo silloin moniammatillista toimintaa sairaanhoitajan, fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja sosionomin työparityöskentelynä koko maakunnan alueella. Eri ammattilaiset kuitenkin sanoittivat käsitykset ihmisen toimintakyvystä ja avun tarpeesta eri tavoin ja se vaikutti myös palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin johtopäätösten tekemiseen. Asiakkaat maakunnan eri puolilla olivat siten palvelu- ja kuntoutuspäätöksiä tehtäessä eriarvoisessa asemassa. Näistä tarpeista syntyi ajatus digitaalisesta työvälineestä, joka ohjaa eri ammattilaiset samanlaisen toimintakykykäsitteen ja arviointikriteerien sekä yhtenäisen kirjaamistavan suuntaan.

### 5.1 Digitaalisen arviointityökalun – toimintakykymobiilin – kehittäminen

Toimintakykymobiili lyhyesti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• applikaatio, jota käytetään Android-pohjaisella tabletilla ammattilaisen kirjaamisen apuvälineenä</li> <li>• voidaan käyttää vastaanotolla tai asiakkaan kotona</li> <li>• nettiyhteys hyvinvointialueen (Ekhva) toiminnanohjausjärjestelmään, josta mittaritulokset siirtyvät potilastietojärjestelmään</li> <li>• toiminnanohjausjärjestelmässä voi nähdä asiakkaalle tehtyjen viiden viimeisimmän toimintakyvyn arvioinnin tulokset</li> <li>• sisältää asiakasryhmittäin valitut ICF-sillatut toimintakyvyn arviointimittarit, esim. PROMIS Yleinen terveys ja PROMIS 29+2 Profiili v2.1, GDS-15, SPPB sekä ICF-ydinlistan</li> <li>• toimintakykymobiilia käyttävällä ammattilaisella oltava hyvä ICF-osaaminen</li> <li>• keskeistä on asiakkaan oma arvio toimintakyvystään ja sen perusteella asiakkaan itse määrittämät tavoitteet</li> <li>• toimintakykymobiililla tuotettu tieto on yhteismitallista ja pitkälle rakenteistettua riippumatta työntekijästä tai hänen ammattitaustastaan</li> </ul>

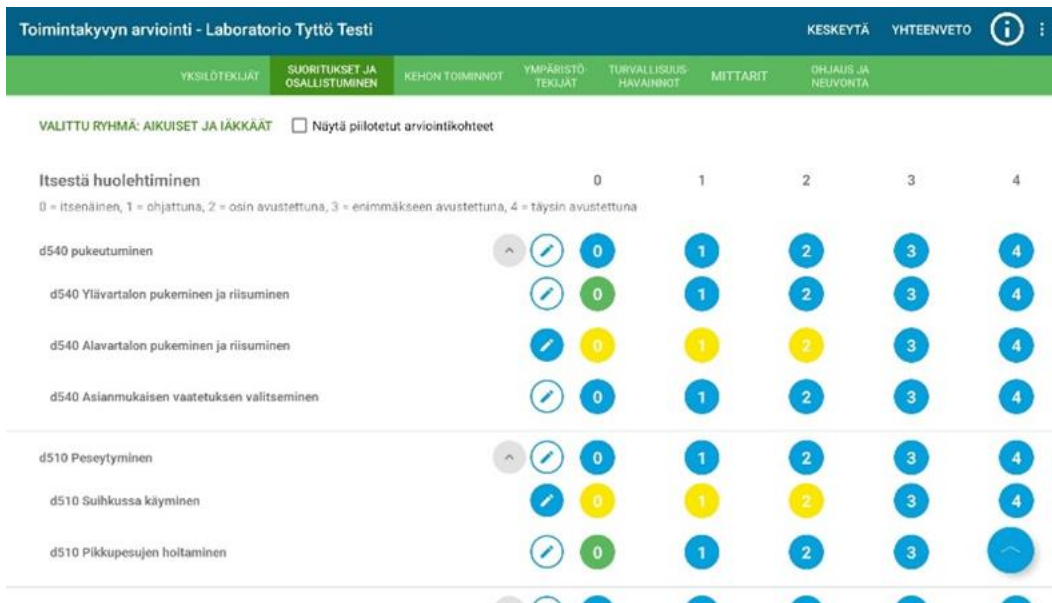
Kehittämistyön tueksi saatiin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön tekijä, joka loi ensimmäisen ICF-pohjaisen version sähköiselle arviointityökalulle yhdessä kuntoutuksen ammattilaisten ja IT-toimijoiden kanssa. Opinnäytetyö valmistui 2016 ja sen jälkeen aloitimme toimintakykymobiilin pilotoinnin valmistelun. Pilotointiin pääsimme teknisten testausten jälkeen vuonna 2017. Tuotantokäyttö aloitettiin yhdessä kotikuntoutuksen työryhmässä vuonna 2018. Laajempi suunnitelmallinen ICF-koulutusten järjestäminen henkilökunnalle aloitettiin 2019.

Yhtenäisen ammatillisen kielen viitekehukseksi valittiin ICF (International Classification of Functioning, WHO). Terapeuteille viitekehys oli tuttu jo perusopinnoista, mutta muille ammattiryhmille sen omaksuminen vaati pidemmän ajan. Yhteistä ymmärrystä vahvistamaan valittiin toimintakyvyn arviointiin ikäihmisille keskeiset ICF-aihealueet ja ICF-tarkenteista luotiin arviointiasteikko. Samat ICF-aihealueet ovat edelleen tämän asiakasryhmän toimintakyvyn arvioinnin peruspilari, jossa asiakas tuottaa oman näkemyksensä haastattelun perusteella ja ammattilainen oman näkemyksensä toiminnan ja kotiympäristön havainnoinnin avulla. Painopiste on asiakkaan suoriutumisen ja osallisuuden arvioinnissa, ei niinkään ruumiin ja kehon toiminnoissa. Palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointia vahvistamaan toimintakykymobiiliin tehtiin sähköiset versiot ICF-sillaituista mittareista: SPPB (Short Physical Performance Battery) ja GDS-15 (Geriatric Depression Scale).

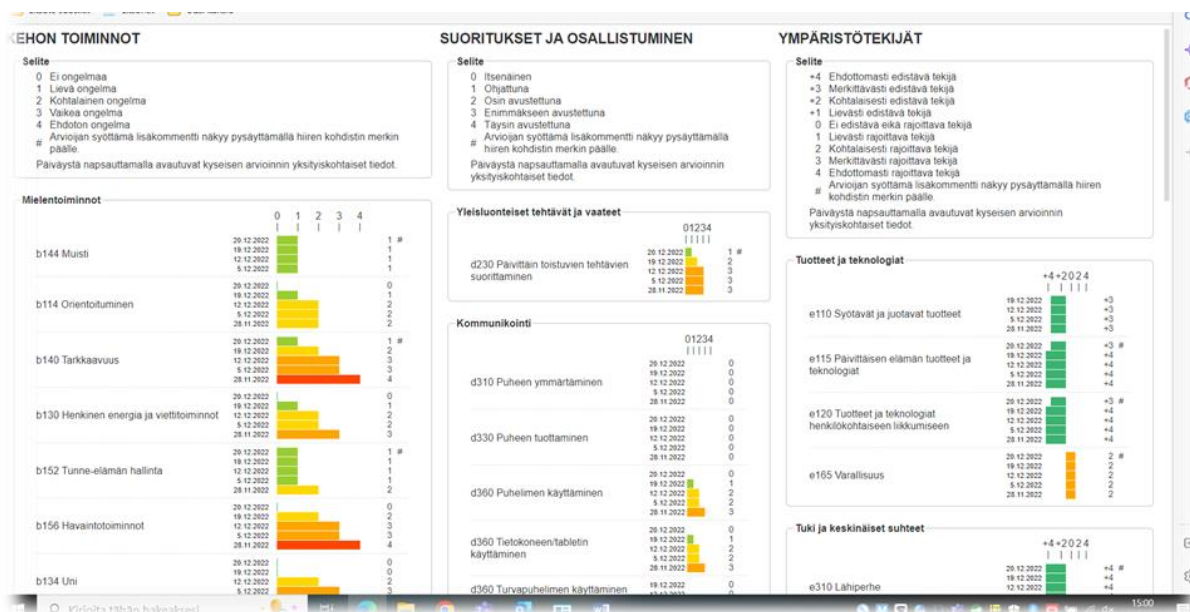
## 5.2 Toimintakyvyn arviointi toimintakykymobiilia hyödyntäen

Toimintakykymobiilin käyttö on integroitu tiettyihin palveluprosesseihin, joissa asiakkaat tekevät itsearvioinnin ja ammattilainen havaintoihinsa ja haastatteluun perustuvan arvioinnin. Mikäli mahdollista asiakasta pyydetään itse merkitsemään vastaukset tabletin valikkoihin tai sitten ammattilainen haastattelee ja merkitsee vastaukset asiakkaan puolesta. Asiakkaille väline on helppo käyttää teknisesti, sen sijaan itsearviointi voi olla haasteellista. Arvioinnin yhteydessä kirjattavien tavoitteiden sanoittamisessa ammattilainen on apuna. Tavoitteet pyritään kirjaamaan ICF-ajattelun mukaisesti konkreettisina arkisina toimintoina, esim. pystyn käymään kaupassa. Aina ei käytetä toimintakykymobiilin kaikkia vaihtoehtoja, vaan siellä olevaa arviointimenetelmää täydennetään jollain muulla ammattilaisen valitsemalla mittarilla. Olennaista on se, että toimintakykytieto rakennetaan asiakkaan ja ammattilaisen sekä mahdollisten läheisten yhteistyönä.

Toimintakykymobiilissa on myös listaus esteettömyys- ja turvallisuusarviointiin asiakkaan kotona. Myöhemmin sinne on lisätty PROMIS Yleinen terveys v1.2, geneerinen itsearviointimittari, jonka asiakas täyttää ammattilaisen läsnä ollessa tai ammattilaisen haastattelemana. Ikäihmisen luona kotikäynnillä ammattilainen kirjaa tabletille valikkoon asiakkaan oman arvion toiminnallisuudestaan kotiympäristössä. Asiakkaan arvioita ammattilainen täydentää omilla havainnoillaan asiakkaan toiminnasta. Valikkotiedon lisäksi voi vapaana tekstinä kirjata huomioita ja täsmentävää kuvausta sekä asiakkaan kanssa sovitut kuntoutustavoitteet. Suurin osa kotikäynnin kirjauksista tehdään asiakkaan luona kotikäynnin yhteydessä. Tabletille kirjattu tieto siirtyy heti sähköisesti osaksi potilaskertomusta. Toimistolle palattuaan ammattilainen täydentää kirjausta muilla tiedoilla, kuten sillä, oliko paikalla esim. asiakkaan läheisiä tai muita arviointiin vaikuttaneita tekijöitä. Tämä vähentää huomattavasti kirjaamiseen käytettävää työaika. Lisäksi yhtenäiset toimintakyvyn arviointikriteerit auttavat muita asiakkaan verkostossa olevia ammattilaisia tekemään päätöksiä liittyen hoitoon, kuntoutukseen tai sosiaalilainsäädännön mukaisiin palveluihin. (Kuviot 35 ja 36.)



Kuvio 35. Toimintakykymobiilin arviointinäköymä.



Kuvio 36. Kuva yhteenvedonäkymästä, jossa viiden edeltävän arviointikerran tulokset.

Toimintakykymobiilista rakenteinen tieto siirtyy pilven kautta toiminnanohjausjärjestelmään, joka siirtää arvioinnin tuloksesta tiedon potilastietojärjestelmään. Ammatilainen voi täydentää potilastietojärjestelmän kirjausta lisätiedoilla tarpeen mukaan. Toimintakykymobiililla tuotettu arviointitieto näkyy toiminnanohjausjärjestelmässä graafisena yhteenvedona viimeisen viiden arviointikerran osalta (kuviot 35 ja 36). Eli muutoksen asiakkaan tilanteesta eri arviointikertojen välillä voi havaita melko helposti. Asiakkaan luvalla kaikki hänen kuntoutukseensa tai hoitoonsa osallistuvat ammatilliset voivat nähdä toimintakyvyn arviointitiedot.

Kun tieto kerätään toimintakykymobiililla, se on rakenteista toimintakykytietoa, joka on teknisesti lähes siinä muodossa mitä THL:n työ- ja toimintakykytiedon konseptointiluonnoksessa esitetään. Kerättyä tietoa voidaan tutkia niin yksilötasolla kuin myös väestötasolla, jolloin sitä voidaan yhdistää esim. asiakkaan palveluprosessista kerättyihin muihin tietoihin. Tämä mahdollistaa esim. kustannusvaikuttavuusanalyysin

tekemistä pitkällä aikavälillä. Se, että tieto kulkee eri ohjelmistojen välillä ja, että sitä voi yhdistää muihin tietoihin, vaatii yhteistyötä toimijoiden välillä ja selkeän tavoitteen loppukäyttäjältä. Meillä on jo nyt tuhansia tehtyjä arviointeja, mutta emme ole vielä käyttäneet näitä tietoja vaikuttavuusarviointiin tai tutkimukseen.

Pidempiin toimintakykymobiilia käyttäneiden palaute on “en halua luopua siitä”. Työntekijät ovat helpottuneita kirjaamisen helpottumisesta ja esim. PROMIS-mittareiden pistelaskukaavat on koodattu toimintakykymobiiliin, eikä työntekijän tarvitse laskea tietoa erikseen. PROMIS-mittaritulos siirtyy rakenteisena tietona potilastietojärjestelmään, jolloin muutosta eri arviointikertojen välillä on helppo seurata potilastietojärjestelmästä, jos ei halua käyttää toiminnanohjausjärjestelmää. Sosiaalipalvelujen palvelutarpeen arvioinnin tekijät osaavat käyttää toimintakykymobiililla arvioituja tietoja myös silloin, kun joku muu on toteuttanut arvioinnin. Tämä vähentää päällekkäisten arviointien tekoa ja tehostaa resurssien käyttöä samoin kuin vähentyy asiakkaan kuormittaminen toistuvasti samoilla kysymyksillä. Sosiaalipalveluja koskevat päätökset perustuvat yhtenäisellä tavalla kirjattuun tietoon ja aiemmin toteutetut asiakkaan palvelutarvetta ja sen perusteita kuvailevat, ammattilaisen oman mielen mukaiset adjektiivit eivät ole muokkaamassa päätöksentekijän tulkintaa avuntarpeesta. Kyse on sovitusta palveluprosessin toimintatavasta, johon työntekijä saa työvälineet ja koulutuksen, jolloin siihen on helppo sitoutua. Kun toimintakykymobiililla kirjattu tieto on rakenteista ja yhdenmukaisin periaattein tuotettua, helpottaa se eri ammattilaisten välistä viestintää ja ollaan lähellä ajatusta siitä, että samalla tavalla tuotettu toimintakykytieto myös ymmärretään samalla tavalla ammattiryhmästä riippumatta.

### 5.3 Toimintakykymobiilin käytön laajentaminen Etelä-Karjalan hyvinvointialueella

Toimintakykymobiilin käyttö on laajentunut alkuperäisestä ikääntyneiden palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnista uusiin palveluprosesseihin. Sen sisältöä on arviointimenetelmien osalta muokattu kunkin asiakasryhmän tarpeen mukaan. Laajentamista on tehty erityisesti osana STM:n Yhteinen tulevaisuus - Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –hanketta ja Suomen kestävän kasvun ohjelmaa (RRP). Näissä hankesuunnitelmissa on ollut kirjattuna periaate siitä, että ICF-viitekehys integroidaan palveluprosesseihin ja samanaikaisesti kehitetään digitaalisia työvälineitä palveluihin. Hanketyöntekijät ovat esitelleet toimintakykymobiilia eri palveluprosessien toimijoille, jotka ovat itse tehneet päätöksen toimintakykymobiilin käyttöön otosta kussakin tilanteessa. Tällä hetkellä peruspalveluissa on laajalti yhteinen näkemys siitä, että toimintakykymobiilin halutaan olevan käytössä asiakkaan palveluprosessin eri vaiheissa, jotta voimme kerätä tietoa palveluprosessien vaikutuksista ja vaikuttavuudesta ihmisen arkeen ja arjessa suoriutumiseen.

Toimintakykymobiili on alkuperäisen käyttökohteen lisäksi käytössä laajasti palvelutarpeen arvioinnin prosesseissa, lasten peruspalveluissa toimintaterapia-asiakkaiden kuntoutustarpeen arvioinnissa ja moniammatillisen tiimin arviointiyhteenvetön tekemisessä, lasten neurologialla moniammatillisessa toimintakyvyn arvioinnissa, vaativan kuntoutuksen osastolla sekä muutamalla perusterveydenhuollon osastolla SAS-palvelutarpeen arvioinnissa ja kuntoutusjakson loppuarviossa, muistipoliklinikalla hoitajien tekemässä asiakkaan kokonaistilanteen arvioinnissa ja kuntoutusohjaajien käytössä asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa. Lisäksi pilotointivaiheessa ovat psykososiaalisen tuen yksikkö, nuorten aikuisten palvelut, vammaispalvelut, terveysosiaalityöntekijät sekä muutamia kotihoidon alueita, joissa toimintakykymobiililla tehdään sairaalasta kotiutumisen jälkeen toteutettava kotihoidon kuntouttavan arviointijakson loppuarvio. Ennen kuin toimintakykymobiili on otettu käyttöön uudessa palveluprosessissa, on prosessissa toimivat työntekijät koulutettu ICF-viitekehysten osalta. Heidän kanssaan on yhdessä sovittu mahdollisesti tarvittavat toimintakykymobiilin sisällön muutokset sekä perehdytyksen toteutus. Suunnitelmissa on lisätä toimintakykymobiilin käyttöä kuntoutuksen vaikutusten arvioinnissa em. osastoilla siten, että osastojakson alussa ja lopussa tehdään arviointi ja arvioidaan toimintakyvyn muutosta.

Kehittämistyö ja käytön laajentaminen jatkuu, kun jossain palveluprosessissa huomataan tästä saatavan synergiaetua tai mahdollisuutta tehostaa toimintaa. AITO-hankkeeseen osallistumisemme tavoite oli ottaa toimintakykymobiililla tehtävä PROMIS Yleinen terveys –arviointimittari käyttöön aikuisten fysioterapian avo- ja kiirevastaanotolla sekä avoterapiaryhmissä. Tälle ammattiryhmälle sekä PROMIS Yleinen terveys -mittari että toimintakykymobiili olivat uusia työvälineitä asiakastyöhön. AITO-hankkeen aikana totesimme,

että yksilövastaanotolla fysioterapeuttien eniten käyttämän mittarin (PSFS, Patient Specific Functional Scale) saaminen osaksi toimintakykymobiilia helpottaisi kirjaamista ja edesauttaisi myös esim. PROMIS Yleinen terveys tai PROMIS 29+2 Profiili -mittarin käyttöä asiakkaiden itsearviointimittarina. PSFS:n koodaaminen toimintakykymobiiliin on kirjattu kehittämistyön listalle. Avohoidon ja kotikuntoutuksen aikuisille ja ikään-tyneille suunnatussa ryhmäkuntoutuksessa tavoitteemme on kerätä asiakkailta itsearviointia PROMIS Yleinen terveys -mittarin tai PROMIS 29+2 Profiilimittarin avulla. Samalla saamme tietoa ryhmäterapiajakson vaikutuksista asiakkaiden toiminnallisuuteen ja osallisuuteen omassa arjessaan.

## 5.4 Toimintakyvyn arvioinnin ja toimintakykymobiilin kehittämisen edellytyksiä

On vaadittu vahvaa johdon tukea ja päätöksentekoa, visiota lopputuloksesta, pitkäjänteisyyttä, työskentelyä eri IT-alan yhteistyökumppaneiden kanssa, testaamista, pilotointia ja henkilöstön kouluttamista eli kaiken kaikkiaan laajan kokonaisuuden hahmottamista. Alkuvaiheessa työtä on tehty hankerahoituksilla ja itse toimintakykymobiilin tietotekninen rakenne ja siltaukset muihin järjestelmiin on tehty osin hankerahoituksella ulkopuolisten toimijoiden toteuttamina. Esim. THL:n kanssa tehty yhteistyö mahdollisti ICF- ydinlistan sähköisen koodaamisen toimintakykymobiiliin. Kehittämisessä olivat mukana myös Eksoten potilastietojärjestelmien toimittaja sekä omat IT-ammattilaiset, jotka vastasivat teknisestä rakentamisesta.

Keskeistä kehittämisessä on ollut eri tasolla työskentelevien esihenkilöiden sitoutuminen valittuun toimintatapaan ja päätöksenteko, joka on edistänyt niin henkilöstön osaamisen kehittymistä kuin teknisiä ratkaisuja. Johdon sitoutuminen esim. henkilöstön osaamisen kehittämiseen on tarkoittanut ennen kaikkea ajan antamista ja lupaa opetella toimintakykymobiilin käyttöönottoon liittyviä asioita. ICF-koulutukseen ja työpajoihin osallistuminen on tehty velvoittavaksi. Toimintakykymobiilin käyttöön on tehty opas, jossa on sekä teknistä tukea että ohjeet arviointimenetelmien käyttöön. Oppaassa on mm. kuvattu ICF-ydinlistan arviointiasteikko ja perehdytyksen yhteydessä uusille työntekijöille se myös sanallisesti konkretisoidaan. Näin saadaan varmistettua arviointikriteerien samanlaisuus, kun ammattilainen asiakkaan itsearviointiin lisäksi tekee havainnointia asiakkaan elinympäristöstä ja arjen toiminnasta.

Kehittämistyön ja myös tämänhetkisen toimintakyvyn arvioinnin toteutuksen lähtökohta on toimintakykymobiilia käyttävän ammattilaisen ICF-osaaminen. Hänen tulee ymmärtää ihmisen toimintaa mahdollistavat ja rajoittavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä ympäristön vaikutus osallisuuteen ja suoritukseen. Yksilötekijöitä, kuten ikää, sukupuolta, ammatti- tai koulutustaustaa, ei voi arvioida, mutta niiden vaikutus arviointiin ja kuntoutumisen edellytyksiin tulee ymmärtää. Toimintakykymobiili on yksi ammattilaisen työvälineistä, jotta hän voi hyödyntää em. osaamistaan asiakkaan kanssa toimiessaan. ICF-osaamisen vahvistaminen on ollut Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä ja nyt hyvinvointialueella painopiste useiden vuosien ajan. Kuntoutuksen vastuualue on ollut suunnannäyttäjänä ja WHO:n lisensoimaan kaksipäiväiseen ICF-koulutukseen on osallistunut yli 90 % koko vastualueen moniammatillisesta henkilöstöstä. Hyvinvointialueen aloittamiseen liittyneen hanketyön aikana valittiin ICF-viitekehys hyvinvointiasemien omaimien yhteistyön lähtökohdaksi. Viimeisten kahden vuoden aikana meillä on ollut hankerahoituksella palkattu ICF-kehittämisasiantuntija ja hän on kouluttamisen lisäksi toteuttanut case-työpajoja moniammatillisesti eri työyhteisöille. ICF ja sen myötä toimintakykymobiili on tällä hetkellä käytössä laajasti jo useissa hyvinvointialueen palveluprosesseissa. Sen sisältöä on muokattu asiakasryhmäkohtaisesti esim. lasten palveluihin. PROMIS-mittariston omistajien (Promis Health Organisation) kanssa on jatkettu yhteistyötä ja keväällä 2023 toimintakykymobiiliin lisättiin PROMIS 29+2 Profiili v2.1 –mittari.

## 5.5 Mitä olemme oppineet ja mihin tähtääme toimintakykytiedon hyödyntämisessä?

ICF-viitekehityksen, toimintakykymobiilin ja toiminnanohjausjärjestelmän kokonaisuuden hyödyntämisessä on vielä paljon mahdollisuuksia. Teknistä toteutusta pitää edelleen kehittää ja siitä tulee myös yksi haaste työntekijän arkeen. Tablettien ja ohjelmistojen päivitykset sekä nettiyhteyden toimimattomuudet vaativat kärsivällisyyttä. Alussa kehittäminen oli muutaman ihmisen vastuulla ja hallussa. Nyt olemme tietoisemmin

jakaneet osaamista niin teknisestä toteutuksesta kuin sisällönkin kehittämisestä useille toimijoille. Vähemmän kokonaisuuden hallinnan haavoittuvuutta.

Taloudellisesti on huomioitava IT-kehittämisen hinta, laitteiden hinta ja käyttökustannukset. Toimintakykymobiililaitteiden määrä on kasvanut vuosi vuodelta, kun välineen käyttöä on laajennettu uusiin palveluprosesseihin. Android-pohjaisen tabletin valinnassa on arvioitu riittäviä perusominaisuuksia, eikä ole panostettu esim. äänentuottoon tai videoiden katseluun, jolloin laitteen hinta on kohtuullinen. Laitehankinnat ovat osa hyvinvointialueen muita IT-hankintoja ja niissä on arvioitu esim. kustannuserot leasing-laitteiden ja omaksi hankittujen laitteiden välillä. Olennaista ohjelmiston toimivuudessa on riittävän tietosuojan varmistaminen. Toimintakykymobiilin ja sen nettiyhteyden pitää toimia asiakkaan kotona, mutta sillä ei suoraan pääse kirjautumaan potilaskertomukseen. Asiakkaan yksilöintitiedot haetaan potilaskertomuksesta ennen kuin toimintakykymobiilia aletaan täyttää, jotta tuotettu arviointitieto siirtyy oikean asiakkaan potilaskertomukseen.

Kun lähdetään ottamaan käyttöön sähköinen toimintakyvyn arviointiväline, on hyvä miettiä tarkkaan mihin tarpeeseen arviointitietoa tarvitaan ja ketkä hyötyvät siitä, että tieto on sähköistetty eli sen löytyminen myös potilastietojärjestelmästä on helpompaa. Kannattaa pohtia mikä on tavoiteltava lisäarvo tälle kehittämiselle, joka vaatii eri toimijoiden yhteistyötä ja mahdollisesti sopimuksia mittarin käyttöluvasta tai koodaamisesta sähköiseen muotoon. Sähköiset mittarit palvelevat parhaimmillaan useita tarpeita ja se tuo myös haasteen varmistua siitä, että työntekijät saadaan sitoutettua sähköisen työkalun käyttöönottoon. Implementointi kannattaa miettiä etukäteen ja uuden oppimisen tarpeet voivat osalle työntekijöistä olla tekniseen työkaluun liittyviä ja osalle työkalun sisällön käyttämiseen liittyviä ja osalle molempia. Kehittämisen alusta lähtien on hyvä olla mukana arviointimenetelmien asiantuntijoita, IT-tekniisiä toteuttajia, potilastietojärjestelmän toimijoita, hankintaosaamista, raportoinnin osaajia ja johdon tuki. Sähköiset työkalut mahdollistavat vaikuttavuustiedon keräämistä sekä tiedon ja tiedolla johtamista.

# 6 Pohdintaa hankkeen tuloksista ja toteutuksesta

*Susanna McLellan, Heli Valkeinen, Päivi Koponen*

Päätulokset
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkaat suhtautuivat pääosin myönteisesti generisten mittareiden käyttöön, mutta ammattilaiset kuvasivat myös tilanteita, joissa asiakkaat kokivat mittarikysymykset omaan tilanteeseensa sopimattomina.</li> <li>• Ammattilaisten mielestä generisten mittareiden avulla voidaan saada taustatietoa asiakkaan kokonaistilanteesta, mikä voisi olla hyödyllistä erityisesti pidempikestoisissa tai moniammatillista yhteistyötä edellyttävissä kuntoutusjaksoissa.</li> <li>• Generisten mittareiden käyttötarkoitus tulee sanoittaa selkeämmin sekä asiakkaalle että ammattilaiselle. Olennaista on selkiinnyttää, tavoitellaanko mittareiden käytöllä ensisijaisesti hyötyä käytännön asiakastyössä (yksilötasolla) vai kootaanko aineistoa johtamisen tietoperustaan (ryhmätasolla), vai näihin molempiin. Tarvitaan toimintamalli, jossa generisten mittareiden käyttö on osa laajempaa kuntoutuksen kokonaisuutta.</li> <li>• Generisten itsearviointimittaritulosten tulkinta on haastavaa sekä yksilö- että ryhmätasolla. Geneerisillä mittareilla on vaikea arvioida kuntoutuksen vaikutuksia, koska muutokselle asetetun tavoitteen määrittely mittarituloksessa näkyvänä muutoksena on vaikeaa.</li> <li>• Eri mittareilla on omat vahvuutensa ja omat heikkoutensa. Yksikään mittareista ei ollut selkeästi muita parempi tämän hankkeen vaihtelevissa asiakasryhmissä ja käyttötilanteissa.</li> </ul>

## 6.1 Asiakkaat suhtautuivat pääosin myönteisesti mittareiden käyttöön

Mittarikysymykset vaikuttivat suurimmalle osalle asiakkaista olevan helppoja ja suhteellisen nopeita vastattavia. Mittareiden välillä ei ollut merkittäviä eroja. EuroHIS-8-mittarista oli vähemmän käyttökokemuksia kuin PROMIS Yleinen terveys ja WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittareista. Sekä PROMIS Yleinen terveys että WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittareissa oli vastaajan tilanteesta riippuen erilaisia haasteita, esimerkiksi kysymysten muotoiluissa ”yleensä” tai 30 vuorokautta vaikeuttivat akuutteja oireista kokevien asiakkaiden vastaamista ja seurantavastauksissa (loppumittauksessa) kuntoutuksen tulostyystä riippumaton krooninen vaiva tai tapaturma aiheutti epävarmuutta siitä, miten kysymyksiin tulisi vastata.

Vaikka AITO-hankkeen tutkimukseen todennäköisesti valikoitui asiakkaita, jotka jo entuudestaan suhtautuivat myönteisesti oman tilanteensa itsearviointiin, tuli esille myös tilanteita, joissa mittarikysymyksiin vastaaminen oli tuntunut turhauttavalta tai kuormittavalta. Asiakkaat vaikuttivat kuitenkin olevan pääsääntöisesti mielissään siitä, että heidän näkemystään kysyttiin, vaikka kysymykset eivät välttämättä sopineet oman tilanteen kuvaamiseen.



## 6.2 Asiakkaan kokonaistilanne hahmottuu geneerisen mittarin avulla, mutta työn tueksi kaivataan tarkempaa tietoa

Ammattilaiset kokivat, että geneeristen mittareiden avulla voidaan kartoittaa asiakkaan kokonaistilannetta kuntoutuksen alkuvaiheessa tai mahdollisesti jo aiemmassa palvelujen suunnitteluvaiheessa. Mittarit olivat joissakin tilanteissa tuoneet esille asiakkaan tilanteen ongelmallisuuden tai ongelmien vakavuuden, jotka eivät muussa keskustelussa olleet tulleet esille.

Ammattilaiset ymmärsivät yhtenäisellä tavalla kerätyn tiedon hyödyt, esimerkiksi hyvinvointialueitasoissa vertailuissa. Kuitenkin monet heistä kokivat, että oman työn tuloksellisuutta on vaikea arvioida geneerisen mittarin avulla, koska samanaikaisesti kuntoutusjakson aikana tapahtuvat ja kuntoutukseen liittymättömät asiat vaikuttavat mittaritulokseen kuntoutusjakson päättyessä. Geneerisen mittarin kysymykset saattavat olla liian yleisiä tai kysymykset eivät kohdistu niihin asioihin, joissa kuntoutuksen aikana on tapahtunut asiakkaan mielestä tärkeää edistymistä. Krooniset vaivat, tapaturmat tai muut ikävät elämäntapahtumat saattavat heikentää mittaritulosta, vaikka asiakas olisi tyytyväinen kuntoutumiseensa. Ammattilaiset eivät kokeneet, että näin yleisellä tasolla asiakkaan tilannetta kartoittavat kysymykset voisivat korvata tarkempia asiakasryhmälle suunniteltuja mittareita.

## 6.3 Mittareiden käyttötarkoitus on sanoitettava tarkemmin ja mittareiden käytön toimintamalli yhtenäistettävä

AITO-hankkeessa mittareiden käyttötarkoitus saattoi olla sekä asiakkaan että ammattilaisen mielestä tutkimukseen osallistuminen. On olennaista tarkentaa, miten geneeristen mittareiden käyttö perustellaan jatkossa. Miksi asiakkaan tulisi vastata omaa elämää koskeviin kysymyksiin, jotka eivät välttämättä liity kuntoutusjakson suunnitteluun tai kuntoutuksen perusteena olevaan vaivaan? Mihin mittaritulosta voidaan käyttää? Voiko asiakkaalle koitua harmia siitä, että hän on vastannut kysymyksiin rehellisesti tai vahingossa väärin tai vastaushetken mielentila on vaikuttanut vastauksiin? Mitä pitäisi tehdä, jos mittarivastauksissa tulee esille sellaisia asioita, joihin ei ole resursseja puuttua? Kuka tarkastaa asiakkaan vastaukset, jos asiakasta pyydetään täyttämään lomake ilman sovittua tapaamista?

Geneeristen mittareiden käyttötarkoituksen tarkan sanoituksen tulisi kattaa kaiken sen, mihin mittaritulos tosiasiallisesti käytetään yksittäisen asiakkaan hoidossa ja palvelussa tai vertailussa eri asiakasryhmien tai alueiden välillä. Mittaritulos ei saa käyttää tarkoituksiin, joita ei ole luotettavasti perusteltu. Esimerkiksi palveluihin pääseminen, etuudet tai hoidon priorisointi eivät voi perustua geneerisen mittarin antamaan tulokseen. Näissä tarkoituksissa tarvitaan tarkempaa tietoa. Geneeristen mittareiden tuottamaa tietoa tulee käsitellä arkaluonteisena henkilötietona ja sen keräämiseksi tulee olla hyvä perustelu. Ammattilaisten sitoutuminen mittarin käyttöön ja asiakkaiden vastauksien tulevat riippumaan siitä, miten mittareiden käyttötarkoitus perustellaan ja käytetäänkö mittaritulos ja vastauksia kerrotulla tavalla.

Kaikille asiakkaille geneerisistä mittareista ei koettu olevan hyötyä kuntoutuksen suunnittelussa tai arvioinnissa. Onko geneerinen mittari kuitenkin tarkoitettu kaikille sosiaali- tai terveyspalveluihin hakeutuville asiakkaille ja potilaille? Onko tarkoituksenmukaista seurata samalla mittarilla asiakkaan tilannetta? Mikä on oikea hetki kysyä asiakkailta tietoja geneerisellä mittarilla? Haluammeko tietää, mitä asiakkaalle tai potilaalle kuuluu yleisesti vai haluammeko yhdistää geneerisen mittarin tiedon tiettyyn palvelu- tai hoitotapahtumaan? Jos asiakkaalla on useita eri palveluja tai hoitoja samanaikaisesti, miten tietoa kerätään ja tulkitaan ja kenen toimesta?

Geneeristen mittareiden käyttöön liittyy siis edelleen lukuisia kysymyksiä, joihin olisi kuitenkin löydettävä vastauksia, jotta kaikilla geneeristä mittaria käytävillä tahoilla (asiakas – ammattilainen – organisaatio – kansallinen taso) olisi yhteinen ymmärrys, mitä geneerisellä mittarilla voidaan tehdä ja mitä ei (esim. Foster ym. 2018). Tämän hankkeen aikana näihin ei ollut mahdollista löytää vastauksia, mutta hanke auttoi osaltaan tarkentamaan, mitä mittareiden käytöstä tulisi jatkossa sopia.

## 6.4 Geneeristen mittaritulosten tulkinta on vaikeaa – erityisesti muutoksen tulkinta

Itsearviointimittareissa asiakkaan vastaus on aina oikein. Ammatilainen voi olla asiasta eri mieltä, mutta itsearviointimittarin tarkoitus on tuoda esille asiakkaan kokemus. Joissakin tilanteissa ammattilaiset havaitsivat asiakkaan kanssa keskustellessaan, että asiakas oli vahingossa vastannut väärin lomakkeelle eli aivan kaikissa tapauksissa asiakkaan vastaus ei sittenkään kuvaa asiakkaan näkemystä.

Yksilötasolla sekä yhden tilanteen (poikkileikkaustieto) että muutoksen tulkinta vaatii aina asiakkaan oman sanoituksen koetusta tilanteesta tai muutoksesta. Asiakkaiden vastaukset riippuvat siitä, mihin he vertaavat vastaustilannettaan: onko vertailukohtana oma aiempi tilanne, muut samanikäiset, muut samaa sairautta sairastavat tai arjen, esimerkiksi työn asettamat vaatimukset. Ihminen saattaa sopeutua krooniseen tai etenevään oireistoonsa siten, että mittarituloksissa ei välttämättä näy muutosta tilanteen heikentyessä. Vointi voi tuntua paremmalta luopumalla tilanteista, joissa toimintarajoitteet tulevat esille. Tämä voi pahimmillaan johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen pidemmällä aikavälillä. Kaikissa tilanteissa sopeutuminen ei ole mahdollista; esimerkiksi kun toimintakyky ei vastaa nykyisen työn vaatimuksia, eikä työtä voi muokata. Myös kipuun sopeutuminen on mahdollista vain tiettyyn rajaan saakka.

Mittarituloksesta ei voi suoraan päätellä, kokeeko asiakas vointinsa riittävän hyväksi vai ei, vaikka ryhmätasolla keskiarvotuloksissa olisi eroa. Tähän voi vaikuttaa se, että mittarin kysymykset eivät tuo esille niitä haasteita, joita asiakkaan vaiva tai sairaus aiheuttaa. On mahdollista, että kysytään väärin kysymyksiä tai kysymykset ovat liian ”helppoja” tuomaan esille asiakkaan kokemia vaikeuksia. Akuuteissa vaivoissa osa asiakkaista on saattanut vastata sen hetkisen tilanteensa mukaisesti ja osa asiakkaista vastata kuten mittarikysymykset ohjaavat eli ”yleensä” tai ”edeltävä 30 vuorokautta”.

Mittaritulosten tulkinnan helpottamiseksi on laadittu raja-arvoja, joiden mukaan asiakas todennäköisimmin kokee esimerkiksi toimintarajoitteet vakavina tai fyysisen terveytensä huonona. Näitä raja-arvoja tulisi käyttää asiakkaan kanssa keskustelun pohjana. Muussa käytössä raja-arvoihin liittyy riskejä. Raja-arvojen soveltuvuutta suomalaiseen väestöön ei ole tutkittu. EuroHIS-8-mittarista on väestötutkimuksiin perustuvia viitearvoja, mutta viitearvo on määritelty vain yhteen kohtaan asteikkoa: hyvää elämänlaatua kuvaava piste-raja. Jakaumien muutokseen perustuvassa tarkastelussa pienikin muutospistemäärä saattaa siirtää vastaajan eri luokkaan, kun taas suurikin pistemuutos ei välttämättä muuta luokkaa.

Keskeisenä haasteena muutoksen arvioinnissa on kuitenkin se, että asiakkaan itsensä tärkeäksi kokemaa muutospistemäärää on vaikea määrittää. AITO-hankkeessa tavoitteena oli tarkastella muutosherkkyttä eli kuvaako mittarituloksessa näkyvä muutos todellisuudessa asiakkaan kokemaa muutosta. Käyttökokemuksiin painottuvalla asetelmalla ja käytössä olleilla menetelmillä (esimerkiksi kysymyksenasettelu) muutosherkkyttä ei voitu tarkastella luotettavasti. Tuloksin tueksi oli tarkoitus kokeilla, kyetäänkö kustakin mittarista määrittämään pistemäärä, jolla asiakas todennäköisimmin kokisi vointinsa muuttuneen paremmaksi. Myös tämä tarkastelu jäi kesken, koska koetun muutoksen muutospistemäärän ja mittarituloksessa näkyvän muutospistemäärän yhteys jäi koko vastaajajoukossa suhteellisen alhaiseksi eikä tarkempia alaryhmätasoisia tarkasteluja kyetty tekemään hankeaikana. Muutospistemäärän tulkinnassa haasteita syntyy siitä, että vaikka kahdella mittarilla on sama asteikko (0–100), suurempi muutospistemäärä ei välttämättä tarkoita sitä, että muutos olisi helpommin havaittavissa. Jos suurempaan muutospistemäärään liittyy suurempi hajonta, muutos voi olla epävarmempi kuin toisessa mittarissa havaittava pienempi muutospistemäärä.

## 6.5 Mikään mittareista ei ollut selkeästi toista parempi vaan kokemukset mittareista vaihtelivat

Mittarit antavat tietoa eri asioista, joten tulisi määritellä, mitä tietoa erityisesti kaivataan. Vaikka geneeriset mittarit luokitellaan toimintakykymittareiksi, eivät ne välttämättä kerro ihmisen kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä vaan kuvaavat tiettyä osaa toimintakyvystä tai toimintakyky on osa laajempaa mitattavaa asiaa, kuten elämänlaatua. WHODAS 2.0 kuvaa terveydentilasta johtuvia osallistumisen rajoitteita ja suorituksia ICF-viitekehyksen mukaisesti. PROMIS Yleinen terveys puolestaan kuvaa asiakkaan kokemaa terveyttä WHO:n terveyden ulottuvuuksien - fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden – mukaisesti. EuroHIS-8-

mittarissa toimintakyky ja terveys ovat osa laajempaa kokonaisuutta eli elämänlaatua. Yhdenkään geneerisen mittarin kysymykset eivät kartoita välttämättä juuri niitä asioita, jotka ovat tietyn ihmisen tai asiakasryhmän toimintakyvyn kannalta tärkeitä asioita. Mittareiden soveltuvuutta tietyille asiakasryhmälle tulisi arvioida tarkastelemalla mittareiden sisältämiä kysymyksiä sekä vastausohjeistusta. Mittareiden vertailu osoittautui vaikeaksi, mutta nostamme esiin keskeisimmiksi osoittautuneita asioita mittareiden käytettävyyteen liittyen:

### **WHODAS 2.0 12 kysymystä**

- vaikuttanut helpolta vastattavalta
- kysymys uusien asioiden oppimisen vaikeudesta kummastuttanut, sillä sen yhteys fysioterapiakuntoutukseen ei ollut selvä
- akuutteihin vaivoihin 30 vrk:n arviointiajanjakso on liian pitkä, keskimääräistä tilannetta on vaikea määrittää
- on epäselvää, milloin asiakas on vastannut vahingossa kaikkiin kysymyksiin, vaikka olisi pitänyt vastata vain 11 kysymykseen. Käsittääkö kysymyksen 12 ”työ” omaishoitajuuden, eläkkeellä olevan osa-aikatyön tai vastaako työtön henkilö aiemman työn tai koulutusta vastaavan työn näkökulmasta?
- ICF-viitekehyksen kieli saattaa vaikuttaa vieraalta, esimerkiksi mitä tarkoittaa ”osallistuminen” toimintakyvyn arvioinnin yhteydessä (terveydentilasta johtuvat osallistumisen rajoitteet)
- suomenkielinen käsikirja (sisältäen ohjeet ja 12 ja 36 kysymyksen lomakeversiot asiakkaan itsensä vastaama, läheisen vastaama, ammattilaisen haastattelu) ovat saatavilla verkkosivulta.

### **PROMIS Yleinen terveys**

- sosiaalisten roolien kysymys saattaa olla vaikeasti ymmärrettävä
- suurin osa kysymyksistä koskee tilannetta ”yleensä”, osa kysymyksistä edeltävän 7 vrk:n ajanjaksoa
- pistelasku ”käsin toteutettuna” vaikeaa, tarvitaan sähköinen versio, jossa automaattinen pistelasku
- tukoksen tulkinta vaikeaa: mitä tarkoittaa yhden keskihajonnan verran huonompi tai parempi terveys; yhdysvaltalaisien väestöviitearvojen soveltuvuus Suomeen on epävarmaa; Yleisen fyysisen terveyden ja mielenterveyden tulosten ulkopuolelle jäävien kahden yksittäisen kysymyksen tulkinta on haastavaa
- laajassa PROMIS-mittaristossa on yleisesti ottaen perusteellinen ja koko ajan lisääntyvä tutkimustyö mittausominaisuuksista ja tulkintaohjeista
- vaikuttaa tarkalta, vaikka pistemääräiset erot ryhmien tai alku- ja loppumittauksen välillä pienempiä kuin WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarissa
- mittarin sisältämiä kysymyksiä ei voi jakaa muille kuin käyttöluvan saaneille.

### **EuroHIS-8**

- AITO-hankkeessa saatiin liian vähän vastauksia luotettaviin analyysiin mutta hyviä huomioita mittareiden käytöstä
- saattaisi soveltua myös sosiaaliseen kuntoutukseen (ks. Karjalainen ym. 2023), jolloin voisi olla yhteinen työväline erilaisten kuntoutusmuotojen välillä
- vaikuttanut helpolta vastattavalta
- kaikki kysymykset eivät ehkä ole erityyppisten kuntoutuspalvelujen kannalta oleellisia: esim. rahan riittävyys
- väestötutkimuksista olisi muodostettavissa tarkempiakin viitearvoja suomalaiselle väestölle.

### **PASS**

- vaikea vastattava, kun kysytään ”vointia” ja vastausvaihtoehtoina ”kyllä” ja ”ei”
- olisiko asiakkaan helpompi vastata, jos kysytään kuntoutuksen tuloksen kannalta riittävän hyvän tilanteen saavuttamista, ei yleistä ”vointia”?
- jatkossa tulisi tutkia, pystytäänkö PASS-kysymyksen avulla määrittämään riittävän hyvää vointia todennäköisimmin kuvaava pistemäärä
- jatkossa tulisi vertailla tarkemmin PASS- ja GRC-kysymysten toimivuutta asiakkaan tilannetta kuvaavina ”ankkurikysymyksinä”, joihin eri toimintakykymittareiden tuloksia voisi verrata.

## GRC

- muutosta kuvaava ankkurikysymys vaaditaan geneerisen mittarin tuloksessa näkyvän muutoksen tulkintaan, jotta muutoksen tulkinta on luotettava: vastaako muutos asiakkaan omaa käsitystä muutoksesta
- päätettävä, kysytäänkö muutosta tulossyyn mukaisessa asiassa (esim. polvikipu) vai muutosta samassa asiassa mitä geneerinen mittari kuvaa (esim. fyysinen terveys ja mielenterveys erikseen, elämänlaatu, osallistumisen rajoitteet). Miten toteutetaan ja tulkitaan, jos kysymystä on muokattava yksilökohtaisesti?
- GRC-kysymys kannattaisi todennäköisesti jatkossa esittää siten, että jokaista vastausvaihtoehtoa vastaa sanallinen selitys. Vastausvaihtoehtoja joudutaan joka tapauksessa yhdistämään analyysivaiheessa, kun tarkastellaan ryhmätason tietoja. Vastaajan pienenä tai suurena pitämä muutos asteikolla -5 – 5 ei välttämättä vastaa vastausluokkien yhdistämisellä saatavia ja ulkopuolisen henkilön määrittelemiä muutoksen suuruuksia. Selkeämpää olisi, että vastaaja olisi jo vastatessaan valinnut pientä tai suurta muutosta kuvaavan ja valmiiksi sanoitetun vaihtoehdon.
- Griffiths ym. 2023 havaitsivat, että analyyseissä luokkien yhdistämisellä on vaikutusta, erityisesti siinä, yhdistetäänkö ”lievä muutos” muutokseen vai siihen, että tilanne on pysynyt ennallaan. Asteikon laajentaminen 5-luokkaisesta tai 7-luokkaisesta 11-luokkaiseksi ei välttämättä tee asteikosta muutosherkempää.
- AITO-hankkeessa ankkurikysymys oli muotoiltava käytännön syistä kaikkiin mittareihin sopivaksi, ja valittu ”vointi” ei välttämättä ollut paras valinta. Tämä saattaa selittää myös osaltaan suhteellisen heikkoja yhteyksiä GRC-vastausten ja mittarituloksissa tapahtuneissa muutoksissa. Toisaalta muutoksen yhteydessä alhaisemmat korrelaatiot voivat osaltaan johtua siitä, että mukana on sekä alku- että loppumittauksen satunnaisvirheistä johtuvat vaihtelut (Terwee ym. 2021.)

## 6.6 Hankkeen vahvuudet ja mitä tekisimme toisin

AITO-hankkeen kaltaisissa yksittäisissä pilotointihankkeissa varsinainen kokeiluvaihe jää lyhyeksi ja tämä vaikeuttaa luotettavien johtopäätösten tekemistä. Kertyvää tietoa on vaikea samanaikaisesti hyödyntää toiminnan kehittämiseen. Toimintakykymittareiden pilotointiympäristön tulisi vastata normaalia mittareiden tavanomaista käyttötilannetta. Mittareiden sisällyttäminen asiakas- ja potilastietojärjestelmiin ja mittareiden käyttöluopien hankkiminen hyvinvointialueille olisi vaatinut runsaasti enemmän aikaa ja rahoitusta kuin mitä oli käytettävissä. Toisaalta mittarin käyttöönoton kustannukset eivät olisi olleet järkeviä tilanteessa, jossa ei ole vielä varmuutta, otetaanko mittari käyttöön vai ei. Esimerkiksi laajempi toimintamallien kehittäminen, mittareiden digitalisointi asiakas- ja potilastietojärjestelmiin, ammattilaisten kouluttaminen ja kerätyn datan analysointi myös alueilla ohjaamaan toiminnan kehittämistä, olisi aiheuttanut merkittäviä kustannuksia hyvinvointialueille. Hankkeen alkaessa ei ollut toimintakykytiedon siirtämiseen kansallisia tietorakenteita, jotta mittareista kertyvää tiedon kertymistä olisi voitu testata kansallisen tason päätöksenteon tukena. Tästä syystä jouduttiin rakentamaan erillistiedonkeruu, jossa ei kuitenkaan pystytty rakentamaan selkeää tutkimusasetelmaa eri mittareiden vertailuun, esim. satunnaistetulla asetelmalla taustaltaan ja tarpeiltaan yhdenvertaisissa asiakastilanteissa.

Hankkeen valmistelu-aika oli lyhyt. Mittareita käyttävät ammattilaiset olisi pitänyt ottaa mukaan hankkeen suunnitteluun varhaisemmassa vaiheessa, jotta heillä olisi ollut mahdollisuus vaikuttaa siihen, että hanke olisi ollut mielekkäämpi ja helpompi toteuttaa tavanomaisen yksilövastaanottotyön tai ryhmätilanteiden ohessa. Mittareiden käyttöön olisi pitänyt kuvata riittävän yhtenäinen toimintamalli, jota olisi pitänyt testata eri asiakasryhmillä ennen varsinaisen pilotoinnin aloitusta. Mittareiden käyttöön liittyvä koulutus pitää jatkossa muokata juuri siihen ympäristöön, jossa mittareita käytetään. Tämän hankkeen koulutuksessa mittareiden käyttöön liittyvistä yksityiskohdista ei pystytty vielä sopimaan. Tämä on voinut johtaa vaihteleviin käytäntöihin asiakastyössä.

Osa ammattilaisista oli valikoinut tutkimukseen pyytämäänsä asiakkaita sen mukaan, kokiko ammattilainen asiakkaan hyötyvän mittarin käytöstä. Joillakin alueilla osalle ammattilaisista oli saattanut jäädä epäselväksi, mitä oli sovittu kohderyhmän rajaamisesta. Lisäksi oli epäselvyyksiä siitä, pitääkö geneerisen mittarin

kysymyksiä ajatella vain kohderyhmärajaukseen sovitun oireen perusteella, esimerkiksi pitäisikö ohjeistaa asiakasta vastaamaan vain tiettyä spesifiä oiretta ajatellen vai suhteessa yleiseen arjen toimintaan.

Vastaavaa tiedonkeruuta ei kannata jatkossa tehdä THL:n tutkimus- ja ajanvarauspalvelimien kautta, koska se edellyttää merkittävää työntekijä- ja aikaresurssia sekä tiedonkeruuta käytännössä toteuttavilta organisaatioilta, että THL:ltä. AITO-hankkeessa THL:n tietojärjestelmien käyttö oli kuitenkin hankkeen valmisteluvaiheessa arvioituna paras tapa varmistaa tiedon yhdenmukaisuus ja tietosuoja sekä nopea tiedonsiirto alueilta THL:ään. Aikataulussa ei kuitenkaan ollut mahdollisuutta huomioida samanaikaisesti toteutettuja laajoja THL:n väestötutkimuksia, jotka ajoittain vaikeuttivat AITO-hankkeen tietojen tallentamista alueilta THL:n tietojärjestelmiin.

AITO-hankkeen suunnittelu lähti liikkeelle työikäisten tuki- ja liikuntaelinkuntoutuksesta, mutta alueilla kohderyhmiin valittiin myös iäkkäitä henkilöitä erityisesti ryhmäkuntoutuksen asiakkaina. Ei voida ehkä täysin poissulkea sitäkin mahdollisuutta, että kohderyhmät valikoituivat sen mukaan, mikä on helpoin tapa kerätä tavoiteltavat 100 asiakasta mukaan tutkimukseen. Tämä on ymmärrettävä lähestymistapa, koska tiedonkeruu suoritettiin hyvin haastavana ajankohtana: organisaatiomuutokset koskivat suurta osaa hankkeeseen osallistuneista hyvinvointialueista ja tiedonkeruun ajanjakso oli lyhyt.

Hankkeen aikana ei rakentunut mahdollisuutta vertailla ammattilaisten kokemuksia eri alueiden, asiakasryhmien tai muiden taustamuuttujien suhteen kunkin mittarin osalta, koska alaryhmittäiset vastaajamäärät olivat pieniä. Kuitenkin mittareiden käyttöön liittyvien kokemusten kerääminen erilaisissa kuntoutuksen asiakastilanteissa, monimuotoisilla kohderyhmillä ja toisaalta mittareiden käyttö omaan organisaatioon soveltuvalla tavalla, toivat esille tärkeää tietoa geneeristen mittarien käytöstä kuntoutuspalveluissa. Tässä hankkeessa ei ollut mahdollista määrittää etukäteen otosta, jonka perusteella olisi voitu tarkastella asiakkaita, jotka jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Jälkikäteen raportoidut luvut asiakkaista, jotka eivät soveltuneet tai eivät antaneet suostumusta, saattavat olla eri syistä puutteellisia tai ammattilaiset ovat ilmoittaneet puuttuvien asiakkaiden määrän eri kriteereiden mukaisesti.

Jos mittarivastausten aineistosta olisi tarkoitus tehdä tarkempia analyysejä mittareiden mittaussominaisuuksista, kannattaisi käytetyssä aineistossa varmistaa WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin yksiulotteisuus ja PROMIS Yleinen terveys -mittarin kaksiulotteisuus konfirmatorisella faktorianalyysillä (esim. Babyak & Green 2010). Haasteena on riittävän suurien tutkimusaineistojen kerääminen, erityisesti jos analyysejä olisi tarkoitus tehdä tarkemmilla asiakasryhmittelyillä. Jos WHODAS 2.0 12 kysymystä ei olisikaan aineistossa yksiulotteinen, tarkoittaisi se sitä, että kaikkien kysymyspistemäärien yhteen laskeminen saattaisi antaa väärän kuvan asiakkaan tilanteesta. Eli kaikki kysymykset eivät ryhmity kuvaamaan yhtä ja samaa asiaa eli ihmisen kokemia vaikeuksia suoriutua arjessa. Lisäksi voisi varmistaa, että WHODAS 2.0 12 kysymystä -mittarin yksinkertaisen, eli AITO-hankkeessa käytetyn, ja IRT-pohjaisen laskutavan mukaan tuotetuissa tuloksissa ei ole tulkintaan vaikuttavia eroja.

PROMIS Yleinen terveys -mittarin osalta tulisi vahvistaa mittarin kaksiulotteisuus eli varmistaa neljän fyysistä terveyttä kuvaavan kysymyksen ja neljän mielenterveyttä kuvaavan kysymyksen ryhmittyvän keskenään, sekä se, että kaksi muuta kysymystä eivät ryhmity kummankaan ulottuvuuden alle. Tässä aineistossa kaksiulotteisuuteen viittasi se, että PROMIS Yleinen fyysinen terveys ja mielenterveys korreloivat eri tavalla WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten kanssa. Koska etukäteen ei laadittu tarkkoja hypoteeseja vaadittavista korrelaatiokertoimista, tarkkoja johtopäätöksiä ei voitu tehdä. Voi olla mahdollista, että erilaisissa asiakasryhmissä mittarin ulottuvuudet ovat erilaisia, mikä olisi myös huomioitava tulosten tulkinnassa. PROMIS Yleinen terveys -mittarin kaksiulotteisuus voi tuoda omat haasteensa muutoksen tulkintaan: miten arvioida tilanteen muutosta, jos muutos on erisuuntainen fyysistä terveyttä kuvaavassa ja mielenterveyttä kuvaavassa tuloksessa (Hays ym. 2009).

Ammattilaisten ja alueiden hankeyteyshenkilöiden näkemä vaiva mahdollisti laajan aineiston, jonka kerääminen erillishankkeena vastaanoton ja tavanomaisen kuntoutuspalvelun ulkopuolella ei olisi näin lyhyessä ajassa onnistunut. Myös loppumittaukseen vastanneiden määrää (75–80 % alkumittaukseen vastanneista) voidaan pitää hyvänä verrattuna useaan muuhun seuranta-aineistoon (Wang ym. 2020). Hankkeessamme päädyttiin käytännön syistä käyttämään paperilomakkeita, emmekä pystyneet vertaamaan olisiko digitaalisten ja paperisten mittareiden käytettävyydessä ollut eroa. Wangin ym. (2020) katsauksessa paperisilla lomakkeilla saavutettiin suurempi vastausprosentti kuin digitaalisilla lomakkeilla.

# 7 Johtopäätökset

*Päivikki Koponen, Susanna McLellan, Heli Valkeinen*

AITO-hankkeen aikana kertyneet kokemukset osoittivat, että geneerisiä mittareita voitaisiin ottaa laajasti käyttöön erilaisissa kuntoutuspalveluissa ja eri asiakasryhmillä, mutta mikään hankkeen aikana käytetyistä kolmesta mittarista ei osoittautunut muita hyödyllisemmäksi tai helppokäyttöisemmäksi. Kaikilla geneerisillä mittareilla voidaan saada esiin monipuolisesti asiakkaiden omia näkemyksiä ja kokemuksia toimintakyvyn eri osa-alueilta. Tämä tieto on tärkeä lisä myös kuntoutuksen vaikutusten arviointiin muun tiedon (mm. spesifit mittarit ja ammattilaisten arviot) ohella.

Mittarivalinnan lisäksi on tärkeä tarkentaa prosesseja, joilla tieto kerätään, kootaan ja analysoidaan. Ennen kansallisesti yhtenäisen mittarin valintaa ja käyttöön ottamista on erityisen tärkeää selkiinnyttää geneerisillä mittareilla koottavan tiedon ensisijaista käyttötarkoitusta. Mittareiden käyttöön liittyy useita haasteita sekä kliinisen asiakastyön että tietojohdamisen osalta.

AITO-hankkeen tulosten perusteella keskeisimmät haasteet liittyvät enemmän tietojen tulkintaan ja käyttötarkoituksiin kuin tiettyihin mittareihin. Esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinkuntoutuksen lopputulokseen voi vaikuttaa moni asia ihmisen elämäntilanteessa. Geneerisillä itsearviointimittareilla on tarkoitus saada asiakkaan oma kokemus esille tietynä mittaushetkenä. Tällöin asiakkaan yksilöllinen kokemus ei välttämättä vastaa ulkopuolisen henkilön arviota ihmisen tilanteesta. Sama lähtökohta tulisi olla myös muutoksen arvioinnissa. Ulkopuolinen henkilö ei voi arvioida yksilön kokemaa muutosta suoraan mittaritulosten pistemäärien muutoksesta vaan muutoksenkin arvioinnissa tulisi huomioida ihmisen oma kokemus. Muutoksen tulkinta itsearviointimittareissa on haastavaa erityisesti, jos yritetään kuvata tietyn palvelun tai hoidon vaikutusta muutokseen.

Sekä kansallisella tasolla että hyvinvointialueilla ja erilaisissa palveluissa ratkaisuja ja ohjeistusta edellyttävät erityisesti seuraavat:

- Geneeristen mittareiden ensisijainen ja toissijainen käyttötarkoitus on määriteltävä tarkasti, jotta mittareiden käyttöön liittyvät eettiset kysymykset voidaan ratkaista
  - asiakkaalta ei tulisi kysyä sellaisista ongelmista, joihin puuttumiseen ei ole mahdollisuutta
  - asiakkaan tulee tietää, kuka hänen antamansa tiedot näkee, otetaanko häneen yhteyttä vastausten perusteella ja mihin tietoja käytetään
  - mittareiden käyttö ei saa aiheuttaa epäluuloa asiakkaissa eikä kuormittaa ammattilaisia
  - tarvitaan selkeät yhtenäiset ohjeet siitä, miten ja millaisessa tilanteessa lomakkeet täytetään ja millaisia ohjeita asiakkaalle annetaan (mitä ajanjaksoa tarkastellaan jne.).
- Mittaritulosten hyödyntäminen edellyttää itsearviointimittareihin liittyvien tulkinta- ja haasteiden ymmärtämistä ja analyysimenetelmien kehittämistä
  - ei ole täysin selvää, kuinka luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa saadaan, kun mittareita käytetään erilaisissa palveluissa ja eri asiakasryhmissä
  - on selvítettävä, mitä muuta tietoa kuin asiakkaan vastaukset mittarikysymyksiin, vaaditaan vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointiin tai tiedolla johtamisen tueksi. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi asiakkaan kuntoutus- ja muuhun palvelutarpeeseen liittyvät taustatiedot ja tiedot palvelujen toteutuksesta.
  - Tiedon oikea tulkinta edellyttää jatkuvaa arviointia, johon on varattava aikaa ja rahoitusta sekä vahvistettava osaamista. Olisi tärkeää luoda arviointiprosessi, jossa tiedon luotettavuuteen ja tulkintaan liittyvistä asioista keskustellaan läpinäkyvästi ja kuullaan myös asiakkaiden ja ammattilaisten näkemyksiä mittaustuloksiin vaikuttavista seikoista.
- Puuttuvien vastausten, vastaamatta jättäneiden, seurannasta poisjäävien asiakkaiden sekä palvelujen ulkopuolelle jäävien ihmisten osuutta tulee seurata

- jos vastaajat valikoituvat digitaitojen, kielitaidon tai toimintakyvyn mukaan, tai analyysivaiheessa suljetaan pois monisairaat henkilöt, kertyvä tieto on vääristynyttä tiedolla johtamisen näkökulmasta ja asiakasryhmätasoiset tulokset johtavat harhaan.
- yksittäisistä hyvistä ja huonoista kokemuksista on vaikea tehdä johtopäätöksiä siitä, kuinka paljon hyötyä mittareiden käytöstä on suhteessa niiden vaatimaan resurssiin. Asiakkaiden toimintakykyyn liittyvän itsearviointitiedon hyödyntämisestä tiedolla johtamisessa on tois- taiseksi vähän kokemusta suomalaisessa palvelujärjestelmässä.

Geneeristen itsearviointimittareiden laaja käyttö voisi osaltaan helpottaa myös sote-integraatiota ja moniammatillisuutta, kun toimintakykyä tarkasteltaisiin yhtenäisestä laajasta viitekehystä (esimerkiksi ICF), joka tuo yhteen terveyden ja hyvinvoinnin. Yhtenäinen viitekehys tarkentaisi myös sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen laajoja tavoitteita sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävässä kehityksessä edistämiseksi. Tämä edellyttää toimintakyvyn ja elämänlaadun käsitteiden moninaisuuden ymmärrystä. Toimintakyvyn mittaamisen tavoitteena ei voi olla vain positiivisen muutoksen osoittaminen, jonka perusteella voitaisiin tehdä päätelmiä vaikuttavuudesta ja priorisoida palveluja, joihin ensisijaisesti kohdennetaan resursseja. Sosiaalisen kestävyden näkökulmasta toimintakyky liittyy kokemukseen elämänlaadusta, jota osassa geneerisistä toimintakykymittareista ensi sijassa arvioidaan, kun taas osa kysymyksistä mittaa enemmän arjen toimintoja. Eettisesti kestävä on varmistaa kuntoutuspalvelut ja tuki myös heille, joilla realistinen tavoite on myönteisen muutoksen ja tilanteen paranemisen sijaan nykytilanteen säilyttäminen tai tilanteen heikkenemisen jarruttaminen. Koska toimintakyky on aina suhteessa siihen ympäristöön missä elämme, toimintakykyyn ei voida vaikuttaa vain sote- ja kuntoutuspalveluissa, vaan tarvitaan myös yhteiskunnallisia toimia toimintakyvyn eri ulottuvuuksien (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen) kannalta esteettömien ympäristöjen rakentamiseksi.

## Lähteet

- Aalto A-M, Korpilahti U, Sainio P, Malmivaara A, Koskinen S, Saarni S, Valkeinen H, Luoma M-L (2013) TOIMIA-suositus: Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 2013. TOIMIA-tietokanta. *Terveysportti*, Duodecim. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016092224121> (luettu 19.10.2023)
- Aalto A-M, Korpilahti U, Sainio P, Malmivaara A, Koskinen S, Saarni S, Valkeinen H, Luoma M-L (2016) Elämänlaadun mittaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 2016;71(36):2191–8 <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2016/SLL362016-2191.pdf>
- Anttila H, Jeskanen J, Kontinen R, Mäkelä M, Pättikangas M, Rätty T, Taina J, Valkeinen H (2021) Työ- ja toimintakyvyn konsepti 1.0. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021120158260>
- Babiyak MA, Green SB (2010) Confirmatory Factor Analysis: An Introduction for Psychosomatic Medicine Researchers. *Psychosomatic Medicine* 72(6):p 587–597. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181de3f8a>
- Bickenbach J, Rubinelli S, Baffone C and Stucki G (2023) The human functioning revolution: implications for health systems and sciences. *Front Sci* 2023 1:1118512.doi: 10.3389/fsci.2023.1118512
- Black N (2013) Patient reported outcome measures could help transform healthcare *BMJ* 2013; 346 :f167 doi:10.1136/bmj.f167
- Cocks K, Buchanan J (2023) How scoring limits the usability of minimal important differences (MIDs) as responder definition (RD): an exemplary demonstration using EORTC QLQ-C30 subscales. *Qual Life Res* 32, 1247–1253. DOI: 10.1007/s11136-022-03181-4
- Coon CD, Cappelleri JC. Interpreting Change in Scores on Patient-Reported Outcome Instruments. *Ther Innov Regul Sci*. 2016 Jan;50(1):22-29. doi: 10.1177/2168479015622667.
- Da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP (2012) The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health*. 2012;15(3):449-57. doi: 10.1016/j.jval.2011.11.035.
- De Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL (2011) *Measurement in medicine: Practical guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Devji T, Carrasco-Labra A, Qasim A, Phillips M, Johnston B C, Devasenapathy N ym. (2020) Evaluating the credibility of anchor based estimates of minimal important differences for patient reported outcomes: instrument development and reliability study *BMJ* 2020; 369 :m1714 doi:10.1136/bmj.m1714
- Elsman EBM, Roorda LD, Crins MHP, Boers M, Terwee CB (2021) Dutch reference values for the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Scale v1.2 - Global Health (PROMIS-GH). *J Patient Rep Outcomes*. 2021 May 12;5(1):38. doi: 10.1186/s41687-021-00314-0.
- Foster A, Croot L, Brazier J, Harris J, O’Cathain A. (2018) The facilitators and barriers to implementing patient reported outcome measures in organisations delivering health related services: a systematic review of reviews. *J Patient Rep Outcomes*. 2018 Oct 3;2:46. doi: 10.1186/s41687-018-0072-3.
- Gangannagaripalli J, Albagli A, Myers SN ym (2022) A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes and Measures of Overall Health in Adults. *Patient* 15, 341–351. <https://doi.org/10.1007/s40271-021-00554-8>
- Gaskin CJ, Lambert SD, Bowe SJ, Orellana L (2017) Why sample selection matters in exploratory factor analysis: implications for the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 *BMC Medical Research Methodology* 17:40. DOI 10.1186/s12874-017-0309-5
- Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, Wright J, Valderas JM, Meads D, Black N (2018) How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. *J Health Serv Res Policy* 2018;23(1):57-65.doi: 10.1177/1355819617740925.
- Griffiths P, Sims J, Williams A, Williamson N, Cella D, Brohan E, Cocks K. (2023) How strong should my anchor be for estimating group and individual level meaningful change? A simulation study assessing anchor correlation strength and the impact of sample size, distribution of change scores and methodology on establishing a true meaningful change threshold. *Qual Life Res*. 2023 May;32(5):1255-1264. doi: 10.1007/s11136-022-03286-w.
- Hanmer J, Jensen RE, Rothrock N; HealthMeasures Team (2020) A reporting checklist for HealthMeasures' patient-reported outcomes: ASCQ-Me, Neuro-QoL, NIH Toolbox, and PROMIS. *J Patient Rep Outcomes*. 2020 Mar 26;4(1):21. doi: 10.1186/s41687-020-0176-4.
- Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, Spritzer KL, Cella D (2009) Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Qual Life Res*. 2009 Sep;18(7):873-80. doi: 10.1007/s11136-009-9496-9.
- Hays RD, Spritzer KL, Thompson WW, Cella D (2015) U.S. General Population Estimate for "Excellent" to "Poor" Self-Rated Health Item. *J Gen Intern Med*. 2015 Oct;30(10):1511-6. doi: 10.1007/s11606-015-3290-x.
- Hays RD, Schalet BD, Spritzer KL ym. (2017) Two-item PROMIS® global physical and mental health scales. *J Patient Rep Outcomes* 2017;1:2. <https://doi.org/10.1186/s41687-017-0003-8>
- Higgins AM, Serpa Neto A, Bailey M, Barrett J, Bellomo R, Cooper DJ, ym (2021) The psychometric properties and the minimal clinically important difference for disability assessment using the WHODAS 2.0 in critically ill patients. *Crit Care Res*. 2021;23(1):103–12.
- ISOQOL (2015) International Society for Quality of Life Research (prepared by Aaronson N, Elliott T, Greenhalgh J, Halyard M, Hess R, Miller D, Reeve B, Santana M, Snyder C). *User’s Guide to Implementing Patient-Reported Outcomes Assessment in Clinical Practice*, Version: January 2015.
- Jones G (2018) Raising the profile of pilot and feasibility studies in relation to the development, evaluation and implementation of patient-reported outcome measures. *Pilot Feasibility Stud* 4, 3. <https://doi.org/10.1186/s40814-017-0151-x>



- Karinkanta S, Reiterä T (2023) Kelan kuntoutuksen hyödyn arviointi 2020. Helsinki: Kela. Kuntoutusta kehittämässä 35/2023. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023031632040>
- Karjalainen J, Liukko E, Muurinen H, Tolonen SM (toim.) (2023) Käytäntötutkimuksia sosiaalityön toimintamalleista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 11/2023. Helsinki. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-132-0>
- Katajapuu N, Heinonen A, Saltychev M (2020) Minimal clinically important difference and minimal detectable change of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) amongst patients with chronic musculoskeletal pain. *Clinical Rehabilitation*. 2020;34(12):1506-1511. doi:10.1177/0269215520942573
- Katajapuu N, Laimi K, Heinonen A, Saltychev M (2019) Floor and ceiling effects of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 among patients with chronic musculoskeletal pain. *Int J Rehabil Res*, 2019. 42(2): 190-192.
- Kokko K, Anttila H (2017) TOIMIA-mittarit: PROMIS® yleiskuvaus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim Oy. (viitattu 3.11.2023). Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00179?toc=802599>
- Korpilahti U (2013) TOIMIA-mittarit: EuroHIS-8-elämälaatu-mittari. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim Oy. (viitattu 6.11.2023). Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00135?toc=802599>
- Malmivaara A (2022) Miten sosiaali- ja terveydenhuollon vaikutavuutta pitäisi tutkia? Suomen lääkärilehti: vuosikerta 77, nro 23—24: 1100—1104. <http://hdl.handle.net/10138/347089>
- Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, et al (2018) COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Qual Life Res* 2018;27(5):1171-79. doi: 10.1007/s11136-017-1765-4
- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HC (2010) The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 63(7):737-45. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Mokkink LB, Terwee CB, de Vet HCW (2021) Key concepts in clinical epidemiology: Responsiveness, the longitudinal aspect of validity. *Journal of Clinical Epidemiology* 140, 159—162. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.06.002>.
- Oort FJ (2005) Using structural equation modeling to detect response shifts and true change. *Qual Life Res* 14, 587—598. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-0830-y>
- Paltamaa J, Anttila H (2015) Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF). Teoksessa Paltamaa & Perttinen (toim.) Toimintakyvyn arviointi – ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Paltamaa J (suom.) (2014) WHODAS 2.0. Terveyden ja toimintarajoitteiden arvioinnin käsikirjan osat 2 & 3. Jyväskylän ammattikoulun julkaisuja 186.
- Penttinen L (2020) Toimintakyvytieto väestötutkimuksissa, rekistereissä, tilastoissa ja erillisjärjestelmissä: Kuntoutuksen tietopohja -hankkeeseen liittyvä selvitys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi nro 45/2020. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-608-4>
- Power M (2003) Development of a common instrument for quality for life. Teoksessa Nosikov & Gudex (toim.) Developing common instruments for health surveys. WHO. Amsterdam: IOS Press, 145—164.
- Prinsen CAC, Vohra S, Rose MR, Boers M, Tubwell P, Clarke M, Williamson PR & Terwee CB (2016) How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a “Core Outcome Set” – a practical guideline. *Trials* 17, 449. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1555-2>
- Rinne L. (2023) Fysioterapeuttien näkemyksiä aikuisten toimintakyvyn itsearviointimittareista. Opinnäytetyö LAB-ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202303304439>
- Saltychev M, Katajapuu N, Bärlund E, Laimi K (2021) Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability – systematic review, *Disability and Rehabilitation*, 43:6, 789-794, DOI: 10.1080/09638288.2019.1643416
- Sawatzky R, Kwon JY, Barclay R, Chauhan C, Frank L, van den Hout WB, Nielsen LK, Nolte S, Sprangers MAG (2021) Response Shift – in Sync Working Group. Implications of response shift for micro-, meso-, and macro-level healthcare decision-making using results of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res*. 2021 Dec;30(12):3343-3357. doi: 10.1007/s11136-021-02766-9.
- Silveira Bianchim M, Crane E, Jones A, Neukirchinger B, Roberts G, McLaughlin L, Noyes J (2023) The implementation, use and impact of patient reported outcome measures in value-based healthcare programmes: A scoping review. *PLoS One*. 2023 Dec 6;18(12):e0290976. doi: 10.1371/journal.pone.0290976
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2017) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntousjärjestelmän uudistamiseksi. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020) Kuntoutuksen uudistamisen: Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8443-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2021) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:27. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5655-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2022) Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutuksen ohjaamiseen perusteet 2022. Opas terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5423-6>

- Terluin B, Eekhout I, Terwee CB (2017) The anchor-based minimal important change, based on receiver operating characteristic analysis or predictive modeling, may need to be adjusted for the proportion of improved patients. *J Clin Epidemiol.* 2017 Mar;83:90-100. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.12.015.
- Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HC (2007) Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007 Jan;60(1):34-42. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.
- Terwee C, Dekker F, Wiersinga W, Prummel MF & Bossuyt PMM (2003) On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: Guidelines for instrument evaluation. *Qual Life Res* 12, 349–362. <https://doi.org/10.1023/A:1023499322593>
- Terwee CB, Peipert JD, Chapman R. et al. (2021) Minimal important change (MIC): a conceptual clarification and systematic review of MIC estimates of PROMIS measures. *Qual Life Res* 30, 2729–2754. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02925-y>
- THL (2023a) Mitä toimintakyky on? [verkkosivu]. Saatavilla: <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/mita-toimintakyky-on> (luettu 18.10.2023)
- THL (2023b) ICF-luokituksen rakenne [verkkosivu] Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne> (luettu 18.10.2023)
- THL (2023c) Laaturekisterien vointimittarit [verkkosivu] Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/tietopohja-ja-tyokalut/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit/laaturekisterien-vointimittarit> (luettu 18.10.2023)
- Tiirinki H, Jonsson PM. (2020) Geneerinen elämänlaadun mittari kansallisissa laaturekistereissä. *Lääkärilehti* 20/2020 vsk 75s. 1232 - 1234
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%) (THL)(ind. 4270—4274). Viitattu 6.11.2023
- TOIMIA (2020a) TOIMIA-suositus: Aikuisten toimintakyvyn itsearviointi kuntoutumistarpeen tunnistamisessa ja kuntoutumisen seurannassa. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020051938352>
- TOIMIA (2020b) TOIMIA-suositus: Aivoverenkierohäiriön (AVH) sairastaneiden toimintakyvyn vähimmäisarviointi kuntoutustarpeen arvioinnissa ja kuntoutuspalveluissa. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020051938353>.
- Tubach F, Dougados M, Falissard B, Baron G, Logeart I, Ravaud P (2006) Feeling good rather than feeling better matters more to patients. *Arthritis & Rheumatism* 55: 526-530. <https://doi.org/10.1002/art.22110>
- Tubach F, Ravaud P, Beaton D, Boers M, Bombardier C, Felson DT, van der Heijde D, Wells G, Dougados M (2007) Minimal clinically important improvement and patient acceptable symptom state for subjective outcome measures in rheumatic disorders. *J Rheumatol.* 2007 May;34(5):1188-93.
- Tubach F, Ravaud P, Martin-Mola E, Awada H, Bellamy N, Bombardier C, Felson DT, Hajjaj-Hassouni N, Hochberg M, Logeart I, Matucci-Cerinic M, van de Laar M, van der Heijde D, Dougados M (2012) Minimum clinically important improvement and patient acceptable symptom state in pain and function in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, chronic back pain, hand osteoarthritis, and hip and knee osteoarthritis: Results from a prospective multinational study. *Arthritis Care Res* 64: 1699-1707. <https://doi.org/10.1002/acr.21747>
- Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korf M, Pull C, WHO/NIH Joint Project (2010) Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 1;88(11):815-23. doi: 10.2471/BLT.09.067231.
- Valkeinen H, Anttila H, Paltamaa J (2014) Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa 1.0 . [https://thl.fi/documents/155392151/190138671/Mittariopas\\_VALMIS\\_090614+\(2\).pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f/Mittariopas\\_VALMIS\\_090614+\(2\).pdf?t=1448001094777](https://thl.fi/documents/155392151/190138671/Mittariopas_VALMIS_090614+(2).pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f/Mittariopas_VALMIS_090614+(2).pdf?t=1448001094777) (Luettu 25.9.2023)
- Wang K, Eftang CN, Jakobsen RB, Åroeen A (2020) Review of response rates over time in registry-based studies using patient-reported outcome measures. *BMJ Open* 2020;10:e030808. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030808
- WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. Saatavilla: [https://icfeducation.org/wp-content/uploads/2023/09/ICF\\_English-Red-Book.pdf](https://icfeducation.org/wp-content/uploads/2023/09/ICF_English-Red-Book.pdf)
- WHO (2002) Towards a common language for functioning, disability and health ICF. Geneva: WHO, 2002. Saatavilla: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf?sfvrsn=eead63d3\\_4&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf?sfvrsn=eead63d3_4&download=true)

## Liitteet

### Liite 1 Tiedonkeruussa mukana olleiden asiakkaiden määrä ja analyyseissä käytettävän aineiston muodostuminen

Tiedonkeruussa mukana olleet asiakkaat	Lukumäärä
Asiakkaita yhteensä	561
- suostumus puuttuu tai se on peruutettu	15
- suostumuslomake toimitettu THL:ään, mutta ei tietoja TAP- eikä LOPA-järjestelmissä (esim. kuntoutus peruuntunut tai tietojen syöttäminen TAP-järjestelmään ei ole onnistunut)	8
- asiakkaat, joiden kohdalla ei varmuutta, onko kyseessä alku- vai loppumittaus	10
- asiakkaat, joilla ei LOPA-järjestelmässä tietoja (kuntoutusjakso peruuntunut suostumuksen jälkeen tai ammattilainen ei ole saanut syötettyä tietoja LOPAan)	3
<b>analyysiaineisto</b>	<b>525</b>

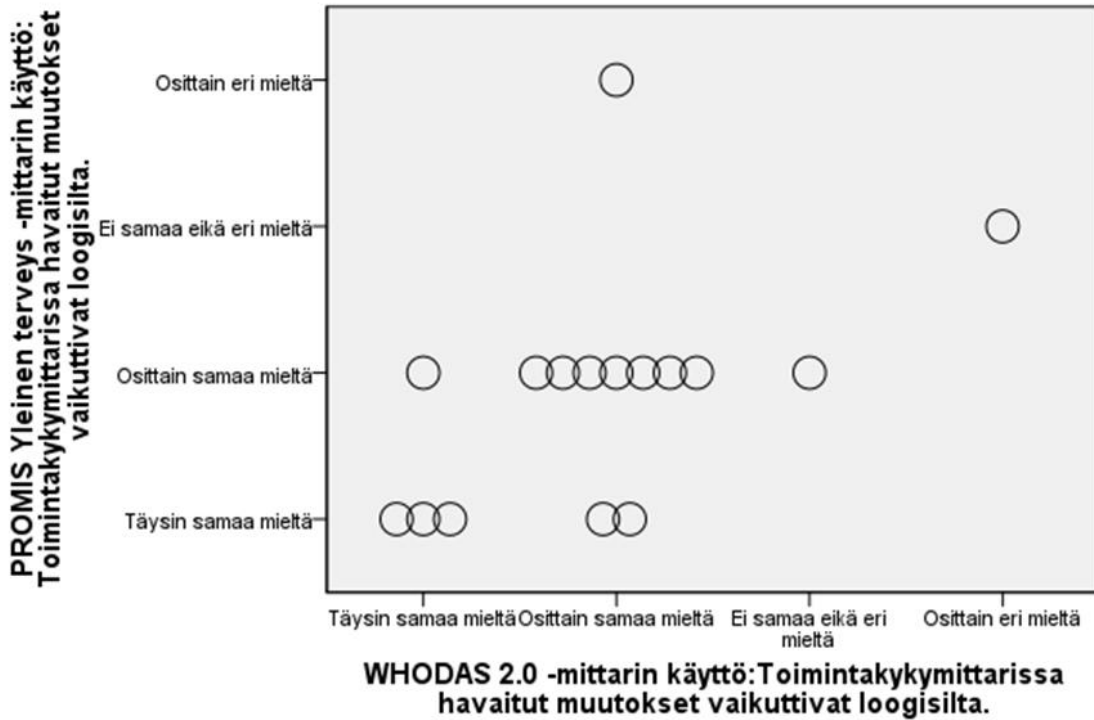
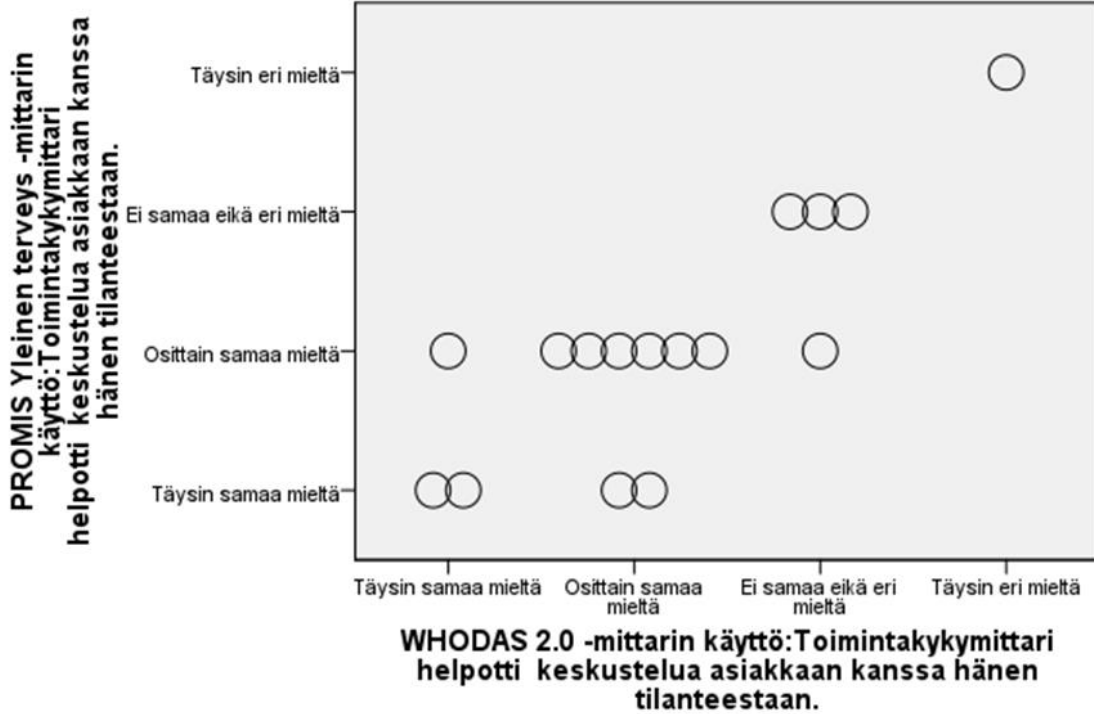
Aineiston tarkastuksissa ennen analyysien aloittamista havaittiin, että yhdellä hyvinvointialueella kymmenen asiakkaan alkumittauslomakkeet puuttuivat, mukaan lukien asiakkaan taustatiedot kuntoutuksen perusteesta, kuntoutusmuodosta, alkumittauksen PASS-vastauksesta ja mittarivastauksista, ja vain loppumittauslomakkeiden tiedot oli tallennettu LOPA-järjestelmään. Koska yrityksistä huolimatta emme pystyneet varmistamaan, oliko kyseessä asiakkaan alkumittaus, joka oli vahingossa teetetty väärälle lomakkeille ja syötetty myös LOPA-järjestelmään loppumittauslomakkeille vai oliko kyseessä asiakkaat, jotka eivät olleet lainkaan vastanneet alkumittauslomakkeisiin, näistä asiakkaista saadut tiedot poistettiin analyysissä käytettävästä aineistosta. Näiden lisäksi taustatietolomake puuttui kahdeksalta asiakkaalta eli he puuttuvat analyysistä, joissa tuloksia tarkastellaan kuntoutuksen perusteella, kuntoutusmuodon tai alkuvaiheen PASS-vastauksen perusteella. Lisäksi kolmen asiakkaan henkilötiedot olivat TAP-järjestelmässä mutta kaikki lomakevastaukset puuttuivat. Heidän kohdallaan kuntoutus on joko peruuntunut tai heidän vastauksiensa syöttäminen LOPA-järjestelmään ei ole onnistunut. Näin ollen tässä raportissa esitettävissä tuloksissa eri analyyseissä olevien asiakkaiden määrä vaihtelee.

## Liite 2 Asiakkaiden lukumäärä hyvinvointialueittain alku- ja loppumittauksessa

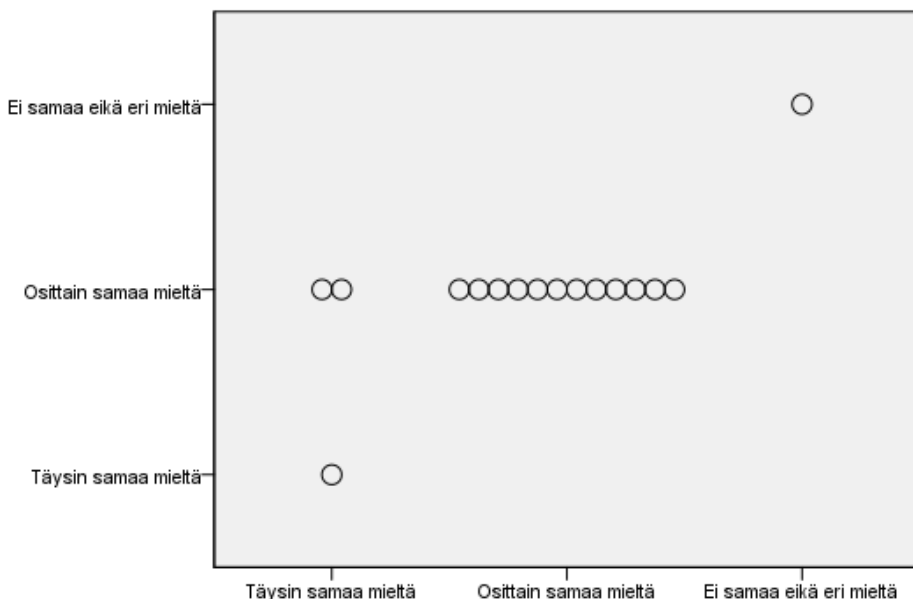
Hyvinvointialue	yhteensä*	WHODAS 2.0 12 kysymystä alkumittaus	WHODAS 2.0 12 kysymystä loppumittaus	PROMIS Yleinen terveys alkumittaus	PROMIS Yleinen terveys loppumittaus	EuroHIS-8 alku	EuroHIS-8 loppu
Etelä-Karjala	89	0	0	89	76	0	0
Itä-Uusimaa	29	29	23	0	0	29	23
Kanta-Häme	83	83	80	0	0	0	0
Pohjanmaa	35	34	21	0	0	0	0
Pohjois-Pohjanmaa	74	72	46	72	45	0	0
Pirkanmaa	72	0	0	72	55	0	0
Päijät-Häme	75	74	56	74	58	0	0
Satakunta	68	65	60	0	0	0	0
<b>Yhteensä</b>	<b>525</b>	<b>357</b>	<b>286</b>	<b>307</b>	<b>234</b>	<b>29</b>	<b>23</b>

\* Yhteensä-sarakkeessa on niiden asiakkaiden lukumäärä, jotka ovat vastanneet vähintään yhteen seuraavista lomakkeista: geneerinen mittari alku- tai loppumittauksessa, alkumittauksen taustatietolomake (sisältäen PASS-kysymyksen), GRC-lomake loppumittauksessa (sisältäen tiedon PASS-kysymyksestä lopputilanteessa ja GRC-kysymyksen)

Liite 3 Sekä WHODAS 2.0 12 kysymystä että PROMIS Yleinen terveys -mittareita käyttäneiden ammattilaisten näkemykset mittareiden käytöstä

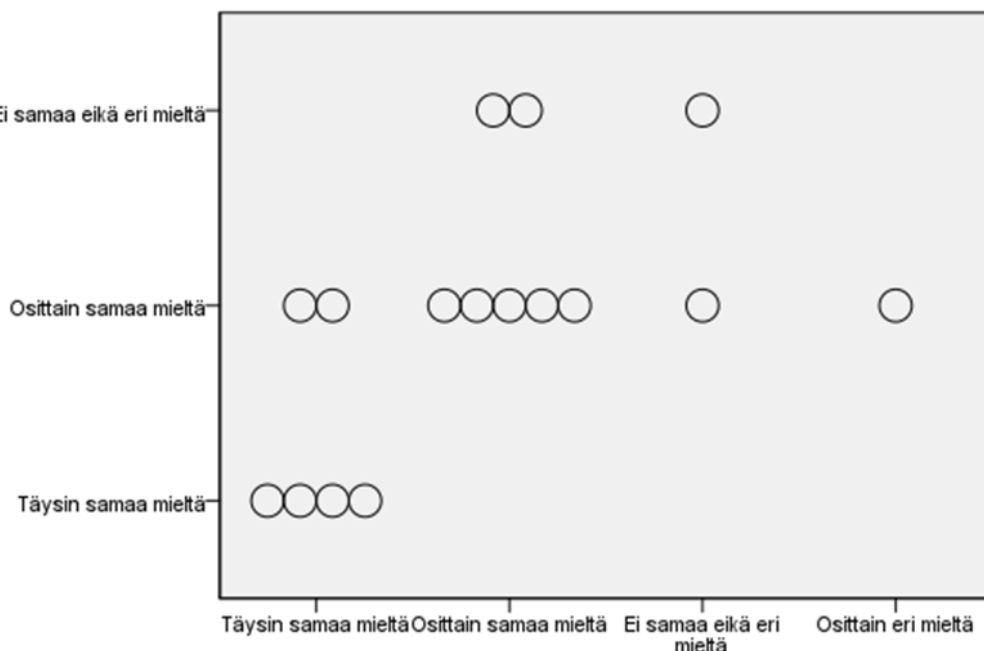


**PROMIS Yleinen terveys -mittarin käyttö:  
Mittarin avulla voidaan arvioida  
kuntoutuksen vaikutuksia.**



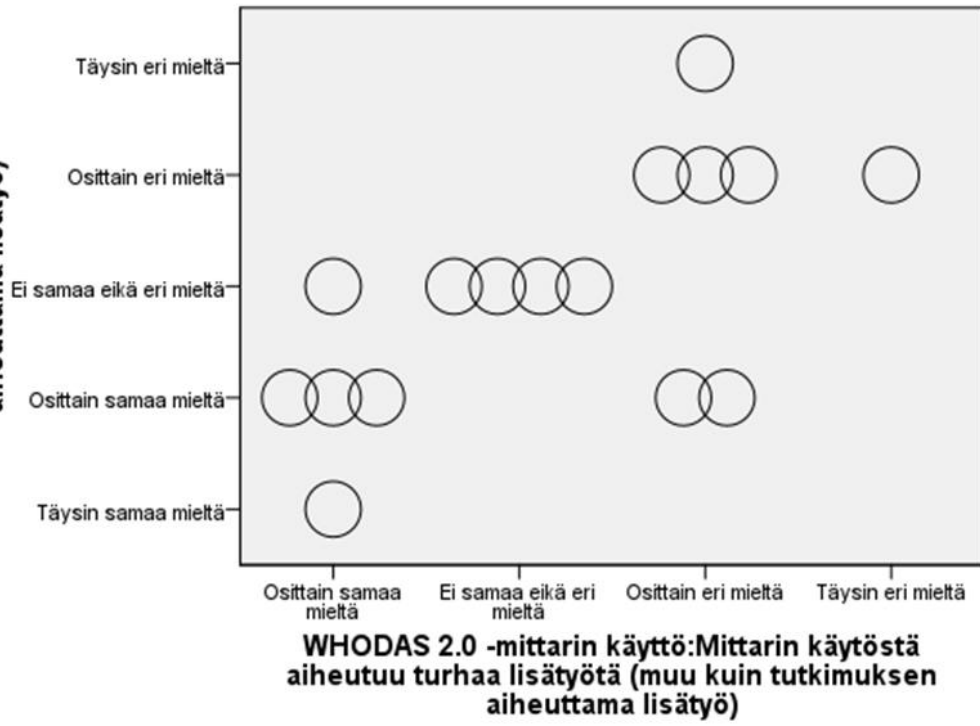
**WHODAS 2.0 -mittarin käyttö: Mittarin avulla voidaan arvioida kuntoutuksen vaikutuksia.**

**PROMIS Yleinen terveys -mittarin käyttö:  
Mittari vaikuttaa hyödylliseltä asiakkaan  
kanssa tehtävässä työssä.**



**WHODAS 2.0 -mittarin käyttö: Mittari vaikuttaa hyödylliseltä asiakkaan kanssa tehtävässä työssä.**

**PROMIS Yleinen terveys -mittarin käyttö: Mittarin käytöstä aiheutuu turhaa lisätyötä (muu kuin tutkimuksen aiheuttama lisätyö)**



## Liite 4 Mittarivastausten jakaumat alku- ja loppumittauksessa kysymyksittäin

Mahdollinen katto- ja lattiaefekti (yli 15 % vastaajista valitsee korkeimman tai matalimman vaihtoehdon) **lihavoituna**. Kysymysnumerointi viittaa mittarilomakkeella olevaan kysymysjärjestykseen. EuroHIS-8-mittarin vastaajamäärä on alle 50, joten katto- ja lattiaefektiä ei voida määritellä.

WHODAS alkumittaus	0	1	2	3	4
Q1	<b>27.97</b>	28.81	20.90	12.99	9.32
Q2	<b>23.60</b>	39.61	22.19	11.80	2.81
Q3	<b>65.92</b>	22.25	6.76	3.38	1.69
Q4	<b>44.89</b>	28.69	13.92	10.23	2.27
Q5	9.32	41.24	27.40	16.38	5.65
Q6	<b>67.70</b>	21.35	6.74	4.21	0.00
Q7	<b>31.65</b>	27.45	14.85	13.17	12.89
Q8	<b>60.22</b>	28.29	7.56	3.64	0.28
Q9	<b>50.70</b>	32.21	13.45	3.64	0.00
Q10	<b>74.23</b>	19.33	4.76	1.68	0.00
Q11	<b>65.73</b>	26.69	4.21	2.81	0.56
Q12	<b>34.57</b>	34.94	14.50	10.04	5.95
WHODAS loppumittaus	0	1	2	3	4
Q1	<b>33.68</b>	34.39	16.84	9.82	5.26
Q2	<b>36.84</b>	36.84	16.49	6.32	3.51
Q3	<b>71.13</b>	19.72	4.23	3.17	1.76
Q4	<b>49.30</b>	30.28	12.68	5.99	1.76
Q5	12.72	48.41	20.14	14.84	3.89
Q6	<b>70.88</b>	17.89	8.77	2.11	0.35



WHODAS loppumittaus	0	1	2	3	4
Q7	<b>40.99</b>	26.15	13.07	9.54	10.25
Q8	<b>73.68</b>	17.89	6.32	2.11	0.00
Q9	<b>66.08</b>	24.03	7.77	2.12	0.00
Q10	<b>75.44</b>	16.49	4.91	2.11	1.05
Q11	<b>68.90</b>	20.14	8.83	1.41	0.71
Q12	<b>44.50</b>	33.94	10.09	6.42	5.05

---

**PROMIS**


---

PROMIS alkumittaus	5	4	3	2	1
Q1	1.63	18.57	33.22	36.16	10.42
Q2	6.23	25.24	40.33	24.92	3.28
Q3	1.31	13.44	33.44	40.00	11.81
Q4	11.11	26.80	37.91	19.93	4.25
Q5	13.73	33.66	36.27	14.38	1.96
Q6	12.83	32.24	32.89	19.41	2.63
Q7	<b>18.63</b>	31.70	27.45	16.99	5.23
Q8	13.44	31.48	36.39	16.07	2.62
Q9	9.51	35.08	42.62	11.48	1.31

PROMIS alkumittaus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q10	0.02	0.02	0.1	0.09	0.13	0.17	0.21	0.14	0.04	0.01	0.07

PROMIS loppumittaus	5	4	3	2	1
Q1	2.15	16.31	41.63	33.90	6.01
Q2	7.73	21.46	44.63	24.46	1.72
Q3	2.16	15.95	36.21	35.34	10.34

PROMIS loppumittaus	5	4	3	2	1
Q4	12.02	31.33	35.19	19.31	2.15
Q5	11.16	40.77	32.19	12.45	3.43
Q6	12.93	33.62	34.48	17.24	1.73
Q7	<b>26.72</b>	32.33	27.16	11.64	2.15
Q8	<b>15.38</b>	35.47	34.19	13.25	1.71
Q9	12.87	31.76	43.35	9.87	2.15

PROMIS loppumittaus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q10	0.08	0.09	0.15	0.09	0.12	0.16	0.1	0.07	0.02	0.02	0.1

EUROHIS alkumittaus	1	2	3	4	5
Q1	3.45	31.03	27.59	34.48	3.45
Q2	10.34	31.03	31.03	24.14	3.45
Q3	6.90	17.24	31.03	34.48	10.34
Q4	10.34	10.34	20.69	24.14	<b>34.48</b>
Q5	6.90	31.03	13.79	41.38	6.90
Q6	0.00	20.69	37.93	31.03	10.34
Q7	0.00	7.14	14.29	67.86	10.71
Q8	0.00	3.45	17.24	51.72	<b>27.59</b>

EUROHIS loppumittaus	1	2	3	4	5
Q1	0	17.39	43.48	34.78	4.35
Q2	0	39.13	26.09	30.43	4.35
Q3	0	17.39	21.74	52.17	8.70
Q4	0	8.70	26.09	21.74	<b>43.48</b>

EUROHIS loppumittaus	1	2	3	4	5
Q5	0	13.04	26.09	47.83	13.04
Q6	0	13.04	30.43	47.83	8.70
Q7	0	0.00	17.39	56.52	<b>26.09</b>
Q8	0	4.35	17.39	47.83	<b>30.43</b>

## Liite 5 PROMIS Yleinen terveys -mittarin T-arvot yhdysvaltalaisessa ja alankomaisessa väestössä

Lähde: Elsman ym. 2021

<b>Tulkinta</b>	<b>Alankomaat Yleinen mielen- terveys</b>	<b>Yhdysvallat Yleinen mielen- terveys</b>	<b>Alankomaat Yleinen fyysinen terveys</b>	<b>Yhdysvallat Yleinen fyysinen terveys</b>
Huono	< 38	< 29	< 35	< 35
Tyydyttävä	38–42	29–39	35–43	35–41
Hyvä	43–48	40–47	44–50	42–49
Oikein hyvä	49–55	48–55	51–56	50–57
Erinomainen	≥56	≥56	≥57	≥58

## Liite 6 Alku- ja loppumittausten välinen aika mittareittain

vrk	WHODAS 2.0 12 kysymystä n = 268 osuus (%)	PROMIS Yleinen terveys n = 229 osuus (%)	EuroHIS-8 n = 21 osuus (%)
alle 30	2	7	10
30-59	9	43	28
60-89	39	18	38
90-119	38	22	14
120-	13	10	10
yht.	100 %	100 %	100 %

## Liite 7 WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten keskiarvo ja keskihajonta eri taustamuuttujien mukaan tarkasteltuna alku- ja loppumittauksessa

### ALKUMITTAUS

Kaikki N = 351

23.09 (16.78)

Miehet, N = 98

22.53 (16.60)

Naiset, N = 253

23.31 (16.88)

Ikäryhmä 18-69, N = 202

23.20 (17.09)

Ikäryhmä >= 70, N = 149

22.94 (16.42)

suoravastaus, N = 125

19.04 (15.24)

muu vastaus, N = 111

26.08 (17.47)

ryhmässä tapahtuva kuntoutus, N = 107

25.45 (17.09)

Puuttuu, N = 8

13.28 (10.74)

PASS kyllä, N = 137

15.10 (12.41)

PASS ei, N = 206

28.83 (17.14)

Puuttuu, N = 8

11.98 (10.90)

### LOPPUMITTAUS

miehet, N = 74

21.84 (18.08)

naiset, N = 210

18.11 (16.28)

Ikäryhmä 18-69

N = 155

19.22 (17.80)

Ikäryhmä >=

70, N = 129

18.91 (15.61)

suoravastaus, N = 85

14.06 (13.63)

muu vastaus, N = 91

21.08 (18.65)

ryhmässä tapahtuva kuntoutus, N = 101

21.85 (17.06)

puuttuu

, N = 7

13.99

(9.60)

PASS, vointi riittävän hyvä:

Kyllä, N = 156

11.35 (10.89)

Ei, N = 115

30.27 (17.87)

puuttuu, N = 13

12.82 (9.12)

## Liite 8 WHODAS 2.0 12 kysymystä -tulosten ICF-tarkenteiden jakaumia eri taustamuuttujien mukaan alku- ja loppumittauksessa

<b>Alkumittaus</b>	kaikki, N = 351	ei rajoitetta, N = 33	lievä, N = 187	kohtalainen, N = 99	vaikea, N = 32	ehdoton, N = 0
<b>sukupuoli</b>						
Miehet	98 (100.00%)	9 (9.18%)	55 (56.12%)	28 (28.57%)	6 (6.12%)	0 (0.00%)
Naiset	253 (100.00%)	24 (9.49%)	132 (52.17%)	71 (28.06%)	26 (10.28%)	0 (0.00%)
<b>Ikäryhmä</b>						
18-69	202 (100.00%)	17 (8.42%)	113 (55.94%)	51 (25.25%)	21 (10.40%)	0 (0.00%)
>= 70	149 (100.00%)	16 (10.74%)	74 (49.66%)	48 (32.21%)	11 (7.38%)	0 (0.00%)
<b>kuntoutusmuoto 3 lk</b>						
1. suoravastaanotto	125 (100.00%)	16 (12.80%)	80 (64.00%)	20 (16.00%)	9 (7.20%)	0 (0.00%)
2. muu vastaanotto	111 (100.00%)	8 (7.21%)	49 (44.14%)	42 (37.84%)	12 (10.81%)	0 (0.00%)
3. ryhmässä tapahtuva kuntoutus	107 (100.00%)	8 (7.48%)	52 (48.60%)	36 (33.64%)	11 (10.28%)	0 (0.00%)
puuttuu	8	1	6	1	0	0
<b>PASS, vointi riittävän hyvä:</b>						
Kyllä	137 (100.00%)	24 (17.52%)	89 (64.96%)	20 (14.60%)	4 (2.92%)	0 (0.00%)
Ei	206 (100.00%)	8 (3.88%)	92 (44.66%)	78 (37.86%)	28 (13.59%)	0 (0.00%)
puuttuu	13	2	9	2	0	0
<b>Loppumittaus</b>						
	kaikki, N = 284	ei rajoitetta, N = 60	lievä, N = 138	kohtalainen, N = 67	vaikea, N = 19	ehdoton, N = 0
<b>sukupuoli</b>						
Miehet	74 (100.00%)	17 (22.97%)	27 (36.49%)	23 (31.08%)	7 (9.46%)	0 (0.00%)
Naiset	210 (100.00%)	43 (20.48%)	111 (52.86%)	44 (20.95%)	12 (5.71%)	0 (0.00%)
<b>Ikäryhmä</b>						
18-69	155 (100.00%)	36 (23.23%)	73 (47.10%)	32 (20.65%)	14 (9.03%)	0 (0.00%)
>= 70	129 (100.00%)	24 (18.60%)	65 (50.39%)	35 (27.13%)	5 (3.88%)	0 (0.00%)

**Loppumittaus**

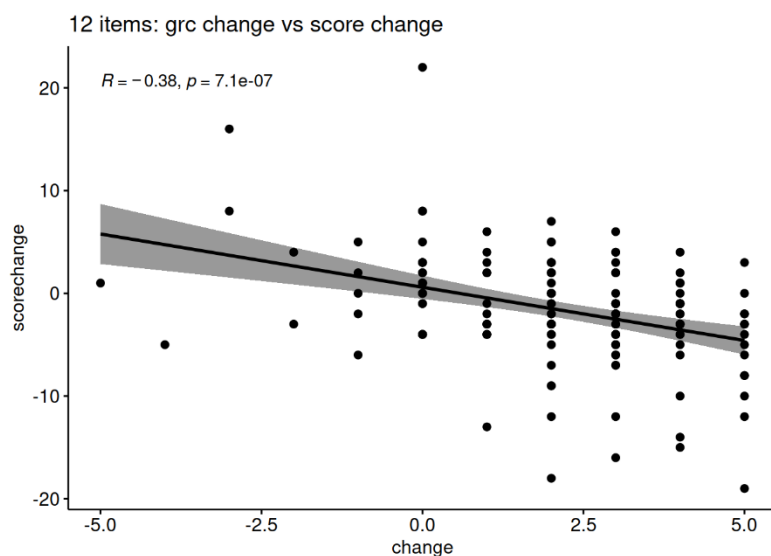
	kaikki, N = 284	ei rajoitetta, N = 60	lievä, N = 138	kohtalainen, N = 67	vaikea, N = 19	ehdoton, N = 0
kuntoutusmuoto_3_1k						
1. suoravastaanotto	85 (100.00%)	27 (31.76%)	45 (52.94%)	10 (11.76%)	3 (3.53%)	0 (0.00%)
2. muu vastaanotto	91 (100.00%)	21 (23.08%)	36 (39.56%)	26 (28.57%)	8 (8.79%)	0 (0.00%)
3. ryhmässä tapahtuva kuntoutus	101 (100.00%)	12 (11.88%)	51 (50.50%)	30 (29.70%)	8 (7.92%)	0 (0.00%)
puuttuu	7	0	6	1	0	0
PASS, vointi riittävän hyvä:						
Kyllä	156 (100.00%)	56 (35.90%)	82 (52.56%)	16 (10.26%)	2 (1.28%)	0 (0.00%)
Ei	115 (100.00%)	2 (1.74%)	47 (40.87%)	49 (42.61%)	17 (14.78%)	0 (0.00%)
puuttuu	13	2	9	2	0	0



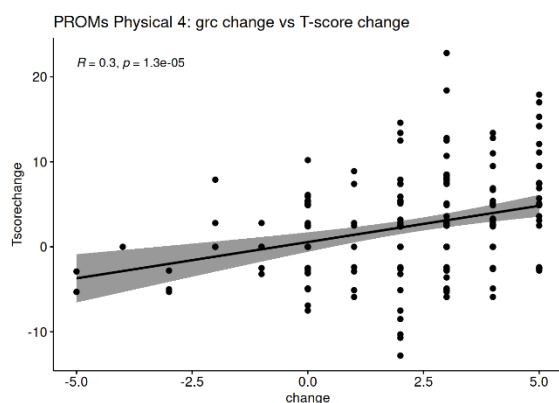
## Liite 9 Yleisen muutoksen asteikon -vastauksen (Global rating of change, GRC) ja mittarituloksessa tapahtuneen muutoksen väliset yhteydet

Pystyakselilla generisen mittarin tuloksen muutos ja vaaka-akselilla GRC-asteikko (suurempi luku kuvaa muutosta parempaan suuntaan)

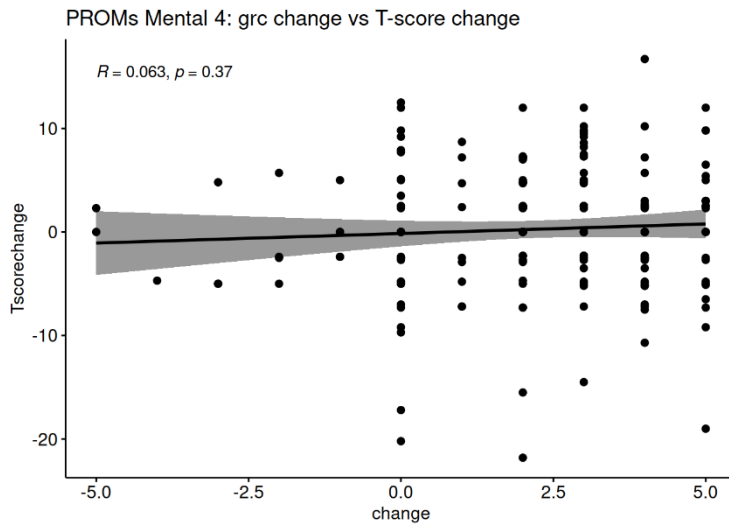
a) GRC-vastauksen ja WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksessa tapahtuneen muutoksen välinen yhteys. Pystyakselilla WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen muutos (WHODAS 2.0 12 kysymystä -tuloksen pieneneminen kuvaa muutosta parempaan suuntaan) ja vaaka-akselilla GRC-asteikko (suurempi luku kuvaa muutosta parempaan suuntaan)



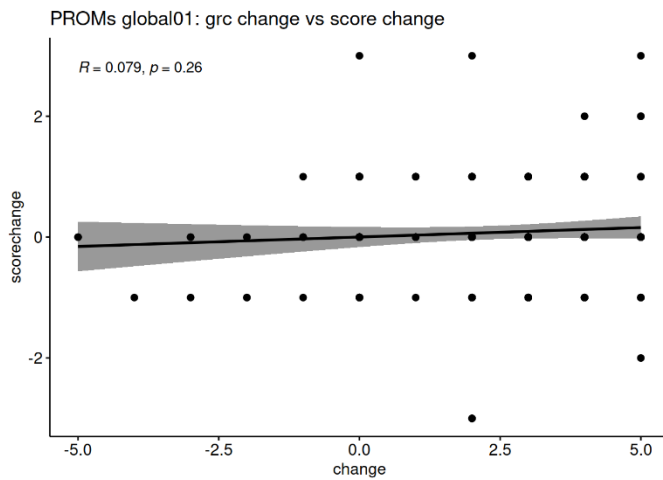
b) PROMIS Yleinen fyysinen terveys -tuloksen (t-arvon suureneminen tarkoittaa muutosta paremman fyysisen terveyden suuntaan) ja GRC-vastauksen välinen yhteys



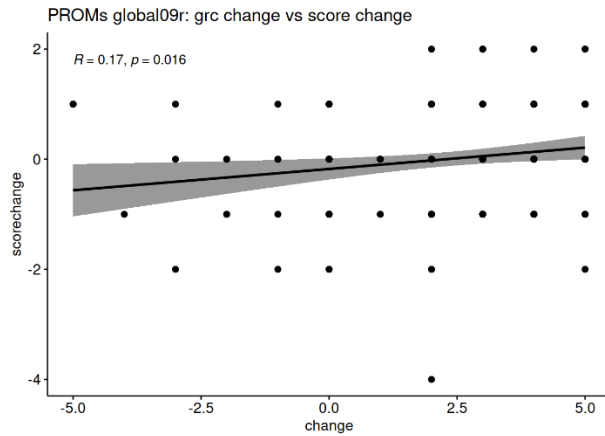
**c) PROMIS Yleinen mielenterveys -tuloksen (t-arvon suureneminen tarkoittaa muutosta paremman mielenterveyden suuntaan) ja GRC-vastauksen välinen yhteys**



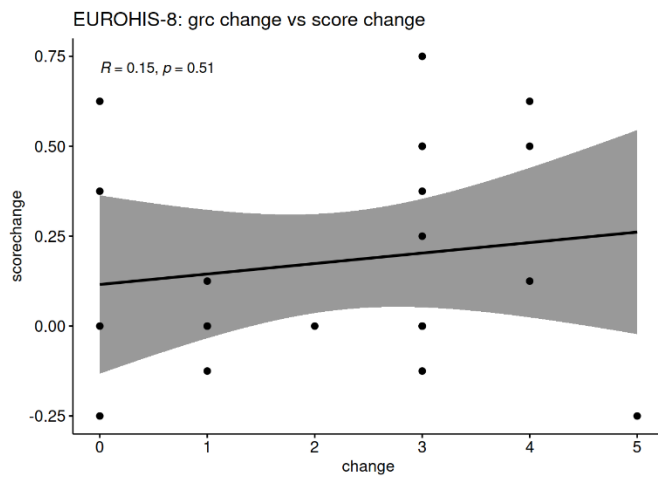
**d) PROMIS Yleinen koettu terveys pistemäärän (suureneminen tarkoittaa muutosta paremman koetun terveyden suuntaan) ja GRC-vastauksen välinen yhteys**



e) PROMIS sosiaaliin suhteisiin liittyvä kysymyksen pistemäärä (suureneminen tarkoittaa parempaa selviytymistä sosiaalisissa rooleissa) ja GRC-vastauksen välinen yhteys



f) EuroHIS-8-elämänlaatumittarin pistemäärän (suureneminen tarkoittaa muutosta parempaan) ja GRC-vastauksen välinen yhteys



## Liite 10 PROMIS Yleinen terveys -mittarista saatavien tulosten keskiarvot ja -hajonnat alku- ja loppumittauksessa

Alkumittaus	PROMIS Yleinen fyysinen terveys (4 kysymystä) keskiarvo (keskihajonta)	PROMIS Yleinen fyysinen terveys 2a (2 kysymystä) keskiarvo (keskihajonta)	PROMIS Yleinen mielenterveys (4 kysymystä) keskiarvo (keskihajonta)	PROMIS Yleinen mielenterveys 2a (2 kysymystä) keskiarvo (keskihajonta)	Global01 koettu terveys keskiarvo (keskihajonta)	Global09r sosiaaliset roolit keskiarvo (keskihajonta)
kaikki	40.38 (7.18)	41.23 (7.81)	46.33 (8.24)	45.84 (7.82)		
naiset (n = 224-226)	40.27 (7.28)	41.11 (7.73)	46.02 (8.08)	45.45 (7.51)		
miehet (n = 78)	40.69 (6.92)	41.58 (8.10)	47.20 (8.69)	46.96 (8.61)		
18–69 v (n = 157-158)	40.82 (7.36)	42.16 (8.01)	46.43 (8.94)	46.14 (8.33)		
70+ v (n = 145-146)	39.90 (6.96)	40.23 (7.50)	46.22 (7.45)	45.51 (7.25)		
suoravastaanotto (n = 121-122)	42.57 (6.87)	44.28 (7.87)	47.65 (7.80)	47.80 (7.71)		
muu vastaanotto (n = 37)	40.82 (7.10)	41.56 (7.88)	46.82 (9.03)	46.42 (7.87)		
ryhmäkuntoutus (n = 137-138)	38.04 (6.83)	38.26 (6.68)	44.94 (8.40)	43.90 (7.65)		
PASS: vointi riittävän hyvä	42.99 (6.62)	43.68 (7.06)	47.32 (7.95)	47.06 (7.36)		
PASS: vointi ei riittävän hyvä	38.38 (6.95)	39.34 (7.87)	45.64 (8.51)	45.01 (8.15)		
Loppumittaus	PROMIS Yleinen fyysinen terveys (4 kysymystä) keskiarvo (keskihajonta)	PROMIS Yleinen fyysinen terveys 2a (2 kysymystä) keskiarvo (keskihajonta)	PROMIS Yleinen mielenterveys (4 kysymystä) keskiarvo (keskihajonta)	PROMIS Yleinen mielenterveys 2a (2 kysymystä) keskiarvo (keskihajonta)	Global01 koettu terveys keskiarvo (keskihajonta)	Global09r sosiaaliset roolit keskiarvo (keskihajonta)
kaikki (n = 230-233)	43.0 (8.1)	43.03 (7.78)	46.95 (7.93)	46.45 (7.50)		
naiset (n = 172-174)		43.13 (7.51)	46.81 (8.06)	46.47 (7.70)		
miehet (n = 59)		42.75 (8.58)	47.36 (7.58)	46.39 (6.93)		
18–69 v (n = 117)		43.72 (8.34)	46.45 (8.79)	46.67 (8.32)		
70+ v (n = 114-116)		42.32 (7.13)	47.45 (6.96)	46.23 (6.60)		
suoravastaanotto (n = 82)		45.48 (8.14)	47.34 (7.88)	47.19 (7.62)		
muu vastaanotto (n = 27)		44.51 (8.07)	48.41 (9.59)	47.56 (8.64)		

ryhmäkuntoutus (n = 116-118)		40.98 (7.06)	46.45 (7.69)	45.71 (7.28)		
PASS: vointi riittävä (n =136)	46.24 (6.83)	45.66 (7.01)	48.03 (8.28)	47.92 (7.12)		
PASS: vointi ei riittävä (n=70-71)	36.71 (6.97)	37.97 (7.27)	46.32 (7.72)	43.85 (7.84)		

## Liite 11 Kaikkien mittaritulosten keskiarvot

(CI = luottamusväli, PRE = alkumittaus, POST = loppumittaus)

	WHO- DAS 2.0 12 kysy- mystä (CI 95 %) PRE	WHO- DAS 2.0 12 kysy- mystä (CI 95 %) POST	PROMIS fyys.terv. (CI 95 %) PRE	PROMIS fyys.terv. (CI 95 %) POST	PROMIS mielen- terv. (CI 95 %) PRE	PROMIS mielen- terv. (CI 95 %) POST	Euro- HIS-8 (CI 95 %) PRE	Euro- HIS-8 (CI 95 %) POST
<b>Ikä</b>								
[18, 70)	23.20 (20.84, 25.56)	19.22 (16.42, 22.03)	40.82 (39.67, 41.97)	43.26 (41.73, 44.78)	46.43 (45.02, 47.83)	46.45 (44.86, 48.04)	3.69 (3.35, 4.03)	4.02 (3.65, 4.39)
>= 70	22.94 (20.30, 25.57)	18.91 (16.21, 21.60)	39.90 (38.77, 41.04)	42.67 (41.24, 44.10)	46.22 (45.01, 47.43)	47.45 (46.19, 48.72)	3.27 (2.97, 3.57)	3.49 (3.19, 3.80)
<b>Kuntoutuksen peruste</b>								
1. Alle 2 viikkoa kestänyt tuki- tai liikuntaelinoire	19.37 (12.85, 25.89)	15.39 (9.27, 21.52)	42.30 (39.74, 44.86)	46.88 (43.34, 50.42)	45.60 (42.45, 48.75)	44.56 (40.82, 48.29)	1.75 ( NA, NA)	NA
2. Yli 2 viikkoa kestänyt tuki- tai liikuntaelinoire	23.40 (21.48, 25.31)	19.42 (17.25, 21.59)	40.17 (39.26, 41.07)	42.60 (41.43, 43.77)	46.45 (45.40, 47.50)	47.13 (45.99, 48.27)	3.37 (3.09, 3.65)	3.58 (3.26, 3.90)
3. Muu syy	25.99 (18.57, 33.41)	21.09 (13.10, 29.08)	38.51 (35.74, 41.27)	42.41 (39.68, 45.15)	45.14 (42.28, 48.01)	48.03 (45.47, 50.59)	3.60 (3.26, 3.94)	3.77 (3.35, 4.19)
Puuttuvat tieto	15.10 (6.45, 23.76)	12.50 (4.63, 20.37)	45.93 (42.66, 49.20)	44.83 (40.20, 49.47)	47.64 (44.93, 50.36)	45.68 (40.15, 51.22)	NA	NA
<b>Kuntoutuksen muoto</b>								
1. Suoravastaanotto	19.04 (16.37, 21.71)	14.06 (11.17, 16.96)	42.57 (41.35, 43.80)	45.45 (43.68, 47.21)	47.65 (46.26, 49.04)	47.34 (45.64, 49.05)	NA	NA
2. Muu vastaanotto	24.13 (20.94, 27.32)	19.64 (15.81, 23.47)	40.82 (38.54, 43.11)	45.46 (42.43, 48.48)	46.82 (43.91, 49.73)	48.41 (44.80, 52.03)	3.51 (3.16, 3.85)	3.80 (3.41, 4.18)
3. Ryhmässä tapahtuva kuntoutus	25.45 (22.21, 28.69)	21.85 (18.53, 25.18)	38.04 (36.89, 39.18)	40.66 (39.28, 42.05)	44.94 (43.53, 46.35)	46.45 (45.07, 47.84)	3.41 (3.20, 3.62)	3.27 (2.91, 3.64)
4. Ohjattu yksilökuntoutus kotona	48.51 (34.15, 62.87)	33.84 (13.62, 54.06)	NA	NA	NA	NA	3.09 (2.41, 3.78)	3.65 (3.03, 4.26)
5. Muu kuntoutus	39.58 (31.42, 47.75)	42.61 (32.59, 52.64)	NA	NA	NA	NA	3.50 ( NA, NA)	3.50 ( NA, NA)

	WHO- DAS 2.0 12 kysy- mystä (CI 95 %) PRE	WHO- DAS 2.0 12 kysy- mystä (CI 95 %) POST	PROMIS fyys.terv. (CI 95 %) PRE)	PROMIS fyys.terv. (CI 95 %) POST	PROMIS mielen- terv. (CI 95 %) PRE	PROMIS mielen- terv. (CI 95 %) POST	Euro- HIS-8 (CI 95 %) PRE	Euro- HIS-8 (CI 95 %) POST
	13.28 (5.84, 20.72)	13.99 (6.88, 21.10)	45.93 (42.66, 49.20)	42.82 (40.08, 45.55)	48.03 (44.75, 51.30)	44.73 (40.91, 48.56)	NA	NA
<b>Sukupuoli</b>								
miehet	22.53 (19.24, 25.81)	21.84 (17.72, 25.96)	40.69 (39.15, 42.22)	42.59 (40.58, 44.59)	47.20 (45.27, 49.13)	47.36 (45.43, 49.30)	3.23 (2.86, 3.59)	3.47 (3.06, 3.89)
naiset	23.31 (21.23, 25.39)	18.11 (15.91, 20.31)	40.27 (39.32, 41.22)	43.10 (41.87, 44.32)	46.02 (44.96, 47.08)	46.81 (45.61, 48.01)	3.44 (3.12, 3.77)	3.73 (3.40, 4.07)
<b>Area</b>								
Itä-Uusimaa	35.68 (28.41, 42.94)	26.02 (18.09, 33.94)	NA	NA	NA	NA	3.37 (3.12, 3.62)	3.63 (3.37, 3.89)
Kanta-Häme	23.20 (19.85, 26.55)	19.95 (16.46, 23.44)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Päijät-Häme	24.49 (20.26, 28.72)	17.18 (12.63, 21.72)	39.90 (38.26, 41.53)	43.15 (40.91, 45.39)	45.98 (43.96, 47.99)	46.24 (44.01, 48.48)	NA	NA
Pohjanmaa	31.21 (25.52, 36.90)	30.30 (21.40, 39.20)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Pohjois-Pohjanmaa	15.05 (12.45, 17.66)	13.58 (10.26, 16.89)	43.76 (42.15, 45.37)	45.83 (43.58, 48.08)	47.45 (45.74, 49.16)	46.57 (44.39, 48.75)	NA	NA
Satakunta	20.67 (16.88, 24.46)	17.21 (13.08, 21.34)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Etelä-Karjala	NA	NA	39.93 (38.48, 41.38)	42.67 (40.91, 44.43)	47.48 (45.68, 49.28)	48.54 (46.69, 50.39)	NA	NA
Pirkanmaa	NA	NA	37.90 (36.36, 39.45)	40.77 (38.70, 42.84)	44.04 (42.24, 45.84)	45.79 (43.95, 47.63)	NA	NA

## Liite 12 Kahden samanaikaisesti käytössä olleen mittarin tulosten yhteys Spearmanin korrelaatiokertoimella kuvattuna.

GRC = Global rating of change, yleinen muutoksen asteikko

	Spearmanin korrelaatiokerroin
WHODAS 2.0 12 kysymystä vs PROMIS Yleinen fyysinen terveys - alkumittaus	-0.67
WHODAS 2.0 12 kysymystä vs PROMIS Yleinen fyysinen terveys - loppumittaus	-0.73
WHODAS 2.0 12 kysymystä vs PROMIS Yleinen mielenterveys - alkumittaus	-0.47
WHODAS 2.0 12 kysymystä vs PROMIS Yleinen mielenterveys - loppumittaus	-0.58
PROMIS Yleinen fyysinen terveys vs PROMIS Yleinen mielenterveys - alkumittaus	0.56
PROMIS Yleinen fyysinen terveys vs PROMIS Yleinen mielenterveys - loppumittaus	0.56
WHODAS 2.0 12 kysymystä vs EuroHIS-8 – alkumittaus	-0.61
WHODAS 2.0 12 kysymystä vs EuroHIS-8 – loppumittaus	-0.67
GRC vs WHODAS 2.0 12 kysymystä muutos	-0.37
GRC vs PROMIS Yleinen fyysinen terveys muutos	0.30
GRC vs PROMIS Yleinen mielenterveys muutos	0.04
GRC vs EuroHIS-8 muutos	0.18