

Kuidas kasutada

RFK-d?

Praktiline käsiraamat
rahvusvahelise
funktsioneerimisvõime
klassifikatsiooni
(RFK) kasutamiseks

Kuidas kasutada RFK-d?

Praktiline käsiraamat
rahvusvahelise
funktioneerimisvõime
klassifikatsiooni
(RFK) kasutamiseks

**Avalikult arutatav eelnõu
seisukohtade esitamiseks**

Soovitatud viide

Maailma Terviseorganisatsioon. Kuidas kasutada RFK-d? Praktiline käsiraamat rahvusvahelise funktsioneerimisvõime (RFK) kasutamiseks. Avalikult arutatav eelnõu seisukohtade esitamiseks. Oktoober 2013. Genf: WHO

Sotsiaalkindlustusamet, 2021

Sisutoimetaja: Piret Tootsi

Keeletoimetaja: Mari Mets

Täname eksperte: Piret Tootsi, Teele Kaarma-Tõnne, Eva Mengel, Heili Piilberg, Hille Maas

Sisukord

RFK praktilise käsiraamatu eessõna	1
Miks lugeda käesolevat praktilist käsiraamatut?	1
Millist teavet praktiline käsiraamat pakub?	2
Milline on praktilise käsiraamatu ülesehitus?	3
Mis ajendas praktilist käsiraamatut koostama?	4
1 RFK-ga alustamine	5
1.1 Mida tähendab RFK?	5
1.2 Kuidas RFK-d saab kasutada?	12
1.3 Mida RFK alusel klassifitseeritakse?	19
1.4 Kuidas on RFK seotud elektrooniliste dokumentidega?	23
2 Funktsioneerimisvõime kirjeldamine	24
2.1. Kuidas kasutada RFK-d funktsioneerimisvõime kirjeldamisel?	24
2.2. Milline on RFK kodeerimisstruktuur?	30
2.3. Kuidas kirjeldada RFK kodeerimisstruktuuri abil organismi funktsioone ja struktuure?	33
2.4 Kuidas kirjeldada RFK abil tegutsemist ja osalust?	37
2.5 Kuidas kirjeldada RFK abil keskkonna mõju?	42
2.6. Kuidas kasutada personaalseid tegureid?	44
2.7. Kuidas kasutada RFK-d koos olemasolevate funktsioneerimisvõime kirjeldustega?	46
3 RFK kasutamine kliinilises praktikas ja tervisevaldkonna spetsialistide hariduses	48
3.1 Kas RFK-d saab kasutada tervisevaldkonna spetsialistide koolitamise täiustamiseks?	48
3.2 Kuidas saab RFK-d kasutada tervisevaldkonna spetsialistide hariduses?	51
3.3 Kuidas saab RFK-d kasutada funktsioneerimisvõime kirjeldamiseks kliinilises praktikas?	56
3.4. Kuidas seostub RFK meditsiinilise diagnoosiga?	67
3.5. Millised on eelised, kui kasutada RFK-d ühtse keelena kliinilises praktikas?	70
3.6. Kuidas saab RFK-d kasutada sekkumise tulemuste hindamiseks?	73
4 RFK kasutamine sotsiaalteenuste ja -toetuse määramisel	76
4.1 Miks kasutada RFK-d sotsiaalteenuste ja -toetuse määramisel?	76
4.2 Kuidas saab RFK kaasa aidata teenuste planeerimisel?	77
4.3 Kuidas saab RFK-d kasutada sotsiaalteenuste ja -toetuste õigustatuse tuvastamisel?	79
4.4 Kas RFK saab tõhustada teenuste integreerimist ja haldamist?	81
4.5 Miks on RFK kasulik teenuste kvaliteedi hindamise seisukohalt?	82
5 RFK kasutamine rahvaloenduse või uuringute eesmärgil	81
5.1. Kas RFK-d saab kasutada info edastamiseks rahvastikupõhisesse andmekogudesse?	84
5.2. Mis vahe on uuringuandmete ja kliiniliste andmete kogumisel?	86
5.3. Milline on RFK kasutamise lähtepunkt rahvaloendustel ja uuringutel?	88

5.4. Kuidas saab uuringu eesmärgi seostada RFK-ga?	89
5.5. Kas on võimalik kasutada standardseid küsimustikke?	90
5.6. Mida hõlmab asjakohaste uuringuküsimuste koostamine ja testimine?	93
5.7. Kas andmete analüüs ja tulemuste tõlgendamine peaksid viitama RFK-le?	94
5.8. Millised asjakohased küsimustikud on juba praegu olemas?	95
5.9. Kuidas saavad rahvastikuandmed aidata uurida võrdsete võimaluste tulemusi?	98
6 RFK kasutamine haridussüsteemis	99
6.1. Kas RFK on haridussüsteemis kasulik?	99
6.2. Kas RFK on abiks kliinilise ja haridusosalase teabe ühendamisel?	100
6.3. Kas RFK-d saab kasutada hindamiseks haridusvaldkonnas?	101
6.4. Kas RFK-d saab kasutada hariduses osaluse mõistmiseks?	102
6.5. Kas RFK-d saab kasutada õpikeskkondade analüüsimiseks?	103
6.6. Kas RFK-d saab kasutada hariduslike tugiteenuste õigustatuse tuvastamiseks?	104
6.7. Kas RFK-d saab kasutada eesmärkide seadmiseks?	105
6.8. Kuidas saab RFK-d kasutada õpitulemuste hindamiseks?	106
6.9. Kas RFK aitab hõlbustada koostööd ja integreerida erinevaid vaatenurki?	107
7 RFK kasutamine poliitilistel eesmärkidel	108
7.1. Miks on oluline kasutada standardseid puude kontseptsioone erinevates poliitikavaldkondades?	108
7.2. Miks kasutada RFK-d poliitika kujundamisel?	109
7.3. Kuidas saab RFK aidata tõsta teadlikkust ja tuvastada probleeme?	111
7.4. Kas RFK-st on abi poliitika väljatöötamisel?	112
7.5. Kuidas saab RFK aidata kaasa planeerimisele süsteemide tasandil?	114
7.6. Kuidas saab RFK hõlbustada strateegiate rakendamist?	115
7.7. Kas RFK aitab hinnata ja jälgida poliitika mõju?	116
8 RFK kasutamine õiguste kaitse ja võimendamise eesmärgil	117
8.1. Kas RFK-d saab kasutada õiguste kaitseks?	117
8.2. Kas RFK-d saab kasutada hoiakute ja nende muutuste mõõtmiseks?	119
8.3. Kas RFK saab toetada inimese võimendamist ja iseseisvat elu?	120
8.4. Kas RFK-d saab kasutada kogemuskõigustamisel?	122
Bibliograafia	123
Lisa 1. Akronüümide loetelu	127
Lisa 2. Lahtrite loetelu	128
Lisa 3. Tänuõnad	129

RFK praktilise käsiraamatu eessõna

Miks lugeda käesolevat praktilist käsiraamatut?

Käesolev praktiline käsiraamat on kasulik kõigile, kes soovivad saada lisateavet rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni (RFK, WHO 2001) kasutamise kohta. RFK-d kasutatakse tänapäeval paljudes erinevates kontekstides ja mitmel erineval eesmärgil üle kogu maailma. Seda saab kasutada statistiliste, teadusuuringute, kliiniliste, sotsiaalpoliitiliste või hariduslike eesmärkide saavutamise vahendina ning rakendada peale tervishoiusektori ka sellistes valdkondades, nagu kindlustus, sotsiaalkindlustus, tööhõive, haridus, majandus, poliitika või õigusloome ning keskkond.

Neile, kes huvituvad inimese funktsioneerimisvõimest ja sooviksid RFK-d rakendada, peaks see praktiline käsiraamat kasu tooma. Käsiraamat sisaldab palju infot selle kohta, kuidas RFK-d erinevates olukordades kasutada. Käsiraamat on koostatud erinevate valdkondade kasutajate omandatud oskuste, teadmiste ja otsustusvõime põhjal ning on mõeldud kasutamiseks koos RFK-ga.

*RFK praktiline käsiraamat
annab teavet RFK kasutamise
kohta.*

Millist teavet praktiline käsiraamat pakub?

Praktiline käsiraamat annab juhiseid RFK kontseptsioonide ja raamistiku rakendamiseks praktikas, näiteks

- kodeerimisel ja statistilisel kasutamisel,
- kliinilises dokumentatsioonis,
- hariduses,
- sotsiaalpoliitikas ja –programmides,
- õiguskaitstes ja seadusloomes.

RFK praktilises käsiraamatus on esitatud palju näiteid RFK kasutamise kohta.

Praktilises käsiraamatus kirjeldatakse RFK rakendamise juhtumeid alates 2001. aastast ning sellesse on koondatud erinevates riikides ja praktikates rakendatud klassifikatsiooni ja raamistiku kogemused alates RFK avaldamisest.

Lugeja peaks saama ülevaate asjaoludest, mida RFK rakendamisel arvestada, samuti RFK kasutamisel levinud probleemidest ning praktilistest näidetest.

Käesolev praktiline käsiraamat annab põhiteadmised RFK-st, selle filosoofiast ja põhimõtetest, lisaks tutvustatakse konkreetseks otstarbeks vajalikke oskusi ja teadmisi, nagu näiteks RFK abil kodeerimine. Praktiline käsiraamat on olemasolevat teavet, soovitusi ja töövahendeid täiendav materjal ning on ühtlasi ka RFK abimaterjal. Käsiraamat ei asenda hea tava ja ajakohastatud metoodikastandarditega seotud (ravi)juhendeid, mis on mõeldud konkreetsetele kasutajarühmadele nagu arstid, statistikud ja õpetajad.

Milline on praktilise käsiraamatu ülesehitus?

Praktiline käsiraamat on üles ehitatud **küsimuste ja vastuste vormis**, et aidata lugejal leida otsitavat teavet. See annab RFK kasutamiseks mitmesugust teavet ning võib viidata lugeja jaoks olulistele allikatele.

Käsiraamat annab RFK kasutamiseks mitmesugust teavet ning võib juhtida lugeja teiste allikateni.

Käsiraamatu esimene peatükk („RFK-ga alustamine“) hõlmab põhiteavet RFK ja selle kasutamise kohta, millest peaksid lugejad teadlikud olema.

Teine peatükk („Funktsioneerimisvõime kirjeldamine“) toob välja üksikasjad RFK kodeerimise struktuuri ja selle kasutamise kohta ning viitab levinud probleemidele, mida lugejad peaksid funktsioneerimisvõime dokumenteerimisel arvesse võtma.

Käsiraamatu järgnevad peatükid hõlmavad teavet RFK kasutamise kohta erinevatel eesmärkidel, erinevates praktikates ja erinevate sihtrühmade kaasamiseks. Need jaotised keskenduvad konkreetsetele rakendusalaadele, nagu

- kliiniline praktika,
- sotsiaal- ja tugiteenused,
- sotsiaaltoetused,
- rahvastikupõhine rakendamine,
- haridussüsteem,
- poliitika ja strateegiate väljatöötamine,
- õiguskaitse.

Praktilisse käsiraamatusse on läbivalt lisatud ka infot, et illustreerida RFK kasutamist üle maailma.

RFK praktiline käsiraamat on koostatud vastamiseks üldlevinud küsimustele teadmispõhises vormis.

Mis ajendas praktilist käsiraamatut koostama?

Käesoleva praktilise käsiraamatu esimese väljaande ajal oli RFK olnud kasutusel veidi üle kümne aasta. Selle aja jooksul on omandatud erinevaid teadmisi ja need võivad olla uutele lugejatele kasulik õppematerjal.

*RFK praktiline käsiraamat
sisaldab näiteid RFK
rakendamisest päriselus*

Praktiline käsiraamat toob välja ka mõned välditavad kitsaskohad ning esitab näited RFK eduka rakendamise kohta, tagamaks, et RFK-ga seotud teadmised leviksid kasutajate hulgas võimalikult laialdaselt.

1 RFK-ga alustamine

1.1 Mida tähendab RFK?

Kuidas on RFK funktsioneerimisvõime kontseptsiooni välja töötanud?

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon (RFK) on raamistik funktsioneerimisvõime ja puudega seotud info korrastamiseks ja dokumenteerimiseks (WHO 2001). Selle järgi on funktsioneerimisvõime „isiku **terviseseisundi, keskkonnategurite** ja **personaalsete tegurite** vaheline dünaamiline vastastikune mõju“.

RFK tagab ühtse keele puude kirjeldamisel.

RFK tagab puude määratlemise ja mõõtmiseks **standardse keele** ja **kontseptuaalse aluse** ning samuti klassifikatsioonid ja koodid. See ühendab struktuurikahjustuste ja funktsioonihäirete käsitlemise peamised mudelid – meditsiinilise ja sotsiaalse mudeli – ühtseks **biopsühhosotsiaalseks sünteesiks**. Selles arvestatakse puuet mõjutava tegurina keskkonda samamoodi nagu tervislikku seisundit (Üstün *et al.* 2003).

Funktsioneerimisvõimet käsitletakse **üldmõistetena**, mis tähistavad funktsioneerimisvõime positiivseid ja negatiivseid külgi nii bioloogilises, individuaalses kui ka sotsiaalses perspektiivis. RFK võimaldab multiperspektiivset ja biopsühhosotsiaalset lähenemist, mida peegeldab mitmemõõtmeline mudel. RFK mõisted ja jaotised on võimalusel sõnastatud **neutraalses keeles**, mis võimaldab klassifikatsiooni kasutada **funktsioneerimisvõime nii positiivsete kui ka negatiivsete aspektide kirjeldamisel**.

Funktsioneerimisvõime klassifitseerimisel ei tehta vahet erinevate terviseseisundite vahel. Puudeid ei eristata etioloogia alusel. RFK selgitab, et näiteks igapäevaelus osaluse võimekust ei saa me järeldada ainuüksi meditsiinilise diagnoosi põhjal. Selles mõttes on RFK **etioloogia suhtes neutraalne**: kui inimene ei saa kõndida ega tööle minna, võib see tuleneda mitmest erinevast terviseseisundist. Keskendudes terviseseisundi asemel funktsioneerimisvõimele, seab RFK kõik terviseseisundid võrdsetele alustele, võimaldades nende mõju terviseseisundile võrrelda ühise raamistiku abil. Näiteks on leitud, et artriit on Austraalias terviseseisundina ja puude põhjustajana inimeste seas väga levinud – see tähendab, et artriit on peamine põhjus, miks puue on määratud. See-eest sellised seisundid nagu autism, dementsus, Downi sündroom ja laste tserebraalparaüüs on palju suurema tõenäosusega sügava puude põhjused (AIHW 2004).

RFK katab kogu elukaare. RFK jätkuvat ajakohastamist haldab WHO ja selle klassifikatsioonidega seotud töövõrgustik, et suurendada RFK asjakohasust igas vanuses elanikkonna jaoks.

Kuidas kasutatakse RFK-d tervishoius?

Tervise mõiste on WHO põhikirjas määratletud kui „täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse või puuete puudumine“ (Maailma Terviseorganisatsioon, WHO 1948).

*RFK abil saab inimese
tervist operatiivselt
määratleda.*

RFK annab teadusliku ja otsese aluse **tervise** ja **tervisega seotud seisundite**, tulemuste ja määrajate kirjeldamiseks, mõistmiseks ja uurimiseks. Mis tahes tervisega seotud seisundit saab kirjeldada RFK abil.

Terviseseisundid (st haigused, häired, vigastused või seotud seisundid) on klassifitseeritud peamiselt **rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis** (RHK), milles esitatakse etioloogiline raamistik. RFK ja RHK on kaks üksteist täiendavat WHO võrdlusklassifikatsiooni ning mõlemad kuuluvad WHO rahvusvaheliste klassifikatsioonide perekonda. RFK ei ole seotud konkreetsete terviseprobleemide või haigustega, vaid pigem kirjeldab see asjaomaseid funktsioneerimisvõime valdkondi organismi, inimese ja sotsiaalse tasandi mitmest vaatenurgast.

RFK hõlmab funktsioneerimisvõimet üksnes **tervise** seisukohast ega sisalda seetõttu asjaolusid, mis tulenevad üksnes sotsiaalmajanduslikest või kultuurilistest teguritest. Küll aga saab funktsioneerimisvõime raskusi RFK abil kirjeldada siis, kui selline terviseseisund nagu alatoitus on tingitud vaesusest. Sõltumata sellest, kas terviseseisund on diagnoositud või mitte, on seda alati arvestatud RFK rakendamisel.

Kuidas on RFK üles ehitatud?

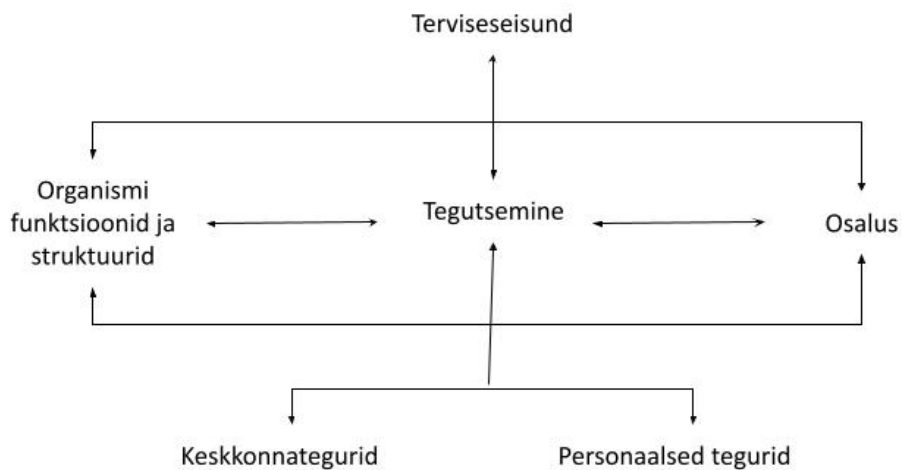
RFK esitab teavet kahes osas. Esimene osa käsitleb funktsioneerimisvõimet ning teine osa taustategureid. Mõlemas osas on kaks jagu.

- **Funktsioneerimisvõime:**
 - organismi funktsioonid ja organismi struktuurid,
 - tegutsemine ja osalus.
- **Taustategurid:**
 - keskkonnategurid,
 - personaalsed tegurid.

RFK asetab iga isiku asjaomasesse konteksti:

funktsioneerimisvõime on inimese terviseseisundi ja tema keskkonna vastastikmõju tulemused.

Lahter 1. RFK mudel: RFK jagude vastastikune mõju



Üksikisiku funktsioneerimisvõime konkreetses valdkonnas kajastab **terviseseisundi ja taustategurite ehk keskkonnategurite ja personaalsete tegurite vastastikust mõju**. Nende üksuste vahel on keeruline, dünaamiline ja sageli ettearvamatu suhe. Asjaomane vastastikune mõju on kahe-suunaline, nagu ka illustreeritud. Pelgalt lineaarsete järelduste tegemine üksuste vahel on väär. Näiteks siis, kui järeldada diagnoosi põhjal, et tegemist on täieliku puudega, tegutsemispiirangud tulenevad ühest või mitmest puudest või osaluse piirang tuleneb ühest või mitmest tegutsemispiirangust. Oluline on koguda andmeid nende üksuste kohta sõltumatult ning seejärel uurida nende vahelisi seoseid empiiriliselt.

Iga RFK jagu koosneb mitmest valdkonnast ning iga valdkond koosneb jaotistest, mis on klassifikatsiooni ühikud. RFK-s on iga klassi jaoks esitatud nii tekstilised mõisted kui ka kaasaarvamis- ja väljaarvamistingimused.

Lahter 2. Mõisted

Tervise kontekstis

Funktsioneerimisvõime on inimese võime talitleda ja tegutseda, mille hindamisel võetakse arvesse organismi funktsioone ja struktuure ning inimese tegutsemist ja osalust, samuti inimese terviseseisundit ja taustategureid (personaalseid ja keskkonnategureid) ning nende vastastikust positiivset mõju.

Funktsioonihäire on kõrvalekalle organismi funktsioonides.

Heaolu on inimese vaimsete, füüsiliste ja sotsiaalsete vajaduste rahuldatus.

Hõlbustavad tegurid on keskkonnategurid, mis oma puudumise või olemasoluga parandavad funktsioneerimisvõimet. Nt ligipääsetav füüsiline keskkond, vajalike abivahendite kättesaadavus, inimeste positiivsed hoiakud, ka stigma ja negatiivsete hoiakute puudumine, aga ka teenused, süsteemid ja strateegiad, mille eesmärk on suurendada inimeste osalust kõigis eluvaldkondades.

Keskkonnategurid moodustavad füüsilise, sotsiaalse ja suhtumusliku keskkonna, milles inimene elab ja mis võivad inimese funktsioneerimisvõimet takistada või soodustada.

Organismi funktsioonid on elundsüsteemide füsioloogilised talitlused, kaasa arvatud psüühilised funktsioonid.

Organismi struktuurid on keha anatoomilised osad, elundid, jäsemed või nende osad.

Osalus on kaasatus elulisse situatsiooni.

Osaluspiirang on takistus, millega inimene elulistes olukordades kokku puutub.

Personaalsed tegurid on vanus, sugu, sotsiaalne seisund, elukogemused jne, mida RFKs pole klassifitseeritud, aga mida klassifikatsiooni kasutajad võivad vajaduse korral lisada.

Puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri ja funktsiooni pikaajaline häire või kõrvalekalle, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist

Sooritus on inimese võime igapäevaelus abivahendite, ravimite ja muude kompenseerivate meetodite toel tegevustega hakkama saada.

Struktuurikahjustus on kõrvalekalle organismi struktuurides.

Suutlikkus on inimese võime standardiseeritud keskkonnas ilma abivahendite ja kõrvalabita tegevustega iseseisvalt hakkama saada.

Takistavad tegurid on keskkonnategurid, mis oma puudumise või olemasoluga piiravad funktsioneerimisvõimet. Nt ligipääsmatu füüsiline keskkond, vajalike abivahendite puudumine ja inimeste negatiivsed hoiakud, samuti teenused, süsteemid ja strateegiat, mille puudumine või olemasolu takistab inimese osalemist kõigis eluvaldkondades.

Taustategurid on keskkonna- ja personaalsed tegurid, mis koos moodustavad inimese kogu elukeskkonna.

Tegutsemine on ülesande täitmine või tegevuse sooritamine.

Tegutsemispiirang on takistus, millega inimene tegevuste sooritamisel või igapäevaelus kokku puutub.

Osaluspiirang on takistus, millega inimene elulistes olukordades kokku puutub.

Terviseseisund (ka tervislik seisund) on ajas vaadeldav ja kirjeldatav tervise olek.

Vaegus on vananenud termin, mis on asendatud mõistega puue.

Lahter 3. Mõiste näide

Tegutsemise ja osaluse 2. peatükk („Üldised ülesanded ja nõuded“) käsitleb „ühe või mitme ülesande teostamise, rutiinide loomise ja stressiga toimetuleku üldisi aspekte. Neid ülesandeid saab kasutada üksustena, mis koos spetsiifiliste ülesannete või tegevustega aitavad tuvastada käsitleva ülesande põhitunnuseid erinevates olukordades.“ Selles peatükis on järgmine jaotis.

d220 Mitme ülesande täitmine

Lihtsate või keeruliste ja koordineeritud tegevuste sooritamine järjest või samal ajal mitme omavahel seotud ja keerulise ülesande osana.

Kaasa arvatud: mitme ülesande täitmine; mitme ülesande lõpetamine; mitme ülesande täitmine iseseisvalt ja rühmas

Välja arvatud: oskuste omandamine (d155); probleemide lahendamine (d175); otsustamine (d177); ühe ülesande täitmine (d210)

WHO 2001, 130

Inimese funktsioneerimisvõimet saab kirjeldada, valides sobiva jao ja sellele **vastava koodi** ning lisades seejärel **määrjad**, mis täpsustavad asjaomases jaos oleva funktsioneerimisvõime ulatust või seda, mil määral on keskkonnategur hõlbustav või takistav asjaolu. RFK mudel ja kontseptuaalne raamistik kujutavad seega endast ühtse keele platvormi ja klassifikatsiooni kõrgetasemelist struktuuri, mis tänu üksikasjadele võimaldavad olukorda konkreetselt kirjeldada ja kvantifitseerida. Sellisel viisil toimib RFK kasutajatele statistilise teabe baasina.

1.2 Kuidas RFK-d saab kasutada?

RFK on funktsioneerimisvõime mõtestamise ning klassifitseerimise ülemaailmne standard, mille kinnitas maailma terviseassamblee 2001. aastal. Selle põhjal on olemas vabalt kättesaadav ressurss ehk tervise ja puudega seotud teabe rahvusvaheline tugiraamistik.

*RFK on
funktsioneerimisvõime
mõtestamise ja
klassifitseerimise
ülemaailmne standard, mille
kinnitas
maailma terviseassamblee
2001. aastal.*

- RFK toetab **õigustel põhinevat poliitikat** (ÜRO 2006, Bickenbach 2009) ning loob raamistiku ja mudeli, mis toetavad valitsuse ja muude valdkondade omavahelist tegevuste planeerimist ja suhtlemist.
- RFK tagab **ühtse keele, terminid ja mõisted**, mida saavad kasutada puuetega inimesed, asjakohaste teenuste pakkujad või need, kes töötavad puuetega seotud andmete ja teabega. See on oluline, sest funktsioneerimisvõime häiretega inimestel tuleb vajaduspõhiselt suhelda paljude erinevate spetsialistidega ning kasutada erinevaid süsteeme, nagu näiteks tervishoid, haridus ja sotsiaalhoolekanne. Protsessid on tõhusamad, kui kõik asjaosalised lähtuvad oma käsitluses ja suhtlemises ühtsest keelest ning mõistetest. See on eriti oluline nüüd, kus üha suurenev arv krooniliste seisunditega inimesi kasutab tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ning -süsteemide pakutavaid pikaajalisi teenuseid. Ühtne keel on selliste integreeritud teenuste toetamiseks väga oluline.
- RFK kujul on tegemist **korrastatud andmestruktuuriga**, mille abil toetatakse teabesüsteeme erinevate poliitikavaldkondade ja teenuste ning poliitikaga seotud rahvastikuandmete kontekstis. Kui funktsioneerimisvõimet ja puuet käsitlevad dokumendid, uuringud ja statistika põhinevad RFK mudelil ja raamistikul, aitavad need tõhusamalt luua ühtset riiklikku ja rahvusvahelist arusaama funktsioneerimisvõimet ja puudest.
- RFK on **mitmeotstarbeline töövahend**, millel on lai kasutusvaldkond, millest mõnda on kirjeldatud ka käesolevas käsiraamatus. Seda võib vaadelda ka metatasandi keelena, mis aitab selgitada andmete, teabe ja teadmiste vahelisi seoseid ning luua aluse mõistete ühtseks arusaamiseks ja tõlgendamiseks. See on eriti oluline siis, kui RFK aitab tagada rakendamise järjepidevust tervishoiu, sotsiaal- ja haridussüsteemide erinevates sektorites ning eri tasanditel.

Kus saab RFK-d rakendada?

RFK-d saab kasutada mitmel viisil paljudel rakenduseladel. Käesoleva praktilise käsiraamatu kolmandas kuni kaheksandas peatükis on esitatud mõned peamised kasutusviisid. Lühidalt on need järgmised.

RFK praktilises käsiraamatus on esitatud näited selle kohta, kuidas võib RFK-d erinevates valdkondades kasutada.

- **Kliiniline praktika.** RFK on oluline paljude kliinilise praktika toimingute eesmärgil, näiteks tervise ja funktsioneerimisvõime kaalumise, eesmärkide seadmine, ravitulemuste hindamine, suhtlemine kolleegide või kaasatud isikuga. See aitab tagada ühtse keele kliiniliste distsipliinide üleselt ning patsientide või klientidega suheldes. RFK täiendab RHK-d ehk haiguste klassifitseerimise ülemaailmset standardit ning koos kasutatuna annavad need täieliku ülevaate üksikisiku tervisliku seisundi kohta.
- **Sotsiaalhoolekanne.** RFK mudel ja klassifikatsioon toetavad sotsiaaltoetuste ja -teenuste õigustatuse hindamist, teenuste kavandamist ja haldusprotsesside abil loodud süsteemipõhiseid andmeid. Eelkõige võimaldab keskkonnateguritele keskendumine selgelt sõnastada, kas inimese vajadused eeldavad keskkonnamuutusi või personaalse toe pakkumist.
- **Rahvastikustatistika.** Klassifitseerimissüsteeme on kirjeldatud kui statistilise teabe ehituskive (Madden *et al.* 2007). Kui rahvastikuandmed (nt rahvaloendused ja uuringud) ning haldus- ja teenusandmed põhinevad samadel kontseptsioonidel ja raamistikel, saab välja töötada tugeva ja integreeritud riikliku infobaasi. Näiteks saab nimetatud infobaasi abil võrrelda mitmesuguseid teenuseid vajavate inimeste arvu nende arvuga, kellele selliseid teenuseid juba osutatakse, või seda, millised keskkonnategurid on kõige piiravamad funktsioonihäirega inimestele.
- **Haridus.** RFK kui ühtne keel aitab ühendada lapse, pere, kooli ja tugiteenuste süsteemide vaatenurki.
- **Poliitika ja programmid.** RFK toetab selget ja kontseptuaalset arusaama puude ja tervisega seotud poliitika kohta. Klassifikatsioon toetab täiendavalt vajaduspõhist hindamist, teenuste kavandamist ja haldusprotsesside abil loodud süsteemipõhiseid andmeid. Kui RFK-d kasutatakse nendel eesmärkidel poliitika- ja programmivaldkondades ning rahvastikustatistikas, siis saab elanikkonna sees koondada kokku ühtsed ja omavahel seotud riiklikud ja rahvusvahelised andmed funktsioneerimisvõime ja puude kohta. See omakorda hõlbustab kavandamist, haldamist, kulude arvestamist, ressursside eraldamist ja jälgimist programmides ja nende üleselt.
- **Õiguskaitse ja seadusloome.** Mõiste „õiguste kaitse“ võib hõlmata nii inimese enda või kellegi teise õiguste kaitset kui ka laiemat õiguskaitset, mille eesmärk on mõjutada süsteemi ja keskkonnamuutusi. RFK kui ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooniga seotud funktsioneerimisvõime ja puude kontseptuaalne raamistik toetab loogilisi argumente, mis põhinevad rahvusvahelistel standarditel ning on omavahel seotud teabe ja andmetega.

Nendest kasutusaladest huvitatud inimestel tasub uurida ka selle käsiraamatu teisi peatükke. Näiteks võivad uuringu koostamisega tegelevatele inimestele peale viienda peatüki osutada kasulikuks ka esimeses ja teises peatükis esitatud üldpõhimõtted, kolmandas peatükis olev teave hindamise ja mõõtmise kohta ning samuti neljandas peatükis väljatoodud teiste olemasolevate küsimustike üksikasjad.

RFK-d võib kasutada veel paljudes teistes valdkondades, nagu näiteks teadusuuringud või koolitused (nt tervishoiutöötajatele). Kuigi selles käsiraamatus ei käsitleta nimetatud rakendusvaldkondi üksikasjalikult, on eeldatavasti käsiraamatus esitatud teave siiski kasulik ja seda võib laiendada teistele valdkondadele.

Milliseid andmeid saab RFK abil korrastada?

RFK abil saab korrastada nii kvantitatiivseid kui ka kvalitatiivseid andmeid. RFK tagab väärtusliku raamistiku funktsioneerimisvõime ja puude kohta **kvalitatiivsetes uuringutes**, uuringu kavandamisel või kvalitatiivsete vastuste korrastamisel. Jagude kõrgel tasemel liigendamise ja peatükkide pealkirjade abil on võimalik anda nendele eesmärkidele asjakohane struktuur.

*RFK struktuur võimaldab kasutajatel kujundada mõlemad andmeid:
- mõõtmisandmed (kvantitatiivsed uuringud) ja
- kirjeldavad andmed (kvalitatiivsed uuringud).*

RFK raamistik ja klassifikatsioon on samamoodi kasulikud **kvantitatiivsete uuringute** ja küsitluste kavandamisel, sest nende hierarhiaal põhinev struktuur toetab ka erinevate eesmärkide jaoks sobivate andmevormingute loomist vajaliku üksikasjalikkuse tasemel (nt kogu valdkonda hõlmav uuringuküsimus vs. ühe RFK tasandiga seotud statistilised andmed). RFK määrajaid saab hankida probleemi ulatuse dokumenteerimiseks, kui seda kasutatakse koos valitud üksikasjalikkuse tasemega. Seejärel on teave aja ja praktika üleselt statistiliste koondnäitajate või analüüsi koostamiseks valmis. Lisateave on järgnevates peatükkides.

RFK-ga saab tagasiulatuvalt seostada ka **olemasolevaid andmeid**. Seda võib teha kaardistamise või seostamise kaudu, mille abil kõrgetasemelised mõisted või meetmete osad (nt hindamis- või tulemusnäitajad) kaardistatakse või seostatakse RFK jagudega (Cieza *et al.* 2005). Teatud olukordades võib selline kaardistamine võimaldada andmete automaatset ümberkodeerimist.

Uutest kogudest saadavaid andmeid võib hõlpsasti siduda RFK raamistiku ja klassifitseerimisega, kasutades **RFK-põhiseid hindamismeetodeid**. Vajalikud sammud koos peamiste rakendusalaide illustreerimisega on esitatud järgnevates peatükkides.

Kuidas saab RFK-d rakendada eetilisel?

Väga oluline on tagada, et RFK kasutamisel austatakse kõigi, sealhulgas puuetega inimeste õigusi. RFK on esitanud eetikasuunised RFK kasutamiseks. Need on kooskõlas ÜRO konventsiooni põhimõtetega ja eeldavad asjaomaste inimeste kaasamist uurimis- ja andmesüsteemide kujundamisse.

RFK lisas 6 on kehtestatud eetikasuunised RFK kasutamiseks (lahter 4).

*RFK austab kõigi inimeste
õigusi ja väldib igal juhul
sildistamist, häbimärgistamist
ja diskrimineerimist.*

Lahter 4. RFK kasutamise eetikasuunised

Austus ja usaldatavus

1. RFK-d tuleb alati kasutada iga inimese sünnipärast väärtust hinnates ja sõltumatust austades.
2. RFK-d ei tohi kunagi kasutada inimeste sildistamiseks ega muul viisil nende identifitseerimiseks üksnes ühe või mitme puude kategooria järgi.
3. Kliinilises praktikas peab RFK-d alati kasutama nii, et neid inimesi, kelle funktsioneerimisvõimet klassifitseeritakse, on sellest täielikult teavitatud, nendega tehakse koostööd ja nad on andnud selleks nõusoleku. Kui inimese tunnetusliku suutlikkuse piirangud nimetatud kaasatuse välistavad, peab selle inimese esindaja hindamisprotsessis aktiivselt osalema.
4. RFK abil kodeeritud teavet tuleb vaadelda kui isikuandmeid ja sellise teabe jaoks peab kohaldama üldtunnustatud konfidentsiaalsusnõudeid, mis vastavad andmete kasutamise viisile.

RFK kliiniline kasutamine

5. Võimaluse korral peab arst selgitama üksikisikule või tema esindajale RFK kasutamise eesmärgi ja esitama küsimusi selle kasutamise otstarbekuse kohta inimese funktsioneerimisvõime tasandite klassifitseerimiseks.
6. Võimaluse korral peab inimesel, kelle funktsioneerimisvõime tasandit klassifitseeritakse (või tema esindajal), olema võimalus asjaomases protsessis osaleda ning eelkõige vaidlustada või kinnitada kasutatava jaotise ja määratud hinnangu asjakohasus.
7. Kui klassifitseeritav funktsioonihäire või struktuurikahjustus on nii inimese tervises seisundi kui ka tema elukeskkonna materiaalse ja sotsiaalse tausta koosmõju tagajärg, tuleb RFK-d kasutada terviklikult.

RFK sotsiaalvaldkonnas kasutamine

8. RFK abil saadud teavet tuleb kasutada võimalikult suures ulatuses koostöös inimese endaga, et suurendada nende valikuid ja kontrolli oma elu üle.
9. RFK abil saadud teavet tuleb kasutada selliste sotsiaalpoliitika ja poliitiliste muutuste väljatöötamiseks, mille eesmärk on tõhustada ja toetada inimese osalust.
10. RFK-d ja kogu selle kasutamisel saadud teavet ei tohi kasutada olemasolevate õiguste või seaduslike õiguste piiramiseks teiste inimeste või sihtrühmade kasusaamise eesmärgil.
11. RFK järgi samamoodi klassifitseeritud inimesed võivad endiselt mitmeti üksteisest erineda. RFK klassifikatsioonidele viitavad seadused ja määrused ei tohi eeldada kavandatust suuremat homogeensust ja peavad tagama, et neid, kelle funktsioneerimisvõime tasandeid klassifitseeritakse, peetakse indiviidideks.

.

Millised on RFK kasutamise peamised kaalutlused?

RFK rakendamiseks ettenähtud peamisi samme saab esitada mitmel viisil. Järgnevalt on asjaomast protsessi kirjeldatud mõne põhiküsimusega, millele tuleb leida vastused.

Miks? Määratleda tegevuse eesmärk: näiteks teenuste vajaduse või sekkumise tulemuste hindamine.

Mida? Teha kindlaks, millist teavet otsitakse ja kuidas seotub see küsimusega „Miks?“. Täpsustada funktsioneerimisvõime ja puudega seotud teavet ning seostada need RFK jaotiste, valdkondade ja jagudega, sealhulgas keskkonnateguritega.

Kaaluda kaasamiseks kõiki jagusid ja kasutada kõiki tegutsemise ja osaluse peatükke (valdkondi) erinevate rahvastikurühmade kontekstis.

Kuidas? Milliseid meetodeid kasutatakse?

- Meetodid võivad hõlmata standardset uuringut, andmesüsteemi väljatöötamist, uurimistööd või mõõtmismeetodeid, kuid kasutada võib ka muid spetsiifiliselt funktsioneerimisvõimega seotud meetodikaid. Mõned näited neist spetsiifilistest hindamismeetoditest on lisatud käesolevasse praktilisse käsiraamatusse.
- Luua analüüsid ja kontrollida, kas kavandatud analüüsid vastavad põhiküsimustele ja peamistele eesmärkidele.
- Kontrollida, kas olemasolev teave on saadaval või tuleb otsida uut teavet. Olemasoleva teabe kasutamisel tuleb kavandada teabe kaardistamist või ümberkodeerimist RFK-s.
- Kui on vaja uut teavet, siis teha kindlaks asjaomase teabe võimalikud allikad ja meetodid. See võib hõlmata valimi moodustamist, küsimuste koostamist või muid standardküsimusi.
- Kontrollida, kas andmete kavandatud kogumine võib teenida ka kellegi teise eesmärke, st kas on võimalik ressursse kombineerida või teha koostööd projektide või valdkondade üleselt.
- Milliseid mõõtevahendeid kasutatakse? Kuidas on need seotud RFK-ga? Sellele küsimusele vastamiseks ja varasemate andmete kasutamiseks RFK-ga ühilduvates analüüsides võib olla vaja kaardistada või seostada.
- Kas meetodid on eetilised? Nii ÜRO konventsioon kui ka RFK, nagu ka paljud käimasolevad uuringud, eeldavad asjaomas(t)e inimes(t)e kaasamist uurimis- ja andmesüsteemide väljatöötamisse ning mõõtmis- ja hindamisprotsessi (vt RFK lisa 6 või käesoleva käsiraamatu lahter 4).

Kus ja millal? Millises keskkonnas teave saadakse või mõõtmised tehakse? Millal seda tegema peaks? Millal on hindamine asjaomasele inimesele kõige kasulikum? Millised kordusmõõtmised on mõõtmisnäitajate kontekstis kõige paremad?

Kes? Kelle vaatenurgad peavad andmete registreerimisel kajastuma? Kuidas on erinevate vaatenurkade kaasamine seotud registreeritavate andmete kehtivusega ja nende eesmärgiga? Paljudel spetsialistidel ja pereliikmetel võib olla oma seisukoht konkreetse inimese funktsioneerimisvõime kohta, kuid RFK rõhutab, et inimest on oluline kaasata nii valiidsuse kui ka eetiliste põhjuste tõttu. Kõigi nende sammude kohta saab lisateavet teisest peatükist („Funktsioneerimisvõime kirjeldamine“) ja konkreetsed juhised rakendusviiside kohta on leitavad käsiraamatu teistest peatükkidest.

RFK kasutamine eeldab süsteemsest läbimõtlemit ja kavandamist.

1.3 Mida RFK alusel klassifitseeritakse?

Kas RFK defineerib puuet?

RFK esitab funktsioneerimisvõime määratlused (vt 2. lahter, peatükk 1.1.). Samas ei määra RFK, kas isik on „normaalne“ või „puudega“. RFK abil on võimalik määrata, kas inimesel või inimeste rühmal on antud keskkonna või kasutuse kontekstis „puue“. Selle aluseks olev kontseptsioon ja funktsioonide mõõtmised on universaalsed ja standardsed; kriteeriumid võivad muutuda juhtumi eesmärgist lähtudes. Näiteks võivad nägemise seotud kõrvalekallete kliinilise sekkumise kriteeriumid erineda sotsiaalhoolekande kriteeriumitest.

RFK esitab funktsioneerimisvõime mõisted ja kontseptsioonid, mida saab kasutada konkreetsetes määratlustes eri praktikates.

Sellel seoses on olemas mõned suunised: näiteks võib poliitika ja teadusuuringute eesmärgil piiritletud puude kindlaks määrata RFK abil kas enne (nt sihtrühma valimine sekkumise eesmärgil) või tagasiulatuvalt (nt alarühma valimine rahvastikupõhistes andmekogumites). Eriotstarbel piiritletud puude mõiste kehtib seega üksnes selle määratlusega inimeste jaoks. Puude mõiste võib seega osutada erinevatele omadustele kas poliitikavaldkondades või riikides. RFK abil saab kindlaks teha nii erinevusi mõistete kasutamises kui ka puudega inimesi, kes on konkreetse määratluse alusel välja jäetud või alaesindatud.

Kas RFK alusel klassifitseeritakse inimesi?

RFK klassifitseerib funktsioneerimisvõimet, MITTE inimesi.

RFK klassifikatsiooni üksused on tervise ja tervisega seotud valdkondade jaotised. RFK abil klassifitseeritakse füsioloogilised (sh psühholoogilised) funktsioonid, anatoomilised struktuurid, toimingud, ülesanded, eluvaldkonnad ja välismõju.

*RFK klassifitseerib
funktsioneerimisvõimet,
MITTE inimesi.*

RFK ei klassifitseeri inimesi ja RFK raames ei ole võimalik määrata inimesi erinevatesse jaotistesse.

RFK pakub raamistikku inimese funktsioneerimisvõime kirjeldamiseks ning selle teabe dokumenteerimiseks, korrastamiseks ja analüüsimiseks.

Kellele RFK-d kohaldatakse?

RFK-d kohaldatakse kõigile inimestele, et kirjeldada nende funktsioneerimisvõimet ja terviseseisundit. Kuna igal inimesel võivad elu jooksul tekkida puuded, sõltumata sellest, kas need on püsivad või ajutised, vahelduvad või pidevad, saab RFK-d kasutada funktsioneerimisvõime vähenemise korral „puude“ dokumenteerimiseks.

RFK-d saab rakendada kõigile inimestele.

RFK ei ole mõeldud ja seda ei tohi ka kasutada puuetega inimeste sildistamiseks eraldiseisva sotsiaalse rühmana. RFK on kõigi füüsiliste, sotsiaalsete ja kultuuriliste olude korral kohaldatav kõigile inimestele, olenemata konkreetsetes terviseseisunditest.

RFK-s kasutatavatel **mõistetel** on **kaasarvamised**, kui ka üldisi erinevusi kogu elukaare jooksul. Seetõttu sobib see kasutamiseks **erinevates riikides ja kultuurides**. RFK-d saab rakendada **kogu elukaare jooksul** ja see sobib kõigile vanuserühmadele.

Kas RFK-d saab kasutada konkreetsete rühmade ja alampopulatsioonide korral?

RFK-d võib kasutada nii alarühmade kindlaksmääramiseks kui ka vanuse, soo, rahvuse või mõne teise muutuja järgi määratletud rühmade funktsioneerimisvõime kirjeldamiseks.

Konkreetseid rühmi on võimalik täpsustada, valides RFK-s teatud jaotised ja määrates rühmade kaasaarvamise ja väljaarvamise põhimõtted. Näiteks võib tekkida huvi korraldada uuringuid koos inimestega, kellel esinevad kokkulepitud raskusastmest suuremad liikumispiirangud.

RFK-d saab kasutada rühma määramiseks funktsioneerimisvõime aspektide põhjal.

Teenusepakkujad võivad oma sihtrühmade määramiseks kasutada muud rühmitamist, näiteks inimesi, kes vajavad konkreetset eluvaldkonnas osalemiseks personaalset abi. Seda tehes peaksid kasutajad olema teadlikud, et puudega inimeste rühmitamine **võib olla diskrimineeriv**, kui seda tehakse selleks, et inimesi erinevalt kohelda. Igal inimesel, olenemata tema arengust, funktsioneerimisvõimest või tervises seisundist, on teistega võrdne alus väarikusele ja õigustele.

RFK-d saab kasutada huvipakkuvate populatsioonide kindlakstegemiseks, et hinnata, kas kõik puudega isikud osalevad täielikult ühiskonnas, nagu on nõutud puuetega inimeste õiguste konventsioonis. Konkreetset tüüpi monitooringuks võib vaja minna teatud alarühmade, nagu näiteks kindlat tüüpi funktsioneerimisvõime piirangutega inimeste kaasamist: näiteks kas kurtidega arvestatakse piisavalt ja pakutakse vajalikku tuge või kas pimedatel lastel on koolides ligipääs sobivatele suhtlusvahenditele. RFK jaotisi või jaotiste kogumeid saab valida ja kasutada rühma või elanikkonna funktsioneerimisvõime ja puudega seotud teabe kogumiseks, näiteks selleks, et illustreerida puude suuremat esinemist vanemaealises elanikkonnas (nt WHO ja Maailmapank, 2011). Uuringud ja küsitlused võivad hõlmata küsimusi funktsioneerimisvõime ja puude kohta, pakkudes seega teavet rahvastiku statistika jaoks.

1.4 Kuidas on RFK seotud elektrooniliste dokumentidega?

Tervisevaldkonna erinevas vormingus kirjed võivad põhineda igasugustel klassifikatsioonidel. Näiteks on RHK ja selle eelkäijate kasutamine kogu maailmas võimaldanud sadu aastaid koguda andmeid eluea, surma põhjuste ja tervishoiuteenuste kasutamise kohta ning neid rakendada tervishoiualaste otsuste langetamiseks paljudes erinevates riikides. Viimastel aastatel on **rahvastiku-uuringud ja andmete kogumine puuetega inimeste tugiteenuste kohta** põhinenud RFK-l (vt 4. ja 5. jaotis).

Tervise seisundi määramiseks võib RFK lisada elektroonilisel tervisekaardil olevale kliinilisele teabele olulist väärtust.

Teavet funktsioneerimisvõime kohta peetakse üha enam elektrooniliste tervisekaartide (*electronic health records*, EHR) ülesehituse lahutamatuks osaks. Praegusel kujul (klasside hierarhia koos tekstiliste mõistetega) aitab RFK ühtlustada funktsioneerimisvõimega seotud teavet elektroonilistel tervisekaartidel. RFK integreerimise hõlbustamiseks elektrooniliste tervisekaartidega tehakse tööd andmete

- esitamise vormistamiseks RFK-s (ontoloogia arendamine) ja
- seoste loomiseks kliiniliste terminibaasidega (nt SNOMED-CT).

Töös on RFK ontoloogiline kujutamine, et hõlbustada selle kasutamist või sellega seostamist e-tervise süsteemides.

Lahter 5. RFK ontoloogiline mudel

WHO-FIC võrgustik on alates 2008. aastast töötanud RFK ontoloogilise esitlemise nimel, et saavutada e-tervise teabesüsteemide semantiline koostalitlusvõime. Teadmiste valdkondade organiseerimine ontoloogiates võimaldab luua ühise raamistiku, mis lubab andmeid jagada ja taaskasutada üle rakenduste, ettevõtete ja kogukondade. Lisaks saab teavet töödelda mitte üksnes käsitsi, vaid ka automaatsete töövahendite abil, sealhulgas tuvastada võimalikke uusi seoseid andmete vahel (Andronache *et al.* 2012).

On märke, et RFK ei kajasta praegusel kujul selget ontoloogilist struktuuri. Näiteks hõlmab tegutsemine ja osalus jagusid (nt d220 „Mitme ülesannete täitmine“), mida saab pidada sama jaotise teiste jagude ülemjaoks (nt d630 „Toiduvalmistamine“), mõnedel jagudel on sarnane tähendus (nt b16711 „Kirjalikus kõnes väljendumine“ ja d345 „Sõnumite kirjutamine“) ning jaod, mida on vaatluse teel keeruline eristada, on paigutatud klassifikatsiooni erinevatesse jaotistesse ja üksteist mittevälisavate atribuutidena. Lisaks ei saavutatud edu katsetel, mille kohaselt püüti RFK konstruktsioone kaardistada SUMO (Suggested Upper Merged Ontology) abil või koostada erinevuste analüüs kliinilist terminoloogiat kasutades (SNOMED CT). RFK jaotiste rangem ja loogilisem ümberdefineerimine

- a. aitaks vähendada mõistete ebaselgust ja parandada RFK kasutamise tõhusust,
- b. hõlbustaks WHO peamiste klassifikatsioonide semantilist vastastikust muudetavust,
- c. kergendaks RFK ajakohastamise ja hooldamise protsessi.

Eeldada võib, et tänu RFK tulevastele uuendustele liigub RFK areng just selles suunas.

Vt Della Mea ja Simoncello 2010; Simoncello ja Della Mea 2011; Della Mea ja Simoncello 2012.

2 Funktsioneerimisvõime kirjeldamine

2.1. Kuidas kasutada RFK-d funktsioneerimisvõime kirjeldamisel?

Kas RFK-d saab kasutada funktsioneerimisvõime mõõtmiseks?

RFK raamistikku ja tasandite kogumit saab kasutada funktsioneerimisvõime kirjeldamiseks ja mõõtmiseks. RFK-s on esitatud mõõtmise ja statistika alustalad nii funktsioneerimisvõime kontseptsioonide, mõistete, jaotiste ja koodide kui ka neid mõjutavate keskkonnategurite kohta.

RFK on mitmeotstarbeline vahend. Käesolev praktiline käsiraamat on ette nähtud RFK-d täiendama ja eeldatakse, et lugejatel on RFK-st juba põhjalikud teadmised olemas. RFK kohaldamise peamised etapid on sätestatud peatükis 1.1. Käesolevas peatükis käsitletakse üksikasjalikumalt nende protsesside kasutamist ja konkreetsete toimingute tegemist, järgides esimeses peatükis esitatud üldisemat ülevaadet.

RFK võimaldab rakendada mitut mõõtmisstrateegiat. RFK jaotisi saab mõõta tasanditena, kasutades määrajaid.

Kas funktsioneerimisvõime kirjeldamiseks tuleb kasutada koode?

Lühidalt öeldes on vastus jah, kuigi RFK rakendamisel saab eristada a) RFK mudeli ning RFK mõistete ja terminite kasutamist ning b) funktsioneerimisvõime teabe kodifitseerimist RFK abil.

Funktsioneerimisvõimet kirjeldatakse RFK koodide ja RFK määrajate kombinatsiooni abil

Kui RFK-d kasutatakse üksnes kontseptuaalse mudelina, võib seda kasutada funktsioneerimisvõime kirjeldamiseks ilma üksikute RFK jaotiste või koodideta. Valdkondi saab mõista kui organismi funktsioonide, toimingute, ülesannete või eluvaldkonna tähenduslikke kogumeid, mis hõlmavad konkreetset nähtust või üksikisiku kogemusi.

Milliseid teabeallikaid kasutada?

RFK on puude statistika ja tervise teabe raamistik (Kostanjsek 2011) ning teabesüsteem, mis võimaldab integreerida paljudest erinevatest allikatest pärit andmed. RFK-s süstematiseeritud teave võib pärineda esmastest allikatest (puudega inimene) või teistest andmeallikatest (nt olemasolev dokumentatsioon või statistika). Ühe või mitme puudega inimene võib anda enda kohta otsest teavet intervjuu vormis, küsimustiku kaudu või muul viisil. Spetsialistid või volitatud inimesed (nt lapsevanem, partner) võivad teabe kogumiseks kasutada vaatlust, küsimustikke või mõõtmisvahendeid ja -protseduure.

RFK abil korrastatav teave võib pärineda esmastest või teisestest andmeallikatest.

Parim andmeallikas, mida valida, sõltub funktsioneerimisvõime konkreetsetest kategooriatest. Spetsialist, näiteks koolitatud intervjuerija, võib konkreetse valdkonna registreerimisel ja klassifitseerimisel olla üsna vilunud, kuid ta ei pruugi mõista puudega elu täielikku olemust ega seda, kuidas see mõjutab kõiki eluvaldkondi. Seetõttu on oluline kaaluda küsimust, kes on kõige paremini kvalifitseeritud ning võimeline registreerima ja klassifitseerima funktsioneerimisvõimega seotud teavet.

Mõnda funktsioneerimisvõime aspekti (nt intellektuaalsed funktsioonid) ei saa otseselt vaadelda, vaid info nende aspektide kohta saadakse standardiseeritud testimise kaudu. Muude aspektide korral võivad inimese enda antud andmed olla kõige usaldusväärsemad ja sisukamad (nt puhkus ja vaba aeg). Mõnel juhul võib ristkontrolli eesmärgil olla asjakohane kasutada mitut andmeallikat. Andmeallika valik võib sõltuda ka inimese vanusest ja teabe kasutamise konkreetsest eesmärgist. Abikõlblikkuse huvides võib tekkida vajadus kehtestada raskusastmed, mis on võrreldavad erinevates olukordades, jättes kõrvale ühe konkreetse inimese kogemused puudega hakkamasaamisel, samas kui sotsiaalse heaolu uuring võib keskenduda just ühe konkreetse inimese kogemusele kindlas elusituatsioonis.

Milliseid meetodeid kasutada RFK-ga seotud teabe saamiseks?

RFK jaotiste või valdkondade suhtes asjakohase teabe saamiseks võib kasutada palju erinevaid lähenemisviise. Mõne RFK jaotise kohta on olemas konkreetsed kutsestandardid ja protseduurid, näiteks nägemisfunktsioonide mõõtmine. Teiste kohta võivad olla saadaval hindamise meetodid, mida saab otseselt seostada RFK sisuga.

*RFK-d saab kasutada
mitmesuguste meetodite abil
teabe kogumiseks*

Kogenud spetsialist saab teavet koguda ka vaatluse teel. Hiljem lisatakse asjaomased vaatlused RFK raamistikku. Kliinilist otsust ja professionaalseid põhjendusi kasutatakse sihtrühma tuvastamiseks ja raskusastme määramiseks. Samuti võib küsida vaatlusandmeid volitatud inimestelt: sel juhul võib spetsialist küsida täiendavaid küsimusi raskusastme kindlakstegemiseks.

Teavet saab koguda ka otse puudega inimest või volitatud inimest intervjuerides. See lähenemisviis on eriti kasulik olukordades, kus funktsioneerimisvõimet ei saa otseselt mõõta või kui elu puudega pakub suuremat huvi kui kliiniline mõõtmine. Mõne muu meetodi korral võib kasutada standardseid või mittestandardseid küsimustikke või muud kirjalikku materjali, mille on esitanud puudega inimene või tema volitatud inimene. Alati tuleb arvestada kaasatud üksikisiku(te) rolliga.

Kas määravad on funktsioneerimisvõime kirjelduse lahutamatu osa?

Kood on terviklik, kui on olemas määraja, ning iga koodi kohta tuleb märkida vähemalt üks määraja.

Määraja sisestatakse RFK koodi järele, eraldatuna kümnenndkoha või „+“ märgiga, ja see n-ö sulgeb koodi. Määraja(d) täpsustab/täpsustavad teavet funktsioneerimisvõime oleku kohta: probleemide ulatus, asukoht ja laad.

RFK valdkonnad osutavad funktsioneerimisvõimele; määravad näitavad funktsioneerimisvõime ulatust.

Esimene ehk üldine määraja täpsustab probleemi ulatust ehk seda, kas tegemist on organismi funktsioonihäire või struktuuri kahjustusega, tegutsemis- või osaluspiiranguga. Esimest määrajat võib kasutada ka teabe edastamiseks, kui funktsioneerimisvõime probleeme ei esine (määraja „0“) ning kui see on kooskõlas inimese funktsioneerimisvõime neutraalse kirjeldusega, nagu on soovitatud RFK-s. Keskkonnategurites määrab esimene määraja kas negatiivse mõju ulatuse (takistava teguri nn suurus) või positiivse mõju ulatuse (kui tugev on asjaomane näitaja hõlbustava tegurina); viimasel juhul asendatakse koodijärgne kümnenndkoht „+“ märgiga. Oluline teave kodeerimise kohta on esitatud RFK-s, vt lisa 2.

Lahter 6. Üldine määraja ja RFK koodi näide

RFK koodid eeldavad ühe või mitme määraja kasutamist, mis tähistavad tervisehäire ulatust või kõnealuse probleemi tõsidust. Probleem osutab häirele või kahjustusele, tegutsemis- või osaluspiirangule või takistavale tegurile, kui seda kasutatakse vastavalt koos b-, s-, d- või e-koodidega. Määravad kodeeritakse ühe või mitme numbrina pärast punkti

xxx.0	EI OLE probleemi	(puudub, tühine, ...)	0–4%
xxx.1	KERGE probleem	(väike, nõrk, ...)	5–24%
xxx.2	MÕÕDUKAS probleem	(keskmine, tuntav, ...)	25–49%
xxx.3	RASKE probleem	(suur, tõsine, ...)	50–95%
xxx.4	TÄIELIK probleem	(vaieldamatu, sügav, ...)	96–100%
xxx.8	täpsustamata		
xxx.9	ei ole kohaldatav		

Tähed *b*, *s*, *d* ja *e* tähistavad erinevaid jagusid ja neile järgneb numbriline kood, mis algab peatüki numbriga (üks number), millele järgneb teine tasand (kaks numbrit) ning seejärel kolmas ja neljas tasand (üks lisanumber mõlema kohta). Näiteks viitavad järgmised koodid igal juhul kergele probleemile.

b2.1	Sensoorsed funktsioonid ja valu	(esimene tasand)
b210.1	Nägemisfunktsioonid	(teine tasand)
b2102.1	Nägemiskvaliteet	(kolmas tasand)
b21022.1	Kontrastitundlikkus	(neljas tasand)

WHO 2001

Milline on numbrite „8“ ja „9“ tähendus ja kasutamine määrajatena?

Kui numbreid 8 ja 9 kasutatakse määrajatena, on neil koodides kasutamisest erinev tähendus kui neid samu numbreid koodides kasutades.

Määraja „8“ tähendab „täpsustamata“ ja seda kasutatakse juhul, kui jaotise kohta esitatud teave ei ole piisav sobiva määraja leidmiseks: näiteks tean, et nägemisega on probleem, ent ma ei tea, kas see probleem on kerge või tõsine. Määraja „9“ tähendab „ei ole kohaldatav“ ja seda kasutatakse juhul, kui asjaomast jaotist ei saa täpsustada. Määrajat „9“ kasutatakse kõige sagedamini siis, kui jaotise kasutamine ei ole sellel inimesel kohane, näiteks kui pensionärile antakse kood d850 „Tasustatav töö“ või meessoost inimesele kood b650 „Menstruatsioonifunktsioonid“.

Numbrid 8 ja 9 tähendavad määrajatena vastavalt „täpsustamata“ ja „ei ole kohaldatav“.

Määrajate kasutamist kliinilises kontekstis on täpsemalt kirjeldatud peatükis 3.3.

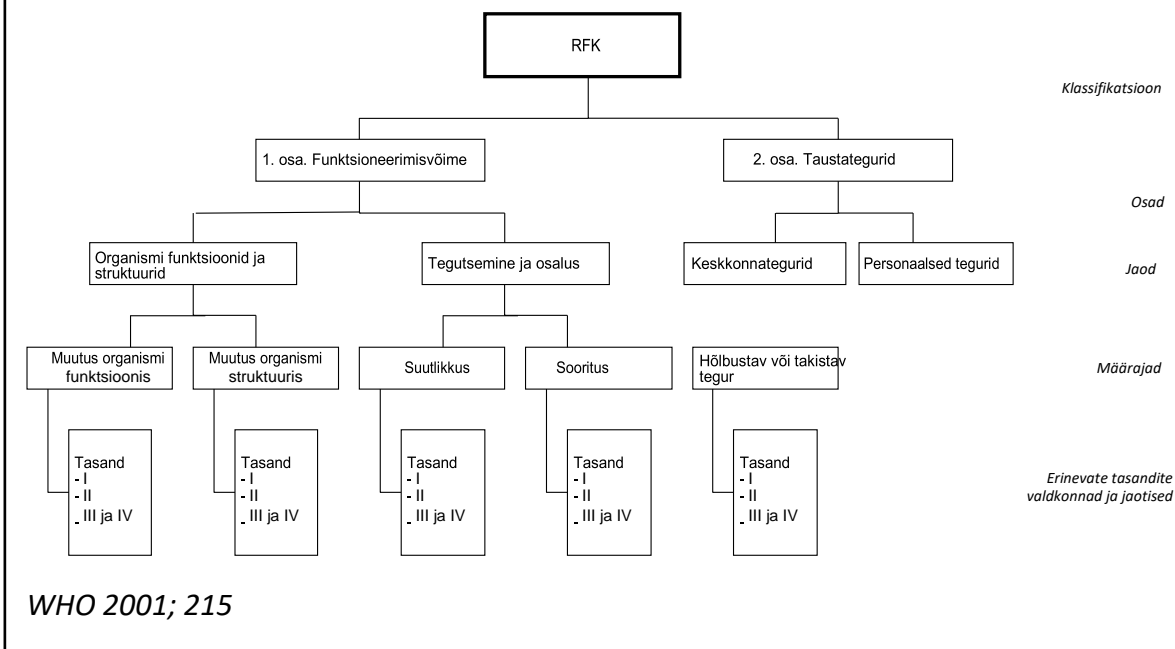
2.2. Milline on RFK kodeerimisstruktuur?

Milline on RFK ülesehitus?

RFK on hierarhiline klassifikatsioon. See tähendab, et detailsemal tasandil kodeeritud teavet säilitatakse ka laiemal tasandil. Klassifikatsiooni funktsioneerimisvõime üldiste jaotiste põhjal on võimalik funktsioneerimisvõimet kirjeldada konkreetsete aspektidega üksikasjalikult. RFK struktuur on toodud lahtris 7.

RFK on hierarhiline klassifikatsioon, mis võimaldab detailsuse astet suurendada.

Lahter 7. RFK ülesehitus



Klassifikatsioon on jaotatud kaheks osaks, millest kumbki koosneb kahest jaost. Esimene osa ehk funktsioneerimisvõime hõlmab organismi funktsioone ja struktuure ning tegutsemist ja osalust. Teine osa ehk taustategurid hõlmab keskkonnategureid ja personaalseid tegureid, personaalsed tegurid ei ole RFK-s klassifitseeritud. Iga jagu koosneb erineva detailsusega (kuni neli tasandit) valdkondadest ja jaotistest, mis on tähistatud numbrilise koodiga.

RFK koodi eesliide on üksik täht (*b*, *s*, *d* või *e*), mis tähistab seda jagu RFK-s, kus esineb kood. Näiteks osutab eesliide *d* jaole „Tegutsemine ja osalus“, kasutaja võib olenevalt konkreetsest vajadusest valida ka detailsema valiku alusel *a* (tegutsemise kohta) või *p* (osaluse kohta).

Algustähe järel olev numbrite arv osutab jaotisele ja selle tasandile. Esimest numbrit kasutatakse esimese tasandi jaotistes (esimene kuni kaheksas peatükk „Organismi funktsioonid ja struktuurid“, esimene kuni üheksas peatükk „Tegutsemine ja osalus“ ning esimene kuni viies peatükk „Keskonnategurid“). Teises kategoorias kasutatakse kokku kolme numbrit, kolmanda tasandi nelja numbrit ja neljandal tasandil viit numbrit. Lugeses numbreid paremalt vasakule, saab konkreetse koodi põhjal hõlpsasti liikuda laiemasse jaotisesse, kus see kood asub, ning edasi valdkonna või peatükini. Kui tahta valida funktsioneerimisvõime aspekti kirjeldamiseks kõige sobivam jaotis, tuleb esmalt seostada sisu sobiva jaoga ning seejärel valdkonna ja peatükiga. Viimasena peab selle peatüki asjaomases plokis valima jaotise, mis kirjeldab funktsioneerimisvõime aspekti soovitud detailsusega.

Igal klassifikatsiooni tasandil on jaotised, mis lõpevad numbriga „8“ või „9“. Neid jaotiseid võib kasutada selleks, et anda märku asjaolust, mille kohaselt ei ole funktsioneerimisvõime hõlmatud olemasolevate mõistetega, ent see on kirjeldamiseks piisavalt täpsustatud („8“ – „teisiti täpsustatud“), või esineb mõni aspekt, mille kohta saadaolevast teabest ei piisa edasiseks täpsustamiseks („9“ – „täpsustamata“). Kasutajatel soovitatakse nende teemade kohta lisateabe saamiseks vaadata RFK lisa 1 („Taksonoomia“) ja lisa 2 („Kodeerimine“).

Kuidas saab kasutada RFK kategooriate erinevaid tasandeid?

RFK kasutamisel ei ole üksikasjalikkuse suhtes kehtestatud reegleid, ent rakendamise ulatus ja eesmärk peaksid määrama nõutud detailsuse.

Kui teave on kogutud ja kodeeritud võimaliku detailsusega (nt kolmanda tasandi koodiga), on alati võimalik teisendada teavet laiemale jaotisele, ent suuremat detailsust ei ole võimalik saavutada (nt neljas tasand) ilma uuesti teabeallika uuendamiseta.

Detailsus (ehk üksikasjalikkus) peab olema eesmärgipärane. Kui esineb kahtlusi, võib olla mõistlik läheneda teabe kogumisele ja kodeerimisele nii spetsiifiliselt kui võimaldab kulude ja andmete haldamise suutlikkus.

Detailsuse aste peab olema eesmärgipärane ja vastavuses kogutava teabe kvaliteediga.

2.3. Kuidas kirjeldada RFK kodeerimisstruktuuri abil organismi funktsioone ja struktuure?

Füsioloogilisi ja anotoomilisi aspekte kirjeldatakse RFK esimese osa jaotiste abil, st organismi funktsioonid ja struktuurid.

Organism on inimese funktsioneerimisvõime lahutamatu osa ja biopsühhosotsiaalse mudeli järgi on see koostoimes organismi teiste osadega.

Organismi struktuuri ja funktsioone käsitlevad RFK peatükid on seotud vastavalt anatoomia ja füsioloogiaga ning paralleelselt üles ehitatud.

Organismi funktsioone ja struktuure käsitlevad peatükid ehk füsioloogilised ja anotoomilised aspektid on paralleelselt üles ehitatud. Näiteks urogenitaalseid ja reproduktiivseid funktsioone on käsitletud kuuendas peatükis jaos „Organismi funktsioonid“ ja sama süsteemi anatoomia on esitatud kuuendas peatükis „Organismi struktuurid“. RFK ei märgi funktsioonide ja struktuuri molekulaarseid ja rakulisi üksikasju. Näiteks ei hõlma RFK täiendava 21. kromosoomi olemasolu Downi sündroomi korral, ent selle anomaalia sümptomaatikat kirjeldatakse elundite ja funktsioonide tasandil.

Mis vahe on organismi funktsioonidel ja struktuuridel?

Organismi funktsioonid on elundsüsteemide füsioloogilised aspektid, struktuurid aga anatoomiline tugi. Näiteks on nägemine funktsioon, samal ajal kui silm kujutab endast struktuuri; jõud on funktsioon, lihased aga struktuurid.

*Organismi funktsioonid on
elundsüsteemide
füsioloogilised aspektid,
struktuurid aga anatoomiline
tugi*

Mõnes peatükis võib see erinevus olla vähem ilmne. Näiteks on kiilaspäisus naha funktsiooni probleem (b850 „Juuste funktsioonid“), mitte struktuuriga seotud probleem. Kasutaja peab enne koodide üle otsustamist alati kontrollima igal jaotisele lisatud määratlust ning kaasa- ja väljaarvamise spetsifikatsioone.

Funktsiooni või struktuuri terviklikkust ei tohi samas kasutada indikaatorina asjaolule, et tugistruktuur või funktsioon on terved. Seevastu funktsiooni või struktuuri puuet ei tohiks kasutada tugistruktuuri või funktsiooni puude järeldamiseks või eeldamiseks. Näiteks võib intellektuaalsete funktsioonide tõsine kahjustus (b117.3) olla seotud anatoomiliselt terve ajuga (s110.0) või südame kodade defekt (s41000.35) võib olla seotud normaalse südame tegevusega (b410.0).

Kuna kõiki organismi funktsioonide ja struktuuride jaotiseid saab kohaldada ühele isikule samaaegselt, on eriti oluline kindlaks määrata kirjeldatavad huvivaldkonnad või üksikasjalikkus igas valdkonnas. Jällegi peaksid ulatus ja eesmärk suunama kasutajat kõige sobivama valiku tegemisel.

Millised on organismi funktsioonide ja struktuuride määrajad?

Organismi struktuure kodeeritakse üldise määraja, kahjustuse või häire olemust täpsustava valikulise teise määraja ja asukohta osutava (nt vasak või parem) valikulise kolmanda määraja abil. Teine määraja kajastab muutuse olemust, kuna see registreeritakse makroskoopiliselt. Võimalik, et seisund on seotud mitut tüüpi struktuurimuutustega. Sellisel juhul on võimalik valida määraja, mis kirjeldab inimese seisukohalt kõige olulisemat muutuse tüüpi (asjaomane reegel peaks olema kohalikul tasandil määratletud), või on võimalik registreerida kõik

Terviseseisundiga seotud häired. Kolmas määraja (asukoht) on seotud kasutatava jaotisega (nt alumise kaelalüli nihetust kirjeldatakse kolmanda määrajaga „6 – proksimaalne“, kui kasutatav kood on s7600 „Lüli sammas“, kuid määrajaga „7 – distaalne“, kui kasutatav kood on s76000 „Lüli samba kaelaosa“).

Organismi funktsioonide häired või struktuuride kahjustused ei ole alati püsivad ega kroonilised. Näiteks võib valu tekkida ainult mõnel päeval või päeva jooksul. Sellistel juhtudel tuleb häire ulatuse kodeerimisel võtta arvesse häire sagedust, intensiivsust ja kestust raskusastme väljendusena. Lapsepõlves ja noorukieas võivad funktsioonihäired avalduda ka organismi funktsioonide tekkimise pidurdusena arengu kestel.

Organismi funktsioonide ja struktuuride kirjeldamisel peaks võrdluspunkt olema keskmise sama vana ja samast soost inimese eeldatav füsioloogia ja anatoomia. Laste kirjeldamisel võib võrrelda üldise elanikkonna konkreetsetes vanuses saavutatud arenguetappe.

Organismi struktuuril võib olla kuni kolm määrajat, mis on seotud kahjustuse ulatuse, olemuse ja asukohaga. Organismi funktsioonil on üks määraja, mis näitab häire ulatust.

Milline on seos RFK kehaosa ja RHK koodi vahel?

Mõned organismi funktsioonide või struktuuride jaotised võivad kajastada terviseseisundit nii, nagu seda kirjeldab ja kodeerib RHK. Näiteks vastab b4200 „Kõrge vererõhk“ täielikult RHK-s esitatud hüpertensiooni koodile. Neid seoseid käsitletakse RHK praeguses redaktsioonis. Siiski tuleb meeles pidada, et RFK kirjeldab inimese funktsioneerimisvõimet hetkeolukorrana, millel puudub kliinilise diagnoosi prognoositav mõju. Samuti ei tähenda konkreetse häire kirjeldus seda, et see on püsiv või võrdne diagnostilise järelausega.

*Mõned RFK organismi
jaotised kajastavad
terviseseisundeid.*

2.4 Kuidas kirjeldada RFK abil tegutsemist ja osalust?

Inimeste tegevused ja oskused on määratletud kui tegutsemine ning osalemine elusituatsioonides, mis on defineeritud kui osalus. RFK peatükid ja jaotised hõlmavad kõiki elulisi aspekte, alustades põhitegevusega, nagu näiteks kõndimine ja liikumine, ning lõpetades keeruliste sotsiaalsete olukordadega, nagu näiteks teistega suhtlemine või osalemine koolis või ühiskonnaelus.

Peatükid (valdkonnad) on jaotatud plokkidesse, milles jaotised on omakorda järjestatud lihtsamast keerukamani, nagu näiteks neljandas valdkonnas („Liikuvus“), või üldisemast konkreetsemani, nagu näiteks seitsmendas valdkonnas („Inimestevaheline lävimine ja suhted“).

*RFK tegutsemise ja osaluse
peatükid
võimaldavad kirjeldada
kõigi inimeste kõiki
elualdkondi.*

Tegutsemise ja osaluse jaotised või plokid võivad koosneda mitmest üksteisega seotud elemendist. Näiteks hõlmab koolihariduses osalemine igapäevase rutiini tagamist, ühe ja mitme ülesande täitmist, stressi maandamist ja ülesannetega hakkamasaamist ning muud sarnast. Tegutsemise või osaluse valdkonna kirjeldamiseks kõige sobivamaid jaotiseid valides tuleks keskenduda sellisele kogumile, mis esindab kõige paremini selle kriitilisi aspekte ja on seotud teabe registreerimise eesmärgiga.

Millised on võimalused tegutsemise ja osaluse piiritlemiseks?

RFK esitab tegutsemise ja osaluse üheksa valdkonda ühe loendina. Iga tegevust, eriti kui see toimub sotsiaalses keskkonnas, võib pidada osaluseks ning osalus hõlmab alati tegevuse sooritamist või ülesande täitmist. Hoolimata sellest suhtest on tegutsemise ja osaluse määratlused selgelt erinevad ning tegutsemise ja osaluse eristamine eeldab hoolikat kaalumist.

Tegutsemise ja osaluse hindamisel rakendab WHO ametlik kodeerimisstiil üht täielikku kattuvat jaotiste loendit. Kasutaja võib siiski kaaluda RFK lisas 3 esitatud järgmist nelja varianti:

- eristada mittekattuvaid tegutsemise (valdkonnad 1–4) ja osaluse (valdkonnad 5–9) kogumeid,
- eristada osaliselt kattuvaid kogumeid (tegutsemise valdkonnad 1–6 ja osaluse valdkonnad 3–9),
- eristada kõik esimese ja teise tasandi jaotised osalusena ja kõik kõrgema tasandi jaotised tegutsemisena,
- kasutada üht täielikult kattuvat jaotiste loendit (eespool nimetatud WHO ametlik kodeerimisstiil).

Valiku põhjuste ja kogemuste kirjapanek RFK kasutamisel on teiste kasutajate huvides. Sellist kirjapanekut soovitatakse selgesõnaliselt lisas 3, kus märgitakse, et „RFK pideva kasutamise ja empiiriliste andmete genereerimisega saab selgeks, millist ülaltoodud varianti klassifikatsiooni eri kasutajad eelistavad. Empiiriline uurimistöö peaks samuti võimaldama tegutsemise ja osaluse mõistet selgemalt ja praktilisemalt käsitleda. Tulevikus koondatakse andmed selle kohta, kuidas neid mõisteid erinevatel puhkudel eri riikides ja eri eesmärkidel kasutatakse, ning siis saab seda skeemi kindlasti täiustada“.

RFK lisas 3 on esitatud neli võimalust, kusjuures neljandat võimalust, mis hõlmab endas ühtset täielikult kattuvat loendit, soovitab praegu WHO.

Millised on tegutsemise ja osaluse määrajad?

Tegutsemise ja osaluse kirjeldamiseks võib kasutada kahte määrajat, mis põhinevad üldisel määrajal ning soorituse ja suutlikkuse määrajatel. Esimene kirjeldab, mida teeb inimene oma tegelikus keskkonnas. Teine kirjeldab, mida teeb inimene olukorras, kus konteksti mõju puudub või muudetakse see ebaoluliseks (nt standardiseeritud hindamiskeskkonnas). Tegevuse sooritamine või osaluse tase peaks olema alati jälgitav, sest see peegeldab tegelikku funktsioneerimisvõimet tegelikus elus.

RFK-s on kirjeldatud kahte määrajat: sooritus ja suutlikkus; nendevaheline erinevus näitab selle keskkonna mõju, kus inimene elab.

Kuna aga funktsioneerimisvõime määraja kirjeldab inimese ja konteksti vahelist vastastikust mõju, võib see erinevates keskkondades muutuda (nt inimese funktsioneerimisvõime võib kodus olles oluliselt muutuda võrreldes tööl viibimisega). Varieeruvusega arvestamine erinevates keskkondades võimaldab eristada soorituse profiile eri keskkondades või soorituse hindamist kõige asjakohasemas keskkonnas.

Mõnel juhul on suutlikkus hõlpsasti jälgitav, kui eemaldada lihtsalt konkreetne keskkonnategur (nt suutlikkust kõndida võib vaadelda jalutuskeppi kasutava inimese puhul, kes tavapärasel keskkonnas jalutuskeppi ei kasuta). Teistes olukordades ei pruugi olla suutlikkust võimalik objektiivselt hinnata kas seetõttu, et kontekstuaalset tegurit ei saa ohutult välistada (nt ravim või siirdatud meditsiiniseade), või seetõttu, et kontekst on tegelikult kirjeldatava tegevuse osa (nt inimestevahelises suhtes või majapidamistöodes). Nendes olukordades võib suutlikkust järelada ligikaudu, varem kogutud andmete põhjal või erinevates keskkondades antud korduvate hinnangute abil, et prognoosida konkreetse keskkonna mõju funktsioneerimisvõime tasemele (nt märkides üles raskused, mis esinevad inimesel suhtes erinevate sõpradega erinevates keskkondades).

Soorituse ja suutlikkuse kombineeritud kodeerimine on hea meetod, et mõista keskkonna mõju inimesele, ning samuti võimaldab see kasutajal muuta keskkonda, et parandada funktsioneerimisvõimet. „Erinevus suutlikkuse ja soorituse vahel peegeldab erinevust tegeliku ja tüüpilise keskkonna mõju vahel ja annab seega kasulikku teavet selle kohta, mida inimese ümbruses saaks teha, et tema sooritust paremaks muuta.“ (WHO 2001, 15)

Millised on tegutsemise ja osaluse täiendavad määrajad?

Olemas on erinevad valikulised või täiendavad määrajad, mis võivad osutada kasulikuks, sealhulgas abita soorituse ja abiga suutlikkuse määrajad. Mõlemad võivad olla kasulikud kliinilises praktikas. Täiendavate määrajate kasutamine võimaldab keskkonnategureid eristavalt hinnata, näiteks abivahendite, isikliku abistaja või ligipääsetavuse osas.

Võimalik, et tulevikus võib WHO tegutsemise ja osaluse jao eesmärgil välja töötada „osaluse ja subjektiivse rahulolu määraja“ (WHO 2001, 230–231).

Selline määraja („Rahulolu osalusega“) on välja töötatud Austraalias kasutamiseks, et hõlbustada tegutsemise ja osaluse piiritlemist (AIHW 2006, AIHW 2003). Jaapanis korraldatud RFK-põhiste rahvastiku-uuringute tulemuste põhjal tehakse riigis vahet tegutsemise soorituse kahe näitaja vahel, milleks on „üldine iseseisev tegutsemisvõime“ ja „piiratud iseseisev tegutsemisvõime“ (Okawa *et al.* 2008).

Erinevates arengu- ja kasutusetappide kirjeldamisel saab kasutada täiendavaid valikulisi määrajaid.

Milline on tegutsemise ja organismi funktsioonide erinevus?

Tegutsemine võib olla seotud mitme funktsiooni ja struktuuri koosmõjuga. Näiteks eeldab rääkimine (d330) keele vaimseid funktsioone (b167) ning lisaks ka häälefunktsioone (b310) ja hääldus- ehk artikulatsioonifunktsioone (b320), mida toetavad seotud struktuurid (s3). Kõndimine (d450) hõlmab kombinatsiooni orienteerumiskompleksidest (b114), tasakaaluelundi funktsioonidest (b235), tahtlike liigutuste kontrollimise funktsioonidest (b760), lihasjõu funktsioonidest (b730), lihastoonuse funktsioonidest (b735), liigeste liikuvuse funktsioonidest (b710), luudest (s7700) ja liigestest (s7701). Olulised on ka keskkonnategurid, nagu näiteks väljaehitatud teed ja jalgteed. Sageli on võimalik eraldi hinnata organismi konkreetseid funktsioone ja kompleksseid seotud tegevusi.

Tegutsemine on seotud inimesega tervikuna ja samas ka mitme funktsiooni ja struktuuriga.

Teisel juhul, näiteks paljude vaimsete funktsioonide korral, on tegutsemine ainus viis, kuidas organismi funktsiooni saab hinnata. Näiteks tähelepanufunktsioone (b140) hinnates on ainus kättesaadav meetod jälgida tähelepanu koondamist (d160).

2.5 Kuidas kirjeldada RFK abil keskkonnamõju?

Millised on takistavad ja hõlbustavad tegurid ning kuidas neid kodeerida?

Füüsiline, sotsiaalne ja suhtumuslik keskkond, milles inimesed elavad, mõjutab oluliselt nende funktsioneerimisvõimet. Kui mõju on positiivne, ületab sooritus eeldatavat suutlikkust; kui mõju on negatiivne, sooritab inimene tegevusi alla oma suutlikkuse. Kui keskkonnategur tõhustab sooritust, on see kodeeritud hõlbustava tegurina; kui tegur alandab soorituse taset, on see kodeeritud takistava tegurina.

Keskkond võib avaldada olulist mõju inimese funktsioneerimisvõimele, seega on oluline määratleda, mis ulatuses see inimest aitab või takistab.

Konkreetses keskkonnateguri puudumise kodeerimisel takistava tegurina tuleks arvesse võtta sotsiaal-kultuurilist konteksti, milles inimene elab. On vaja langetada otsus, mida on mõistlik kodeerimisel eeldada.

Kas elektrilise ratastooli või ühistranspordi puudumine on takistus, sest see pole konkreetses maapiirkonnas saadaval? Kas sellistel juhtudel tuleks esimese peatüki („Tooted ja tehnoloogia“) ja viienda peatüki („Teenused, süsteemid ja strateegiad“) koodid kirjeldada takistavate teguritena? Kuidas on võimalik tuvastada teenuste parandamist, kui neid tegureid ei peeta takistavateks?

Millised on keskkonnategurite erinevad kodeerimisvõimalused?

Keskkonnategureid saab kodeerida eraldi loetletuna ja nende mõju kaalumise peaks olema vastavuses nende mõjuga inimese funktsioneerimisvõimele. Keskkonnategureid saab kodeerida ka paralleelselt jaotisega, millele nad avaldavad mõju. Sel juhul peaks määraja arvestama mõju, mida tegur sellele konkreetsele üksikasjale avaldab; näiteks võivad eakaaslaste hoiakud mõjutada kooliharidust või tehnoloogia tööhõivet.

Keskkonnategureid on vaja kodeerida, sest need on seotud inimesega, kelle olukorda kirjeldatakse. Hõlbustavad ja takistavad tegurid tuleb kodeerida, viidates mõjule, mida nad inimese funktsioneerimisvõimele avaldavad, ja määrajat tuleb kasutada selleks, et kirjeldada, mil määral mõjutab keskkonnategur inimese funktsioneerimisvõimet. Info inimese vaatenurgast, kelle funktsioneerimisvõimet hinnatakse või kirjeldatakse, on oluline teave ja see tuleks võimalusel kaasata keskkonnategurite hindamisprotsessi. Välised vaatlejad võivad anda väärtusliku panuse keskkonnategurite mõju ja võimalike arendustegevuste vajaduse mõistmisse.

Ei ole haruldane, et keskkonnategur toimib nii hõlbustava kui ka takistava tegurina (nt ravim, mis leevendab mõningaid sümptomeid, kuid toob kaasa kõrvalmõjusid; ema, kes toetab last ühes eluvaldkonnas, võib takistada samal ajal lapse iseseisvuse arengut inimestevahelistes suhetes; kohandatud teenused, mis hõlbustavad transpordi kasutamist, ent toimivad ka takistusena, kui nende kättesaadavus on piiratud, ja võivad takistada ühistranspordi muutumist täielikult kättesaadavaks). Kui funktsioneerimisvõime erinevatele aspektidele avaldatakse vastupidist mõju, on võimalik eristada vastandlikku mõju, lisades keskkonnateguri koodi mõjutatud kategooriale vastava määraja abil, mis näitab selle positiivset või negatiivset mõju (nt ema aitab kaasa lapse enesehooldusele, ent takistab tal arendada inimestevahelisi suhteid). Kui täheldatakse mõju, mis avaldub sama kategooria suhtes, siis võiks hinnata keskkonnateguri mõju tervikuna funktsioneerimisvõime konkreetsele aspektile või korrata asjaomast jagu erineva määraja abil.

2.6. Kuidas kasutada personaalseid tegureid?

Mis on personaalsed tegurid?

Personaalseteks teguriteks võivad olla sugu, vanus, rass, eluviis, harjumused, haridus ja amet. Need kujutavad endast mõju konkreetse inimese funktsioneerimisvõimele, mida ei ole mujal RFK-s välja toodud. Näiteks, inimene ei saa tööd kvalifikatsiooni puudumise, mitte funktsioneerimisvõime raskuste või keskkonnaprobleemide tõttu. Üks võimalus lisada personaalseid tegureid funktsioneerimisvõime profiili on kommentaaride ja kirjelduse abil. Rahvastiku-uuringud koguvad sellist teavet tavaliselt uuringu osana.

*Personaalsed tegurid
kujutavad endast mõju
konkreetse inimese
funktsioneerimisvõimele.*

Miks ei ole personaalsed tegurid veel klassifitseeritud?

Personaalsed tegurid ei ole praegu RFK-s klassifitseeritud. See on tingitud suurest ühiskondlikust ja kultuurilisest erinevusest ning selguse puudumisest selliste tegurite ulatuse kohta.

RFK töötati välja universaalse vahendina inimese funktsioneerimisvõime, tervise ja puude kirjeldamiseks. Personaalsete tegurite äärmuslik varieeruvus ja kontekstuaalne seos on seni takistanud loomast ühtset lähenemisviisi nende klassifitseerimiseks.

Paljusid personaalsete tegurite elemente (nt majandus-, haridus- ja tööhõiveseisund) on kirjeldatud ja klassifitseeritud teiste süsteemide abil, näiteks rahvusvaheliste ja riiklike statistikat koguvate organisatsioonide süsteemid, ning personaalsete tegurite lisamisel võib neid allikaid asjakohaselt kasutada. Lisaks võivad mõned tegurid, mida peetakse personaalseks, juba RFK raames olla klassifitseeritud. Hea näide on b126 „Temperamendi ja isiksuse funktsioonid“ või b1301 „Motivatsioon“.

Personaalsete tegurite klassifikatsiooni väljatöötamine on nii katsumus kui ka võimalus omaette. Lisades sellise teabe andmekogumisse, võib uurija esitada empiirilise tausta personaalsete tegurite väljatöötamiseks RFK raames tulevikus.

Personaalsete tegurite ulatuse kohta puudub endiselt selgus.

2.7 Kuidas kasutada RFK-d koos olemasolevate funktsioneerimisvõime kirjeldustega?

Kuidas saab RFK siduda erinevalt struktureeritud teabesüsteemidega?

RFK klassifikatsiooni ülesehitus põhineb RFK mudelil ja järgib konkreetseid taksonoomilisi põhimõtteid. RFK mudelist ja klassifikatsioonist eraldi kogutud häirega seotud teavet võib üksikute jaotiste või koodidega kas seostada või mitte seostada. Näiteks võivad haridussüsteemis kasutatavad ja RFK mudeli järgi analüüsitud häirete kategooriad tähendada järgmist:

- terviseseisund, nagu see on esitatud RHK järgi (nt aktiivsus- ja tähelepanuhäire, autism) või
- funktsioonihäire või struktuurikahjustus (nt tähelepanu funktsioonides või sisekõrva struktuuris) või
- funktsionaalsete probleemide kogum koos nende aluseks oleva terviseseisundi (nt vaimsed või füüsilised häired) kindlakstegemisega või
- funktsionaalsete probleemide kogum ilma nende aluseks olevat terviseseisundit (nt arengupeetus, õpiraskused) kindlaks tegemata.

Andmete ristkasutuse peamine eesmärk peaks olema selgitada ja tuvastada RFK abil mõisteid ja sisu. Ristkasutust on võimalik *teha* olemasolevate andmebaaside, muude klassifikatsioonide, häiretega seotud süsteemide ja hindamisvahendite vahel. Seostamise põhimõtteid (*linking rules*) (Cieza *et al.* 2005) kasutatakse võimalusel alati.

Lahter 8. Infosüsteemid õpivad rääkima RFK-d: FABER-i lahendus

Itaalias asuv WHO-FIC-i koostöökeskus töötas välja veebirakenduse nimega FABER, et koguda teavet RFK-ga kooskõlas oleva mitmeteljelise hindamisraamistiku abil. Info kogumiseks kasutatakse RFK-d ja muid meditsiinterminoloogia süsteeme. Veebirakendus sisaldab teabe- ja kirjeldusmudelit. Teabemudel sisaldab konkreetseid kirjeid. Kirjeldusmudelis on saadaval blanketipõhi biopsühhosotsiaalse kirje sisestamiseks. Need etteantud blanketid kirjeldavad, millist teavet antud kohta sisestada, viidates RFK kontseptuaalsele mudelile. Erilist rõhku pandi keskkonnategurite teabe kogumisele, et kirjeldada inimese ja tema keskkonna vastastikust mõju.

FABER-i ühekordse biopsühhosotsiaalse hindamise protokoll arendati välja ja testiti ajavahemikus 2008-2010 riikliku projekti raames, kus osales rohkem kui 1300 Itaalia ambulatoorset patsienti. FABER-it said kasutada erinevatel ajaetappidel erinevad spetsialistid, mille tulemusena said nad omavahel koostööd teha. Veebirakendus tagab konkreetset väljundid, mis on kasulikud selleks, et eristada funktsioneerimisvõimet ühes ja samas funktsioneerimisvõime profiilis, tõsta esile kaasatud keskkonnategureid ja kavandada mõistlikke lahendusi. Protsessi käigus loodi konkreetne algoritm, mille eesmärk oli eristada keskkonnategurite vahelisi positiivseid ja negatiivseid aspekte. Aastatel 2011 ja 2012 viidi läbi kaks väliuuringut, kaasates 400 erineva terviseseisundiga ja erinevatest vanuserühmadest pärit inimesi. Itaaliakeelne versioon kohandati Itaalia hoolekandesüsteemi, teenuste ja strateegiatega. Tulevikus on plaan luua rahvusvaheline versioon, mis toimib ka teistes keeltes ja erinevates süsteemides.

<http://www.reteclassificazioni.it>

Kas RFK aitab selgitada inimeste seisukohta puude osas?

Arvamust puudega inimeste kohta on võimalik teada saada väiteid ja aluseks olevaid eeldusi võrreldes ning küsimuste esitamise ja tekstiteabe analüüsimise kaudu RFK mudeli, raamistiku ja klassifikatsiooni kontekstis. Mõnes olukorras võib mõistet „puue“ kasutada ilma võimalike aluseks olevate mõistete, veendumuste või teooriate täpse mõistmise või teadlikkuseta.

RFK annab tervikliku ja ühtse ülevaate tervisest ja puudest.

Kuid RFK põhineb meditsiiniliste ja sotsiaalsete mudelite integreerimisel, et anda ühtne ülevaade tervise ja puude erinevatest vaatenurkadest bioloogilises, individuaalses ja sotsiaalses kontekstis.

Kõigis kontekstides tuleks arvestada selliste erinevate filosoofiliste, teaduslike, institutsiooniliste või kultuuriliste oludega loodud teabe kombineerimise keerukusega, mille on kogunud inimesed, kellel on erinev isikliku kaasatuse tase või kutsealane huvi. Näiteks võivad konkreetse spetsialistide rühma kogutud teabe põhjal saadud kliinilised andmed anda väga erinevad tulemused, mis pärinevad inimeste enda esitatud andmetel põhinevast rahvastiku-uuringust. Usaldusväärsed teadmised, mille põhjal langetada kaugeleulatuvaid otsuseid, peaksid põhinema kogu olemasoleva teabe sisulisel integreerimisel.

3 RFK kasutamine kliinilises praktikas ja tervisevaldkonna spetsialistide hariduses

3.1 Kas RFK-d saab kasutada tervisevaldkonna spetsialistide koolitamise täiustamiseks?

Milline on tervisevaldkonna spetsialistide hariduse hetkeseis?

21. sajandi ülemaailmne sõltumatu tervishoiuvaldkonna spetsialistide hariduse komisjon jõudis järeldusele, et bakalaureuseõppe üliõpilased ei ole praegu piisavalt koolitatud, et tugevdada tervishoiusüsteeme ja rahuldada elanikkonna tervisevajadusi (Frenk et al. 2010). Viimase sajandi tervishoiu edusammud toovad kasu suhteliselt vähestele inimestele, selle tulemuseks on ebavõrdsuse suurenemine tervishoius. Lanceti komisjoni aruandes esitati soovitud haridusasutuste juhendamiseks ja institutsiooniliseks reformimiseks, sealhulgas strateegiad, mis rõhutavad inimkeskset ja kogukonnapõhist koolitust selle erinevuse vähendamiseks.

RFK raamistiku kaasamine tervishoiutöötajate haridusse võib tõhustada lähenemisviise, mida kasutatakse patsientide ravis ja kutsealadevahelises koostöös.

Nimetatud tulemusi võib saavutada pädevuspõhiste õppekavade kasutuselevõtmisega, mis hõlbustavad ümberkujundavat õppimist, et anda tudengitele muutuste tekitajate roll. Haridus- ja tervishoiusüsteemide ühtlustamine on veel üks oluline osa, mida välja toodi. Nimetatud vastastikust seost saaks tugevdada kutsealadevahelise ja -ülese õpetamise ja õppimise kaudu (Frenk et al. 2010).

RFK raamistiku kasutamine patsientide ravis võib mängida strateegilist rolli tervishoiutöötajate hariduse sisu muutmisel (Geertzen et al. 2011) ja erialadevahelise koostöö tõhustamisel (Allan et al. 2006). Nimetatud protsess võib aidata kaasa tervisehoiusteemi ja inimeste tervisliku seisundi tugevdamisele.

Millistele tervisevaldkonna spetsialistidele peaks õpetama RFK kasutamist ja miks?

RFK-d saab kasutada kõigi tervisevaldkonna spetsialistide bakalaureuse- ja magistriõppes, samuti esmatasandi arstiaabis ja hooldustöötajate seas (Snyman et al. 2012). RFK haridusse integreerimise eelised on järgmised:

- raamistik toimib muutuste juhtimise vahendina, kui õpetajad hakkavad kasutama terviklikku lähenemist patsiendi ravile;
- meeskonna traditsiooniline hierarhiline struktuur muutub. Meeskonnaliikmetest saavad võrdsed partnerid meeskonnas, kus nende panust väärtustatakse, ning samas luuakse keskkond, kus iga sobiv meeskonnaliige võib patsiendi ravi koordineerida.

RFK-d võib rakendada iga tervishoiutöötaja ja võib seega olla aluseks erialadevahelisele haridusele, koostööle ja praktikale.

RFK-d saab kasutada tervikliku lähenemisviisi struktureerimiseks mis tahes terviseseisundiga patsiendi juhtimisel, tagades inimesekeskse lähenemise. RFK ei kuulu ühegi distsipliini hulka, vaid on neutraalne. Seetõttu on RFK ideaalne tööriist erinevatele tervisevaldkonna spetsialistidele õpetatava teabe sidumiseks ja integreerimiseks. RFK raamistiku kasutamine ühise lähenemisviisina patsiendi hindamise ja teenuse korraldamisel võib kaasa tuua järgmist:

- parem patsiendikogemus;
- biopsühhosotsiaalne lähenemisviis patsiendi ravile;
- paranenud ravitulemused;
- tervishoiusüsteemide tugevdamine;
- parem erialadevaheline haridus, koostöö ja praktika ning
- vastutuse jagamine ja ülesannete vahetamine.

RFK raamistik võib toimida rahvatervise õpetamise ja rahvatervisealaste pädevuste arendamise juhendina. Keskkonnategurite valdkonnad võivad tagada tudengitele raamistiku sellise teabe kogumiseks, analüüsimiseks, tõlgendamiseks ja edastamiseks, mis on seotud rahvatervise tulemuste, tervist mõjutavate sotsiaalsete teguritega, tervise edendamise ja haiguste ennetamise tegevustega koostöös kogukonna partneritega ning kogukonna positiivsete praktikate kaardistamisega.

Kas RFK kasutamine parandab üliõpilaste kliinilist sooritust?

Uurimistulemused viitavad sellele, et RFK kasutamine võib viia terviklikuma ja kõikehõlmavama patsientide hindamise ja ravimiseni. See leiti nii olevat, kui hulgiskleroosiga patsientide hindamiseks kasutati traditsioonilise üksnes diagnoosil põhineva mudeli asemel funktsionaalset mudelit; hinnangud olid põhjalikumad ja tuvastati rohkem sekkumist vajavaid tasandeid (Stallinga et al. 2012).

*RFK kasutamine võib viia
puude terviklikuma
käsituseni.*

Mudeli kasutuselevõtt füsioteraapiatudengite koolitamisel arenguhäiretega laste teraapias andis tulemuseks sekkumiskavad, mis näitasid suuremat teadlikkust kontekstuaalsete tegurite mõjust ning paremat mõistmist osaluse ja sotsiaalse suhtluse mõistmist (Jelsma ja Scott, 2011).

Kui meditsiinitudengid kasutasid esmatasandi arstiabi õppimisel RFK raamistikku, tõhustas see kaasavat õppimist ja parandas interdistsiplinaarsuse mõistmist ning aitas kaasa tervishoiusüsteemi tugevdamisele. (Snyman et al. 2012).

3.2 Kuidas saab RFK-d kasutada tervisevaldkonna spetsialistide hariduses?

Kuidas saab RFK-d kasutada õppekava koostamisel?

RFK raamistiku kasutamine õppekava väljatöötamisel aitab tagada, et traditsiooniline põhjalik keskendumine haigustele, organismi funktsioonidele ja struktuuridele on tasakaalus, ning ühtlasi integreeritakse õppekavasse tegutsemispiirangud, osaluspiirangud ja taustategurid. RFK-d saab kasutada kogukonna ja tervishoiusüsteemi vajaduste analüüsi koostamiseks, täiendades õppekavasid, nende arendamist ja sidusust.

RFK kasutamine võib tõhustada tervisevaldkonna spetsialistide haridust, parandades ja tasakaalustades õppekava ülesehitust.

Õppekava ülesehitust saab tõhustada järgmiselt:

- Õppekava üldise eesmärgi, konkreetsete eesmärkide, mõõdetavate tulemuste, haridusstrateegiatega ja sisu raamistiku kavandamine ja kaardistamine. Protsess peaks hõlmama kogukonna liikmeid, tudengeid ja kõiki asjakohaseid tervisevaldkonna spetsialiste.
- RFK tutvustamine läbivalt kogu õppekava ulatuses. Laiulatusliku RFK raamistiku saab varakult kasutusele võtta ja vajadusel saab õppetöö käigus järk-järgult lisada üksikasjalikumaid teavet koodide ja määrajate kohta.
- Raamistiku kasutamine eri ametites, erialadel ja ainevaldkondades õpetatava sisu sidumiseks võib aidata traditsioonilistel koolitustel kapseldunud mõtteviisist lahti saada (Stephenson ja Richardson 2008).
- Juhtumite koondamine probleemile orienteeritud õppeks koos infoga, mis on seotud klassifikatsiooni jagude ja valdkondadega

Erialadevahelise hariduse, ülesannete vahetamise ja jagamise tähtsus olid Lanceti komisjoni peamised järeldused (Frenk *et al.* 2010) – kõike nimetatut saab RFK abil hõlbustada. Näiteid selle kohta, kuidas RFK raamistikku saab kasutada erialadevahelises hariduses, koostöös ja praktikas, hõlmavad selle kasutamist ühiste patsientide registrite struktureerimiseks interdistsiplinaarsete meeskondadega ambulatoorsetes asutustes (nt rehabilitatsiooniasutuses, psühhiaatriakliinikus või elustiilist tulenevate krooniliste haiguste ravimisel).

Miks kasutada RFK-d kliinilise pädevuse arendamisel?

Üks raskemaid oskusi, mida tervisevaldkonna spetsialist peaks õppima, on kliiniline arutluskäik. RFK võib osutada kasulikuks raamistikuks, mille raames struktureerida inimeste hindamist ja ravi kõigi patsiendi hoolduses osalejate jaoks. RFK kui kliinilise pädevuse arendamise õpetamis- ja õppevahendi väärtus hõlmab järgmist:

- Pakub süstemaatilist ja ühtset meetodit andmete kogumiseks kõigi tingimuste alusel, igas vanuses ja kõikides praktikavaldkondades.
- Iga eriala ja distsipliini haridustöötajad saavad kasutada sama lähenemist ja raamistikku, mis annab tudengitele hindamise ja ravi kavandamise teadmised ühtse mudeli alusel.
- Õpilased ei lahterda erinevate terviseseisundite ravi. Selle asemel õpetatakse neid erinevate teadusharude (nt anatoomia, füsioloogia, patoloogia, sotsioloogia), süsteemide (nt südame-veresoonkond, lihasluukond) ja ametite või erialade (nt kirurgia, rahvatervis ja peremeditsiin) teavet integreerima.

(Stephenson ja Richardson 2008)

On leitud, et mida rohkem tudeng RFK-d tunneb, seda põhjalikumalt ta patsiente hindab ja ravib. Kliinilist arutluskäiku on täiustatud, see võimaldab tudengil välja töötada patsientide täieliku kliinilise ja kontekstilise profiili (Edwards *et al.* 2004).

RFK kui kontseptuaalne raamistik, mis rõhutab, et konkreetse terviseseisundi ja funktsionaalsete tulemuste vahel pole lineaarset põhjuslikku seost, on ideaalne vahend, et julgustada tudengeid uurima ja integreerima erinevate jagude vahelist seost.

Millised RFK osad tuleks kaasata ja millisel tasemel?

Tudengitele tuleks koolituse alguses tutvustada RFK kontseptuaalset raamistikku, et nad saaksid tutvuda jagude, vastastikmõju ja valdkondade laiaulatusliku struktuuriga. Tudeng peaks õppima koguma kõiki asjakohaseid andmeid, aga ka seda, kuidas mitte raisata aega teabe kogumisele, mis ei ole patsiendi ravi seisukohalt oluline (Sackett et al. 1985). Võib juhtuda, et kõigil tervishoiutöötajatel peab olema võime hinnata funktsioneerimisvõimet ja tervist väga kõrgel tasemel, samal ajal kui erinevatel tervishoiutöötajatel võivad olla erinevad nõuded seoses üksikasjalikumate koodide kasutamisega, st kolmel või neljal tasandil.

RFK kasutuselevõtt tudengite õppekavades peaks algama üldise raamistikuga varakult tutvumisega ja hiljem keskenduma üksikasjalikule kodeerimisele

Nõutava teabe maht võib sõltuda ka patsiendi funktsionaalsest seisundist ja terviseseisundist.

Kas RFK saab õpilasi abistada tõenduspõhise tervishoiu praktiseerimisel?

RFK on osutunud kasulikuks tulemuspõhiste hinnangute koostamisel (Peterson ja Rosenthal, 2005).

RFK tulemusnäitajate kaasamine patsiendi hindamisse võib olla väärtuslik õppevahend, sest see võimaldab sekkumiste mõju järjepidevalt hinnata ja selle abil saab koguda nn „parimate praktikate“ oskusi, mis põhinevad vahetul kogemusel.

RFK võimaldab sekkumisi järjekindlalt hinnata, tõendades nende tõhusust.

Kas RFK saab aidata tudengite eetiliste kliiniliste praktikate väljatöötamisel?

Tervisevaldkonna spetsialistid peaksid arendama austust oma patsientide iseseisvuse ja väärikuse vastu. RFK-l on üksteist eetika sätet austuse ja konfidentsiaalsuse, RFK kliinilise kasutamise ja RFK andmete sotsiaalse kasutamise kohta (WHO 2001:244–245; käesoleva käsiraamatu 4. lahter).

*RFK eetilisi juhiseid järgides
suunatakse tudengit
patsiendikeskse lähenemisviisi
poole, austades kultuurilist
mitmekesisust.*

Inimesekeskne lähenemine hindamisele ja ravile tagab, et suhtlemisel ning tervise ja funktsioonide käsitlemisel võetakse arvesse iga inimese kontekstipõhist tausta. See kehtib eriti multikultuursetes ühiskondades (Ramklass 2009). Snyman *et al.* uuringus leiti, et kui tudengid rakendasid RFK raamistikku, suutsid nad juhtumiga seotud eetilisi probleeme lahendada ja võtta sellega seoses suurema vastutuse (Snyman *et al.* 2012).

3.3 Kuidas saab RFK-d kasutada funktsioneerimisvõime kirjeldamiseks kliinilises praktikas?

Kuidas kasutada RFK-põhist patsiendiprofiili?

RFK-põhist funktsionaalset profiili võib kasutada patsiendi või patsiendirühma diagnostilise teabe täiendamiseks funktsioneerimisvõimet käsitleva teabega. See täiendav teave annab ülevaatliku pildi inimese üldisest terviseseisundist. Selline pilt on asjakohane ja kasulik kõigi haiguste korral, kuid sageli on see eriti huvipakkuv krooniliste seisundite ja mittenakkuslike haiguste korral. RFK-põhise patsiendiprofiili võimalike kasutusnäidete hulka kuuluvad:

- inimese hetkeolukorra vajaduste, probleemide ja tugevuste valdkondade tuvastamiseks;
- üksikisiku või rühma funktsionaalse seisundi dünaamiline profiil muutuste jälgimiseks, näiteks loomulikust arengust, sekkumistest või keskkonnamuutustest tingitud muutuste jälgimiseks;
- mõne kriteeriumi järgi rühmitatud rühma funktsionaalne profiil (nt diagnoos, vanus või sugu) või
- ravi planeerimine ja ravimine.

Millele keskendub RFK-põhine patsiendiprofiil?

RFK-põhine patsiendiprofiil keskendub alati inimese funktsioneerimisvõimele sel ajahetkel, võttes arvesse funktsioneerimisvõime ulatust ja eesmärki. Praktilistel eesmärkidel on soovitatav valida ka ajavahemik ja keskkond, mis peegeldavad inimese funktsioneerimisvõimet stabiilselt tema tavapärasel keskkonnas ja tegevustes. Ajavahemiku näited võivad pärineda ühest nädalast kuni ühe kuuni. Sobiva keskkonna näiteks võiks olla paik, kus inimene veedab kõige rohkem aega, näiteks töö või kodu.

*RFK-põhine patsiendiprofiil
keskendub inimese
funktsioneerimisvõimele
asjaomasel ajahetkel.*

Nende parameetrite määramine on veelgi olulisem katkendlike, tsükliliste, episoodiliste funktsioneerimisaspektide, näiteks une, menstruaatsioonifunktsioonide, sõitmise, puhkuse või ühiskondlikel üritustel osalemise kirjeldamisel. See võib näidata ka muutusi ajavahemiku jooksul või ühe ja teise keskkonna vahel.

Erilist tähelepanu on soovitatav pöörata funktsioneerimisvõime konkreetsetele aspektidele, mis on seotud profiili ulatusega. Seetõttu võib profiili detailsus olla mittehomoogeenne, kui konkreetne valdkond pakub huvi ja motiveerib profileerimist. Kõigil juhtudel, isegi konkreetsetele peatükkidele või valdkondadele keskenduva profiili asümmeetrilises piiris, on alati võimalik täpsemast koodikogumist klassifikatsiooni sees minna kõrgemale tasandile, näiteks teisele tasandile või peatüki tasandile, et esitada profiili homogeense andmekogumina.

Kuidas saab RFK-d kasutada funktsioneerimisvõime seisundi hindamiseks?

RFK jaotiste ja määrajate sobiva kogumi abil on võimalik esitada inimese täielik funktsioneerimisvõime profiil. RFK tagab kogu funktsioneerimisvõimet puudutava teabe süstemaatilise ja tähendusliku koondamise. RFK-põhise funktsioneerimisvõime profiili loomise protsess tähendab alati kogutud teabeelementide tõlkimist RFK jaotistesse. Seda saab teha kahel viisil:

*Kliinilise vaatluse või
hindamisvahendite abil kogutud
teabe saab
funktsioneerimisvõime seisundi
kirjeldamiseks tõlkida RFK
jaotistesse.*

- Tõlkides olemasolevate hindamisvahendite ja –vahenditega kogutud teabe vastavatesse jaotistesse ja määrajatesse; või
- kodeerides kliinilise vaatluse otse RFK jaotistesse ja määrajatesse.

RFK funktsioneerimisvõime profiil võib tuleneda ühest neist meetoditest või nende kahe kombinatsioonist. Kasutatava meetodi ja detailsuse taseme (nt kasutatavate jaotiste arvu ja tasandi) valimisel tuleks arvestada üldist raamistikku ja efektiivsust.

Milline aeg ja ressursid on teabe kogumiseks vajalikud?

Profiili kodeerimiseks vajaliku teabe kogumiseks kuluv aeg ei sõltu RFK-st, vaid hindajate professionaalsest asjatundlikkusest, juba olemasolevatest teadmistest ja kasutatud hindamisvahendite keerukusest.

Tegurid hõlmavad detailsust (st profiili jaoks vajalike koodide arvu), kodeerimisega tegelevate inimeste asjatundlikkust ja hindamisvahendi sobivust RFK-ga. Näiteks RFK-põhise hindamisvahendi WHODAS 2.0 kasutamisel on tõlkimine RFK koodidesse lihtsam kui mitte-RFK-põhiseid töövahendeid kasutades.

*RFK-põhise teabe kogumiseks
kuluv aeg sõltub
professionaalsest
asjatundlikkusest,
olemasolevatest teadmistest
ja kasutatud
hindamisvahendite
keerukusest.*

Inimressursid sõltuvad kliinilisest kontekstist, kus profiili luuakse. Multidistsiplinaarsetes meeskondades lühendab kodeerimise jaotamine erinevate spetsialistide vahel märkimisväärselt ajakulu ja kergendab töökoormust. Teistes olukordades võib ühe inimese tehtud kodeering olla ainus valik. Materiaalsed ressursid võivad piirduda RFK punase raamatu ja logiraamatuga, kuid on teatatud mitmetest arvutipõhiste profiilide koostamise testidest ja neid ka katsetatud.

Kuidas valida vajalikud jaod ja valdkonnad?

Funktsioneerimisvõime profiili loomiseks, mis esindab kõiki tervisevaldkondi (vt teine jaotis), tuleks arvesse võtta kõiki RFK jagusid. Potentsiaalne RFK kasutaja peab esmalt valida homogeense profiili, mis hõlmab võrdselt kõiki jagusid, ja profiili vahel, milles pööratakse erilist tähelepanu konkreetsetele valdkondadele. Pärast seda tuleb otsustada, kas kasutatavate jaotiste arvu piirata või mitte; otsus põhineb sageli olemasolevatel võimalustel ja ressurssidel. Viimasena peab kasutaja valida, milliseid koode kasutatakse. Igal valikul on erinevad tugevad ja nõrgad küljed ning puudub ühtne strateegia, mis sobiks kõikides olukordades. Iga kasutaja peaks leidma lahenduse, mis sobib kõige paremini tema võimaluste ja praktikaga.

Iga kasutaja peaks valida lahenduse, mis sobib kõige paremini eesmärgi, ulatuse ja praktikaga; jagude või valdkondade valimiseks ei ole ühtset strateegiat.

Testitud lähenemisviiside näited

- **WHODAS 2.0 või muude RFK-põhiste hindamismeetodite kasutamine.** RFK-s funktsioneerimisvõime hindamiseks väljatöötatud hindamismeetodite, näiteks WHODAS 2.0, kasutamine on kõige otsesem meetod.
- **Kogu klassifikatsiooni kasutamine.** Kodeerijad valivad kogu RFK hulgast koodid, mis on inimese ja võimaluste jaoks kõige asjakohasemad ja sobivamad. Niisugune lähenemine võimaldab saavutada maksimaalse spetsiifilisuse, kuid võib olla liiga laialivalguv või keeruliselt hallatav, nõudes paremaid teadmisi RFK kodeerimisest.
- **Piiratud etteantud taseme kasutamine.** Sarnane kogu klassifikatsiooni kasutamisega, kuid selles on lubatud määrata detailsus, näiteks ainult jaotiste teise või kolmanda tasemeni.
- **Koostatud lühiloendi kasutamine.** See tähendab mitmete jaotiste eelvalikut, mida hinnatakse kõigil patsientidel igas olukorras. Lühiloendeid on mitut tüüpi.

1. lühiloend ehk RFK kontroll-loend. Kui WHO testis RFK-d, koostati 169 jaotise kontroll-loend, mis esindaks kogu klassifikatsiooni vanuse, erinevate olude ja terviseseisundite kontekstis. RFK kontroll-loendi valideerimine pidi kinnitama klassifikatsiooni kasutusomadusi erinevates katsetes, mitte ainult spetsiifiliselt kliinilistes tingimustes kasutamise omadusi. Loend on vabavaraline, seda on palju testitud ja selle täitmiseks kulub keskmiselt 30–60 minutit ning see pakub tasakaalustatud ülevaadet funktsioneerimisvõime kõikidest aspektidest. Paljud loendi koodid võivad konkreetsetes olukorras olla ebaolulised, samas kui mõned konkreetsetes olukorras olulised koodid ei pruugi olla loendis kirjeldatud.

2. lühiloend ehk konkreetse praktika või kasutuse koodikomplektid. Selliseid kontroll-loendeid töötavad kasutajad oma praktikas või kasutatavates rakendustes süstemaatiliselt välja ja viimistlevad neid konkreetsetel otstarbel. Väljatöötatud koodikomplekte saab kasutada erialaspetsiifiliselt ühes keskkonnas või saavad erinevate erialade spetsialistid neid erinevates keskkondades kasutada. Loendid võivad keskenduda asjakohastele probleemidele ja vähendada varieeruvust tuvastatud praktika kasutajate vahel, kuid selliste koodikomplektide väljatöötamine võib enne rakendamist vajada valdkonnaalaseid teadmisi ja ühiseid kokkuleppeid.

3. lühiloend ehk RFK põhikomplektid spetsiifilistes tingimustes kasutamiseks. Tegemist on kontroll-loenditega, mis on välja töötatud teadusliku protsessi käigus ning mis hõlmab süstemaatilist kirjanduse läbitöötamist, mitmeotstarbelist ristlõikelist uuringut, ekspertiisi, kvalitatiivset uuringut ja rahvusvahelist konsensuskonverentsi (Üstün 2004, Stucki 2004, Finger 2012), et esindada parimal viisil konkreetse terviseseisundiga või konkreetsetes kontekstis (nt tööalase rehabilitatsiooni programm) olevate inimeste tüüpilist funktsioneerimisvõime profiili. Näideteks on seljaaju vigastus, artriit, diabeet, insult, depressioon ja rasvumine. Niisuguse meditsiinilise diagnoosiga inimeste funktsioneerimisvõime kirjeldamiseks kliinilise protsessi konkreetsetes etappides on tehtud täiendusi (nt akuutne vs. krooniline ravi). Kaasuvaid haigusi ei arvestata põhikomplektides ja nende kasutamine võib vähendada funktsioneerimisvõime profiili spetsiifilisust

Kuidas hinnata inimese keskkonda?

Keskkonnategurid võivad mõjutada nii tegutsemist kui ka osalust, samuti organismi funktsioone ja struktuure (nt diureetikumid mõjutavad uriinitekke funktsioone (b610) või intravaskulaarstent muudab veresoonte valendikku). Kuigi abivahendid ja seadmed on ülekaalukalt kõige levinumad keskkonnategurid, mida tuleb RFK-d kasutades arvestada, väärivad teised võrdset tähelepanu, isegi kui need on vähem ilmsed.

Kõigi keskkonnategurite kirjeldamisel tuleks arvestada mitme asjaoluga: tavapärase praktika, aeg, eeldatava teguri olemasolu vs. puudumine, teabeallikas.

Näidetenäib võib tuua astmahaige õhukvaliteedi või vaimse tervise diagnoosist tuleneva häbimärgistamise. Teiseks näiteks võib olla nn standardiseeritud keskkonnas, näiteks haiglas, töötav tervisevaldkonna spetsialist, kes jätab tähelepanuta keskkonna kui funktsioneerimisvõime variatsioone oluliselt mõjutava allika. Tegelikult on isikliku abistamise eesmärk eelkõige optimeerida sooritust, hoolimata funktsioneerimisvõime või keskkonnaga seotud probleemidest, mis võib ekslikult põhjustada kindla sooritusprofiili nende inimeste hulgas, kellel muidu esineks ilma selle abita märkimisväärne erinevus suutlikkuses või soorituses. Funktsioneerimisvõimele avalduva keskkonnamõju hindamisel tuleb arvestada järgmisega.

Milline on inimese sooritus tavapärase keskkonnas? Mõtlemaks peaks keskkonnale, näiteks tööle või kodule, kus inimene veedab kõige rohkem aega, ja seda arvesse võtma, kui hinnatakse keskkonnamõju funktsioneerimisvõimele. Kliiniline keskkond või erihoolekandetasutus ei pruugi tegelikult keskkonda peegeldada. Tegelikult keskkonna või keskkondade kohta teabe saamiseks võib olla vajalik teha kodukülastus ja suunatud intervjuud inimese või tema hooldajaga.

Mis aja jooksul tuleb sooritust hinnata? Keskkonnategurid või nende mõju ei pruugi pidevalt esineda või olla tähenduslikud. Näiteks võib isiklik abistaja viibida kohal üksnes osa päevast või ravim mõjuda alles mõne tunni jooksul. Seetõttu on nende variatsioonidega arvestamiseks oluline kasutada piisavalt pikka ajaintervalli.

Milliseid abivahendeid üksikisik vajab või kasutab? Olemasolevaid seadmeid ja abivahendeid hinnates peaks mõtlema sooritusele. Abivahendid ja seadmed, mille olemasolu eeldatakse, aga mis selles kontekstis puuduvad (nt voodi, tool või suhkruhaigetele mõeldud insuliin), kodeeritakse takistavate teguritena. Abivahendite mõju funktsioneerimisvõimele saab kirjeldada, kasutades tegutsemise ja osaluse kohta täiendavat suutlikkuse määrajat (st ilma abivahendi/abistajata).

Millist personaalset abi inimene vajab või saab? Seadmete vajadustega samadel põhimõtetel võimaldab sel juhul täiendava määraja kasutamine soorituse eesmärgil eristada isikliku abistamise suutlikkust seadmete ja tehnoloogiaga võrreldes (sooritus).

Kes on seotud teabe kogumisega? Kõige olulisemate keskkonnategurite hulka võivad kuuluda inimesed, kellelt kodeerija saab teavet (nt ema lapse kohta, hooldaja puudega inimese kohta). Abistavalt ja tuge pakkuvalt inimeselt saadud teavet tuleks kaaluda võimaluse korral koos inimesega ja tema käest vahetult saadud teabega, samuti kliinilise vaatluse käigus kogutud andmetega. Funktsioneerimisvõime profiil peaks alati algama kirjeldatava inimese seisukohast, kes esindab peamist teabeallikat. Funktsioneerimisvõime profiil peaks olema aga ka võimalikult objektiivne ehk profiil, mis kajastab nii funktsioneerimisvõimet kui ka tervises seisundit, mitte üksnes tervises seisundit. Sel põhjusel peaks lõplikus kodeerimises kasutama erinevaid teabeallikaid, et võimalikult täpselt tuvastada erapooletu objektiivne tulemus, mis hõlmab siiski asjaosalise enda vaatenurgast olulisi tegureid.

Kuidas kasutatakse määrajaid kliinilises kontekstis?

Kliinilises kontekstis peab kood tähenduse saamiseks sisaldama vähemalt ühte määrajat. (Vt eespool peatükk 2.1, et saada üldist infot määrajate kasutamise kohta.)

Sageduse ja kestuse arvestus. Muutuva sageduse või kestusega probleem võib olla määratletud esimese üldise määraja abil. Üldise määraja protsent võib näidata probleemi raskusastet või seda, kui palju see ajaliselt inimest mõjutab (WHO 2001, 22).

RFK määrajaid võib kasutada sageduse, kestuse või asukoha, samuti asjakohaste keskkonnategurite ja muu info kirjeldamiseks.

_xxx.0: ei ole probleemi: inimesel pole kunagi probleeme või kui, siis ainult väga harva.

_xxx.1: kerge probleem: probleem esineb vähem kui 25% ajast, on talutava intensiivsusega ja viimase 30 päeva jooksul on seda esinenud harva.

_xxx.2: mõõdukas probleem: probleem esineb 25–50% ajast intensiivsusega, mis mõnikord segab igapäevaelu.

_xxx.3: raske probleem: probleem esineb 50–95% ajast intensiivsusega, mis esineb sageli ja muudab osaliselt igapäevaelu.

_xxx.4: täielik probleem: probleem esineb enam kui 95% ajast intensiivsusega, mis muudab igapäevaelu täielikult.

Kolmanda määraja kasutamine organismi struktuuris. Organismi struktuuriga seotud kolmas määraja määrab kindlaks probleemi asukoha. Kui probleemi asukohas pole võimalikku ebaselgust (nt kogu maksa hõlmav steatoos (rasvmaks): s560.x7; või kolju suurus ületab tavapäraseid mõõtmeid: s7100.x4), võib selle määraja välja jätta.

8. ja 9. määraja kasutamine. 8. ja 9. määraja tähendust on selgitatud peatükis 2.1.

- 8. määraja („täpsustamata“) võib valida alati, kui on teada, et probleem on olemas, kuid seda ei saa määrata ega täpsustada selle olemuse ega asukoha tõttu. Info probleemi olemasolu kohta võib olla iseenesest asjakohane ja piisav, olenemata probleemi ulatusest. Pealegi võib see anda märku täiendava hindamise vajadusest, et võimaldada täpsemat määramist.
- 9. määrajat („ei ole kohaldatav“) võib kasutada siis, kui pole võimalik näidata, kas probleem on olemas või mitte. See võib juhtuda kas info puudumise või selle kättesaamatuse tõttu. Kontroll-loendites või muudes fikseeritud koodide loendites võib olla jaotisi, mis ei ole konkreetse inimese suhtes kohaldatavad (nt b6601.9, b6602.9, b6603.9: raseduse, sünnitamise ja laktatsiooniga seotud funktsioonid mehe kohta). 9. määraja võib osutada tegevusele, mida inimene tavapäraselt ei tee, kui puudub võimalus teada saada, kas see inimene on võimeline seda tegema (nt d630.99 inimese kohta, kes ei ole kunagi proovinud ise süüa teha).

Tegutsemise ja osaluse erinevad võimalused kliinilises kontekstis.

Tegutsemise ja osaluse määrajaid on käsitletud teises peatükis („Funktsioneerimise kirjeldamine“). Kliinilises kontekstis võib kolmanda või neljanda määraja (suutlikkus koos abiga ja sooritus ilma abita) kasutamine võimaldada täpselt kirjeldada inimese iseseisvuse taset abivahendite abil ülesannet täites, mis võib olla konkreetne ravi eesmärk või asjakohane

tulemus (nt enesekateteriseerimine ilma järelvalve või personaalse abita neurogeense põiega patsiendi korral).

Võimalused keskkonnategurite kasutamiseks kliinilises kontekstis.

Keskkonnategurite kodeerimise võimalusi on käsitletud teises peatükis („Funktsioneerimise kirjeldamine“). RFK kasutamisel kliinilises kontekstis tuleks hinnata erinevate võimaluste tasuvust. Näiteks keskkonnamõju konkreetsele kategooriale parandab spetsiifilisust, nagu näiteks organismi funktsioonide ja ravimite mõju teatud funktsioonile (nt b420: vererõhu funktsioone moduleerivad hüpertensioonivastased ravimid). Siiski võib keskkonnateguritega seotud koodides esineda dubleerimist, mõjutades funktsioneerimise paljusid aspekte (nt lapsele suunatud lähipere toetus on üsna ulatuslik ja laieneb enamiku tegutsemise ja osaluse aspektidele).

Seevastu võib eraldi keskkonnategurite jaotiste loendi kasutamine olla kunstlikum ja eeldab kodeerijalt selle teguri mõju tasakaalustamist kogu funktsionaalse profiili üleselt, nõudes teatavat ühtlustamist.

Keskkonnategurite mõju määramine. Siin võib kasutada kahte võimalust.

- Kaaluda mõju kui keskkonnateguri põhjustatud muutuse suurust inimese funktsioneerimisele. Keskkonnategurit ei saa pidada moduleerivaks teguriks, kui see ei muuda selle inimese funktsioneerimist.
- Viidata erinevusele soorituse ja suutlikkuse vahel jaotiste puhul, millele konkreetne keskkonnategur mõju avaldab.

Kuidas on RFK määrajad seotud olemasolevate töövahenditega?

Hindamisvahendeid saab kliinilises praktikas kasutada funktsioneerimise paljude aspektide mõõtmiseks, parandades funktsionaalse profiili objektiivsust. Hindamisvahenditest pärit elementide tõlkimisel RFK jaotistesse ja määrajatesse tuleks siiski arvestada järgmist:

*Olemasolevate
hindamisvahendite abil
saadud tulemusi ei tõlgita
automaatselt RFK jaotistesse
ja määrajatesse:
kaardistamisanalüüs ja
tulemuste hindamine tuleks
alati enne lõpule viia.*

- RFK jaotistele üks ühele vastavus ei ole alati võimalik. Näiteks kirjeldavad skaalad või indeksid nagu Bartheli indeks või NIH Stroke Scale aspekte, mis viitavad mitmetele organismi funktsioonide ning tegutsemise ja osaluse valdkondadele ning sageli kattuvad nendega. Seetõttu peaks sisule vastavuse analüüs alati eelnema mis tahes teisendamisele.
- Hindamisvahendi hindamissüsteem ei pruugi vastata RFK määrajate skaalale. Rakendatud töövahendit kogu skaala vahemikku tuleks võrrelda esimese määraja vahemikuga 0–5.
- Keskkond, kus on hindamine lõpule viidud, võib kattuda mitme keskkonnateguriga, eriti kui koostada hinnanguid erinevate allikate, keskkondade või hindajate põhjal.

Vt ka peatükk 2.7.

Kuidas ja miks tuleb arvestada personaalsete teguritega?

Personaalsed tegurid ei ole RFK kodeeritud, kuid need võivad edastada funktsioneerimisvõime profiili täieliku kirjelduse eesmärgil olulist teavet. Sugu, rass, rahvus, vanus, sotsiaalne ja hariduslik taust, varasemad ja praegused kogemused ning elusündmused, iseloomutüübid, käitumismustrid ja psühholoogilised alused on kõik isiklikud tegurid, mis võivad funktsioneerimisvõimet mõjutada. Üksikisiku funktsioneerimisvõimega seotud personaalseid tegureid võib märkida vabatekstidena alati, kui see tegur on profiili jaoks asjakohane, või muude standardsete klassifikatsioonide korral, kui need on olemas (vt ka teine peatükk).

Oluline on kirja panna isiku funktsioneerimiseks olulised personaalsed tegurid kas vabatekstina või standardsete klassifikatsioonide abil, kui need on olemas.

On juhtumeid, kui soorituse ja suutlikkuse vahel on erinevus, mida ei saa seletada kodeeritud keskkonnategurite abil. Näiteks ei pruugi inimene suutlikkusest hoolimata töötada, sest tal puudub piisav asjatundlikkus, mis vastaks tööturu nõuetele. Sellistel juhtudel võivad mängu tulla personaalsed tegurid ning nende kirjeldus muutub oluliseks ja asjakohaseks.

3.4. Kuidas seostub RFK meditsiinilise diagnoosiga?

Miks kasutatakse RFK-d koos RHK-ga?

Erinevate terviseseisundite ja vigastuste korral ei pruugi ainult meditsiiniline diagnoos pakkuda täielikku pilti tervislikust seisundist ega ennustada täielikult teenustega seotud vajadusi ei individuaalse ravi planeerimise ega elanikkonna tervisepoliitika tasandil.

RFK kasutamine koos RHK-ga võimaldab anda täieliku ülevaate tervisest ja funktsioneerimisvõimest

Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (RHK) pakub etioloogilist raamistikku sellistele terviseseisunditele nagu haigused, häired või vigastused. Nende terviseseisunditega seotud funktsioneerimine ja puue on siiski klassifitseeritud RFK-s. RHK ja RFK täiendavad üksteist ja kasutajatel soovitatakse neid kahte klassifikatsiooni koos kasutada. Samal ajal kui RHK tagab haiguste, häirete või muude terviseseisundite diagnoosi, rikastab seda RFK lisainfo funktsioneerimise kohta.

Kui kasutame üksnes RHK-d, ei pruugi meil olla vajalikku infot tervisega seonduva planeerimiseks ja juhtimiseks. Seetõttu võimaldab RFK kasutamine koos RHK-ga koguda andmeid, mis annavad tervikpildi tervisest ja funktsioneerimisest järjepideval ja rahvusvaheliselt võrreldaval viisil.

Kas ma saan RFK-d kasutada konkreetse terviseseisundi diagnoosi puudumisel?

Üldiselt ei kasutata terviseseisundi puudumisel kliinilises keskkonnas tavaliselt RFK-d. RFK-d saab siiski kasutada kontseptuaalse raamistikuna funktsioneerimisega seotud info jaoks, mis on kohaldatav personaalse tervishoiu valdkonnas, sealhulgas ennetamine, tervise edendamine ja osaluse parandamine ühiskondlike takistuste kõrvaldamise või leevendamise ning sotsiaaltoetuste pakkumise kaudu. RFK-d võib kasutada (iseegi enne diagnoosi kindlakstegemist) samamoodi ka lapse funktsioneerimise kirjeldamisel arengupeatuse korral.

RFK-d saab kasutada isikliku tervisega seotud teabe kontseptuaalse raamistikuna.

Kas RFK-d saab kasutada juhtumiülestes rühmitajates (*casemix groupers*) ja funktsioneerimisega seotud rühmades (Function Related Groups – FRG)?

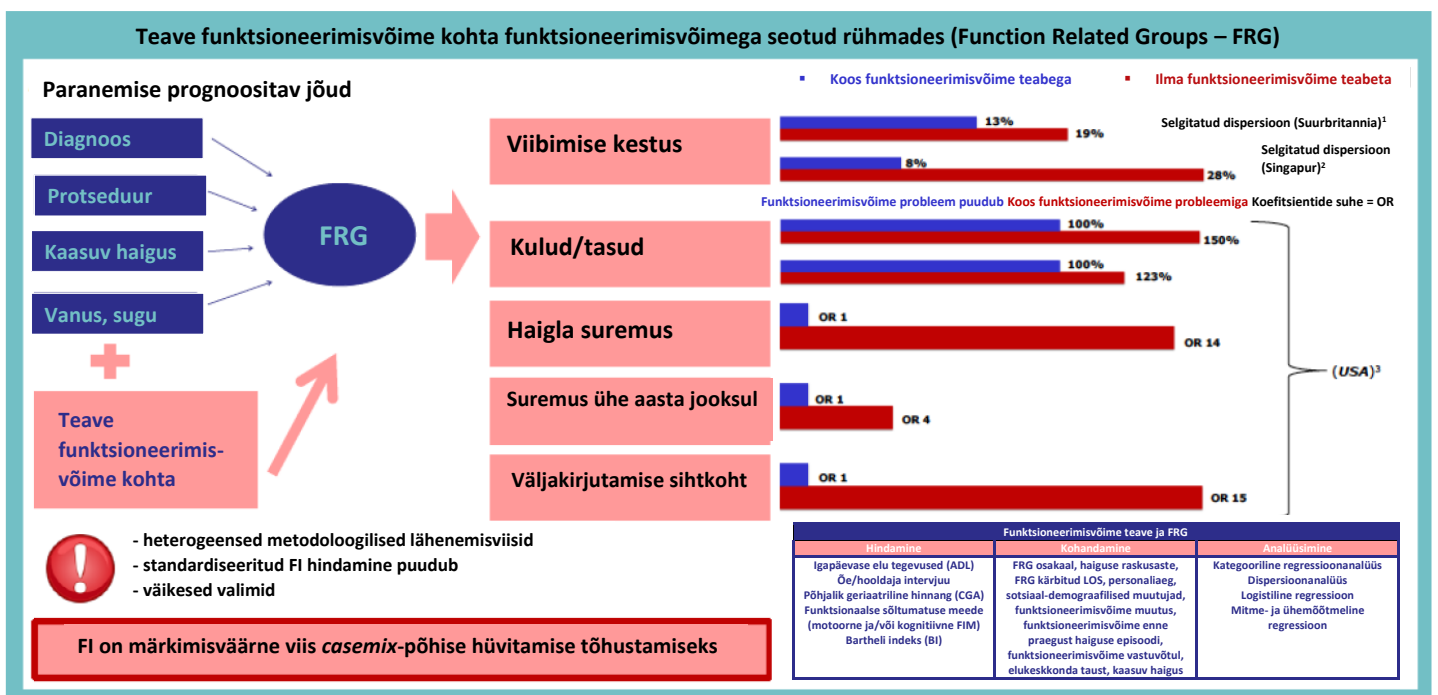
Juhtumiülesed rühmitajad klassifitseerivad üksikisikud kliiniliste ja haldusandmete kogumise põhjal statistiliselt ja kliiniliselt homogeensetesse rühmadesse. Erinevate täpsustasemetega kohandamine on aluseks tervishoiuorganisatsioonide võrdlustele ja juhtumiülese korruga kohandatud ressursside kasutamisele. Aastate jooksul on tervishoiuasutused neid rühmitamismetoodikaid ja nendega kaasnevaid näitajaid kasutanud pakutavate teenuste tõhusaks kavandamiseks, rahastamise, jälgimiseks ja haldamiseks

Juhtumiülestes rühmades pakub RFK lisaks diagnoosile ja sekkumistele ka täiendavaid selgitusi.

RFK saab olemasolevatele juhtumiülestele rühmitamissüsteemidele lisada selgitavat jõudu. Näiteks võib inimesel olla puue, ent mitte kaasuvad haigused, ja see asjaolu võib suurendada konkreetse tervises seisundi ravikulusid. Taastusravi tingimustes on teenused mõnikord suunatud meditsiiniliste diagnooside asemel funktsioneerimisprobleemidele, mistõttu on eriti kasulik lisada asjakohased funktsioneerimisjaotised.

Siiani on tehtud kokkuvõtteid RFK kasutamisest juhtumiülese rühmitamise eesmärkidel (Hopfe et al. 2011). Mitmetes riikides on käimas rehabilitatsiooniteenuste täiustatud juhtumiüleste rühmitamissüsteemide väljatöötamine (Madden, Marshall ja Race, 2013).

Joonis 1. Info funktsioneerimise kohta funktsioneerimisega seotud rühmades (Function Related Groups – FRG)



Hopfe et al. 2011

3.5. Millised on eelised, kui kasutada RFK-d ühtse keelena kliinilises praktikas?

RFK kasutamine annab olulist infot peale tervise seisundi diagnoosi ka selle kohta, kuidas diagnoos võib mõjutada inimese elu. Spetsialistide ja patsientide jagatud infot saab kasutada suhtlemise, ravi planeerimise või sekkumise alusena ning vähendada kattuvust spetsialistide vahel. Ühine eesmärk on tavaliselt inimese funktsioneerimist parandada.

RFK-d saab kasutada info jagamise raamistikuna funktsioneerimise parandamiseks, näiteks tuvastades tähelepanu vajavad keskkonnaalased takistused.

Näiteks võimaldab RFK kodeerida hõlbustavaid või takistavaid tegureid keskkonnades, kus inimene elab või töötab, ja mis võivad mõjutada kavandatava sekkumise edukust. Kasutades RFK-s kodeeritud infot, saab sekkumisi muuta, et need vastaksid inimese spetsiifilistele vajadustele erinevates tingimustes.

Kuidas kasutada RFK-d spetsialistide vahelise suhtlusevahendina?

RFK üks eesmärk on pakkuda ühtset, standardset keelt ja raamistikku tervise ja tervisega seotud seisundite kirjeldamiseks. See hõlmab vastastikku mõjutavaid keskkonnategureid, mis aitavad kaasa inimese funktsioneerimisele ja terviseprofiili loomisele erinevates oludes. Arvestades organismiväliseid funktsioneerimisvõime omadusi ja tulemusi (st tegutsemine ja osalus) ning neile avalduvat välist mõju (st keskkonnategurid), käsitleb RFK bio-psühho-sotsiaalne mudel terviklikult inimese funktsioneerimisvõimet ja terviseseisundit.

RFK pakub standardset keelt ja raamistikku, et hõlbustada suhtlust teenuseosutajate, organisatsioonide ja asutuste vahel.

Kliinilises praktikas saab RFK-d kasutada funktsioneerimisvõime seisundi hindamise, eesmärkide, raviplaanide ja sekkumiste jagamiseks ning andmete jälgimiseks peamiste sidusrühmadega. RFK on töövahend, mille raames kasutatakse igapäevaseid termineid, et hõlbustada suhtlust teenuseosutajate, organisatsioonide ja asutuste vahel. Selle tulemusena suurendab see teenusepakujate koostöövõimalusi ja võib toetada kattuvate teenuste tuvastamist või üleliigseid jõupingutusi.

RFK kasutamisel spetsialistide vahelise suhtluse vahendina tuleks arvestada järgmiste küsimustega.

- Kes on spetsialistid ja asjakohased tervishoiutöötajad?
- Kas kaasatakse teisi spetsialiste (nt hariduses)?
- Mis tehnilist keelt see amet tavaliselt kasutab?
- Millist teavet tuleb jagada?
- Milline on RFK jagatud teadmiste tase?

Ühe praktika raames toetab kõigi spetsialistide piisav koolitamine RFK kasutamise eesmärgil ühist arusaama määrajate valiku suhtes, isegi kui iga spetsialisti asjatundlikkus hõlmab erinevat sisu. RFK eduka rakendamise tagamiseks on ülioluline kõigi asjakohaste spetsialistide asjakohane koolitamine selle kasutamise, keele ja terminoloogia tähenduste eesmärgil. Kliinilise vahendina on oluline välja selgitada RFK sisu, mis on oluline professionaalsete hinnangute ja üksikisiku vajaduste seisukohast, samuti kasutada seda sisu, et hõlbustada peamiste osalejate vahelist koostööd, ühtlustades sekkumised koostöö vajaduste või eesmärgiga. Vt peatükki 2.7., et mõista, kuidas on professionaalsete hindamisvahendite eripära seotud RFK-ga.

RFK on ainus üldtunnustatud terviklik süsteem terviseseisunditega seotud funktsioneerimisvõime seisundi klassifitseerimiseks. Sellisena võib RFK-d kasutada selleks, et pakkuda meditsiinitöötajatele ja tervishoiusüsteemidele teavet, mis on vajalik funktsioneerimisvõime seisundi kohta, et ravi asjakohaselt planeerida ja suunata. Lisaks on RFK laiaulatuslikel kirjeldusvõimalustel potentsiaali ravi paremaks muuta, laiendades dokumenteeritavate funktsioneerimisvõimega seotud tegevuste ulatust, võimaldades selle teabe lisada ravi- ja rehabilitatsiooniplaanidesse.

Kuidas saab RFK-d kasutada eesmärkide seadmisel ja kuidas saab sekkumise kavandamisel kaasa aidata?

RFK aitab tuvastada ja kirjeldada funktsioneerimisvõime probleeme, mis võivad aidata kindlaks määrata ravi vajadused ja soovitud tulemused. RFK andmete kogumise läbimõeldud rakendamine kliinilises või muus rakendatavas keskkonnas suurendab sellistest andmetest saadavat kasu. RFK kasutamisel on potentsiaal mitte üksnes aidata spetsialistil paremini mõista inimese vajadusi, vaid ka pakkuda teavet kõigi spetsialisti juhtumite või kliiniku või suurema süsteemi toimimise kohta.

RFK kasutamine aitab tuvastada ja kirjeldada funktsioneerimisvõime probleeme, toetades seeläbi vajaliku sekkumise ja soovitud tulemuste kindlakstegemist.

Sarnaselt kliinilise praktika raames andmete kogumisele, tuleb arvestada ka andmete kogumise ajastuse, järjestuse ja sagedusega, samuti andmete järjepideva kogumise suutlikkusega. Oluline on kaaluda ka järgmist:

- andmekogumise eesmärgid, asjaomane elanikkond ja programmi eesmärgid või soovitud tulemused;
- andmete kogumiseks ettenähtud RFK koodide komplekt ja
- keskkonnategurite tüübid, mis võivad olla konkreetse elanikkonna jaoks kõige olulisemad või võivad mõjutada asjakohaseks peetud tulemusi.

3.6. Kuidas saab RFK-d kasutada sekkumise tulemuste hindamiseks?

RFK võime kirjeldada inimese funktsioneerimise profiili teatud ajahetkel ja soovitud detailsuse tasemel avab võimaluse kasutada profiili töövahendina terviseseisundi arengus toimunud muutuste jälgimiseks. Selliste muutuste hindamisel võib muutusi pidada loomulikuks arenguks, sekkumistest tingitud modifikatsioonideks või eeldatava loomuliku arengu ja vaadeldava arengu võrdluseks.

RFK abil saab aja jooksul funktsioneerimise staatuse jälgimisega hinnata sekkumise tulemusi.

Kas RFK võimaldab aja jooksul prognoosi koostada?

Funktsioneerimisvõime prognoosi koostamisel võib abi olla inimese funktsioneerimise järjestikuste ajahetkede uurimisest ja võrdlusest loomuliku arengu andmetega (Mayo et al. 2002). Inimese funktsioneerimise kirjeldamiseks kasutatavate jaotiste areng ja muutus rakendatud jaotiste komplektis võib olla kasulik suunis saavutatud verstapostide jälgimiseks, mis võib samuti aidata tulemusi prognoosida.

*RFK abil funktsioneerimisvõime
staatuse jälgimine ajas
võimaldab hinnata sekkumise
tulemusi.*

Kas RFK võimaldab võrrelda erinevaid sekkumismeetodeid?

RFK kirjeldab funktsioneerimisvõime kõiki aspekte süstemaatiliselt, pakkudes täielikku, täismahus võrreldavat pilti inimese funktsioneerimisvõime profiilist. Arvestades süstemaatilist lähenemist, saab funktsioneerimisvõime profiilile tekkinud mõju kontrollida erinevaid sekkumisi (nt raviprotseduurid või keskkonna muudatused) võrreldes.

Kui soovitakse võrrelda erinevaid sekkumisi, võib olukorrast täieliku ülevaate tagamiseks olla soovitatav kasutada tegutsemise ja osalusega seotud määrajate ning keskkonnategurite laiendatud spektrit, et saada olukorrast täielik pilt. (Vt peatükid 2.4 ja 2.5 ning RFK.)

RFK kirjeldab funktsioneerimise kõiki aspekte süstemaatiliselt, võimaldades võrrelda rakendatud sekkumiste tõhusust.

Lahter 9. RFK kasutamine rehabilitatsioonitulemuste parandamiseks; Lääne-Kapimaa provints, Lõuna-Aafrika Vabariik

RFK kontseptualiseerimist kasutati klientide suutlikkuse tõstmise ja kogukonna taasintegreerimise programmi väljatöötamisel. Hindamisvormi kasutati patsientide multidistsiplinaarse hindamise ajal, interdistsiplinaarse rehabilitatsiooni kavandamiseks ja eesmärkide seadmiseks. Hindamiskriteeriumid määrati kindlaks asjaomase keskkonna ja ühiskonda taasintegreerumise funktsionaalsete oskuste nõuete järgi. Kavandamine algas varakult ja keskendus RFK eluvaldkondadele, milles inimene soovis pärast osaleda, ning ka RFK keskkonnateguritele, mis tõenäoliselt mõjutavad tema osalust.

See üleminek teenusepakkuja juhitud süsteemilt patsiendikesksele lähenemisviisile näitas ravil viibimise üldise pikkuse vähenemist, tuues rahalist kasu nii asutusele kui ka patsiendile.

Mansur Cloete, WHO-FIC-i 2011. aasta koosolek. Client Enablement & Community Re-Integration Programme, Western Cape Rehabilitation Center (Lääne-Kapimaa rehabilitatsioonikeskus), Lõuna-Aafrika, 2005.

4 RFK kasutamine sotsiaalteenuste ja -toetuse määramisel

4.1 Miks kasutada RFK-d sotsiaalteenuste ja -toetuste määramisel?

Kuigi teenused peaksid olema üldiselt kõigile kättesaadavad, on siiski vaja erimeetmeid, et pakkuda täiendavat abi inimestele, kellel on igapäevases elus raskusi. RFK raamistik ja klassifikatsioon sobib hästi sotsiaalhoolekande abi osutamise vajadustega. RFK kasutamine teenuseid toetavates infosüsteemides võib aidata parandada statistika kvaliteeti ja valdkonnaülest asjakohasust.

Funktsioneerimisprobleemidega inimeste jaoks mõeldud tugiteenuseid ja süsteeme on võimalik paremini infoga varustada ja tõhusamalt rakendada kasutades infosüsteemides RFK-põhiseid moodsusi.

RFK kasutamisel sotsiaalsüsteemis on võrreldes diagnoosi- või puudepõhiste süsteemidega mitmeid eeliseid. Tugiteenused pakuvad abi ja tuge inimestele, kellel on igapäevases elus funktsioneerimisega raskusi; tuge võib pakkuda kõigis eluvaldkondades, st mis tahes tegutsemise ja osaluse valdkonnas. Sotsiaalkindlustus pakub kindlat tüüpi rahalist toetust, et korvata raskusi sellistes valdkondades nagu tööhõive või majanduslik toimetulek. Süsteem tagab hüvitise inimesele, kes ei ole võimeline ühiskonnas osalema. Tugiteenused pakuvad osalemise edendamiseks täiendavaid toetavaid mitterahalisi ressursse.

Üha enam mõistetakse, et ainult konkreetse tervises seisundi diagnoosimine ei pruugi olla kõige usaldusväärsem näitaja sotsiaalteenuste ja -toetuste vajaduse väljaselgitamiseks. Funktsioneerimise mõisteid on vaja ka teenuse määratlustes ja kriteeriumides ning poliitilistes strateegiatest. Terviklikud teenused korraldatakse kõige paremini puuetega inimeste vajaduste, mitte teenuseosutajate väljavaadete järgi. RFK raamistik ja klassifikatsioon pakuvad ühtset keelt, mis võimaldab teenuseid valdkonnaülel ja multidistsiplinaarselt koordineerida, et hõlbustada inimesekeskset lähenemist.

4.2 Kuidas saab RFK kaasa aidata teenuste planeerimisel?

RFK saab toetada mitut peamist planeerimisprotsessi järgnevalt:

- RFK-l põhineva rahvastikustatistika abil saab tuvastada vajaduse sotsiaal- ja tugiteenuste järele. Seejärel saab kujundada strateegia, täpsustades, milliseid funktsioneerimisvõime valdkondi toetada. Näiteks võivad tugiteenuste programmid keskenduda sellistele RFK valdkondadele nagu liikuvus ja enesehooldus, samas kui teised võivad toetada kõiki tegutsemise ja osaluse valdkondi.
- Sotsiaalsüsteem nõuab selgeid ja läbipaistvaid otsustusprotsesse, mis tulenevad hästi sõnastatud strateegiatest. Nende protsesside põhiparameetrid võivad määratleda programmi põhijooned, näiteks õigustatuse kriteeriumid programmis osalemiseks ning inimesele hüvitiste, abi või sissetulekust sõltuva toetuse määramiseks. RFK kasutamine nende strateegiate ja menetlusprotsessi väljatöötamisel võib kaasa aidata selgusele ja sidususele.
- Sotsiaalteenuste ja -toetuste saamise kriteeriumite ja piirmäärade kehtestamine nõuab sageli kogu elanikkonna vajaduste ja ühiskonna ressursside tasakaalustamist. RFK-l põhinev rahvastikustatistika võimaldab saada hinnanguid abivajavate inimeste arvu ja võimalike programmide arvu kohta, kasutades erinevaid kriteeriume.

RFK-l põhinevat rahvastikustatistikat saab kasutada teenuste vajaduse kindlakstegemiseks.

Üldiselt on oluline, et sellistest programmist pärinev info ja haldusandmed ei olekd RFK kaudu seotud mitte üksnes spetsiifiliste parameetritega, vaid ka laiemate rahvastikuandmetega. See hõlbustab nõudluse ja pakkumise pidevat planeerimist ning võrdlemist. Samuti võimaldab see jälgida planeeritud eesmärkidest ja tingimustest lähtuvaid tulemusi.

Lahter 10. RFK-l põhinevad riiklike tugiteenuste andmed

RFK-d kasutatakse Austraalia puuetega inimeste tugiteenuste riiklikus andmekogumissüsteemis, et struktureerida inimeste toetusvajadusi käsitlev „andmekogumise maatriks“. Selles maatriksis salvestatakse üle kogu riigi asuvates 10 000 puuetega inimeste organisatsioonides kogutavat infot, mis on saadud paljude erinevate hindamismeetodite abil. Toetusvajadused üheksas eluvaldkonnas põhinevad RFK kõigil tegutsemise ja osaluse valdkondadel, moodustades maatriksi read, kus kasutatakse ühte kolmest kategooriast (esitatud veergudes):

- ei vaja selles eluvaldkonnas abi/järelevalvet;
- vajab mõnikord abi/järelevalvet;
- vajab alati abi/järelevalvet või ei suuda tegevust sooritada.

Eelmainitud toetusvajaduste küsimuste väärtus on tõestatud. Toetusvajaduse kolm kategooriat on selgelt eristatavad, nagu ka RFK valdkonnad. Analüüsid näitasid, et erinevates populatsioonides ei saanud RFK tegutsemise ja osaluse valdkondadega seoses ühe alamhulga toetusvajadusi kasutada teise alamhulga väärtuste prognoosimiseks. Austraalia uuringud puuetega inimeste tugiteenuste nõudluse kohta on illustreerinud rahvastikuandmete, teenuste vajaduse või nõudluse ning teenuseandmete olemasolu samadel kontseptsioonidel põhineva pakkumise kohta.

Anderson ja Madden 2011

4.3 Kuidas saab RFK-d kasutada sotsiaalteenuste ja –toetuste õigustatuse tuvastamisel?

Bioloogilise erinevuse ja ebasoodsa olukorra, võimekuse ja produktiivsuse või struktuurikahjustuse ja funktsioonihäire ning vajaduste vahelised seosed on väga keerulised. Rakendades RFK-d sotsiaalteenuste ja –toetuste õigustatuse tuvastamise eesmärgil, saab sotsiaalsüsteemis mitte üksnes ehitada asjakohasemaid mudeleid abikõlblikkuse tuvastamiseks, vaid ka tekitada andmeid, et suunata otsuste tegemist tulevikus selles valdkonnas. Abikõlblikkuse protseduurid, mis on vastavuses puuetega inimeste õiguste konventsiooni ja õigustel põhinevate strateegiatega, võtavad arvesse seda, et puue tuleneb struktuurikahjustusega või funktsioonihäirega inimeste ja keskkondlike takistuste vastastikusest mõjust ning et juurdepääs teenustele peaks eelkõige edendama võrdseid võimalusi ja osalust.

RFK mõistete kasutamine võib anda selgemad ja täpsemad sobivuskriteeriumid, mida saab järjepidevamalt ja täpsemalt rakendada.

Lihtsad jah-ei-mudelid, mis vaatavad kitsast struktuurikahjustustel või funktsioonihäiretel põhinevat kriteeriumide kogumit puude tuvastamiseks, ei ole piisavad ega tõenduspõhised, kui teenuse eesmärk on edendada osalust. Kui abikõlblikkuse protseduurid toetavad õigustel põhinevat lähenemist, peavad nad mitte üksnes kaaluma küsimust „Mida?“ ehk „Milliseid vajadusi tuleb rahuldada ja millise abiga?“, vaid ka „Milleks?“ ehk „Mis on strateegia eesmärk?“. RFK valdkondi saab kasutada struktuurikahjustuste, funktsioonihäirete, tegutsemispiirangute ja keskkonnategurite vahelise vastastikuse mõju hindamiseks osaluspiirangutele vastavate õiguste ja hüvitiste määratlemisel.

Abikõlblikkuse kriteeriumide täpsustamine nõuab funktsioneerimisspektris lävendi määramist. Need, kelle puue ületab määratud lävendi, on süsteemis n-õ sees. Seejärel nimetatakse neid inimesi süsteemi tähenduses sageli puuetega inimesteks, isegi kui neid ei saa mõnes muus kontekstis sellisteks nimetada. Need kriteeriumid peavad olema selgelt määratletud, et pakutav abi siduda loogiliselt inimese vajadustega. Nende jagude ja seoste väljendamine RFK mõistete ja terminoloogia abil edendab õiguspärasuse ja seega ka abikõlblikkuse õigustatuse järjepidevust ja läbipaistvust.

Teenuste sobivuse hindamine hõlmab sageli erineva elukutsega inimesi ja see peab olema kõigile asjaosalistele arusaadav. RFK pakub ühtset keelt ja raamistikku paljudelt sidusrühmadelt saadud info integreerimiseks. RFK annab täieliku ülevaate puudest ja keskkonnast ning saab seega toetada hinnangu andmist funktsioneerimistaseme ja tekkinud raskuste kohta, samuti keskkonna muudatuste kohta, mis võiksid inimest toetada, näiteks abi kodus või töökohal, sotsiaaltransporditeenuse korraldamine või eluaseme kohandamine

Lahter 11. RFK kasutamine kriteeriumite kehtestamisel ja sobivuse hindamisel

Brasiilias kasutatakse RFK-põhist hindamisvahendit, et osutada BCP-teenust (*Benefit of Continuous Providing*), mis on määratud puuetega inimestele väga madala sissetulekuga peredes. RFK mõistete kasutamine selles hindamisvahendis töö kaasa varasemast suurema hulga kriteeriumite kasutamise, mis aitas teenuse määramist järjepidevamalt ja täpsemalt hinnata. Praegu tehakse lõplik otsus soodustuste kohta sotsiaalse ja meditsiinilise hinnangu kombinatsiooni põhjal. Hindamisvahend Brasiilias kannab pealkirja „**Puude raskusastme hindamine puudega inimesel**“. See sisaldab sotsiaalsete ja demograafiliste andmete peatükki ning kolme RFK jagu sisaldavat peatükki (organismi funktsioonid, tegutsemine ja osalus ning keskkonnategurid). Ühe hindamise teeb sotsiaaltöötaja ja teise arst.

Keskkonnategurite jagu, mis sisaldab viit valdkonda ja üheksateistkümmet klassifikatsiooni osa, hindab sotsiaaltöötaja. Tegutsemise ja osaluse jaos on üheksa valdkonda koos 30 klassifikatsiooniühikuga ning seda hindavad sotsiaaltöötaja ja arst, samal ajal kui organismi funktsioonide jagu jaguneb 13 alamvaldkonnaks ja 22 klassifikatsiooniühikuks ning seda hindab ainult arst.

Kõik artiklid saavad ühe määraja (ei ole probleemi, kerge probleem, mõõdukas probleem, raske probleem või täielik probleem). Algoritm ühendab tulemused teenuse sobivuse määramiseks valdkonnaplokkide järgi. Hindamisvahendi institutsionaalsetes uuringutes osalenud spetsialistid on pidanud seda tehniliselt järjepidevamaks ja leidnud, et kriteeriumid on selgemad nüüd, kui hindamine põhineb RFK-l. On pakutud, et tegemist on uut tüüpi tehnilise lahendusega, mida võib kohandada ja rakendada ka muude hüvitiste hindamiseks.

Brasiilia. Määrus 6214 (26. september 2007) reguleerib programmi „Benefit of Continuous Providing“ (BPC) põhjal puuetega inimeste ja eakate sotsiaalabi ja muid küsimusi 7/12/1993 seaduse 8742 ja 1/10/2003 seaduse 10741 kohaselt, lisades 6/5/1999 määruse 1048 artiklile 162 lõike.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm

4.4 Kas RFK saab tõhustada teenuste integreerimist ja haldamist?

RFK keskkonnategurite viies peatükk kirjeldab üksikasjalikult teenuseid, süsteeme ja strateegiaid, mis võivad suurendada või takistada inimese osalust. Sotsiaaltoetuste ja -teenuste poliitika on erinev, kuid sageli seotud puuetega inimeste osaluse suurendamisega. See hõlmab aktiivselt tööturul ning üldisemalt elus ja ühiskonnas osalemist.

*Erinevate süsteemide
ühendamine RFK
kontseptsioonidega võimaldab
tuvastada omavahel seotud
teenuseid, kattuvaid
vastutusalasid või
ebaefektiivsust ja ebavõrdsust
teenuste osutamisel.*

Vastavates strateegiates mainitud valdkondade kaardistamine RFK järgi annab ülevaate sellest, kuidas saab teenuseid üksikisikute funktsioneerimisvõimega seostada. See võimaldab tuvastada muid seotud teenuseid, tuvastada kattuvaid vastutusalasid ja teenuseid ning kõrvaldada teenuste osutamise ebatõhusused või ebavõrdsused.

RFK võimaldab seostada järgmist:

- strateegiate ja tegevuste kirjeldused ning sihtrühma spetsifikatsioon;
- programmi vajaduste kindlaksmääramine;
- teenuste sobivuse hindamine;
- eesmärkide seadmine ja juhtumiplaani kavandamine, sealhulgas keskkonna hindamine;
- tegevuskava järgimine ja hindamine.

See info on vajalik integreeritud, inimesekesksete teenuste osutamise tagamiseks ja haldamiseks selliselt, et see vastab vajadustele kõigis valdkondades ja elusituatsioonides. RFK kasutamine ühise raamistikuna, et mõista teenuse abil saavutatud eesmärke, aitab vältida dubleerimist või vastuolulisi mehhanisme teenuste osutamisel. Teenuste õiglase osutamise ja aruandekohustuse tagamiseks on oluline puudeid võrreldavalt kirjeldada erinevates valdkondades. Näiteks on võimalik näha, kas sarnase raskusastmega inimesed saavad vanusest sõltumata sarnase tasemega tugiteenuseid, näiteks juhul, kui eksisteerivad eraldi süsteemid vanade või nooremate puuetega inimeste jaoks. Järjepidevus võimaldab ka konkreetset elanikkonna valimit võrrelda kogu elanikkonnaga, hinnates saamata teenuste vajadusi

4.5 Miks on RFK kasulik teenuste kvaliteedi hindamise seisukohalt?

Puuetega inimeste õiguste konventsiooni täitmiseks peaksid riigid võtma kasutusele meetmeid kõikides teenuste valdkondades, et tagada kõigile vajalik juurdepääs ning et teenuste kaudu edendatakse õigusi ja konventsiooni eesmärke. Konventsiooni kohaselt vastutavad riigid teenuste osutamise piisava kvaliteedi ja taseme eest. Neilt oodatakse konventsiooni rakendamise jälgimist ja asjakohaste andmete kogumist (artiklid 33 ja 31).

RFK võimaldab integreerida erinevatest allikatest pärinevat infot, mis on oluline teenuste osutamise tulemuslikkuse ja tõhususe, järjepidevuse, osaluse ja partnerluse hindamiseks.

Olulised kvaliteeditingimused on kättesaadavus ja ligipääsetavus, võimalus sobivat teenust valida kasutajate kaasamine teenuste korraldamise ning kvaliteedi tagamise mehhanismi olemasolu. Kvaliteetsete sotsiaalteenuste põhijooned ja kriteeriumid hõlmavad õiguste austamist, inimesekesksust, terviklikkust ja enesemääramist. RFK võimaldab integreerida infot erinevatest allikatest, mis on oluline teenuste osutamise tulemuslikkuse ja tõhususe, järjepidevuse, osaluse ja partnerluse hindamiseks. RFK kasutamine pakub ühtset keelt, mis on asjakohane sotsiaalvaldkonna erinevates ametites olevatele inimestele, puuetega inimestele ja nende peredele, et nad saaksid võrdselt panustada teenuse kvaliteedi tagamisse.

Kombineerides piisavalt infot programmide, rahvastiku- ja haldusandmete, rahulolu ja teenustes osalemise kohta, on võimalik hinnata seda, et kedagi ei diskrimineeritaks ja et kehtiks võrdne ligipääs võimalustele. Selle hindamise saab teha, kui võrrelda programmis osalevate inimeste peamisi tulemusi ja ligipääsu laiema elanikkonnaga ning soovitud tulemuste saavutamist. RFK on leitud olevat asjakohane teenuste jälgimiseks ja hindamiseks (lahter 12) ja kogukonda arendavates lähenemisviisides, nagu näiteks kogukonnapõhine rehabilitatsioon (CBR) (Madden *et al.* 2013).

Lahter 12. RFK kasutamine teenuste jälgimiseks

RFK-d saab kasutada tugiteenuste jälgimise vahendina ja nende takistuste väljaselgitamiseks, mis ei võimalda inimestel ligipääsu olemasolevatele teenustele. RFK kontroll-loendit kasutati Lõuna-Aafrika Ida- ja Lääne-Kapimaal tehtud uuringus, et intervjuerida puuetega inimesi. Konkreetne eesmärk oli välja selgitada asjakohased keskkonnategurid, tuvastada, mil määral need toimised takistavate teguritena, ja näha, kas takistavad tegurid olid kahe piirkonna vahel erinevad.

Valimisse kuulus 475 vastajat, kellest 377 (79,4%) elas Ida-Kapimaal ja 98 (20,6%) Lääne-Kapimaal. Neist 66,9% teatas füüsilistest probleemidest, 17,9% intellektipuudest ja 12,2% nägemis-, kuulmis- või kõneprobleemidest. Eri tüüpi struktuuri kahjustuste / funktsioonihäirete jaotus kahe piirkonna vahel oli sarnane.

Tuvastatud takistavate tegurite muster oli piirkonniti erinev. Näiteks peatüki tasandil teatasid Ida-Kapimaa puuetega inimesed, et takistavate tegurite hulka kuuluvad „Teenused“ (25%) ja „Tooted ja tehnoloogia“ (23,8%), samas kui Lääne-Kapimaal toodi kõige sagedamini takistavate teguritena välja „Looduskeskkond ja tehnilikud keskkonnamuutused“ (39%) ning „Tooted ja tehnoloogia“ (37%).

Selle uuringu tulemused näitavad, et maapiirkondades elavad puuetega inimesed võivad keskkonnas tajuda vähem takistusi kui slummides elavad inimesed, välja arvatud suhtumine. Teenuseid kogeti Lääne-Kapimaa linnapiirkonnas laialdaselt suuremate takistavate teguritena. Muret teeb asjaolu, et üle 50% valimist nimetas takistava tegurina juurdepääsu avalikele hoonetele, kuigi uuring tehti seitse aastat pärast Lõuna-Aafrika integreeritud riikliku puuetega inimeste strateegia (*Integrated National Disability Strategy, INDS*) avaldamist.

Maart et al. 2007

5 RFK kasutamine rahvaloenduse või uuringute eesmärgil

5.1. Kas RFK-d saab kasutada info edastamiseks rahvastikupõhistesse andmekogudesse?

Info tervise ja puude kohta võib pärineda erinevatest allikatest, mis nõuavad erinevaid andmekogumismeetodeid, ja RFK saab seda protsessi toetada. Kliinilises praktikas võib RFK asjakohasus olla selgem, arvestades suuremate kodeerimissüsteemide (näiteks RHK) rakendamise pikka ajalugu. Kuid RFK-d saab kasutada ka rahvastikupõhiste andmekogude koostamisel.

RFK tagab raamistiku rahvusvaheliselt võrreldavate andmete järjepidevaks kogumiseks, et edastada rahvastikupõhist statistikat.

Kuni viimase ajani seisid need, kes tahtsid funktsioneerimist ja puuet mõista, elanikkonna mõttes kahe suure väljakutse ees: 1) otsuse langetamine vastuvõetava puude mõiste määratluse kohta ja 2) puude hindamiseks mõeldud vahendi valimine, mis võttis selle mõiste huvipakkavas populatsioonis tõhusalt kasutusele. Varem saadi olemasolevate vahendite abil andmeid, mis ei olnud usaldusväärsed või kehtivad. Samuti teatasid varem paljud madala sissetulekuga riigid, et puude esinemissagedus on tublisti alla 5%, mis on tunduvalt madalam mõnes kõrge sissetulekuga riigis täheldatud määrast, s.o tavaliselt üle 10%, mõni ka üle 20%. Puudu on olnud standardiseeritud lähenemisviis funktsioneerimise ja puude mõõtmiseks, mis võimaldaks koguda kehtivaid andmeid erinevates riikides kasutamiseks ja võrrelda puudega seotud statistikat rahvusvahelisel tasandil.

RFK loob raamistiku puude määratlemiseks ja vahetuks muutmiseks uuringutes ja rahvaloendustes. Maailma puuetega inimeste aruanne (WHO ja WB 2011) annab konkreetseid soovitusi puudega seotud andmete kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamiseks. Need hõlmavad RFK kui puudega seotud küsimuste väljatöötamise raamistiku kasutuselevõtmist selles, et andmeid paremini võrrelda, töötada välja asjakohaseid hindamisvahendid (nii kvantitatiivsed kui ka kvalitatiivsed meetodid) puudega seotud andmete kogumise parandamiseks ja rahvastikuloenduse andmete kogumiseks vastavalt ÜRO statistikakomisjoni soovitude kohaselt (Statistikakomisjon 1994).

Lahter 13. Raskusastme ja lävendi määratlemine rahvastikuandmetes – uuringud RFK määrajatega

Hinnanguline levimuse määr on riigiti väga erinev. WHO ülemaailmne terviseuuring, mis korraldati erinevates majapidamistes aastatel 2002–2004, on kõigi aegade suurim rahvusvaheline tervise ja puude uuring. Riikide võrreldavate terviseandmete kogumiseks kasutati ühte küsimustikku ja järjepidevaid meetodeid.

Ülemaailmse terviseuuringu kontseptuaalne raamistik ja funktsioneerimise valdkonnad saadi RFK-st. Küsimustik hõlmas eri valdkondade inimeste tervist, tervisesüsteemide reageerimisvõimet, majapidamiskulusid ja elamistingimusi. Kokku küsitleti inimesi 70 riigist, millest 59 olid sellised riigid, kus elab 64% kogu maailma elanikkonnast, ning uuringu tulemusena koostati andmekogud, mida kasutati 18-aastaste ja vanemate täiskasvanute ülemaailmse puude levimuse hindamiseks. Võimalikud vastused küsimustele, mis käsitlesid funktsioneerimisega seotud raskusi, olid järgmised: probleemid puuduvad, kerged probleemid, mõõdukad probleemid, tõsised probleemid ja äärmised probleemid. Tulemusi hinnati ja selle põhjal arvutati puude skoor vahemikus 0–100, kus „0“ tähistas näitajat „puudeta“ ja „100“ näitajat „täielik puue“. See protsess andis pideva skoorivahemiku. Selleks et jagada elanikkond puudega ja puudeta rühmadesse, oli vaja luua lävendväärtus (piirväärtus). Skaalal 0–100 määrati lävendiks 40, et arvata puuetega inimeste hulka ka need, kellel on igapäevases elus märkimisväärseid raskusi.

World Report on Disability (maailma puuetega inimeste aruanne). 2. peatükk. Genf: Maailma Terviseorganisatsioon ja Maailmapank. 2011.

„Training manual on disability statistics“ („Puudega seotud statistika koolitusjuhend“) (WHO ja UNESCAP 2008) annab väärtuslikke juhiseid, kuidas rakendada RFK-s esindatud funktsioneerimisvõime ja puude kontseptsioone andmete kogumisel, levitamisel ja analüüsimisel.

5.2. Mis vahe on uuringuandmete ja kliiniliste andmete kogumisel?

Kliinilises keskkonnas kogutavad andmed võivad erineda rahvatikupõhiste uuringute käigus kogutud andmetest mitmel viisil, sealhulgas allika, eesmärgi ja kogumismeetodi(te) poolest. Need erinevused mõjutavad seda, kuidas RFK esitab andmete kogumist.

Kliinilisi andmeid koguvad spetsialistid sageli inimese funktsionaalse taseme, funktsioneerimise spetsiifiliste aspektide ning teenuste vajaduse või mõju hindamise eesmärgil. Nendel eesmärkidel rakendatakse otseselt RFK klassifitseerimis- ja kodeerimissüsteemi jagusid.

Kliinilised andmed keskenduvad pigem üksikisikule, samas kui rahvastikupõhised uuringuandmed tuvastavad populatsiooni tunnused või nende muutused aja jooksul.

Uuringuid võib kasutada andmete kogumiseks erinevates kontekstides. Rahvastikupõhised uuringud, nagu näiteks rahvaloendused või Terviseameti, riiklike statistikaametite ja muude riiklikul ja rahvusvahelisel tasemel tehtavad uuringud, koguvad andmeid kogu populatsiooni või etteantud populatsiooni valimi kohta. Kuigi andmeid kogutakse üksikisikute kohta, on andmete kogumise eesmärk välja selgitada populatsiooni tunnused ja nende tunnuste muutused aja jooksul või populatsiooni alarühmade lõikes. Sellised uuringud võivad keskenduda konkreetselt puudele või võib puude osa lihtsalt lisada ühe komponendina suurde üldotstarbelisse uuringusse. Teadlased võivad uuringuid kasutada ka konkreetsete projektide jaoks info kogumiseks. Teaduspõhised andmekogumised võivad olla geograafilise ulatuse poolest piiratumad kui riiklikud või piirkondlikud populatsiooni uuringud.

Kogutud andmete tüüp ja ulatus sõltuvad uuringu eesmärkidest. Kogutav info võib hõlmata mitmesuguseid teenuste ja teenuste osutamise vajaduse aspekte, funktsionaalse taseme jälgimist, populatsiooni funktsioneerimise spetsiifilisi aspekte või populatsiooni juurdepääsu või võimaluste ebavõrdsuse hindamist. Uuringute ja rahvaloenduste andmekogumised on sageli kavandatud mitmel otstarbel, koondades andmeid erinevatel geograafilistel tasanditel (kohalik, piirkondlik, riiklik). Andmeid ei kogu üksnes tervisevaldkonna spetsialistid, vaid struktureeritud küsimustikku kasutavad koolitatud loendajad või intervjuueerijad või teadlased, kes võivad kasutada vähem struktureeritud andmekogumise vahendeid.

RFK-d saab kasutada puuetega inimeste kohta andmete kogumise universaalse raamistikuna, mis on seotud osaluse või kaasamise strateegiliste eesmärkidega. Selle kasutamine võib parandada andmete kogumist ja suurendada tõenäosust, et erinevad andmeallikad on omavahel hästi seotud. RFK-d tuleks aga kasutada siiski pigem viiteteksti või -raamistikuna kui otsese küsimuste allikana. Arvestades uuringu vormi olemuslikke piiranguid, ei ole võimalik koostada küsimustikku, mis hõlmaks RFK kogu ulatust ja spetsiifilisuse taset. Rahvastikupõhise uuringu eesmärk peaks olema välja töötada ühtne, asjakohane, valideeritud ja teostatav küsimustik, mis vastab uuringu eesmärkidele.

Lahter 14. Raskusastme määratlemine ja lävendi valimine

2000. aasta Brasiilia rahvaloenduses kasutati puudega seotud küsimuste kohta järgmisi vastusevariante: probleemid puuduvad, kerged probleemid, tõsised probleemid ja pole võimeline. Kui tulemused lõplikult avaldati, moodustas nägemispuue peaaegu 50% kõigist puuetest ja seda peeti moonutuseks. Kuid vastuste edasine hindamine näitas siiski, et 14 060 946 vastajat viitas kergele probleemile, 2 435 873 tõsisele probleemile ja 148 023 täielikele probleemidele („pole võimeline“). Olemasolevad vastusevariandid võimaldasid tuvastada erinevaid sihtgruppe, mis ei oleks olnud võimalik jah-ei-tüüpi vastustega.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000. Saadaval: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>

5.3. Milline on RFK kasutamise lähtepunkt rahvaloendustel ja uuringutel?

Rahvastikupõhised uuringud põhinevad uurimisküsimuse sõnastamisel, mis määrab andmete kogumise konkreetse eesmärgi. Andmete kogumise mõttes hõlmab RFK mudel kõiki puude dimensioone, sealhulgas organismi funktsioone ja struktuure, tegutsemist ja osalust koos sellega seotud struktuurikahjustuste, funktsioonihäirete, tegutsemis- ja osaluspiirangutega. RFK sisaldab ka keskkonnaalaseid ja muid tegureid, mis võivad mõjutada ülaltoodud jagusid. Väljakutse seisneb andmete kogumise eesmärgi seostamises RFK mudeliga, sellele eesmärgile vastavate küsimuste kavandamises ja testimises, andmete analüüsimise ja lõpuks tulemuste tõlgendamise kaudu leitu uuesti seostamises RFK raamistikuga.

RFK on terviklik käsitlus, mis oma jagudega hõlmab kõiki puude dimensioone, sealhulgas seotud keskkonnategureid, mida saab kasutada loenduste või uuringute jaoks küsimuste koostamisel.

5.4. Kuidas saab uuringu eesmärgi seostada

RFK-ga?

Andmekogumise konkreetsete eesmärkide seostamine või positsioneerimine RFK raames aitab välja selgitada valdkonnad ja sõnastada küsimused.

Funktsioneerimisvõimet ja puuet käsitlevate uuringute andmete kogumisel on eelistatud kolme suurt eesmärgi jaotist (vt nt WHO 2011; Madans et al. 2004):

- jälgida elanikkonna funktsioneerimisvõime taset;
- pakkuda teavet teenuste vajaduse ja kasutamise kohta; ning
- hinnata eri gruppide võimaluste võrdsustamist.

Funktsioneerimisvõime taseme jälgimine hõlmab puude levimuse hindamist ja funktsioneerimise erinevate aspektide arengu analüüsi. Populatsiooni funktsioneerimisvõime taset peetakse sageli esmaseks tervisealaseks ja sotsiaalseks näitajaks. Teenustega seotud info populatsiooni tasandil hõlmab muu hulgas eluaseme vajadust ja selle saamist, transporti, abivahendeid, kutse- või haridusalaseid rehabilitatsiooniteenuseid ning pikaajalist hooldust. Siia kuuluvad ka teadlikkus saadaolevatest teenustest ja sellest, kas neile on tegelikult juurdepääs olemas. Võimaluste võrdsustamise hindamine võib hõlmata diskrimineerimisvastaste seaduste ja strateegiate tulemuste jälgimist ja hindamist ning teenuseid ja rehabilitatsiooniprogramme, mille eesmärk on parandada ja võrdsustada kõigi inimeste osalemist kõigis eluvaldkondades. Nende hinnangute eesmärk on kooskõlas ÜRO puuetega inimesi käsitleva ülemaailmse tegevusprogrammi ja ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooniga. Ehkki on kasulik kasutada neid kolme suurt jaotist üldise juhendina konkreetse andmekogumise eesmärgi selgitamiseks, on enne konkreetsete küsimuste väljatöötamist vaja andmete kogumise eesmärgi selgelt kirjeldada. Kui konkreetsete eesmärgid on kirjeldatud, saab RFK-d kasutada küsimuste väljatöötamiseks.

Konkreetsete uuringueesmärkide seostamine RFK raamistikuga aitab tuvastada uuringuküsimuste väljatöötamiseks mõeldud valdkonnad.

5.5. Kas on võimalik kasutada standardseid küsimustikke?

Uute küsimustike väljatöötamine on keeruline ja kallis tegevus. See kehtib RFK-ga kooskõlas olevate küsimustike kohta, nagu ka kõigi teiste uute küsimustike korral. Ehkki mõne projekti spetsiifiliste vajaduste rahuldamiseks võib olla vaja välja töötada uued küsimused, võib teiste jaoks olla võimalik kasutada standardseid küsimustikke.

Mõne projekti jaoks on võimalik kasutada olemasolevaid RFK-põhiseid küsimustikke, kuid mõnikord tuleb teiste projektide nõuete täitmiseks välja töötada uued küsimustikud

Standardküsimustiku kasutamise eelis on see, et andmete võrreldavus kogude vahel on suurem. Nende standardkomplektide väljatöötamiseks eraldatakse sageli

märkimisväärseid ressursse ja paljud neist on koostööpõhiselt välja töötatud kultuuridevaheliseks kasutamiseks. Nende küsimustike kohta on üldiselt saadaval märkimisväärne hulk infot, mis kirjeldab nende aluseks olevat kontseptuaalset mudelit, samuti seda, mis on teada nende kvaliteedinäitajate kohta ja kuidas nad erinevates oludes toimivad. Endiselt on ülioluline, et püstitatud eesmärkide ja uuritava populatsiooni jaoks valitakse õige küsimuste komplekt ning ka andmekogu kontekst. Samuti peaks valitud küsimuste komplekt olema kooskõlas RFK raamistikuga. Kasutajad peaksid hindama kogu olemasolevat infot küsimustike kohta ja tegema kindlaks, kas need sobivad uuringu eesmärkidega ja kas neid on piisavalt valideeritud. See on võimalik üksnes siis, kui küsimustike koostajad muudavad küsimuste info hõlpsasti kättesaadavaks. Töötatakse välja paremad küsimuste hindamise meetodid ja üha enam loodetakse, et pakutakse teavet väljatöötatud küsimustike omaduste kohta.

Andmekogumise mehhanismi olemus on oluline ka selle kindlaksmääramisel, kas standardküsimus vastab eesmärkidele. Teavet puude ja funktsioneerimise kohta saab koguda mitmesugustes küsitlusvormides, alates riiklikest loendustest kuni põhjalike uuringuteni puude kohta. Puudega seotud küsimused on sageli kaasatud rahvaloendustesse. Andmekogumismeetodite omadused mõjutavad seda, kas konkreetne küsimuste komplekt annab vajalikku infot või mitte. Loenduste kogumisviis võib mõjutada nende tõhusust puude ja funktsioneerimise kohta info hankimisel, näiteks kui loendus piirdub vähese arvu küsimustega või kui andmeid kogub suur hulk erialase väljaõppeta intervjuueerijaid, kelle peamine eesmärk on kogu populatsiooni loendus. Samuti võib rahvaloendusel olla keeruline saada infot vaimse tervisega seotud funktsioneerimise piirangute kohta. Mõne riigi jaoks on puudega inimeste küsimuste lisamine rahvaloendusse parim viis tagada, et puudest saaks osa käimasolevast andmekogumisprotsessist. Lisaks koguvad sellised loendused sageli infot ka muude elu põhiaspektide kohta, pakkudes seeläbi atraktiivset mehhanismi sotsiaalse kaasatuse kohta info saamiseks.

Väikeseid küsimustikke võib lisada teistele mitmeotstarbelistele uuringutele või uuringutele, mille peamine eesmärk on saada andmeid muude teemade kohta, näiteks elatustase, tööhõive, haridus või eluase. Sama väikese kogumi kasutamine kõigis riigis tehtud uuringutes võimaldab infot puuetega populatsiooni omaduste kohta analüüsida kõigis andmekogumissüsteemides, pakkudes rohkem infot sotsiaalse kaasatuse kohta.

Tervise- ja tervishoiualastesse uuringutesse võib lisada pikemaid puudega seotud küsimustikke või võib puudega seotud uuring keskenduda ainult puudele. Puudega seotud uuringute eelis on võimalus saada üksikasjalikumalt infot, mis hõlmab rohkem RFK mudeli

aspekte. See võimaldab analüütikul uurida keerukaid seoseid RFK jagude vahel ja uurida võimalikke põhjuslikke mehhanisme, et anda sisendit funktsioneerimise parandamiseks mõeldud sekkumiste väljatöötamise.

Lahter 15. Iirimaa riiklik puude uuring (National Disability Survey – NDS)

2006. aasta riikliku puude uuringu (NDS) viis läbi Central Statistics Office (CSO) pärast 2006. aasta rahvaloendust. Uuringusse valiti riiklikult esinduslik valim, kuhu kuulus üle 17 000 inimese (täiskasvanud ja lapsed), tuginedes 2006. aasta rahvaloenduses antud vastustele. Valimisse kuulus 15 000 igat liiki puudega inimest eramajapidamistes, 2000 ilma puudeta inimest eramajapidamistes ja 700 igat tüüpi puudega inimest haiglates, hooldekodudes ja asenduskodudes. Uuring viidi läbi intervjuu teel. Esimene aruanne uuringu tulemuste kohta avaldati 2008. aastal ja teine 2010. aastal (www.cso.ie).

NDS-ile eelnes ajavahemikul 2002–2004 riikliku puuetega inimeste ameti ehk National Disability Authority (NDA) katseprojekt (vt projekti aruande kohta www.nda.ie). Projekti raames uuriti ja soovitati seejärel WHO RFK uuringut kasutada raamistikuna; töötati välja intervjuueerija juhised uuringu läbiviimiseks; ning käsitleti ulatusliku konsultatsiooniprotsessi käigus tõstatatud probleeme, sealhulgas eetilisi probleeme. Katseprojekti meeskonna aruanne (Browne et al. 2004) oli aluseks valitsusele adresseeritud NDA soovitudele. Tehti otsus kasutada RFK raamistikku, nagu soovitati ka katseprojekti raames. Lisateave katseprojekti, väljatöötatud suuniste, NDS-i meetodika, nelja küsimustiku (täiskasvanud ja lapsed eramajapidamistes, täiskasvanud või lapsed väljaspool eramajapidamisi) ja NDS-i tulemused on kättesaadavad CSO ja NDA veebilehtedelt. RFK raamistiku eelised on näidatud eelkõige levimuse ja keskkonnategurite kohta.

Browne et al. 2004, Brady ja Good 2005, CSO 2006 ja 2010

5.6. Mida hõlmab asjakohaste uuringuküsimuste koostamine ja testimine?

Uute uuringuküsimuste väljatöötamisel funktsioneerimise ja puude hindamiseks on märkimisväärne katsumus arvestada arvukate viisidega, kuidas erineva kultuuri, keele ja sotsiaal-majandusliku taustaga vastajad neid küsimusi tõlgendavad ja kognitiivselt töötlevad. Väljakutse muutub veelgi ulatuslikumaks, sest puudega seotud mõisted on keerukad, hõlmates arvukalt erinevaid tähendusi, hoiakuid ja kogemusi inimeste ja sotsiaalkultuuriliste alampopulatsioonide vahel. RFK raamistikku tuleks kasutada selleks, et teha kindlaks, milliseid funktsioneerimise ja puudega seotud aspekte peaksid küsimused käsitlema.

RFK raamistiku abil välja töötatud uuringuküsimused peaksid olema põhjalikud, kognitiivsed ja katsetatud, et tagada nende rakendatavus kogu populatsioonis.

Loendustel ja uuringutel kasutatavate küsimuste väljatöötamine nõuab asjakohase ülesehituse ja valiidsuse tagamiseks testimise ja läbivaatamise protsessi – et küsimustega mõõdetakse tegelikult seda, mida nende abil mõõta kavatseti. Lisaks annab kognitiivne testimine tõendeid vastajate arusaamise kohta (kuidas nad küsimust mõistavad ja tõlgendavad), nende meenutamisprotsessist (võime otsid mälust asjakohast infot); nende hinnangutest (nende hinnang saadud infole esitatud küsimuse kohta) ning nende vastustest (kas nad suudavad esitada saadud infot nõutud vormis). Kognitiivne testimine tuvastab küsimuste nii kavandatud kui ka soovimatud tõlgendused, samuti vead küsimuse ülesehituses ning annab märku, kus küsimuse läbivaatamine võib vastuseid paremaks muuta. Kõik need sammud aitavad eristada erinevuste põhjuseid uuringu hinnangutes ja tõlgendada sotsiaalsete ja kultuuriliste oludega seotud vastuste kallutatust.

Küsimustiku kohapealne testimine võib anda täiendavaid tõendeid selle kohta, kui võrd on need konkreetsed tõlgendamismustrid levinud suuremas, juhuslikus vastajate valimis. Lisaks saab kognitiivse testimise tulemusi kasutada kohapealse testimise raames.

Küsimuste hindamine kognitiivse ja kohapealse testimise abil võimaldab mittetoimivaid küsimusi enne suurte ja kulukate uuringute korraldamist läbi vaadata, tagades selle, et küsimused hõlmavad kavandatud kontseptsiooni. See peaks toetama andmete rahvusvahelist võrreldavust ja ka võrreldavust ühe riigi elanikkonna eri osade vahel.

Uuringuküsimuste koostamisel ja testimisel on oluline arvestada, kes küsimustele vastab. Üldjuhul on eelistatav esitada küsimusi otse küsitletavale, kuid see ei ole alati võimalik. Mõnel juhul, nagu rahvaloenduste korral, on andmete kogumine kavandatud nii, et üks leibkonna vastaja vastab kõigi leibkonnaliikmete eest. Muudel juhtudel ei saa küsitletavad halva tervise või funktsioneerimise piirangu tõttu ise vastata. Oluline on hankida infot kõigi sihtrühma kuuluvate inimeste kohta, seega tuleks küsitletava eest vastajaid kasutada juhul, kui küsitletav ei saa ise küsimustele vastata. Vastamiseks volitatud inimene peaks olema keegi, kes on küsitletava olukorraga hästi kursis, ning dokumenteerima peaks asjaolu, et küsitlemisel kasutati volitatud inimese abi, ning samuti põhjuse(d) tema kaasamiseks. Kuna on tõenäoline, et vähemalt mõnel juhul kasutatakse volitatud inimeste abi, tuleks nõuetekohasuse tagamiseks katsetada küsimusi ka volitatud inimestega.

5.7. Kas andmete analüüs ja tulemuste tõlgendamine peaksid viitama RFK-le?

Loendus- või küsitlusandmete analüüsimine on väärtus RFK laiemas kontekstis. Näiteks võib konkreetne andmekogumine keskenduda organismi funktsioonidele nägemise seisukohalt. Nende leidude üle arutledes võib olla kasulik paigutada need RFK raamistikku. See võib aidata teavitada probleemidest, mis võivad olla seotud tegutsemise või osaluse piirangutega, näiteks transpordi kasutamisega või töötamisega. Eesmärk ei ole teha järeldusi võimalike seoste kohta, vaid selgitada, kuhu konkreetsed järeldused üldises raamistikus võiksid sobida. See tähendab, milliseid puudega seotud aspekte järeldustes käsitletakse ja milliseid mitte?

Konkreetsete uuringutulemuste seostamine RFK raamistikuga aitab neid laiema puude kontekstis mõistetavaks muuta.

5.8. Millised asjakohased küsimustikud on juba praegu olemas?

Rahvastiku-uuringutes kasutamiseks on praeguseks välja töötatud mitmeid küsimustikke ning jätkatakse ka uute küsimustike väljatöötamisega. WHO ülemaailmse terviseuuringu (World Health Survey) tervise seisundi kirjelduste moodul koosneb RFK-põhistest küsimustest, hõlmates üldise tervise, liikumise, enesehoolduse, valu ja ebamugavuse, tunnetuse, inimestevaheliste tegevuste, nägemise, une, energia ning afektiivsuse valdkondi.

Rahvusvaheliselt on välja töötatud ja kasutatud mitmeid küsimustikke, näiteks WHODAS 2.0, mille kasutamist võib kaaluda, kui see on eesmärgi seisukohast asjakohane.

Maailma Terviseorganisatsiooni puude hindamise küsimustik (WHODAS 2.0, WHO Disability Assessment Schedule 2.0) sisaldab tegutsemis- ja osalusvaldkondi ning on valideeritud paljudes riikides. WHODAS 2.0 on näide küsimustikust, mis võimaldab standardiseeritud meetodit kasutades mõõta tervist ja puudeid eri kultuurides. Lisateave WHODAS 2.0 kohta on leitav lahtrist 16 ja aadressilt https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/tervise_ja_puude_mootmine.pdf.

ÜRO Aasia ja Vaikse ookeani piirkonna majandus- ja sotsiaalkomisjon (UNESCAP) töötas välja WHODAS 2.0-l ja RFK-l põhineva küsimustiku, mida kasutati viie Aasia / Vaikse ookeani piirkonna riigi uuringus.

Vt lisateabe saamiseks <http://www.unescap.org/stat/meet/widism4/index.asp>.

Lahter 16. WHODAS 2.0 kasutamine

Maailma Terviseorganisatsiooni puude hindamise küsimustik on üldine hindamisvahend, mille WHO töötas välja selleks, et kõikides kultuurides saaks tervist ja puudeid mõõta standardse meetodiga. WHODAS 2.0 töötati välja, tuginedes terviklikult rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, puude ja tervise klassifikatsiooni üksustele, mis võimaldavad mõõta konkreetse sekkumise tagajärjel toimunud muutusi. See on võimalik, kui sama inimest hinnatakse enne ja pärast sekkumist. Küsimustiku kultuuridevahelise rakendatavuse, usaldusväärsuse ja valiidsuse ning kasutatavuse kontrollimiseks tervishoiuteenuste uurimisel on tehtud mitmeid süstemaatilisi uuringuid. On leitud, et WHODAS 2.0 on kasutatav üldrahvastiku tervise ja puude taseme hindamiseks ning samuti võimaldab see mõõta sekkumiste kliinilist tõhusust ja tulemuslikkust.

WHODAS 2.0 hõlmab funktsioneerimisvõime taset kuues eluvaldkonnas.

1. valdkond. Tajumine: arusaamine ja suhtlemine.
2. valdkond. Liikuvus: ringi liikumine.
3. valdkond. Enesehooldatus: oma hügieeni eest hoolitsemine, riietumine, söömine ja üksi jäämine.
4. valdkond. Inimestega lävimine: teiste inimestega suhtlemine.
5. valdkond. Igapäevased toimingud: kohustused kodus, vabal ajal, tööl ja koolis.
6. valdkond. Osalemine: kogukondlikes tegevustes osalemine ja ühiskonnaelus osalemine.

Võttes arvesse kokkuvõtlike meetmete tähtsust, on WHODAS 2.0 üks olulisi rakenduslikke meetmeid teabe pakkumisel puude ulatuse kohta erinevates elanikkonna rühmades, sealhulgas vähemate ressursside korral (Maart ja Jelsma 2012).

ÜRO statistikakomisjoni (UNSC) moodustatud Washingtoni rühm (*The Washington Group on Disability Statistics, WG*) on välja töötanud küsimuste kogumi, mida kasutada rahvaloenduste ja uuringute korraldamisel. Selles rakendatakse puuete määratlemiseks ja mõõtmiseks RFK-põhist lähenemisviisi ning järgitakse riiklike statistikaametite põhimõtteid ja tavasid. Need küsimused võib lisada igasse küsimustikku ja uuringusse. Lühiküsimustik hõlmab kuut funktsionaalset valdkonda (tegutsemine): nägemine, kuulmine, liikumine, tunnetus, enesehooldus ja suhtlemine. Küsimused terviseprobleemide tõttu teatud tegevuste sooritamisel esinevate raskuste kohta on alljärgnevad.

1. Kas teil on raskusi nägemisega, isegi kui kannate prille?
2. Kas teil on raskusi kuulmisega, isegi kui kasutate kuuldeaparaati?
3. Kas teil on raskusi kõndimise või trepist ülesminekuga?
4. Kas teil on raskusi mälu või keskendumisega?
5. Kas teil on raskusi enesehooldusega, näiteks kogu keha pesemisega või riietumisega?
6. Kas teil on tavapärase (hariliku) keele kasutamisel raskusi suhtlemisega (näiteks teiste mõistmiseks või enda teistele mõistetavaks tegemisel)?

Igal küsimusel on neli vastusevarianti, mis võimaldavad tuvastada kogu funktsioneerimisvõime spektri alates kergetest probleemidest kuni tõsiste probleemideni: probleemid puuduvad, mõned probleemid, palju probleeme või suutmatus üldse midagi teha.

Kuus eespool loetletud küsimust hõlmavad mõningaid olulisi, kuid mitte kõiki tegutsemise ja osaluse valdkondi. Vastuste kategooriad võtavad enda alla kogetud probleemide raskusastme ulatuse. Olenevalt huvipakkuvast valdkonnast või valdkondadest ja raskusastme piirväärtuse valikust võib kirjeldada mitut puude stsenaariumit. Põhiküsimustiku abil on võimalik puudeid määratleda rohkem kui ühel viisil, mistõttu hinnangud levimuse kohta rahvastiku seas võivad erineda nii suuruse kui ka sisu poolest.

Kasutades küsimustiku lühiversiooni, soovib Washingtoni rühm rahvusvahelise võrreldavuse huvides puudega ja puudeta elanikkonna määratlemiseks ja puuete levimuse määra arvutamiseks ja raporteerimiseks kasutada alljärgnevat piirväärtust.

„Alamrühm „puudega“ hõlmab kõiki, kellel on vähemalt üks valdkond kodeeritud kui „palju probleeme“ või „suutmatus üldse midagi teha“.“

Teisi piirväärtusi võib kasutada muudel eesmärkidel, kuid on oluline, et andmekasutaja määratleks, kuidas puude staatus on tuletatud. Sellist lähenemisviisi kasutati 2006. aastal Sambias tehtud elamistingimuste uuringus (Loeb *et al.* 2008) ning leiti, et 14,5% elanikkonnast märkis „mõned probleemid“ vähemalt ühes valdkonnas, 8,5% valis „palju probleeme“ vähemalt ühes valdkonnas ning 2,4% andis vastuseks vähemalt ühes valdkonnas „suutmatus üldse midagi teha“.

Washingtoni rühm lõpetas hiljuti funktsioneerimisvõime laiendatud küsimuste kogumi (ES-F) koostamise, mis peale kuue lühiküsimustiku valdkonna (nägemine, kuulmine, tunnetus, liikumine, enesehooldus ja suhtlemine) hõlmab funktsioneerimisvõime täiendavaid valdkonnad (ülakeha funktsioneerimisvõime, afektiivsus, valu ja väsimus) ning annab rohkem

teavet valdkonna kohta, näiteks abivahendite kasutamine ja funktsioneerimine abiga ja abita. See küsimuste kogum on mõeldud kasutamiseks rahvastiku-uuringute osana, uuringute täiendusena või puuetega inimeste uuringu põhiosana.

Käimas on töö, et koostada teisi laiendatud kogumeid, sealhulgas spetsiaalselt lastele suunatud ja keskkonnale keskenduva küsimustik. Washingtoni rühma kui organisatsiooni ja nende saavutuste üksikasjad on kättesaadavad aadressil http://www.cdc.gov/nchs/washington_group.htm.

Küsimusi funktsioneerimisvõime kohta võib lisada loendustele või uuringutele, sealhulgas uuringutele, mille põhirõhk võib olla väljaspool tervise ja puude valdkondi. Selliseid küsimusi järjepidevalt uuringutesse lisades on võimalik aja jooksul trende jälgida ning hinnata strateegiate mõju, mis on suunatud tegutsemis- ja osaluspiiranguid mõjutavatele teguritele.

5.9. Kuidas saavad rahvastikuandmed aidata uurida võrdsete võimaluste tulemusi?

Rahvastikupõhiste uuringute andmete alusel saab uurida ja jälgida võrdsete võimaluste tulemusi ja sotsiaalset kaasatust, et täita puuetega inimeste õiguste konventsiooni nõudeid. Kuid selleks, et teha kindlaks, kas puudega inimesed on saavutanud täieliku sotsiaalse kaasatuse, tuleb esmalt kindlaks teha, kes nad on.

Rahvastikupõhiste uuringute andmeid saab kasutada võrdsete võimaluste tulemuste ja sotsiaalse kaasatuse uurimiseks seoses puuetega inimeste õiguste konventsiooni nõuetest.

Võrdsete võimaluste hindamist puude mõõtmise eesmärgil on võimalik teha rahvaloendusega. Aja jooksul võib rahvaloendus sellist hindamist võimaldada, sest jälgides ja hinnates puuetega üksikisikute tulemusi, on võimalik teha järeldusi selliste sotsiaalsete meetmete edukuse kohta, nagu näiteks diskrimineerimisvastased õigusaktid ja asjaomane poliitika või teenuse- ja rehabilitatsiooniprogrammid, mis on ette nähtud selleks, et parandada ja võrdsustada puudega inimeste osalust kõigis eluvaldkondades.

Selleks et rahvaloenduse andmete alusel puude staatus määrata, võib puudega üksikisikuid määratleda inimestena, kellel on võrreldes üldise elanikkonnaga suurem risk kogeda piiranguid konkreetseid ülesandeid (tegevused) täites või ühiskonnas osaledes. Peatükis 5.8 kirjeldatud Washingtoni rühma küsimuste näitel võiks see rühm hõlmata inimesi, kellel esineb raskusi ühes või mitmes kuuest põhivaldkonnast – nagu näiteks kõndimine või kuulmine –, isegi kui nende kogetud raskusi on leevendanud keskkonnategurid, nagu näiteks abivahendite kasutamine, toetavas keskkonnas elamine või rohkete ressursside olemasolu. Mõni neist inimestest ei pruugi kogeda osalusega seotud piiranguid, kui on tehtud vajalikud kohandused inimese enda tasandil või tema keskkonnas. Kuna neil inimestel esinevad raskused kuues põhivaldkonnas, peetakse neid üldise elanikkonnaga võrreldes siiski riskirühmaks osaluspiirangute tekkimise tõttu. Elukoha puudumisel võib selle elanikkonna osaluse tase olla ohustatud.

Kuna rahvaloendused hõlmavad sageli ka mitmesuguseid küsimusi selliste eluliste aspektide kohta, nagu eluase, tööhõive, transport, sissetulek ja perekond, võib puudega inimeste tulemusi (nagu määratletud ka käesolevas kogumikus) võrrelda üldelanikkonna tulemustega, kui asjakohased küsimused on kaasatud. See loob võimaluse uurida võrdsete võimaluste tulemusi.

6 RFK kasutamine haridussüsteemis

6.1. Kas RFK on haridussüsteemis kasulik?

RFK on praktikas kasulik, aidates asendada varasemaid puuete kirjeldamisi või sildistamist, mis võisid kaasa tuua eraldatuse või diskrimineerimise haridusvaldkonnas. RFK aluseks olev biopsühhosotsiaalne mudel ei eita puude mõju funktsioneerimisvõimele – pigem määrab see kindlaks funktsioneerimisvõime, mis on vajalik osalemiseks konkreetses vanuses. Oma tegutsemise ja osaluse komponentide abil suudab RFK täiustada terviseseisundite ja häirete kirjeldusi õppimise ja arengu teabega.

RFK suudab täiendada terviseseisundite ja puuete kirjeldust õppimisele ja arengule keskenduva teabega.

RFK-d saab kasutada kõikides õpikeskkondades, et toetada järjepidevust hariduse omandamisel ja üleminekul ühelt haridustasemelt järgmisele või sellele järgnevale tööelule ja töölesaamisele. RFK kasutamine nii klassiruumis kui ka kooliga seotud kliinilises praktikas loob ühtse keele haridus-, sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi osutatavate teenuste koordineerimiseks.

6.2 Kas RFK on abiks kliinilise ja haridusalase teabe ühendamisel?

Selleks et RFK teave oleks haridusalaselt asjakohane, tuleb mõista probleemide, puudujääkide, funktsioonihäirete ja struktuuri kahjustuste infot haridusvaldkonna osaluse kontekstis. Siinkohal on oluline märkida, et puude ja õppeedukuse või suutlikkuse ja soorituse vahelised seosed konkreetses õpikeskkonnas ei ole kunagi otsesed, vaid neid seoseid tuleb lähemalt uurida ja mõtestada. Hariduse kontekstis peaks funktsioneerimisvõime alase teabe häirete ja kahjustuste kohta ühendama funktsioneerimisvõime teabega õppimise seisukohalt ning seda tuleb mõista spetsiifiliste erinõuete kontekstis, mis on vajalikud edukaks osalemiseks hariduses ja mis võivad erinevates õpikeskkondades märkimisväärselt erineda.

*RFK loob raamistiku
puudepõhise kliinilise ja
haridusalase info
ühendamiseks.*

RFK loob raamistiku nii erivajaduse- ja õppekavapõhise kui ka kliinilise ja haridusalase teabe ühendamiseks. Funktsionaalsed hindamisvahendid, nagu näiteks Wee-FIM (Functional Independence Measure for Children) või PEDI (Paediatric Evaluation of Disability Inventory), annavad teavet funktsioneerimisvõime piirangute kohta ning RFK aitab seda teavet siduda hariduse jaoks oluliste valdkondadega, sealhulgas valdkonnaga „Õppimine ja teadmiste rakendamine“.

6.3 Kas RFK-d saab kasutada hindamiseks haridusvaldkonnas?

Osaluse mõiste, mida RFK määratleb kui „kaasatus elulisse situatsiooni“, on abistav lähtepunkt uurimaks võimalikke põhjuseid ja dünaamikat keskkonna ja õppimise vahel. RFK abil saab luua silla tervise, arengu, õppekava ja sotsiaalsele dünaamikale keskenduvate hinnangute vahel. RFK tagab neutraalse raamistiku, mida saab seostada normi- või kriteeriumipõhiste mõõtmistega. Terviseseisundi kontekstis saab RFK-d täies ulatuses kasutada mõistmaks häirete ja kahjustuste, tegutsemispiirangute ja keskkonnategurite mõju osalusele hariduses kui peamises eluvaldkonnas.

RFK tagab neutraalse raamistiku, mis võib olla sillaks tervisele, arengule, õppekava sisule ja sotsiaalsele dünaamikale keskenduvatele hindamistele..

RFK on raamistik, mis võimaldab kirjeldada olukorda lähtudes inimese funktsioneerimisvõimest. RFK mõtestab haridust tervise, mitte pädevuse kontekstis, samas aitab ühendada hindamistulemusi mõlemast vaatenurgast, et anda terviklik pilt lapse funktsioneerimisvõimest konkreetsetes õpikeskkonnas. See võib toetada riiklikke õppekavasid või standardeid, mis üldiselt on muidu seotud ametialastele teadmistele keskendunud hindamis- või testimisprotseduuridega.

Haridussüsteemis on hindamise peamine põhjus saada teavet õpilase saavutuste või edusammude kohta. Vanusele kohandatud õppimise või arengu probleemid põhjendavad hindamist haridusliku erivajaduste tuvastamiseks. Alati pole selge, mil määral võivad õpiraskused olla tingitud terviseseisundist, ebasoodsast sotsiaalsest olukorrast või puudulikust õpetamisest.

6.4 Kas RFK-d saab kasutada hariduses osaluse mõistmiseks?

Osaluse mõiste on RFK-s määratletud kui „kaasatus elulisse situatsiooni“. Hariduse kontekstis tähendab see aktiivset osalemist ülesannetes, tegevustes ja rutiinides, mis on tavapärasel vanuses lastele konkreetses hariduslikus süsteemis. Haridus on RFK-s peamine eluvaldkond ja kõigil õpilastel peaks olema õigus osaleda hariduses ning neile tuleks anda võimalus arendada oma annet ja potentsiaali, olenemata sellest, kas neil on puue või mitte. RFK-d saab kasutada näitajate väljatöötamise raamistikuna, selleks et mõõta laste üldist osalemist hariduses ja tuvastada puudega lapsi.

RFK-d saab kasutada raamistikuna kriteeriumite väljatöötamiseks, et mõõta laste üldist osalemist hariduses.

Hariduse kontekstis tähendab osalus ka seda, et vanematele ja lastele antakse arvamuse avaldamise võimalus laste hariduse kohta. Lapse õiguste konventsiooni artiklis 12 on öeldud, et „lapsel [...] [on tagatud õigus] väljendada oma vaateid vabalt kõikides teda puudutavates küsimustes, hinnates lapse vaateid vastavalt tema vanusele ja küpsusele“.

Haridus eluvaldkonnana koosneb paljudest elulistest situatsioonidest, sealhulgas klassiruumis istumisest, suhtlemisest õpetajate ja eakaaslastega, kooliõues mängimisest või õppereisile minekust. Need elulised situatsioonid hõlmavad olukorrale tüüpiliste rutiinide, konkreetsete ülesannete järjestuste või tegevuste täitmist. Osaluse mõõtmiseks on mitmeid RFK-ga ühilduvaid hindamisvahendeid, näiteks CASP (Child and Adolescent Scale of Participation) või PEM-CY (Participation and Environment Measure for Children and Youth). Selleks et mõista osalust hariduses täielikult, tuleks tähelepanu pöörata sellele, kuidas ülesandeid või rutiine muuta, et tagatud oleks üleüldine osalus konkreetses keskkonnas. Ei piisa lihtsalt õpilase soorituse mõõtmisest etteantud ülesannete täitmisel etteantud keskkonnas.

6.5 Kas RFK-d saab kasutada õpikeskkondade analüüsimiseks?

Haridus on RFK-s mõtestatud ka keskkonnana, kus luuakse erinevad olukorrad või elulised situatsioonid. RFK klassifikatsiooni ja raamistikuna aitab mõista õpikeskkondade ja puuetega õpilaste osalemise vastastikust mõju. Osalust võib vaadelda ka haridusteenuste, -süsteemide ja strateegiate kaasatuse näitajana.

RFK saab toetada õpilase funktsioneerimisvõime ja tema keskkonna vastastikuse mõju hindamist.

Haridusteenused, -süsteemid ja -strateegiad on lisatud keskkonnategurite viiendasse peatükki. Puuetega inimeste õiguste konventsiooni artikkel 24 osutab õigusele omandada haridust ja riikidele esitatavale nõudele tagada kaasav haridussüsteem.

RFK on raamistik, mis esindab teavet õpikeskkondade kvaliteedi kohta, sest see võib olla seotud õpilaste funktsioneerimisvõime raskustega. RFK keskkonnategurite peatükkide sisu alusel saab kirjeldada hariduslikke keskkondi ning koondada teavet hariduslike võimaluste kvaliteedi, tugisüsteemide kättesaadavuse või õpetajate ja teiste haridussüsteemis töötavate spetsialistide uskumuste ja hoiakute kohta. Olemasolevad töövahendid ja standardid, millega hinnata koolikeskkonna kõiki aspekte, sealhulgas „võimalusi õppida“, on võimalik RFK abil kaardistada ja sobitada õpilaste funktsioneerimisvõime profiilidega. Seega, RFK saab toetada õpilase funktsionaalsete karakteristikute ja keskkonna vastastikmõju hindamist.

6.6 Kas RFK-d saab kasutada hariduslike tugiteenuste õigustatuse tuvastamiseks?

Õigustatus tähendab kriteeriumitele vastamist, et saada teenuseid, ja toetusi või hüvesid, mis ei ole universaalselt kõikidele inimesele. ei pakuta kõigile inimestele. Selle asemel et tuvastada õigustatus pelgalt terviseseisundi diagnoosi või häirete ja kahjustuste raskusastme põhjal, saab RFK-d kasutades tuvastada puudujääke osaluses ning seada funktsioneerimisvõimega seotud eesmärgid. Seejärel saab määratleda meetmed nende eesmärkide saavutamiseks.

RFK-d saab kasutada osaluslõnga tuvastamiseks ja funktsioneerimisvõime eesmärkide seadmiseks.

Puuetega inimeste õiguste konventsioonis määratakse nõue, et riik peab pakkuma kaasavat haridust soodustavaid mehhanisme, mis tagaksid asjakohase toe ning kindlustaksid seeläbi kõigile õpilastele, sealhulgas puudega õpilastele, juurdepääsu ja osaluse. Mõnel juhul võib see tähendada täiendava toe, abi või kohanduste vajadust, mis hõlbustaks või edendaks õppimist ja arengut. RFK loob raamistiku ja ühise keele puude sidumiseks haridusliku keskkonnaga.

Olemasolevate ressursside õiglase ja tõhusa kasutamise tagamiseks on vajalik sätestada lävendid. RFK hõlbustab erinevate lävendite kombinatsioonide seadmist, et keskenduda mitte üksnes häirete ja kahjustuste raskusastmele, vaid ka osaluse minimaalsetele lävenditele. Funktsionaalne lähenemine sobivuse kindlakstegemisel võimaldab erinevatel eesmärkidel kasutada erinevaid õpilaste hindamise eritingimusi ja lävendeid. Näiteks võib tuua eksamite sooritamise, kooli vastuvõtmise või täiendava toetuse saamise kriteeriumid. See muudab pikaajalise mõjuga otsused läbipaistvaks, nagu näiteks üleviimine hariduslike erivajadustega õpilaste kooli või vaimse tervise probleemide tõttu ajutine eemaldamine tavapärasest õppetegevusest.

Lahter 17. RFK-põhine standardmenetlus

Alates 2011. aasta jaanuarist on Šveitsi kantoni haridussüsteemis rakendatud mitmemõõtmelist kontekstitundlikku menetluskorda. Menetluskord põhineb rahvusvahelisel funktsioneerimisvõime klassifikatsioonil (RFK) ning on kooskõlas ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni põhimõtetega. Menetluskord koosneb kahest osast: 1) teabe korrastamine lapse hetkeolukorra kohta ja 2) teabe korrastamine lapse edasise olukorra kohta osapoolte planeeritud tegevuskaavast lähtudes. Kasutades RFK-d mudeli ja klassifikatsioonina, võivad tehtavaid otsuseid mõjutada erinevad tegurid (tegutsemine ja osalus, keskkonnategurid ja personaalsed tegurid), kuid otsustusprotsessi on nii laps kui ka vanemad aktiivselt kaasatud.

Menetluskord on saadaval aadressil: <http://www.edk.ch/dyn/23728.php> (saksa, prantsuse ja itaalia keeles). Vt Hollenweger, 2011.

6.7. Kas RFK-d saab kasutada eesmärkide seadmiseks?

RFK võimaldab luua aluse eesmärkide seadmiseks, kuna toetab erinevatest allikatest, praktikatest ja vaatenurkadest pärineva hindamisteabe integreerimist. Selleks et edendada puudega õpilaste aktiivset õppimist ja arengut, tuleb kaaluda kõigi sidusrühmade seisukohti. Näiteks võib õpilase enesehindamisel saadud tulemus erineda oluliselt õpetaja, terapeuti või koolipsühholoogi hinnangust, kuid neid kõiki tuleb arvesse võtta. Keskkondades, kus õpetajad ja õpilased on pidevas suhtluses, peaks hindamine olema pidev protsess.

RFK võib luua aluse eesmärkide seadmiseks, kuna toetab erinevatest allikatest, praktikatest ja vaatenurkadest pärineva hindamisel saadud teabe integreerimist.

See protsess koondab erinevad vaatlused, testitulemused, aruanded ja muu hindamisalase teabe, mis on aluseks eesmärkide seadmisel (kujundav hindamine või õppimise hindamine).

Mõnel juhul võib eesmärkide seadmine põhjustada vastuolusid ja dilemmasid, olenemata sellest, kas eesmärgid on arengupõhised, tervislikust seisundist tulenevad või üldhariduslikku laadi. RFK raamistik aitab kasutajal eristada ja tasakaalustada eesmärgi erinevaid dimensioone, nagu näiteks eesmärgid, mis on suunatud häire muutmisele (nt häälefunktsioonide parandamine), kompenseerivaid eesmärgid (nt suhtlemisoskuste tõhustamine, et piirata kõnetakistuse mõju), arengulisi eesmärgid (nt olla võimeline adekvaatselt suhtlema erinevates sotsiaalsetes tingimustes) või õppekavaga seotud eesmärgid (nt kirjaoskus, nagu on määratletud rahvusvahelises õpilaste hindamise programmis (PISA)).

RFK aitab kasutajal hinnata keskkonnategurite ja inimese funktsioneerimisvõime vahelist sobivust, et otsustada, kas eesmärgid tuleb seada funktsioneerimisvõime probleemidega tegelemiseks, keskkonna kohandamiseks või mõlema jaoks. Erinevatel spetsialistidel, lapsevanematel ja lapsel võivad olla eri arvamused sellest, kuidas edasi minna. RFK on kasulik raamistik selgitamiseks ja integreerimiseks erinevate spetsialistide ja teiste kaasatud inimeste seadud eesmärgid. On eriti tähtis, et individuaalse õppe planeerimisse saaksid kaasatud lapse ja lapsevanemate seisukohad, sest laps peab olema suuteline aktiivselt eesmärkide saavutamises osalema.

6.8. Kuidas saab RFK-d kasutada õpitulemuste hindamiseks?

Nagu kliinilises või muus sekkumiskeskkonnas, saab RFK-d kasutada ka hariduse kontekstis tehtud sekkumiste tulemuslikkuse või tõhususe hindamise struktureerimiseks. Hariduses on eesmärgid üldjuhul laiemad kui kliinilises praktikas ning sekkumised on vähem spetsiifilised ja pikema kestusega ning on suunatud pigem õppimisele ja arengule kui konkreetsetele funktsioonidele. RFK raamistik võimaldab eesmärgid kaardistada enne sekkumist, selle kestel ja pärast sekkumist. RFK abil saab integreerida erinevatest allikatest pärineva mitmekesise kvalitatiivse ja kvantitatiivse teabe, et õpilase tulemustest oleks laiem pilt.

RFK-d saab kasutada hariduskeskkonnas kavandatud sekkumiste tõhususe ja mõjususe hindamise struktureerimiseks, nagu seda tehakse kliinilises või muus sekkumiskeskkonnas.

Osalus on RFK-s kesksel kohal, olles tervise ja hariduse vahel nn piirikontseptsioon. Seda võib mõista nii protsessi (kaasatus elulisse situatsiooni) kui ka hariduse tulemusena (sooritus). RFK-l on head eelised olla vahend puuetega inimeste õiguste konventsiooni haridust käsitleva artikli 24 rakendamise jälgimiseks ja mõõta, mil määral on asjaomane haridussüsteem võimeline õpilastele õppimisvõimalusi looma.

Kui RFK adekvaatselt siduda olemasolevate kvaliteedinäitajate süsteemidega, võib seda kasutada õpilaste tulemuste hindamisel vahendina, mis võtab arvesse häirete ja kahjustuste ning tegutsemispiirangute võimalikku mõju õppimisele ja saavutustele. Tänu inimese funktsioneerimisvõimega seotud universaalsele lähenemisviisile võimaldab RFK integreerida puuetega seotud teabe haridusalase vastutuse protseduuridega. Erinevalt traditsioonilistest puude raskusastmetest võimaldab RFK kasutajal siduda funktsioneerimisvõime saavutuste ja mitteakadeemiliste tulemustega. Erinevusi õpilase tulemustes saab võrrelda õpilaskonna mitmekesisusega, mis aitab mõõta kooli edukust kõigi õppijate õpiedukuse järgi.

6.9. Kas RFK aitab hõlbustada koostööd ja integreerida erinevaid vaatenurki?

Erinevatel sidusrühmadel on erinev perspektiiv ja potentsiaalselt erinevad prioriteedid puudega õpilase hariduses. RFK saab toetada töövahendite ja protseduuride väljatöötamist, mis hõlbustavad sektorite ja praktika ülest suhtlemist ja koordineerimist.

RFK bio-psühho-sotsiaalne mudel loob sisendi spetsialistide, poliitikakujundajate, lapsevanemate ja üldsuse mitmekesiste vaadete ja huvide jaoks.

RFK saab toetada töövahendite ja protseduuride väljatöötamist, mis hõlbustavad sektorite ja praktika ülest suhtlemist ja koordineerimist.

RFK võimaldab välja töötada ja rakendada ühtset keelt ja standardiseeritud otsustusprotseduure, et tagada kõigi poolte kaasatus probleemide lahendamisse.

RFK on keeruline teabesüsteem, mille õigeks kasutamiseks on vaja korralikku sissejuhatust ja koolitust. Seda kindlasti juhul, kui õpilased kasutavad RFK-ga ühilduvat struktuuri enesehindamiseks, keskkonnast tulenevate takistavate tegurite hindamiseks või vestlustes õpetajate ja vanematega õpilase õppimise, arengu ja funktsioneerimisvõime kohta. RFK sisu ja formaat peaksid olema õpilaste jaoks tähenduslikud ja kättesaadavad ning need peaksid neid aktiivsete õppijatena toetama. Näiteks võib RFK sisu esitamiseks kasutada piktogramme ja jooniseid. Õpilaste õpimapid võiksid olla struktureeritud RFK eluvaldkondade järgi, et ilmestada õpilaste edusamme. Kui õpilaste enesehindamise raportid oma edusammude, huvide või raskuste kohta järgivad õpetajate ja terapeutide kasutatavate hindamisvahenditega sama struktuuri, saavad õpilastest partnerid hindamis-, planeerimis- ja hindamisprotsessides.

7 RFK kasutamine poliitilistel eesmärkidel

7.1 Miks on oluline kasutada standardseid puude kontseptsioone erinevates poliitikavaldkondades?

Puuetega kaasnev probleemistik mõjutab läbivalt kõiki tegutsemisvaldkondi. Ajalooliselt on erinevates poliitikavaldkondades olnud tava, et igaüks töötab välja oma isiklikud töötavad määratlused ja puudega seotud mõisted. Järjest suureneva majandusliku ja demograafilise surve tõttu sotsiaalhoolekande süsteemidele, on riikidel surve arendada sektoriüleseid tegevuskavasid jätkusuutlikkuse tagamiseks. Kasutades RFK-d puuete mõistmiseks, saab ühine lähenemisviis olla aluseks üleminekule hoolekandetoetuste eraldamiselt sotsiaalpoliitika kui kaasava ühiskonna loomise vahendi kasutamisele (nt kompenseerivatelt strateegiatelt integreerivatele või võimaldavatele strateegiatele).

Läbivate teemade, näiteks vaegustega seotud strateegiate väljatöötamisel on oluline kasutada standardiseeritud mõisteid.

Teenuste osutamise ja jälgimise õiglase süsteemi jaoks on oluline erinevates poliitikavaldkondades registreerida puudeid võrreldavalt ning arendada ühilduvad statistika ja indikaatorite süsteemid. Näiteks on võimalik näha, kas sarnase puudetasemega inimesed saavad samasugust tuge vanuse lõikes olukordades, kus puudega eakate ja nooremaeliste jaoks on olemas erinevad süsteemid. Järjepidevus võimaldab klientide arvu võrrelda ka kogu elanikkonnaga ning rahuldamata vajadused peavad saama hinnatud.

Valdkondadevahelise poliitika raames, mis keskendub sotsiaalsele arengule ja mida edendab näiteks Maailmapank (2007), tuleks „puude“ mõiste üle vaadata ja mõtestada see millenagi, mida on võimalik muuta ja hallata. RFK loob raamistikku puuete seesuguseks rakendamiseks ja aitab ühtlustada toetavat, integreerivat ja võimaldavat poliitikat. Sotsiaalpoliitiliseks sisendiks ja puudega inimeste ühiskonda integreerimise edendamiseks on vaja töötada mitmete lävendite ja keskkondlikult tundlike kontseptsioonidega, nagu näiteks osaluspiirangud. Mitme lävendi kasutamine võib osutada eeliseks, kuna seeläbi on võimalik erinevaid analüüse ja varieeruvaid võrdlusi teha. Näiteks RFK-põhised kriteeriumid loovad lävendid, mis on kooskõlas poliitika eesmärkidega.

7.2 Miks kasutada RFK-d poliitika kujundamisel?

„Puude“ mõistel võib paljude jaoks olla erinev tähendus ja seetõttu seisavad poliitikakujundajad silmitsi keeruliste ja sageli väärtelt määratletud probleemidega. Põhjuse ja tagajärje, sekkumistüüpide või pakutud lahenduste piisavuse kohta võib esineda erinevaid arvamusi. Poliitiliste muutuste rahaliste tagajärgede või erinevate sidusrühmade vastuoluliste seisukohtade ja arvamuste suhtes võib esineda olulist ebakindlust.

RFK kasutamine raamistiku ja ühtse keelena saab poliitika kujundamist hõlbustada.

RFK kasutamine raamistiku ja ühtse keelena võib poliitika kujundamist hõlbustada. Näiteks tutvustas Saksamaa RFK-d põhiraamistikuna oma üheksandas sotsiaalkindlustusseadustikus (*Neuntes Sozialgesetzbuch*), samas kui Jaapan rakendab RFK-d mitte üksnes oma riigisisestes õigusaktides ja poliitikas, vaid ka puudega seotud valdkondades, nagu näiteks pikaajalises hoolduses (lahter 18). RFK võib luua seoseid ka puuetega inimeste õiguste konventsiooni, olemasoleva olukorra kohta kehtivate andmete, erinevate osapoolte arvamuste ning strateegiatega või programmide kavandatud muutustega. Riigid, mis on allkirjastanud ja ratifitseerinud puuetega inimeste õiguste konventsiooni, seisavad silmitsi vajadusega arendada strateegia oma kohustuste täitmiseks.

Lahter 18. RFK Aasias ja Vaikse ookeani piirkonnas

RFK on võetud kasutusele paljudes tervise seotud poliitikavaldkondades ja õigusaktides Aasias ja Vaikse ookeani piirkonnas. Näiteks:

Biwako aastatuhande tegevusraamistik Aasia ja Vaikse ookeani piirkonna inimeste ehk Aasia ja Vaikse ookeani riikide esindajate 2002. aasta oktoobris sõlmitud deklaratsioon kajastab, et „eelduste kohaselt loob RFK laiem kasutamine asjaomase piirkonna riikides aluse ühisele määratlemise ja klassifitseerimise süsteemile“.

Puudega inimeste põhiprogramm: Jaapani valitsuse (2002) kümneaastane programm inimestele kehtestab, et „erinevate tervise seotud seisundite paremaks mõistmiseks tuleks kasutada RFK-d“.

Tervise ja isikliku hügieeniga seotud strateegiad: RFK võeti kasutusele paljudes valdkondades, sealhulgas rehabilitatsioonis, pikaajalises hoolduses ja selle ennetamises, psühhiaatriliste diagnoosidega inimeste iseseisva toimetuleku toetamises, riiklikes tervisekontrollides ja tervise seotud erialadel jms.

Muud valdkonnad: RFK võeti muuhulgas kasutusele erihariduses, humanitaarabi raames ja uute funktsioneerimisega seotud probleemide ennetamises pärast loodusõnnetusi.

Okawa ja Ueda 2008

Parim viis keerulisi sotsiaalseid probleeme käsitleda (nt puude mõju erinevates eluvaldkondades) on tagada järgmine: piisav probleemi mõistmine, kõigi asjaosalistega konsulteerimine ja nende osalus, tõendus põhine otsustusprotsess ning analüütiline rangus kogu strateegia loomise tsükli vältel. Seda võib vaadelda kui probleemide tuvastamist, tegevuskava paikapanekut, strateegia väljatöötamist, rakendamist ja hindamist. Visioonid ja üldised sotsiaalsed eesmärgid peaksid suunama poliitiliste eesmärkide sõnastamist, arvestades olemasolevate ressursside ja muude piirangutega. RFK kasutamine ühtse keelena kogu strateegiaga seotud tsükli jooksul võib hõlbustada valitsuse algatuste, poliitikakomponentide ja erinevate rühmade seotud tegevuste kooskõlastamist ja ühtlustamist. Strateegia väljatöötamise protsessis saab RFK-d kasutada aluskaardina, et luua hästi suhestuvaid töövahendeid teadmiste jagamise, andmete ja teabe ning protsessi juhtimise jaoks.

7.3 Kuidas saab RFK aidata tõsta teadlikkust ja tuvastada probleeme?

Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja RFK keskkonnategurite viies peatükk kirjeldavad teenuseid, süsteeme ja strateegiaid, mis võivad inimese osalust suurendada või takistada. Riiklike strateegiate tegevuste kaardistamine RFK abil annab ülevaate, kuidas olemasolev teenuste pakkumine erinevates poliitikavaldkondades seostub funktsioneerimisvõimega.

Strateegiate väljatöötamisel on headeks esimesteks sammudeks probleemide tuvastamine ja arusaamine, kuidas need probleemid laiemat avalikkust mõjutavad. Sotsiaalse arengu seisukohalt on esmatähtis mõista puudega inimeste probleeme, mis on seotud nende osaluspiirangutega.

*Riiklike strateegiate
parameetrite kaardistamine
RFK-ga annab ülevaate, kuidas
praegune teenuste pakkumine
erinevates
poliitikavaldkondades on seotud
funktsioneerimisvõimega ja
millised võivad olla
puudujäägid.*

Tõenäoliselt kõige ilmsem viis tuvastada RFK abil poliitika ja ühiskonna probleeme on RFK-põhise statistika ja indikaatorite kaudu.

- Kui rahvastikupõhised statistilised näitajad tuginevad ühisele raamistikule ja kasutavad RFK-põhist „puude identifikaatorit“, saab kirjeldada puuetega inimeste erinevaid kogemusi võrreldes teiste ühiskonnas elavate inimestega. Üks selline näide erinevates riikides on puudega inimeste märkimisväärselt madalam tööhõive määr võrreldes inimestega, kellel ei ole puuet (OECD 2003). Selliste võrdluste kaudu võib tuvastada, et puudega inimesed on tõenäoliselt vähem kaasatud sporti, hoolimata nende huvist või soovist osaleda. Edasine uurimine võib selgitada, kas see on tingitud sobivate spordialade või ligipääsetavuse puudumisest, spordivaldkonna juhtide hoiakutest või mõnest muust põhjusest. Kui põhjused tuvastatakse, on võimalik strateegiaid ja programme nende järgi muuta.
- Kui haldus- ja süsteemipõhised andmed põhinevad RFK-l ning jagavad rahvastikuga seotud andmetega ühiseid mõisteid, on võimalik nõudlust (rahvastikuandmete põhjal) ja pakkumist (teenuseandmete põhjal) võrrelda, et tuvastada vajadus teenuste järele.
- Nendes riikides, kus ühtset raamistikku puuetega seotud statistika eesmärgil ei kasutata, pole andmete koondamine (või andmete jaotamine) võimalik puude erineva määratluse tõttu või seetõttu, et indikaatorid ei pruugi ühilduda.

Praegu on RFK mudel alakasutatud probleemsete valdkondade tuvastamiseks ning teabe kogumiseks inimese ja keskkonna vastastikmõju kohta. Näiteks kui rahvastiku-uuringud otsivad teavet keskkonnaalaste takistavate tegurite kohta hariduses, võiks välja selgitada peamised probleemsed valdkonnad kogu elanikkonnas. See võiks hõlmata selliseid tegureid, nagu näiteks ühistransport, strateegiad või õpetajate või õpilaste suhtumine. Kui need tegurid on kindlaks tehtud, võivad need olla valitsuste ja laiema kogukonna ühise tegevuse objektiks.

7.4 Kas RFK-st on abi poliitika väljatöötamisel?

RFK võib olla ühendav raamistik, üldine kontseptuaalne mudel ja tehniline ressurss poliitiliste valikuvõimaluste analüüsimisel ja mudelite väljatöötamisel, millega prognoosida poliitiliste valikute tõenäolist mõju. Sel viisil hõlbustab RFK võrdlust erinevate poliitiliste valikute vahel seoses poliitikavaldkondade hõlmatuse, eesmärkide, vahendite, strateegiate, vastutuse ja rahastamismehhanismidega.

*RFK hõlbustab
poliitikavalikute
analüüsi, kasutades
neutraalset ühtset keelt.*

RFK võimaldab kasutada neutraalset keelt ja tõdeda, et kõigil võib esineda erineval määral raskusi funktsioneerimisvõimega mõnes eluvaldkonnas mis tahes ajahetkel ning see ei põhine fikseeritud puuete rühmitamisel.

See võimaldab poliitikakujundajatel selgitada kavandatava poliitika võimalikku mõju ja luua administratiivsed nn puude klassid või sihtrühmad. Näiteks võivad paljud sotsiaalvaldkonna strateegiad keskenduda raskustele, mida inimene võib kogeda tööl, uurimata sealjuures keskkonnategureid, mis võimaldaksid edukamat osalust selles eluvaldkonnas.

Lõplik selektsioon erinevate poliitikavalikute vahel peaks olema mõjutatud puuetega inimeste õiguste konventsioonist lähtudes. RFK aitab välja töötada mittediskrimineerivaid strateegiaid.

- RFK on etioloogia suhtes neutraalne ja keskendub pigem inimese funktsioneerimisvõimele ja raskuste määrale kui tema terviseseisundile. Selle lähenemisviisi korral on tugiteenuste pakkumisega seotud strateegiad otseselt seotud tugiteenuste vajadusega, mitte vähem asjakohaste teguritega, nagu näiteks inimese seljaaju vigastuse või hulgiskleroosi diagnoosiga. Teine näide: keskendudes autismile kui tugiteenuste saamise kriteeriumile, diskrimineeritakse teisi muu terviseseisundiga inimesi, kellel võivad olla samasugused vajadused. RFK fookus on suunatud funktsioneerimisvõimele, mis aitab selliseid probleeme vältida.
- Tuginedes puude kõikehõlmavale käsitlusele ja keskendudes samas kogu elanikkonna tegutsemisele ja osalusele, võimaldab RFK tuvastada need valdkonnad, kus puudega inimestel on teistega võrreldes erinevad kogemused ja tulemused. See võimaldab tuvastada lüngad üldistes strateegiates ja programmides.

Lahter 19. Maailmapanga avakursus puude ja arengu käsitlemiseks (*World Bank Inaugural Disability and Development Core Course*)

Aastal 2012 korraldas Maailmapank puude ja arenguga seotud kursuse, et tõsta poliitikakujundajate teadlikkust puude ja puudega inimeste vajadustele vastavate strateegiate ja programmide väljatöötamise sotsiaalse ja majandusliku asjakohasuse kohta ning kaasata need põhimõtted poliitika väljatöötamise üldiselt ja valdkondlike strateegiate ja programmide tasandil.

Kursus põhines maailma puuetega inimeste aruandel (Maailma Terviseorganisatsioon ja Maailmapank 2011) ja selle raames kasutati RFK-d kontseptuaalse mudeli, raamistiku ja klassifikatsioonina. See hõlmas kuut omavahel seotud ja üksteist täiendavat teemat:

- puue: kontseptsioon, evolutsioon, definitsioonid ja mõõtmine;
- puudega inimeste sotsiaalne ja majanduslik seis;
- investeerimine inimkapitali: haridus, tervishoid ja rehabilitatsioon;
- puudega inimeste osalus tööturul;
- sotsiaalkaitse: sotsiaalsed turvavõrgud ja sotsiaalkindlustus;
- toetav keskkond: üldine ligipääsetavus, hoiakud, õigusloome ja institutsiooniline keskkond, füüsiline taristu, transport ning info- ja kommunikatsioonitehnoloogiad (IKT-d).

Kursuse peamise sihtrühma moodustasid Maailmapanga tehnilised töötajad ja valitsuse töötajad Maailmapanga kliendiks olevatest riikidest. Kursusel osalesid ka rahvusvahelistest organisatsioonidest ja abiandvatest organisatsioonidest pärit osalejad.

7.5 Kuidas saab RFK aidata kaasa planeerimisele süsteemide tasandil?

Paljudes riikides kasutatakse teenuste süsteemides vastuolulisi erinevates puude paradigmades juurdunud määratlusi. Näiteks on levinud puude käsitus üksnes tervises seisundile ja diagnoosile tuginedes, hoolimata teadmisest, et puuet mõjutavad lisaks keskkonnategurid. Puude definitsioonid, mida samastatakse töövõimetusega, on ise takistuseks kaasavale poliitikale ja tavadele. RFK toetab nihet puude staatiliselt käsituselt dünaamiliseks (OECD 2003) ja kohandab põhimõtteid, mis reguleerivad teenustele ligipääsu, määrates vastavad lävendid.

RFK toetab üleminekut puute staatilisest vaatepunktist dünaamiliseks. RFK esitatud puude määratlus hõlbustab integreeritud lähenemist.

Funktsioneerimisvõime probleemidega inimeste vajaduste rahuldamine on ühiskondlik kohustus. RFK-s esitatud puude määratlus hõlbustab integreeritud lähenemist. Puuetega inimeste õiguste konventsiooni järgiv universaalne ülesehitus eeldab, et riigid kujundaksid oma tooted, keskkonna, programmid ja teenused kõigile inimestele kasutatavaks. Samal ajal peavad riigid korraldama, tugevdama ja laiendama teenuseid, eriti tervishoiu, tööhõive, hariduse ja sotsiaalteenuste valdkonnas. Seega peaks puuetega inimeste õiguste konventsiooni kohaselt teenuste kavandamine süsteemide tasandil keskenduma elanikkonna üldisele funktsioneerimisvõimele poliitiliste prioriteetide ja eesmärkide järgi. Sellise lähenemisviisi kasutamine võib tasakaalustada ressursside jaotamist, tugevdada kõigile kättesaadavaid teenuse süsteeme ja kujundada konkreetsete sihtrühmade teenused.

RFK loob raamistiku integreerimaks teavet keskkonnategurite, elanikkonna üldise funktsioneerimise ja teatud tüüpi haiguste või häirete ja kahjustuste kohta spetsiifilistel alarühmadel. See osutub kasulikuks, kui hinnata lõhet käesoleva olukorra ja soovitud tuleviku vahel. Tõhusad teenuse süsteemid vajavad sektoriülest koordineerimist, eriti selliste laiemate probleemide lahendamiseks nagu vaesus ja sotsiaalne tõrjutus. Poliitilisi prioriteete ja eesmärke saab sektoriülevalt vahendada, kasutades RFK-põhist keelt, selleks et määrata eluvaldkonnad, millega tegeleda, ning minimaalne tagatav osaluse tase.

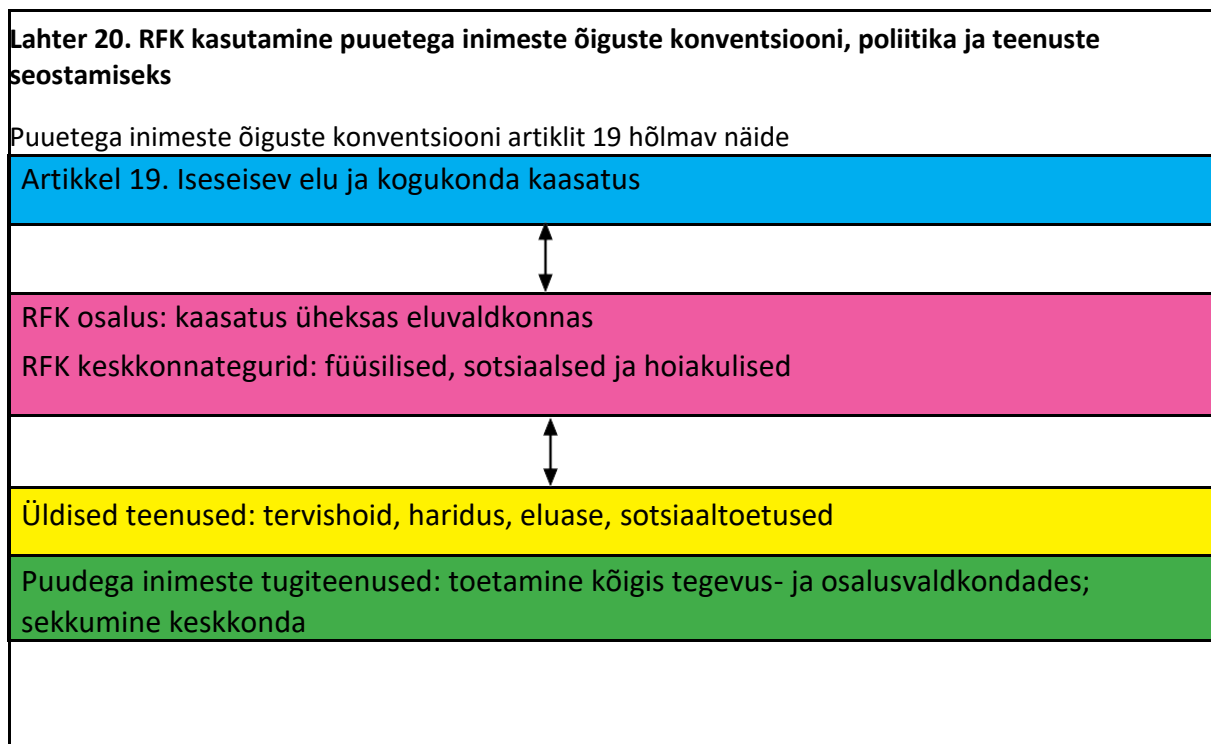
7.6 Kuidas saab RFK hõlbustada strateegiate rakendamist?

Strateegiad on olulised keskkonnategurid, mis mõjutavad inimeste elu ja heaolu. Strateegiaid rakendades saab RFK-d kasutada tehnilise vahendina, mis toetab teenuste valdkondade vahelist integreerimist. Selliselt aitab RFK rakendada ka puuetega inimeste õiguste konventsiooni. Lahter 20 illustreerib seda seost konventsiooni artikliga 19. RFK jaotised toetavad valitsuseülest vaadet, mis on samuti inimesekeskne, keskendudes üksikisiku osalusele kõigis eluvaldkondades ja samuti nende keskkonnale.

RFK raamistiku abil saab esile tuua keskkonna mõju tegutsemisele ja osalusele, võimaldades kindlaks teha vajalikud muudatused teenustes ja poliitikas.

Valdkondadevahelise poliitika edukat rakendamist hõlbustab potentsiaalne kontekstuaalne mõju, samuti toetab seda kõigi kaasatud osapoolte pühendumus, see tugineb sihtmärgistatud teenuste ja süsteemide muutumisvõimele ning selle raames tehakse koostööd võtmepartneritega. Sellisel moel võib RFK-st saada oluline vahend konteksti hindamiseks, suutlikkuse suurendamise toetamiseks ja tõhusa suhtluse tagamiseks.

RFK-d on pakutud rahvusvahelise arengu operatiivseks töövahendiks, millel on „potentsiaal suunata puuete käsitlust rahvusvahelises arengus“ (Vanleit 2008). RFK raamistik võib toetada laiemat raamistikku, mis toob esile keskkonnamõjud tegutsemisele ja osalusele, võimaldades seeläbi tuvastada vajalikke muudatusi teenustes ja strateegiates.



7.7 Kas RFK aitab hinnata ja jälgida poliitika mõju?

RFK-d saab kasutada poliitika eesmärkide ja suundade sõnastamisel ning raamistikuna kasutades teavet mitmesugustest andmeallikatest, et luua indikaatorite süsteem. RFK on teadusel ja õigustel põhinev vahend, mis aitab luua seosed andmete ja indikaatorite, samuti teaduslike väärtuste ja puuetega inimeste õiguste konventsiooniga hõlmatud õigustes väljendatud poliitiliste ja sotsiaalsete väärtuste vahel (Bickenbach 2011).

RFK tagab andmebaaside taristu põhikomponendid infosüsteemidele, mis toetavad programmi haldamist, jälgimist ja hindamist.

RFK kui klassifikatsioon on mõeldud teabe hankimiseks. Ülemaailmse standardina pakub RFK teabesüsteemide jaoks peamisi andmebaaside taristuid, et toetada programmi haldamist, jälgimist ja hindamist. Nii saab teenusepakujate kogutud andmed seostada tagasivaatavalt poliitika eesmärkide ja sihtmärkidega. Lahtris 21 on esitatud maatriks haridus-, tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemide toimimise analüüsiks ja seda kasutati raamistikuna osalusindikaatoreid välja töötades.

Lahter 21. Maatriks haridus-, tervishoiu- või sotsiaalsüsteemide toimimise analüüsiks						
	<i>Kronoloogiline perspektiiv</i>					
		Olukord/ sisend	Hindamine/ analüüsimine	Määramine/ kavandamine	Sekkumine/ tegutsemine	Hindamine/ tulemus
Süsteemide perspektiiv	Strateegiad					
	Süsteemid					
	Teenused					
Isiku funktsioneerimisvõime						
<p>See maatriks töötati välja MHADIE projekti raames (<i>Measuring Health and Disability in Europe, 6th Framework Programme</i>), et analüüsida haridussüsteemides kasutatud puude definitsioone ja mõisteid, panna paika kriteeriumid, esitada poliitilisi soovitusi kaasava hariduse kohta ja individuaalse hariduse kavandamiseks ning teenuste hindamiseks. Seejärel kasutati seda raamistikuna osaluse indikaatorite väljatöötamiseks.</p> <p><i>Hollenweger 2010; Euroopa Eriõppe ja Kaasava Hariduse Agentuur 2011</i></p>						

8 RFK kasutamine õiguste kaitse ja võimendamise eesmärgil

8.1 Kas RFK-d saab kasutada õiguste kaitseks?

RFK on kasulik erinevate funktsioneerimisvõime probleemide või puuetega inimeste jaoks, lisaks nende inimeste õiguste kaitse korral, sealhulgas probleemide korral, mis on seotud krooniliste haiguste, vananemise või pikaajalisel ravil viibimisega.

RFK loob raamistiku keskendumaks pigem üksikisiku olukorrale kui konkreetsetele teenustele ja sektoritele. See muudab RFK kasulikuks üldiste vajaduste või õiguste rikkumiste esiletoomiseks.

RFK kasutamine toetab üleminekut heategevuse mudelilt õigustepõhisele mudelile, et toetada õiguste kaitset.

RFK liigub kaugemale inimeste häiretepõhistest rühmadest ning kujutab endast raamistikku õiguste kaitsega seotud strateegiatega väljatöötamiseks poliitilise tegevuse, kohtuvaidluste või üldsuse teadlikkuse tõstmise kaudu. Sellisena suudab RFK ühendada erinevad rühmad ühtse lähenemisviisi alusel ja toetada funktsioneerimisvõime probleemidega inimeste õigusi.

Puuetega inimeste õiguste konventsioon on inimõiguste vahend ja rahvusvaheline normatiivne raamistik, milles kinnitatakse ja näidatakse, et kõik õiguste ja põhivabaduste jaotised rakenduvad ka puudega inimestele. Koosõlas ÜRO konventsiooni seisukohaga puude kohta, on RFK-l lai kasutusala ja see nõuab selliste keskkonnateguritega arvestamist, mis koos teiste teguritega mõjutavad funktsioneerimisvõimet.

Seega, RFK on potentsiaalselt võimas tõenduspõhise õiguskaitse vahend. Tõendeid diskrimineerimise ja keskkondlike takistavate tegurite kohta võib koguda häirete rühmade ja eluliste olukordade lõikes, et luua argumenteeritud alus sotsiaalseteks muutusteks või kättesaadavate teenuste pakkumiseks. RFK kasutamine toetab üleminekut nn heategevuslikult mudelilt õiguste kaitsega seotud nn inimõiguste mudelile. Õiguste kaitsel kasutatav keel on väärtuste ja hoiakute indikaator ja vahendaja nende edastamiseks. Õiguste kaitsega seotud tegevused peaksid keskenduma osaluse edendamisele, mitte heategevuse otsimisele. RFK raamistik ja mudel võivad aidata puudega inimeste nimel lobitööd tegevate erafirmade filosoofiat ümber mõtestada, et see oleks koosõlas õigustel põhineva lähenemisviisiga. Abistavad organisatsioonid peaksid aitama puuetega inimeste organisatsioonidel tõsta suutlikkust nii, et kõik inimesed saaksid elada väärikalt ja aidata aktiivselt kaasa oma ühiskonna arengule.

Samuti saab RFK aidata esile tõsta puudega inimeste olukorda laiemates poliitikaküsimustes, nagu vaesus, sooline diskrimineerimine või töötus, ning illustreerida avaliku poliitika mõju puudega inimestele ning vajadust ulatuslikuma lähenemisviisi järele reformide tõttu. Maailma puuetega inimeste aruanne (WHO, Maailmapank 2011) on hea näide terviklikust ja laiaulatuslikust lähenemisviisist puudele ja seda on avaldamisest alates laialdaselt tsiteerinud ka puudega inimeste organisatsioonid.

RFK loob puudega inimeste õiguste eest võitlevate aktivistide, poliitikakujundajate, tervishoiutöötajate ja laiema avalikkuse arutelude jaoks ühtse keele, et tuua välja olulisi küsimusi kõigis eluvaldkondades. Puudega inimeste õiguste eest võitlevad aktivistid saavad

RFK abil tuvastada teenustest, süsteemidest ja poliitikast tulenevaid takistavaid tegureid ning nendega seotud praktikatest tulenevat diskrimineerimist ja neist ka teavitada. RFK võib luua aluse laiemaks aruteluks ja ühise keele leidmiseks inimestega, kes kasutavad tavaliselt tehnilist keelt (nt arstid), ja ajendada neid tervisele laiemalt mõtlema. RFK kasutamine ühtse keelena hõlbustab ka võrgustike loomist riikide või keeleregioonide vahel.

8.2 Kas RFK-d saab kasutada hoiakute ja nende muutuste mõõtmiseks?

RFK keskkonnategurite neljas peatükk keskendub hoiakutele, millega puuetega inimesed kõigil ühiskonna tasanditel kokku puutuvad. Selle abil saab kaardistada puuetega inimeste kogetud hoiakuid erinevates eluvaldkondades ning tuvastada ja mõõta positiivseid ja negatiivseid hoiakuid, sotsiaalseid norme ning tavasid või ideoloogiaid. Lisaks võib RFK hõlbustada nende vahendite väljatöötamist, millega teavitada diskrimineerimisest. Uuringutes saab RFK-d kasutada puudega seotud uskumuste ja hoiakute selgitamiseks kogu elanikkonnas. Näiteks, kas puudesse suhtutakse lihtsalt kui häiresse või kui haigusesse või kas seda mõistetakse keskkonna ja terviseseisundi vastastikmõju tulemusena. Koos teiste keskkonnategurite sealhulgas kättesaadavate ja ligipääsetavate teenuste või tugiteenuste mõõtmisega ja nende osalusele, võib RFK aidata kaardistada diskrimineerimist ja ka muutusi hoiakutes.

RFK-d saab kasutada puuetega seotud uskumuste ja hoiakute tabamiseks kogu elanikkonnas.

8.3 Kas RFK saab toetada inimese võimestumist ja iseseisvat elu?

Osalus peegeldab funktsioneerimisvõimet inimese seisukohast ühiskonnas ja on seetõttu kasulik võimestumise protsessi toetamisel. RFK-d saab kasutada õigustest lähtuva lähenemisviisi väljatöötamiseks ja osaluse indikaatorite loomiseks kõigis elu- või poliitikavaldkondades, mis toetavad võimestumist. RFK aitab keskenduda osalusvaldkondadele, mis on iseseisva elu jaoks üliolulised, nagu näiteks oma tervise või ohutuse eest hoolitsemine, illustreerides ühtlasi asjaolu, et puue ei ole otseselt seotud konkreetse terviseseisundiga. Näiteks vajadus tervishoiu järele eksisteerib sõltumata puudest või tegutsemispiirangutest. Üha enam nenditakse, et intellektuaalse puudega inimeste puhul ei toimu võimestumist juhul, kui tervishoiutöötajad n-ö näevad puuet, mitte inimest.

RFK aitab keskenduda iseseisva elu jaoks olulistele osalusvaldkondadele.

Võimestumiseks ja iseseisva elu hõbustamiseks võimaldab RFK tuvastada keskkonnaga seotud takistavad tegurid ja esile tuua kohanduste vajaduse konkreetses keskkonnas. Lisaks saab RFK-st olla palju abi teenuste prioritseerimisel lähtudes inimese vajadustest ja eelistustest ning RFK aitab tuua tähelepanu keskmesse inimese, mitte erialased eelistused või organisatsioonilised nõuded. Samuti võib RFK aidata välja töötada individuaalseid toetuskavasid puudega inimestele ja seda saab kasutada suhtlusvahendina isiklike abistajatega suheldes. Lõpuks, RFK võib aidata välja töötada inimesekeskse lähenemisviisi tervishoiuteenustele ja teenustele, mis on seotud hariduses ja tööhõives osalemisega või kogukonda kaasamisega.

Lahter 22. RFK kasutamine patsiendi koolitusprogrammis

Müncheni ülikoolis (Ludwig Maximilians-Universität München) töötati välja RFK-põhine patsientide koolitusprogramm, kasutades järgmist viit etappi:

- Asjakohaste funktsioneerimisvõime valdkondade määratlemine
- Strateegiate väljatöötamine enesetõhususe suurendamiseks nendes valdkondades
- Materjali ja juhiste väljatöötamine
- Moodulite määratlemine ja eesmärkide seadmine
- Projekti täitmine, mille eesmärk on programmi vastuvõetavuse ja täidetavuse kontrollimine.

Koolitus toimus neljastes rühmades, viis 60minutilist sessiooni viie päeva jooksul. Mooduli eesmärk on suurendada arusaamist oma praegusest funktsioneerimisvõimest. Esimese mooduli eesmärgiks on suurendada teadlikkust inimese funktsioneerimisvõimest. Teine moodul on suunatud konkreetsete probleemide ja vastavate lahenduste väljaselgitamisele piiratud valdkondades. Kolmas moodul hõlmab esimese ja teise mooduli raames saadud teadmiste värskendamist.

Selle sekkumise teostatavust ja vastuvõetust kontrolliti ning töötati välja patsientide koolitusprogrammi lõplik versioon. Projekti kaasati 11 insuldiga patsienti. Osalejad võtsid sekkumise hästi omaks. Programmi tõhusust hinnatakse kontrolluuringus. Tänu RFK universaalsusele ja RFK vahendite kättesaadavusele on võimalik seda sekkumist kohandada erinevate krooniliste seisundite korral.

Neubert et al. 2011

8.4 Kas RFK-d saab kasutada kogemusnõustamisel?

RFK-d saab kasutada töövahendina kogemusnõustajate koolitamiseks, lisaks saavad seda kasutada kogemusnõustajad ise, et esile tuua eluvaldkonnad, kus puudega inimesed võivad kokku puutuda raskustega või võivad vajada samas olukorras olevate inimeste nõuandeid. See võib aidata ka nõu küsival inimesel end väljendada, selgitades samal ajal käsitletavaid probleeme. RFK kasutama õppimine võib olla ka võimas vahend enese võimestamiseks, sest see mitte üksnes ei aita end väljendada, vaid hõlbustab ka tõhusamat suhtlemist spetsialistidega ning nende endi vahel, edastades samal ajal igapäevastest olukordadest lähtuvaid vajadusi ja soove.

RFK-d saab kasutada töövahendina kogemusnõustajate koolitamiseks, lisaks saavad seda kasutada kogemusnõustajad ise, et esile tuua eluvaldkonnad, kus puudega inimestel on teistega samad õigused ja nad võivad kokku puutuda raskustega või vajada samas olukorras olevate inimeste nõuandeid.

RFK aitab illustreerida inimeste elulugude erinevaid aspekte ja seda, kuidas keskkonnategurid, näiteks inimeste toetus, hoiakud või teenused, on nende kogemusi mõjutanud. See võib olla raamistik, mille abil juurelda keeruliste kogemuste üle, neid mõista ja läbi töötada, et saavutada isiklik tugevus.

Lahter 23. Depressioonis naine kirjeldab oma lugu RFK abil

„Olen psühhiaatriakliiniku klient olnud juba kümme aastat alates kahekümnendatest eluaastatest. Olen kuidagi olukorra üle kontrolli saavutanud ja teen täiskohaga tööd.

Minu TERVISESEISUND on depressioon ja suur kaalutõus, mis on tingitud ravimi kõrvaltoimetest. Minu ORGANISMI FUNKTSIOON JA STRUKTUUR on depressiivne tunne. See on väga tüütu ja avaldab minu igapäevaelule suurt mõju.

Minu TEGUTSEMINE tundub olevat korras. Täidan oma tööülesandeid vastuvõetaval tasemel. Loodan, et ma ei ole oma kolleegidele koormaks. Minu OSALUS tähendab töökoha säilitamist. Soovin osaleda ning võtta osa ka vabatahtlikust tegevusest, ent ma ei saa seda teha, sest pean puhkama. Praegusel hetkel ei saa ma sotsiaalses elus osaleda.

Minu KESKKOND on hea: ülemus, kolleegid ja sõbrad on mõistvad ja toetavad. Mul on lubatud jääda sellesse ametisse, kuid ma ei saa teha vastutusrikkamat tööd.

Loodan elust rõõmu tunda, ent ma ei suuda seda teha. Loodan depressioonist taastuda. Tean, et minu TERVISESEISUNDIT ei saa kergesti muuta. Ent KESKKONDA minu ümber saab muuta tänu inimeste hoiakutele. Loodan, et praegune toetav KESKKOND (ümbritsevate inimeste suhtumine ja tervishoiuteenused) jätkub.“

Sato ja Ozawa 2010

Bibliograafia

Allan CM. Campbell WN. Guptill CA. Stephenson FF. Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Interprof Care*. 2006; 20(3): 235–245.

American Psychological Association (APA). Procedural Manual and Guide for a Standardized Application of the ICF: A Manual for Health Professionals. 2012; avaldamata käsikiri. Washington, DC: autor.

Anderson P. Madden R. Design and quality of ICF-compatible data items for national disability support services. *Disabil Rehabil*. 2011;33(9), 758–769.

Andronache A. et al. Semantic aspects of ICF: Towards sharing knowledge and unifying information, *Am J Phys Med Rehabil*. 2012; 9(13 Suppl 1): S124–128.

Australian Institute of Health and Welfare (Austraalia tervise- ja heaoluinstituut) (AIHW). *ICF Australian User Guide*. Version 1.0. Disability Series. 2003; AIHW Cat. No. DIS 33. Canberra: AIHW.

Australian Institute of Health and Welfare (Austraalia tervise- ja heaoluinstituut) (AIHW). *Disability and its relationship to health conditions and other factors*. 2004; AIHW Cat. No. DIS 37. Canberra: AIHW (Disability Series).

Australian Institute of Health and Welfare (Austraalia tervise- ja heaoluinstituut) (AIHW). Metadata online registry. Functioning and disability data set specification: Activities and Participation Cluster 2006; (<http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/320111>).

Bickenbach JE. Disability, culture and the UN convention. *Disabil Rehabil*. 2009; 31(14):1111–1124.

Bickenbach JE. Monitoring the United Nations convention on the rights of persons with disabilities: data and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *BMC Public Health*. 2011; 11(Suppl 4): S8.

Cheeseman D. Madden RH. Bundy A. Your ideas about participation and environment: a new self-report instrument. *Disabil Rehabil*. 2013; *Early Online*.

Cieza A. Geyh S. Chatterji S. Kostanjsek N. Üstün B. Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 2005; 37, 212–218.

Cloete M. Client Enablement & Community Re-Integration Programme, Western Cape Rehabilitation Center (Lääne-Kapimaa rehabilitatsioonikeskus), Lõuna-Aafrika. Esitlus WHO-FIC aastakoosolekul 2011. aastal.

Della Mea V. Simoncello A. Analysis of relationships in ICF using an upper level ontology. *Plakat P1_2_026P*. 2010; WHO-FIC aastakoosolek.

Della Mea V. Simoncello A. An ontology-based exploration of the concepts and relationships in the activities and participation component of the international classification of functioning, disability and health. *J Biomed Semantics*. 2012; 3 (1): 1.

Edwards I. Jones M. Carr J. Braunack-Mayer A. Jensen G. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Med Educ*, 2004; 84: 312–329.

Eide AH. Loeb ME. eds. Living Conditions among people with activity limitations in Zambia: A national representative study. 2006; aruanne nr A262, SINTEF Health Research, Oslo (<http://www.sintef.no/lc>).

Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK). *Standardisiertes Abklärungsverfahren zur Ermittlung des individuellen Bedarfs*. Bern, 2011; EDK (<http://www.edk.ch/dyn/23728.php>).

Euroopa Eriõppe ja Kaasava Hariduse Agentuur. *Participation in inclusive education. A framework for developing indicators*. 2011; Brüssel ja Odense: Euroopa Eriõppe ja Kaasava Hariduse Agentuur.

Finger ME. Escorpizo R. Glässel A. Gmünder HP. Lückenkemper M. Chan C. Fritz J. Studer U. Ekholm J. Kostanjsek N. Stucki G. Cieza A. ICF Core set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disabil Rehabil*. 2012; 34(5): 429–438.

Frenk J. Chen L. Bhutta ZA. Cohen J. Crisp N. Evans T. Fineberg H. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376:1923–1958.

Geertzen JHB. Rommers GM. Dekker R. An ICF-based education programme in amputation rehabilitation for medical residents in the Netherlands. *Prosthet Orthot Int*. 2011; 35:318–322.

Gershon R. Rothrock NE. Hanrahan RT. Jansky LJ. Harniss M. Riley W. The development of a clinical outcomes survey research application: Assessment Center. *Qual Life Res*. 2012; 19:677–685.

Granger C. Hamilton B. Keith R. et al. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Top Geriatr Rehabil*. 1986; 1: 59–74.

Hollenweger J. MHADIE's Matrix to analyse the functioning of education systems. *Disabil Rehabil*. 2010; 32: 116Y24.

Hollenweger J. Development of an ICF-based eligibility procedure for education in Switzerland. *BMC Public Health*. 2011; 11(S4), S7.

Hopfe M. Marshall R. Riewpaiboon W. Tummers J. Kostanjsek N. Üstün B. Improving Casemix Systems by adding Functioning Information. *Plakat D051p*. 2011; WHO-FIC aastakoosolek.

Jelsma J. Scott D. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study. *Physiother*. 2011; 97:47–54.

Kaufman AS. Lichtenberger EO. *Assessing adolescent and adult intelligence*. 2005; New Jersey, USA: John Wiley & Sons.

Kostanjsek N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*. 2011; 11(Suppl 4), S3.

Leonardi M. Ayuso-Mateos JL. Hollenweger J. Pessina A. Bickenbach J. Multidisciplinary research and training network on health and disability in Europe: The MURINET Project. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012; 91:S1–S4.

Lexell J. Malec JF. Jacobsson LJ. Mapping the Mayo-Portland Adaptability Inventory to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med*. 2012; 44:65–72.

Loeb ME, Eide AH, Mont D. Approaching the measurement of disability prevalence: the case of Zambia. *ALTER: European Journal of Disability Research*, 2008; 2(1):32–43.

Lollar DJ. Simeonsson RJ. Diagnosis to function: classification for children and youths, *J Dev Behav Pediatr*. 2005; 26 (4):323–30.

Maart S. Jelsma J. et al. Environmental barriers experienced by people with disabilities living in urban and rural communities in South Africa. *Disability and Society* 2007; 22(4): 357–369.

Madden RC. ICHI Development Project Plan; Version 3; oktober 2011; *Paper D017*. WHO-FIC aastakoosolek.

Madden RC. Sykes C. Ustun TB. World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose. 2007; www.who.int/classifications. 2007.

- Madden RC. Marshall R. Race S. ICF and casemix models for healthcare funding: Use of the WHO Family of Classifications to improve casemix. *Disabil Rehabil.* 2013; 35(13):1074–1077
- Madden RH. Fortune N. Cheeseman D. Mpofu E. Bundy A. Fundamental questions before recording or measuring functioning and disability. *Disabil Rehabil.* 2013; 35(13):1092–1096.
- Madden RH. Dune T. Lukersmith S. Hartley S. Kuipers P. Gargett A. Llewellyn G. The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in monitoring and evaluating Community-based Rehabilitation (CBR). *Disabil. Rehabil.* 2013; Early Online:1–12.
- Mayo NE. Wood-Dauphinee S. Côté R. Durkin L. Carlton J. Activity, participation, and quality of life six months post-stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002; 83:1035–1042.
- Neubert S. Sabriego C. Stier-Jarmer M. Cieza A. Development of an ICF-based patient education program. *Patient Educ Couns.* 2011; 84, e13–e17.
- OECD. Transforming Disability to Ability. *Policies to promote employment and income security for disabled people.* Paris. 2003; OECD.
- Okawa Y. Ueda S. Implementation of ICF in national legislation and policy in Japan, *International J Rehabilitation Research* 2008; 31:73–77.
- Ostir GV. Granger CV. Black T. Roberts P. Burgos L. Martinkewiz P. Ottenbacher KJ. Preliminary results for the PAR-PRO: A measure of home and community participation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006; 87:1043–1051.
- Peterson D. Rosenthal DA. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A primer for rehabilitation educators. *Rehabilitation Education.* 2005; 19:81–94.
- Ramklass S. An investigation into the alignment of a South African physiotherapy curriculum and the expectations of the healthcare system. *Physiother.* 2009; 95:215–222.
- Reinhardt JD. Miller J. Stucki G. Sykes C. Gray DB. Measuring impact of environmental factors on human functioning and disability: A review of various scientific approaches. *Disabil Rehabil.* 2011; 33(23–24): 2151–2165.
- Rothrock NE. Kaiser KA. Cella D. Developing a valid patient-reported outcome measure. *Clin Pharmacol Ther.* 2011; 90(5):737–742.
- Sackett DL. Haynes RB. Tugwell P. *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine.* Boston: Little, Brown and company. 1985.
- Sakai Y. The Compatibility between the activities to promote independence in Japanese National Curriculum Guidelines and ICF-CY. *Bulletin of Faculty of Medical Technology.* Teikyo ülikool, Fukuoka, 2010; 5:25–54.
- Sato H. Ozawa A. World of welfare of persons with disabilities, *Yuhikaku,* 2010; 24–26.
- Simoncello A. Della Mea V. Preliminary mapping of ICF-CY body structures to SNOMED-CT. *Plakat D009p.* 2011; WHO-FIC aastakoosolek.
- Snyman S. Goliath C. Clarke M. Conradie H. Van Zyl M. Transforming health professions education: Applying the ICF framework to equip students to strengthen health systems in an interdependent world. Oktoober 2012; WHO-FIC võrgustiku aastakoosoleku avaldamata dokument, Brasiilia.
- Stallinga H. Roodbol P. Annema C. Jansen G. Wynia K. Functioning assessment versus conventional medical assessment. Oktoober 2012; WHO-FIC võrgustiku aastakoosoleku avaldamata dokument, Brasiilia.
- Steiner WA. Ryser L. Huber E. Uebelhart D. Aeschlimann A. Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *J Am Phys Ther Assoc.* 2002; 82(11):1098–1107.

- Stephenson R. Richardson B. Building an interprofessional curriculum framework for health: A paradigm for health function. *Adv Health Sci Educ.* 2008; 13:547–557.
- Stucki G. Cieza A. Ewert T. Kostanjsek N. Chatterji S. Üstün T. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice, *Disabil Rehabil.* 2002; 24 (5):281–282.
- Stucki G. Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehab Med.* 2004; 44 Suppl: 5–6.
- ÜRO. *World program of action concerning disabled persons.* 1982; (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23>).
- ÜRO. *Puuetega inimeste õiguste konventsioon.* 2006; (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>).
- Üstün B. Chatterji S. Kostanjsek N. Common yet specific tools to measure clinical outcomes: ICF comprehensive sets and ICF core sets. *J Rehab Med.* 2004; 44 Suppl: 7–8.
- Üstün TB. Chatterji S. Bickenbach J. Kostanjsek N. Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil.* 2003; 25(11–12):565–571.
- Vanleit B. Using the ICF to address needs of people with disabilities in international development: Kambodža juhtumiuuring. *Disabil Rehabil.* 2008; 30(12–13), 991–9.
- Maailma Terviseorganisatsioon. *Maailma Terviseorganisatsiooni põhikiri.* Genf, WHO. 2006; (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- Maailma Terviseorganisatsioon. Maailmapank. *World Report on Disability (Maailma puuetega inimeste aruanne).* 2006; Genf, WHO.
- Maailma Terviseorganisatsioon. *Towards a common language for Functioning, Disability and Health (ICF)* [veebipõhine]. 2002; Saadaval: <http://www.who.int/entity/classifications/icf/training/>.
- Maailma Terviseorganisatsioon. The International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version. 2007; Genf, WHO.
- Maailma Terviseorganisatsioon. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2001; Genf, WHO (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>).
- Maailma Terviseorganisatsioon (ilma kuupäevata). *WHO Disability Assessment Schedule 2.0 WHODAS 2.0* <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html>.
- Maailma Terviseorganisatsioon. *ÜRO Aasia ja Vaikse ookeani piirkonna majandus- ja sotsiaalkomisjon.* 2008; Bangkok. ÜRO.

Maailma Terviseorganisatsiooni rahvusvaheliste klassifikatsioonide süsteem (WHO-FIC)

Koosoleku dokumendid ja teave: <http://www.who.int/classifications/network/meetings/en/>

Postriid aastakoosolekutelt (2011 ja 2012), illustreerides RFK rakendamist kogu maailmas, on saadaval veebis: <http://www.who.int/classifications/network/meeting2012/en/index.html>
<http://www.who.int/classifications/network/meeting2011/en/index.html>.

Lisa 1. Ingliseelsete akronüümide loetelu (sulgudes eestikeelne versioon)

A&P	Activities & Participation (tegutsemine ja osalus)
APA	American Psychological Association (Ameerika Psühholoogide Assotsiatsioon)
CASP	Child and Adolescent Scale of Participation (laste ja noorukite osaluse skaala)
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities (puuetega inimeste õiguste konventsioon)
EF	Environmental Factors (keskkonnategurid)
FIM	Functional Independence Measure (funktsionaalse sõltumatuse meede)
FDRG	Functioning and Disability Reference Group (funktsioneerimisvõime ja puudega inimeste võrdlusrühm)
FRG	Function Related Groups (funktsioneerimisvõimega seotud rühmad)
ICD-10 (RHK-10)	International Classification of Diseases – 10th version (RHK-10, rahvusvaheline Haiguste klassifikatsioon – 10. versioon)
ICF (RFK)	International Classification of Functioning, Disability and Health (rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon)
PEDI	Pediatric Evaluation of Disability Inventory (puuete pediatriline hindamine)
PEM-CY	Participation and Environment Measure for Children and Youth (laste ja noorte osaluse ja keskkonnameede)
UN	United Nations (ÜRO, Ühinenud Rahvaste Organisatsioon)
UNESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ÜRO Aasia ja Vaikse ookeani piirkonna majandus- ja sotsiaalkomisjon)
WG	Washington Group on Disability Statistics (USA ja Washingtoni puude statistika töörühm)
WHO	World Health Organization (MTO, Maailma Terviseorganisatsioon)
WHO-FIC	WHO Family of International Classifications (WHO rahvusvaheliste klassifikatsioonide süsteem)
WHO CC	WHO Collaborating Centre for health classifications (WHO tervise klassifikatsioonide koostöökeskus)
WHODAS	WHO Disability Assessment Schedule (WHO puude hindamise küsimustik)

Lisa 2. Lahtrite loetelu

Lahter 1.	RFK mudel: RFK jagude vastastikune mõju	7
Lahter 2.	Mõisted	9
Lahter 3.	Mõiste näide koos kaasaarvamis- ja väljaarvamislausetega	10
Lahter 4.	RFK kasutamise eetilised suunised	17
Lahter 5.	RFK ontoloogiline mudel	23
Lahter 6.	Üldine määraja ja RFK koodi näide	28
Lahter 7.	RFK ülesehitus	31
Lahter 8.	Infosüsteemid õpivad rääkima RFK-d: FABER-i lahendus	46
Lahter 9.	RFK kasutamine rehabilitatsioonitulemuste tõhustamiseks; Lääne-Kapimaa provints, Lõuna-Aafrika Vabariik	75
Lahter 10.	RFK-l põhinevad riiklike tugiteenuste andmed	78
Lahter 11.	RFK kasutamine künnise kehtestamisel ja sobivuse hindamisel	80
Lahter 12.	RFK kasutamine kogukonnapõhiste teenuste jälgimiseks	83
Lahter 13.	Raskusastme ja künnise määratlemine rahvastikuandmetes – uuringu seosed RFK määrajatega	85
Lahter 14.	Raskusastme määratlemine ja piirväärtuse valimine	87
Lahter 15.	Iirimaa riiklik vaeguste uuring (National Disability Survey – NDS)	92
Lahter 16.	WHODAS 2.0 kasutamine	95
Lahter 17.	RFK-põhine standardne sobivusmenetlus	104
Lahter 18.	RFK Aasias ja Vaikse ookeani piirkonnas	109
Lahter 19.	World Bank Inaugural Disability and Development Core Course (Maailmapanga avakursus vaeguste ja arengu käsitlemiseks)	113
Lahter 20.	RFK kasutamine puuetega inimeste õiguste konventsiooni, poliitika ja teenuste seostamiseks	115
Lahter 21.	Maatriks haridus-, tervishoiu- või sotsiaalsüsteemide toimimise analüüsimiseks	116
Lahter 22.	RFK kasutamine patsiendi koolitusprogrammis	121
Lahter 23.	Depressioonis naine kirjeldab oma lugu RFK abil	122

Lisa 3. Tänuõnad

Käsiraamatu põhimeeskonda kuulusid:

- Diane Caulfeild, klassifikatsioon ja terminoloogia, Canadian Institute for Health Information (Kanada tervise teabe instituut), Ottawa, Kanada;
- Judith Hollenweger, Pädagogische Hochschule Zürich (PH Zürich) (Zürichi õpetajakoolituse ülikool), Zürich, Šveits;
- Mitch Loeb, National Center for Health Statistics (Riiklik tervishoiustatistika keskus), CDC, USA and Washington Group on Disability Statistics (USA ja Washingtoni vaeguste statistika töörühm);
- Jennifer Madans, National Center for Health Statistics (Riiklik tervishoiustatistika keskus), CDC, USA and Washington Group on Disability Statistics (USA ja Washingtoni vaeguste statistika töörühm);
- Ros Madden, Centre for Disability Research and Policy (Puuetega inimeste teadusuuringute ja poliitika keskus), University of Sydney (Sydney ülikool), Austraalia;
- Andrea Martinuzzi, IRCCS Eugenio Medea – Istituto scientifico per la medicina della riabilitazione (IRCCS Eugenio Medea – teadusinstituut), Conegliano uurimiskeskus, Conegliano, Itaalia.

Juunis 2012 Udines toimunud läbivaatamiskoosolekul osalesid ja andsid käsiraamatu lõppversiooni oma panuse: Heloisa Di Nubila, Lucilla Frattura, Charlyn Goliath, Coen van Gool, Matilde Leonardi, Soraya Maart, Richard Madden. Samuti oli palju kasu Lynn Bufka, John Hough, Jennifer Jelsma, Mary-Ann O'Donovani ja Geoff Reedi põhjalikust tööpanusest ning hilisemates etappides aitasid käsiraamatu valmimisele kaasa Catherine Sykes ja Stefanus Snyman. Kõik eespool nimetatud kaasautorid olid WHO-FIC võrgustiku funktsioneerimisvõime ja vaeguste võrdlusrühma (FDRG) liikmed või koostööd tegevad eksperdid.

Kirjalikud kommentaarid järjestikuste versioonide kohta esitasid eri etappides WHO töötajad ehk täpsemalt:

T. Bedirhan Üstün, Molly Meri Robinson Nicol ja Nenad Kostanjsek.

Kaastööd tegid ja kommentaare esitasid ka teised FDRG liikmed, haridus- ja rakenduskomitee liikmed ning WHO-FIC-i koostöökeskused laiemalt.

Teksti toimetamisel oli abiks Imelda Noti, National Centre for Classification in Health (Riiklik terviseklassifikatsiooni keskus), University of Sydney (Sydney ülikool).

Töö käsiraamatuga toimus WHO rahvusvahelise klassifikatsioonide süsteemi võrgustikus (WHO-FIC), mille aastakoosolekutel vahetavad liikmed teavet rahvusvaheliste klassifikatsioonide rakendamise kohta ning samuti töötatakse nende klassifikatsioonide ja seotud teadmiste tõhustamise nimel. WHO-FIC materjalid, sealhulgas RFK kasutamist käsitlevad plakatid kogu maailmast, on leitavad WHO veebisaidil (vt bibliograafia).

