

Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas

- kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen
osa-alueilla asiakkaan arvioimana

Tuula Haukka-Wacklin
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö (YKY)
Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus
Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala
Joulukuu 2016

Tekijä: Tuula Haukka-Wacklin

Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas
-kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla
asiakkaan arvioimana

Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö (YKY)
Ammatillinen lisensiaatintutkimus, Kuntouttava sosiaalityö
Joulukuu 2016

Ohjaajat: Yliopistonlehtori, YTT Anna Metteri, professori, YTT Irene Roivainen ja
LKT, dos. Eeva Leino

Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

TUULA HAUKKA-WACKLIN:

Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas

- kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana
Ammatillinen lisensiaatintutkimus, 137 sivua, 28 liitesivua

Sosiaalityö, kuntouttavan sosiaalityön erikoisala

Asiasanat: monisairas, asiakkaan itsearviointi, kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma, toimintamahdollisuudet, muutosten arviointi

Tutkimuksen tehtävänä on kuvata erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakasta, selvittää asiakkaiden näkemyksiä kuntoutustutkimuksesta, arvioida kuntoutussuunnitelman toteutumista sekä toiminta- ja työkyvyssä tapahtuneita muutoksia ICF-luokituksen (ICF, Stakes 2004) osa-alueilla. Muutosten arvioijana on asiakas. Työn tavoitteena on myös nostaa tarkasteluun kuntoutustutkimustyön kehittämisen alueita.

Tutkimuksellisia lähtökohtina ovat aikaisemmat tutkimukset monitahoista tukea tarvitsevista asiakkaista, toiminta- ja työkyvyn biopsykososiaalisuus, vaikuttavuuden arviointi, asiakaslähtöinen ja osallistava kuntoutus. Asiakasmuutosten arvioinnissa käytetään ICF-luokituksen osa-alueiden aihealueita ja kuvauskohteita. Tutkimuksen yhdistävänä kehikkona on Martha C. Nussbaumin toimintamahdellisuusteoria, jonka lähtökohdista tarkastelen kuntoutuksen päämääränä olevaa arjessa pärjäämistä.

Aineiston muodostavat Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalle yhden vuoden aikana (2012–2013) tulleet asiakaslähteet (N=347) ja niihin liittyvät sairauskertomukset sekä tiedonkeruu- ja esitietolomakkeet. Lisäksi muodostin aineistosta tietyin kriteerein seurantaryhmän, jolle lähetin kyselyn (n=94).

Analysoin aineiston monimenetelmäisesti. Yhtenä tutkimusmenetelmänä käytän sisällönanalyysia, jonka avulla kuvaan aineistoa laadullisesti ja määrällisesti. Sen lisäksi tyypittelen kuntoutustutkimusasiakkaan. Analysoin seurantaryhmän kyselyaineiston kvantitatiivisin menetelmin käyttäen hyväksi SPSS-tietojenkäsittelyohjelmaa. Tarkastelen tuloksia Wilcoxon Signed Ranks -merkitsevyydestillä. Analysoin avoimet vastaukset sisällönanalyysillä.

Kuntoutustutkimusasiakas (N=310) on työikäinen, keski-ikänsä 45 vuotta. Hän ohjautuu kuntoutustutkimukseen sattumanvaraisesti ja ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteisiin nähden usein liian myöhään. Kuntoutustutkimusprosessi kestää vähintään vuoden. Kuntoutustutkimusasiakas kuvautuu monitahoista tukea tarvitsevana ihmisenä, jonka toimintakyvyn ongelmat ovat laaja-alaisia ja tilanteet vyyhteytyneitä. Tutkimuksessa muodostui kolme erilaista monisairaana tyyppiä: 1. monia perussairauksia sairastava, 2. tuki- ja liikuntaelin-sairauksia sairastava, jolla on krooninen kipu ja masennus, 3. monioireinen asiakas, jolla on usean elinjärjestelmän oireita. Kaikissa monisairaana tyyppitarinoissa toiminta- ja työkyvyn ulottuvuudet näyttäytyivät hie-man erilaisina. Tutkimus avasi monisairaana ryhmää yhtä aikaisesti kolmesta eri näkökulmasta: sairastavuuden, palveluiden käytön ja ICF-luokituksen eri ulottuvuuksien.

Seurantaryhmän asiakkaan kuntoutustutkimukselle asettamat odotukset toteutuivat jokseenkin hyvin. Asiakkaat tulevat oman arvionsa mukaan hyvin kuulluiksi ja he saavat nopeasti tarvitsemansa lausunnot esimerkiksi työkyvyttömyydestä tai kuntoutuksesta. Lausuntojen suositukset toteutuivat 73-prosenttisesti myönteisinä. Vähintään vuosi kuntoutustutkimuksen jälkeen asiakkaiden terveydentila oli kohentunut tilastollisesti merkitsevästi. Muilla ICF-luokituksen osa-alueilla muutos positiiviseen oli vaihtelevaa. Kolmasosalla muutosten keskiarvo muuttui positiivisempaan suuntaan ja kolmasosalla lievästi negatiiviseen suuntaan. Paluu työmarkkinoille ei toteutunut yhdelläkään seurantaryhmään osallistuneista. Ansiotulonsa työstä saaneiden määrä vähentyi kuntoutustutkimuksen jälkeen. Tutkimus toi näkyväksi asiakkaan itsearvion merkityksen.

Monisairaana ovat asiakasryhmä, jonka arjessa pärjäämistä tueksi tarvitaan erilaisiin asiakkuuksiin perustuvaa ja uudenlaista paradigmat sekä erikoisalujen yli kulkevia hoitopolkuja.

University of Tampere

School of Social Sciences and Humanities

TUULA HAUKKA-WACKLIN:

Rehabilitation assessment client in special health care

- rehabilitation assessment, rehabilitation plan and changes in the areas of ICF classification as seen by the client

Professional licentiate's thesis, 137 pages, 28 appendix pages

Social work, specialization in rehabilitation social work

December 2016

Keywords: multimorbid, client self-assessment, rehabilitation assessment, rehabilitation plan, capabilities, assessment of changes

The purpose of this thesis was to describe the rehabilitation assessment client of special health care, examine the views of clients on rehabilitation assessment, evaluate the implementation of a rehabilitation plan, and changes in functioning and working ability in the areas of the ICF classification (WHO, ICF 2004). The changes were assessed by the client. The purpose of this thesis is also to bring forth areas of development within the field of rehabilitation assessment research.

The baseline for this thesis is earlier research on clients requiring various forms of support, biopsychosociality of functioning and working ability, assessment of effectivity, client-oriented and participatory rehabilitation. Client changes are assessed using the areas and descriptions of the ICF classification. The integrating framework for the thesis is the capabilities approach by Martha C. Nussbaum, which is utilised in evaluating the goal of rehabilitation – functioning in daily living.

The material is comprised of client referrals (N=347) received in the rehabilitation assessment outpatient clinic at the Tampere University Hospital during one year (2012–2013), including related medical records, and data collection and preliminary information forms. In addition, a follow-up group selected using certain criteria was formed and they were approached with a questionnaire (n=94).

The material was analyzed using multiple methods. One of the research methods was content analysis, which is used to describe the material qualitatively and quantitatively. In addition, the rehabilitation assessment client is typed. The results of the questionnaire conducted on the follow-up group was analyzed using quantitative methods with the help of SPSS statistical analysis software. The results were examined with Wilcoxon Signed Rank test. The open answers were analyzed using content analysis.

Rehabilitation assessment client (N=310) is of working age, middle age is 45 years. The client is referred to rehabilitation assessment by chance and, in terms of occupational rehabilitation measures, often too late. The rehabilitation assessment process has a duration of at least one year. The rehabilitation assessment client is a person requiring support of various forms and has a wide range of problems in functioning along with other often complex circumstances. During the research three different types of multimorbid were formed: 1. client suffering from several medical conditions, 2. client suffering from musculoskeletal illnesses, chronic pain and depression, 3. client with multiple symptoms of several organ systems. The range of functioning and working ability was perceived slightly differently in all story types of the multimorbid clients. The research opened multimorbidity simultaneously from three different perspectives: morbidity, use of services and the different ranges of ICF classification.

The expectations set for rehabilitation assessment by the client in the follow-up group were met fairly well. According to their own evaluation, the clients are well heard and receive the required statements on, for instance, disability or rehabilitation. The recommendations on the statements were carried out 73% positive.

After at least a year after the rehabilitation assessment, the health of the clients had improved statistically significantly. In other areas of the ICF classification the improvement was varied. For one-third the average of changes improved and for one-third declined slightly. None of the clients in the follow-up group returned to the labour market. The number of clients with remuneration from work decreased after the rehabilitation assessment. The research made the self-assessment of the client visible.

Multimorbid clients are a group requiring a new type of paradigm, based on several clientships and a range of care across different fields of specialty to support daily living.

SISÄLLYS

Tiivistelmä

Abstract

1 Johdanto	1
2 Paljon palveluita tarvitseva asiakas ja muutosten arviointi	6
2.1 Paljon palveluita ja monitahoista tukea tarvitseva asiakas	6
2.2 Asiakasnäkökulma muutosten arviointiin	11
3 Kuntoutuksen tutkimukselliset lähtökohdat	18
3.1 Kohti asiakaslähtöistä ja osallistavaa kuntoutusta	18
3.2 Kuntoutuksen taustalla monia teorioita	23
3.3 Toiminta- ja työkyky biopsykososiaalisena kysymyksenä	27
3.4 ICF-luokitus kuntoutuksen käytännön kehikkona	30
3.5 Kuntoutustutkimuksesta kuntoutussuunnitelmaan	36
4 Tutkimusasetelma	41
4.1 Tutkimustehtävä ja -prosessi	41
4.2 Aineistona rekisteritiedot ja kyselyaineisto	43
4.3 Monimenetelmäisyys tutkimusstrategiana	46
4.4 Aineiston analyysi	49
4.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset valinnat	53
5 Tulokset	57
5.1 Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas	57
5.2 Kolme erilaista monisairasta	65
5.3 Kuntoutustutkimusprosessi asiakkaan arvioimana	82
5.4 Kuntoutussuunnitelman toteutuminen asiakkaan arvioimana	89
5.5 Muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana	94
5.6 Tutkimustulosten yhteenveto	106
6 Yhteenveto ja johtopäätökset	110
6.1 Tutkimuksen yhteenveto	110
6.2 Tulosten reflektio	112
6.3 Tutkimusprosessin reflektio	117
6.4 Tutkimuksen merkitys jatkotutkimuksen ja ammatillisen kehittämisen kannalta	120
Kirjallisuus	123
Liitteet	138

Kuvioluettelo

Kuvio 1. ICF-luokituksen eri osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF, Stakes 2004, 18).	31
Kuvio 2. Työkäisten kuntoutuksen hallinnan regiimi, johon liitetty ICF-luokitus, jonka eri osa-alueilla näyttäytyvät kuntoutuksen ja tuen eri tasot.	34
Kuvio 3. ICF-BPS-malli.	35
Kuvio 4. Tutkimusprosessin eteneminen.	42
Kuvio 5 Yhteenveto tutkimuksessa muodostuneista aineistoista ja tutkimuskysymykset, joita kunkin aineiston avulla käsitellään.	45
Kuvio 6. Näennäiskokeellinen ennen-jälkeen -paneeliasetus ilman vertailuryhmää.	48
Kuvio 7. Muutosten kuvaajana toimivan 10 cm:n janan modifiointi ICF-asteikolliseksi.	52
Kuvio 8. Mittarin taustateorianä oleva ICF-luokitus (ICF, Stakes 2004), josta on poimittu jokaiselta osa-alueelta työ- ja toimintakyvyn arviointiin liittyviä muuttujia kuvaamaan asiakkaan sen hetkistä tilannetta.	53
Kuvio 9. Naisten ja miesten osuus ja ikäjakauma (N=310).	59
Kuvio 10. Kuntoutustutkimusasiakkaiden peruskoulutus (n=209).	59
Kuvio 11. Kuntoutustutkimusasiakkaiden ammatillinen koulutus (n=203).	60
Kuvio 12. Läheteissä esiintyneet asiakkaiden pääasialliset ongelmat (n=402).	61
Kuvio 13. Läheteen perusteella läheteen käsitelijän määrittelemä työstatus ennen kuntoutustutkimusta (N=310).	62
Kuvio 14. Asiakkaiden (N=347) ja päädiagnoosien lukumäärät noin kaksi vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen.	63
Kuvio 15. Kuntoutustutkimusasiakkaiden (N=347) käyttämät erikoissairaanhoidon vastuualueet kuntoutustutkimuksen aikana ja sen jälkeen.	65
Kuvio 16. Monisairaat kategoriasta (n=66) tunnistettujen ja kolmeen alakategoriaan sijoitettujen asiakkaiden poliklinikka tai osastojaksot yhteensä kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, noin vuoden kestäneen kuntoutustutkimusprosessin aikana ja noin kolme vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen.	68
Kuvio 17. Monisairaat kategoriasta (n=66) tunnistettujen ja kolmeen alakategoriaan sijoitettujen asiakkaiden tutkimuskäynnit yhteensä kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, noin vuoden kestäneen kuntoutustutkimusprosessin aikana ja noin kolme vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen.	68
Kuvio 18. Monisairaat kategoriasta (n=66) tunnistettujen ja kolmeen alakategoriaan sijoitettujen asiakkaiden erikoisalojen lukumäärä kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, noin vuoden kestäneen kuntoutustutkimusprosessin aikana ja noin kolme vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen.	69
Kuvio 19. Monisairas 1 ICF-viitekehityksessä. Kuvioon on koottu keskeiset ulottuvuudet ICF-luokituksen osa-alueilta (terveydentila, ruumin/kehon toiminnot (b), suoritukset ja osallistuminen (d), ympäristötekijät (e), ja yksilötekijät).	73
Kuvio 20. Monisairas 2 ICF-viitekehityksessä. Kuvioon on koottu keskeiset ulottuvuudet ICF-luokituksen osa-alueilta (terveydentila, ruumin/kehon toiminnot (b), suoritukset ja osallistuminen (d), ympäristötekijät (e), ja yksilötekijät).	77
Kuvio 21. Monisairas 3 ICF-viitekehityksessä. Kuvioon on koottu keskeiset ulottuvuudet ICF-luokituksen osa-alueilta (terveydentila, ruumin/kehon toiminnot (b), suoritukset ja osallistuminen (d), ympäristötekijät (e), ja yksilötekijät).	81
Kuvio 22. Kyselyyn vastanneiden (n=54) arviot kuntoutustutkimusprosessia koskevista väittämistä.	84
Kuvio 23. Kyselyyn vastanneiden (n=54) arviot kuntoutustutkimukselle asetettujen odotusten toteutumisesta.	86
Kuvio 24. Kyselyyn vastanneiden (n=54) arviot neuvonnan ja ohjauksen laadusta.	89
Kuvio 25. Kyselyyn vastanneiden (n=54) lääkinnällisen kuntoutuksen palveluiden (lkm) toteutuminen ennen-jälkeen kuntoutustutkimuksen.	90

Kuvio 26. Kyselyyn vastanneiden (n=54) ammatillisen kuntoutuksen palveluiden toteutuminen (lkm) ennen- jälkeen kuntoutustutkimuksen.....	91
Kuvio 27. Kyselyyn vastanneiden (n=53) lääkinnällisten, ammatillisten ja taloudellisten jatkosuositusten (84 kpl) toteutuminen.	92
Kuvio 28. Kyselyyn vastanneiden (n=54) hyvinvointia lisäävien keinojen lisääntyminen verrattuna ennen kuntoutustutkimusta.	92
Kuvio 29. Kyselyyn vastanneiden (n=53) liikintaharrastusten muutos kuntoutustutkimuksen jälkeen.	93
Kuvio 30. Kyselyyn vastanneiden (n=54) pääasiallinen toimeentulo (lkm) ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen.	94
Kuvio 31. Terveystilaa kuvaavat ja asiakkaan ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen arvioimat ICF- luokituksen aihealueiden koodit (5 kpl+ diagnoosit).	95
Kuvio 32. Terveystila verrattuna ennen kuntoutustutkimusta (n=54).	98
Kuvio 33. Toiminta- ja työkykyä kuvaavat ja asiakkaan ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen arvioimat ICF-luokituksen aihealueiden ja kuvauskohteiden koodit (18 kpl).	99
Kuvio 34. Ympäristötekijöitä kuvaavat ja asiakkaan ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen arvioimat ICF- luokituksen aihealueiden ja kuvauskohteiden koodit (25 kpl).	102
Kuvio 35. Vastaajien (n=54) kuntoutusasiointiin liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot kuntoutustutkimuksen jälkeen.	103
Kuvio 36. Muutosta kuvaavien ICF-luokituksen eri osa-alueilta poimitujen muuttujien muutosten keskiarvot (n=52).	106

Taulukkuuettelo

Taulukko 1. Keskeisiä kuntoutuksen taustalla olevia teorioita tai malleja, joissa on sekä yksilö- että yhteisönäkökulma ja joissain myös interventioteorioiden piirteitä.	24
Taulukko 2. Kuntoutustutkimukseen lähettävät tahot (N=310).	57
Taulukko 3. Asiakkaiden (n=176) ilmoittamat ammatit ennen kuntoutustutkimusta.	60
Taulukko 4. Kuntoutustutkimusasiakkaiden (N=347) diagnoosit ICD-10 luokituksen mukaan ryhmiteltynä.	64
Taulukko 5. Kyselyyn vastanneiden (n=54) taustatietoja verrattuna koko perusjoukkoon (N=310/209/203).	83
Taulukko 6. Kyselyyn vastanneiden (n=54) odotukset/tavoite -kategoriat ennen kuntoutustutkimusta.	85
Taulukko 7. Kategoriat asiakkaiden (n=27) arvioimista kuntoutumisen esteistä.	87
Taulukko 8. Kategoriat asiakkaiden (n=24) arvioimista kuntoutumista edistävästä tekijöistä.	88
Taulukko 9. Esitietolomakkeessa (B, liite 7) ja kyselylomakkeessa (C, liite 8) käytetyt ICF-luokituksen terveydentilaan liittyvät muuttuja, koodit ja aihealueet.	95
Taulukko 10. Asiakkaiden (n=48-51) janoilla (0-100mm) arvioimien, terveydentilaa kuvaavien muuttujien muutosten keskiarvot.	97
Taulukko 11. Asiakkaiden (n=54) arvio omasta terveydentilastaan asteikolla 4–10 kuntoutustutkimuksen jälkeen.	98
Taulukko 12. Esitietolomakkeessa (B, liite 7) ja kyselylomakkeessa (C, liite 8) käytetyt ICF-luokituksen ruumiin/kehon toiminnot (b) sekä suoritukset ja osallistuminen (d) liittyvät muuttuja, koodit, aihealue tai kuvauskohde.	99
Taulukko 13. Esitietolomakkeessa (B, liite 7) ja kyselylomakkeessa (C, liite 8) käytetyt ICF-luokituksen ympäristötekijöihin (e) liittyvät muuttuja, koodit, aihealue tai kuvauskohde.	101
Taulukko 14. Vastaajien (n=43 ja 27) käsityksiä yksilötekijöihin liittyvistä vahvuuksistaan.	105

1 Johdanto

Eräänä aamuna sain puhelun minulle aiemmin tuntemattomalta henkilöltä. Hän tietää soittaneensa oikeaan yksikköön ja aloittaa ahdistuneena kertomuksensa. Vähitellen käy ilmi, että asiakas oli kärsinyt vuosia kovasta kivusta, johon ei ollut löytynyt hoidettavissa olevaa syytä. Hän oli ollut kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaana ja kuntoutustutkimus oli jo päättynyt. Sen päätteeksi hän oli saanut lausunnon työkyvyttömyyseläkkeen hakemisen tueksi, mutta hakemus on hylätty. Asiakas on ahdistunut ja kärsimätön ja kysyy emmekö osaa tehdä oikeanlaisia lausuntoja. Millä hän nyt elää? Työhön hän ei kykene.

Työskentelen yliopistollisen sairaalan kuntoutuksen vastuuyksikössä kuntoutuspäällikkönä¹. Tehtäväni on koordinaatiivinen esimiestehtävä, joka ei tämän tutkimuksen tekovaiheessa sisältänyt asiakaspalvelua. Nykyinen tehtäväni kuntoutuspäällikkönä antaa näköalapaikan siihen toimintaan, mitä iso yliopistosairaala kuntoutuksen nimissä ja siihen liittyen tarjoaa. Kohtuuttomalta kuulostavia tilanteita (ks. Metteri 2012) on useilla kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkailla. Ne pakottavat pysähtymään kuntoutustutkimusasiakkaan ja hänen tilanteensa, kuntoutustutkimustyön vaikutusten ja sen arvioinnin äärelle.

Tutkimuksen tehtävänä on kuvata erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakasta, selvittää asiakkaiden näkemyksiä kuntoutustutkimuksesta, kartoittaa kuntoutussuunnitelman toteutumista ja arvioida muutoksia ICF-luokituksen (ICF, Stakes 2004) osa-alueilla asiakkaan näkökulmasta. Arvioijana on asiakas. Työn tavoitteena on myös nostaa tarkasteluun kuntoutustutkimustyön kehittämisen alueita.

Tutkimukseni paikantuu Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalle², jonka toiminnan yksi päämäärä on tukea asiakkaiden työhön paluuta ja työurien pidentämistä. Poliklinikalla arvioidaan asiakkaan toiminta- ja työkykyä sekä kuntoutusmahdollisuuksia. Erikoissairaanhoidossa on erikoisalakohtainen, vertikaalinen ja yksilökeskeinen toimintakulttuuri, joka ei tavallisesti katso asiakkaan arkista selviytymistä, vaan keskittyy tautien diagnostiikkaan ja hoitoon, perustehtävänsä mukaisesti. Kuntoutustutkimuspoliikkaa (PKT) lukuun ottamatta erikoissairaanhoidon syvällisillä, mutta kapeilla erikoisaloilla toiminta- ja työkyvyn arvioinnin tarvetta ei välttämättä ole havaittu.

¹ Nykyisen työni lisäksi olen lähes neljäkymmentä vuotta kestäneen työurani aikana voinut tarkastella suomalaista kuntoutuskenttää useasta näkökulmasta. Aloitin työurani 80-luvulla kehitysvammaisten ihmisten parissa fysioterapeuttina, jonka jälkeen siirryin lasten kuntoutukseen. Sitten 90-luvun puolivälin jälkeen tarkastelukulmani muuttui enemmän sosiaalista näkökulmaa painottavaksi. Työskentelin kolmannella sektorilla aikuisneurologisen avokuntoutuksen kehitystyössä ja 2000-luvulla lähisuuhdeväkivalta- ja vanhustyön hallinnollisissa ja kehittämistehtävissä.

² Kuntoutuksen vastuuyksikkö sijaitsee Tampereen yliopistollisen sairaalan neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualueella, joka kuuluu yhteen Taysin seitsemästä toimialueesta.

Käytän läpi tutkimuksen kuntoutustutkimukseen tulleesta ihmisestä nimitystä *asiakas*, jota myös määrittelen tutkimuksessa. Asiakas-käsite sopii kuntoutustutkimuspoliklinikan käytäntöön siksi, että kuntoutustutkimuspoliklinikalle tulevat ihmiset eivät ole potilaita, joiden diagnostiikasta ja hoidosta poliklinikka vastaa. He eivät ole liioin varsinaisesti kuntoutujia, koska poliklinikalla ei ole juuri lainkaan omia kuntoutuspalveluresursseja, vaan he ovat ihmisiä, joiden kuntoutukseen ja elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia selvitetään ja jäsennetään. Kuntoutustutkimuksen perusteella asiakkaalle suositellaan erilaisia asiakkaan toiminta- ja työkykyä kohentavia ratkaisumahdollisuuksia. Prosessi tiivistyy useimmiten lausuntoon sosiaalivakuutus päätöksen hakemiseksi, johon aina liittyy kuntoutussuunnitelma osana perusteluja.

Kuntoutuksessa lähtökohtana on ihmisen toimintakyky ja kuntoutuksessa on aina kyse jonkinasteisesta muutoksen tarpeesta ihmisen kokonaistilanteessa. Kuntoutustutkimuspoliklinikalle lähetettävät henkilöt ovat heitä, joiden toimintakyvyn laskua kliiniset tutkimukset eivät ole kokonaan selittäneet tai heillä on monien sairauksien yhteisvaikutus. Yhteistä kaikille asiakkaille on se, että asiakkaiden ongelmat eivät ole ratkenneet erikoisalojen diagnostisten toimenpiteiden, lääkinnällisen hoidon tai aiempien kuntoutustoimenpiteiden avulla. Asiakkaiden toiminta- ja työkyky eivät ole hoito- ja kuntoutusprosessin aikana kohentuneet, vaan jopa laskeneet. Tämä on usein johtanut sekä hoitavien ja kuntouttavien tahojen että asiakkaan itsensä turhautumiseen, mikä taas on voinut aiheuttaa kitkaa hoitosuhteissa ja usein myös etuusjärjestelmässä (esim. kielteinen eläkepäätös). Tämän kaltaisissa, kriisiytyneissäkin tilanteissa ja uusien ratkaisukeinojen etsimisessä on otettava huomioon ihmisen biopsykososiaalinen kokonaistilanne.

Monialaista ja moniammatillista arviota tarvitaan siksi, ettei asiakkaiden ongelmia yritettäisi ratkaista pelkästään lääketieteellisesti silloin, kun ratkaisun avaimet ovat muualla elämisen edellytyksissä. Terveystieteellisen kuntoutustutkimuksen monialaisuus rakentuu sekä lääketieteellisen että sosiaalitieteellisen osaamisen varaan. Sosiaalitieteellisessä ajattelussa korostuu ihmisen toimijuus. Monialaisen ja moniammatillisen toiminta- ja työkyvyn arvioinnin pohjalta tuotettavan kuntoutussuunnitelman yhtenä tavoitteena on tukea asiakkaan työhön paluuta, joten vuorovaikutus työelämän asiantuntijoiden kanssa kuntoutumisprosessin aikana on tärkeää. Työryhmän on seurattava systemaattisesti myös sitä, palvelevatko erikoissairaanhoidossa tuotetut suunnitelmat työelämään siirtymistä, jos eivät, työtettä tai tavoitteita on muutettava.

Tutkimustiedon tuottamisen tarve kuntoutustyöstä nousee tehokkuus- ja tehostamisvaatimuksia painottavasta yhteiskunnallisesta muutoksesta. Tutkimusta tarvitaan myös kuntoutustyön kehittämiseksi. Niin kuin hyvien hoitokäytäntöjen myös hyvien kuntoutuskäytäntöjen tulee pohjautua tieteelliseen näyttöön, tutkittuun tai ainakin professionaaliseen tietoon. Siten myös kuntoutuksen käytäntöjä tulee tarkastella kriittisesti, systemaattisesti ja pitkäjänteisesti.

Tutkimustani voi luonnehtia työelämälähtöiseksi tutkimukseksi ensinnäkin siksi että tarve tutkia sekä kuntoutustutkimusta ilmiönä että kuntoutustutkimusasiakkaan piirteitä nousee erikoissairaanhoidon sisällä toimivan kuntoutustutkimuspoliklinikan tarpeesta tutkia työnsä sisältöä ja kehittää sitä edelleen. Toiseksi työn lähtökohtana ovat kokemukseni siitä, että erikoissairaanhoidossa ihmisen toiminta- ja työkyvyn arvion merkitystä ei tunnisteta, koska terveydenhuollon mielenkiinto on taudin diagnostiikassa. Kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmä hyödyntää tutkimustuloksia yhtäältä omien prosessiensa kehittämisessä ja toisaalta erikoisalojen asiantuntijoiden koulutusyhteistyössä.

Tartuin aiheeseen myös siksi, että Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden toiminta- ja työkyvyn arviointiin liittyvä edellinen seurantatutkimus on tehty yli 20 vuotta sitten (Repo ym. 1995). Myös muiden sairaanhoitopiirien kuntoutustutkimusasiakkaiden toiminta- ja työkyvyn muutosten arviointiin liittyvät tutkimukset ovat parinkymmenen vuoden ja uusimmatkin lähes kymmenen vuoden takaa (esim. Tiitinen 1992; Kinnunen 1995; Kalliorinne & Myllylä 1999; Björkenheim 2001; Friberg 2007). Yhteiskunta ja työelämä ovat kuitenkin muuttuneet 2000-luvulla ja epävarmuus on lisääntynyt (Julkunen 2008; Sennett 2006). Myös terveydenhuollon on oltava yhteiskunnan kehityksen ytimessä. Yksi keino on systemaattinen ja pitkäjänteinen arviointi asiakkaiden kuntoutumisesta ja kuntoutusprosessien toimivuudesta (Kuntoutusselonteko, 2002; Vilkkumaa 2008). Sosiaalityössä arvioinnin velvoitteen mission tasolle nosti parikymmentä vuotta sitten Aulikki Kananoja (1998, 43), jonka mukaan sosiaalityöntekijöillä on sisäänrakennettu velvoite ihmisinä ja ammattikuntana seurata, miten asiakkaan elämäntilanne on muuttunut ja miten asiakkaat ovat tulleet autetuiksi joko sosiaalityön tai muiden tekijöiden vaikutuksesta. Siltä osin tutkimukseni kulkee seurantatutkimuksen ja arviointitutkimuksen rajapinnoilla.

Yhteiskunnallinen keskustelu kannustaa työhön. Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelma tähtää työllisyysasteen nostamiseen 72 prosenttiin ja työllisten määrän lisääntymiseen 110 000 henkilöllä. Myös osatyökykyisten väyliä työhön halutaan parantaa. (Hallitusohjelma 10/2015, 14, 22.) Keskeinen sanoma on, että työssä on jaksettava yhä pidempään ja työkykyisempänä. Suomalaiset tuntevat nämä vaatimukset, mutta useat pelkäävät, etteivät he selviydy työelämässä. (Hinkka ym. 2011.) Kuntoutustutkimuspoliklinikalle ohjautuneet asiakkaat ovat juuri heitä, joiden selviytyminen työelämässä on joko mahdotonta tai lähes mahdotonta. Työhön paluuta pidetään kuitenkin yhtenä kuntoutuksen tulostittarina. Ihmisen oma arvio omasta pystyvyydestään määrittää enemmän työhön paluuta kuin ulkoapäin tulevat mittarit (mm. Giaquinto ym. 2010).

Pyrimme vaikuttamaan ihmisten työssä selviytymiseen ja arjessa pärjäämiseen monipuolisella kuntoutuksella. Suomalainen kuntoutusjärjestelmä onkin muotoutunut usean vuosikymmenen kehitystyön tuloksena yleisiä hyvinvointipalveluja täydentäväksi, eri osajärjestelmien kokonaisuudeksi

(Miettinen 2011). Järjestelmän epämääräisyydestä ja vastuunjako-ongelmista huolimatta järjestelmän tuottamaa kuntoutusta tarvitaan ihmisten hyvinvoinnin, työkyvyn, työn tuottavuuden ja itsenäisen arjessa selviytymisen takaamiseksi (Rajavaara & Lehto 2013).

Tämä tutkimus on toteutettu erikoissairaanhoidossa, jossa paljon palveluita tarvitsevista asiakkaista osa on monitahoista tukea tarvitsevia ihmisiä, mutta heitä ei sellaisiksi tunnusteta terveydenhuoltojärjestelmässä tai sairaalassa. Tutkimukseni ajoittuu keskelle sote-uudistusta, johon liittyy uhkia heikompiosaisen tilanteen kurjistumisesta. Heistä useat ovat juuri edellä mainittuja monitahoista tukea tarvitsevia. Palveluohjauksen, hoitoketjujen ja eri toimijoiden saumaton yhteistyö tulee olemaan iso kysymys tulevaisuuden hoito- ja kuntoutuskentällä, joka on jakaantunut monenlaisten palveluntuottajien markkinoiksi. Pahimmillaan se voi näkyä yhä lisääntyvinä hyvinvointierojen kasvuna. (Suomen sosiaali- ja terveys ry 2016)

Tutkimukseni koostuu kuudesta luvusta. Toisessa luvussa käsittelen asiakkuutta ja erityisesti paljon palveluita ja monitahoista tukea tarvitsevia asiakkaita sekä myös kuntoutuksen asiakkuuksia aiempien tutkimusten ja määritelmien pohjalta. Lisäksi käsittelen kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia, jota tässä tutkimuksessa tekee asiakas. Käsittelen myös moniammatillista kuntoutusta vaikuttavuustutkimusten kautta.

Kolmannessa luvussa tarkastelen kuntoutuksen lähtökohtia ja asiakaslähtöistä ja osallistavaa kuntoutusta sekä kuntoutuksen teorioita ja malleja. Lisäksi avaam Nussbaumin ja Senin (1993) inhimillisten toimintavalmiuksien teoriaa, jonka näen yhtenä mahdollisena eri teorit ja mallit yhteen liittäväenä yleisteorianana. Määrittelen toiminta- ja työkykyä biopsykososiaalisena kysymyksenä ja avaam ICF-luokitusta kuntoutuksen tämän päivän käytännön kehikkona. Lisäksi käsittelen kuntoutustutkimusta ja sen tuloksena syntyvää kuntoutussuunnitelmaa.

Neljännessä luvussa paikannan tutkimuskenttää. Avaam tutkimusasetelman, tutkimusprosessin ja tutkimustehtävän. Käyn läpi aineiston keruun, tutkimusstrategian ja aineiston analyysin. Lisäksi pohdin tutkimukseni eettisiä valintoja ja tutkimuksen luotettavuutta.

Viidennessä luvussa siirryn tarkastelemaan tuloksia. Selvitän asiakkaita kuntoutustutkimukseen ohjaavat organisaatiot. Esitän myös keskeisimpiä lähettäjän näkemyksiä asiakkaan pääasiallisista ongelmista ja asemasta työelämässä. Kuvaan kuntoutustutkimusasiakasta ja kuntoutustutkimusprosessia sekä kuntoutussuunnitelman toteutumista. Selvitän asiakkaiden sairastavuutta asetettujen diagnoosien avulla ja erikoissairaanhoidon palveluiden käytettöä. Viimeiseksi käsittelen seurantar ryhmän tulokset väittämien, avointen vastausten ja ICF-luokituksen osa-alueita kuvaavien aihealueiden ja kuvauskohteiden avulla.

Tutkimukseni kuudennessa ja viimeisessä luvussa teen tutkimuksen yhteenvedon, esittelen tekemäni johtopäätökset ja pohdin tutkimusprosessia ja tutkimuksen merkitystä jatkotutkimukselle ja ammatilliselle kehittämiselle.

2 Paljon palveluita tarvitseva asiakas ja muutosten arviointi

Tässä luvussa käsittelen asiakkuutta terveydenhuollossa ja erityisesti paljon palveluita ja monitahoista tukea tarvitsevia asiakkaita, jollaisia arkikokemukseni pohjalta useimmat kuntoutustutkimusasiakkaat ovat. Lisäksi käsittelen kuntoutuksen asiakkuuksia. Toiseksi käsittelen vaikuttavuuden ja tarkemmin muutosten arviointia, jota tässä tutkimuksessa tekee asiakas. Koska vaikuttavaksi todettu kuntoutus on usein moniammatillista ja -alaista, käsittelen myös sitä vaikuttavuustutkimusten kautta.

2.1 Paljon palveluita ja monitahoista tukea tarvitseva asiakas

Asiakas käsitteenä tuli julkiseen hallintoon 1970–80-lukujen vaihteessa. Erityisesti julkisessa hallinnossa käsitteen nostamisella pyrittiin pois ns. hallintoalamaisuuden käsitteestä (Huuskonen ym. 1997, 10). Asiakas-käsite on vakiinnuttanut asemansa sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavassa lainsäädännössä. Muita lähikäsitteitä ovat esimerkiksi kuntalainen, potilas ja palvelunkäyttäjä. Potilas-käsite kuuluu terveydenhuollon lääketieteelliseen hoitoon ja sairaanhoitoon. Lääkäri ja sairaanhoitaja hoitavat ihmistä potilaanaan. (terveydenhuoltolaki 2010/1326; erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987; sosiaalihuoltolaki 1301/2014).

Käytän kuntoutustutkimuspoliklinikalla asioivista henkilöistä tässä tutkimuksessa nimitystä asiakas. Vaikka he asioivat sairaalassa, he eivät ole kuntoutustutkimuspoliklinikalla potilaina. Asiakas-käsitteellä haluan korostaa palveluihin ohjautuneen ihmisen aktiivista roolia, omaa vastuuta ja valinnanvapautta. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka henkilö joutuukin käyttämään sairautensa vuoksi paljon palveluita ja tarvitsee monenlaista tukea, hyvän hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on mahdollistaa aktiivinen elämä tai ainakin arjessa pärjääminen. Potilaana olo viittaa aktiivisen hoidon tarpeeseen ja passiiviseen sairaan rooliin, jonka passiivista sisältöä haluan tässä tutkimuksessa välttää. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 5.)

Asiakas-käsitteen sisältämä konsumeristinen näkökulma ei ole terveydenhuollon ja sairaanhoidon tehtävien ja mahdollisuuksien, tuskin etiikankaan, kannalta osuva, mutta asiakas-käsite kuvaa kuitenkin paremmin kuntoutustutkimuksen tulokulmaa kuin potilas. Asiakas käsitteenä on monen vuosikymmenenkin jälkeen monisäikeinen ja kontekstisidonnainen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkuuteen liitetään useita kuvaavia käsitteitä, kuten aktiivisuus, mahdollisuus valita ja vaikuttaa sekä osallisuus. Näiden käsitteiden merkitys yhdistettynä sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaaviin

käytäntöihin sekä normeihin muodostavat asiakkuuden dilemman, jota Kaisa Valkama (2012, 3) käsitteli väitöskirjassaan. Valkaman mukaan asiakkaan aktiivisuus voidaan tulkita myös haasteeksi, jolloin asiakas nähdään jopa liian vaativana. Sosiaali- ja terveydenhuollossa valinnanvapaus ja todelliset valinnanmahdollisuudet ovat käytännössä vasta alussa. Asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa jossakin määrin omiin palveluihinsa, mutta vaikuttaminen on pääasiassa välillistä. Tästä näkökulmasta katsottuna asiakkaan osallisuus jää usein näennäiseksi, toteaa Valkama.

Tarkastelukulmana voi myös olla paljon palveluita ja monitahoista tukea tarvitseva asiakas, jota on avattu ainakin kahdessa laissa: sosiaalihuoltolaissa (§ 3) ja terveydenhuoltolaissa (§ 24). Sosiaalihuoltolaissa määrittelyn piiriin kuuluvat ne henkilöt, joiden erityisen tuen tarve perustuu esimerkiksi useampaan sairauteen tai vammoihin tai vielä diagnosoimattomaan oireyhtymään, joka vakavasti vaikeuttaa henkilön kykyä toimia. Niin ikään terveydenhuoltolaki mainitsee erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan *potilaan* ja painottaa varhaista tunnistamista, hoitoa ja jatkohoitoon ohjaamista.

Tässä tutkimuksessa käytän erityistä tukea tarvitsevaa henkilöä synonyyminä paljon palveluita käyttävälle ja monitahoista tukea tarvitsevalle asiakkaalle. Ajatteluni tukee esimerkiksi Kaattarin ym. (2015) tutkimus, jonka mukaan paljon palveluita käyttävillä asiakkailla on usein runsaasti kroonisia ja somaattisia sairauksia, psyykkisiä oireita, heikko sosiaalinen asema, terveyskäyttäytymiseen liittyviä ongelmia ja huono koettu terveydentila sekä merkittävä toivottomuuden kokemus tulevaisuudesta. Terveyserojen kasvussa sosiaalinen asema on yksi määrittävä tekijä Suomessa viime aikoina tehdyissä tutkimuksissa (Kemppainen 2012).

Kansainvälisissä tutkimuksissa (esim. Grafinkel & Riley 1988) havaittiin jo lähes kolmekymmentä vuotta sitten, että esimerkiksi Yhdysvalloissa noin kymmenesosa laitoshoidon ulkopuolella olevasta väestöstä kerrytti 75 % kustannuksista. Samaan aikaan myös Suomessa ilmestyi tutkimuksia paljon terveyspalveluita käyttävistä asiakkaista (Larivaara, 1987). Sittemmin kansalliset tutkimukset ovat lisääntyneet (Kaattari ym. 2015; Leskelä ym. 2013 ja 2015; Purmonen ym. 2016). Tutkimusten yhteinen sanoma on, että myös Suomessa on pieni osa kansalaisia, jotka käyttävät suurimman osan terveyspalveluihin ohjatuista resursseista. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikössä selvitettiin paljon palveluita käyttävien potilaiden käyntikertojen jakaumaa kaikilla poliklinikoilla vuonna 2014. Selvityksessä (N=142 173) todettiin, että neljällä potilaalla oli vuoden aikana käyntejä 14 eri poliklinikalla. Kymmenellä tai useammalla poliklinikalla kävi vuoden aikana 94 potilasta. Yhteensä käyntejä oli 583 109. (Holmberg-Marttila 2015.)

Vaikka tämä tutkimus ei käsittelekään paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kerryttämiä kustannuksia, otin nämä tutkimukset mukaan siitä syystä, että ne ovat nostaneet keskusteluun pienen jou-

kon kansalaisia, joista on syytä kantaa huolta. Sen sijaan, että tutkisin näiden ihmisten vaikutusta yhteiskuntatalouteen, pyrin kuvaamaan näitä ihmisiä siten, kuin he näyttävät kuntoutustutkimuksessa. Tämän tutkimuksen kohderyhmän asiakkailta on aiemmin työssä saamiene kokemusten mukaan monia sairauksia, toimintakyvyn ja arjessa pärjäämisen pulmia ja he täyttävät edellä mainittujen tutkimusten (esim. Leskelä 2013 ja 2015 ja Purmonen 2016) mukaan paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kriteerit. Heitä kutsun arkikielellä monisairaiksi.

Riikka-Leena Leskelän ym. (2015) tutkimuksen mukaan valtaosalla kahtena vuonna peräkkäin eniten palveluita käyttäneistä potilaista oli pitkäaikaissairaus ja lisäksi vähintään kuusi muuta päädiagnoosia. Tutkimuksessa todettiin myös, että jos asiakasta hoidetaan usealla eri erikoisalalla, se lisää riskiä kuulua toistuvasti eniten palveluja käyttävien ryhmään. Siiloutuneessa erikoissairaanhoidossa onkin vaarana, että kukaan ei ota vastuuta paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidon kokonaisuudesta. Näyttää siltä, että erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille tarvitaan hoitoketjujen kehittämistyötä ja koordinoitua. (Holmberg-Marttila 2015.)

Myös Porter (2013) kollegoineen tutki erilaisia asiakkuuksia Yhdysvalloissa. Tutkijat jakoivat väestön terveydentilan mukaan viiteen kategoriaan: *terveet* (Healthy), *terveet, joilla on akuutti sairaus* (Healthy with A Complex Acute Illness), *riskiryhmät*, joilla on riski saada jokin sairaus, esimerkiksi metabolinen oireyhtymä (At risk), *kroonisesti pitkäaikaissairaat* (Chronically) ja *monisairaat* (Complex). Monisairaita Porter kollegoineen kuvaa henkilöiksi, joilla on monia kroonisia sairauksia (viisi tai useampi krooninen sairaus), joihin liittyy komplikaatioita tai muita toimintakykyä alentavia tekijöitä, jotka vaativat moniammatillista otetta. Monisairailta on toistuvia sairaalajaksoja ja hoito vaatii usean erikoisalan käyntejä. Tutkimuksessa monisairaita oli aikuisväestössä alle viisi prosenttia.

Muissakin kansainvälisten julkaisujen monisairaana määritelmässä lähestymiskulma on diagnostisoidujen sairauksien ja hoitotoimenpiteiden määrä. Tutkimuksissa monisairailta tarkoitetaan yli 50 vuotiasta henkilöä, jolla on vähintään kaksi aktiivista toimenpidettä vaativaa pitkäaikaissairautta. Monisairauden vaikutukset tunnustetaan ja nähdään sen vaikuttavan ihmisen autonomiaan, elämänlaatuun, osallisuuteen, työllistymismahdollisuuksiin ja elintasoon heikentävästi sekä tuovan paineita läheisille. (Bower et al. 2011; Smith et al. 2012.). Suomessa monisairaana määritelmä näyttää eri tutkimusten ja selvitysten mukaan olevan yhtä vaikeaa, koska ilmiö on monimuotoinen. Konsensusta ei ole löytynyt. Yhteinen näkemys näyttää löytyvän kuitenkin siitä, että pelkästään diagnoosien määrä ei voi olla ainut kriteeri.

Monisairairaiden hoito- ja palvelukokonaisuuksia kehitetään parhaillaan eurooppalaisessa ICARE4EU -hankkeessa, jossa on suomalaisen Potku -hankkeen lisäksi mukana saksalainen, italialai-

nen ja brittiläinen partneri. Hankkeen taustalla on tieto monisairaiden hoidon hajautumisesta ja pirstaloituneisuudesta, mutta osin myös suunnittelemattomuudesta ja ennen kaikkea monisairaiden määrän kasvusta Euroopassa. Nämä ovat haasteita palvelujen tuotannon, järjestämisen ja johtamisen näkökulmasta. (Hujala ym. 2013.) Suomessa on niin ikään meneillään monisairaahan hoitoketjuhankkeita (mm. Holmberg ym. 2015). Erilaisissa hankkeissa ja tutkimuksissa on todettu yhteisesti, että kaikille asiakkaille ei ole syytä tuottaa palveluita samalla tavalla. (Kaattari ym. 2015).

Suomessa asiakkuuden määrittelyä on viety asiakaslähtöiseen suuntaan niin, että sekä asiakas että ammattilainen yhdessä määrittelevät asiakkuutta kahden eri ulottuvuuden avulla. Toinen ulottuvuus kuvaa asiakkaan arjessa pärjäämistä ja toinen ulottuvuus asiakkaan terveyden, sairauden, sairauksien ja niiden hoidon tilannetta. Viimeisintä ulottuvuutta kutsutaan suhdekustannuksiksi. Arjessa pärjäämisen ja suhdekustannusten avulla on rakennettu neljä erilaista asiakkuusstrategiaa. Asiakkuusstrategioihin on kehitetty erillinen Suuntima-työväline, jossa asiakas arvioi arjessa pärjäämistään ja ammattilainen sairauksien ja niiden hoidon vaikeutta ja monimutkaisuutta. (Holmberg-Marttila & Kuusisto 2016; Koivuniemi & Simonen 2011, 101–104; Koivuniemi ym. 2014, 137; Mattila 2016.)

Asiakkuuden eri muotoja on löydetty neljä. *Omatomiasiakas*, jolla on hyvät voimavarat ja arkinen pärjääminen sairauden kanssa sujuu hyvin. Esimerkiksi digitaalisten palveluiden käyttö on heille mahdollista. Tälle ryhmälle palvelut voidaan toteuttaa aivan eri tavalla kuin esimerkiksi jäljempänä verkostoasiakkaalle. *Yhteisöasiakkaalla* sairauden hoito on hallinnassa, mutta asiakkaalla ei ole riittävästi voimavaroja arjessa pärjäämiseen. He tarvitsevat tukea. *Yhteistyöasiakkaalla* on hyvät arjessa pärjäämisen keinot, mutta hoito on vaativaa ja tarvitaan usean ammattilaisen yhteistyötä. *Verkostoasiakkaan* ongelmat ovat sellaisia, että he tarvitsevat vahvaa tukea ja yhden koordinaattorin, jotta arjessa pärjääminen on mahdollista. (Koivuniemi & Simonen 2011, 101–104; Koivuniemi ym. 2014, 137.)

Monitieteinen kuntoutuskin jäsentää asiakasta/kuntoutujaa monin tavoin. Kuntoutuspalvelujärjestelmässä ihminen voi olla potilaan, kuntoutujan, kuluttajan tai asiakkaan roolissa. Kuntoutuja asiakkaana nähdään valintoja tekevänä subjektina (Järvikoski & Härkäpää 2011, 182–186). Kuntoutuja kohteena -asetelmassa hänet nähdään objektina, joka ei voi tehdä omia kuntoutustaan koskevia valintoja, ne tekee asiantuntija hänen puolestaan (Viitanen & Piirainen 2013). Kuntoutuksen asiakkuutta voi tarkastella myös perinteiseen Ihalaisen ja Rissasen (2009, 56–58) tapaan luokitellen ihmiset iän ja kuntoutustarpeen sekä sairaus- ja vamma-ryhmän mukaan. Kuntoutustutkimusasiakkaille tämä ryhmittely ei sovellu, koska sairaus ja diagnoosi tai vamma ei ole syy tulla kuntoutustutkimuspoliklinikalle, vaan pikemminkin toimintakyvyssä ilmenevät ongelmat. Kuntoutujan näkeminen kuluttajana puolestaan tuo ajatuksen palveluja kuluttavasta ihmisestä, joka maksaa itse palveluitaan ja valitsee, mitä hän haluaa ja kuinka paljon (Härkäpää ym. 2011).

Kuntoutuksen asiakasta ovat määritelleet myös Viitanen ja Piirainen (2013), jotka ovat todenneet että kuntoutuksen palveluita käyttävät asiakkaat eivät ole yksi yhtenäinen ryhmä. Tutkijat löysivät kymmenen erilaista asiakasryhmää, jotka he nimesivät ”kuningaskuluttajaksi”, ”sekakäyttäjäksi”, ”sarjakäyttäjäksi”, ”satunnaiskäyttäjäksi”, ”vaeltajaksi”, ”siirtyjäksi”, ”salakäyttäjäksi”, ”hyvinvointikäyttäjäksi”, ”käypä kuntoutus asiakkaaksi” ja ”toimijaksi”. Palveluiden käyttäjien haastatteluissa nousi esiin, että julkinen terveydenhuolto ei pysty vastaamaan erilaisten asiakkaiden tarpeisiin. Viitanen ja Piiraisen mukaan tulokset antoivat viitteitä siihen, että asiantuntijakeskeinen järjestelmäme ei vastannut asiakkaiden odotuksiin etenkin sairauden alkuvaiheessa, jolloin tuen ja tiedon tarve on suuri. Tähän saattaa löytyä vastaus asiakkuusstrategioista.

Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakkuutta on tarkasteltu myös osallisuuden ja osattomuuden näkökulmasta. Asiakas oli toimenpiteen kohde tai aktiivinen ja aloitteellinen toimija. Molemmat työorientaatiot näyttäytyvät edelleen erikoissairaanhoidossa. (Palomäki 2012, 81.) Koska kuntoutustutkimusasiakkaan toimintakyky on usein hauras, on syytä kysyä, millaiset hänen mahdollisuutensa aitoon osallisuuteen todellisuudessa ovat. Osallisuuden vahvistamisessa kuntoutustyöntekijältä edellytetään soveltuvien osallistumismahdollisuuksien tuntemista ja jokaisen omakohtaisten voimavarojen tukemista (Valkama 2012, 3).

Kuntoutustutkimusasiakkaiden yksi keskeinen ongelma on krooninen kipu (mm. Havukainen 2004; Björkenheim 2001; Palomäki 2012), joka on aina enemmän kuin ruumiillinen prosessi (esim. Brown ym. 2015). Ruumiillisen kokemuksen ja mielen välisen sillan rakentaminen voi olla pitkä ja vaikea prosessi (Hamunen 1999). Kipupotilaan hoito- ja kuntoutusketjun tavoitteena on saumaton jatkumo diagnoosista hoitoon, lääkinnälliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen (Haanpää & Lahti 2016). Kipupotilaan ongelmaksi tulee kuitenkin usein joko ammattihenkilöstön osaamisvajae tai ymmärtämättömyys tai se, etteivät asiakkaat tule kipunsa kanssa kuulluiksi. Kivusta kärsivät asiakkaat tarvitsevat arkisen pärjäämisensä tueksi tietoa hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista ja sopeutumista sekä uudelleen suuntautumista ja näkökulman vaihtoon liittyvä tukea. Kroonista kipua tulee tarkastella yksilön ja ympäristön välisenä vuorovaikutustilanteena enemmän kuin erillisenä ilmiönä. Kipu on sidoksissa ympäristöönsä ja se tulee siten ymmärretyksi osana sitä (Ojala ym. 2015; Raitakari & Salo 2012.).

Tämän luvun yhteenvedona voi todeta, että erilaisissa ajankohtaisissa asiakkuuden määritelmässä korostuvat arjessa pärjäämisen näkökulma ja ihmisen aktiivisuus oman elämänsä subjektina. Monisairaana määritelmässä arjen näkökulma on vielä harvinainen, vaikka arjessa pärjäämisen eetos näkyy uudessa WHO:n terveyden määritelmässäkin. WHO:n mukaan terveys ja eheys nähdään verbein ”to adapt and self manage”, joka vapaasti suomennettuna tarkoittaa ihmisen kykyä sopeutua ja ohjata itse omaa elämäänsä erilaisten eteen tulevien ongelmien kanssa. Terveys on siten kykyä pär-

jätä omillaan ja tulla arjessa toimeen. (Koivuniemi ym. 2014, 138–139.) Asiakkuuden tarkastelussa on alettu ottaa myös asiakasta mukaan määrittelemään ammattilaisen rinnalle, mutta monisairaana määrittelyä ovat tehneet pääosin ammattilaiset. Määreinä ovat olleet pääasiassa palveluiden ja diagnoosien lukumäärä ja käytetyt kustannukset (esim. Porter ym. 2013; Leskelä ym. 2015; Kaattari ym. 2015). Tulevaisuudessa palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa asiakkaiden rooli tulee korostumaan. Asiantuntijat tulevat toimimaan erilaisissa verkostoissa yhdessä asiakkaiden kanssa ja tuottavat palveluita erilaisille asiakkuusryhmille (mm. Viitanen & Piirainen 2013).

Seuraavaksi siirryn tarkastelemaan vaikuttavuuden tai pikemminkin muutosten arviointia, jota tässä tutkimuksessa tekee asiakas. Nostan esiin moniammatillisuuden, koska kuntoutustutkimus on aina monialaista ja moniammatillista. Käsittelen myös moniammatillista kuntoutusta vaikuttavuustutkimusten kautta, koska sen on todettu olevan vaikuttavinta kuntoutusta.

2.2 Asiakasnäkökulma muutosten arviointiin

Yhä useammin tarkastelemme hyvinvointivaltiota, sosiaalipolitiikkaa ja kuntoutusta arvioinnin keinoin. Viimeisten kahden vuosikymmenen aikana suomalaiseen yhteiskuntaan onkin levinnyt arvioinnin käytäntöjen kirjo. Arviointiin läheisesti liittyvä vaikuttavuuden käsite nousee keskiöön lähes kaikessa hyvinvointivaltiota koskevassa keskustelussa, siten myös kuntoutuksessa. Kyse ei ole niinkään arvioinnin halusta, vaan ulkopuolelta tulevasta vaatimuksesta, missä myös lainsäädännöllä on osuutensa. Halusimme tai emme, myös sosiaalitieteilijöiden on syytä ottaa osaa arviointiin ja siitä käytävään keskusteluun, jotta voimme tuoda oman näkemyksemme ja jäsenyyksemme yhteiseen tarkasteluun. (Rajavaara 2007, 11–12.)

Vaikuttavuuden arvioinnin esiinmarssin taustalla on monenlaisia yhteiskunnallisia kehityskulkuja. Riitta Haverinen (2006) nostaa esiin taloudellisen ja tehokkuusajattelun näkökulman ja toteaa, että vaikuttavuudessa on pitkälti kyse julkisen sektorin ja yhteiskuntapolitiikan harjoittamisen ohjaamisesta. Sitä perustellaankin Value for Money -ajattelulla. Kuitenkaan vaikuttavuuden arvioinnin perimmäisenä lähtökohtana eivät ole olleet tehokkuus ja taloudellisuus, vaan niin kuin Tuija Kotiranta ja Minna Kivipelto (2014) muistuttavat, taustalla on yksinkertaisesti ollut kiinnostus saada tietoa siitä, miten esimerkiksi lukulaitokampanjoissa tai terveystoimittamisissa ohjelmissa 1930-luvun Yhdysvalloissa onnistuttiin.

Arvioinnin käsite sisältää useita käsitteitä, kuten seuranta, suunnittelu ja laadun kehittäminen (Rajavaara, 2006, 17). Tämän tutkimuksen kaksi tutkimuskysymystä liittyvät arviointitutkimuksen kenttään. Tutkimuksessani asiakas on arvioimassa toiminta- ja työkyvyssään tapahtuneita muutoksia

kuntoutustutkimuksen jälkeen. Asiakas arvioi myös itse kuntoutustutkimusprosessiaan. Sen lisäksi tämä tutkimus täyttää seurantatutkimuksellekin asetettuja kriteereitä, koska siinä seurattiin asiakkaiden prosessia kuntoutustutkimuksen jälkeen.

Kyse on myös *laadun varmentamiseen* liittyvästä tutkimuksesta. Asiakkailta kysyttiin suoraan mm. ohjauksen ja neuvonnan laadusta, kohtelusta ja kuulluksi tulemisesta. Lisäksi tutkimustani voinee kutsua kolmannen tutkimuskysymyksen osalta myös pitkittäistutkimukseksi, koska siinä mitataan ja tutkitaan saman kohderyhmän ominaisuuksia eri ajanhetkinä (Heikkilä 1998, 14). Rajauksessa lähdin ajatuksesta, että ensinnäkin kuntoutustutkimustyön kehittämisen näkökulmasta tarvitaan systemaattisesti hankittua tietoa asiakasprofiilista. Toiseksi asiakkaiden näkemykset kuntoutussuunnitelman toteutumisesta ja sen aikana toiminta- ja työkyvyssä tapahtuneista muutoksista ovat arvokasta tietoa jatkokehittämiselle. Siten tämä tutkimus kulkee monen tutkimustyyppin rajapinnoilla.

Asiakastyytyväisyys on yksi usein käytetty tapa vaikuttavuuden arvioinnissa. Siinä suhteutetaan vaikutukset palvelujen käyttäjien omien tavoitteiden täyttymiseen. Asiakastyytyväisyys kuvaa sitä, missä määrin palvelu on vastannut asiakkaan tavoitteita ja odotuksia. Palvelujen ulkoisia vaikutuksia voidaan mitata myös tarkastelemalla palvelusta aiheutuneita seurauksia. (mm. Rajavaara 2006, 38–39; Pohjolainen & Malmivaara 2008.) Pelkän asiakastyytyväisyyden lisäksi asiakkaalta voi saada hyödyllistä tietoa kokemuksellisen arvioinnin keinoin muun muassa siitä, miten palvelutapahtuma tai -prosessi on vaikuttanut hänen elämäntilanteeseensa (Hokkanen 2012; Giaquinto ym. 2010). Kokemuksellinen, asiakkaan oma arvio toimintakyvystään ennustaa muun muassa työhön paluuta paremmin kuin esimerkiksi selkävun kliinisesti arvioitu haitta-aste (Zampolini ym. 2007; Lehto 2011, 12).

Talous- ja lääketieteiden tutkimuksessa *vaikuttavuus* on ollut jo pitkään tärkeä käsite, mutta hyvinvointivaltion hallinnointiin se tuli vasta 1980-luvun lopulla, jolloin sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkijat alkoivat käyttää vaikuttavuuden käsitettä. Tätä ennen tutkijat puhuivat mm. toiminnan vaikutuksista ja seurauksista. (Rajavaara, 2007, 171.) Vaikuttavuus (effectiveness) kuvaa tulosta, vaikutusta ja vaikuttamisen prosessia, esimerkiksi kuntoutusmenetelmien vaikuttavuus arkielämässä on usein pienempi kuin teho. Optimivaikutus eli teho (efficacy) tarkoittaa vaikuttavuustutkimuksessa vaikuttavuutta ihanneolosuhteissa, kuten kontrolloidussa ja satunnaistetussa testaustilanteissa. Kontrolloidun ja satunnaistetun tutkimuksen toteuttamista vaikeuttaa se, että kuntoutuksessa edellytetään aina yksilön omaa osallistumista. Vaikuttavuuden lähikäsite on myös tehokkuus (efficiency), joka mittaa hoidon vaikuttavuuden ja sen antamiseen käytettyjen voimavarojen suhdetta. Hoidon tehokkuutta kuvataan yleisesti kustannus-hyötysuhteena ja kustannusvaikuttavuutena. (Pohjolainen & Malmivaara 2008.)

Kuntoutussuunnitelmien *tavoitelähtöisessä vaikuttavuuden arvioinnissa* halutaan selvittää, miten tavoitteet ovat toteutuneet. Tavoitteiden toteutumisen taso toimii kriteerinä työn onnistumiselle. Näin vaikutusten arviointia on toteutettu jo useita vuosikymmeniä. (Rajavaara, 2006, 38–39.) Vaikuttavuutta kuvataankin usein saavutettujen ja asetettujen tavoitteiden suhteena. Kuntoutuksessa ja sosiaalityössä on aina kyse muutoksesta ihmisen elämässä. Sen vuoksi vaikuttavuutta on tarkoituksenmukaista hakea tavoite- tai tarveperusteisella otteella. (Pohjola 2012.) Siten muutoksia, vaikuttavuutta ja vaikutuksia, kuten useat tutkijat käsitteet usein rinnastavat, voidaan tarkastella monenlaisten ajattelutapojen, painotusten ja rinnastusten kautta (mm. Rajavaara 2007).

Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa on yritetty ratkaista ns. black box -ilmiötä, jota on kuvattu vaikuttavuuskirjallisuudessa paljon (Scriven 1991, 74; Hart ym. 2014; Landspers 2010, 36). Käsite viittaa kysymykseen, mikä jossakin interventiossa vaikuttaa. Viime aikoina onkin kehitetty erilaisia teoriaperusteisia kuntoutusinterventioiden luokitusjärjestelmiä, joiden tarkoituksena on avata kuntoutuksen vaikuttavuustutkimusten ”mustaa laatikkoa”. Tässä tutkimuksessa en yritä avata ”mustaa laatikkoa”. Kuntoutusprosessissa on ylipäättään mahdotonta erotella yksittäisiä interventioita, puhumattakaan niiden vaikutuksista. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi nähdään tässä tutkimuksessa kuntoutustyöntekijän työn tai asiakkaan tavoitteiden toteutumisen ja merkityksien arviointina (Lindqvist 2003). Se, mikä on asiakkaiden elämässä vaikuttavaa, on useimmiten merkityksellistä ja vaikuttavaa myös yhteiskunnassa (Rajavaara 2006, 32–45).

Kuntoutus on vaikuttavaa silloin, kun toiminnalle asetetut tavoitteet saavutetaan. Yhteisötasolla tämä näkyy esimerkiksi siten, että työstä poissaolot vähentyvät. Yksilötasolla kuntoutuksen vaikuttavuus näkyy kuntoutujan toiminta- ja työkyvyn, arkielämän hallinnan ja selviytymisen tai hyvinvoinnin vahvistumisena. (Rissanen & Aalto, 2002.) Asiakaslähtöisessä vaikuttavuuden arvioinnissa joudutaan pohtimaan, miten usein ihanneolo-suhteissa saadut tulokset toteutuvat arkipäivän ympäristöissä ja tilanteissa. *Lääketieteessä vaikuttavuutta* tarkastellaan tavoitteen mukaisten tulosten saavuttamisena, joka näkyy mitattavissa olevan fysiologisen terveyden kohentumisena tai huononemisen hidastumisena (esim. Pohjolainen 2005). Suurin osa lääketieteellisestä tutkimuksesta on luonnontieteeseen perustuvaa ja sen vaikuttavuusnäyttö edellyttää riittävän suurissa, samankaltaistetuissa aineistoissa seurattujen muutosten luotettavaa mittaamista. Vaikuttavuuden mittaamisen sijaan erityisesti sosiaalityössä puhutaan vaikutusten kuvaamisesta, koska yksittäisten asiakkaiden auttamistilanteet kiinnittyvät usein elämässä vaikuttaviin kontekstuaalisiin tekijöihin (Pohjola 2012).

Suuri osa terveydenhuollon palveluista perustuu paitsi *näyttöön perustuvaan vaikuttavuuteen*, myös pitkään käytössä olleisiin ns. hyviin käytäntöihin. Koska terveydenhuollossa keskeinen tietoperusta nousee lääketieteellisestä tiedosta, sen perimmäinen tavoite on aina ollut lääketieteellinen vaikuttavuus. Tavoitteiden toteutumisen taso toimii siis kriteerinä työn onnistumiselle. Ongelmaksi nousee,

että terveydenhuollossa tavoitteet asetetaan useimmiten asiakkaan ulkopuolelta ja vaikutukset suhteutetaan tavoitteissa ilmaistuihin vaikutusodotuksiin, jotka saattavat olla erilaisia tai jopa ristiriidassa asiakkaan omiin tavoitteisiin. (Pohjolainen 2006.)

Terveydenhuollon keskeisin toimintaa ohjaava laki on terveydenhuoltolaki (1326/2010). Se korostaa, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava *näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin* (evidence based). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2009, 53) määritteli näyttöön perustuvan toiminnan siten, että se on ”parhaan mahdollisen saatavilla olevan ajankohtaisen tiedon harkittua käyttöä asiakkaan hoidossa tai terveyden edistämiseksi”, jolloin hoidossa on käytettävä vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja käytäntöjä. Niin myös Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin tulee vastata hoidon tarpeeseen käyttämällä vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Mikä sitten on vaikuttavaa? Kun tarkastelen sosiaalitieteilijänä ihmistä ympäristössään, ei biologinen vaikuttavuusnäyttö välttämättä anna tyhjentävää vastausta siihen, miten ihmisen elämä ja toimintakyky ovat hoidon aikana muuttuneet.

Arki ja ihmisen pärjääminen ovat nousseet viime aikoina myös lääketieteelliseen vaikuttavuuskeskusteluun. Tutkijat ovat oivaltaneet, että lääketieteessä interventoiden vaikuttavuuden arvioinnissa on käytetty pääosin satunnaistettuja kokeita ja tutkimuspotilaat on tarkoin valittuja ja heitä hoitavat erikoistuneet ja juuri tähän tutkimukseen motivoituneet lääkärit. Ongelman ydin on ollut se, etteivät laboratorioissa tehdyt kokeet vastaa todellista, ihmisen elämässä toteutuvaa hoidon onnistumista. Laboratorio-olosuhteissa saadut vaikuttavuustiedot ovat usein positiivisempia kuin tavanomaisissa terveydenhuollon olosuhteissa toteutetut tutkimukset. (Malmivaara 2012.)

Asiakkaan itsearviointia on kehitetty viime vuosina ja siihen on löydetty mittareita niin sosiaalisen (Hokkanen 2012) kuin myös lääkinällisen kuntoutuksen alueella (Jeglinsky ym. 2013). Siitäkin huolimatta asiakkaan asema hyvinvointipalvelujen arvioinnissa on jäänyt paitsioon. Useimmiten arviointia tehdään organisaation tai järjestelmän näkökulmasta, vaikka viime vuosina asiakasnäkökulmaa onkin nostettu yhä voimakkaammin esiin. Järjestelmämme on kuitenkin tarkoitettu tuottamaan hyvinvointia juuri niille ihmisille, jotka ovat avun tarpeessa. Sen vuoksi on perusteltua, että asiakas itse on myös arvioimassa palveluja. (Metteri 2012, 58.) Tässä tutkimuksessa asiakas arvioi itse joko kirjattujen tai kirjaamattomien tavoitteiden saavuttamista ja suunnitelman onnistumista sekä muutoksia omassa toiminta- ja työkyvyssään asetettujen muuttujien avulla. Asiakas itse määrittelee vaikuttavuuden tason ja arvioi tulosta, muutosta ja prosessia.

Kuntoutuksessa on käytetty jo parin vuosikymmenen ajan käsitteitä *kuntoutuja- ja asiakaskeskeisyys tai -lähtöisyys*. Aila Järvikoski (1994) määritteli kuntoutujakeskeistä mallia kuntoutuksen kliinisen mallin vastinparina. Siinä asiakas ymmärretään elämäänsä suunnittelevana aktiivisena subjek-

tina. Tällöin kuntoutujien omat kokemukset toimivat keskeisinä vaikuttavuuden osoittimina ja hän on keskeisessä roolissa arvioimaan kuntoutuksensa ja ennen kaikkea omassa toimintakyvyssään tapahtuneita muutoksia (Martin 2012). Tässä tutkimuksessa kerätään tietoa asiakkailta heidän omassa ympäristössään tapahtuvasta kuntoutumisesta ja siitä, miten kuntoutustutkimuksessa tuotetut lausunnot ja kuntoutussuunnitelma ovat toteutuneet. Lisäksi käsillä oleva tutkimus nostaa esiin asiakkaan subjektiivisen arvion moniammatillisen työn ja kuntoutuksen toimenpiteiden vaikutuksista.

Asiakaslähtöisyyden yksi mittari on se, miten kuntoutuksessa onnistutaan jakamaan toimijuus asiakkaan kanssa. Kuntoutus ei ole tuloksellista, jos asiakas on ulkopuolinen kuntoutuksessaan. (Järvi-
koski 2013, 24.) Kuntoutuja- ja asiakaskeskeisyyden määrittelyyn liittyy useita merkityksiä. Ensinnäkin asiakkaan yksilölliset ominaisuudet ja elämäntilanne on havaittava ja otettava huomioon. Asiakkaan ympäristö ja arkielämä on otettava huomioon, asiakas nähdään oman kuntoutuksensa, elämänsä ja arkensa asiantuntijana, jonka voimavarat nähdään ongelmien takaa. (emt., 41.) Siten asiakas on oikea henkilö arvioimaan myös oman kuntoutuksensa toteutumista. Käsitteestä ei vallitse käytännön kentällä yksimielisyyttä, vaikka asiakaslähtöisyys on laadunhallinnan ja palvelutoiminnan kehittämisen keskeisiä periaatteita.

Useimmiten työkyvyn arviointi ja vaikuttavaksi todettu kuntoutus toteutuvat *moniammatillisesti*. Moniammatillisuuden määrittely riippuu aina siitä, mikä on määrittelijän näkökulma asiaan. Moniammatillinen työskentely voidaan määritellä yksinkertaisesti niin, että moniammatillisuutta ovat ”kaikki työskentelymuodot, joissa eri alojen ammatti-ihmiset välittävät tietoa ja/tai toimivat yhdessä kuntoutujan asioissa, kuntoutujan tarpeista lähtien” (Paltamaa ym. 2011, 19). Erilaiset näkökulmat on näin mahdollista yhdistää ja saada kokonaisnäkemys tilanteesta. Kuntoutumista edistäviä tekijöitä moniammatillisessa kuntoutuksessa ovat oikea ajoitus, riittävä ohjaus, emotionaalinen tuki, toiminnalliset, fyysiset ja psyykkiset harjoitukset. Ne ovat keskeisiä menetelmiä, kun tavoitellaan parantunutta toimintakykyä ja nopeaa työhön paluuta, elämän laadun kohentumista ja kivun lieventymistä. (Giaquinto ym. 2010.)

Kaarina Isoherranen (2012) tutki *moniammatillisia tiimejä*. Tutkimustulosten mukaan hyvin toimivissa moniammatillisissa tiimeissä on havaittavissa asiantuntijoiden keskinäistä tukea ja luottamusta. Tällaisissa tiimeissä halutaan työskennellä. Niissä kehittyy sosiaalista pääomaa, joka auttaa myös työssä jaksamisessa. Isoherranen (2012, 19–25) painottaa, että kuntoutujan ja kuntoutustyöryhmän keskinäisessä vuoropuhelussa erilaisia näkökulmia yhdistämällä luodaan uusi, yhteisesti jaettu näkemys ja ymmärrys kuntoutujan tilanteesta. Isoherranen nostaa neljä keskeistä asiaa moniammatillisuudesta: (1) sovitut välineet ja käytännöt tiedon kokoamiselle, (2) mahdollisuuden ammatillisille

rajojen ylityksille, (3) potilaslähtöiset organisaatioiden rajojen ylitykset ja (4) jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen.

Moniammatillisessa ryhmässä päätöksenteko perustuu eri näkökulmien ja ratkaisuvaihtoehtojen seurausten punnitsemiselle. Koska asiakkaat ja heidän elämäntilanteensa ovat yksilöllisiä, ideaalitalanne olisi, että moniammatillisessa työskentelyssä lähdetäisiin liikkeelle asiakkaan kanssa yhteisen tietämättömyyden ääreltä. Tällainen ideaalimalli ei kovin hyvin sovi tietämiseen ja parantamiseen perustuvan erikoissairaanhoidon työkuultuuriin, jossa aikataulut määrittävät usein työtettä. (ks. esim. Metteri & Haukka-Wacklin, 2004.) Useiden vuosikymmenien moniammatillisen, biopsykososiaalisen työn kehittämisestä huolimatta biomedikaalinen malli ja sairaus- ja vajavuusparadigma vallitsevat useissa terveydenhuollon toimipisteissä, erityisesti erikoissairaanhoidossa (esim. Leino 2011; Adler 2009). ICF-luokitus (tarkemmin luvussa 3.4) ja biopsykososiaalinen työote on otettu käyttöön eniten lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Syy tähän lienee mallin terveydentila-käsitteessä, jota vasten toimintakykyä peilataan (Järvikoski ym. 2015).

Viimeaikaiset *kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointitutkimukset* (mm. Suoyrjö 2010; Saltychev 2012; Tirkkonen 2012; Turja 2009) tuottavat hyvin ristiriitaisia tuloksia kuntoutuksen vaikuttavuudesta, jos vaikuttavuuden osoittimena pidetään vähentyneitä työkyvyttömyyseläkkeitä tai pitkiä sairauslomia tai lisääntynyttä liikuntaa tai vähentyneitä alkoholin käyttöä. Näyttö kuitenkin löytyy esimerkiksi moniammatillisen työn vaikuttavuudesta neurologisessa kuntoutuksessa AVH-kuntoutujilla (Korpelainen ym. 2008), MS-kuntoutujilla (Ruutiainen ym. 2008) ja muilla neurologisilla kuntoutujilla (Kallanranta 2001).

Useat kuntoutustutkimusasiakkaat kärsivät *kroonisesta selkävivusta*. Myös kroonisen selkäkipupotilaan moniammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on vahvaa näyttöä (Pohjolainen 2005) (näytön aste A)³. Psykologisista menetelmistä erityisesti käyttäytymisterapeuttisista menetelmistä on osoitettu vaikuttavuutta niinikään kroonisilla selkäkipupotilailla. Käyttäytymis-terapeuttisten menetelmien lisäksi on tarvittu toimintakykyä parantavia toiminnallisia, fyysisiä ja aktiivisia harjoituksia. (Guzman ym. 2002; Pohjolainen 2005.)

Subakuutin⁴ selkävivun moniammatillisen, biopsykososiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on kohtalaista näyttöä (näytön aste B) silloin, kun kuntoutus sisältää työpaikkakäynnin tai laajemman ammatillisen intervention. Kuntoutus auttaa subakuutista selkävivusta kärsivää potilasta palaamaan

³ Näytön A, B, C ja D perustuvat Käypä hoito suosituksen (2014) luokitukseen vaikuttavuuden voimakkuudesta. Käytössä pääosin lääketieteellisessä tutkimuksessa. A= vahva tutkimusnäyttö ja useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia. B= kohtalainen tutkimusnäyttö ja ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia. C= niukka tutkimusnäyttö ja ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimuksia. D= ei tutkimusnäyttöä.

⁴ Subakuutiksi eli pitkittyväksi selkäkipu muuttuu, kun kipua on jatkunut 6-12 viikkoa. (Käypä-hoito suositus, 2016)

nopeammin työhön, lyhentää sairauspoissaoloa ja lievittää koettua toimintakyvyn haittaa (Guzman ym. 2002; Pohjolainen 2005; Zampolini ym. 2007; Karjalainen ym. 2008). Työpaikan roolia kuntoutusprosessissa painottavat myös muut tutkimukset. Tutkimustuloksissa todetaan, että pelkällä lääkinnällisellä kuntoutuksella, esimerkiksi fysioterapialla, ei saavuteta hyviä tuloksia, mikäli itse työn tai työpaikan suhteen ei tapahdu muutoksia (ks. Kuoppala & Lamminpää 2006).

Erityisesti paljon tukea tarvitsevilla asiakkaila, joiden toimintakyky on heikentynyt, korostuu tarve moniammatilliseen, biopsykososiaaliseen toiminta- ja työkyvyn arviointiin ja ammatillisen kuntoutuksen suunnitteluun (Giaguinto ym. 2010). Jaana Kuoppalan ja Anne Lamminpään (2006) kirjallisuuskatsauksessa moniammatillinen kuntoutus nousee yhdeksi keinoksi vähentää työkyvyttömyyseläkkeelle jääntiä. Samojen tutkijoiden mukaan moniammatillista kuntoutusta tarvitaan varsinkin silloin, kun työntekijä on jo sairastunut. Tämä koskee laajemminkin eri sairausryhmiä. Kuntoutus on kuitenkin aina kontekstisidonnaista ja on riippuvainen potilaan laajemmasta toimintaympäristöstä. Kuntoutuksen tavoitteet eivät ole ainoastaan yksilön ominaisuuksia vaan ne liittyvät siihen yhteisöön ja ympäristöön, missä potilas elää ja toimii. (esim. ICF, Stakes 2004.)

Erikoissairaanhoidon strategioissa (mm. Pshp:n strategia 2016-2025) on kirjattu yhdeksi strategiseksi painoalueeksi asiakaslähtöinen toimintamalli, joka painottaa yhteistyötä asiakkaiden, ammattilaisten ja palveluita tuottavien organisaatioiden välillä. Uudenlaisen toimintamallin kehittämiseksi tarvitaan yhteistä ymmärrystä, uusia työtapoja ja työvälineitä, jotta erikoissairaanhoidossa osataan vastata asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin. Lisäksi on myös opittava tunnistamaan erilaiset asiakkaat ja heidän tarpeensa. Asiakkaan on oltava mukana alusta lähtien oman hoitonsa ja kuntoutuksensa suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, sillä ainoastaan asiakas itse voi tuottaa tietoa omasta arjestaan ja voimavaroistaan. (Koivuniemi ym. 2014, 133–135.) Tässä keskeisin syy, miksi tartuin ajatukseen tutkia kuntoutustutkimusta, sen toteutumista ja kuntoutusprosessin vaikutuksia juuri asiakkaan itsensä arvioimana.

3 Kuntoutuksen tutkimukselliset lähtökohdat

Tässä luvussa tarkastelen kuntoutuksen lähtökohtia ja asiakaslähtöistä ja osallistavaa kuntoutusta, kuntoutuksen teorioita ja malleja. Avaan Nussbaumin ja Senin (1993) inhimillisten toiminta- valmiuksien/-mahdollisuuksien teoriaa, jonka näen yhtenä mahdollisena eri teorit ja mallit yhteen liittäväenä yleisteorianana. Määrittelen toiminta- ja työkykyä biopsykososiaalisena kysymyksenä ja avaen ICF-luokitusta kuntoutuksen ajankohtaisena käytännön kehikkona. Lisäksi käsittelen kuntoutustutkimusta ja kuntoutussuunnitelmaa.

3.1 Kohti asiakaslähtöistä ja osallistavaa kuntoutusta

Kuntoutusjärjestelmän keskeisiksi ongelmiksi voidaan listata sen monimutkaisuus, muuttumattomuus ja jäykkyys (Rajavaara & Lehto 2013; Virtanen ym. 2011; Vilkkumaa 2008, 13; Suikkanen & Lindh 2007), jotka näyttäytyvät arkisessa kuntoutustutkimustyössäkin. Kokonaisuuden muutos edellyttää kaikkien osajärjestelmien huomioimista. Yksittäiset muutokset eivät ratkaise monimutkaisen järjestelmän ongelmia. (Ashorn ym. 2013; Miettinen 2011.) Tätä tutkimusraporttia kirjoittaessani sosiaali- ja terveysministeriöön on perustettu kuntoutuksen uudistamiskomitea, joka tähtää kuntoutuksen kokonaisuudistukseen. Sen tehtävänä on selvittää kuntoutuksen käsitteistöä, rahoitusta ja kehittää eri toimijoiden koordinaatiota niin, että kuntoutuksen toteutuminen olisi aiempaa yhtenäisempää, toimivampaa, siis parempaa. (ks. Vilkkumaa 2016.)

Kuntoutusparadigman kehitys on vuosien saatossa muuttunut, ainakin retoriikan tasolla, vajavuusparadigmasta kohti valtaistavaa, ekologista ja osallistavaa toimintamallia (vrt. ICF, Stakes 2004). Käytännössä kuntoutuksessa on jo usean vuoden ajan rakennettu aiempaa asiakaslähtöisempiä, yksilöllisempiä ja vaikuttavampia toimintamalleja, joissa korostuu osallisuus (Järvikoski & Härkäpää 2011; Siegert ym. 2007). Asiakaslähtöisempiä malleja alettiin kehittää jo 1990-luvulla, vaikka tuolloin vielä käytännössä vallitsi kliininen paradigma ja siihen perustuvat toimintamallit. Yksilön voimavaroihin ja vaikutusmahdollisuuksiin sekä hänen sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöönsä alettiin kiinnittää huomiota. Asiakkaan itsemääräämisoikeus, autonomia, asiakkaan yksilölliset ja hänen lähtökohdistaan nousevat tarpeet alkoivat ohjata teoreettista keskustelua. Asiakaslähtöisyydestä tuli keskeinen teema kuntoutukseen liittyvässä keskustelussa. (Järvikoski & Härkäpää 2008.)

Arkipuheessa asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys näyttäytyvät usein synonyymeinä. Asiakaskeskeisyys määritellään kuitenkin hieman toisin kuin asiakaslähtöisyys. Asiakaskeskeisyydessä asiakas on palvelujen keskipisteessä ja palvelut organisoidaan häntä varten. Asiakaslähtöisyyden

ydin on taas siinä, että asiakas osallistuu itse palvelujensa suunnitteluun ja on itse ratkaisemassa työntekijän kanssa omia arjen pulmiaan. Asiakslähtöisyys vaatii työntekijöiltä korkeaa eettisyyttä. Se on työntekijän arvoperusta, jolle rakentuu jokaisen asiakkaan kohtaaminen ihmisarvoisena yksilönä sairaudesta tai vammasta huolimatta. (Virtanen ym. 2011, 15–19.) Asiakslähtöisyydessä on keskeistä nähdä palveluita tarvitseva ihminen yhdenvertaisena toimijana, jolloin hänestä tulee subjekti.⁵ Tämä edellyttää kuntoutusprosessissa työskentelevältä ammattilaiselta asiakkaan kohtaamista tasavertaisena kumppanina ja oman elämänsä asiantuntijana. (Mäkinen 2014.) Yksi esimerkki uudeltaisesta asiakslähtöisestä mallista on Pirkanmaalla 2011–2015 toteutettu Kurkiaura-hanke (Holmberg-Marttila & Kuusisto 2016), jossa mallinnettiin sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmään uusi asiakslähtöinen geneerinen toimintamalli, joka ottaa aiempaa paremmin huomioon yksilölliset tarpeet ja kannustaa sairastuneita ottamaan enemmän vastuuta hoidostaan. Hankkeessa uudistettiin asiakslähtöistä asenne- ja toimintakulttuuria.

Asiakkaan näkeminen resurssina tekee heistä toimijoita, subjekteja. Parhaimmillaan onnistunut kumppanuus näyttäytyy asiakkaan ja ammattilaisen liittoutumisena (Virtanen ym. 2011, 19). Lopputen lopuksi asiakslähtöisyydessä on kyse arkisista asioista, kuten kohtamisesta, kuuntelemisesta ja ylipäättään siitä sisäisestä ymmärryksestä ja tunteesta, että minusta huolehditaan. Asiakkaan näkemykset ja mielipiteet otetaan huomioon ja hänestä ollaan kiinnostuneita. Tämä synnyttää luottamusta työntekijää ja palvelua kohtaan. (emt. 20–21, 60.) Asiakslähtöisen toimintamallin kehittäminen terveydenhuollossa edellyttää asiakkaiden, ammattilaisten ja palvelua tuottavien organisaatioiden yhteistyötä. (Koivuniemi ym. 2014, 133–135.) Asiakas nähdään jo nyt kehittäjäkumppanina, joka on aktiivisesti kehittämässä palveluita yhdessä ammattilaisten kanssa (esim. Mäkinen 2014).

Asiakslähtöisyyteen perustuvalla kuntoutusparadigmalla on haettu yhteistä määritelmää ainakin parin vuosikymmenen ajan eri tieteen aloilla. Tässä tutkimuksessa kuntoutus nähdään ihmisen arkea tukevana, asiakkaan ja kuntoutustyöryhmän välisenä, yhteisesti sovittuina kuntoutusmuotoina, jotka tukevat kuntoutujan voimavaroja ja hallinnan tunnetta. Kuntoutus tähtää kuntoutujan ja sosiaalisen ympäristön väliseen muutosprosessiin. (mm. Järvikoski & Härkäpää, 2001, 35–36; Järvikoski 2013, 21.) Riippumatta tieteenalasta yhteistä kaikelle kuntoutukselle on sen tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus, mutta myös päämäärä, joka tähtää kuntoutujan elämäntilanteen jäsentymiseen ja hallintaan tukemalla erilaisin toimenpitein toimintakykyä. Kuntoutuminen ei kuitenkaan ole vain inter-

⁵ Asiakslähtöisyys ei tarkoita asiakkaan kaikkien toiveiden täyttämistä (vrt. kuluttaja) tai vain ystävällistä kohtelua tai vain yksilötason toimintaa. Asiakslähtöisyys tarkoittaa sitä, että ammattilaiset hyödyntävät sairastuneiden kokemuksellista tietoa heidän sairaudestaan hoidossa, ohjauksessa ja palveluissa. Tällöin yhdistyvät potilaan/asiakkaan kokemus lääketieteellisiin parametreihin. Pirkanmaalla asiakkuuksien segmentointiin suhtaudutaan myönteisesti. Asiakassegmentointiin tarvitaan ja kaivataan työvälineitä, esimerkiksi Suuntima, josta luvussa 2.1. enemmän. (Holmberg-Marttila & Kuusisto 2015.)

ventio, jonka kohteena on kuntoutuja, vaan se on prosessi, joka ottaa huomioon myös kuntoutujan ympäristön. (Autti-Rämö 2013.)

Kaikesta kehityksestä huolimatta kuntoutustarvetta määritellään pitkälti WHO:n vuodelta 1980 olevan ICIDH-mallin mukaan, jossa kuntoutustarve määrittyy vian, vamman, sairauden ja niistä aiheutuvan toiminnan vajavuuden perusteella. Tätä ylläpitää medikalisoitu sosiaaliturvamme. (Metteri 2012). Juuri tämän vuoksi lääketieteellinen, objektiivisia löydöksiä painottava tietokäsitys jättää useimmiten muut orientaatiot vähemmälle huomiolle. (Leino 2011; Suikkanen & Lindh 2010.) Näin ollen ennaltaehkäisevä, varhaiskuntoutuksellinen asennoituminen ei juuri mahdollistu sosiaalivaikutus- eikä terveydenhuoltojärjestelmissä. Koska toimintakykyä rajoittavat monenlaiset ongelmat kuin vain vammaan tai sairauteen liittyvät tekijät, kuntoutuksella on vaativa tehtävä estää tai korjata vaikeista elämäntilanteista tai toimintakyvyn rajoitteista aiheutuvaa huono-osaisuutta ja syrjäytymiskehitystä, koska ne ovat usein vaikeasti ihmisen itsensä hallittavissa. Sen lisäksi syrjäytymisen seuraukset usein estävät poistamasta sen syitä. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 55; Järvikoski 2013, 11–16.)

Viimeiseksi jääneessä Kuntoutusselonteossa (2002) painotettiin kuntoutuksen perusteiksi myös työkyvyn heikkenemistä tai vakavaa sosiaalisen syrjäytymisen uhkaa, joka nyt näkyy esimerkiksi uudessa sosiaalihuoltolaissa (1301/2014), johon liitettiin ensimmäistä kertaa sosiaalinen kuntoutus. Lisäksi Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa korostetaan nyt selkeästi elämäntilannetekijöiden merkitystä. Samalla, kun hyväksytään ihmisen elämäntilannetekijöiden merkitys kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa, muuttuu myös käsitys ongelmien syistä ja ympäristön merkitys nousee muiden tekijöiden rinnalle (Järvikoski 2014). Elämäntilannetekijöiden merkityksen korostuminen on tärkeää yksilöllistäviä tulkintoja tekevässä työkuulttuurissamme, josta esimerkkinä on Blombergin ym. (2010) tekemä tutkimus. Sen mukaan suomalaiset sosiaalityöntekijät tulkitsivat köyhyyden ihmisen omaksi syyksi (tosin alle 20 % vastaajista) useammin kuin pohjoismaalaiset kollegansa.

Viime vuosikymmenen aikana kuntoutuksessa on ollut suunta pois arviointipainotteisesta asiantuntija- ja erityistason palveluista laitoksissa ja sairaaloissa kohti avomuotoisia lähipalveluja, yhteisö- ja kotikuntoutusta ja vertaistuen hyödyntämistä. Pitkittyneen sairaalahoidon ja ”makuuttamisen” negatiivisia vaikutuksia on korostettu useissa tutkimuksissa (mm. Sandberg & Valvanne 2012). Matalan kynnyksen palvelut ovat lisääntyneet ja asiakkaan ongelmien käsittely aloitetaan jo varhaisvaiheessa. Avokuntoutuksen on todettu saavuttavan aiempaa asiakaslähtöisemmän, asiakasta kuulevamman ja enemmän valinnan mahdollisuuksia tarjoavan ympäristön (Harra 2014). Olemme siirtyneet arvioinnista itse kuntoutukseen ja elämäntilanteen kohentamiseen, jolloin kuntoutuksen pitäisi rakentua sellaiseksi, että kuntoutujalla on omaan kuntoutumiseensa sisäinen motivaatio, si-

toutuminen ja jatkuvuus. (Järvikoski 2014.) Ongelmalliseksi tilanne muuttuu, jos kuntoutujan motivaatio suuntautuu toisaalle kuin mitä kuntoutustyöntekijä näkisi hyväksi.

Kuntoutusta linjataan ja sitä koordinoidaan useassa sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmässä, työ- ja elinkeinohallinnossa, opetushallinnossa, kansaneläke- ja sosiaalivakuusjärjestelmässä, työeläkejärjestelmässä, pakollisessa tapaturma- ja liikennevakuutuksessa, vapaaehtoisessa tapaturmavakuutuksessa, veteraanien kuntoutuksessa sekä järjestöjen kuntoutustoiminnassa. (mm. Miettinen 2011.) Käytännössä kuntoutus jaetaan edelleen WHO:n vuodelta 1969⁶ olevan nelijaon mukaan lääkinälliseen, kasvatukselliseen, ammatilliseen ja sosiaaliseen.⁷

Kuntoutusjärjestelmämme nelijaottelusta ja sen ajankohtaisuudesta on esitetty paljon kritiikkiä. (Järvikoski 2013, 42–53). Kuntoutuksen kehittämistä koskevassa kirjallisuudessa (Sipari 2014) ja tutkimuksessa (Lindh 2013) puhutaan verkostoituvasta kuntoutuksesta ja asiakkaan kumppanuudesta. Siitä huolimatta avaan ja käytän kuntoutuksen nelijakoä tässä tutkimuksessa, koska se on käytössä edelleen käytännön kuntoutustutkimustyössä. Kuntoutuksen ryhmittelyyn ei ole päädytty teoreettisen pohdinnan kautta, vaan se on heijastellut ja heijastelee edelleen kuntoutusjärjestelmän työnjakoa. Kuntoutuksen kokonaisuus muodostuu erityyppisistä, toisiaan täydentävistä toiminta-alueista ja palveluista.

⁶ Nelijako mainittiin jo vuonna 1953 julkaistussa Yhdistyneiden kansakuntien raportissa ”Rehabilitation of Handicapped” (Järvikoski 2013, 42).

⁷ Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan sosiaalista kuntoutusta järjestetään ihmisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi sekä avuksi lähisuhde- ja perheväkivaltaan ja äkillisiin kriisitilanteisiin, joten määritelmässä on selvästi nähtävissä laajentumiskehitys, missä sosiaalinen syy mahdollistaa kuntoutuksen pääsyn tai ehkä joissain tapauksissa joutumisen. Sosiaalinen kuntoutus voidaan nähdä myös eräänlaisena kuntoutuksen perustana (Järvikoski & Härkäpää 2011, www.kuntoutusportti.fi).

Lääkinnällinen kuntoutus nähdään terveydenhuoltolaissa (2010, § 29) pitkälti toimintakyvykkuntoutuksena, jonka tavoite on parantaa henkilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Toimenpiteet on käynnistetty lääketieteellisten tutkimusten pohjalta todetun vian, vamman tai sairauden perusteella. Kuntoutus on määritelty terveydenhuoltolaissa kunnallisen terveydenhuollon vastuulle, ja siihen kuuluvat kuntousohjaus ja -neuvonta, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus ja eri terapiat. Lisäksi lääkinälliseen kuntoutukseseen kuuluvat kuntoutusjakot, apuvälineet ja sopeutumisvalmennus. (myös Järvikoski 2013, 44.)

Ammatillinen kuntoutus sisältää ammatinvalinnan ohjauksen, kuntoutustutkimuksen, työ- ja koulutuskokeilut, työhön valmennuksen, ammatillista tai ammattitaitoa lisäävän koulutuksen, työvoimaneuvonnan, elinkeinotuen sekä työolosuhteiden järjestelytuen. Terveydenhuollossa alkanutta kuntoutumisprosessia tulisikin laajentaa ammatillisen kuntoutuksen suuntaan niin, että se voisi todellisuudessa avata työelämään palaamisen tai sinne pääsemisen reittejä ja kouriintuntuvasti näin parantaa ja ylläpitää kuntoutujan työkykyä ja ansiomahdollisuuksia. Kuntoutujan elämäntilanteesta riippuen prosessiin voi verkostoitua esimerkiksi kuntoutujan työpaikka, työterveyshuolto ja te-toimisto (Järvikoski & Karjalainen 2008, 88). Tässä yhteydessä tulee huomata, että kokonaan työelämän ulkopuolelle jääneiden mahdollisuudet ovat työelämässä olevia heikommat, esim. kuntoutuskursseille ohjautumisessa.

Kasvatuksellisella kuntoutuksella tarkoitetaan esimerkiksi vammaisen tai vajaakuntoisen lapsen tai aikuisen kasvatusta ja koulutusta sekä niitä erityisjärjestelyitä, joita ne vaativat. Kunnilla on päävastuu kasvatuksellisesta kuntoutuksesta. Kasvatuksellisen kuntoutuksen palveluita sekä tutkimus- ja kehittämistoimintaa tuotetaan useissa organisaatioissa, kuten järjestöissä, erityisoppilaitoksissa, kehitysvammahuollossa ja yliopistoissa, mutta myös tavallisissa kouluissa ja päiväkodeissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 22; myös www.kuntoutusportti.fi.)

Tavat määritellä ja kuvata kuntoutuksen eri osa-alueita vaihtelevat ja niille on ominaista yhteen kietoutuminen. Ne eivät myöskään rajaudu yhden ammattiryhmän areenoiksi, vaan monialaisuus ja -ammattillisuus esiintyy jokaisella osa-alueella. Tämä tarkoittaa sitä, että toimintakykykuntoutus ei ole pelkästään lääkäreiden eikä sosiaalinen kuntoutus sosiaalityöntekijöiden areena. Jokaisella osa-alueella tarvitaan monenlaista osaamista, joka vaatii toteutuakseen eri ammattiryhmiä. Eri prosesseihin sisältyy samanaikaisesti ammatillisia, lääkinnällisiä, kasvatuksellisia ja sosiaalisia sekä psyykkisiä osatekijöitä. (Järvikoski 2014.) Järvikoski (2013, 48) muistuttaa, että ”Kuntoutus on aina luonteeltaan oppimis- ja kehitysprosessi. Kasvatukselliset elementit ovat aina mukana ihmisen pyrkiessä sopeutumaan uuteen elämänvaiheeseen ja oppimaan sen edellyttämät tiedot, taidot ja valmiudet.” Siltä osin kasvatuksellinen kuntoutus on mukana myös aikuisten kuntoutusprosessissa.

Kuntoutus toteutuu erilaisina erillisinä palveluina, joten meillä pitäisi olla tietoa eri väestöryhmien kuntoutuksen tarpeesta. Meiltä ei ole riittävästi väestötasoista tietoa koetusta kuntoutustarpeesta ja toteutuneen kuntoutuksen riittävydestä. Esimerkiksi masennuksen vuoksi koetun kuntoutuksen tarve on suurempi kuin sen saatavuus. (Koskenvuo ym. 2016.) Suikkanen tutkijakollegoineen (2010) nostivat sitä vastoin ammatillisen kuntoutuksen keinot esiin. Tutkijat pohtivat onko ammatillista kuntoutusta hyödynnetty riittävästi vai onko uusien palveluinnovaatioiden sijaan pohdittukin ”vajaakuntoisuuden ja eläkekriteerien rajoja”? Olen samaa mieltä siitä, että useat ammatillisen kuntoutuksen keinot on kehitetty tietyn aikakauden tarpeisiin ja jos niitä ei päästä uudistamaan, kuntoutus jää jälkeen yhteiskunnallisesta kehityksestä. Sitä vastoin lääkinnällisen kuntoutuksen riittävyttä arvioitiin valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastus-kertomuksessa vuonna 2009. Kertomuksessa todettiin, että resurssit ovat niukat ja vaihtelu maan eri osissa on suurta. Moniammatillisuus ei toteudu ja ylipäättään kuntoutuksen asema on huono esimerkiksi akuuttihoitoon verrattuna.

Tämä tutkimus paikantuu sosiaalisen, lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen rajapinnoille. Kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmän jäsenillä on yhteyksiä eri sektoreiden ja hallinnon aloille. Kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmä on moniammatillinen ja sen jäsenet edustavat eri tieteenaloja ja heillä on asiantuntemusta kuntoutuksen eri osa-alueilta. Työntekijät hyödyntävät työssään taustoistaan ja koulutuksestaan riippuen erilaisia käytännön teorioita, joita siirryn tarkastelemaan seuraavassa luvussa.

3.2 Kuntoutuksen taustalla monia teorioita

Kuntoutuksen taustalla on useita käytännön teorioita. Eri tieteenaloilla käytettyjä teorioita on kategorisoitu muun muassa seuraavasti: lääketieteellinen, biomekaaninen, motorinen kontrolli, kognitiivis-behavioraalinen, psykodynaaminen, pedagoginen, sosiaalinen ja holistinen viitekehys (Järvikoski ym. 2015). Koska kuntoutustieteen teoreettiset lähtökohdat ovat monitieteisiä, kuntoutusta voidaan ilmiönä lähestyä monenlaisista teoreettisista lähtökohdista. Kuntoutuksen yhteisen tietoperustan puuttuminen on ongelma, koska yhteinen ja yleispätevä teoria auttaisi kuntoutuksen kehittämistä ja yhdistäisi monialaista ja -tieteistä kuntoutuksen kenttää. Oleellista olisikin löytää sellaisia teorioita, jotka voisivat toimia yhteen liittävässä siltana eri tieteiden välillä. (esim. Lappalainen, 2014; Autti-Rämö 2013; Miettinen 2011; Koukkari 2010; Siegert ym. 2005; Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004)

Yksi esimerkki eri sektoreiden ja ammattilaisten yhteistä ja yhdistävää ajattelua rakentava viitekehys on Amartya Senin käynnistämä ja Martha C. Nussbaumin jatkama *inhimillisten toimintavalmiuksien teoria* (Sen 1993), jota myöhemmin ktu. Muita kuntoutuksen taustalla olevia viitekehyksiä ovat esimerkiksi toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli, valtaistumisteoriat ja sosiaalinen laatu sekä käyttäytymisen muutoksen teorit (tarkemmin Järvikoski & Härkäpää & Salminen 2015). Olen jäsentänyt taulukkoon 1 keskeisimmät kuntoutuksen taustalla olevat teorit ja teoreettiset mallit Järvikoski ym. (2015) mukaan. Ongelmana ei näytä olevan teorioiden tai mallien puute, pikemminkin se, että ne eivät tarkastele kokonaisprosessia, vaan sen yhtä osaa. Tällä hetkellä ajatellaankin, että parhaita tuloksia saavutetaan yhdistelemällä eri malleja ja teorioita.⁸ (Järvikoski ym. 2015.)

⁸ Kuntoutuksen teorioista enemmän Kuntoutus-lehden 2/2015 artikkelissa Järvikoski A & Härkäpää K & Salminen A-L.

Taulukko 1. Keskeisiä kuntoutuksen taustalla olevia teorioita tai malleja, joissa on sekä yksilö- että yhteisönäkökulma ja joissain myös interventiteorioiden piirteitä.

(Taulukko perustuu artikkeliin Järvikoski & Härkäpää & Salminen 2015)

Teoria tai malli	Kehys	Kehittäjä tai keskeinen lähde
Toimintavalmiuksien teoria	Toimintavalmiudet arvokkaan ja inhimillisen elämän perusta	Nussbaum & Sen (1993)
Toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli	Toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli, jossa systeemiteoreettinen lähestymistapa. Keskeistä ihminen, ympäristö ja toiminta.	Polatajko ym. (2007, 23)
Valtaistumisteorioiden ja sosiaalisen laatu	Vallan, yksilön toimijuuden ja yhteisöllisen rakenteiden konstruktiot	Esim. Kosciulek 1999
Käyttäytymisen muutoksen teorit	Itsesäätely ja kontrolliteoria, joka käsittelee tavoitteen suuntaista, ihmisen käyttäytymisen muutosta. Sosiokognitiivinen teoria (keskeistä toimijuus, pystyvyys ja sitoutuminen) itsemääräämisteoriat	Carver ja Scheier 1982, 2001 Bandura 1986, 1999 Deci ja Ryan 1985, 2008

Syvemmän jatkossa tarkastelemaan lähemmin *inhimillisten toimintamahdollisuuksien teoriaa* tai pystyvyyden lähestymistapaa (*capability approach*), koska se luo taustaa tai pikemminkin kehystää myöhemmin tässä luvussa esittämäni ICF-luokitusta. ICF-luokitus on tässä tutkimuksessa kuntoutuksen käytännön kehikkona ja empiriaosassa mittarini viitekehys. Inhimillisten toimintamahdollisuuksien (myös toimintavalmiuksien) teoria nousee viimeaikaisissa artikkeleissa ja tutkimuksissa (mm. Järvikoski ym. 2015; Haapakoski 2015; Lappalainen 2014; Suikkanen & Lindh 2012) vartenotettavaksi kuntoutuksen viitekehyyksi. Yhteinen teoria kokoaa eri toimijoiden näkökulmat samaan kuvaan ja antaa käsitteitä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen (Lappalainen 2014). Senin ja Nussbaum (1993) teoriaa on kehitetty juuri yhteiskunnan heikompiensaisten ja vajaakuntoisten ihmisten näkökulmasta. Riippumatta siitä millainen ihmisen toimintakyvyn taso on, jokainen ihminen on suhteessa koko elämänsä ajan oman toimintakyvynsä ja toimintavalmiuksiensa kanssa (Lappalainen 2014).

Nostan toimintamahdollisuuksien teoriasta erityiseen tarkasteluun inhimilliset toimintamahdollisuudet⁹-valmiudet, jotka toteutuessaan mahdollistavat laadukkaan ja elämisen arvoisen elämän. Elämisen arvoisen elämä perustuu näkemykseen ihmisarvosta/arvokkuudesta (Nussbaum

⁹ Jari Pirhonen (2012) on käyttänyt toimintavalmiuksien teoriasta käännoästä toimintamahdollisuuksien teoria, joka toimii myös kuntoutuksen kontekstissa hyvin. Käännoksen Pirhonen on lainannut opettajaltaan Arto Laitiselta (2011). Käytän tutkimuksessa pääosin toimintamahdollisuus -käännoästä, vaikka kuntoutuskirjallisuudessa (esim. Järvikoski ym. 2015) käytetään usein toimintavalmius -käsitettä. Kuntoutuksessa voimme tarjota ihmisille mahdollisuuksia enemmän kuin valmiuksia.

2011, 18–20) . Ihmisarvoa painotetaan myös kuntoutuksen taustalla olevissa muissa käytäntöteorioissa, esimerkiksi valtaistumisteoriassa (Järvikoski & Härkäpää 2011). Martha Nussbaum (2011, 18–20) puhuu yksinkertaistettuna ihmisarvoisesta elämästä, joka käsittääkseni on kuntoutuksen perusta – ihminen on arvokas itsessään. Toimintamahdollisuudet (capabilities approach) kuvaavat ihmisarvoisen elämän moninaisuutta ja ihmiselle merkityksellisten asioiden joukkoa. Käsitteellä tarkoitetaan erilaisia mahdollisuuksia/valmiuksia, joiden avulla ihminen voi toimia ja saavuttaa erilaisia olosuhteita.

Nussbaumin (2011) mukaan toimintamahdollisuudet syntyvät ihmisen ominaispiirteiden ja poliittisten, sosiaalisten ja taloudellisen ympäristön kohtaamisessa (vrt. ICF-luokitus, Stakes 2004 jäljempänä). Sivistysyhteiskunta ottaa huomioon toimintamahdollisuuksien molemmat ulottuvuudet. Nussbaum on tehnyt vähäisiä muutoksia jo 1980-luvulla julkaisemaansa toimintamahdollisuuksien listaan vuonna 2011 ilmestyneessä *Creating Capabilities* teoksessa. Hän on muotoillut sosiaalisten oikeuksien toteutumisen mittaamiseen listan, jossa olevat asiat ovat keskeisiä elämisen peruspilareita. Listaa hän kuvaa universaaliksi. Seuraavassa olen listannut kymmenen keskeistä toimintamahdollisuuksia¹⁰ kuvaavaa oikeutta (Nussbaum 2011 31–34.):

Elämä. Ihmisellä on normaalin pituinen elämä ja ihmisarvoinen kuolema.

Ruumiillinen terveys. Ihmisellä on mahdollisuus hyvään terveyteen, oikeus riittävään ravintoon ja suojaan.

Ruumiillinen koskemattomuus. Ihmisellä on mahdollisuus liikkumiseen paikasta toiseen ja vapaus väkivallasta.

Aistit, mielikuvitus ja ajattelu. Ihmisillä täytyy olla mahdollisuus käyttää aistejaan, kuvitella, ajatella ja järkeillä. Näiden inhimillisten kykyjen kehittämiseksi ihmisillä on oltava mahdollisuus koulutukseen. Ihmisillä on mahdollisuus harjoittaa mielikuvitustaan ja ajatteluaan haluamallaan tavalla, työssä ja muissa yhteyksissä. Ihmisillä on mahdollisuus ilmaista poliittisia, taiteellisia ja uskonnollisia näkemyksiään. Ihmisillä on mahdollisuus miellyttäviin kokemuksiin ja kivun välttämiseen.

Tunteet. Ihmisillä on mahdollisuus kiintyä itsensä ulkopuolisiin asioihin ja ihmisiin. Mahdollisuus rakastaa, surra, ikävöidä ja olla kiitollinen ja vihainen silloin, kun siihen on oikeus.

Itsenäinen päättely. Ihmisillä on mahdollisuus muodostaa käsitys hyvästä (ks. myös Haapakoski 2015) ja suunnitella sen pohjalta omaa elämäänsä.

¹⁰ Toimintamahdollisuuksien käännoistyössä käytän hyväkseni Jari Pirhosen (2012, 25) käännoiksi Nussbaumin käsitteistä.

Osallisuus. A) Ihmisillä on mahdollisuus elää yhdessä toisten kanssa ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa sekä mahdollisuus tuntea empatiaa. B) Ihmisillä on mahdollisuus elää yhteisössään itseään kunnioittaen ja ilman nöyryytyksiä. Heillä on mahdollisuus elää samanarvoisina toisten kanssa rodusta, sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, etnisistä seikoista, kastista, uskonnosta tai alueellisesta alkuperästä riippumatta.

Oikeus elää yhteydessä luontoon ja toisiin eläinlajeihin.

Leikki. Ihmisellä on mahdollisuus nauraa, leikkiä ja nauttia luovista toiminnoista.

Oman ympäristön kontrolli. A. Ihmisillä on mahdollisuus osallistua omaan elämäänsä liittyvään poliittiseen päätöksentekoon. Tähän kuuluvat sananvapaus ja yhdistymisvapaus. B. Ihmisillä on oikeus omistajuuteen. Heillä on yhtäläinen mahdollisuus henkisesti palkitsevaan työhön ja kunnioitukselle perustuvaan työyhteisöön.

Edellä mainituista osa-alueista koostuu Nussbaumin hyvinvoinnin viitekehys, jota pitkän työurani aikana saamieni kokemusten mukaan ainakin tavoitellaan kuntoutustyössä. Nussbaumin ja Senin (1993) tapaa tarkastella hyvinvointia voikin kutsua kuntoutustyön näkökulmasta eräänlaiseksi kuntoutuksen ihannemalliksi tai pikemminkin päämääräksi. Toimintaedellytysten sisään rakentuu ajatus ihmisen arvokkuudesta sinällään. Ihmisen arvokkuus nousee myös kuntoutustyössä yhdeksi johtavaksi ajatukseksi erityisesti, kun apua ja tukea tarvitseva asiakas on heikossa asemassa ja tilanteet kriisiytyneet eikä paluu yhteiskunnan työtä tekeväksi kansalaiseksi ole realistista.

Nussbaumin toimintamahdollisuuksien listassa kiinnitän huomioni erityisesti osallisuuteen, jota myös Kansainvälinen terveydentilan, toimintakyvyn ja rajoitteiden luokitus (ICF, Stakes 2004) korostaa ja joka nähdään tämän päivän kuntoutuksen keskeisenä päämääränä. ICF-luokitusta selitän tarkemmin tässä luvussa myöhemmin. Toimintavalmiuksien teoriasta on puhuttu viime vuosina ICF-luokituksen yhteydessä ja sitä on myös verrattu siihen (Reindal 2009; Lindh & Suikkanen 2012). Toimintavalmiuksien teoriassa otetaan ICF-luokitusta paremmin huomioon ihmisen arvot, tavoitteet ja valinnat, joten ihminen ja hänen olemuksellisuutensa näyttäisivät toteutuvan toimintamahdollisuuksien teoriassa ICF-luokitusta paremmin (Järvikoski ym. 2015).

Ihmislähtöisessä kuntoutuksen mallissa, jota kuvaa hyvin toimintamahdollisuuksien teoria, on keskeistä ajankohtainen valinnanvapaus, aidot mahdollisuudet ja myös toimijuus (Suikkanen & Lindh 2012). Käsitys omasta toimijuudesta kasvaa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten ja ympäristön kanssa. Toimijuus on ihmisen tahdonvapauden ilmentymä. Kun ihminen löytää omat voimavaransa ja hahmottaa ympäristössä olevat mahdollisuudet, toimijuus vahvistuu. Toimijuudessa nousevat myös tunteet esille. (Kotiranta & Virkki 2011; Romakkaniemi & Väyrynen 2012.) Tunteiden merki-

tys korostuu myös kuntoutumisessa, kun suhde itseen, lähiverkoston ja muuhun ympäristöön muuttuu. Kuntoutumisessa parhaimmillaan terveydentila kohenee, huonommuuden, häpeän ja arvottomuuden kokemukset saavat uudenlaisia sävyjä. (Väyrynen 2007.)

Ihmisen yksilöllinen tilanne on suhteutettava myös palvelujärjestelmään ja siihen, mitä mahdollisuuksia se tarjoaa. Anna Metteri (2012, 221–234) korostaa yhteiskunnallis-rakenteellista ymmärrystä kuvatessaan väitöskirjassaan ns. kohtuuttomia tapauksia (esim. eläkeväliinputoajat). Toisin sanoen ihmisen tilanne tulee nähdä sekä psykososiaalisesta että rakenteellisesta näkökulmasta yhtä aikaa. Ongelmana tällä hetkellä onkin se, että olemme siirtyneet hyvinvointivaltion sosiaalipolitiikasta kilpailuvaltion sosiaalipolitiikkaan, jossa korostuu vain yksilön vastuu (emt. 198). Entä, jos henkilö ei siihen itse kykene? Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaat joutuvat usein tällaisiin tilanteisiin.

Kuntoutustyössä on usein kyse myös näkökulman vaihtamisen taidosta tai pikemminkin sen opettelusta. Vaikeissa kuntoutumisprosesseissa elämän käsikirjoitus on kirjoitettava uudelleen, on vaihdettava näkökulmaa omaan elämään (esim. Hänninen 2003). Näkökulman ja valintojen vaihtamisen vaikeudesta kirjoittaessaan Antti Mattila (2011, 168) viittaa Nussbaumiin, joka siteeraa Senecaa: ”Kun ihmiset kiirehtivät labyrintin läpi, heidän kiireensä saa heidät yhä pahemmin sekaisin”. Nussbaum tarkoittaa: ”Tämä lause kuvaa samalla koko elämää – vaikeutta tehdä hyviä valintoja, edesämme olevien valintojen monimutkaisuutta. Miten voimme oikeastaan löytää tiemme ulos labyrintista? Etenemällä hitaasti ja harkiten – hyvän filosofin nopeudella, kuten Seneca kirjoitti 40. kirjeessään.” Syystäkin on kysyttävä, miten tämä sopii nyky-yhteiskunnan nopeatempoiseen tahtiin? Siitä huolimatta kuntoutuksessa joudumme tekemisiin myös arvovalintojen kanssa.

Seuraavassa luvussa siirryn käsittelemään ja määrittelemään toiminta- ja työkykyä. Käytän käsitteitä tässä tutkimuksessa juuri edellä mainitussa järjestyksessä, koska näen toimintakyvyn työkyvyn yläkäsitteenä. Miksi puhuisin alakäsitteestä ennen yläkäsitettä? Käsitteiden kääntäminen totutusta tavasta toiseksi on myös arvovalintani. Sitä paitsi uusliberalistisen kuntoutuksen päämääränä oleva aktiivinen työmarkkinakansalaisuus (esim. Lindh & Suikkanen 2010) ei oikein sovi tutkimuksen kohteena olevaan joukkoon ihmisiä, joiden työkyky on monella tapaa menetetty.

3.3 Toiminta- ja työkyky biopsykososiaalisena kysymyksenä

Toimintakyky, kuten terveys ja sairaus käsitteinä, voidaan määritellä useasta näkökulmasta riippuen määrittelijän taustasta (esim. Vehmas 2005). Heikkinen kollegoineen (2013) lähestyivät toimintakykyä yleistetyn toimintakyvyn ja funktionaalisen toimintakyvyn näkökulmasta. Tässä tutkimuk-

nessa toimintakykyä lähestytään Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen mukaan (ICF, Stakes 2004). ICF-luokituksessa toimintakykyä määrittelevillä termeillä on kullakin arkikielestä poikkeava merkitys. ICF:n toimintakyvyn määrittelyssä painotetaan toimintarajoitteiden ohella toimintakyvyn myönteisiä puolia ja korostetaan ihmisen kykyjä, ei niinkään kyvyttömyyttä. Luokituksessa erotetaan optimaalinen ja aktuaalinen toimintakyky, jonka taustalla on ajatus toimintakyvyn tukemisesta ja mahdollisuuksista, joita ilmenee sekä yksilön että yhteisön tasolla. (emt., 2004, 3–21.)

Toimintakyvyn eri osa-alueita on määritelty erikseen niin, että fyysisellä toimintakyvyllä on tarkoitettu yleiskuntoa, lihaskuntoa ja liikkeiden hallintaa, psyykkisellä taas kognitiivisia kykyjä ja voimavaroja. Sosiaalisella toimintakyvyllä on viitattu ihmisen vuorovaikutussuhteisiin sekä hänen osallistumiseensa erilaisissa yhteisöissä ja yhteiskunnassa. (Järvikoski 2013, 28.) Pelkästään yleisen toimintakyvyn käsitteen puolestakin on esitetty kannanottoja (esim. Talo 2001). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) on määritellyt (www.toimia.fi 2016) toimintakyky-käsitteen, joka sisältää ICF-luokituksen mukaisen ajattelun:

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakykyä voidaan kuvata myös tasapainotilana kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä.

Sosiaalitieteilijänä minua innostaa ICF-luokituksen toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden määrittelyssä kontekstuaalisten tekijöiden huomioon ottaminen. Kontekstuaalisessa tarkastelussa ei ole kyse yksittäisestä kyvystä tai rajoitteesta, vaan toimintarajoitteet ja toimintakyky vaihtelevat tilanteittain. On selvää, että yksilön ruumiillisia/kehollista rakenteellisia tai toiminnallisia vajavuuksia hyväkään ympäristö ei voi poistaa. Yksilö voi kuitenkin selviytyä omassa elinympäristössään ruumiin rakenteissa olevasta muutoksesta tai ruumiin/kehon toiminnoissa ilmenevistä ongelmasta huolimatta. Toisaalta yksilön lievät, esimerkiksi mielen toiminnot, voivat tulla korostuneesti esille haastavassa työympäristössä, jossa ei siedetä erilaisuutta ja/tai työilmapiiri on huono. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016; Topo 2006.)

Toimintakyky-käsitteeseen liittyy oleellisesti sisään rakennettuna *työkyvyn käsite*. Työkyky on keskeinen käsite erityisesti niillä käytännön kentillä ja tieteenaloilla, joissa työ ja tutkimus kohdentuvat työelämään ja kuntoutukseen. Käsite on monesta osa-alueesta koostuva käsite, jonka määritelmää yhteiskunnan ja sen mukana työelämän muutokset ovat muokanneet. (Lederer ym. 2014; Ilmarinen ym. 2006.) Yksinkertaisimmillaan sen voi määritellä niin, että ”työkyky on toimintakykyä suh-

teutettuna työn vaatimuksiin ja kykyä selviytyä oman tai vastaavan ammatin tehtävissä” (Tiitola ym. 2016).

Työkyvyn käsite on muuttunut vuosien saatossa lääketieteellisestä määrittelystä kohti työn vaatimusten ja yksilön voimavarojen tasapainon tarkasteluun sekä edelleen työkyvyn kuvaamiseen. Työkyvyn määrittelyssä ovat keskeisessä asemassa terveys, toimintakyvyn eri osa-alueiden huomiointiin ottaminen, kuten ihmisen työpaikan, sosiaalisen lähiympäristön ja yhteiskunnan tunnuspiirteet. Työkyvylle ominaiset monet yhteydet tekevät sen määrittelystä haastavan. (Ilmarinen ym. 2006, 17.)

Vaikka työkykyä onkin määritelty monesta näkökulmasta ja niissä on otettu huomioon myös sosiaalinen ulottuvuus, määritelmät eivät ole palvelleet käytännön kuntoutustyössä työkyvyn arviointiin liittyviä lausuntojen tekoa. Työkyvyn määrittely perustuu edelleen lausuntoihin ja todisteluun. Nykyinen sosiaalivakuutusjärjestelmä ei vielä tunnista sosiaalista ulottuvuutta, vaan vaientaa ja ohittaa sen. Ihmisen oma näkemys työstä ja työyhteisöstä vaikuttaa oleellisesti siihen, miten hän itse työkykynsä määrittää ja millaiseksi hän sen arvioi. Terveystieteissä asiakkaan, hänen läheisensä tai muun lähiympäristön näkemys asiakkaan menetyksistä tai kokonaisesta elämäntarinasta jää usein vähälle huomiolle, vaikka ihmisen menetykset saattavat olla merkityksellisiä kuntoutumisen edellytyksien kuvaajia. (Friberg 2007, 71; Leino 2004, 95–96). Koettuun työkykyyn vaikuttavat myös positiivinen asenne työhön, hyvä työmotivaatio ja koulutus. (Lehto 2011, 12.)

Työkyvyttömyyttä määritellään hallinnollisesti ja poliittisesti yhteiskunnan kulloisenkin tilanteen näkökulmasta. Vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi työvoiman kysynnän muutokset, väestön terveydentilan kehitys, mutta myös työhön ja työelämään liittyvät arvot, asenteet ja normit. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 107.) Suomessa työmarkkinoiden rakennemuutos ja työurien pidentämistavoitteet tuovat monenlaisia uusia haasteita työssä selviytymiseen. Tässäkin tutkimuksessa on perusteltua kysyä, onko työhön paluu kuntoutuksen ainoa hyväksyttävä ja vaikuttavaksi katsottu päämäärä?

Yhteiskunnassamme nähdään tällä hetkellä kansalainen yhä useammin työmarkkinakansalaisuuden kuin sosiaalisen kansalaisuuden käsitteen kautta. Yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia on entistä vahvemmin määrittämässä sidos työmarkkinoihin. Se on työmarkkinakansalaisuuden ydin. Työmarkkinakansalaisuus käsitteenä on sosiaaliseen kansalaisuuteen verrattuna dynaamisempi ja enemmän liikkeessä oleva käsite. (Suikkanen & Lindh, 2010.) Tiedämme myös, että terveysongelmista kärsivien ja osatyökyisten ihmisten on yhä vaikeampi pysyä mukana nyky-yhteiskunnan monipuolista osaamista vaativassa työelämässä (Järvikoski ym. 2011). Niinpä voi perustellusti kysyä miten dynaaminen työmarkkinakansalaisuus voi olla tavoitteena tilanteessa, missä ihmisen toimintakyky on jokapäiväisestä elämästä selviytymistä. ”Onko realismia aktivoida ihmisiä työhön, jota ei

ole saatavissa kuin joka kymmenennelle?”, kysyy Tuija Kotiranta (2008, 172) väitöskirjansa loppumietteissä. Tämä kysymys on edelleen ajankohtainen lähes kymmenen vuoden jälkeen erityisesti sen vuoksi, että usein kuntoutustutkimusasiakas kuuluu niihin yhdeksään työtä vaille jäävään.

Tässä tutkimuksessa ymmärrän työkyvyn edellytyksenä olevan toimintakyvyn moniulotteisena vuorovaikutuksellisenä ilmiönä, joka muodostuu kehon toiminnoista, osallistumisesta työhön ja vapaa-aikaan sekä yksilö- ja ympäristötekijöistä (Tiitola ym. 2016). Tähän ajatteluun on rakennettu Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen ICF (ICF, Stakes 2004), jota tarkastelen seuraavassa luvussa.

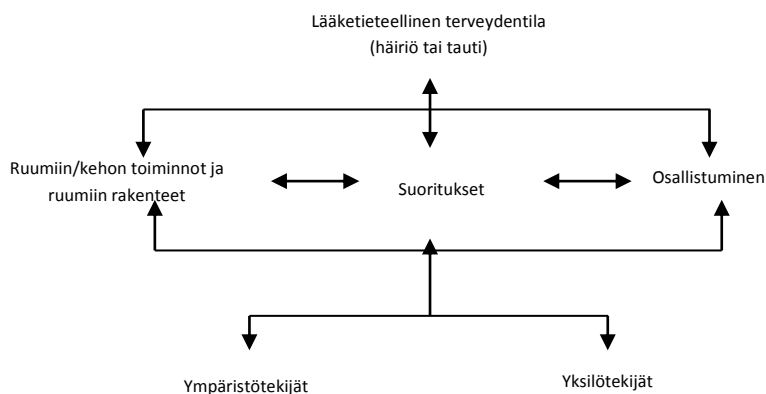
3.4 ICF-luokitus kuntoutuksen käytännön kehikkona

Maailman terveysjärjestö WHO (1980) julkaisi jo lähes neljäkymmentä vuotta sitten vaurioiden, toiminnanvajavuuksien ja haittojen kansainvälisen luokituksen International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Se täydensi kansainvälistä tautiluokitusta. Malli etsi kausaalisuutta ja siinä sairauden tai vamman seurauksena syntyi vaurio (impairment) ja sen seurauksena toiminnan vajavuus (disability) ja viimeiseksi sosiaalinen haitta tai vajaakuntoisuus (handicap). Malli sai ansaittua kritiikkiä, koska se jätti huomioon ottamatta ihmisen itsensä ja hänen elämäntilanteensa. (mm. Järvikoski 2013.) WHO:n ICIDH-mallin sairauslähtöinen paradigma vaikuttaa edelleen sekä terveydenhuollon että eläkelaitosten kuntoutuksessa.

Yli kolmekymmentä vuotta myöhemmin, vuonna 2001, WHO julkaisi uudistetun ja aiempaa monipuolisemman Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Suomeksi se käännettiin kolme vuotta myöhemmin. ICF tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun viitekehyksen toiminnalliseen terveyteen ja systemaattisen työvälineen kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmien paikantamiseen ja kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyyn. ICF-luokitusta voidaan käyttää useilla eri tieteenoilla ja toimialoilla. ICF:n yhtenä tavoitteena on tarjota tieteellinen perusta ymmärtää ja tutkia toiminnallista terveydentilaa sekä terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa, niiden vaikutuksia ja niitä määritteleviä tekijöitä. Sen tavoitteena on luoda yhteinen kieli kuntoutuksen ja tutkimuksen parissa työskenteleville. Se mahdollistaa myös tietojen vertaamisen eri maiden terveydenhuollon erikoisalojen, palveluiden ja eri ajankohtien välillä. Lisäksi ICF tarjoaa järjestelmällisen koodausmenetelmän terveydenhuollon tietojärjestelmiä varten. (ICF, Stakes 2004, 5.)

Terveydenhuollossa toiminta- ja työkyvyn arvioinnissa eri ammattiryhmien käsitteiden käytössä on eroavaisuuksia, jotka vaikeuttavat moniammatillista yhteistyötä. WHO onkin laatinut juuri kieltä ja kommunikaatiota yhtenäistämään 1400 käsitettä sisältävän ICF-luokituksen. (ICF, Stakes 2004, 3–18.) Terveydenhuollossa ICF-luokitusta ollaan vähitellen ottamassa käyttöön, vaikka sen ilmestymisestä onkin yli 10 vuotta. Sen käyttöön ottoa nykyistä enemmän perustellaan sillä, että terveydenhuollon työtehtävien hoitaminen edellyttää toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden käsitteellistä ja kvantitatiivistakin hallintaa ja tähän ICF näyttäisi soveltuvan (Talo 2003). Ihmiskäsityksen osalta ICF-luokitus liitetään muun muassa Lauri Rauhalan (1988) holistisen viitekehyksen alle (Järvikoski ym. 2015).

ICF-luokituksessa on kaksi osaa: toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset tekijät. Edellä mainitut osat jakaantuvat edelleen kahteen eri osa-alueeseen. Ensimmäinen osa koostuu ruumiin/kehon toiminnoista ja rakenteista sekä suorituksista ja osallistumisesta. Toisen osa-alueen muodostavat ympäristötekijät ja yksilötekijät. Toimintakyky (functioning) on yläkäsite, joka sisältää ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. Toimintarajoitteet (disability) on niin ikään yläkäsite, joka kuvaa edellä mainittujen kielteisiä piirteitä. Toimintakyky määritellään ihmisen lääketieteellisen terveydentilan (taudit, häiriöt, vammat, sairaudet ym.), yksilötekijöiden ja ympäristön välisen dynaamisen vuorovaikutuksen tuloksena. Muutos yhdellä osa-alueella vaikuttaa muihin osa-alueisiin. Mallissa tarkastellaan myös terveyttä ja toimintakykyä edistäviä tekijöitä ja vahvuuksia, ei pelkästään sitä, mikä on menetetty. Vammakeskeisen ajattelutavan asemesta korostetaan osallistumista. (ICF, Stakes 2004, 3–18.) Kuvio 1 kuvaa WHO:n ICF-viitekehystä ja sen eri osa-alueiden vuorovaikutussuhteita.



Kuvio 1. ICF-luokituksen eri osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF, Stakes 2004, 18).

ICF-luokituksessa esiintyy useita työkyvyn arviointiin soveltuvia psykososiaalisia tekijöitä. Näitä tekijöitä löytyy molemmista sekä toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden että kontekstuaalisten teki-

jöiden osa-alueista. Toimintakyvyn ja rajoitteiden osassa esiintyy työkyvylle tärkeitä käsitteitä sekä kehon toiminnoissa (b) että suorituksista ja osallistumisesta (d). Yleiset mielentoiminnot sisältävät mm. älykkyystoiminnot, sosiaalisen kognition, unitoiminnot, temperamentin ja persoonallisuustoiminnot. Sosiaalisesta kognitiosta on alettu puhua vasta viime vuosina ja siihen liittyvät myös emootiot ja motivaatio. Erityiset mielentoiminnot sisältävät paljon tiedon käsittelyyn liittyviä tekijöitä, mutta se sisältää myös tunne-elämän sekä itsen ja ajan kokemisen toiminnot. (ICF, Stakes 2004, 157–168; Musikka-Siirtola 2016.)

Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueen kolmessa viimeisessä pääluokassa kuvataan työkykyyn läheisesti liittyviä käsitteitä. Pääluokassa seitsemän niitä ovat: ”Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, Yleisluonteinen vuorovaikutus, Sosiaaliset taidot ovat keskeinen osa työkykyä ja niiden merkitys on kasvanut työelämän muutoksen myötä.” Pääluokassa kahdeksan esiintyy ”Keskeiset elämänaalueet”, jonka sisälle kuuluvat eritasoiseen opetukseen ja koulutukseen sekä työhön ja työllistymiseen tehtäviä ja toimia. Sitä vastoin pääluokassa yhdeksän ”Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä” näyttäytyy merkittävänä asiakkaan työssä jaksamisen näkökulmasta. (ICF, Stakes 2004, 157–168; Musikka-Siirtola 2016.)

Kontekstuaaliset tekijät (e) ovat niin ikään merkittäviä työkyvyn rakentumisessa. Ympäristötekijöihin kuuluvat fyysinen maailma, missä ihminen on elänyt, muut ihmiset rooleineen, asenteineen ja arvoineen, yhteiskunnalliset järjestelmät ja palvelut sekä lait ja määräykset. Ympäristötekijöihin sisältyvät myös erilaiset apuvälineet, teknologia ja esteetön ympäristö. Yksilötekijät ovat yksilökohtaisia kontekstuaalisia tekijöitä, kuten esimerkiksi ikä, sukupuoli, koulutus, elämäkokemukset, henkiset vahvuudet, luonteenomaiset käytöspiirteet ja selviytymisstrategiat. Ympäristö- ja yksilötekijät ovat suurelta osin luonteeltaan psykososiaalisia tekijöitä. Ne nousevat väistämättä arvioinnin kohteeksi silloin, kun työkykyä arvioidaan. (ICF, Stakes 2004, 169–201) Mallin moniulotteisuutta, kuvaa muun muassa se, että sen rinnalla käytettävä lääketieteellinen terveydentila ICD-10 täydentää ICF:n antamaa toiminnallista terveydentilaa tai sitten toisinpäin.

Psykososiaaliset tekijät ovat keskeisiä sosiaalityön alueita. On selvää, että esimerkiksi jatkuva taloudellinen niukkuus aiheuttaa psyykkistä stressiä, joka puolestaan alentaa ihmisen toimintakykyä. Taloudellista ahdinkoa ja kohtuuttomia tilanteita aiheuttavat muun muassa työkyvyttömyyseläkkeen tai kuntoutustuen hylkäävä päätös (Metteri 2004, 52). Anna Metterin (2112, 63, 76, 162) väitöskirjassa edellä mainittu tilanne ajoi lähes joka neljännen kohtuuttomaan tilaan. Kohtuuttoman tilanteen syntyminen aiheutui tutkijan tulkinnan mukaan päätöksentekijän kohtuuttomuudesta. Päätöksistä lähes puolet liittyivät juuri toiminta- ja työkyvyn arviointiin. Tällä hetkellä suomalaisessa hyvinvointivaltiossakin noin sadalla tuhannella ihmisellä menee taloudellisesti todella huonosti.

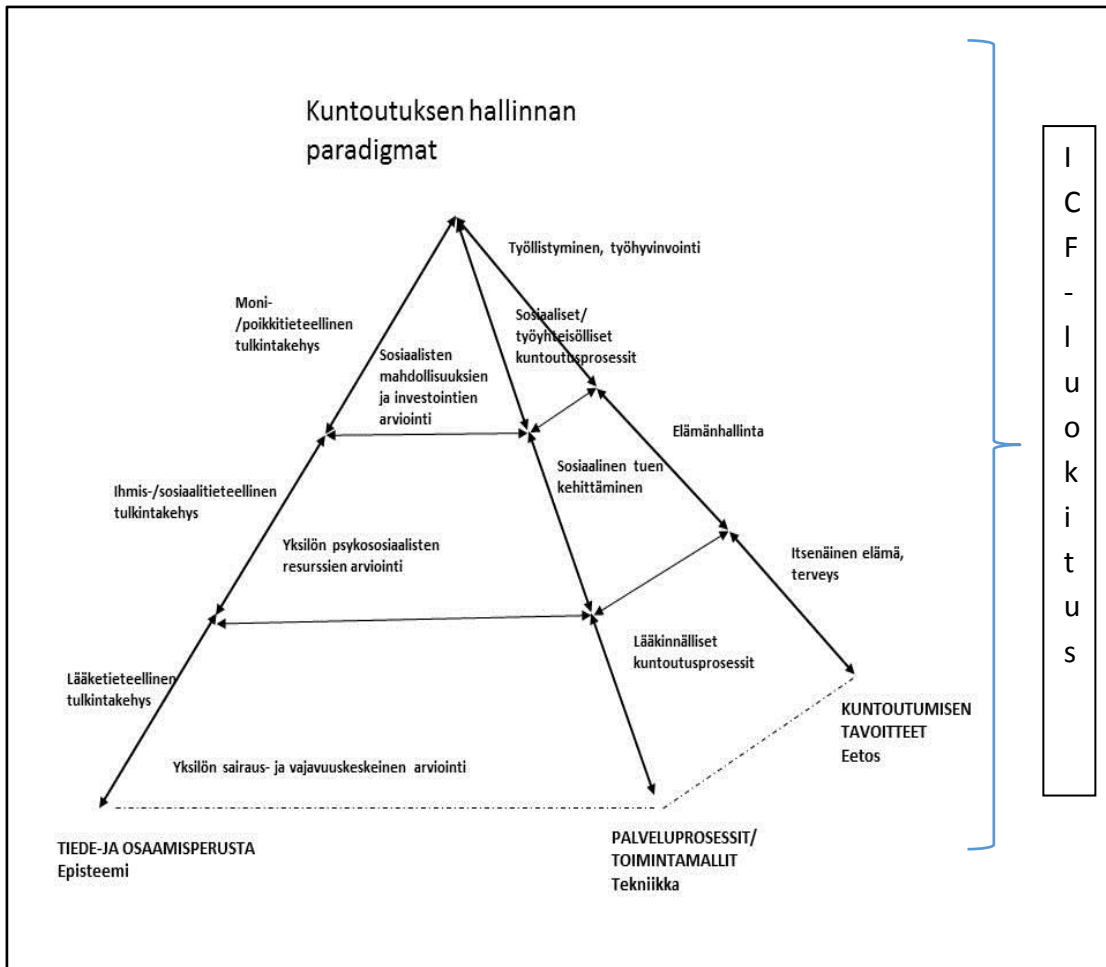
Taloudellinen turva tuo ihmiselle hänen tarvitsemaansa autonomiaa, määräysvaltaa omaan elämään, muuten hänen hyvinvointinsa heikkenee. (Saari 2011.)

Vaikka ICF-luokitusta onkin viime vuosina soviteltu kuntoutuksen yleiseksi teoreettiseksi malliksi, saa se myös kritiikkiä ja kehittämisehdotuksia (Järvikoski ym. 2015; Ojala 2015; Vilkkumaa 2011; Matinvesi 2010; Turunen ym. 2004; Nordenfelt 2003). Yksi kritiikon kohde on se, ettei ICF luokittele yksilötekijöitä (Kerätär 2016). Lennart Nordenfelt painottaa ICF-viitekehukseen toiminnan teorian (Action Theory) mukaan ottoa. Nordenfelt kritisoi ICF-luokituksen *suoritukset ja osallistuminen* osa-alueen epämääräisyyttä ja korvaisikin sen toiminnan käsitteellä. Sitä vastoin Jari Turunen (2004) kollegoineen kritisoi ICF:n luokittelua sen kvantitatiivisuudesta, ilmiöiden muuttamista numeroiksi. Tutkijoiden mukaan sellainen lähestymistapa pakottaa laadullisen tarkastelun ulos. Lisäksi asiakkaan kokemus unohtuu. Kuitenkin Seija Talo ja Ulla Rytökoski (2016) tuovat ICF-BPS -mallia (myöhemmin tarkemmin) koskevassa artikkelissaan arviointiin kvantitatiivisen lähestymistavan rinnalle ihmistieteellisen näkökulman.

Kuntoutus on ICF-luokituksessa ainoastaan yksi toimintakontekstin osa muiden ympäristötekijöiden rinnalla (Järvikoski ym. 2015). Juuri tämän vuoksi päädyin tarkastelemaan tässä tutkimuksessa asiakkaan kokonaisprosessin vaikutuksia, en yksittäisen kuntoutusintervention. Näen ihmisen kuntoutumisprosessin Richard Siegertin ym. (2007) tapaan usean eri tekijän yhteisvaikutuksena. Päädyin hyödyntämään ICF-luokituksen aihealueita ja kuvauskohteita asiakkaan prosessissa ja toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten todentamisessa. Siten en tule käsittelemään kuntoutusta interventioina, vaan yhtenä läpikulkevana juonteena prosessissa, jonka aikana asiakkaan toimintakyvyssä ei tapahdu muutosta lainkaan tai sitten siinä tapahtuu jotakin, joka on joko myönteistä tai kielteistä.

Kuntoutuksen verkostomalli

Sijoitin ICF-luokituksen Jari Lindhin (2013, 61–62) hahmottelemaan työikäisten kuntoutuksen verkostomaiseen malliin, jota hän kutsuu kuntoutuksen regiimiksi. Verkostomaisen mallin taustalla on Lindhin kritiikki kuntoutuksen toimintamallien ja ammattikäytäntöjen yksilö- ja vajavuuskeskeisyyttä sekä järjestelmä- ja toimenpidekeskeisyyttä kohtaan. ICF-luokitusta ja biopsykososiaalista mallia voidaan tarkastella myös osana Lindhin verkostomaisen mallin ideaa. Lindh tavoittelee mallissa uudenlaista kuntoutuksen hallinnan paradigmaa. Käytännössä sitä kuntoutustutkimusprosessinakin tavoitellaan, kun kuntoutustutkimuksen määritelmässä (Tays, kuntoutustutkimuspoliklinikan perehdytyskansio 2014) yhdeksi työmenetelmäksi on mainittu verkostotyö. Kuviossa 2 liitin ICF-luokituksen kuntoutuksen regiimiin ikään kuin sen läpi kulkeva juonteeksi tai ainakin eri tasot huomioon ottavaksi toiminta- ja työkyvyn arvioinnin välineeksi.



Kuvio 2. Työikäisten kuntoutuksen hallinnan regiimi, johon liitetty ICF-luokitus, jonka eri osa-alueilla näyttäytyvät kuntoutuksen ja tuen eri tasot.

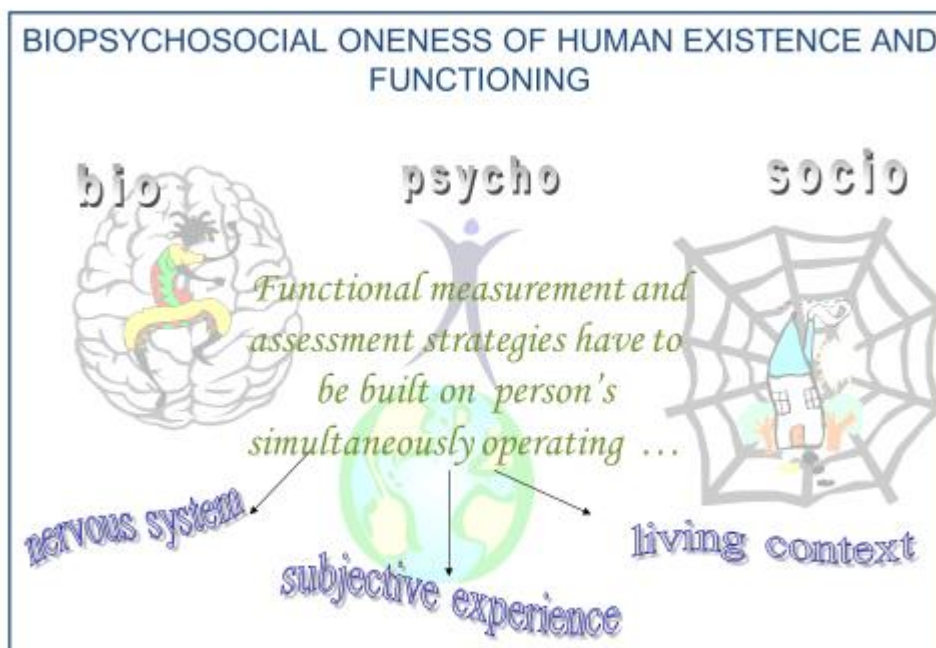
(Mukaeltu Lindh 2013, 62.)

George Engel (1977) nosti esiin jo lähes neljäkymmentä vuotta sitten terveydenhuollossa terveyden systeemisen luonteen ja kritisoi voimakkaasti biomedikaalista mallia. Engel (1977) totesi, että sairauslähtöinen malli ei jätä tilaa sosiaalisille ja psykologisille näkökulmille, mutta ei myöskään käyttäytymiseen liittyville tekijöille. Engel hahmotteli jo tuolloin biopsykososiaalista mallia, jonka avulla pitäisi aina lähestyä potilaiden toimintakyvyn alentumisen problematiikkaa. Nyt lähes neljäkymmentä vuotta myöhemmin Engelin malli näyttäytyy osin kuntoutuksen kentällä moniammatillisena työskentelynä (Nykänen ym. 2007).

Talo ja Rytökoski (1995; päivitetty 2016) ovat rakentaneet biopsykososiaalisen arviointimallin, jonka he ovat sillanneet ICF-luokitukseen ja jota tutkijat nyt kutsuvat ICF-BPS-malliksi. Talon ja kollegoiden (1995) noin 20 vuotta sitten kehittämän BPS-mallin taustalla on useita skandinaavisia filoso-

feja, kuten Ingmar Pörn (1993), Lauri Rauhala (1983) ja Lennart Nordenfelt (1995), jotka kaikki ovat omasta näkökulmastaan tutkineet ihmisluontoa, ihmisen eksistenssiä ja käyttäytymisen teorioita. Heidän sanomansa on se, että ihmisen toimintakykyä ei voi ymmärtää ilman ihmistieteellistä näkemystä. Ihmisen oleminen (Rauhala 1983) perustuu fyysiseen, psykologiseen ja sosiaaliseen ykseyteen. Terveudessa (Pörn 1993) on kyse tasapainosta henkilökohtaisten tavoitteiden sekä fyysisen, psykologisten ja kontekstuaalisten edellytysten välillä.

Seuraavassa ICF-BPS-mallia esittävässä kuviossa 3 esitetään ihmisen olemassaolon ja toimintakyvyn biopsykososiaalista ykseyttä.



Kuvio 3. ICF-BPS-malli.

(Talo & Rytökoski 2016)

Biopsykososiaalinen ykseys on keskeisin ero perinteisen ICF-mallin ja ICF-BPS -mallin välillä. ICF-mallissa on osia, joita voidaan tai joissain tapauksessa pitää mitata vain esimerkiksi fyysisestä näkökulmasta. Sitä vastoin ICF-BPS -mallissa fyysinen, psykologinen ja sosiaalinen voivat olla tärkeitä jokaisen ICF-käsitteen (koodi) yhteydessä. (Talo & Rytökoski 2016.)

Tässä tutkimuksessa asiakkaan kuntoutustutkimuksessa tapahtuva toiminta- ja työkyvyn arviointi nähtiin biopsykososiaalisena kysymyksenä, jonka arviointi toteutui ICF-luokituksen kehityksessä. Seuraavassa luvussa luon lyhyen katsauksen kuntoutustutkimuksen historiaan. Määrittelen kuntoutustutkimusta ja tarkastelen pääosin eri sairaanhoitopiireissä tehtyjä kuntoutustutkimus-asiakkaiden

seuranta- ja arviointitutkimuksia. Käsittelen myös kuntoutustutkimuksen tuotteena syntyvää kuntoutustutkimusta.

3.5 Kuntoutustutkimuksesta kuntoutussuunnitelmaan

Kuntoutustutkimuksella on jo pitkä, yli 60-vuotinen historia. Pääasiassa kuntoutustutkimuksia on toteutettu eri sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden, kuten lääkäreiden, psykologien, sosiaalityöntekijöiden, fysio- ja toimintaterapeuttien, yhteistyönä. Siten kuntoutustutkimuskäytäntö on aina ollut monialaista ja -ammattillista. Työskentely sisältää asiakkaan kanssa yhdessä hänen kokonaistilanteensa selvittelyä sekä erilaisia lääketieteellisiä tutkimuksia. (Haapakoski 2015, 28.) Yksinkertaisuudessaan se on moniammatillinen kartoitus asiakkaan ammatillisista kuntoutusmahdollisuuksista tai -tarpeista. Kuntoutustutkimuksen tuotoksena rakentuu ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutussuunnitelma. (Haapakoski, 2015, 30; Kunnas-Leinonen ym. 2009, 125; Vilkkumaa 2002, 8; Suikkanen ym. 1995, 262.) Kuntoutustutkimuksia tehdään eniten työelämässä oleville, mutta myös työelämän ulkopuolella oleville ihmisille. Kuntoutustutkimuksen laajuus riippuu asiakkaan tilanteesta ja tarpeesta. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 39.)

Kuntoutustutkimus voidaan nähdä ammatillisen kuntoutuksen työvälineenä, jota käytetään hyväksi eri kuntoutusjärjestelmissä työkyvyn, kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuuksien arvioinnissa. Osalla asiakkaista kuntoutustutkimus on kuntoutumisprosessin ensimmäinen vaihe ja osalla se taas on usean kuntoutusintervention viimeinen vaihe, jonka jälkeen asiakas siirtyy eläkkeelle. (Puumalainen 1993.)

Ensimmäinen kuntoutustutkimuksen määritelmä, jonka löysin on Järvikosken (1992, 9) määritelmä: *Kuntoutustutkimuksessa arvioidaan yksilön työ- ja toimintakykyä ja kuntoutusmahdollisuuksia kattavasti ja monipuolisesti käyttäen arvioinnissa apuna sekä lääketieteellistä, psykologista että sosiaalisia ja työtä koskevia tietoja. Se on lyhyehkön ajanjakson sisällä tehtävä poikkileikkaustutkimus, jonka edut ovat näkökulman monipuolisuudessa ja haitat johtopäätösten perustana olevan seuranta-ajan lyhydessä. Kuntoutustutkimus on usein varsinaisen kuntoutusprosessin ensimmäinen vaihe, jonka perusteella ammatillisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen toimenpiteet suunnataan.*

Tämän jälkeen Kuntaliitto on määritellyt kuntoutustutkimusta samansuuntaisesti vuonna 1998. Voimassa oleva terveydenhuoltolaki (2010, 29§) mainitsee kuntoutustutkimuksen, mutta ei määrittele sitä. Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikan moniammatillinen työryhmä on avannut kuntoutustutkimusta käytännönläheisesti perehdytyskansiossaan vuodelta 2014. Sen mukaan: *”Kuntoutustutkimus on selvitys tutkittavan henkilön työ- ja toimintakykyyn vaikuttavista sairauksista, vioista ja*

vammoista huomioiden hänen psykososiaalinen kokonaistilanteensa. Työtapoina ovat tiimityö, prosessityö ja verkostotyö.”

Lääkinnällinen kuntoutus siirtyi terveydenhuoltoon vuonna 1984. Taustalla oli invalidihuoltona toteutetun kuntoutuksen säätäminen kunnalliseksi, valtionosuudella tuetuksi tehtäväksi¹¹. Samana vuonna maamme keskus- ja yliopistosairaaloihin perustettiin kuntoutustutkimusyksiköt. (Musikka-Siirtola & Siirtola & Wikström 2008.) Kuntoutustutkimusyksiköiden alkuperäinen tehtävä oli kehittää sairaanhoitopiirien lääkinällistä kuntoutusta ja valvoa sen laatua. Niiden ohjausmerkitys heikentyi 1990-luvulla, samaan aikaan, kun kuntien vaikea taloudellinen tilanne heikensi terveydenhuollon lääkinällistä kuntoutusta. Sairaalat siirtyivät tulosjohtamisen aikakauteen. Tulosvaateiden vuoksi kuntoutustutkimusyksiköt keskittyivät pääasiassa tuottamaan moniammatillista kuntoutustutkimusta. Kuntoutustutkimusyksiköiden asiakkaat ohjautuvat yksiköihin pääosin perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidon eri poliklinikoilta. Kuntoutustutkimusyksiköissä havaittiin nopeasti erikoissairaanhoidon asiakkaiden väliinpuutoamisen uhka nopeatempoisessa ja toimenpidevaltaisessa erikoissairaanhoidossa. Asiakkaat jäivät usein vaille kuntoutusta tai toiminta- ja työkyvyn arvioita. (Leino 2011.)

Tälläkin hetkellä kuntoutustutkimuksia tehdään useimmissa sairaanhoitopiireissä. Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalla moniammatillisia kuntoutustutkimuksia ja työkyvyn arviointeja on tehty lähes 30 vuotta. Kuntoutustutkimuspoliklinikan moniammatilliseen työryhmään kuuluvat erikoislääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, kuntoutusohjaaja, osastonsihteeri sekä tarvittaessa fysio- puhe- ja toimintaterapeutteja tai apuvälineyksikön erityistyöntekijä. Kuntoutustutkimuksessa voidaan käyttää erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuuksia ja usein tehdään yhteistyötä eri kuntoutustahojen ja työnantajien kanssa. (Heikkinen & Leino 2016.)

Sairauksia diagnosoiva työ ei ole Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikalla olennaista eikä tavallisesti edes oikeutettua, vaan kuntoutustutkimuspoliklinikan tehtävä on selvittää toiminta- ja työkykyä ja kuntoutumisedellytyksiä. Siitä huolimatta moni asiakas yhä etsii oireilleen diagnoosia ja hoitoa. Sitä voi toivoa toisinaan myös kuntoutustutkimuspoliklinikalle lähettänyt lääkäri. Asiakkaat tulevat kuntoutustutkimuspoliklinikalle perus- ja työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon, Kelan, vakuutuslaitosten ja työvoimaviranomaisten läheteillä. Keskeinen kuntoutustutkimuspoliklinikalle lähettämisen syy on laaja-alainen kuntoutustarpeen ja työkyvyn arviointi. (Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikan perehdytysmateriaali 2014.)

¹¹ Muutoksen taustalla useita lakeja, muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu ja valtionosuudesta annettu laki SVOL 677/82.

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla asiakkaiden kuntoutustutkimusprosessi on moniammatillinen ja se vaatii monialaista, eri hallintokuntien tehtävien tuntemusta, niiden välistä asiayhteysosaamista ja biopsykososiaalista toimintakykyorientaatiota. Kuntoutustutkimuksessa kartoitetaan haastatellen ja eri toimintakykymittareita hyödyntäen tutkittavan jäljellä olevaa työkykyä, kuntoutustarvetta ja kuntoutumismahdollisuuksia. Poliklinikalla arvioidaan, mitä sairaudet ja vammat merkitsevät toimintakyvylle ja elämänsuunnitelmille sekä etsitään moniammatillisesti henkilön resurssit ja vahvuudet kuntoutua. (Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikan perehdytysmateriaali 2014.)

Taysin kuntoutustutkimusmalli tuottaa lääkinällisen, sosiaalisen ja/tai ammatillisen kuntoutuksen suunnitelman sekä tarvittavat lausunnot. Kuntoutustutkimus syntyy kiinteässä yhteistyössä asiakasta tutkineen ja hoitaneen terveydenhuollon kentän kanssa (työterveyshuolto, perusterveydenhuolto, psykiatrian poliklinikat). Kuntoutustutkimusprosessin aikana tehdään yhteistyötä työelämään ja ammatillisen kuntoutuksen ammattilaisiin. Vaikka kyseessä on tutkimusprosessi, on rajanveto hoitosuhteeseen usein vaikea, koska toimitaan terveydenhuollon sisällä. Asiakkaat usein toivovat ja uskovat saavansa kuntoutustutkimuspoliklinikalla myös hoitoa. Tämä toive asettaa työryhmän jäsenet usein vaikeaan välikäteen asiakasta turhauttavan tilanteen edessä. Kuntoutussuunnitelma sisältää lääkinällisiä ja ammatillisia osia ja se tehdään yhteistyössä asiakkaan sekä hänen kuntoutustutkimusprosessiinsa osallistuneiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Lähes aina syntyvillä lausunnoilla perustellaan jonkinlaista sosiaalivakuuksellista etuutta, jota puolestaan perustellaan kuntoutuksellisella merkityksellä. (Heikkinen & Leino 2016.)

Laissa kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (L566/2005, muutettu 20.2.2015/145) määritellään lähtökohdat kuntoutuksen suunnittelulle. Lain kuntoutussuunnitelmavelvoite koskee kuitenkin vain vaativan lääkinällisen kuntoutuksen suunnitelmia. Laissa velvoitetaan julkisen terveydenhuollon yksikköä laatimaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnitelma silloin kun ”kuntoutujalla on sairaus tai vamma sekä sairauteen tai vammaan liittyvä suoritus- ja osallistumisrajoite, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve”. Kuntoutujalla tulee olla ”huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa kotona, opiskelussa, työelämässä tai muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella”. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarpeen arviossa otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon vakuutetun toimintakykyyn vaikuttavat tekijät, joita ovat lääketieteellinen terveydentila, kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset, osallistuminen sekä yksilö- ja ympäristötekijät.

Kaikkiin kuntoutussuunnitelmiin tulee kirjata kuntoutujan tavoitteet ja kuntoutusjärjestelmän keinot kuntoutuksen yleisistä linjoista sekä ajatukset ja ennusteet kuntoutumisen etenemisestä aikatauluineen. Lisäksi suunnitelmaan kirjataan osapuolten oikeudet ja velvoitteet kuntoutuksen toteutumisesta ja seurannasta. (Rissanen 2008.) Oman lähes neljänkymmen vuoden työhistoriani aikana en ole

nähty kirjattavan osapuolten oikeuksia ja velvoitteita. Sitä vastoin olen usein todennut, miten suunnitelmallisuus lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta. Kuntoutus, olipa se ammatillista tai lääkinällistä, on aina aikaa vievä prosessi, sen sujuminen edellyttää sekä tarkkaa suunnittelua että luotettavaa seuranta.

Asiakkaan mahdollisuus osallistua kuntoutuksensa suunnitteluun näyttäisi olevan yksi keskeinen edellytys tuloksellisuuden lisääntymiseen. Kuntoutuksen ihannemallissa suunnitelmallisuus antaa myös mahdollisuuden yksilöllisten ja yhteisten voimavarojen keskittämiseksi, joka taas luo perustan kuntoutujan motivaation kehittymiselle. Se lisää myös turvallisuuden tunnetta. Optimaalisessa tilanteessa kuntoutuja ja viranomaiset sitoutuvat toimintaan, kun kuntoutussuunnitelma on kirjattu. Se on myös hyvä asiakirja tarkennuksille, jatkosuunnitelmille ja eri kuntoutustahojen yhteistyölle. (Rissanen 2008; Härkäpää ym. 2011; Paltamaa ym. 2011.)¹²

Kuntoutustutkimuksen päättyessä kuntoutussuunnitelmaan asetettujen tavoitteiden saavuttaminen ei kuitenkaan ole pelkästään kuntoutustyöryhmän ja asiakkaan välinen sopimus. Asiakkaan ja kuntoutustyöntekijän tavoitteet voivat olla erisuuntaisia, mutta myös työntekijän ja ympäristön tavoitteet voivat olla ristiriidassa keskenään. Kuntoutuskentän vaikea ongelma onkin se, että kuntoutuksessa on useita tahoja, jotka asettavat omia tavoitteitaan omista lähtökohdistaan, mutta toisinaan ne ovat ristiriidassa keskenään. Niitä ovat mm. sosiaalivakuutuslaitos, valtakunnalliset standardit, kilpailutuksissa annetut ohjeet, käypä-hoito suositukset, eri ammattilaisten eettiset ohjeet ja lainsäädäntö. (Haapakoski 2015 92–97.)

Eri sairaanhoitopiirien kuntoutustutkimuspoliklinikoilla ja kuntoutuslaitoksissa (järjestöjen ylläpitämiä) on tehty viimeisen runsaan kahdenkymmenen vuoden aikana muutamia seuranta- ja asiakaspalautetutkimuksia (mm. Tiitinen 1992: Päijät-Hämeen keskussairaala, Kalliorinne ja Myllylä 1999, Oulun yliopistollinen sairaala; Kinnunen 1995, Turun yliopistollinen keskussairaala; Björkenheim 2001, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri; Friberg 2007, Etelä-Karjalan keskussairaala; Repo ym. 1995 ja Palomäki 2012, Tampereen yliopistollinen sairaala). Eri sairaan-hoitopiirien tutkimuksia on kuitenkin vaikeaa suoraan verrata keskenään, koska tutkimus-menetelmät eroavat toisistaan.

Tässä tutkimuksessa vertaan kuutta kuntoutustutkimusasiakkaista tehtyä tutkimusta (Kerätär 2016; Palomäki 2012; Lindh 2007; Friberg 2007; Björkenheim 2001; Repo ym. 1995). Tutkimusten mukaan harva kuntoutustutkimuksessa olleista asiakkaista oli pystynyt säilyttämään työpaikkansa tai

¹² Kuntoutustutkimuspoliklinikalla vuonna 2015 harjoitelleen sosiaalityön opiskelijan näkemyksen mukaan prosessissa otettiin ”koppi” asiakkaan kokonaistilanteesta, koottiin yhteen hajanaisen sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelujen kentän suorittamat ja usein puutteelliset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet. Asiakasta kuultiin, hänestä oltiin kiinnostuneita, hänen asioitaan hoidettiin kokonaisvaltaisesti ja tulevaisuusorientoituneesti. Kuntoutustutkimusta tehtiin aina asiakkaan kanssa, hänen ehdoillaan ja asiakkaan tilanteet, toiveet ja tarpeet huomioiden. (Nimetön opiskelija, julkaisematon tiedonanto 2015.)

löytämään sellaista. Kun mittarina käytetään työelämään paluuta, kuntoutuneita oli vähän, mutta jos mittarina on asiakkaiden elämäntilanne, tulos paranee. (mm. Lindh 2007; Fribergin 2007) Tutkimuksissa tuli esille myös ns. köyhtymisprosesseja, mikä vahvisti muiden syrjäytymistutkimusten näkemystä siitä, että syrjäytyminen on enemmänkin yhteiskunnan kuin yksilön ominaisuus (Friberg 2007; Palomäki 2012).

Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden viimeisin seurantatutkimus on yli 20 vuoden takaa vuodelta 1992, jolloin moniammatillinen työryhmä toteutti seurantatutkimuksen 154 kuntoutustutkimusasiakkaalle (Repo ym. 1995). Kahden vuoden päästä 25 prosenttia vastanneista oli työssä tai opiskelemassa ja saman verran oli saanut eläkepäätöksen, joten puolelle oli syntynyt jonkinlainen ratkaisu elämäntilanteeseensa. Tutkimus tehtiin taloudellisen laman aikaan, joten se vaikeutti oleellisesti vajaakuntoisten työhön sijoittumista. Kuntoutustutkimusasiakkaina olevia kipupotilaita koskevassa tutkimuksessa (Havukainen 2004) sen sijaan todettiin, että kivusta kärsivä asiakas tarvitsee erityisesti sosiaalityön ammattilaisen palveluja selviytyäkseen vaikeista hoitoketjujen kohdistusta.

Kuntoutuslaitoksissa tehtyjen tutkimusten (Kinos ym. 2011; Kinos 2006) mukaan kursseilla tehdyt jatkosuositukset katsottiin useimmiten aiheelliseksi ja toteuttamiskelpoisiksi kotipaikkakunnalla ja ne toteutuivat suurimmalla osalla.

Veikko Niemestä (1974) alkaen kuntoutustutkimuksen keskeinen lähestymistapa on ollut poikkeileikkaus ihmisen elämäntilanteesta, prosessi ja biopsykososiaalinen (esim. Talo ym. 2016; Kerätär 2016) sekä asiakaslähtöinen, missä asiakkaan kuulluksi tuleminen ja asiakkaalle välittyvä aito halu auttaa ovat hyvän kuntoutustutkimuksen peruskiviä (esim. Palomäki 2012). Joten ihmisen ja hänen tilanteensa huomioonottaminen kuntoutuksessa ei ole mikään uusi asia, pikemminkin päinvastoin.

4 Tutkimusasetelma

Tässä luvussa siirryn paikantamaan tutkimuskenttää. Avaan tutkimusasetelman, tutkimusproessin ja tutkimustehtävän. Käyn läpi aineiston keruun, tutkimusstrategian, ja aineiston analyysin. Lisäksi pohdin tutkimukseni eettisiä valintoja ja tutkimuksen luotettavuutta.

4.1 Tutkimustehtävä ja -prosessi

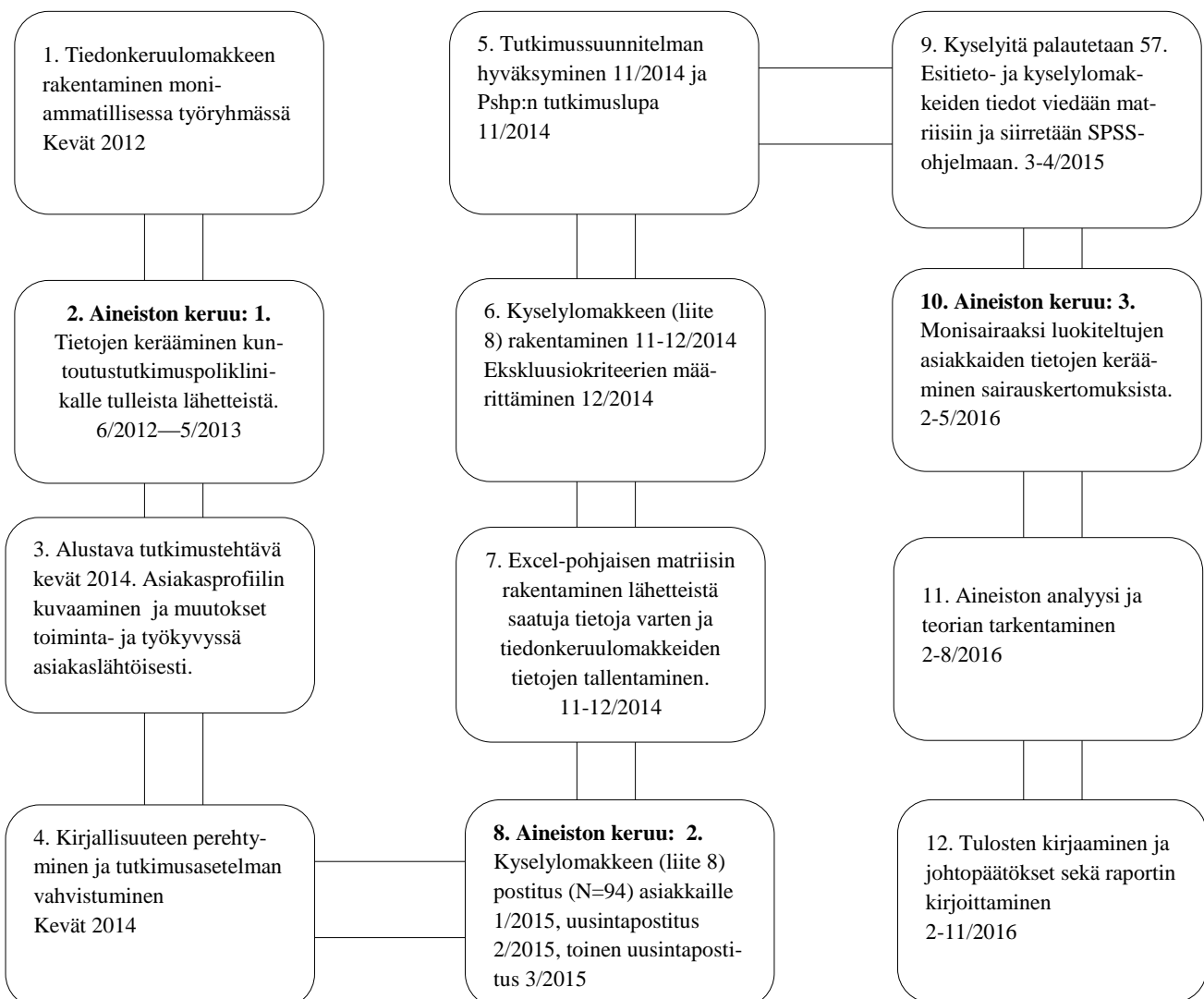
Tutkimuksen tehtävänä on ollut kuvata erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakasta, selvittää asiakkaiden näkemyksiä kuntoutustutkimuksesta, arvioida kuntoutussuunnitelman toteutumista sekä toiminta- ja työkyvyssä tapahtuneita muutoksia ICF-luokituksen (ICF, Stakes 2004) osa-alueilla vähintään vuosi kuntoutustutkimuksen päättymisen jälkeen. Muutosten arvioijana on ollut asiakas. Työn tavoitteena on ollut myös nostaa tarkasteluun kuntoutustutkimustyön kehittämisen alueita.

Tutkimus on paikantunut Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (Pshp), joka on noin puolen miljoonan asukkaan ja 23 jäsenkunnan omistama kuntayhtymä. Se tuottaa vaativan erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja sekä terveystieteellistä tutkimusta ja koulutusta. Sairaanhoitopiiri on määritellyt toimintansa eettisiksi periaatteiksi hyvän hoidon, ihmisen kunnioittamisen, osaamisen arvostamisen ja yhteiskuntavastuullisuuden. Vuonna 2015 Pshp:ssa hoidettiin noin 173 501 eri potilasta/asiakasta, joista poliklinikoilla noin 370 000 potilasta. Työntekijöitä on noin 7000. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivusto 2016)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluu kaksi aluesairaala, Kuvantamis- ja apteekkiliikelaitos, kuusi palvelukeskusta, kuten Tietohallinto- ja teknologia sekä neljä osakeyhtiötä, esimerkiksi, Coxa ja Sydänkeskus. Tampereen yliopistollinen sairaala on jaettu seitsemään toimialueeseen, joiden sisään rakentuu kahdesta neljään vastuualueita. Toimialueella kolme sijaitsee neuroalat ja kuntoutus vastuualue, jonka kuntoutuksen vastuuyksikköön kuuluu kuntoutustutkimuspoliklinikka. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivusto 2016)

Kuntoutustutkimuspoliklinikan moniammatillisessa työryhmässä on käynnistetty kuntoutustutkimustyöhön liittyvä sisäinen kehittämistyö vuoden 2012 keväällä. Tavoitteena on ollut tarkentaa asiakasryhmän piirteitä ja poliklinikan perustehtävää. Tähän liittyen työryhmässä on päädytty tekemään läheteanalyysiä, jota varten on haettu rekisterilupa. Näin ollen osa aineistoa on kerätty muuta tarkoitusta varten, ennen tämän tutkimuksen ja tutkimusluvan saamista.

Tutkimuslupa on myönnetty 31.10.2014 (liite 1). Eettiseen toimikuntaan tutkimuslupaa ei ole viety, koska kyseessä ei ole ollut sellainen tutkimus, jossa tutkija olisi fyysisessä kontaktissa tai vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen ohje 2014). Aineiston keruuta käsittelemme tarkemmin tässä luvussa jäljempänä. Aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen olen perehtynyt keväällä 2014. Tutkimussuunnitelmaksi idea on tarkentunut syksyllä 2014. Sen jälkeen tutkimusprosessi on edennyt suunnitelman mukaan vaiheittain, pääosin kolmena erillisenä tutkimusvapaakautena, joista kaksi viimeistä Työsuojelurahaston apurahan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkija-apurahan turvin. Aineiston analyysi on toteutettu 2/2016–4/2016. Raportti on kirjoitettu 4/2016–11/2016. Tutkimusprosessin vaiheet on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Tutkimusprosessin eteneminen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas?
2. Miten asiakas arvioi kuntoutustutkimusprosessia ja kuntoutussuunnitelman toteutumista?
3. Millaisia muutoksia asiakas arvioi tapahtuneen terveydentilassaan, toiminta- ja työkyvyssään sekä kontekstuaalisissa tekijöissä vähintään vuosi kuntoutustutkimusprosessin jälkeen ICF-luokituksen osa-alueilla?

Tutkimukseni on perustunut laajaan aineistoon (N=347=kohdeperusjoukko), jota olen analysoinut usealla eri tavalla. Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakasta olen käsitellyt tiedonkeruun päättymisen vaiheessa olevan aineiston (N=310=kehikkoperusjoukko) avulla. Ensiksi olen käsitellyt kuntoutustutkimusasiakkaan taustatietoja, minkä jälkeen olen siirtynyt monisairaahan kategoriaan, joka on muodostettu monisairaaksi luokitelluista kuntoutustutkimusasiakkaista. Toiseen ja kolmanteen kysymykseen olen vastannut kyselytutkimuksen avulla. Aineistoa ja sen keruuta selitän tarkemmin seuraavassa luvussa.

4.2 Aineistona rekisteritiedot ja kyselyaineisto

Tutkimusaineiston ovat muodostaneet Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalle yhden vuoden aikana (2012–2013) tulleet asiakaslähetteet (N=347) ja niihin liittyvät sairauskertomukset sekä tiedonkeruu- ja esitietolomakkeet. Lisäksi olen muodostanut aineistosta tietyn kriteerein seurantaryhmän, jolle olen lähettänyt kyselyn (n=94).

Läheteistä (N=347) kerättyjen asiakkaiden tiedot ovat muodostaneet tutkimuksen perusaineiston (lomake A, liite 2). Toiseksi tietoja on kerätty asiakkaiden ennen kuntoutustutkimusta täyttämistä esitietolomakkeista (lomake B, liite 7). Kolmanneksi aineistoa on kerätty vuosi kuntoutustutkimuksen jälkeen täytetyistä ja palautetuista kyselylomakkeista (lomake C, liite 8) sekä asiakkaiden sairauskertomuksista. Hyväksytyjä lähetteitä on ollut kaikkiaan 347, joista tiedonkeruun päättyessä 37 asiakkaalla on ollut prosessi edelleen kesken.

Olen käyttänyt koko tutkimusryhmästä (N=347) nimitystä *kohdeperusjoukko* (target population) ja tiedonkeruun päättyessä olevasta ryhmästä (N=310) *kehikkoperusjoukko* (frame population) (Heikkilä 2014, 32)¹³. Olen käyttänyt molempia perusjoukkoja ensimmäisessä tutkimus-kysymyksessä. Kohdeperusjoukkoa (N=347) olen käyttänyt, kun olen tarkastellut kuntoutustutkimuksen jälkeen asiakkaiden diagnoosien määriä ja diagnoosiryhmiä sekä erikoisalojen käyttöä. Kehikkoperusjouk-

¹³ Kohdeperusjoukko tarkoittaa kaikkia kiinnostuksen kohteina olevia henkilöitä, kun taas kehikkoperusjoukkoon kuuluvat ne henkilöt, jotka saatoinkin käytännössä tavoittaa (Heikkilä 2014, 32).

koa (N=310) olen käyttänyt hyväkseni, kun olen kuvannut tarkemmin kuntoutustutkimusasiakasta. Läheteiden käsittelijä luokitteli kehikkoperusjoukosta 75¹⁴ monisairaaksi ja tätä aineistoa olen käyttänyt monisairaamäärityksessä. Kehikkoperusjoukosta (N=310) 54 henkilöä vastasi kyselyyn ja tätä aineistoa olen käyttänyt kuntoutustutkimusprosessin ja kuntoutussuunnitelman toteutumisen arvioinnissa sekä toiminta- ja työkyvyssä tapahtuneiden muutosten arvioinnissa.

Aineiston keruun ensimmäisessä vaiheessa läheteiden käsittelijä (kuntoutusylilääkäri¹⁵) täytti tiedonkeruulomakkeet (A, liite 2) läheteessä oleviin tietoihin perustuen. Ennen ensimmäistä tapaamista poliklinikan sihteeri lähetti jokaiselle asiakkaalle esitietolomakkeen (B, liite 7) (Musikka-Siirtola ym. 2010), joka arkistoitui asiakkaalle kuntoutustutkimusprosessin ajaksi rakennettuun kansioon. Tähän kansioon arkistoitui myös tiedonkeruulomake (A, liite 2) osana esitietolomaketta (B, liite 7).

Aineiston keruun toisessa vaiheessa olen poiminut kehikkoperusjoukosta (N=310) kaikki ne, jotka olivat täyttäneet esitietolomakkeen. Heitä oli 239. Olen rakentanut eksklusiokriteerit, joiden perusteella olen saanut otoksen. Eksklusiokriteerit ovat olleet:

1. Kuntoutustutkimuksen päättymisestä on kulunut alle yksi vuosi.
2. Sairauskertomuksesta ei ole löytynyt kuntoutussuunnitelmaa, vaan kuntoutustutkimusprosessi on päätetty ennen kuntoutussuunnitelman neuvottelua. Asiakas on ohjattu muualle tai hänen asiansa on hoidettu esimerkiksi sosiaalityöntekijän tai kuntoutusohjaajan käynnillä.
3. Jos asiakas on tarvinnut asioidessaan tulkkia, olen arvioinut, että kyselylomakkeeseen vastaaminen ei olisi onnistunut asiakkaalta, jonka äidinkieli ei ole suomi.
4. Asiakkaan tilanne sairauskertomuksen mukaan on ollut vaikea. Siitä olen päätellyt, että ei ole ollut eettisesti oikein lähettää hänelle kyselylomaketta.
5. Asiakas oli kuollut.

Varsinaiseksi seurattavaksi otokseksi muodosti 94 henkilöä, joille olen lähettänyt kyselylomakkeen. Saatekirjeen (liite 4), kyselylomakkeen (C, liite 8) lähetin 19.1.2015 ja kaksi uusintakyselyä 31.1.2015 ja 28.2.2015 (saatteet liitteissä 5 ja 6). Kutsun tätä ryhmää jatkossa *seurantaryhmäksi*.

Aineiston keruun kolmannessa vaiheessa olen käynyt läpi yhdessä kuntoutusylilääkärin¹⁶ kanssa kaikki monisairaaksi lähetevaiheessa luokiteltujen sairauskertomukset (n=75). Tällä aineistolla olemme halunneet tarkentaa kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakasprofiilia monisairaamäärityksessä.

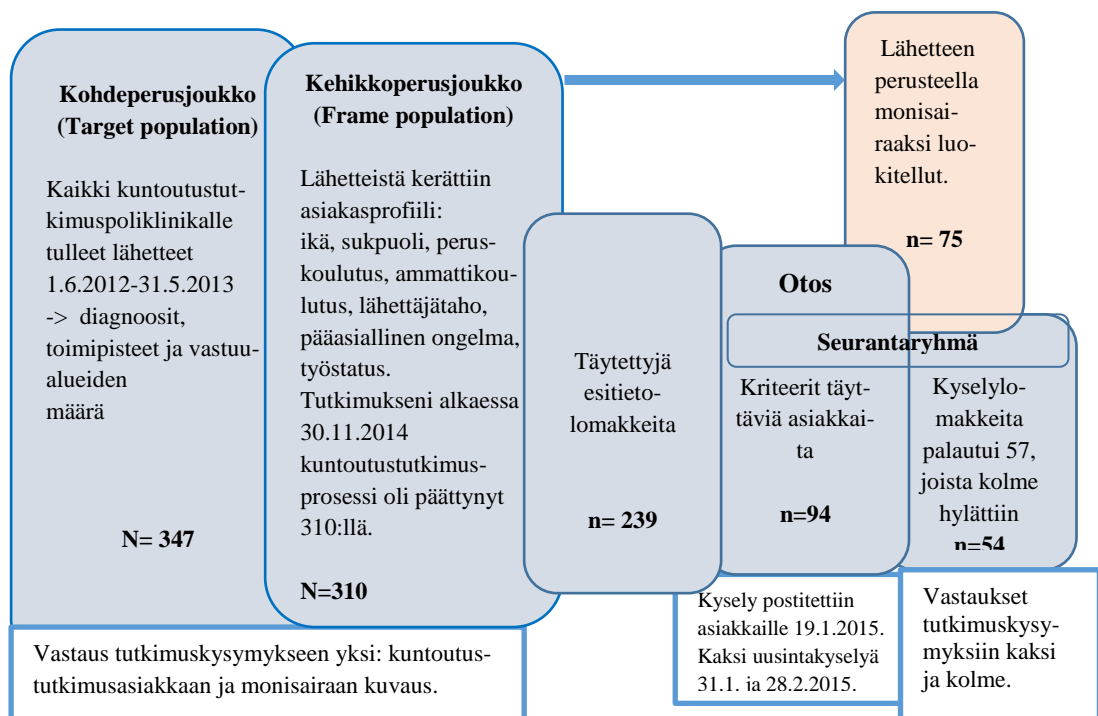
¹⁴ Monisairaamäärityksen luokitteluperusteet on kirjoitettu lukuun 4.3.

¹⁵ Läheteiden käsittelijänä toimi tuolloin kuntoutusylilääkäri Eeva Leino.

¹⁶ Sairauskertomukset kävin läpi nykyisen kuntoutusylilääkärin Virpi Heikkisen kanssa.

masta ja määritellä monisairaana käsitettä. Olemme tutkineet monisairaaksi luokiteltujen asiakkaiden sairauskertomuksista sairastamista ja palveluiden käyttöä, diagnoosien, käyntien, tutkimusten ja erikoisalojen määriä. Tällä menetelmällä olemme varmentaneet ensimmäisen kuvan monisairaasta asiakkaasta.

Seurantaryhmän (n=94/57/54) osalta olen pohtinut vaihtoehtoja haastattelun ja kyselytutkimuksen välillä ja olen päätenyt kyselytutkimukseen siitäkin huolimatta, että tutkimusmetodikirjallisuudessa tuodaan esille postikyselyn ongelmia verrattuna henkilökohtaiseen haastatteluun. Kyselylomake on yksi perinteisimmistä tavoista kerätä aineistoa. Kyselytutkimuksessa tutkija ja tutkittava eivät saa keskenään välitöntä kontaktia. (Valli 2015.) Olen saanut tietoa tutkittavien ryhmästä siinä määrin, että olen saattanut arvioida heidän toimintakykynsä olevan useimmiten varsin rajallista. Sen vuoksi olen ajatellut, että kyselyyn vastaaminen on heille vähemmän kuormittava kuin haastattelutilanne. Olen ajatellut, että valitsemalla laajan aineiston, luotettavuus kasvaa kyseisestä ilmiöstä. Laajaa aineistoa en olisi voinut kerätä haastatteluilla. Kuviossa 5 on esitetty yhteenveto tutkimuksessa muodostuneista aineistosta ja tutkimuskysymykset, joita kunkin aineiston avulla käsitellään.



Kuvio 5 Yhteenveto tutkimuksessa muodostuneista aineistoista ja tutkimuskysymykset, joita kunkin aineiston avulla käsitellään.

Olen ollut tietoinen siitä, että postikyselyn heikkoutena on usein huono vastausprosentti. Vastaamiseen sitoutumista olen tukenut kannustimilla. Olen ilmaissut saatekirjeessä, että vastaajien kesken arvotaan muutama kannustinpalkinto, jota käytetään useissa kyselytutkimuksissa motivoimaan ky-

selyyn vastaamisessa (Viitala 2013, 138). Tätä menetelmää käsittelevän tutkimuksen luotettavuus ja eettiset valinnat luvussa 4.5.

Kyselylomaketutkimuksen heikkouksia ovat myös kysymysten väärinymmärryksen mahdollisuus ja erityisesti pinnalliset tai epätarkat vastaukset. (Valli 2015) Näitä ongelmia olen yrittänyt ratkaista ainakin neljällä tavalla: 1. tarkoilla eksklusiokriteereillä, 2. pilotoimalla kyselylomaketta, 3. lähettämällä kaksi uusintakyselyä ja 4. motivoimalla vastaamaan niin, että lupasin arpoa kolme palkintoa vastanneiden kesken. Olen tunnistanut myös kyselytutkimuksen etuja, joita Raine Valli (2001, 30–33) kuvaa seuraavasti: ”(1) tutkijan läsnäolo ei vaikuta vastauksiin, (2) kysymyksiä voi esittää useita, jos ne on hyvin laadittu ja niissä on valmiit vastausvaihtoehdot, (3) kysymykset ovat samanlaisia kaikille ja ne esitetään täsmälleen samassa muodossa jokaiselle, (4) kustannusvaikuttavuus (5) vastaaja voi valita ajan ja paikan vastaamiseen ja pohtia rauhassa vastaamistaan.”

4.3 Monimenetelmäisyys tutkimusstrategiana

Tutkimukset jaotellaan perinteisesti kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin tutkimuksiin. Jaottelu on perustunut tieteenfilosofisiin valintoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 129.) Useat tutkijat perustelevat metodisia ratkaisujaan näkemyksellä tiedon ja todellisuuden luonteesta. Tämä on tarkoittanut sitä, että realistisesti todellisuuteen suhtautuvat tutkijat ovat rakentaneet teoriavetoisia yleisestä yksityiseen (deduktiivisia) tutkimusasetelmia ja käyttäneet kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Konstruktionistit ovat sitä vastoin rakentaneet yksityisestä yleiseen (induktiivisia) tutkimusasetelmia. (Puuronen 2005.) Tätä näkemystä haastavat kuitenkin useat tutkijat (esim. Bergman 2008; Elliot 2005), joiden mukaan erilaisia aineistoja voidaan lukea erilaisista tieteenfilosofisista näkökulmista. Tutkijoiden mukaan aineistot ja erilaiset menetelmät voidaan ajatella myös jatkumona sen sijaan, että niiden käyttö olisi jollain tapaa metodologisesti ristiriitaista.

Tutkimusmenetelmiä harkitessani olen miettinyt pitääkö jompikumpi tutkimusotteista valita keskeiseksi, tutkimuksen analyysia ohjaavaksi otteeksi. Tätä olen pohtinut muun muassa siksi, että esimerkiksi Jari Metsämuurosen (2003, 207) näkemyksen mukaan jompikumpi otteista olisi hyvä valita pääasialliseksi tutkimusotteeksi. Tässä tutkimuksessa ne kuitenkin kulkevat rinta rinnan eikä toinen johda toista. Tutkimuskysymykset ja aineisto määrittävät, mitä menetelmää milloinkin olen käyttänyt.

Perustelen tämän tutkimuksen monimenetelmäisyyttä sillä, että tutkimus on jakautunut oikeastaan kahteen toisiaan täydentävään osaan: kuntoutustutkimusasiakkaan ja monisairaalan käsitteen määrittelyosaan sekä seurantaosaan. Kutsun erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakkaan (N=347) ja

tarkemmin monisairaahan (n=75/66) määrittelyä käsitteelliseksi osaksi ja seurantaryhmän (n=54) tarkastelua empiiriseksi osaksi. (ks. mm. Woolley 2009.) Nämä osat ovat täydentäneet toisiaan siltä osin, että olen saanut selkeän kuvan isommalla aineistolla (N=347/310) tutkittavasta ryhmästä, jota olen tarkentanut yhden kategorian (=monisairaathat, n=75/66) avulla ja kolmanneksi olen tarkastellut vielä muutoksia yhden pienemmän otoksen, seurantaryhmän (n=54) avulla.

Sosiaalitieteissä monimenetelmäisiä tutkimuksia ovat käyttäneet muun muassa Korkiamäki (2013) ja Pohjola (1994) ja sosiaalilääketieteessä mm. Heikkinen (2016a). Monimenetelmäisessä tutkimuksessa käytetään erilaisia aineistoja tai menetelmiä. Tutkimuksessa voi olla myös monta tutkijaa. (Bergman (2008.) Monimenetelmäisen tutkimuksestani tekee se, että olen käyttänyt useita tutkimusmetodeja: kvantitatiivisessa tarkastelussa olen käyttänyt merkitsevyydestiä ja kvalitatiivisessa osassa sisällönanalyysiä. Olen yhdistänyt myös erilaisia aineistoja, kuten rekisteriaineistot ja kyselylomakkeet, joita olen käsitellyt usealla tavalla. Kolmanneksi tutkimuksen ensimmäisen kysymyksen monisairaahan kategorisointia on tutkinut aluksi kaksi tutkijaa.¹⁷ (Ronkainen 2009.)

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä, kuntoutustutkimusasiakkaan kuvauksen analysoinnissa olen käyttänyt ensimmäisessä vaiheessa pääosin kvantitatiivisia menetelmiä ja SPSS-tilasto-ohjelmaa. Toisessa vaiheessa olen analysoinut aineistoa laadullisen tutkimuksen keinoja, jolloin olen kvantifioinut, tyypitellyt ja käyttänyt sisällön erittelyä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107–108; Eskola & Suoranta 1999, 165–188), jota olen kuvannut tarkemmin seuraavassa analyysiluvussa.

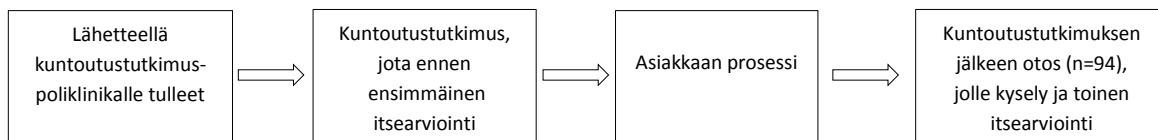
Toista kuntoutustutkimusprosessia ja kuntoutussuunnitelman toteutumista koskevaa kysymystä olen selvittänyt väittämillä, avoimilla kysymyksillä ja lausuntoihin sekä kuntoutuksen toteutumiseen liittyvillä kysymyksillä. Kolmanteen tutkimuskysymykseen vastaamiseksi olen valinnut muuttujat esitietolomakkeesta (liite 7) ja käyttänyt samoja muuttujia myös kyselylomakkeessa (liite 8). Asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneita muutosta olen hakenut vertailemalla muuttujien arvoja ennen kuntoutustutkimusta ja vähintään vuosi sen jälkeen. Olen saanut vastauksen esitietolomakkeista ja palautuneista kyselylomakkeista (n=54), joita olen analysoinut pääosin SPSS-tilasto-ohjelmaa hyväksi käyttäen ja merkitsevyydestin Wilcoxon signed Ranks avulla. Tätäkin analyysia olen kuvannut tarkemmin seuraavassa analyysiluvussa.

Kolmannen tutkimuskysymyksen osalta kyseessä on ollut näennäiskokeellinen tutkimusasetelma, missä syy-seuraussuhteita on ollut vaikea perustella väliin tulevien vaikutusten vuoksi. Muutoksia mittaavassa (n=54) tutkimusasetelmassani ei ole ollut vertailuryhmää. Tätä asetelmaa kutsutaan

¹⁷ Oikeastaan kyseessä oli kolmen tutkijan toteuttama monisairaahan kategorisointi, koska lähetteen käsittelijä (silloinen kuntoutuslääkäri Eeva Leino) luokitteli monisairaaksi lähetteen antamien tietojen, lähettäjän määrittelemän kysymyksen, sairastamisen ja käytettyjen erikoissairaanhoidon palveluiden perusteella 75 monisairaiksi. Tästä muodostui alkuperäinen kategoria monisairaathat.

myös paneeliasetelmaksi, missä on kaksi eri mittauskertaa. Paneeliasetelma eroaa klassisesta koeasetelmasta siinä suhteessa, että siinä ei ole kontrolliryhmää. Tästä seuraa tietenkin se ongelma, että en voi olla varma johtuuko havaittu muutos juuri jostakin toimenpiteestä vai ei. (KvantiMOTV 2009.)

Asiakas on arvioinut muutoksia omassa toiminta- ja työkyvyssään ennen ja vähintään vuosi kuntoutustutkimuksen jälkeen. Koeasetelmassa on ollut siis yksi ryhmä, joka on poimittu kehikkoperusjoukosta (N=310) tietyin poissulkukriteerein, jotka on esitetty edellisessä luvussa. Vaikka muutoksia olisikin havaittavissa, en ole voinut olla varma, että juuri kuntoutustoimenpiteet ovat saaneet aikaan muutokset asiakkaan työ- ja toimintakyvyssä. Positiivisen tai negatiivisen muutoksen on voinut saada aikaan aivan muut tekijät mittausten välisenä aikana. Tällaisia ovat voineet olla vaikkapa sairaustilanteen vaikeutuminen tai positiiviset muutokset sosiaalisessa elämässä. Kontrolliryhmän puuttuminen ei ole ollut tässä tutkimuksessa ongelma, koska tässä tutkimuksessa en ole pyrkinytkään arvioimaan yhden intervention vaikutusta. Siten en ole päässyt arvioimaan vaikuttavaa ilmiötä ja tutkimaan sitä, mikä vaikutti ja mikä ei. Tässä tutkimuksessa on ollut hyväksyttävä ns. black box -ilmiö eli musta laatikko, jota olen sivunnut teoriaosuudessa. Olen puhunut asiakkaan prosessista, jossa on ollut useita tekijöitä ja joiden yhteisvaikutuksia asiakas on arvioinut itse. Muutosten mittaamisen asetelma on kuvattu kuviossa 6.



Kuvio 6. Näennäiskokeellinen ennen-jälkeen -paneeliasetelma ilman vertailuryhmää.

Seuraavassa luvussa siirryn kuvaamaan aineiston analyysiä. Kuvaan seurantaryhmän aineiston analyysissä käyttämäni mittaria, jota käytin muutoksen kuvaamisessa.

4.4 Aineiston analyysi

Olen analysoinut aineistoa kohdeperusjoukkoa (N=347) usealla eri tavalla. Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakkaan taustatiedot olen saanut analysoimalla tiedonkeruun päättymisen vaiheessa olevaa aineistoa (N=310=kehikkoperusjoukko). Olen selittänyt perusjoukon muodostumista aineiston keruuta käsittelevässä luvussa 4.2. Olen muodostanut tiedonkeruulomakkeen muuttujista matriisin excel-tiedostoon, jonka siirsin SPSS 14.0 for Windows -ohjelmistolle (Statistical Package for Social Sciences). Olen analysoinut saamani tiedon muuttujien kuvailun perustyypeillä eli kategorisilla, laatuero- ja järjestysasteikkolisilla jakaumataulukoilla. Tästä olen saanut kuntoutustutkimusasiakkaan taustatiedot.

Kaikista vuoden aikana tulleista läheteistä (N=347=kohdeperusjoukko) olen saanut lisää määrällistä tietoa Pshp:n tilastoportaalin avulla. Tilastoportaalista olen saanut tiedot asiakkaiden diagnooseista ja käytetyistä erikoisaloista yhdestä kahteen vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen. Läheteistä (N=347) ja tiedonkeruulomakkeista (N=310) kerättyjen tilastollisten tietojen avulla olen rakentanut ison kuvan kuntoutustutkimusasiakkaasta. Tämän kvantifioidun tiedon lisäksi olen tarkentanut asiakasprofiilia monisairaaksi luokiteltujen (n=75/70/66) asiakkaiden kautta.

Monisairaaksi luokiteltujen (n=75/70/66) kategorian analyysissä olen käyttänyt kuvailun taustatutkenä tilastollisesti käsiteltyä aineistoa ja puhdasta laskemiseen liittyvää tekniikkaa, jota olen selittänyt tarkemmin kuntoutustutkimusasiakasta käsittelevässä luvussa 5.1. Palvelujen (tutkimukset, erikoisala- ja poliklinikkakäynnit sekä osastojaksot) ja sairastamisen ulottuvuuksien tutkimisen jälkeen olen siirtynyt tarkastelemaan analyysin tuloksena syntyneitä alakategorioita tarkemmin. Olen tyypitellyt ja rakentanut jokaiselle alakategorialle tyypitarinan (ks. Aaltonen 2004).

Olen analysoinut jokaisen alakategorian erikseen sisällön analyysin avulla. Olen käyttänyt aineistona sekä sairauskertomuksia että asiakkaiden täyttämiä esitietolomakkeita. Olen lukenut sairauskertomustekstejä, joista olen saanut muun muassa diagnoosit ja joitakin yksilötekijöihin liittyviä tarkennuksia, joita en ole saanut esitietolomakkeista.

Olen nostanut aineistosta esiin samankaltaisuuksia, jotka jokaisessa tapauksessa tavalla tai toisella on ollut havaittavissa. Esimerkiksi Max Weberin esittämät klassisen sosiologian teorioiden ideaalityypit ovat rakentuneet juuri samankaltaisuuksien etsimiselle (Weber 1990). Ideaalityypin rakentamisessa olen muodostanut keskiarvoa eri monisairaiden kategorioihin liitettyjen ihmisten olemuksesta tai hahmosta. Ideaalityyppien kuvauksessa voi myös etsiä eroavuuksia, kuten Glaserin ja Straussin (1967) aineistolähtöisessä teoriassa. Siinä tutkimusaineistosta etsittiin ääritapauksia. Aineiston jakamisen jälkeen pohdittiin eroavaisuuksien syitä, ja pyrittiin jakamaan koko aineisto näi-

den äärityyppien mukaan, jolloin jokaiselle tapaukselle muodostui ikään kuin oma lokeronsa. (ref. Alasuutari 2001 93–94.)

Oman tutkimukseni tyyppitarinan muodostamisessa olen pyrkinyt oikeastaan Glaserin ja Straussin teorian päinvastaiseen käytäntöön, koska olen etsinyt samankaltaisuuksia, sellaisia ulottuvuuksia ja tarinan kohtia, jotka ovat nousseet esiin kaikilla samaan kategoriaan asetetuilla monisairailta. Olen pikemminkin hahmotellut kolme keskiarvoa jokaisesta erilaisesta monisairaasta, josta voisi tunnistaa juuri kyseisen alakategorian tyyppillisen hahmon. Vaikka tyyppitarina onkin yleistys kaikista kategoriaan kuuluvista ihmisistä, se on perustunut silti yksittäisiin ihmisiin, heidän tarinoihinsa, joilla jokaisella on ollut omat vivahte-eronsa. Olen nostanut vain kaikkein selkeimmät yhtäläisyydet, jokaisesta kolmesta kategoriasta ja olen saanut karkean tyyppitarinan jokaiseen kategoriaan.

Olen yhdistänyt tarinoiden rakentamisessa sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tietoa. Kvantitatiiviset taustamuuttujat ovat olleet ikä, prosessin kesto, lähettäjätaho, asuminen, lähettämisen syy ja diagnoosit. Näistä olen tehnyt matriisin ja käyttänyt tyyppittelyssä keskiarvoja silloin kun se on ollut mahdollista ja muuten olen rakentanut esimerkiksi yleisimmin esiintyvistä ammateista, koulutuksesta, perhemuodoista yms. ideaalityypin tarinan. Kyseessä ovat olleet ideaalityypit, joten tapaukset eivät ole palautuneet yksittäisiin asiakkaisiin, vaikka ne ovat saattaneet tuntua todellisilta henkilöiltä. Tämän jälkeen olen lukenut uudestaan sisällön analyysin avulla asiakkaiden sairauskertomuksia ja lomakkeita, joiden kautta tyyppitarinat ovat tarkentuneet.

Neljänneksi olen analysoinut niin ikään kehikkoperusjoukosta (N=310) poimittua aineistoa (n=94/54), jolle olen lähettänyt kyselylomakkeen. Palautuneita on ollut 57, joista hylättiin kolme, koska ne ovat olleet joko täysin tyhjiä tai lähes tyhjiä. Analysointia varten olen muodostanut matriisin, koodistokartan (Eskola & Suoranta 1999, 155–160) kyselylomakkeen muuttujista ja olen koodannut ne ensin Excel-ohjelmaan, minkä jälkeen olen siirtänyt aineiston SPSS 14.0 for Windows -ohjelmistolle (Statistical Package for Social Sciences). Tulokset analysoin SPSS-tietojenkäsittelyohjelmistoa hyväksi käyttäen ja sopivin testein. Muuttujien kuvailun perustyyppinä on ollut kategorisilla, laatuero- ja järjestysasteikollisilla muuttujilla saatu jakaumataulukko. SPSS esittää jakaumat sekä frekvensseinä että prosentteina. Pääosin olen käyttänyt muutoksen testaamisessa non-parametrista Wilcoxin (Wilcoxon Signed Ranks Test) merkitsevyydestä. Avoimissa vastauksissa olen käyttänyt hyväkseni teemoittelua ja kategoriointia. Olen luokitellut avoimet vastaukset aineiston perusteella lukemalla niitä useaan kertaan. (Eskola & Suoranta 1999, 154–155; 165–175.) Olen analysoinut avoimia vastauksia myös määrällisesti laskemalla kuinka monta vastaajaa on vastannut samalla tavalla ja ketkä ovat vastanneet.

Seurantaryhmästä (n=94) jätti vastaamatta 27. Olen analysoinut tämän jälkeen katoa, jotta olen voinut tarkentaa mahdollista vääristymää. Olen verrannut saatua aineistoa alkuperäiseen (n=94) aineistoon. Vastaaajien ja vastaamatta jättäneiden välillä ei ole ilmennyt merkittäviä eroja iässä, sukupuollessa tai taustakoulutuksessa. (Heikkilä 2014.) Postikyselyissä on vaikea saada luotettavaa tietoa vastaamatta jättämisen syistä (KvantiMTOV 2010).

Muutosta kuvaavat mittarit: lomakkeen avoimet kysymykset, väittämät ja ICF-pohjainen itsearviointijana

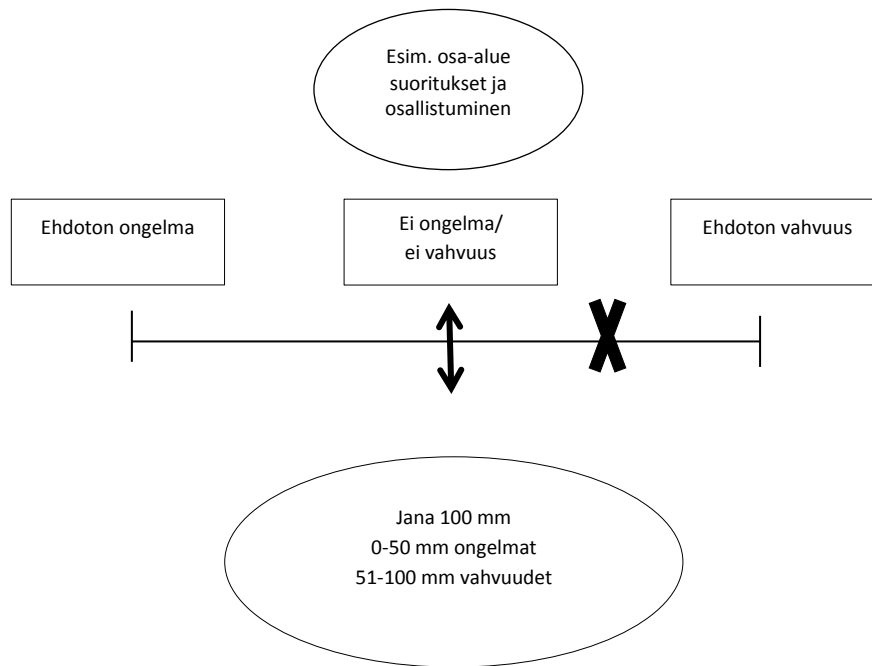
Tässä tutkimuksessa kuntoutustutkimusprosessin ja kuntoutussuunnitelman toteutumisen sekä toiminta- ja työkyvyn tapahtuneiden muutosten mittaamiseen olen käyttänyt kahta lomaketta (liite 7 ja liite 8), jotka eivät ole olleet valmiita standardoituja mittareita. Kyselylomakkeet ovat olleet se väline, jonka avulla olen hankkinut seurantaryhmän empiirisen aineiston. Kyselylomakkeiden muuttujat on poimittu ICF-luokituksesta. Mittari on koostunut yksittäisistä kysymyksistä, väittämistä ja janoilla ilmaistuista muuttujista, joiden avulla olen halunnut tuottaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Metsämuuronen 2006, 49.) Tutkimuksessa käyttämäni mittarin luotettavuutta olen käsitellyt tutkimuksen luotettavuutta käsittelevässä luvussa 4.5.

Esitietolomake (liite 7), jonka asiakas on täyttänyt ennen kuntoutustutkimukseen tuloa, on alkujaan kehitetty pohjaksi alkavalle kuntoutustutkimukselle. ICF-pohjainen itsearviointilomake (Musikka-Siirtola ym. 2010, liite 7) on kehitetty asiakkaan toiminta- ja työkyvyn arviointiin. Lomake on tarkoitettu koko moniammatillisen työryhmän käyttöön kuntoutussuunnitelman tueksi ja lausuntojen pohjaksi.

Lomake ei ole ollut sairausspesifinen, vaan muuttujiksi on poimittu ICF-luokituksesta toiminta- ja työkyvyn arviointiin soveltuvia aihealueita ja kuvauskohteita, jotka olen esittänyt lomakkeessa janoina tai avoimina kysymyksinä. Taustalla ovat olleet käytännön työssä saadut kokemukset toiminta- ja työkyvyn arvioinnista sekä toiminta- ja työkyvyn tutkimukset. Lisäksi lomaketta ovat kehittäneet asiakkaat, jotka ovat kyseenalaistaneet aiemmissa kyselyissä vain rajoituksiin ja ongelmiin keskittyneen lähestymistavan. Heiltä saadun palautteen pohjalta esitietolomakkeeseen on lisätty ICF-luokituksesta nousevien ulottuvuuksien vahvuudet ja edistävät tekijät. ICF-luokituksessa koodataan ainoastaan edistävät tekijät ympäristötekijöissä.

Muutoksen kuvaajana olen käyttänyt esitietolomakkeessa olevaa 10 cm:n pituista janaa. Janassa on ilmaistu ääripäät ja keskelle on merkitty (50 mm:n kohdalle) ei vahvuus, ei ongelma tai ei edistävä,

ei rajoittava tekijä.¹⁸ Olen päättänyt käyttämään seurantalomakkeessa (liite 8) janoja juuri niin kuin niitä on käytetty esitietolomakkeessakin, jotta olen saanut näkyviin muutoksen eri ulottuvuuksilla. Kuviossa 7 on esitetty jana esimerkinomaisesti kuvaamaan perhesuhteet osa-alueelta suoritukset ja osallistuminen. Janalla asiakas on arvioinut kyseistä ulottuvuutta laittamalla rastin keskikohdan oikealle puolelle, kun hän on tarkoittanut sitä, että perhesuhteet ovat olleet hänelle vahvuus.

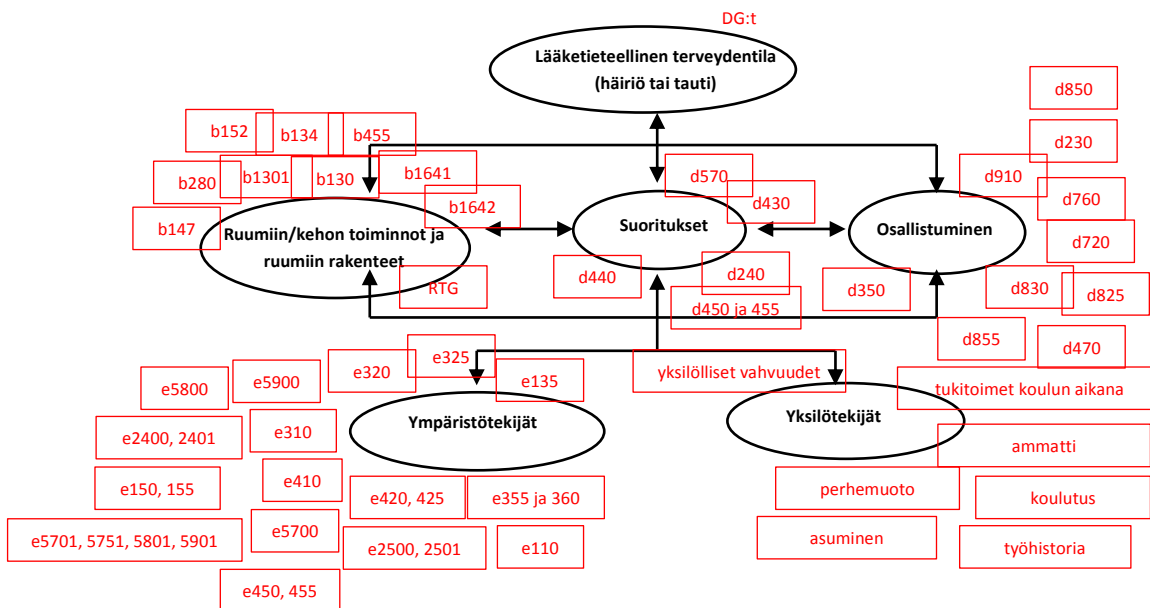


Kuvio 7. Muutosten kuvaajana toimivan 10 cm:n janan modifiointi ICF-asteikolliseksi.

Lisäksi olen käyttänyt Likert-asteikollisia väittämiä, joita Metsämuurosen (2006, 52–54) mukaan käytetään yleisesti silloin, kun henkilö itse arvioi omaa käsitystään väitteen tai kysymyksen sisällöstä. Kyselylomakkeessa oli myös suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Kaikkien kysymysten taustatekijänä olen käyttänyt ICF-luokitusta. Mittarin muuttujien monipuolisuus kuvaa monitieteisyyttä ja moniammatillisuutta. Ne ovat ICF:n neljältä osa-alueelta: 1. ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet (koodi b ja s), mutta tässä tutkimuksessa ei ole muuttujia ruumiin rakenteista (s), 2. suoritukset ja osallistuminen (koodi d) ja 3. kontekstuaaliset tekijät, ympäristötekijät on koodattu (e).

¹⁸ Aluksi pohdin pitäisikö jana modifioida ICF-asteikolliseksi neljään eri luokkaan sekä – että + -akselille ja keskelle 0. ICF-luokituksessa eri osa-alueiden koodaussäännöt poikkeavat hieman toisistaan niin, että ruumiin/kehon toimintojen alueella määritellään vain vajavuuden suuruus: lievä, kohtalainen, vaikea, ehdoton. Suoritukset ja osallistumisen alueella koodataan niin ikään vain kielteinen ongelmapuoli, joka tarkoittaa sitä, että 0 tarkoittaa ei ongelmaa, ei vahvuutta, .1 lievä ongelma, .2 kohtalainen ongelma, .3 vaikea ongelma ja .4 ehdoton ongelma. Ympäristötekijöiden kohdalla ICF-luokituksessa koodataan sekä edistävät että rajoittavat tekijät akselilla .1 – .4 ja väliin 0 ei edistävä, ei rajoittava tekijä ja sen jälkeen +1 – +4. (WHO, Stakes 2004, 222–228.)

Yksilötekijöitä ei ole koodattu ICF-luokituksessa, mutta ne mainittu luokituksessa. Kuviossa 8 on esitetty muuttujien ICF-koodit, joita käsitellen lisää tulososiossa luvuissa 5.5.



Kuvio 8. Mittarin taustateoriana oleva ICF-luokitus (ICF, Stakes 2004), josta on poimittu jokaiselta osa-alueelta työ- ja toimintakyvyn arviointiin liittyviä muuttujia kuvaamaan asiakkaan sen hetkistä tilannetta.

Seurantakyselyn yhteydessä olen lähettänyt asiakkaille myös kuntoutussuunnitelman, jonka he ovat saaneet viimeisessä kuntoutussuunnitelmanneuvottelussa kotiin lähtiessään. Olen lähettänyt konkreettisen suunnitelman sen vuoksi, että asiakas on tietoinen, mistä asiakirjasta on kyse, kun puhun kuntoutussuunnitelmasta. Toiseksi on tärkeää, että vastaaja tietää toimenpiteet, joiden toteutumista hänen tulisi arvioida. Seuraavassa luvussa siirryn käsittelemään tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä.

4.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset valinnat

Sosiaalitieteellisen tutkimuksen etiikasta on vallalla melko yksimielinen käsitys siitä, että tutkimuseettinen arviointi ja hyvien tutkimuskäytäntöjen huomioiminen tulee ulottua tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin ja valintoihin. Lisäksi tutkimusetiikkaa tulee pitää aina kontekstisidonnaisena. (Rauhala & Virokannas 2011.) Tämän vuoksi olen noudattanut omassa tutkimuksessani Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä julkaistua eettistä ohjetta (2014) ja soveltanut sitä omaan sosiaalitieteelliseen tutkimukseeni läpi koko tutkimusprosessin. Vaikka eettinen ohje onkin lääketieteellisesti orientoitunut,

kaikkia tutkimusta tekeviä yhdistää sitoutuminen tutkimusetiikan sääntöihin tieteenalasta riippumatta (Kokko 2011).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Pshp) toimiva eettinen toimikunta antaa lausuntoja Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja sen erityisvastuualueella tehtävistä ihmiseen sekä ihmisen alkioon ja sikiöön kohdistuvista tutkimuksista. Toimikunnan tulee seurata, ohjata ja arvioida tutkimuseettisten kysymysten käsittelyä alueellaan. Terveystieteissä eettistä toimintaa ohjaavat lääketieteelliset perusteet. Oman eettisen näkemykseni mukaan ohjeet eivät ole asettaneet ratkaisemattomia haasteita tutkimusprosessille. Tässä lisensiaatintutkimuksessa ei ole kajottu tutkittavien psyykkiseen eikä fyysiseen koskemattomuuteen, jonka vuoksi tutkimuslain (488/1999) mukaisesti se ei ole vaatinut eettisen toimikunnan käsittelyä. Tutkimusluvan (liite 1) on myöntänyt Pshp:n ohjekirjeen ”42232/2014 Terveystieteellisten tutkimushankkeiden toteuttaminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä” mukaan Pshp:n tiedekeskuksen johtaja.

Tutkimuksessani olen kiinnittänyt erityistä huomiota tutkimusasetelman selkeyteen. Se, että tutkimukseni on sisältänyt kaksi toisiaan täydentävää osaa, on vaikuttanut prosessiin. Olen selkeyttänyt prosessia kuvaamalla aineiston keruuta huolellisesti tekstissä ja kuvioissa. Eettinen ohje nostaa esiin myös otoskoon riittävyyden. Kohdeperusjoukkona ovat olleet kaikki yhden vuoden aikana kuntoutustutkimuspoliklinikalle ohjautuneet henkilöt, joista tutkimuksen toiseen osaan olen poiminut otoksen tarkoilla poissulkukriteereillä. Tutkimuksessani eettisessä ohjeessa mainittu hyötynäkökulma nousee siitä, että olen kuvannut erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakasta kahdesta eri näkökulmasta. Erityisesti monisairaamääritystä tarvitaan erikoissairaanhoidon monisairaanhoidon hoitoketjühankkeessa ja kuntoutustutkimuspoliklinikan kehittämistyössä. Toiseksi asiakkaan itsearviointina tuotettu tieto tuo erikoissairaanhoidon hiljaista tietoa, jota olen tehnyt tutkimuksellani näkyväksi. Tietoa voidaan hyödyntää jatkokehittämistyössä.

Eettinen ohje (2014) velvoittaa tuottamaan uutta terveystieteellistä tutkimusta. Työni ei ole terveystieteellistä tutkimusta, mutta se on sivunnut myös terveystiedettä ainakin asiakkaiden terveydentilan arvioinnin osalta. Asiakas oman toiminta- ja työkykynsä arvioijana objektiivisten löydösten tutkimisen sijaan ei ole erikoissairaanhoidon käytäntö asiakastytyväisyystutkimuksia lukuun ottamatta. Siltä osin asiakkaan mukaan ottaminen muutosten arvioitsijaksi on ollut uutta tiedon tuottamista terveydenhuoltoon.

Yksi kriteeri eettisessä ohjeessa on se, että tutkimus vastaa kysymyksenasetteluun. Tätä olen tarkentanut läpi tutkimusprosessin ja tutkimuskysymyksiä tuli lopulta kolme, joista ensimmäinen määrittelee ja kaksi viimeistä seuraa sekä arvioi asiakkaan muutoksia. Tutkimuksessani tietosuoja on varmistettu sillä, että dokumentit ovat lukollisissa kaapissa työpaikalla ja muu sairauskertomusmateri-

aali on Pshp:n potilastietojärjestelmässä salasanojen takana. Anonymiteetti on varmistettu sillä, että tutkittavat on koodattu. Kolmanneksi tutkimuspotilaiden turvallisuus on taattava vuorovaikutuksessa ja kysymyksenasetteluissa. Tutkimukseni on ollut postikysely.

Luonnontieteellisen tutkimuksen toteuttamiseen kuuluvat oleellisesti muun muassa sokkouttaminen, satunnaistaminen, rekisteri, sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Edellä mainituista käytin poissulkukriteereitä seurantaryhmän muodostamisessa. Osa aineistoani oli rekisteriaineisto. Eettisen ohjeen kriteerit täyttyivät sosiaalitieteellisessä tutkimuksessani huolellisella valmistelulla ja varmistuksella. Lisäksi ohje vaatii katsauksen aikaisempiin tutkimuksiin. Sekään ei ole ristiriidassa sosiaalitieteellisen tutkimuksen kanssa. Taustoitin tutkimustani laajalla tutkimuskatsauksella.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen ohje painottaa taloudellisten resurssien riittävyyttä. Olen hakenut tutkimukseeni taloudellista tukea kahdesta eri paikasta. Työsuojelurahasto myönsi 4000 euroa taloudellista tukea raportointivaiheeseen. Toista taloudellista tukea olen hakenut Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä, oman toimialueeni 3 tutkija-apurahoista. Minulle myönnettiin kahden viikon tutkija-apuraha. Muun työn olen tehnyt aikuisopintorahan turvin ja vuosilomieni aikana.

Tutkimukseen osallistuvien informaatio- ja suostumusasiakirjan sisältö on oltava selkeä, asiallisesti muotoiltu ja siinä on painotettava vapaaehtoisuutta (eettinen ohje 2014). Olen laatinut useita vaihtoehtoja, jotka olen esittänyt tutkimusseminaarissa ja Pshp:n tutkijaryhmässä. Olen painottanut informaatiokirjeessä vapaaehtoisuutta ja, että vastauksia käytetään eettisesti oikein. Lisäksi olen muistuttanut, että asiakkaiden anonymiteetti on suojattu tunniste-koodeilla. Näiden pohjalta olen rakentanut lopullisen informaatiokirjeen (liite 4). Olen tiedostanut, että tutkittavien voimavarat eivät välttämättä riitä vastaamaan monisivuiseen kyselylomakkeeseen. Tässä olen ottanut riskin. Kyselylomakkeen informaatiokirjeessä olen korostanut tutkimuksen taustalla olevaa kehittämistarvetta, joka tulisi näkyväksi aiempaa parempana palveluna asiakkaille. (Rauhala & Virokannas 2011.) Kysynkin miten muulla tavoin saamme tietoa ihmisten arjessa pärjäämisestä ja asiakkaan äänen kuuluvuudelle, jos emme kysy sitä heiltä suoraan. Pelkät rekisteriaineistot vaientavat asiakkaan äänen?

Olen pohtinut omaa ulkopuolisuuttani ja sisäpuolisuuttani tutkimusaiheeseeni nähden. En ole tutkimusaiheeni suhteen ulkopuolinen, koska työskentelen samassa yksikössä, johon työni tutkimus liittyy. En ole sisälläkään, koska en tee kliinistä työtä, joten en ole kontaktissa asiakkaiden kanssa, en siis tunne heitä. Tämä taas tukee etäisyydestä johtuvaa luotettavuutta. (myös Metteri 2012, 71–73.) Kuntoutuksen kentällä sitä vastoin tunnen olevani sisäpuolinen.

Olen koko pitkän työurani työskennellyt kuntoutuksen kentällä ja sitoutunut kuntoutuksen kriittiseen tarkasteluun ja ammatillisten käytäntöjen kehittämistyöhön. Siltä osin olen tutkimusilmiöön sitoutunut tutkija, jolla on oma pitkän työhistorian ja opiskelun kautta hankittu näkemys kuntoutuk-

sen merkityksestä ihmisen arjessa pärjäämisen tukimuotona. Olen joutunut useaan otteeseen pysähtymään kuntoutuksen vaikuttavuus-, seuranta- ja arviointikysymysten ääreen ja epäillyt kuntoutuksen todellisia ja pitkäaikaisia vaikutuksia ihmisen arkeen. Oman rajallisuuteni ja ulkopuolisuuteni tutkittavaan ilmiöön nähden tunnistan sen vuoksi, että en tee kliinistä työtä. Kuitenkin olen työskennellyt kuntoutuskäytäntöjen todellisuudessa kymmeniä vuosia, joten uskon tavoittavani todellisuudesta nousevia ilmiöitä. (myös Miettinen 2011, 52–54.)

Kun olen tarttunut tutkimusaiheeseen, olen tiennyt, että asiakkaat, joille lähetän kyselylomakkeen, ovat monella tapaa toimintakyvyltään hauraita. He ovat kärsineet kroonisesta kivuta ja ovat olleet sairaita eikä heidän elämäntilanteensaakaan ollut välttämättä parantunut. Siitä huolimatta, kun olen lukenut asiakkaiden sairauskertomuksia ja heidän kirjoittamiaan tekstejä, mieleeni on noussut uudestaan kysymyksiä tutkimustyön etiikasta. Pitäisikö tutkimuskohteena olevilta ihmisiltä ylipäätään kysyä mitään. Onko minulla oikeus tutkia ihmisten elämää ja henkilökohtaisia asioita. Avaanko jotain sellaista, joka tuottaa vastaajalle ylimääräistä tuskaa? Olen päätenyt pohdiskeluissani kuitenkin siihen, että tutkimus on yksi eettinen keino nostaa asiakkaiden hiljainen ääni kuuluviin. (Vanhalta 2005, 57–59.)

Mittarin luotettavuudesta on paljon kirjallisuutta, joissa painotetaan, että kun mittari on reliaabeli ja validi, se antaa luotettavaa tietoa. Sellainen mittari on useimmiten testattu laajoilla joukoilla. (Metsämuuronen 2006, 52–54.) Esitietolomaketta (liite 7) oli käytetty asiakkaiden kuntoutustutkimuksissa jo useita vuosia, mutta sen käyttötarkoitus ei ollut testata asiakkaissa tapahtuvia muutoksia ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen niin kuin tässä tutkimuksessa. Vaikka kyselylomake (liite 8) noudatteli pääosin esitietolomaketta (liite 7), olen liittänyt siihen useita uusia kysymyksiä ja väittämiä kuntoutustutkimusprosessista ja kuntoutussuunnitelman toteutumisesta. Sen vuoksi olen testannut kyselylomaketta sekä kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmässä että asiakkailla (saate ja kyselylomake liitteessä 3). Korjausehdotuksia on tullut lähinnä lomakkeen pituudesta (asiakkaat) ja kysymysten jäsentelystä (työryhmä). Palautteen pohjalta olen lyhentänyt lomaketta, yhdistellyt ja poistanut muutamia kysymyksiä.

Tutkimuksen käynnistyessä uhaksi nousi luonnollisesti epävarmuus sitä, miten kattavasti tutkittavat motivoituvat vastaamaan. Vastaajien motivaatiota kyselylomakkeeseen vastaamiseen olen vahvistanut ilmoittamalla, että vastanneiden kesken arvotaan kolme palkintoa (ks. liite 4). Tällainen palkitseminen on yleinen käytäntö erilaisissa survey-tutkimuksissa (esim. Opiskelijoiden sosiaalibarometri 2012). Alkujaan vastausprosentiksi tuli 61 % eli 57 vastaajaa 94:stä lähetti kyselylomakkeen takaisin. Vastanneista yksi lähetti kirjeen, mutta ei vastannut ja kahden vastauslomakkeet olivat lähes tyhjiä, joten hylkäsin ne. Lopulliseksi vastausprosentiksi tuli 57 %.

5 Tulokset

Tässä luvussa siirryn tarkastelemaan tuloksia. Selvitän asiakkaita kuntoutustutkimukseen ohjaavat organisaatiot. Esitän myös keskeisimpiä lähettäjän näkemyksiä asiakkaan pääasiallisista ongelmista ja asemasta työelämässä. Kuvaan kuntoutustutkimuksen asiakasta ja kuntoutustutkimusprosessia sekä kuntoutussuunnitelman toteutumista. Selvitän asiakkaiden sairastavuutta asetettujen diagnoosien avulla ja palveluita käytettyjen vastuualueiden perusteella. Viimeiseksi käsittelen seurantaryhmän tulokset väittämien, avointen vastausten ja ICF-luokituksen osa-alueita kuvaavien aihealueiden ja kuvauskohteiden avulla. Käytän aineistona kaikkia lähetteitä eli kohdeperusjoukkoa (N=347) ja tiedonkeruulomakkeella poimittua aineistoa (=kehikkoperusjoukko, N=310).

5.1 Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas

Kohdeperusjoukosta (N=347) oli 3,5 % eli 12 asiakasta kuollut, mikä oli selvästi koko työikäisen väestön kuolleisuusprosenttia (0,2 %) korkeampi (Kuolemansyytilasto, tilastokeskus 2014). Kuntoutustutkimuspoliklinikalle ohjautuvista asiakkaista (N=310) yli kolmasosa tuli perusterveydenhuollosta ja lähes kolmasosa erikoissairaanhoidon eri poliklinikoilta. Kolmannen kategorian muodostivat työterveyshuolto, yksityislääkärit, työvoimatoimisto, mielenterveyspalvelut ja vakuutusyhtiöt, joista tuli yhteensä 35 % asiakkaista. Työterveyshuollon lähetteet ovat selvästi vähentyneet viimeisten vuosien aikana. Yksi syy tähän ovat toimivat kolmikantaneuvottelut, jotka ovat tuoneet merkittävän uudistuksen työssä käyvien toiminta- ja työkyvyn arviointiin ja työkykyä ylläpitävään toimintaan. Tarkat lähettäjäorganisaatioita kuvaavat prosenttiluvut ilmenevät taulukosta 2.

Taulukko 2. Kuntoutustutkimukseen lähettävät tahot (N=310).

Lähettävä organisaatio	lkm	%
Hatanpään sairaala/terveyskeskus	116	37,4
Tays/eri erikoisalot, mm. neurologia, fysiatria	87	28,0
Yksityinen terveydenhuolto	17	5,5
Työvoimatoimisto	7	2,3
Työterveyshuolto	48	15,5
Psykiatrian poli/mielenterveystoimisto	1	,3
Muu, mikä	34	11,0
Yhteensä	310	100,0

Asiakkaat, joiden prosessi johti kuntoutussuunnitelmaneuvoitteluun

Kuntoutustutkimus johti kuntoutussuunnitelmaneuvoitteluun 65 prosentilla asiakkaista. Kuntoutussuunnitelmaan johtaneita neuvotteluja pidettiin siis 200. Näiden asiakkaiden (n=200) kuntoutustutkimusprosessin kesto vaihteli 68–743 päivään. Keskimäärin se kesti 381 päivää mediaanin ollessa 385 päivää. Taysin kuntoutustutkimusprosessit ovat todellisuudessa pidempiä, koska tutkimusaineiston keruun päättymisen aikana oli prosessissa vielä 37.

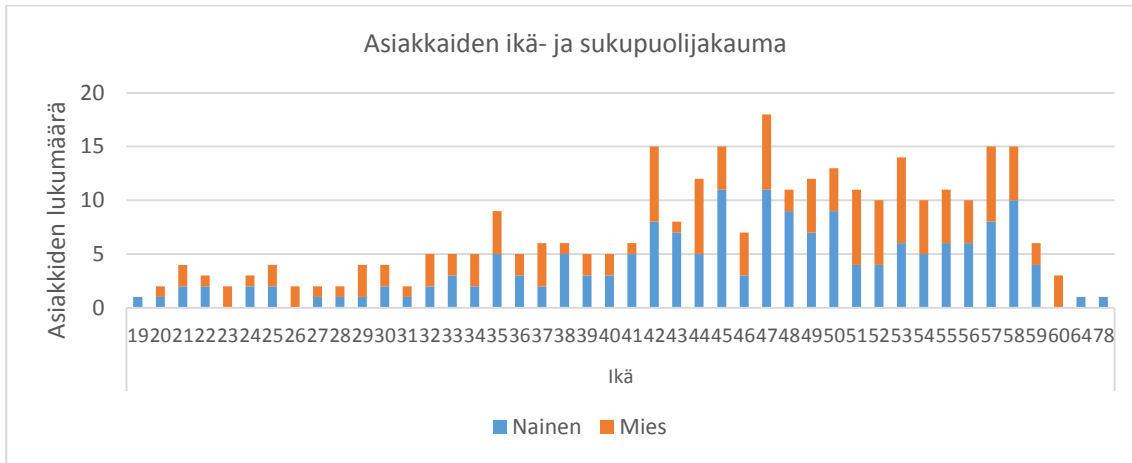
Asiakkaat, joiden kuntoutustutkimusprosessi ei johtanut kuntoutussuunnitelmaneuvoitteluun

Kehysperusjoukosta (N=310) kolmasosan (n=110) prosessi ei ollut johtanut kuntoutussuunnitelmaneuvoitteluun, vaan kuntoutustutkimusprosessi oli ollut heidän kohdallaan erilainen. Kävin läpi kaikkien näiden asiakkaiden sairauskertomukset (n=110). Kolmasosa asiakkaiden kuntoutustutkimuksista toteutettiin lääkärin, sosiaalityöntekijän, kuntoutusohjaajan tai psykologin yhteisvastaanotoina tai parivastaanotoina. Vastaanoton jälkeen sosiaalityöntekijä tai kuntoutusohjaaja jatkoi seurannallista ja tukea antavaa prosessia. Ilman lääkäriä koottu moniammatillinen (psykologi, kuntoutusohjaaja ja/tai sosiaalityöntekijä) työryhmä kohtasi noin viidesosan asiakkaista. Sosiaalityöntekijä vei eteenpäin yksin niin ikään viidesosan prosessia. Sosiaalityöntekijällä oli tukenaan moniammatillinen työryhmä, jota hän saattoi konsultoida yhteisessä viikkopalaverissa. Sosiaalityön prosessien kontaktimäärät vaihtelivat yhdestä neljääntoista. Muiden asiakkaiden lähetteet joko palautettiin konsultoimalla lähettäjä, siirtämällä erikoissairaanhoidon jollekin erikoisalalle, esimerkiksi fysioterapia tai psykiatria tai asiakas ilmoitti esimerkiksi saaneensa työkyvyttömyyseläkkeen ja lähete peruutettiin.

Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakkaan profiili

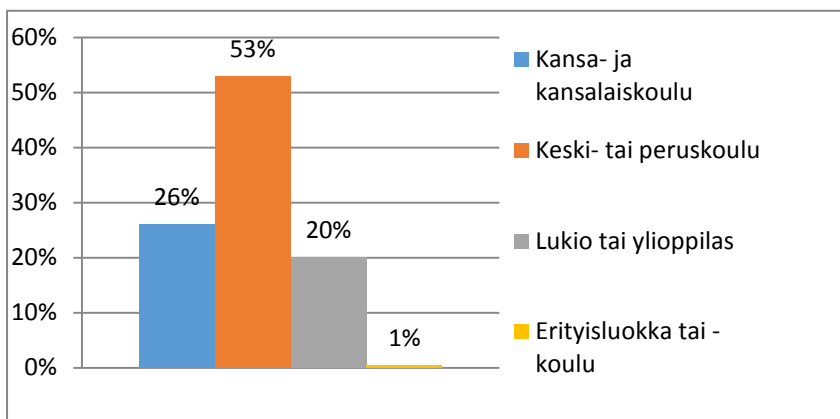
Erikoissairaanhoidon asiakkaat (N=310) ovat pääosin työikäisiä ja heidän keski-ikänsä oli 45 vuotta, ikä vaihteli 19 ja 78¹⁹ välillä ja mediaani oli 47 vuotta. Naisia oli (56,1 %) hieman enemmän kuin miehiä (43,9 %). Kuviossa 9 on esitetty ikäjakauma sekä naisten ja miesten osuus niissä.

¹⁹ Asiakas, joka oli 78 vuotta tuli apuvälineyksikön kautta kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaaksi. Asiakas poikkesi ikänsä perusteella muista kuntoutustutkimusasiakkaista.



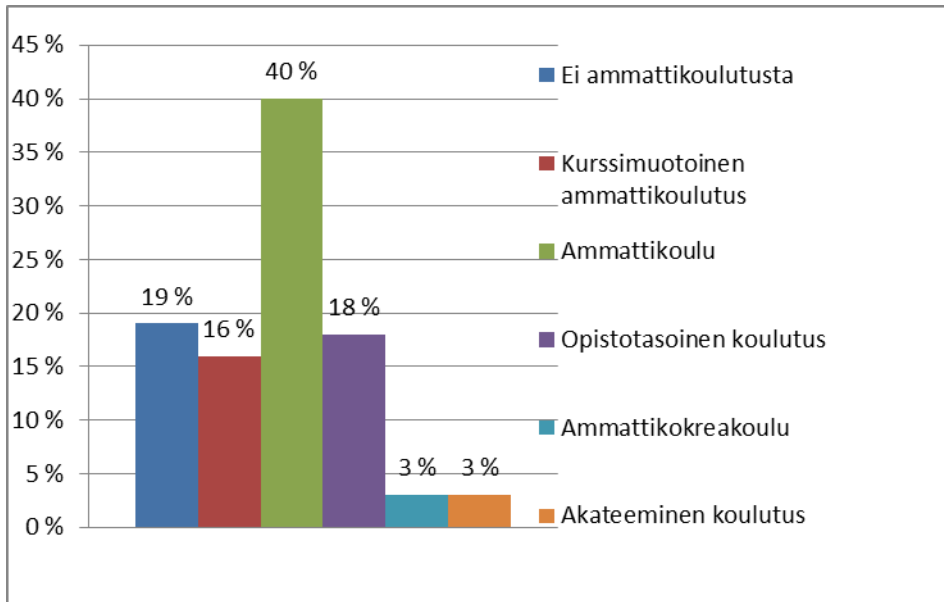
Kuvio 9. Naisten ja miesten osuus ja ikäjakauma (N=310).

Suurin osa kuntoutustutkimusasiakkaista (n=209) oli kirjannut esitietolomakkeisiin peruskoulutuksen ja ammatillisen koulutuksen. Asiakkaista hieman yli puolella oli suoritettu keski- tai peruskoulu, noin neljäsosalla oli pohjakoulutuksena kansa- ja kansalaiskoulu, viidesosalla oli ylioppilastutkinto tai lukio-opintoja, yksi oli käynyt erityiskoulun. Kuviossa 10 on esitetty kuntoutustutkimusasiakkaiden (n=209) peruskoulutuksen prosentuaaliset jakaumat.



Kuvio 10. Kuntoutustutkimusasiakkaiden peruskoulutus (n=209).

Ammattikoulututkinto (n=203) oli vajaalla puolella asiakkaista ja viidesolla ei ollut ammattikoulutusta lainkaan. Opistotasoinen tutkinto tai kurssimuotoinen ammattikoulutus oli lähes viidesosalla ja muutamalla oli ammattikorkeakoulututkinto tai akateeminen loppututkinto. Kuviossa 11 on esitetty kuntoutustutkimusasiakkaiden ammatillisen koulutuksen prosentuaalinen jakauma (n=203).



Kuvio 11. Kuntoutustutkimusasiakkaiden ammatillinen koulutus (n=203).

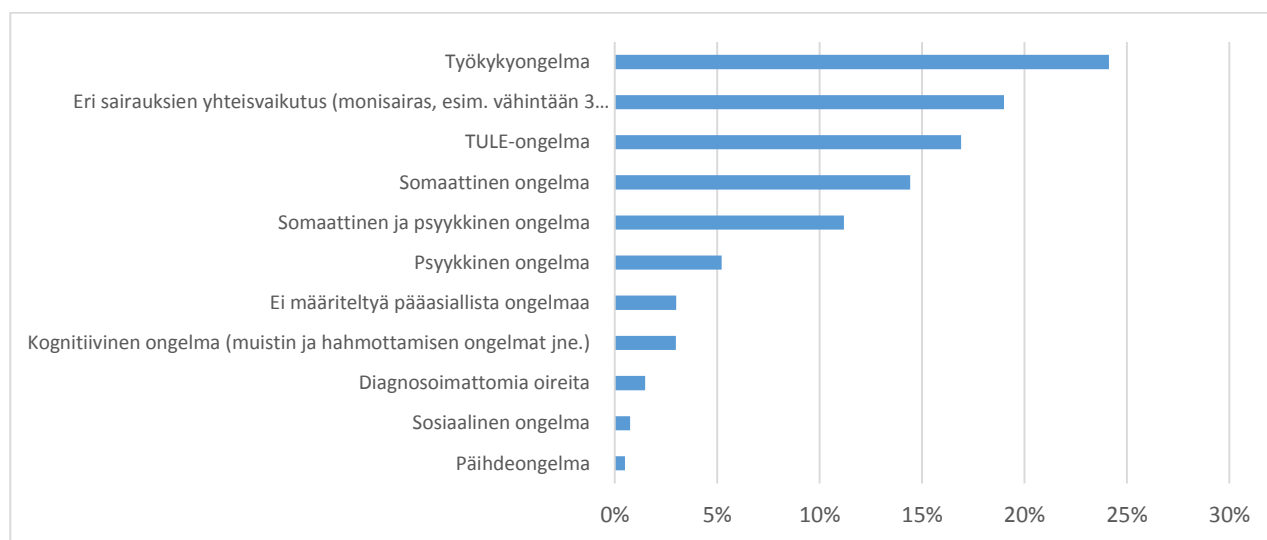
Esitietolomakkeissa (n=239) oli kirjattuna 76 %:lle asiakkaiden ammatteja. Osalla syy saattoi olla, että asiakkaalla ei ollut ammattia, koska hänellä ei ollut aiempaa työelämäkokemusta tai sitten työkokemuksesta oli niin pitkä aika, että asiakas ei halunnut ilmaista ammattiaan. Lähes puolet työskenteli palvelu- ja myyntialan tehtävissä, joissa työntekijät joutuvat usein työskentelemään tuki- ja liikuntaelimestöä kuormittavassa työssä. Asiakkaista hieman runsas neljännes työskenteli rakennusalalla ja erilaisissa korjaustehtävissä ja vaille kymmenesosa työskenteli prosessi- ja kuljetustehtävissä tai toimisto- ja asiakaspalvelutehtävissä. Alla olevaan taulukkoon 3 on kirjattu kuntoutustutkimusasiakkaiden (n=176) ammattien prosentuaaliset jakaumat. Ammattien luokittelussa käytin tilastokeskuksen viimeisintä ammattiluokitusta 2010.

Taulukko 3. Asiakkaiden (n=176) ilmoittamat ammatit ennen kuntoutustutkimusta.

Ammattiluokka	lkm	%
Johtajat	0	0
Erityisasiantuntijat	0	0
Asiantuntijat	6	3 %
Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	13	7 %
Palvelu- ja myyntityöntekijät	79	45 %
Maanviljelijät, metsätyöntekijät ym.	5	3 %
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät	48	27 %
Prosessi- ja kuljetustyöntekijät	14	8 %
Muut työntekijät, esim. eläkeläiset, työttömänä olevat	11	6 %

Lähetteen käsittelijä²⁰ oli kirjannut tiedonkeruulomakkeisiin (A, liite 2) lähetteidensä (N=310) perusteella lähettäjän määrittelemät asiakkaiden pääasialliset ongelmat. Niitä kertyi yhteensä 402, joten lähes kolmasosassa lähetteistä oli kirjattuna kaksi ongelmaa. Keskeisin lähettämisen syy oli työkykyongelma (24,1 %), eri sairauksien yhteisvaikutus, ns. monisairas asiakas (18,7 %) tai tuki- ja liikuntaelinongelma (16,9 %). Lähetteistä oli tyypillisesti yhdistetty sekä työkykyongelma että tuki- ja liikuntaelinongelma tai monen sairauden yhteisvaikutus. Noin kymmenesosalla oli lähettämisen syynä joko somaattinen tai sekä somaattisen että psyykkisen ongelman yhteisvaikutus. Muita lähettäjän määrittelemiä ongelmia olivat psyykinen ongelma, kognitiiviset häiriöt, kuten muisti, diagnosoimattomia oireita sekä sosiaalista vaikeutta ja päihdeongelmaa. Muutamassa lähetteessä pääasiallista ongelmaa ei oltu määritelty.

Kehikkojoukosta (N=310) lähes joka neljännellä (24 %) oli sairauksien yhteisvaikutus eli monisairaus. Kuviossa 12 on kuvattu prosentuaaliset osuudet lähetteessä esitetyistä pääasiallisista ongelmista (n=402), joita usealla asiakkaalla oli kirjattuna ainakin kaksi.

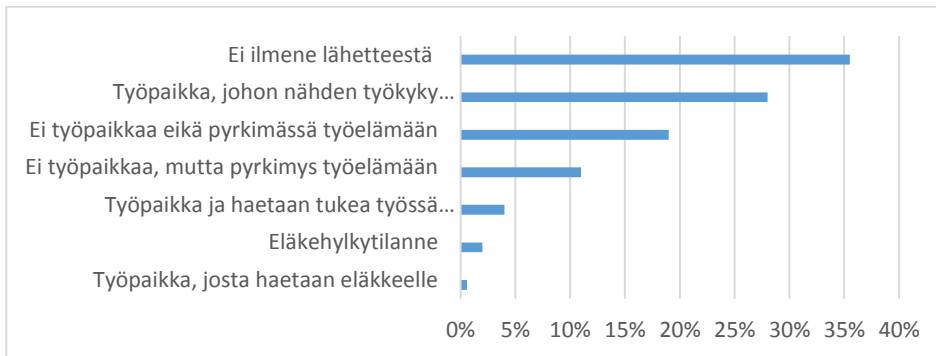


Kuvio 12. Lähetteisissä esiintyneet asiakkaiden pääasialliset ongelmat (n=402).

Yli kolmasosassa lähetteistä ei ollut mainintaa asiakkaan asemasta työelämässä. Lähetteidensä perusteella hieman alle kolmasosalla oli työpaikka, mutta työkyky oli työn vaatimuksiin nähden epävarma, lähes viidesosalla ei ollut työpaikkaa eikä ollut sinne myöskään pyrkimässä lähetteen antamien tietojen perusteella. Hieman yli kymmenesosalla oli lähetteen perusteella pyrkimys työelämään, vaikka työpaikkaa ei kuntoutustutkimukseen tullessa ollutkaan. Neljälle prosentille

²⁰ Lähetteen käsittelijä oli pääosin silloinen kuntoutusylilääkäri Eeva Leino.

asiakkaista haettiin suoraan tukea työssä selviytymiseen. Eläkkeestä oli tullut kielteinen päätös kahdelle prosentille. Kolmessa läheteessä oli suoraan ilmaistu, että asiakkaalla on työpaikka ja siitä haetaan eläkettä. Asiakkaiden omissa tavoitteissa (jäljempänä) toive eläkkeen saamisesta ilmenee lähettäjä useammin. Kuvioon 13 on kirjattu läheteen perusteella arvioitu asiakkaiden työelämästatuksen prosentuaalinen jakauma.



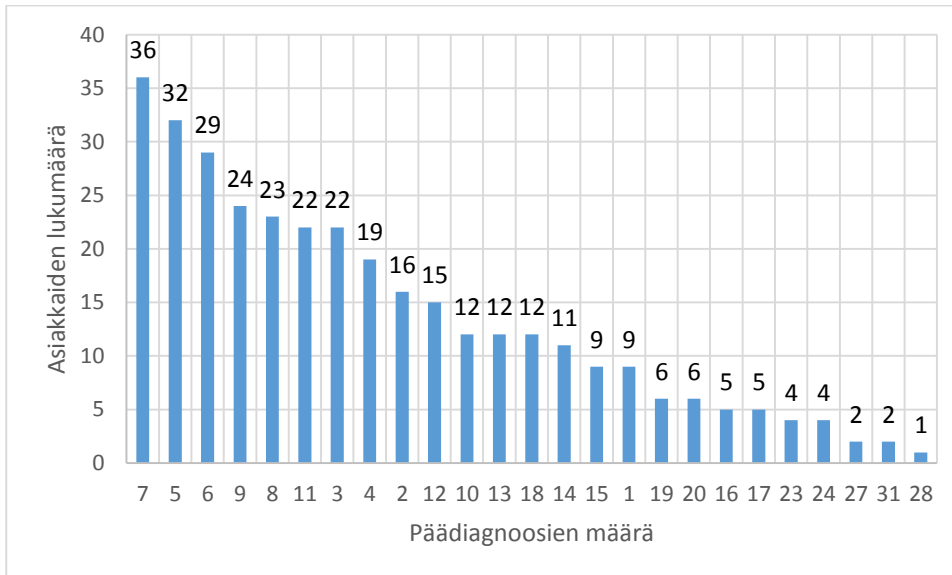
Kuvio 13. Läheteen perusteella läheteen käsittelijän määrittelemä työstatus ennen kuntoutustutkimusta (N=310).

Asiakkaiden diagnoosit, niiden määrät ja käytetyt vastualueet

Tarkastelin kaikkia kuntoutustutkimuspoliklinikalle tulleita läheteitä (N=347) kaksi-kolme vuotta *kuntoutustutkimusprosessin jälkeen*. Hain tiedot Pshp:n tilastoportaalista. Mukana olivat nyt nekin läheteet (N=347), jotka olivat olleet tiedonkeruun päättymisen vaiheessa vielä prosessissa.

Kuntoutustutkimuksessa käyneistä asiakkaalla 36:lle oli asetettu kuntoutustutkimuksen aikana tai sen jälkeen seitsemän päädiagnoosia²¹ ja kahdelle kuntoutustutkimusasiakkaalle päädiagnooseja oli asetettu 31, kaikki muut diagnoosien määrät liikkuvat yhden ja ääripään 31 välillä. Kuviossa 14 on kuvattu päädiagnoosien ja asiakkaiden lukumäärät kaksi-kolme vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen.

²¹ Tässä päädiagnoosi ei tarkoita tärkeintä diagnoosia.



Kuvio 14. Asiakkaiden (N=347) ja päädiagnoosien lukumäärät noin kaksi vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen.

Tarkastelin asiakkaiden diagnooseja myös ICD-10 tautiluokituksen²² mukaan. Asiakkaiden diagnoosit liittyivät 18 eri diagnoosiryhmään, joista lähes puolet kuului M-ryhmään tuki- ja liikuntaelin-sairaudet. Toiseksi eniten (16 %) kuului ryhmään Z, jossa ei ole luokiteltu varsinaisia diagnooseja, vaan se sisältää muita tekijöitä, kuten sopimaton työ.²³ Varsinaisesti toiseksi eniten diagnooseja oli ryhmässä F mielenterveyden häiriöt (12 %) ja kolmanneksi eniten ryhmässä G hermoston sairaudet (9 %). Taulukossa 4 on esitetty kaikkien tutkimukseen kuuluvien kuntoutustutkimusasiakkaiden (N=347) diagnoosit ICD-10 luokituksen mukaan.

Asiakkaiden diagnoosit oli mahdollista käytännössä saada vain yhtenä ajankohtana, joten ne on haettu tilastoportaallista kuntoutustutkimuksen jälkeen.

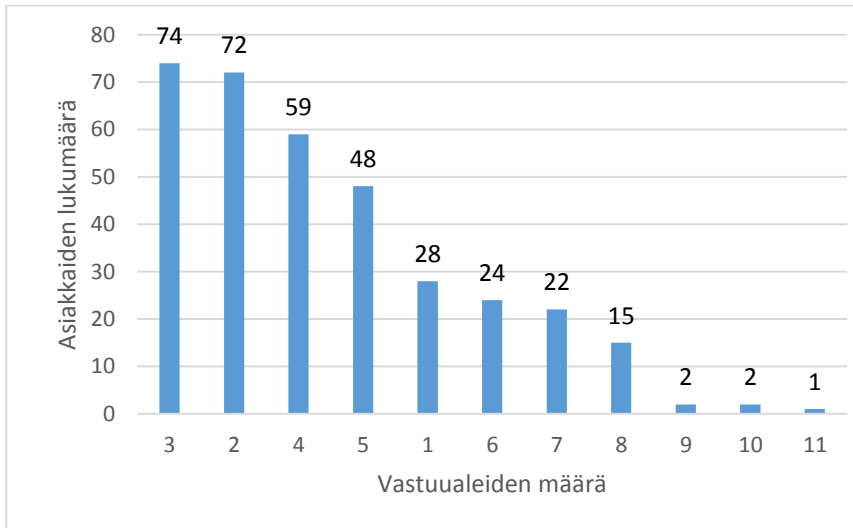
²² ICD-10 tautiluokitus on ollut Suomessa käytössä 20 vuotta ja sen asema on vakiintunut. Luokituksen alkuperäinen tarkoitus oli tilastoida kuoleman syitä ja sairastavuutta. Nykyään luokitusta käytetään kliinisessä, potilaan hoitoon liittyvässä käyttötarkoituksessa. (Tautiluokitus ICD-10, 2011)

²³ Z-ryhmä ei ole diagnoosi, vaan sitä käytetään silloin, kun varsinaista diagnoosia ei ole käytettävissä.

Taulukko 4. Kuntoutustutkimusasiakkaiden (N=347) diagnoosit ICD-10 luokituksen mukaan ryhmiteltynä.

Diagnoosiryhmät	lkm	%
M= Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	526	46 %
Z = Muita tekijöitä, kuten sopimaton työ	186	16 %
F= Mielenterveyden häiriöt	138	12 %
G= Hermoston sairaudet	104	9 %
I= Verenkiertoelinten sairaudet	41	3,6 %
T= Vammojen ja myrkytysten jälkitilat	29	2,5 %
E= Umpieristyssairaudet	26	2,3 %
S= Vammat ja myrkytykset	17	1,5 %
Q= Epämuodostumat ja kromosomipoikkeavuudet	16	1,4 %
R= Oireet, sairauden merkit ja löydökset	16	1,4 %
J= Hengityselinten sairaudet	14	1,2 %
C= Kasvaimet	12	1,0 %
H= Silmä- ja korvataudit	11	0,9 %
K= Ruuansulatus	5	0,4 %
D= Verisairaudet ja imm.mek.häir.	4	0,3 %
B= Tartuntataudit	3	0,2 %
L= Ihosairaudet	2	0,2 %
A = Tartuntataudit (eri kuin B yllä)	1	0,1 %
Yhteensä	1151	100 %

Kohdeperusjoukossa (N=347) käytettyjen erikoisalojen määrää vaihteli kuntoutustutkimuksen jälkeen. Tampereen yliopistollisen sairaalan seitsemällä toimialueella on kolmesta neljään eri vastuualuetta, joiden sisällä voi olla useita erikoisaloja. Asiakkaista 74 oli ollut hoidossa tai tutkimuksessa kolmella eri vastuualueella ja yhdellä oli ollut hoitoja tai tutkimuksia 11 vastuualueella ja muilla näiden ääripäiden välillä. Kuviossa 15 on esitetty asiakkaiden käyttämät vastuualueet. Yhdellä vastuualueella voi olla esimerkiksi kaksi eri erikoisalaa, kuten neurologia ja neurokirurgia.



Kuvio 15. Kuntoutustutkimusasiakkaiden (N=347) käyttämät erikoissairaanhoidon vastuualueet kuntoutustutkimuksen aikana ja sen jälkeen.

5.2 Kolme erilaista monisairasta

Tässä luvussa tarkennan kuntoutustutkimusasiakkaan yhtä kategoriaan (n=75): monisairaat. Monisairaat -kategoria oli syntynyt lähetteen käsittelijän senhetkisen arvioinnin perusteella. Tutkimuksen edetessä kategoria näytti edelleen varsin heterogeeniseltä, joten päätin tarkentaa tämän kategorian asiakasprofiilia ja määrittellä monisairasta asiakasta, koska tutkimuskirjallisuudessa ei ole löytynyt konsensusta monisairaana määritelmästä. Monisairaana kategorisoinnin tein yhteistyössä kuntoutuksen vastuuyksikön kuntoutusylilääkärin kanssa, joten siitä syntyy me-muoto tämän luvun alkujaksolle. Rakensin kategorioinnin jälkeen tyyppitarinat jokaiseen kolmeen kategoriaan itse.

Kohdeperusjoukosta (N=310) oli alkujaan joka neljäs asiakas luokiteltu²⁴ (24 %) monisairaaksi. Kävin yhdessä kuntoutusylilääkärin kanssa läpi kaikki (n=75) monisairaiksi lähetteen perusteella luokiteltujen asiakkaiden sairauskertomukset. Lähette ei ollut johtanut kuntoutustutkimuksen käynnistämiseen, tai se oli peruutettu, tai asiakas oli kuollut. Jäljelle jäi 70 monisairaaksi luokiteltua.

Ensimmäisessä aineiston käsittelyssä laskimme asiakkaiden käyttämät erikoisalut, poliklinikka-käynnit ja osastojaksot sekä tutkimuskäynnit kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, kuntoutustutkimuksen aikana (kesto ka. 381 ja mediaani 385 päivää) ja noin kolme vuotta kuntoutustutkimusprosessin jälkeen. Kuntoutustutkimuksen päättymisestä ei ollut kulunut vielä kenelläkään asiakkaalla kolmea vuotta, mutta halusimme vertailla asiakkaiden käyntejä kuntoutustutkimusta edeltäneeseen aikaan. Kerroimme kuntoutustutkimusprosessin jälkeisen ajanjakson kahdella pystyäk-

²⁴ Kategoriaan "monisairaat" luokittelu perustui lähetteen käsittelijän arvioon.

semme vertailemaan käyntien, tutkimusten ja erikoisalojen määrien muutosta ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen. Kerroin kaksi syntyä siitä, että useimmilla oli puolitoistavuotta kuntoutustutkimuksen päättymisestä.

Ensimmäisessä tarkastelussa oli havaittavissa, että monisairaiden kategoria ei ole yhtenäinen vaan siitä löytyy useita eri alakategorioita, jotka erosivat toisistaan sairastamisen ja terveydenhuollon palveluiden käytön tai niiden yhdistelmän ulottuvuudella. Asiakkaiden sairaudet, niiden lukumäärät, sosiaaliset tilanteet, työelämästatus ja kuntoutustutkimukseen lähettämisen syyt ja myös palveluiden käyttäminen olivat varsin vaihtelevia. Asiakkaiden käynnit ennen kuntoutustutkimusta, sen aikana ja jälkeen poikkesivat toisistaan siinä määrin, että niistä ei pystynyt määrittelemään selkeätä yhtä monisairaana asiakkaan profiilia. Asiakkaiden prosesseissa oli nähtävissä palveluiden suurenkäyttäjiä ja osalla prosessi oli lyhyt ja kuntoutustutkimus saattoi olla ainut kontakti erikoissairaanhoidon. Monisairaana kategorialle ei löytynyt yhteistä nimittäjää, paitsi monisairaus, jonka sairauksista yksi tai useampi edellyttää tutkimuksia, hoitoa ja seurantaa.

Toisessa vaiheessa kävimme sairauskertomukset (n=70) uudelleen läpi ja jaoinme asiakkaat alustavasti aineiston perusteella viiteen alakategoriaan: 1. monia perussairauksia sairastavat, 2. tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavat, joilla esiintyi kipua ja mielen alakuloa (=masennus), 3. tuki- ja liikuntaelinsairaat, joilla oli vamman aiheuttama tausta ja murtuma tms., 4. monioireiset ja 5. alkoholin aiheuttamista liitännäissairauksista kärsivät.

Koska kategoriat olivat pieniä ja niissä oli yhteisiä piirteitä, yhdistimme alakategoriat 2. ja 3., joissa molemmissa tuki- ja liikuntaelin ongelmat olivat keskeisiä. Viimeiseen kategoriaan (alkoholin aiheuttamat liitännäissairaudet) tuli vain neljä asiakasta, joten päädyimme jättämään sen kategorian pois. Monisairaat kategoriaan jäi lopulta 66 asiakasta, joista rakentui kolme eri kokoista alakategoriaa (n= 33, n= 24 ja n=9). Jatkossa käytän asiakkaista, joilla on monia perussairauksia tunnistetta monisairas 1 ja asiakkaista joilla oli tuki- ja liikuntaelinsairauksia, kipua ja masennusta tunnistetta monisairas 2 ja monioireisista asiakkaista käytän monisairas 3 -tunnistetta seuraavasti:

1. *Monisairas 1, monia perussairauksia:* asiakkaalla (n=33)²⁵ oli useita kroonisia sairauksia, kuten reuma, silmäsairaus tai suolistosairaus. Heidän prosessinsa kulki läpi kuntoutustutkimusprosessin ja jatkui edelleen kuntoutustutkimuksen jälkeen. Erikoissairaanhoidossa tällainen useita sairauksia sairastava potilas on tyypillinen monisairas ihminen.

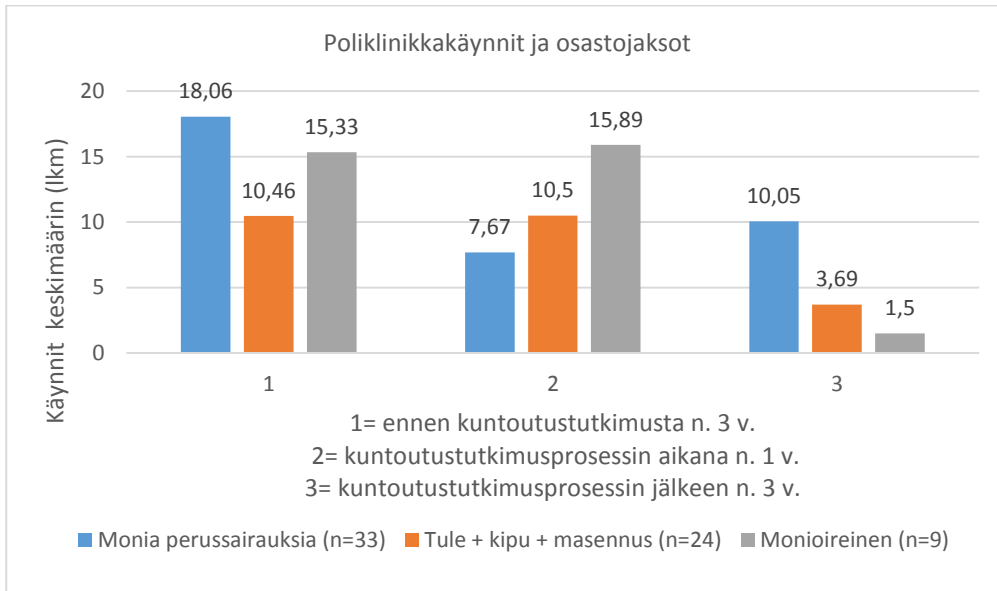
²⁵ Monisairas 1 tunnistekoodit: 10, 16, 17, 19, 20, 40, 41, 54, 63, 64, 72, 77, 91, 95, 97, 106, 107, 141, 152, 162, 180, 190, 196, 208, 225, 234, 260, 266, 275, 279, 280, 282, 298,

2. *Monisairas 2, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, kipu ja masennus:* asiakkaalla (n=24)²⁶ oli krooninen kipu ja häntä oli hoidettu usealla eri erikoisalalla ja hänelle oli tyypillisesti asetettu useita tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyviä diagnooseja. Lisäksi useimpien sairauskerptomuksissa oli maininta koetusta mielen alakulosta tai usein asetettu masennusdiagnoosi. Asiakas ei ollut usein erikoissairaanhoidon erikoisalojen potilas, kun hänet ohjattiin kuntoutustutkimuspoliklinikalle. Hänen terveydentilansa seurannasta vastasi joko työterveys tai perusterveydenhuolto.
3. *Monisairas 3, monioireinen:* asiakkaalla (n=9)²⁷ on usean elinjärjestelmän oireita. Kun asiakas ohjautui kuntoutustutkimukseen ja hän oli ollut tai oli edelleen usean eri erikoisalan tutkimuksissa, mutta hänellä ei ollut erikoisalojen hoitoa tai seurantaa. Asetetut diagnoosit olivat pääosin oirediagnooseja. Asiakkaan sairaustilanne jää epäselväksi ja määrittelemättömäksi. Hänellä on paljon oireita, joita ei kyetä bioprosessien eikä myöskään diagnosoidun masennuksen avulla selittämään. Työkyvyn ongelma on ilmeinen.

Käynnit ennen kuntoutustutkimusta vaihtelivat 1–98 käynnin välillä. Asiakkaiden poliklinikakäynnit ja osastojaksot vaihtelivat eri ryhmissä. Kaikissa ryhmissä *käyntien määrä oli laskeva*, mutta ryhmässä 1 käynnit laskivat vähiten. Perussairauksien hoito jatkui eri erikoisaloilla kuntoutustutkimuksen jälkeen. Eniten käynnit laskivat ryhmässä 3. Kuviossa 16 on esitetty monisairaateista tunnistettujen ja kolmeen alakategoriaan sijoitettujen asiakkaiden *poliklinikakäyntien ja osastojaksojen* muutokset kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, sen aikana (noin vuosi) ja kuntoutustutkimuksen jälkeen noin kolme vuotta.

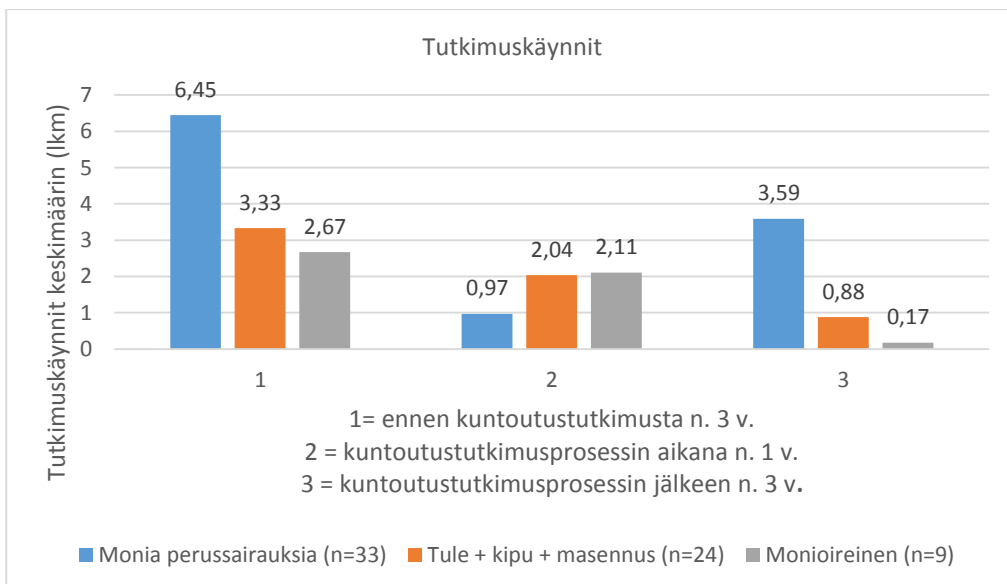
²⁶ Monisairas 2 tunnistekoodit: 11, 13, 19, 26, 29, 68, 80, 109, 113, 121, 146, 157, 169, 176, 181, 187, 197, 214, 267, 268, 272, 283, 284, 301

²⁷ Monisairas 3 tunnistekoodit: 42, 53, 55, 67, 70, 125, 138, 141, 276



Kuvio 16. Monisairaat kategoriasta (n=66) tunnistettujen ja kolmeen alakategoriaan sijoitettujen asiakkaiden poliklinikka tai osastojaksot yhteensä kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, noin vuoden kestäneen kuntoutustutkimusprosessin aikana ja noin kolme vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen.

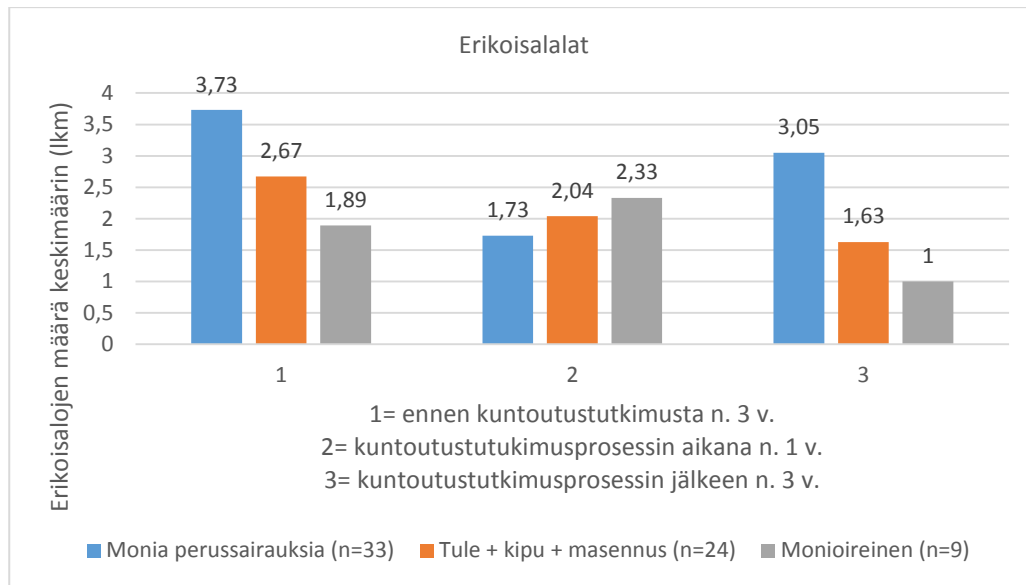
*Tutkimuskäynnit*²⁸, laskivat kaikissa ryhmissä. Ryhmässä 1 ne laskivat vähiten. Ilmiö oli sama kuin muiden käyntien vertailussa kolmen ryhmän välillä. Eniten tutkimuskäynnit vähenivät ryhmässä 3. Kuviossa 17 on esitetty monisairaat kategoriasta tunnistettujen kolmeen alakategoriaan sijoitettujen asiakkaiden *tutkimuskäyntien* muutokset kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, sen aikana (noin vuosi) ja kuntoutustutkimuksen jälkeen noin kolme vuotta.



Kuvio 17. Monisairaat kategoriasta (n=66) tunnistettujen ja kolmeen alakategoriaan sijoitettujen asiakkaiden tutkimuskäynnit yhteensä kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, noin vuoden kestäneen kuntoutustutkimusprosessin aikana ja noin kolme vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen.

²⁸ Tutkimuskäynneillä tarkoitetaan esimerkiksi laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia.

Erikoisalajien käytön määrät laskivat kaikissa ryhmissä. Ryhmässä 1 ne laskivat vähiten, mikä oli samansuuntainen ilmiö kuin osastojaksoissa, poliklinikka- ja tutkimuskäynneissä. Eniten erikoisalajit vähenivät ryhmässä 3. Kuviossa 18 on esitetty monisairaata kategoriasta tunnistettujen kolmeen alakategoriaan sijoitettujen asiakkaiden *erikoisalajien* määrien muutokset kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, sen aikana (noin vuosi) ja kuntoutustutkimuksen jälkeen noin kolme vuotta.



Kuvio 18. Monisairaata kategoriasta (n=66) tunnistettujen ja kolmeen alakategoriaan sijoitettujen asiakkaiden erikoisalajien lukumäärä kolme vuotta ennen kuntoutustutkimusta, noin vuoden kestäneen kuntoutustutkimusprosessin aikana ja noin kolme vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen.

Kolmannessa vaiheessa tarkensin monisairaana kolme alakategoriaa nostamalla esiin seikkoja terveydentilasta ja kehon toiminnoista (ICF, b), kontekstuaalisista tekijöistä (ICF, e), kuten koulutuksesta, ammatista, työhistoriasta, perhemuodosta ja yksilöllisistä vahvuuksista ja heikkouksista, mutta myös ympäristöstä, missä asiakas elää. Olen tutkinut eri kategorioihin sijoitettujen asiakkaiden ongelmia ja vahvuuksia myös suoritukset ja osallistuminen osa-alueella (ICF, d).

Keräsin tiedot asiakkaiden sairauskertomuksista ja asiakkaiden ennen kuntoutustutkimusta täyttämistä esitietolomakkeista (liite 7). Lomakkeet ja sairauskertomusten tekstit liittyvät aikaan, jolloin asiakkaat tulivat ensimmäistä kertaa kuntoutustutkimuspoliklinikalle. Selvittämisen tueksi olen hahmotellut monisairaana kolme erilaista ideaalityyppiä, jotka tutkimukseni edetessä ovat muuttuneet hyvinkin konkreettisiksi tapauksiksi ja lopulta tyyppitarinoiksi. Tässä tutkimuksessa esitän *ideaalityypin tyyppitarinana*.

Siirsin kolme ideaalityyppiä ICF-kehikkoon, jonka eri osa-alueille siirsin esitietolomakkeessa (B, liite 7) olevia ICF-luokituksen aihealueita ja kuvauskohteita (=muuttujat), joita asiakkaat olivat ar-

vioineet ennen kuntoutustutkimukseen tuloa. Muuttujat olivat 10 cm:n janoilla ja ne oli modifioitu ICF-skaalauksen mukaisesti. Janan keskellä oli 0, joka tarkoitti ei ongelma ei vahvuus tai ei rajoite ei edistävä tekijä. Janan keskellä olevan 0:n vasemmalla puolella ovat ongelmat tai rajoitukset .1-.4, joten .1= lievä, .2= kohtalainen, .3 vaikea ja .4 ehdoton *ongelma tai rajoite* ja 0:n oikealla puolella ovat vahvuudet tai edistävät tekijät +1-+4, joten +1= lievästi, +2 kohtalaisesti, +3 merkittävästi tai +4 ehdottomasti *vahvuus tai edistävä tekijä*. ICF-luokituksessa eri osa-alueiden koodaussäännöt poikkeavat omasta skaalauksestani niin, että ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden (b) osa-alueella määritellään vain vajavuuden tai puutoksen suuruus: lievä, kohtalainen, vaikea, ehdoton. Samoin suoritukset ja osallistumisen (d) alueella koodataan niin ikään vain ongelmat. Ympäristötekijöiden kohdalla ICF-luokituksessakin koodataan sekä edistävät että rajoittavat tekijät akselilla .1 – .4 ja väliin 0 ei edistävä, ei rajoittava tekijä ja sen jälkeen +1 – +4. (Stakes, WHO 2004, 222–228.)²⁹

Monisairaana 1 tyyppitarina: monia pitkäaikaissairauksia sairastava

Tulosy:

Asiakas oli 46-vuotias mies. Hän tuli kuntoutustutkimukseen Taysin sisäisellä läheteellä kokonaisvaltaiseen työkyvyn arvioon. Asiakas oli pitkäaikaistyötön, joka oli etsinyt töitä.

Yksilötekijät (e)

Asiakas oli käynyt peruskoulun ja koneistajan ammattikurssin. Hänellä oli ollut oppimisvaikeuksia koulussa, vaikeuksia oppia kirjoittamaan, lukemaan ja laskemaan. Lisäksi hän kertoi, että oli kärsinyt keskittymisvaikeuksista koko elämänsä. Tällä hetkellä asiakkaalla ei ole pysyvää työsuhdetta.

Asiakas oli työskennellyt nuoruudesta lähtien monenlaisissa tehtävissä, sekatyömiehenä ja muissa avustavissa tehtävissä lyhyissä työsuhteissa. Koneistajan ammattikurssin jälkeen hän oli työskennellyt suuren metalliyrityksen palveluksessa 10 vuotta, mutta yrityksen saneerauksen yhteydessä oli joutunut työttömäksi. Tämän jälkeen hän oli perustanut yhden miehen yrityksen, joka toimi entisen työnantajansa alihankkijana. Tätä työtä asiakas oli tehnyt kaksi vuotta. Vähitellen hänen työkykynsä oli heikentynyt niin, että toimitukset alkoivat viivästyä, jonka jälkeen tilauksia ei enää tullut. Asiakas myi työvälinsä ja lopetti yrityksensä. Asiakkaan viimeisin työsuhde oli pk-yrityksessä, mutta työsuhde päättyi koeaikana. Tämän jälkeen hän on ollut työttömänä työhakijana kolme viimeistä vuotta.

²⁹ Perustelen ongelmien/rajoitteiden/vajavuuksien ja vahvuuksien/edistävien tekijöiden järjestelmällistä käyttöä kaikilla osa-alueilla siksi, että esitietolomakkeen rakentamisen aikoihin (Musikka-Siirtola ym. 2010) asiakkaat ovat itse halunneet esitietolomakkeeseen myös vahvuuksien kirjaamisen. Tämä on yksi peruste sille, että Taysin esitietolomakkeessa on nostettu myös vahvuudet esiin.

Asiakas erosi ensimmäisestä avioliitostaan, josta liitosta on yksi lapsi, johon hän piti huonosti yhteyttä. Sen jälkeen hän asui uusioperheessä avopuolisonsa kanssa, mutta vuosi sitten avioliitto päättyi eroon. Vaimolla oli aiemmasta suhteesta 14- ja 15-vuotiaat pojat.

Omista vahvuuksistaan asiakas totesi, että nykyisin ne ovat aika heikot, en osaa nimetä näiden sairauksien vuoksi yhtään vahvuutta: ”Kaikki oli hyvin, kun oli terveyttä.” Aiemmin hän kertoi itsellään olleen paljonkin vahvuuksia, kuten ahkeruus, joustavuus, huumorintaju ja rehellisyys. Hän oli ollut myös puu- ja metallipuolen moniosaaja.

Asiakkaan omat tavoitteet

Tulla terveeksi, mitä pidän mahdollisena. Toivon saavani entisen elämäniloni takaisin. Haluan poistaa itseltäni tunteen, että olen yhteiskunnan hylkiö, jota ei noteerata mihinkään arvokkaaksi.

Terveydentila (ICD 10)

E10.7 Nuoruustyypin diabetes, useita komplikaatioita, H36.03*E10.3 Silmänpohjissa verisuonten liikakasvu, I10 Verenpainetauti, G47.3, I50.9 Diastolinen sydämen vajaatoiminta, Uniapnea, M75.0 Molemminpuolinen krooninen olkanivelrakenteiden tulehdus M51.1 Lannerangan välilevyn luisakahdus, M77.1 Molemminpuolinen kyynärnivelen ulkosyrjän tulehdus, N18 Munuaisten vajaatoiminta, F32.9 Masennustila määrittämätön, F10.1 Alkoholin haitallinen käyttö.

Oireet (b)

Asiakas kertoi, että ei jaksaa juuri mitään. Väsymys oli läsnä koko ajan. Sokeritasapaino oli vaihtelevaa. Näön huononeminen aiheutti suuria vaikeuksia. Lumi aiheutti kontrastiongelmia, samoin vesilätäköitä ja kuoppia oli vaikea hahmottaa. TV:n katselussa ja lukemisessa oli jo vaikeuksia. Nukkuminen oli pätkittäistä. Ympärillä olevat asiat eivät kiinnostaneet. Kovat kivut olkapäissä ja niska-hartiaseudussa estivät päivittäisen elämän sujumista. Alaselkäkivut lisäsivät arkisten askareiden tekemistä. Päivittäisessä elämässä sanojen ja asioiden unohtelu olivat lisääntyneet. Asiakkaan mielestä alkoholin käyttö riistäytyy välillä omasta hallinnasta niin, että ”ryyppy jää päälle”, kun oikein ahdistaa. Välillä hänellä on ollut pitkiäkin selviä kausia.

Suoritukset osallistuminen (d)

Asiakas kuvasi toimintakykynsä alentuneen viimeisten vuosien aikana runsaasti. Keskittyminen moniin päivittäisiin asioihin oli vaikeaa. Ajatus uudelleen kouluttautumisesta tuntui lähes mahdottomalta. Vaikka osallistuminen työhön tuntui mielekkäältä, asiakas ei nähnyt mahdollisuuksia työhön paluuseen sairauksiensa vuoksi. Asiakas kertoi stressaantuvansa aiempaa helpommin omien asioiden hoitamisesta. Ylipäättään asioiden aloittaminen oli vaikeaa.

Verenpaineen voimakkaat heilahtelut aiheuttivat tasapaino-ongelmia. Raskaiden tavaroiden käsittely oli mahdotonta. Kävelymatka oli maksimissaan 500 metriä. Kävely oli hidastunut ja se oli katkonaista. Omasta terveydestä huolehtiminenkin oli vaikeaa. Päivittäisen elämän ongelmat olivat monenlaisia, kaupassakäynti, kotiaskareet ja jopa kengän laitto oli toisinaan mahdotonta. Asiakkaalla ei ollut harrastuksia eikä yhteiskunnallista osallistumista.

Ympäristötekijät (e)

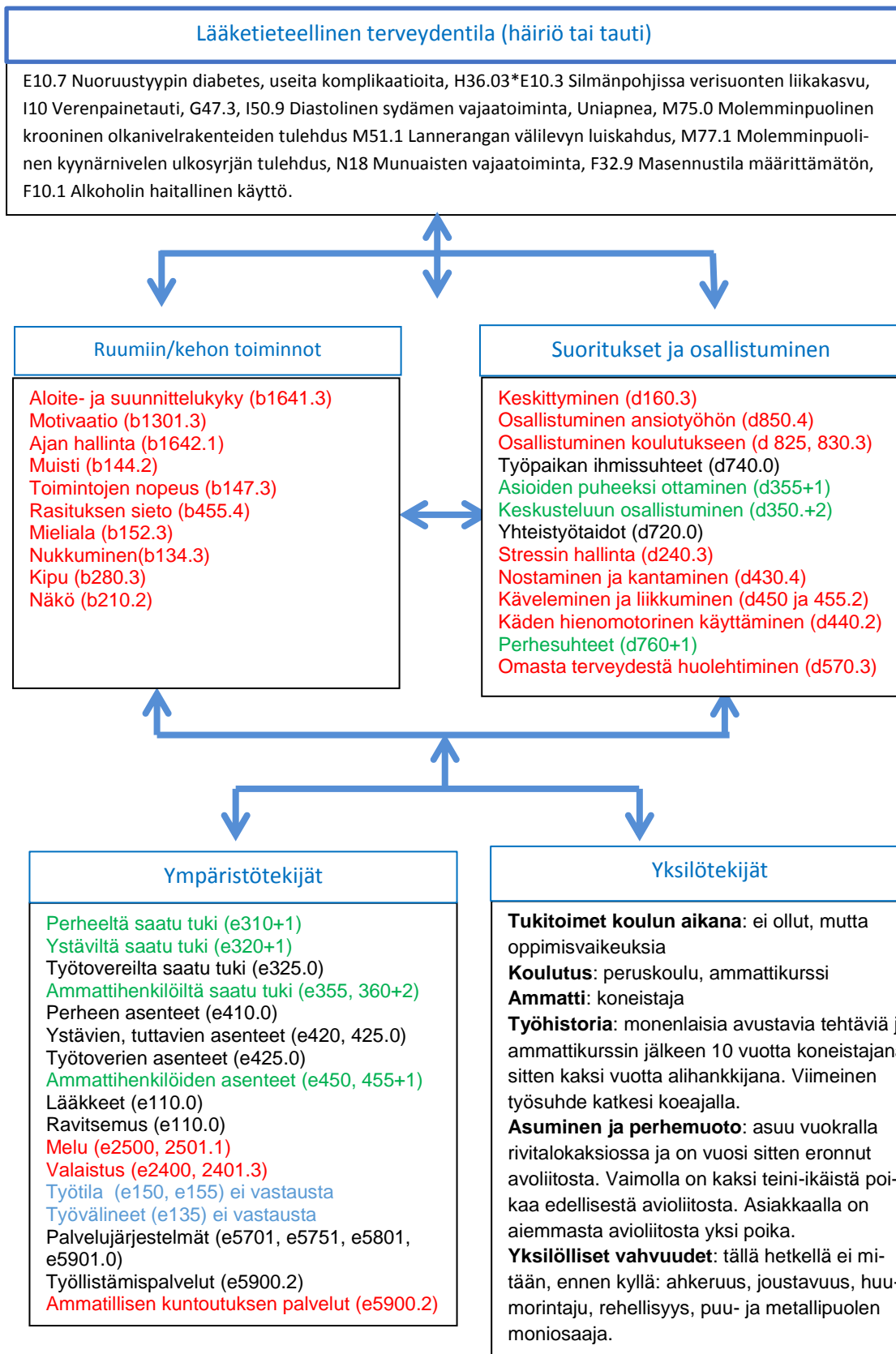
Asiakas oli pitkäaikaistyötön, joka kaikista ongelmistaan huolimatta oli yrittänyt löytää työtä TE-keskuksen kautta, mutta terveydentilan suhteen sopivaa työtä ei ollut tarjoutunut. Kuntoutustutkimukseen tullessa hän oli sairauslomalla ja SV-päivärahaa oli jäljellä 25 päivää. Taloudellisena tukena olivat sekä asumistuki että toimeentulotuki ajoittain. Ammatillisen kuntoutuksen palveluita asiakas ei ollut saanut. Hänellä ei ollut myöskään ollut lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita.

Näkövammaisille tarkoitettuja apuvälineisiin hän ei ollut innostunut. Lähiverkostoon kuuluivat kaksi sisarta ja yksi sisaren poika sekä yksi ystävä. Työtoverit olivat jääneet ja muutenkin lähiverkosto oli vuosien myötä pienentynyt. Asiakkaalla oli runsaasti lääkkeitä, joita tarvitsi usean perussairautsiensa hoitamista varten.

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehty jatkosuunnitelma:

Asiakkaan prosessi oli kestänyt 398 päivää. Asiakas ei pystynyt näkövammansa ja monien pitkäaikaissairautsiensa vuoksi ammattikoulutustaan vastaavaan työhön. Hänelle tehtiin B 2-lausunto pysyvää työkyvyttömyyseläkettä varten. Asiakas oli täyttänyt hakemukset oman kuntansa Kelan virkailijan kanssa Kuntoutus-Irikseen apuvälinetarpeen arviointia ja näkövamma-kuntoutusta varten ja lisäksi toisen hakemuksen diabetesta sairastavien kuntoutuskurssia varten. Tavoitteena oli toimeentulon turvaaminen, terveydentilasta huolehtimisen lisääntyminen, arjessa pärjäämisen ja osallisuuden tukeminen.

Kuviossa 19 monisairaana (1) tarina on liitetty ICF-luokituksen osa-alueille ja niiden eri ulottuvuuksille (aihealueet ja kuvauskohteet sekä niiden koodit). ICF-koodin perään on merkitty pisteellä (.) aihealueen tai kuvauskohteen negatiiviset ulottuvuudet (ongelmat, vajavuudet, rajoittavat tekijät) ja plussalla myönteiset ulottuvuudet (vahvuudet ja edistävät tekijät).



Kuvio 19. Monisairas 1 ICF-viitekehyksessä. Kuvioon on koottu keskeiset ulottuvuudet ICF-luokituksen osa-alueilta (terveydentila, ruumiin/kehon toiminnot (b), suoritukset ja osallistuminen (d), ympäristötekijät (e), ja yksilötekijät.

Monisairaan 2 tyyppitarina: tuki- ja liikuntaelinsairauksia, krooninen kipu ja masennus

Tulosyy:

Asiakas oli 53-vuotias nainen, joka oli tullut kuntoutustutkimuspoliklinikalle perusterveydenhuollon läheteellä kuntoutustutkimukseen työkykyongelman ja eläkehylyn vuoksi. Asiakkaalla ei ollut työpaikkaa eikä hän ollut pyrkimässä työelämään

Yksilötekijät (e)

Asiakas oli käynyt peruskoulun tukitoimitta. Taustalla olivat kesken jääneet kampaajan ammattiotopinnot. Tämän jälkeen hän oli käynyt laitoshuoltajan ammattikurssin.

Hän oli ammatiltaan siivoustyöntekijä ja oli työskennellyt viimeksi isossa siivousalan yrityksessä useita vuosia. Taustalla oli pitkä työhistoria erilaisia siivousalan tehtäviä. Asiakkaan viimeisin työsuhde oli vuodelta 2009. Työsuhde oli jäänyt rikkonaiseksi toistuvien, pitkien sairauslomien vuoksi. Viimeisin työnantaja oli yrittänyt sijoittaa asiakasta kevyempiin tehtäviin erilaisten työkokeilujen kautta. Raskas porrassiivous oli vaihdettu toimistosiivoukseen. Hyvin nopeasti oli todettu, että tämäkin työ oli liian raskasta. Tämän jälkeen työnantaja oli sijoittanut asiakkaan yrityksen toimistoon avustaviin tehtäviin, kuten pakettien ja kirjeiden lajitteluun sekä monistamiseen. Vaikka työ oli ollut periaatteessa kevyempää, ongelmaksi oli muodostunut nopea työtahti, johon asiakas ei ollut kyennyt. Lisäksi tässä tehtävässä asiakas oli kokenut tulleen työpäikkakiusatuksi, jolloin hän oli sanoutunut irti. Sen jälkeen hän oli ollut ajoittain työttömänä työnhakijana ja ajoittain sairauslomalla.

Asiakas asuu vuokralla puolisonsa kanssa kerrostalon kolmannessa kerroksessa, missä ei ole hissiä. Puoliso on työkyvyttömyyseläkkeellä. Pariskunnalla on yksi aikuinen poika, joka asuu Ruotsissa. Lastenlapsia kaksi.

Asiakas kertoi, että tällä hetkellä ei ole vahvuuksia, mutta aiempia vahvuuksia olivat olleet tarkkuus, tunnollisuus ja täsmällisyys työaikojen noudattamisessa.

Asiakkaan omat tavoitteet

Selviytyminen arjen askareista ja saada päätös tästä minun pallottelustani eli eläkkeen myöntämisen perusteet. Minulla on useita lausuntoja lääkäreiltä työkyvyttömyydestäni, jota todella olen.

Asiakkaan terveydentila (ICD 10)

M51.2 Välilevyn luiskahdukset rinta- ja lannerangassa Th 8/9 et L4/5, M50.3 Kaularangan rappeuma, M54.4 Lanneselän kiputila ja iskiasoire, M79.0 Fibromyalgia, G43.1 Aurallinen migreeni, F45.4 Pitkäaikainen kipuoireyhtymä, F32.2 Vaikea-asteinen masennus, E66.01 ylipaino. Asiakkaalla on ollut lapsuudesta asti migreenitaipumusta ja muutamia masennusvaiheita, niska-hartiaseudun vaivoja ja allergioita. Taysissa on tehty laajoja somaattisia ja psykiatrisia tutkimuksia.

Asiakkaan oireet (b)

Asiakkaalla oli jatkuva kipu alaselässä ja oikeassa olkapäässä. Ensimmäisen kerran jo neljä vuotta sitten hänellä oli alkanut niskan ja oikean olkapään vaikea kiputila, johon oli liittynyt myös oikean yläraajan heikkoutta. Lisäksi kipua lisäsivät usein toistuvat lapojen välin kivuliaat jännitystilat (krampit), jotka saattoivat kestää useita vuorokausia. Asiakkaalla oli myös alaselässä ongelmia. Asiakas kuvasi, että hänellä oli ollut päivittäin päänsärkyä ja jatkuvaa huimausta. Kaikki toiminnot vaativat yhä enemmän aikaa. Psykiatrin konsultaatiossa oli todettu, että asiakkaan kipuoireilu ei selity konversiohäiriöllä, pikemminkin pitkään jatkunut toimintakyvyn heikentyminen ja epävarmuus ylläpitävät ahdistuneisuutta ja masennusta. Kaiken kuorman vuoksi asiakas kertoi kärsivänsä vaikeasta unihäiriöstä. Motivaatio yrittämiseen oli hukassa.

Suoritukset ja osallistuminen (d)

Asiakas selviytyi henkilökohtaisista toimista pääosin ilman apua, mutta aikaisempaa hitaammin ja hankaluuksia oli ollut nappien ja korvakorujen kanssa. Toisinaan hän tarvitsi puolison apua hiusten pesemisessä. Kävelymatka oli noin 300 metriä, mutta kipulääkkeen turvin hän jaksoi kävellä 3 km. Asiakas ei jaksanut joinakin päivinä mennä edes kauppaan. Kivut vaikeuttivat nukkumista, joka oli lyhyttä ja katkonaista.

Asiakas oli pitkälti luopunut harrastuksistaan. Kirjoja hän ei jaksanut lukea. Käsityöt olivat jääneet niska-hartiavaivojen vuoksi. Aiemmin hän oli ollut hyvin liikunnallinen, mutta nyt asiakas oli joutunut luopumaan kävely- ja hiihtolenkeistä kipujen vuoksi.

Ympäristötekijät (e)

SV-päivärahaoikeus oli päättynyt, asiakkaalle oli haettu työkyvyttömyyseläkettä perusterveydenhuollon kautta, mutta siitä oli tullut kielteinen päätös. Nyt pääasiallisena toimeentulona oli Kelan työmarkkinatuki ja asumistuki. Asiakkaan toimeentulo oli niukka.

Asiakkaalla ei ollut työpaikkaa eikä hän ollut pyrkimässä työelämään. Yhtäjaksoisesti hän oli ollut poissa työelämästä nyt lähes neljä vuotta. Perheeltään ja ystäviltään asiakas koki saavansa apua. Läheinen naisystävä oli äskettäin kuollut. Lähiverkoston asenteet olivat pääosin positiivisia, mutta asiakas ei halunnut koko ajan rasittaa verkostoaan, koska hän pelkäsi menettävänsä heidät.

Asiakas ei tupakoinut ja käytti kohtuullisesti alkoholia. Kipulääkkeet olivat olleet ongelmallisia allergiaoireiden vuoksi. Kuntoutustutkimuksen alussa lääkityksenä oli kaksi mielialälääkettä, joista hän koki saavansa apua. Asiakas oli kokeillut psykofyysistä fysioterapiaa ja saanut siihen terveyskeskuksesta maksusitoumuksen. Asiakas ei ollut saanut tästä apua, vaan koki sen liian vaikeana hahmottaa.

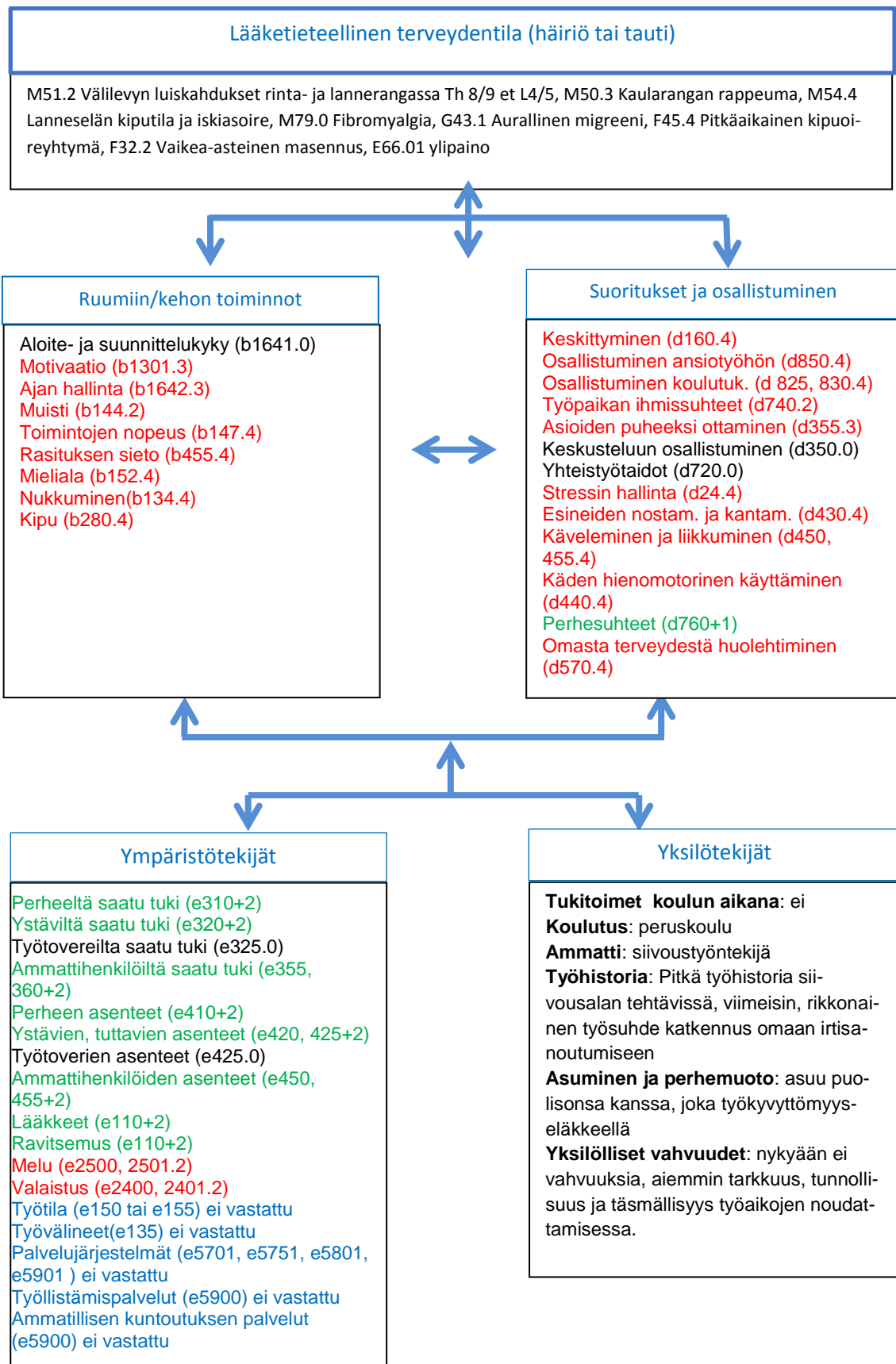
Asiakkaalla oli edistäviä tekijöitä lähiympäristössä. Lähiperhe auttoi, kun asiakas pyysi apua. Asiakas ei halunnut vastata työllistämispalveluihin eikä ammatillisen kuntoutuksen palveluihin koskeviin kysymyksiin, eikä ylipäättään työhön liittyviin kysymyksiin, kuten työvälineet ja -tilat. Hän ei myöskään halunnut ottaa kantaa palvelujärjestelmiin liittyviin kysymyksiin.

Asiointi erikoissairaanhoidossa: asiakas oli käynyt erikoissairaanhoidon useilla eri erikoisaloilla, kuten fysiatria, neurologia, neurokirurgia ja psykiatria.

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehty jatkosuunnitelma:

Asiakkaan prosessi kesti 410 päivää. Asiakas oli tavannut moniammatillisen tiimin useaan kertaan prosessin aikana. Pääasiallisena tehtävänä kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmällä oli ollut erikoisalojen kokoava funktio. Asiakas oli osallistunut kuntoutustutkimuksen aikana kuntansa työ- ja toimintakeskuksen työkyvyn arviointijaksolle ja lisäksi hänelle oli tehty kontrolliluonteisesti vielä pään ja kaularangan magneettikuvaus. Asiakkaalle tehtiin B2-lausunto, jossa suositeltiin täyttä työkyvyttömyyseläkettä ja haettiin Kelan kroonisesta kivusta kärsiville potilaille suunnattua laitostuntoutusta.

Kuviossa 20 monisairaana (2) tarina on liitetty ICF-luokituksen osa-alueille ja niiden eri ulottuvuuksille (aihealueet ja kuvauskohteet sekä niiden koodit). ICF-koodin perään on merkitty pisteellä (.) aihealueen tai kuvauskohteen negatiiviset ulottuvuudet (ongelmat, vajavuudet, rajoittavat tekijät) ja plussalla myönteiset ulottuvuudet (vahvuudet ja edistävät tekijät).



Kuvio 20. Monisairas 2 ICF-viitekehysessä. Kuvioon on koottu keskeiset ulottuvuudet ICF-luokituksen osa-alueilta (terveydentila, ruumiin/kehon toiminnot (b), suoritukset ja osallistuminen (d), ympäristötekijät (e), ja yksilötekijät.

Monisairaan 3 tyyppitarina: monioireinen

Asiakas oli 39-vuotias nainen. Hän tuli kuntoutustutkimukseen työterveyshuollon läheteellä pitkittyneen työkyvyttömyyden ja kokonaistilanteen selvittelyä varten. Asiakkaalla oli työpaikka, johon hän halusi palata tai kouluttautua uudelleen.

Yksilötekijät

Asiakas oli ylioppilas ja koulumenestys oli ollut hyvä, ylioppilastodistuksessa oli viisi laudaturia. Ammatillisena koulutuksena oli ammattikorkeakoulussa suoritettu artenomi -tutkinto, jonka jälkeen asiakas oli suorittanut lähihoitajan tutkinnon. Hänellä oli voimassa oleva työsuhde palvelutalossa.

Valmistuttuaan artenomiksi vuonna 2000 asiakas oli perustanut pienen yrityksen suomalaiseen pikku kaupunkiin starttirahan turvin. Hänen yrityksensä tuotteita olivat erilaiset sisustustavarat. Yritystoiminta ei ollut kannattanut, joten asiakas oli aloittanut lähihoitajaopinnot puolentoista vuoden kulluttua valmistumisestaan artenomiksi ja sai lähihoitajan ammattitutkinnon vuonna 2005. Asiakkaalla oli ollut työhistoriaa kaikkiaan noin 10 vuotta, josta lähihoitajan töitä seuraavasti: lähihoitaja kaupungin sairaala 2005-2006, pienen kunnan terveyskeskuksen vuodeosasto 2006-2008, henkilökohtainen avustaja 2009, vuodesta 2010 viimeisin työnantaja keskisuuri kunta.

Asiakas asui avopuolisonsa kanssa omistamassaan kerrostalokolmiossa, jossa oli hissi. Asiakkaalla oli edellisestä avioliitosta 7-vuotias poika. Asiakas oli halukas palaamaan työelämään mahdollisen uudelleen koulutuksen kautta. Asiakas kuvasi omia vahvuuksiaan: täsmällisyys, oppimiskyky ja hyvät vuorovaikutustaidot. Lisäksi asiakas kuvasi itseänsä yhteistyötaitoisena ja aloitteenkykyisenä. Asiakas kertoi, että hän oli tavallisesti nauttinut elämästä vaikeasta elämäntilanteista huolimatta. Nykyään tilanne tuntui lohduttomalta, koska voimavaroja ei ollut enää muuhun kuin arkipäivän askareista selviytymiseen, jos niihinkään.

Asiakkaan omat tavoitteet

Haluan saada apua ennen kuin on myöhäistä. Haluan takaisin työelämään tai uudelleen koulutukseen.

Terveydentila

Diagnooseina Q79.6 Poikkeava sidekudosrakenne ja yliliikkuvat nivelet Syndroma Ehlers-Danlos III -oireyhtymä, M53.8 muu selkäsairaus, Tule-lihaskireydet syklisiin kipuihin liittyen, F43.1 Traumaperäinen stressihäiriö, (taustalla on minuutta uhkaava trauma), J45.0 Allerginen astma, J30.3 Allerginen nuha.

Asiakkaalla oli toimintakykyä rajoittavassa määrin yliliikkuvuutta eri nivelissä. Kuvantamis- ja laboratoriotutkimuksissa ei ollut todettu poikkeavuutta. Työhön paluuta haittasivat lisäksi aistiyliherkkyys, kuten hajut ja melu sekä allergia. Taustalla on myös homealtistus. Psykiatriin konsultaatiossa oli todettu mielialassa lievää alavireisyyttä, mutta ei kuitenkaan varsinaiseen masennukseen viittaavaa.

Asiakkaan kuvaamat oireet (b)

Asiakas arvioi omaa terveydentilaansa merkittäväksi ongelmaksi. Tällä hetkellä pääasiallisena ongelmana asiakas kuvasi yleisväsymystä, kovia kipuja eri puolilla kehoa. Kivut veivät ”kaiken” energian. Väsymistä lisäsivät uniongelmat, päänsärky ja purentaongelmat. Edellä mainitut vaikuttivat rasituksen sietokykyyn, joka olikin tällä hetkellä yksi ehdottomista ongelmista. Lisäksi nivelten nujjahtelu ja paikoiltaan meno haittasivat liikkumista. Asiakas ei käyttänyt lainkaan alkoholia eikä tupakoi. Hänellä oli runsaasti herkistymisoireita, muun muassa homeelle.

Suoritukset ja osallistuminen (d)

Asiakas kuvasi itseään yhteistyötaitoiseksi, jonka hän näki merkittävänä vahvuutenaan. Hän oli oman arvionsa mukaan sosiaalinen ja avoin. Aloite- ja suunnittelukykykin olivat vahvuuksia silloin, kun kiputilanne suinkin antoi siihen mahdollisuuden. Monien asioiden yhteensovittaminen ja hallinta olivat olleet vahvuus, josta asiakas oli saanut myönteistä palautetta työtovereiltaan. Stressin hallintaa haittasivat jatkuvat kivut ja väsymys, silti hän koki stressinhallintakykynsä omaksi vahvuudekseen.

Selän ja lantion alueen kipujen ja yliliikkuvien lonkkien vuoksi liikkuminen ja istuminen tuottivat suuria vaikeuksia. Käveleminen yhtäjaksoisesti oli maksimissaan 600 metriä. Kauppakassien kantaminen ei onnistunut. Esineiden nostaminen lattialta ei onnistunut. Itsestä ja omasta terveydestä huolehtiminen oli päivästä toiseen selviytymistä. Asiakkaan elämä kulki nyt omasta terveydestä huolehtimisen ympärillä.

Osallistuminen ansiotyöhön näyttäytyi asiakkaan mukaan mahdottomana, mutta osallistuminen opiskeluun omien voimien mukaan saattoi olla mahdollista. Aikaisempaan verrattuna harrastukset olivat vähentyneet. Nyt olivat jäljellä käsityöpiiri ja koiran kanssa lyhyet lenkit. Ennen erinomainen keskittymiskykykin oli heikentynyt jatkuvien kipujen vuoksi.

Ympäristöherkkyys rajoitti liikkumista. Asiakas ei voinut olla homeisissa tiloissa kuin hetkellisesti. Lemmikkieläimet ja voimakkaat tuoksut, kuten pesuaineet, hajuvedet, saivat aikaan hankalia oireita.

Ympäristötekijät (e)

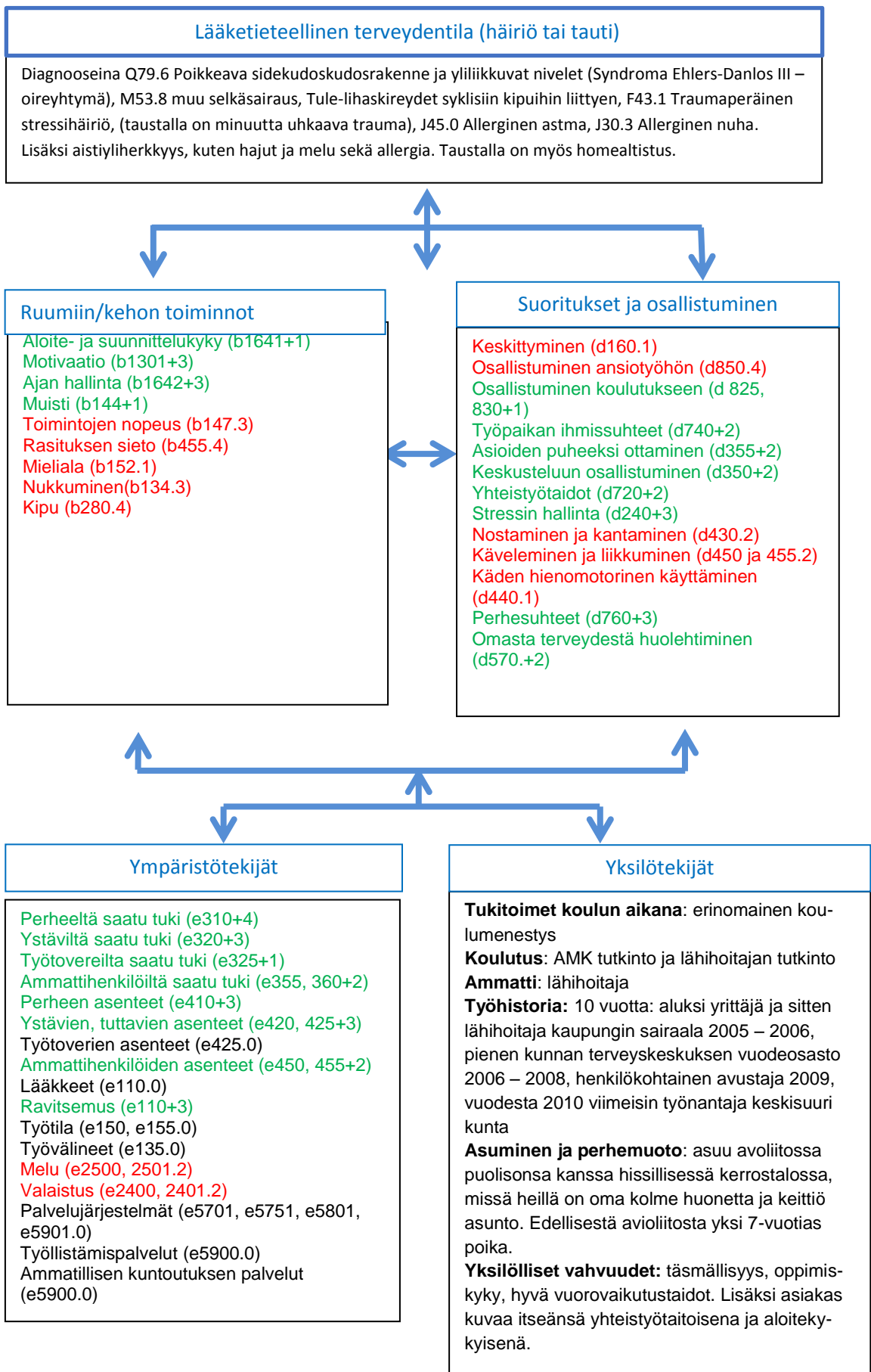
Asiakkaalla oli voimassa oleva työsuhde, josta hän oli ollut sairauslomalla 250 päivää. Pääasiallisenä toimeentulona oli sairauspäiväraha. Asiakas oli asioinut useissa eri terveydenhuollon toimipisteissä sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Hän oli käynyt avofysioterapiassa muutamia jaksoja. Kovat äänet ja voimakas valo ärsyttävät. Asiakas oli saanut kahta keskushermostoon vaikuttavaa kipulääkettä ja yhtä masennuslääkettä.

Asiakas koki saavansa vahvaa tukea puolisoiltaan ja ystäviltään. Hän kuvasi lähipiirinsä asenteita omaa tilannettaan kohtaan erittäin positiivisiksi. Työtoveritkin olivat olleet enemmän tueksi kuin haitaksi, mutta he olivat olleet ymmällään asiakkaan tilanteesta. Asiakas koki saaneensa tukea ammattihenkilöiltä, mutta ei apua.

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehty jatkosuunnitelma:

Asiakkaan prosessi kesti 341 päivää. Kuntoutustutkimuksen päättyessä todettiin, että ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet eivät ole ajankohtaisia. Pääasiallisen lähitavoitteena oli fyysisen kunnon palautuminen niin, että osallistuminen mahdolliseen uudelleen koulutukseen on realistista. Haettiin kuntoutustukea eläkevakuuttajalta. Lääkinnällinen kuntoutuksen käynnistyminen oli ensisijaista. Tehtiin suositus laitoskuntoutukseen ja avofysioterapiaan.

Kuviossa 21 monisairaan (3) tarina on liitetty ICF-luokituksen osa-alueille ja niiden eri ulottuvuuksille (aihealueet ja kuvauskohteet sekä niiden koodit). ICF-koodin perään on merkitty pisteellä (.) aihealueen tai kuvauskohteen negatiiviset ulottuvuudet (ongelmat, vajavuudet, rajoittavat tekijät) ja plussalla myönteiset ulottuvuudet (vahvuudet ja edistävät tekijä).



Kuvio 21. Monisairas 3 ICF-viitekehysessä. Kuvioon on koottu keskeiset ulottuvuudet ICF-luokituksen osa-alueilta (terveydentila, ruumiin/kehon toiminnot (b), suoritukset ja osallistuminen (d), ympäristötekijät (e), ja yksilötekijät).

Seuraavaksi teen yhteenvedon kolmen monisairaahan tyypitarinoiden erovaisuuksista sairastavuuden ja palvelujen käytön eroavaisuuksien lisäksi. *Kaikilla* monisairailta ICF-luokituksen osa-alue *kehon ja ruumiin toiminnot näyttäytyivät ongelmallisimpana*. Niitä olivat kipu (b280), uniongelmat (b134), rasituksen sietokyky (b455), toimintojen nopeus (b147) ja mieliala (b152). Monisairailta 1 ja 2 muutkin muuttujat olivat pääasiassa ongelmia, mutta monisairas 3:llä oli vahvuuksia aloite- ja suunnittelukyvyssä (b1641), motivaatiossa (b1301) ja ajan hallinnassa.

Suoritukset ja osallistuminen (d) osa-alueella monisairas 2:lla kaikki muut muuttujat olivat ongelmia, paitsi perhesuhteet. Sitä vastoin monisairas 1:llä oli perhesuhteiden lisäksi vahvuuksia myös asioiden puheeksi ottamisessa (d355) ja keskusteluun osallistumisessa (d350). Monisairas 3:lla oli vahvuuksia tälläkin osa-alueella eniten. Monisairaahan 3 ongelmat liittyivät pääosin osallistumiseen ansiotyöhön (850), keskittymiseen ja tilanteisiin, joissa vaadittiin fyysisiä ponnistuksia ja hienomotorisia taitoja (d430, 450, 455, ja 440).

Kontekstuaalisissa tekijöissä kaikilla monisairaahan ryhmillä (1, 2 ja 3) nousi perheeltä (e310), ystäviltä (e320) ja ammattihenkilöiltä (e355 ja 360) saatu tuki edistäväksi tekijäksi. Monisairas 1 ja 2 eivät vastanneet työhön liittyviin kysymyksiin. Monisairas 1 nosti rajoittavaksi tekijäksi ammatillisen kuntoutuksen palvelut. Monisairas 3:lla oli paljon vahvuuksia niin yksilötekijöissä kuin myös ympäristötekijöissä toisin kuin kahdella muulla monisairaahan kategoriaan kuuluvalla.

Monisairas 1:n ja 2:n tavoitteet olivat enemmän *arjessa pärjäämisen ja toimeentulon* turvaamisen alueella (vrt. seurantaryhmän tulos) kuin *monisairas 3:lla*, jonka tavoitteena oli selkeimmin *työhön paluu tai uudelleen koulutus*. Liitteessä 9 on yhteenvetotaulukko kolmen monisairaahan tyypitarinan ICF-osa-alueiden aihealueilla ja kuvauskohteissa esiintyvistä ongelmista, vahvuuksista sekä edistävästä ja rajoittavista tekijöistä.

5.3 Kuntoutustutkimusprosessi asiakkaan arvioimana

Tässä luvussa siirryn tarkastelemaan kyselyyn (n=94/57/54)³⁰ vastanneiden asiakkaiden (=seurantaryhmä) arvioita kuntoutustutkimusprosessista. Toiseksi tarkastelen asiakkaiden kuntoutustutkimukselle asettamia omia toiveita ja tavoitteita sekä niiden toteutumista. Kolmanneksi tarkastelen asiakkaiden arvioita omaa kuntoutumistaan edistävästä ja estävästä tekijöistä. Neljänneksi tarkastelen asiakkaiden arvioita kuntoutustutkimuspalvelun laadusta.

³⁰ Seurantaryhmään kuuluvat kaikki ne asiakkaat, jotka vastasivat kyselyyn hyväksyttävästi. Heidän tunnistekoodinsa olivat: 9, 23, 38, 49, 50, 58, 59,64, 68, 71, 77, 97, 101, 102, 105, 107, 108, 114, 116, 119, 131, 132, 135, 140, 142, 143, 154, 156, 162, 164, 181, 182, 190, 194, 197, 199, 201, 202, 208, 211, 212, 214, 219, 221, 230, 237, 239, 242, 243, 252, 253, 257, 306. Vastaajista yhdeksän kuului monisairaahan kategoriaan.

Vertasin seurantaryhmän (n=54) taustatietoja kehikkoperusjoukkoon (N=310). Seurantaryhmässä (n=54) oli enemmän naisia (68,5 %) kuin miehiä (31,5 %), kun taas kehysperusjoukossa (N=310) ei juurikaan ollut eroa naisten (56,1 %) ja miesten (43,1 %) välillä.

Peruskoulutuksen ja ammatillisen koulutuksen osalta tietoa ei ollut käytettävissä koko perusjoukon (N=310) osalta, siitä johtuvat pienemmät käytetyt n-luvut (n=203 ja n=209). Seurantaryhmän (n=54) ammatillinen koulutus oli hieman matalampi kuin kohdeperusjoukossa (n=310/203). Seurantaryhmässä kurssimuotoinen koulutus oli yleisin, kun taas perusjoukossa (n=310/203) se oli ammattikoulu. Taulukossa 5 on esitetty seurantaryhmän (n=54) ja perusjoukon (n=310/203/209)³¹ taustatietojen vertailu.

Taulukko 5. Kyselyyn vastanneiden (n=54) taustatietoja verrattuna koko perusjoukkoon (N=310/209/203).

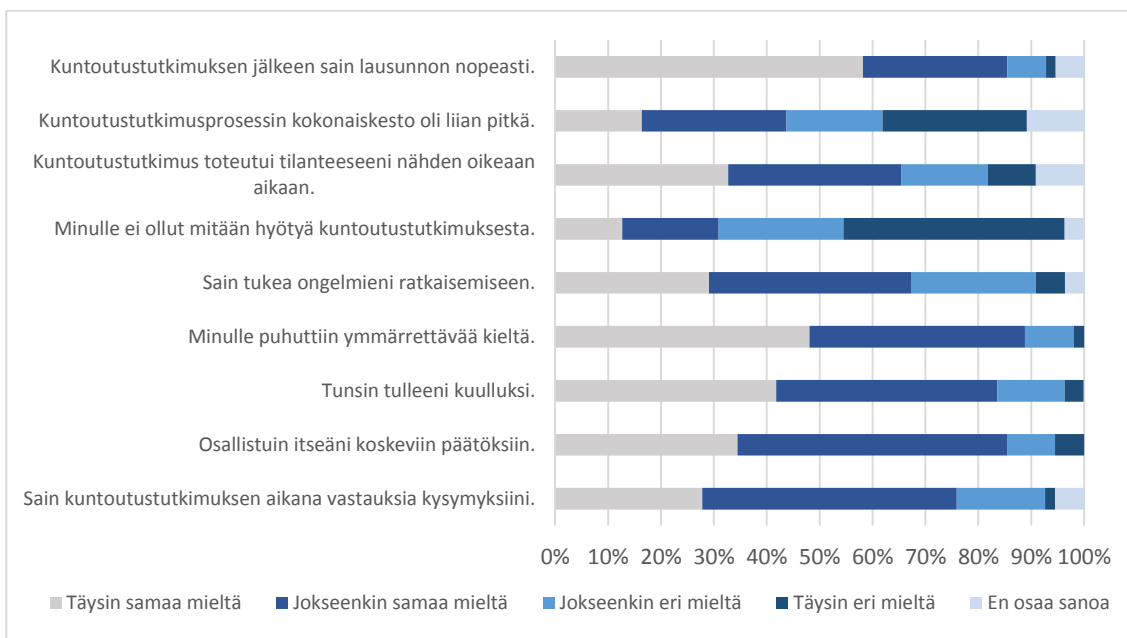
Taustatieto	n=54 (lkm)	n=54 (%)	N=310/209/203 (lkm)	N=310/209/203 (%)
Ikä			N=310	
keski-ikä	.46 vuotta		45 vuotta	
mediaani	.48 vuotta		47 vuotta	
min.-maks.	21–60 vuotta		19–78 vuotta ³²	
Sukupuoli	n=54		N=310	
naisia	37	68,5 %	177	56,1 %
miehiä	17	31,5 %	1339	43,1 %
Peruskoulutus	n=54		n=209	
keski- tai peruskoulu	32	59 %	111	53 %
kansa- tai kansalaiskoulu	11	20 %	55	26 %
lukio tai ylioppilas	11	20 %	42	20 %
erityiskoulu	0	0	1	0,5 %
Ammatillinen koulutus	n=54		n=203	
kurssimuotoinen koulutus	16	30 %	33	16 %
ammattikoulu	15	28 %	82	40 %
opistotasoinen koulutus	13	24 %	36	18 %
ei ammattikoulutusta	6	11 %	38	9 %
ammattikorkeakoulu	3	6 %	7	3 %
akateeminen koulu	1	2 %	7	3 %
Asuminen	n=54			ei tietoja
yhdessä puolison/ kumppanin kanssa	25	45 %		
yksin	18	33 %		
yhdessä puolison ja lasteni kanssa	8	15 %		
yhdessä lasteni kanssa	4	7 %		

Kaikki asiakkaat (n=54) olivat vastanneet kuntoutustutkimusta koskevaan väittämään. Suurin osa asiakkaista oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että heille *puhuttiin ymmärrettävää kieltä*, he saivat kuntoutustutkimuksen jälkeen nopeasti lausunnot, he saivat *osallistua itseään koskeviin päätöksiin* ja heille tuli *kuulluksi tulemisen tunne*. Asiakkaista 76 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että, että he saivat *kuntoutustutkimuksen aikana vastauksia kysymyksiinsä* ja että

³² Kehysperusjoukon keski-ikää nostaa iäkäs (78 vuotias) asiakas, joka ei suoranaisesti kuulunut kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakaskuntaan, vaan siirtyi apuvälineyksiköstä PKT:lle.

he saivat (67 %) *tukea ongelmiensa ratkaisemiseen*. Niin ikään runsas puolet (65 %) oli täysin samaa ja jokseenkin samaa mieltä siitä, että *kuntoutustutkimuksesta oli hyötyä*. *Kuntoutustutkimuksen ajoitus* oli täysin oikea tai jokseenkin oikea 65 %:n mielestä.

Lähes puolet seurantaryhmän (n=54) asiakkaista oli sitä mieltä, että *tutkimusprosessi oli liian pitkä*. Prosessin pituus kertoo osaksi siitä, että kuntoutustutkimusprosessin aikana asiakkaita lähetettiin eri tutkimuksiin ja konsultoititiin erikoisaloja. Monilla asiakkailla lääkäri vaihtui prosessin aikana useita kertoja, mikä pitkitti prosessia. Lääkärin vaihtuminen työryhmässä liittyi osaksi yksikön vakiintuneeseen resurssipulaan. Seurantaryhmän (n=54) väittämien prosentuaaliset osuudet on esitetty kuviossa 22.



Kuvio 22. Kyselyyn vastanneiden (n=54) arviot kuntoutustutkimusprosessia koskevista väittämistä.

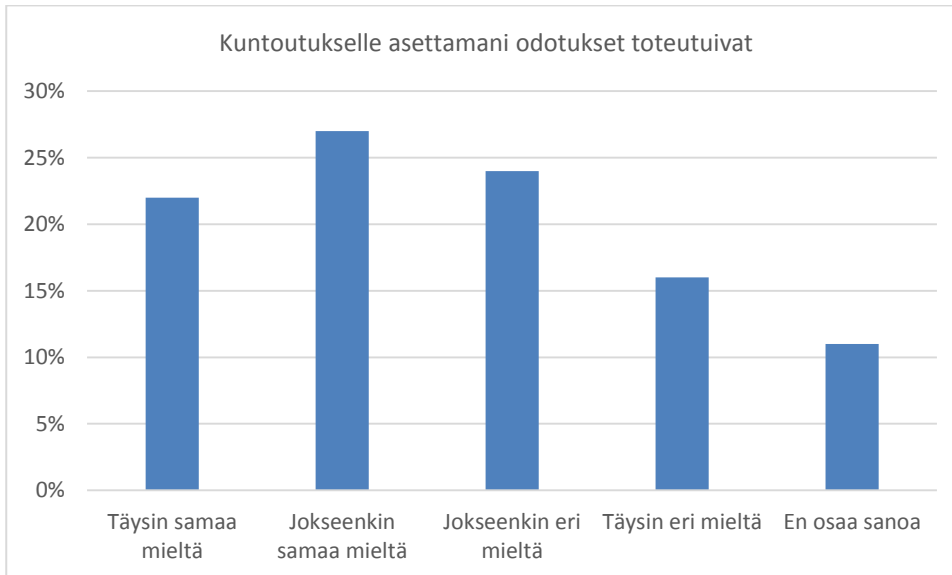
Asiakkaiden odotukset ja tavoitteet sekä niiden toteutuminen

Asiakkaat (n=54) olivat kirjanneet ennen kuntoutustutkimusta esitietolomakkeisiin (A, liite 7) omia odotuksiaan ja tavoitteitaan. Heistä 12 jätti vastaamatta (=yksi kategoria). Muodostin vastauksista (n=54) kuusi kategoriaa, jotka on esitetty taulukossa 6. Lisäksi taulukkoon on kirjattu kategorioita edustavat tunnustekoodit, vastausten määrät ja yhdestä kolmeen sitaattia kuhunkin kategoriaan.

Taulukko 6. Kyselyyn vastanneiden (n=54) odotukset/tavoite -kategoriat ennen kuntoutustutkimusta.

Kategoria	Odotus/tavoite	kpl
1.	Ei odotuksia tai tavoitteita (tunnistekoodit: 23, 49, 107, 119, 131, 142, 132, 197, 202, 220, 239, 242) <i>"En osaa sanoa."</i> (tunnistekoodi:107)	12
2.	Työhön paluu tai uudelleen koulutus (tunnistekoodit: 9, 50, 58, 64, 97, 105, 162, 199, 201,221,253) <i>"Että vielä joskus pääsisi töihin edes osa-aikaiseen. Ihan mikä vaan, mikä ei aiheuta lisää kipua, mutta kotinurkat kyllästyttää ja rahaakin olisi kiva tienata."</i> (tunnistekoodi: 97) <i>"Toivon voivani jatkaa ammatissani, työssäni tai kouluttautua johonkin kevyempään työhön/ammattiin."</i> (tunnistekoodi: 253)	11
3.	Toiminta- ja työkyvyn arviointi (tunnistekoodit: 38, 68, 143, 154, 156,164, 188, 190, 237) <i>"Saada selvyyttä jäljellä olevasta työkyvystä. Olisiko sittenkin jokin työ, jossa voisi vielä työskennellä tai kouluttautua. Haluan päätöksen, miten jatkossa elän: työkyvyttömänä vai työttömänä."</i> (tunnistekoodi 237)	9
4.	Apua kipuun, hoitoa ja kuntoutusta (tunnistekoodit: 101, 102, 114, 116, 219, 230, 243, 257,) <i>"Haluan apua sairauksiini ja erityisesti kipuihini ja että joku ottaa minut vakavasti."</i> (tunnistekoodi: 101)	8
5.	Työkyvyttömäksi todistaminen (tunnistekoodit: 108, 132, 140, 166, 181, 252, 306) <i>"Minun pallotteluni päätökseen eli eläkkeen myöntämiseen perusteet. Useita eri lausuntoja eri lääkäreiltä työkyvyttömyydestä, jota todella olen."</i> (tunnistekoodi: 181) <i>"Toivon eläke-ratkaisua osa- tai täysi työkyvyttömyyseläke."</i> (tunnistekoodi: 166)	7
6.	Arkinen pärjääminen ja elämän laatu (tunnistekoodit: 135, 255, 59, 71, 77, 194, 211) <i>"Päivittäisen aktivoivan toiminnan löytyminen."</i> (tunnistekoodi: 59) <i>"Pitää yllä liikunta- ja toimintakykyni ja saada palautettua aktiivisuus ja kiinnostu elämään."</i> (tunnistekoodi 211)	7
	Yhteensä	54

Kyselyyn vastanneet (n=54) arvioivat väittämää ”kuntoutukselle asettamani odotukset toteutuivat”. Vastaajista lähes puolet oli joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän kuntoutukselle asettamansa odotuksensa toteutuivat. Kuviossa 23 on esitetty väittämien prosentuaalinen jakautuminen vastaajien kesken.



Kuvio 23. Kyselyyn vastanneiden (n=54) arviot kuntoutustutkimukselle asetettujen odotusten toteutumisessa.

Kuntoutumista estäneitä tekijöitä

Asiakkaat (n=54) olivat kirjanneet kuntoutustutkimuksen jälkeen täyttämiinsä kyselylomakkeisiin kuntoutustutkimuksen ongelmia ja kuntoutumisen esteitä, joiden vuoksi he eivät oman arvionsa mukaan hyötynet kuntoutustutkimuksesta. Vastaajista noin puolet jätti kirjaamatta kuntoutustutkimusprosessin ongelmia tai kuntoutumisen esteitä. Muodostin vastauksista (n=28) kuusi kategoriaa, jotka on kuvattu taulukossa 7. Taulukossa on esitetty kuntoutumisen esteitä kuvaavat kategoriat, tunnustekoodit ja vastausten määrät. Lisäksi olen liittännyt jokaiseen kategoriaan yhdestä kolmeen sitaattia.

Taulukko 7. Kategoriat asiakkaiden (n=27) arvioimista kuntoutumisen esteistä.

Kategoria	Kuntoutumista estävät tekijät	Kpl
1.	Huonosti ajoitettu ja riittämätön kuntoutustutkimusprosessi (tunnistekoodi: 23, 38, 49, 50, 68, 114, 143,156,182, 190, 199, 219, 230, 243) <i>”Tutkimukset olisivat saaneet olla laajemmat koskien jäljellä olevaa työkykyä. Homma olisi saanut olla perusteellisempi.”</i> (tunnistekoodi: 219) <i>”Mielestäni tilanteeseeni olisi pitänyt perehtyä enemmän ja saada selvyyttä sekavaan tilanteeseeni.”</i> (tunnistekoodi: 49) <i>”Systeemi on liian kankea. Itse olisin ollut valmis kaksi vuotta aikaisemmin.”</i> (tunnistekoodi: 50)	14
2.	Kivun jatkuminen tai vaikea sairaus (tunnistekoodi: 71, 77, 107, 116, 131, 154, 164, 201) <i>”Jostain syystä en kestä räsitusta. Kivut eivät helpottaneet, vaikka ohjelmaa muokattiin ja kevennettiin. Lopussa selkä petti eli jalat lähti alta. Niska, hartia, ranne ja jalkateräkivut paheniva. Lääkkeillä haettiin parannusta. Lihoin ja tulin itkuseksi ja kiukkuseksi. Pääätä särki.”</i> (tunnistekoodi: 154)	8
3.	Henkilökunnan suhtautuminen terveydentilaan (tunnistekoodi: 221, 306) <i>”Terveydentilaani ja sairauksiini suhtauduttiin välinpitämättömästi. Olen työkyvytön enkä tule työllistymään koskaan. Silti olen työtön, vaikka pitäisi saada työkyvyttömyyseläke.”</i> (tunnistekoodi: 306)	2
4.	Kelan päätöksentekoprosessi (tunnistekoodi: 194, 197) <i>”Kelan päätökset eivät perustu kuntoutustutkimuksen tuloksiin.”</i> (tunnistekoodi: 194)	2
5.	Väärä kuntoutusmuoto (tunnistekoodi: 97) <i>”Minulle haettu laitoskuntoutus olisi pitänyt olla yksilömuotoinen, ei ryhmä. Kuntoutukseen ei sisällynyt mitään fysikaalisia hoitoja tms, kivun hoitoon.”</i> (tunnistekoodi: 97)	1
6.	Oma asenne (tunnistekoodi 101) <i>”Omasta asenteesta.”</i> (tunnistekoodi: 101)	1
	Yhteensä	28

Kuntoutumista edistävät tekijät asiakkaan arvioimana

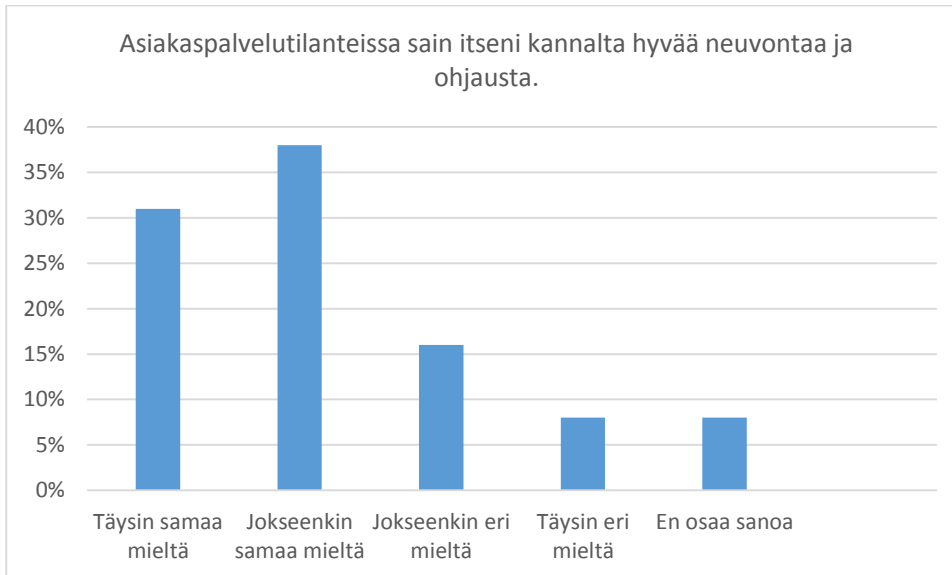
Asiakkaat (n=54) olivat kirjanneet kuntoutustutkimuksen jälkeen täyttämiinsä kyselylomakkeisiin (C, liite 8) kuntoutumisensa onnistumiseen liittyviä tekijöitä, joiden vuoksi he arvioivat edistäneen kuntoutumistaan. Tähän kysymykseen puolet jätti vastaamatta. Muodostin vastauksista (n=24) neljä kategoriaa. Taulukossa 8 on esitetty kuntoutumista edistävät kategoriat, tunnistekoodit ja vastausten määrät. Lisäksi olen liittännyt jokaiseen kategoriaan yhdestä kolmeen sitaattia.

Taulukko 8. Kategoriat asiakkaiden (n=24) arvioimista kuntoutumista edistävästä tekijöistä.

Kategoria	Kuntoutumista edistäviä tekijöitä	Kpl
1.	<p>Ammattilaisten tuki ja osaaminen (tunnistekoodit: 23, 38, 49, 58, 64, 97, 102, 119, 164, 190, 182, 201, 253)</p> <p><i>”Täysin kuntoutustutkimuspoliklinikalta ohjattiin heti kuntoutukseen, joka oli kohdallani hyvä vaihtoehto. Myös neuvonta oli asiallista. (tunnistekoodi: 64)</i></p> <p><i>”Sain kaiken mahdollisen avun ammattilaisilta, mitä voin saada ottaen huomioon terveydentilani. ” (tunnistekoodi: 164)</i></p> <p><i>”Ammattihenkilöt olivat asiallisia, heille helppo puhua avoimesti. ” (tunnistekoodi: 102)</i></p>	14
2.	<p>Asiakaskeskeinen kuntoutustutkimus ja -suunnitelma lausuntoineen (tunnistekoodit: 50, 64, 71, 77, 102, 181, 202, 208, 230, 255, 257)</p> <p><i>”Kuntoutustutkimus oli minulle erittäin tärkeä työkyvyttömyyseläkettä hakiessani. Epävarmuustekijät tältä osin korjaantuivat. Vaivojani se ei tietenkään poistanut. Jaksan kuitenkin ajatella elämäni positiivisesti. (tunnistekoodi: 181)</i></p> <p><i>”Kuntoutustutkimus kyllä antoi sen vaikutelman, että joku taho on oikeasti minusta kiinnostunut. Lääkäri kuunteli, mikä oli minulle täysin vieras kokemus. Koko henkilökunta, jota tapasin/keskustelin, oli aidosti mukana. ” (tunnistekoodi: 71)</i></p> <p><i>”Kuntoutustutkimuksen lausunnot hyviä. ” (tunnistekoodi 102)</i></p> <p><i>”Sain asiat paperille. ” (tunnistekoodi: 50)</i></p>	11
3.	<p>Oikea-aikainen kuntoutustutkimus (tunnistekoodi: 237)</p> <p><i>”Oikeaan aikaan tehty kuntoutussuunnitelma ja työhönvalmennus. Hyvä työhönvalmennuspaikka ja ympäristö. ” (tunnistekoodi: 237)</i></p>	1
4.	<p>Oma asenne (tunnistekoodi:101)</p> <p><i>”Kaikki riippuu itsestä ja omasta asenteesta. ” (tunnistekoodi: 101)</i></p>	1
	Yhteensä	27

Asiakaspalvelutilanteiden laatu asiakkaan arvioimana

Asiakaspalvelutilanteiden laatua koskevaan väittämään ”asiakaspalvelutilanteissa sain itseni kannalta hyvää neuvontaa ja ohjausta” vastasivat kaikki seurantaryhmän kyselylomakkeen täyttäneet (n=54). Runsaat puolet vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa sitä mieltä väittämän kanssa. Asiakkaista lähes neljäsosa oli neuvonnan ja ohjauksen laadusta täysin tai jokseenkin eri mieltä ja vajaa kymmenesosa ei osannut arvioida asiaa. Kuviossa 24 on esitetty prosenttiosuudet asiakkaiden arvioimasta neuvonnan ja ohjauksen laadusta.



Kuvio 24. Kyselyyn vastanneiden (n=54) arviot neuvonnan ja ohjauksen laadusta.

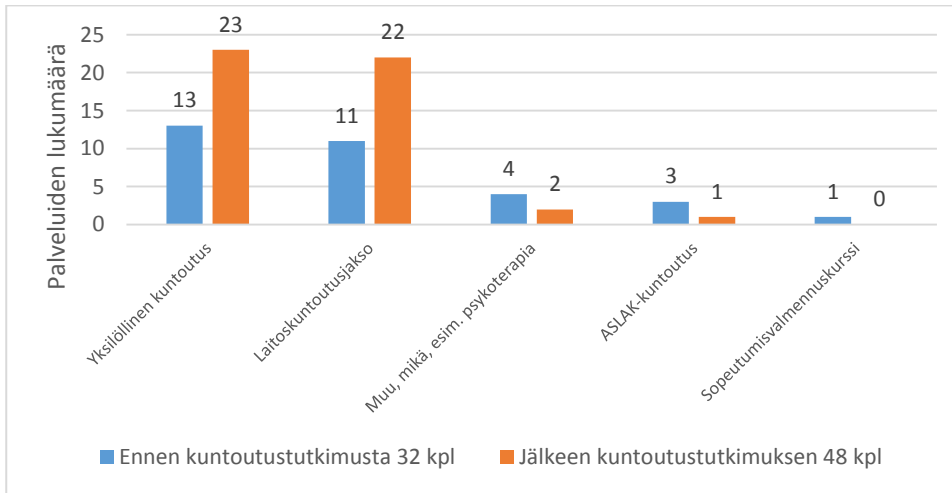
5.4 Kuntoutussuunnitelman toteutuminen asiakkaan arvioimana

Tässä luvussa tarkastelen asiakkaiden saamia kuntoutuspalveluita ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen sekä kuntoutussuunnitelman ja jatkosuositusten toteutumista. Toiseksi tarkastelen hyvinvointia lisäävien keinojen lisääntymistä kuntoutustutkimuksen jälkeen. Kolmanneksi tarkastelen asiakkaiden arvioiden pohjalta, millaisia muutoksia heidän työmarkkina-asemassaan ja toimeentulossaan on tapahtunut kuntoutustutkimuksen jälkeen.

Kuntoutuspalvelut ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen ja jatkosuositusten toteutuminen asiakkaan arvioimana

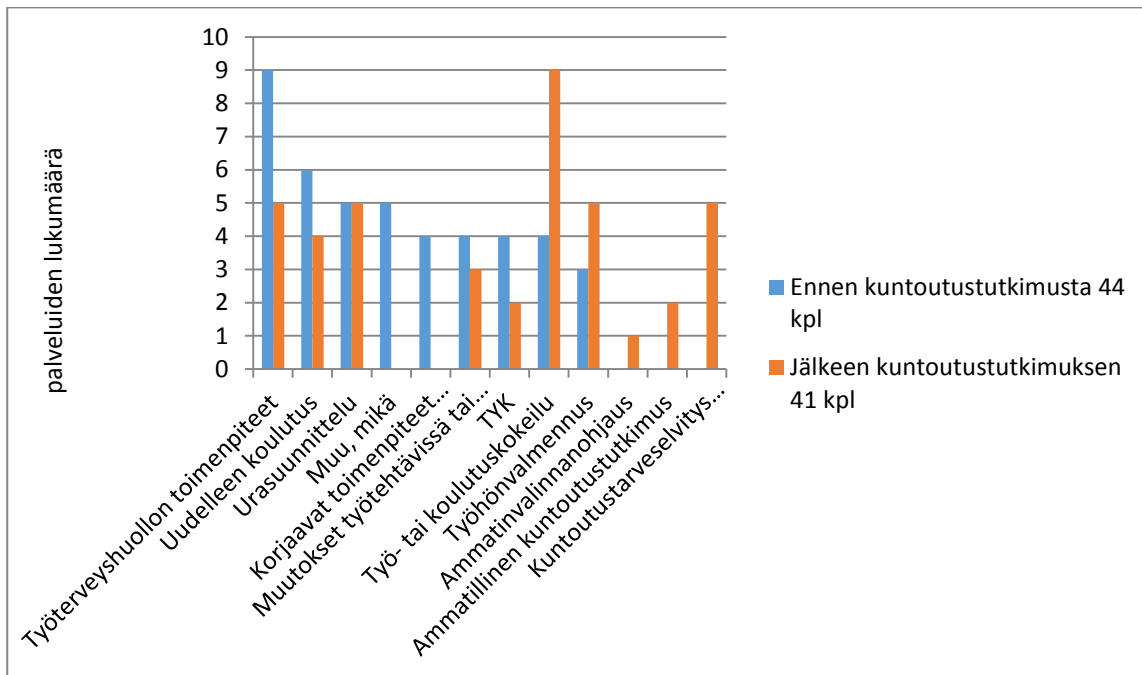
Kyselyyn vastanneista (n=54) hieman yli puolet, 28 asiakasta, oli saanut *ennen kuntoutustutkimusta erilaisia terapioida*. Pääosin yhtä terapiaa, viidellä asiakkaalla oli ollut esimerkiksi sekä yksilöllinen fysioterapia ja laituskuntoutus. Neljä asiakas oli saanut psykoterapiaa.

Kuntoutustutkimuksen jälkeen toteutuneiden yksilöllisten terapioiden (fysio-, toiminta- tai psykoterapia) määrä lisääntyi lähes puolella ja laituskuntoutusjaksot puolella verrattuna tilanteeseen ennen kuntoutustutkimusta. Muut lääkinnällisen kuntoutuksen muodot olivat marginaalisia. Kuntoutuspalveluita toteutui yhteensä 32 kpl *ennen kuntoutustutkimusta* ja 48 kpl *kuntoutustutkimuksen jälkeen*. Kuntoutuspalveluiden muutos ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen on esitetty kuviossa 25.



Kuvio 25. Kyselyyn vastanneiden (n=54) lääkinällisen kuntoutuksen palveluiden (lkm) toteutuminen ennen-jälkeen kuntoutustutkimuksen.

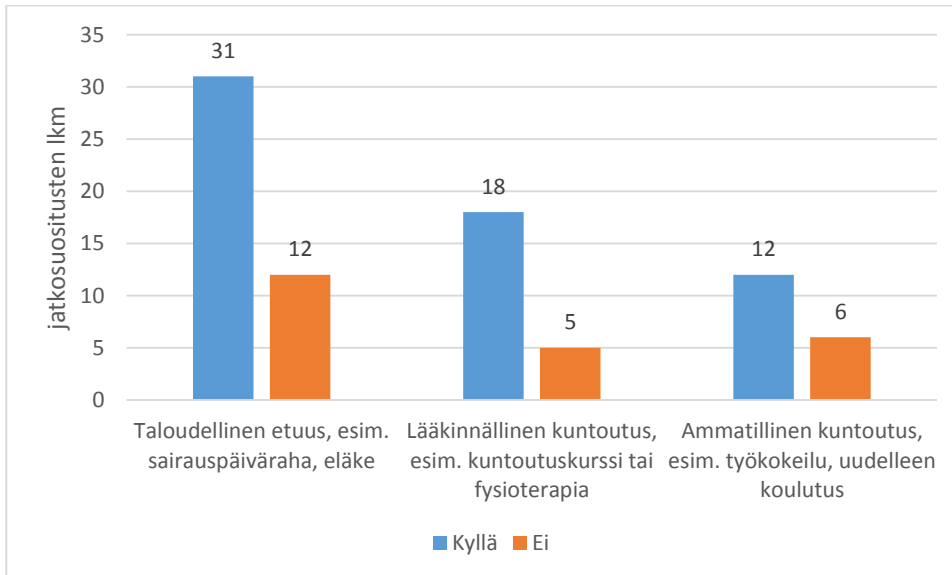
Ammatillisena kuntoutuksena, *ennen kuntoutustutkimusta*, työterveyshuolto oli tehnyt interventioita yhdeksälle asiakkaalle. Kuusi asiakasta oli ollut uudelleen koulutuksessa. Urasuunnittelua oli saanut viisi asiakasta. Korjaavia toimenpiteitä työolosuhteissa oli tehty neljälle ja niin ikään neljälle oli tehty muutoksia työtehtäviin ja työaikoihin. Työhön valmennuksessa oli ollut kolme asiakasta. *Jälkeen kuntoutustutkimuksen* pääasialliset suositukset olivat koskeneet työ- tai koulutuskokeilua sekä työhönvalmennusta. Viisi asiakasta oli urasuunnittelussa ja niin ikään viisi lähetettiin kuntoutustutkimuksen jälkeen lisäksi kuntoutustarveselvitykseen työeläkelaitokseen. TYK-kuntoutusta sai kaksi ja samoin kaksi oli ammatillisessa kuntoutustutkimuksessa. Yksi oli ammatinvalinnanohjauksessa. Kuviossa 26 on esitetty ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen



Kuvio 26. Kyselyyn vastanneiden (n=54) ammatillisen kuntoutuksen palveluiden toteutuminen (lkm) ennen-jälkeen kuntoutustutkimuksen.

Kyselyyn vastanneista asiakkaista (n=54) yhdelle tehtiin kuntoutustutkimus, mutta ei varsinaista kuntoutussuunnitelmaa, vaan hänet ohjattiin te-toimistoon. Muille asiakkaille (n=53) tehtiin kuntoutussuunnitelma, joka sisälsi yhdestä kolmeen suositusta. Laitoskuntoutusta tai fysioterapiaa, suositeltiin 23 asiakkaalle ja ammatillista kuntoutusta, kuten työkokeilu tai uudelleen koulutus, suositeltiin 18:lle ja taloudellista tukea, kuntoutustukea, työkyvyttömyyseläke tai sairauspäiväraha, suositeltiin 43 asiakkaalle. Joillekin asiakkaille tehtiin useita suosituksia.

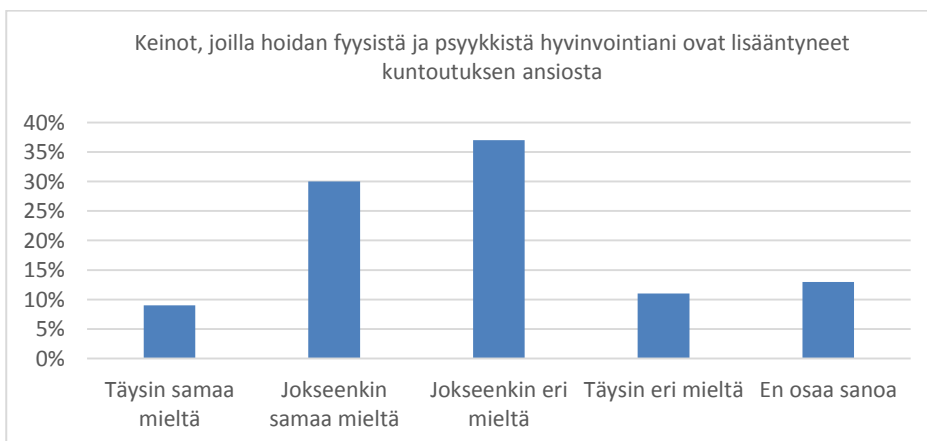
Yhteensä ammatillisia, lääkinnällisiä ja taloudellisia etuuksia koskevia suosituksia tehtiin 84 kpl, joista hyväksyttiin 73 % ja hylättiin 27 %. Kuviossa 27 on esitetty lääkinnällisen, ammatillisen ja taloudellisten suositusten toteutuminen lukumäärinä.



Kuvio 27. Kyselyyn vastanneiden (n=53) lääkinällisten, ammatillisten ja taloudellisten jatko-suositusten (84 kpl) toteutuminen.

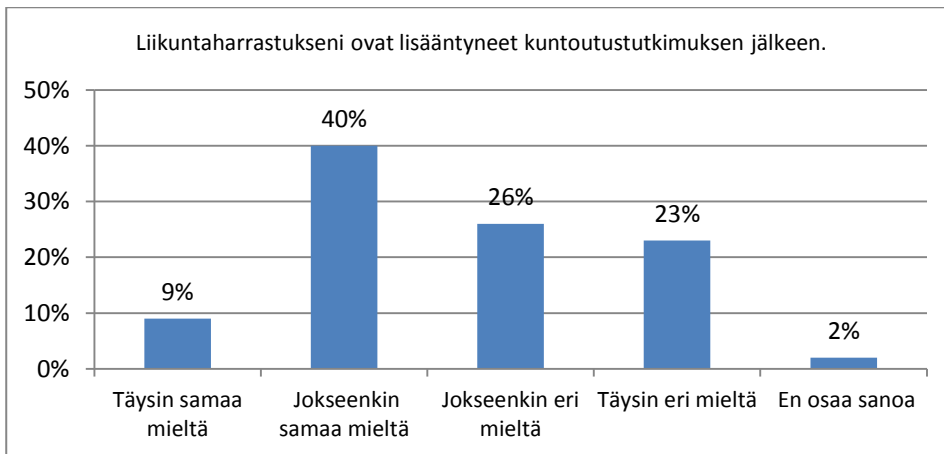
Hyvinvoinnin keinot kuntoutustutkimuksen jälkeen asiakkaan arvioimana

Asiakkaat arvioivat, että kuntoutuksen keinot kuntoutustutkimuksen jälkeen olivat lisääntyneet hieman. Tätä vastaajat arvioivat väittämän ”keinot, joilla hoidan fyysistä ja psyykkistä hyvinvointiani ovat lisääntyneet kuntoutuksen ansiosta” avulla. Vastaajista 39 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Sitä vastoin lähes puolet (48 %) vastaajista oli väittämästä jokseenkin tai täysin eri mieltä ja 13 % ei osannut ottaa kantaa. Kuviossa 28 on esitetty vastaajien arviot kuntoutuksen tuottamiin, lisääntyneisiin ja hyvinvointia lisääviin keinoihin.



Kuvio 28. Kyselyyn vastanneiden (n=54) hyvinvointia lisäävien keinojen lisääntyminen verrattuna ennen kuntoutustutkimusta.

Myös ”liikuntaharrastukset olivat lisääntyneet kuntoutustutkimuksen jälkeen” -väittämään vastaajista lähes puolet vastasi joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja samoin lähes puolet oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että liikuntaharrastukset olisivat lisääntyneet kuntoutustutkimuksen jälkeen. Asiakkaista lähes puolet oli käynyt kuntoutustutkimuksen jälkeen laituskuntoutuksessa, joka voi selittää liikuntaharrastusten lisääntymistä. Kuviossa 29 on esitetty vastaajien arviot liikuntaharrastusten lisääntymisestä kuntoutustutkimuksen jälkeen.



Kuvio 29. Kyselyyn vastanneiden (n=53) liikuntaharrastusten muutos kuntoutustutkimuksen jälkeen.

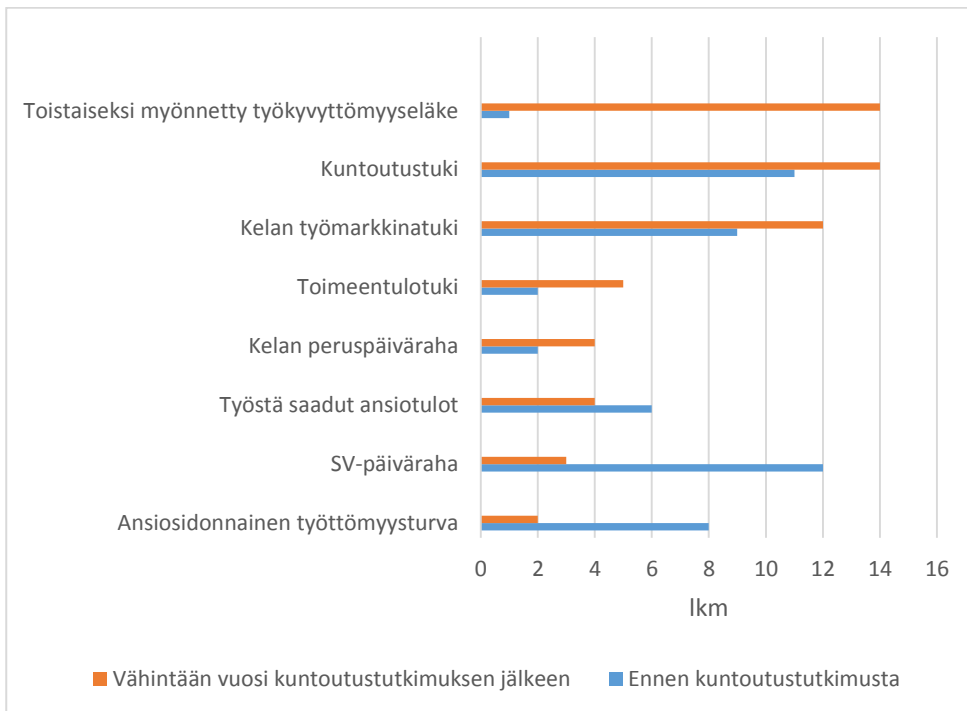
Toimeentulo ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen asiakkaan arvioimana

Kuntoutustutkimusta ennen asiakkaista (n=54) lähes neljäsosa sai toimeentulonsa sairauspäivärahas- ta ja viidesosa oli kuntoutustuella jo tullessaan kuntoutustutkimukseen. Kelan työmarkkinatuella oli lähes saman verran. Ansiosidonnaista työttömyysturvaa sai noin kymmenesosa ja työstä sai ansiotuloja kymmenesosa asiakkaista. Kelan peruspäiväraha ja tapaturmaeläke olivat toimeentulon lähteinä muilla asiakkailla. Lisäksi toimeentulotukea sai kolme asiakkaista.

Kuntoutustutkimuksen jälkeen asiakkaista (n=54) yli puolet sai toimeentulonsa joko kuntoutustuke- na tai toistaiseksi myönnettynä työkyvyttömyyseläkkeenä. Kelan työmarkkinatuen turvin eli yli viidesosa asiakkaista. Työstä sai ansiotuloja alle kymmenesosa ja samoin Kelan peruspäivärahaa. Loput asiakkaista saivat toimeentulonsa sairauspäivärahasta tai tapaturmavakuutuksesta. Lisäksi toimeentulotukea sai lähes kymmenesosa asiakkaista.

Yhteenvedona voidaan todeta, että pääasiallinen toimeentulo ennen kuntoutustutkimusta oli sairaus- päiväraha tai kuntoutustuki ja jälkeen kuntoutustutkimuksen se oli toistaiseksi myönnetty työkyvyt- tömyyseläke tai kuntoutustuki. Työstä saadut ansiotulot vähentyivät kuntoutustutkimuksen jälkeen. Tutkimusjoukosta neljä sai toimeentulonsa palkkatyöstä kuntoutustutkimuksen päättymisen jälkeen,

mikä oli kaksi vähemmän kuin kuntoutustutkimukseen tullessa. Toimeentulotuen saajat lähes kaksinkertaistuivat kuntoutustutkimuksen jälkeen. Pääasialliset toimeentulot (lkm) ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen on esitetty kuviossa 30.



Kuvio 30. Kyselyyn vastanneiden (n=54) pääasiallinen toimeentulo (lkm) ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen.

5.5 Muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana

Tässä luvussa käsittelen ICF-luokituksen mukaisia terveydentilaan liittyviä muuttujia ja niissä tapahtuneita muutoksia asiakkaan arvioimina siltä osin kuin ne liittyivät kuntoutustutkimuksen kannalta merkityksellisiin toiminta- ja työkykyä kuvaaviin tekijöihin. Toiseksi tarkastelen asiakkaan arvioimia muutoksia kehon ja ruumiin toimintojen sekä suoritukset ja osallisuus osa-alueilla. Kolmanneksi tarkastelen asiakkaan arvioimia muutoksia kontekstuaalisissa tekijöissä. ICF-luokitusta on selitetty tarkemmin luvussa 3.4.

Muutokset terveydentilaa kuvaavissa muuttujissa ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen asiakkaan arvioimana

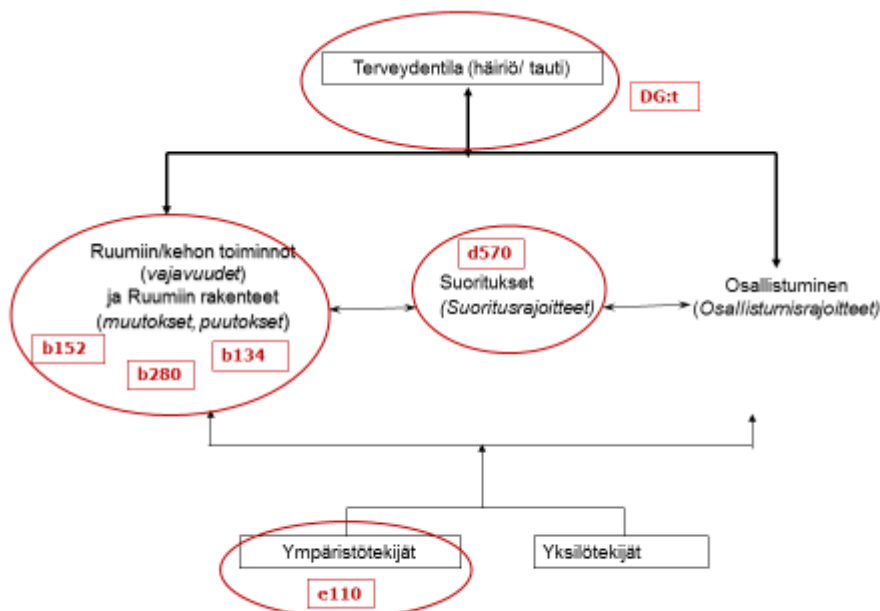
Terveydentilaa kuvaavat muuttujat oli valittu lääketieteellisen terveydentilan (ICD-10) ja toiminnallisen terveydentilan alueilta. Terveydentilaa arvioivat muuttujat oli poimittu kolmelta eri osa-alueelta *ruumiin/kehon toiminnot osa-alueelta (b)*, *suoritukset ja osallistuminen (d)* sekä *ympäristö-*

tekijät osa-alueelta (e). Pääluokkia oli neljä : 1. Mielen toiminnot (b), 2. Aistitoiminnot ja kipu, (b), 3. Itsestä huolehtiminen (d) ja 4. Tuotteet ja teknologia (e). Muuttujat oli operationaalistettu ja ne olivat korkeamman tason ulottuvuuksia eli aihealueita. Muuttujia oli kuusi ja ne on kuvattu taulukossa 9.

Taulukko 9. Esitietolomakkeessa (B, liite 7) ja kyselylomakkeessa (C, liite 8) käytetyt ICF-luokituksen terveydentilaan liittyvät muuttuja, koodit ja aihealueet.

	Muuttuja	Osa-alue ja ICF-koodi	Aihealue
1.	Terveydentila	Terveydentila, häiriö/tauti (DG)	
2.	Terveydentilasta huolehtiminen	d570	Omasta terveydestä huolehtiminen
3.	Mieliala	b152	Tunne-elämän toiminnot
4.	Nukkuminen	b134	Unitoiminnot
5.	Kipu	b280	Kipuaistimus
6.	Ravitseminen	e110	Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen

Kuviossa 31 on liitetty terveydentilaa kuvaavien muuttujien koodit ICF-viitekehyksen eri osa-alueille. Lisäksi mukana ovat asiakkaalle asetetut diagnoosit, jotka otin asiakkaiden sairauskertomuksista. Asiakkaat kuvasivat omaa terveydentilaansa myös janalla ja numeerisesti.



Kuvio 31. Terveydentilaa kuvaavat ja asiakkaan ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen arvioimat ICF-luokituksen aihealueiden koodit (5 kpl+ diagnoosit).

(ICF, Stakes 2004, 18.)

Asiakkaan terveydentilassa tapahtuneita muutoksia haettiin vertailemalla muuttujien arvoja ennen kuntoutustutkimusta ja vähintään vuosi sen jälkeen. Muutoksen testaamiseen käytin Wilcoxon Signed Ranks -testiä. *Terveydentila* (n=50) muuttui positiiviseen suuntaan 40:llä ja negatiiviseen suuntaan 10:llä asiakkaalla. *Terveydentilasta huolehtiminen* (n=48) lisääntyi 30:llä ja vähentyi 15:llä asiakkaalla. *Mieliala* (n=51) koheni 36:lla ja heikentyi 15:llä asiakkaalla. *Nukkuminen* (n=50) parantui 31:llä ja heikentyi 15:llä asiakkaalla. *Kivun kokemus* (n=50) vähentyi 16:lla ja voimistui 28:lla asiakkaalla. *Ravitsemuksensa* (n=49) tilan arvioi parantuneen 29 ja heikentyneen 15 asiakasta. Kuudesta muuttujasta viiden muutos oli tilastollisesti merkitsevä tai melkein merkitsevä: terveydentila ($Z=-3,7$; $p=.00$), terveydentilasta huolehtiminen ($Z=-2,2$; $p=.024$), mieliala ($Z=-3,1$; $p=.02$), nukkuminen ($Z=-2,5$; $p=.01$), kipu ($Z=-2,6$; $p=.007$). Ravitsemuksessa tapahtuva muutos ei näyttänyt tilastollista merkitsevyyttä ($Z=1,6$; $p=.095$). Taulukossa 10 on kuvattu terveydentilaa kuvaavien muuttujien muutosten keskiarvot. Asiakkaat arvioivat muutosta 0-100 mm:n pituisen janalla, jota on selitetty tarkemmin luvussa 4.4. aineiston analyysi.

Taulukko 10. Asiakkaiden (n=48-51) janoilla (0-100mm) arvioimien, terveydentilaa kuvaavien muuttujien muutosten keskiarvot.

Muutokset	n	Muutosten keskiarvo	
Terveydentila	Negatiivinen muutos	10 ^a	25,35
	Positiivinen muutos	40 ^b	25,54
	Muutos 0	0 ^c	
	Total	50	
Terveydentilasta huolehtiminen	Negatiivinen muutos	15 ^d	21,20
	Positiivinen muutos	30 ^e	23,90
	Muutos 0	3 ^f	
	Yhteensä	48	
Mieliala	Negatiivinen muutos	15 ^g	22,03
	Positiivinen muutos	36 ^h	27,65
	Muutos 0	0 ⁱ	
	Yhteensä	51	
Nukkuminen	Negatiivinen muutos	15 ^j	20,40
	Positiivinen muutos	31 ^k	25,00
	Muutos 0	4 ^l	
	Yhteensä	50	
Kipu	Negatiivinen muutos	16 ^m	16,53
	Positiivinen muutos	28 ⁿ	25,91
	Muutos 0	6 ^o	
	Yhteensä	50	
Ravitsemus	Negatiivinen muutos	15 ^p	23,47
	Positiivinen muutos	29 ^q	22,00
	Muutos	5 ^r	
	Yhteensä	49	

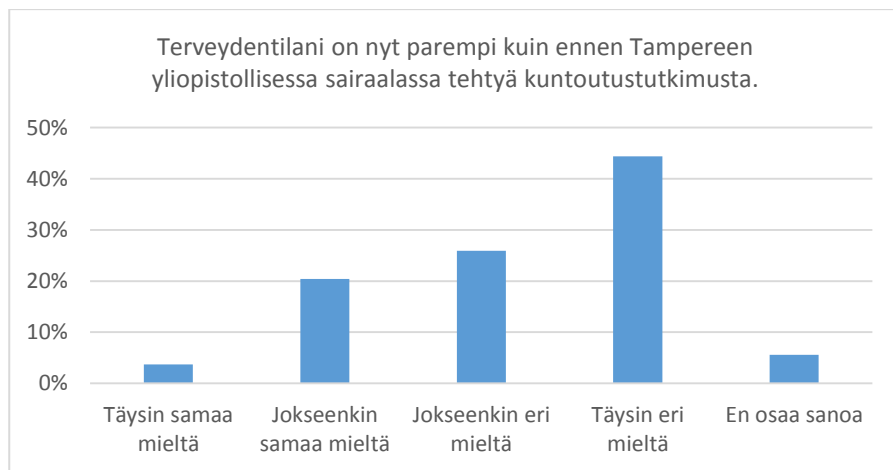
Terveydentila kuntoutustutkimuksen jälkeen asiakkaan arvioimana

Asiakkailta (n=54) kysyttiin numeerista (asteikolla 4–10) arviota omasta terveydestään kuntoutustutkimuksen jälkeen. Keskiarvo oli 6,13, mediani 6,0 ja vaihteluväli 4–10. Numeerista arvioita omasta terveydestä ei kysytty ennen kuntoutustutkimusta lähetetyssä esitietolomakkeessa, joten muutosta ei voitu arvioida ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen. Asiakkaiden arviot omasta terveydentilastaan kuntoutustutkimuksen jälkeen on esitetty taulukossa 11.

Taulukko 11. Asiakkaiden (n=54) arvio omasta terveydentilastaan asteikolla 4–10 kuntoutustutkimuksen jälkeen.

Arvosana (4-10)	Lkm	%
4	5	9,3
5	12	22,2
6	19	35,2
7	11	20,4
8	4	7,4
9	2	3,7
10	1	1,9
Yht.	54	100,0

Asiakkaat arvioivat väittämää ”terveydentilani on parempi nyt kuin ennen Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehtyä kuntoutustutkimusta” samansuuntaisesti kuin numeerisestikin. Väittämästä oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä 70 % vastaajista. Väittämän kanssa oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä 24 %. Vastaajista 6 % ei osannut ottaa asiaan kantaa terveydentilaansa. Kuviossa 32 on esitetty asiakkaiden arviot terveydentilansa muutoksesta ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen.



Kuvio 32. Terveydentila verrattuna ennen kuntoutustutkimusta (n=54).

Muutokset toiminta- ja työkykyä kuvaavissa muuttujissa ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen asiakkaan arvioimana

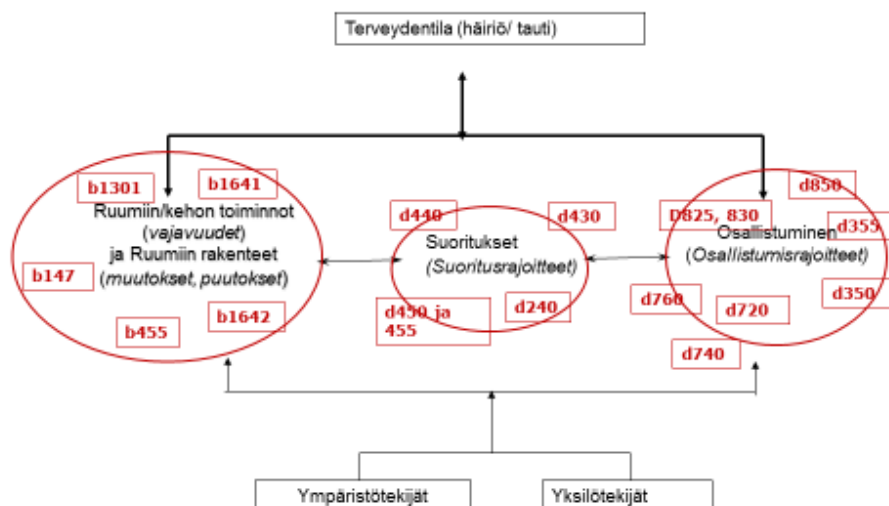
Siirryn käsittelemään ICF-luokituksen mukaisia toiminta- ja työkykyä kuvaavia muuttujia ja niissä tapahtuneita muutoksia. Muuttujat oli valittu kahdelta ICF:n osa-alueelta: *ruumiin/kehon toiminnot* osa-alueelta (b) sekä *suoritukset ja osallistuminen* (d) osa-alueelta. Näiltä osa-alueilta oli valittu arvioitavaksi muuttujat kuudesta pääluokasta: 1. Taitojen hankkiminen, 2. Yleisluonteiset tehtävät

ja vaateet, 3. Kommunikointi, 4. Liikkuminen, 6. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet. Toiminta- ja työkykyä kuvaavat muuttujat (n=16) on esitetty taulukossa 12.

Taulukko 12. Esitietolomakkeessa (B, liite 7) ja kyselylomakkeessa (C, liite 8) käytetyt ICF-luokituksen ruumiin/kehon toiminnot (b) sekä suoritukset ja osallistuminen (d) liittyvät muuttuja, koodit, aihealue tai kuvauskohde.

	Muuttuja	ICF-koodi	Aihealue	Kuvauskohde
1.	Osallistuminen ansiotyöhön	d850	vastikkeellinen työ	
2.	Osallistuminen koulutukseen	d825, 830	ammattillinen ja korkea-asteen koulu	
3.	Työpaikan ihmissuhteet	d740	muodolliset ihmissuhteet	
4.	Asioiden puheeksi ottaminen	d355	asiakeskustelu	
5.	Keskusteluun osallistuminen	d350	keskustelu	
6.	Yhteistyötaidot	d720	henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus	
7.	Aloite- ja suunnittelukyky	b1641		korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot
8.	Motivaatio	b1301		motivaatio
9.	Ajan hallinta	b1642		ajan hallinta
10.	Toimintojen nopeus	b147	psykomotoriset toiminnot	
11.	Rasituksen sieto	b455	rasituksen sietotoiminnot	
12.	Stressin hallinta	d240	stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen	
13.	Esineiden nostaminen ja kantaminen	d430	nostaminen ja kantaminen	
14.	Käveleminen ja liikkuminen	d450, 455	käveleminen	
14.	Käden hienomotorinen käyttö	d440	käden hienomotorinen käyttäminen	
16.	Perhesuhteet	d760	perhesuhteet	

Kuviossa 33 on liitetty edellä mainitut työ- ja toimintakykyä kuvaavien muuttujien koodit ICF-viitekehysten eri osa-alueille.



Kuvio 33. Toiminta- ja työkykyä kuvaavat ja asiakkaan ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen arvioimat ICF-luokituksen aihealueiden ja kuvauskohteiden koodit (18 kpl). (ICF, Stakes 2004, 18.)

Asiakkaat (n=54) arvioivat omia toiminta- ja työkykyyn liittyviä rajoitteitaan ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen. Toiminta- ja työkykyyn liittyviä rajoitteita oli kirjattu avoimissa vastauksissa lähes jokaiseen lomakkeeseen: *ennen kuntoutustutkimusta* vastauksia oli kirjattu hieman vähemmän (83 %) kuin *jälkeen kuntoutustutkimuksen* (91 %). Sekä ennen että jälkeen vastauksissa toimintakykyrajoitteet olivat samansuuntaisia. Merkittävin toiminta- ja työkykyrajoitetekijä oli kipua. Avoimissa vastauksista lähes jokainen käsitteli eri tavalla ilmenevää kipua. Vastauksista nousivat esiin myös eri aisteihin liittyvät ongelmat, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä masennus. Avoimissa vastauksissa ennen ja jälkeen ei ollut havaittavissa merkittäviä muutoksia lukuun ottamatta yhtä. *Uupumus* sanana esiintyi useammin *ennen kuntoutustutkimusta* täytetyssä esitietolomakkeissa (B, liite 7) kuin jälkeen kuntoutustutkimuksen täytetyssä kyselylomakkeessa (C, liite 8).

Asiakkaan toiminta- ja työkyvyssä tapahtuneita muutoksia haettiin vertailemalla muuttujien arvoja ennen kuntoutustutkimusta ja vähintään vuosi sen jälkeen. Kaikkien muuttujien arvot paranivat. Tilastollista merkitsevyyttä muutokset eivät toiminta- ja työkyvyssä tuottaneet. Stressin hallinta ($Z=-2,5$; $p=.010$) ja perhesuhteet ($Z=-2,2$; $p=.023$) olivat lähinnä tilastollista merkitsevyyttä. Stressin hallinta (n=41) parani 28:lla ja heikentyi 10:llä asiakkaalla kolmella se pysyi samana ja 13 jätti kokonaan vastaamatta stressin hallintaan. Perhesuhteet (n=44), jotka asiakkaat olivat arvioineet vahvuustekijöikseen jo ensimmäisessä mittauksessa, arvioitiin toisessakin mittauksessa merkittäviksi vahvuustekijöiksi. Muuttujan arvo parani 25:llä ja heikentyi 14:llä asiakkaalla, viidellä se pysyi samana. Kymmenen jätti vastaamatta perhesuhteita mittavaan muuttujaan.

Muutokset kontekstuaalisia tekijöitä kuvaavissa muuttujissa ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen asiakkaan arvioimana

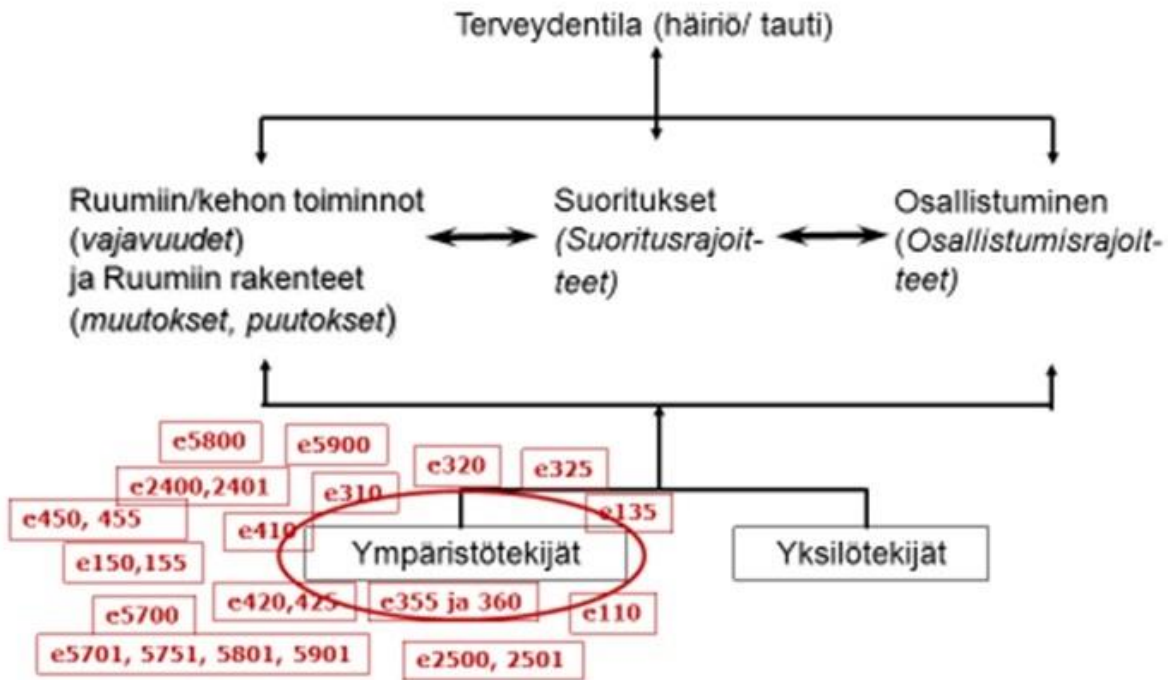
Siirryn käsittelemään asiakkaan arvioimia muutoksia ICF-luokituksen mukaisissa kontekstuaalisissa tekijöissä (*yksilö- ja ympäristötekijät*), jotka liittyvät toiminta- ja työkyvyn arviointiin. ICF luokittelee ympäristötekijät, mutta ei yksilötekijöitä, joten tarkastelen yksilötekijöitä lähinnä asiakkaiden kirjallisesti tuottamien vahvuuksien muutosten kautta.

Ympäristötekijöitä arvioivia muuttujia oli 16 ja kaikki ICF:n ympäristötekijöiden pääluokat olivat edustettuina. Muuttujat oli operationaalistettu ja ne oli valittu pääluokkien sisällä olevista aihealueista tai kuvauskohteista. Luokitusta on tarkemmin selitetty luvussa 3.4. Ympäristötekijöiden pääluokkia olivat: 1. Tuotteet ja teknologia, 2. Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset, 3. Tuki ja keskinäiset suhteet, 4. Asenteet 5. Palvelut hallinto ja politiikka. Ympäristötekijöitä arvioivat muuttujat on esitetty taulukossa 13.

Taulukko 13. Esitietolomakkeessa (B, liite 7) ja kyselylomakkeessa (C, liite 8) käytetyt ICF-luokituksen ympäristötekijöihin (e) liittyvät muuttuja, koodit, aihealue tai kuvauskohde.

	Muuttuja	ICF-koodi	Aihealue	Kuvauskohde
1.	Perheeltä saatu tuki	e310	lähiperhe	
2.	Ystäviltä saatu tuki	e320	ystävät	
3.	Työtovereilta saatu tuki	e325	tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet	
4.	Ammattihenkilöiltä saatu tuki	e355, 360	terveydenhuollon ja muut ammattihenkilöt	
5.	Perheen asenteet	e410	lähiperheen jäsenten asenteet	
6.	Ystävien ja tuttavien asenteet	e420, 425	ystävien, tuttavien, naapurien ja yhteisön jäsenten asenteet	
7.	Työtoverien asenteet	e425	työtoverien asenteet	
8.	Ammattihenkilöiden asenteet	e450, 455	terveydenhuollon ja muiden ammattihenkilöiden asenteet	
9.	Lääkkeet	e110	syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen	
10.	Työtila	e150, 155	julkisten tai yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologia	
11.	Työvälineet	e135	työssä käytettävät tuotteet ja teknologiat	
12.	Melu	e2500, 2501		ääni
13.	Valaistus	e2400, 2401		valo
14.	Palvelujärjestelmät	e5701,5751,5801,5901		sosiaaliturvahallinto, yleisen sosiaalisen tuen hallinto, terveyshallinto, työ- ja työllistämishallinto
15.	Työllistämispalvelut	e5900		työ- ja työllistymispalvelut
16.	Ammatillisen kuntoutuksen palvelut	e5900		työ- ja työllistymispalvelut

Lisäksi kohdassa terveydentila on käsitelty ympäristötekijöihin kuuluvaa muuttujaa ravitsemus (e110) aihealueena *Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen*. Kuviossa 34 on liitetty kaikki ympäristötekijöitä kuvaavat koodit ICF-viitekehyksen kyseiseen osa-alueeseen.



Kuvio 34. Ympäristötekijöitä kuvaavat ja asiakkaan ennen ja jälkeen kuntoutustutkimuksen arvioimat ICF-luokituksen aihealueiden ja kuvauskohteiden koodit (25 kpl).

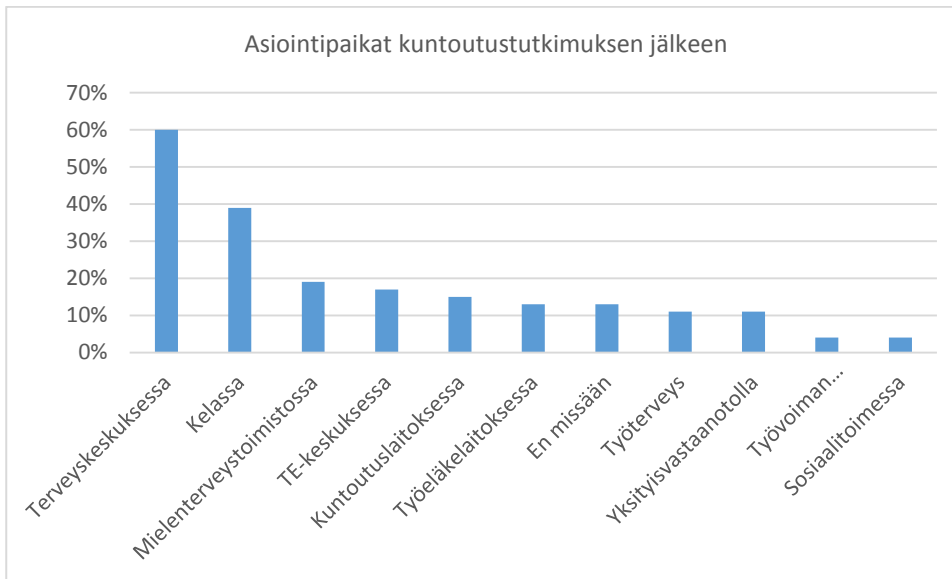
(ICF, Stakes 2004, 18.)

Asiakkaiden ympäristötekijöissä tapahtuneita muutoksia haettiin vertailemalla muuttujien arvoja ennen kuntoutustutkimusta ja vähintään vuosi sen jälkeen. Ympäristötekijöitä arvioivaan kategoriin asiakkaat olivat vastanneet kaikkein heikommin. Ympäristötekijät liittyvät oleellisesti ympäristöön, missä ihmiset elävät ja työhön liittyviin tekijöihin. Tuloksista käy ilmi, että useimmin muutos oli positiivinen kuin negatiivinen, mutta tilastolliseen merkitsevyyteen positiiviset muutokset eivät riittäneet. Muuttujista 12:ssa oli havaittavissa positiivinen muutos.

Asiakkaat arvioivat neljän muuttujan kääntyneen negatiiviseen suuntaan. Nämä muuttujat olivat: ammattihenkilöiltä saatu tuki (n=37), yhteiskunnan palvelujärjestelmät (n=30), työllistämispalvelut (n=28) ja ammatillisen kuntoutuksen palvelut (n=24). Työtovereilta saatuun tukeen vastasi ainoastaan kahdeksan asiakasta eikä tässä muuttujassa ollut havaittavissa muutosta, joka selittynee sillä, että harvalla vastaajalla oli työtovereita, koska vain harva oli työssä vastaamishetkellä. Kaikki muuttujat, joiden muutoksen suunta oli negatiivinen liittyvät oleellisesti yhteiskunnallisiin palvelujärjestelmiin.

Kuntoutustutkimuksen jälkeen lähetetyssä kyselylomakkeessa kysyin asiakkailta, missä he olivat hoitaneet kuntoutukseen liittyviä asioitansa kuntoutustutkimuksen jälkeen. Tähän kysymykseen

kaikki asiakkaat (n=54) vastasivat. Asiakkaista yli puolet (59 %) oli asioinut terveyskeskuksessa kuntoutukseen liittyvissä asioissa ja yli kymmenesosa ilmoitti, että ei asioi missään kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Toiseksi eniten asioitiin Kelassa ja kolmanneksi eniten mielenterveystoimissa. Myös kuntoutuslaitoksessa oli hoidettu kuntoutustutkimuksen jälkeen asiakkaiden kuntoutusasioita, samoin työeläkelaitoksissa. Työterveydessä tai yksityisvastaanotolla oli hoidettu niin ikään kuntoutusasioita. Muutama asiakas oli hoitanut asioitaan työvoiman palvelukeskuksessa tai sosiaalitoimistossa. Kuviossa 35 on esitetty kuntoutusasiointiin liittyvät prosentuaaliset arviot.



Kuvio 35. Vastaajien (n=54) kuntoutusasiointiin liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot kuntoutustutkimuksen jälkeen.

Asiakkaista kolmella oli ollut viisi asiointiin liittyvää organisaatiota ja viidellä oli neljä. Asiakkaista 15 ilmoitti kaksi asiointiin liittyvää organisaatiota ja se oli tavallisin määrä. Useimmiten asiakas ilmoitti terveyskeskuksen ja Kelan.

Muutokset yksilötekijöissä asiakkaan arvioimina

Yksilötekijöihin liittyviä vahvuuksia oli kirjannut 80 % (n=54) vastaajista *ennen kuntoutustutkimusta* ja 50 % (n=54) vastaajista *jälkeen kuntoutustutkimuksen*. *Ennen kuntoutustutkimusta* asiakkaat kirjjasivat 98 vahvuutta ja *jälkeen* vahvuuksia oli kirjattu kolmasosa verrattuna ennen kuntoutustutkimusta eli 31 kpl.

Ennen kuntoutustutkimusta kirjatuiista vastauksista nousivat esiin vahvuuksina *ennen kuntoutustutkimusta* esimerkiksi ahkeruus, vastuuntunto ja tunnollisuus (13) ja sosiaalisuus, vuorovaikutustaidot ja ihmisosaaminen (11) sekä keskittymiskyky, tarkkuus ja huolellisuus (10). Vahvuudet liittyivät enemmän työhön kuin muihin yksilötekijöihin.

Sitä vastoin *kuntoutustutkimuksen jälkeen* toiminta- ja työkykyyn liittyvien vahvuuksien kirjaaminen olivat oleellisesti vähentyneet. Vahvuuksista mainittiin muun muassa luovuus, uuden työn oppiminen, ammattitaidon säilyminen, kädentaidot ja yksi kertoi tekevänsä työnsä samoin kuin ennenkin. Vahvuudet liittyivät arjessa pärjäämiseen, kuten ”*hengissä pysyminen kaikesta huolimatta*”, *jaksan hoitaa koiraani ja miestäni ja tehdä arkiaskareita*” tai ”*pärjään kotona, pystyn siivoamaan ja laittamaan ruokaa, olen paljon auttanut muita*”. Lisäksi nousivat kuntoutuksen aikaansaamat vaikutukset, kuten kivun hallintakeinojen lisääntyminen, itsestä huolehtiminen ja terveellinen elämä.

Omia yksilötekijöihin liittyviä vahvuuksia oli kirjattuna *ennen kuntoutustutkimusta* lähes jokaiseen lomakkeeseen (80 %), mutta *jälkeen kuntoutustutkimuksen* vahvuuksia oli kirjattu puoleen lomakkeista. Taulukossa 14 on kirjattu kategoriat vastaajien (n=43) *ennen kuntoutustutkimusta* tuottamista yksilötekijöihin liittyvistä vahvuuksista ja *jälkeen kuntoutustutkimuksen* (n=27) tuotetuista vahvuuksista. Yksittäisiä vahvuuksia oli kirjattu *ennen kuntoutustutkimusta* lähes 100 kpl ja *jälkeen kuntoutustutkimuksen* noin kolmasosa siitä.

Taulukko 14. Vastaajien (n=43 ja 27) käsityksiä yksilötekijöihin liittyvistä vahvuuksistaan.

* Vahvuuksia esittävään taulukkoon ei ole liitetty tunnistekoodoja tarkoituksenmukaisuussyistä.

Omat vahvuudet	lkm		lkm
ennen kuntoutustutkimusta (n=43)		jälkeen kuntoutustutkimuksen (n=27)	
ahkeruus, vastuuntunto ja tunnollisuus	13		
sosiaalisuus, vuorovaikutustaidot ja ihmisosaaminen	11		
keskittymiskyky, tarkkuus ja huolellisuus	10		
organisointikyky ja kokonaisuuden hallinta	7		
optimismi, avoimuus, elämänmyönteisyys	6	optimismi, elämänmyönteisyys	3
luovuus ja verbaalisuus	5	luovuus	1
kiinnostus työtä kohtaan, halu ja kyky oppia uutta	5	halu oppia uutta, uuden ammatin oppiminen	4
asiakaspalveluosaaminen	5		
periksiantamattomuus ja sinnikkyys	5		
ei ole vahvuuksia	4	ei ole vahvuuksia	4
huolenpito, hoivaaminen	4		
käden taidot	4	käden taidot	4
kyky itsenäiseen työskentelyyn	4	omatoimisuus	1
esimiesosaaminen	3		
pitkä työkokemus omalta alalta	3		
matemaattisuus	3		
muisti	3		
kotityöt	2	kotityöt	6
		hengissä pysyminen kaikesta huolimatta	2
		terveellinen elämä ja itsestä huolehtiminen	6
		osaamista ja ammattitaitoa on jäljellä	3
ongelmanratkaisukyky	1		
Yhteensä	98		34

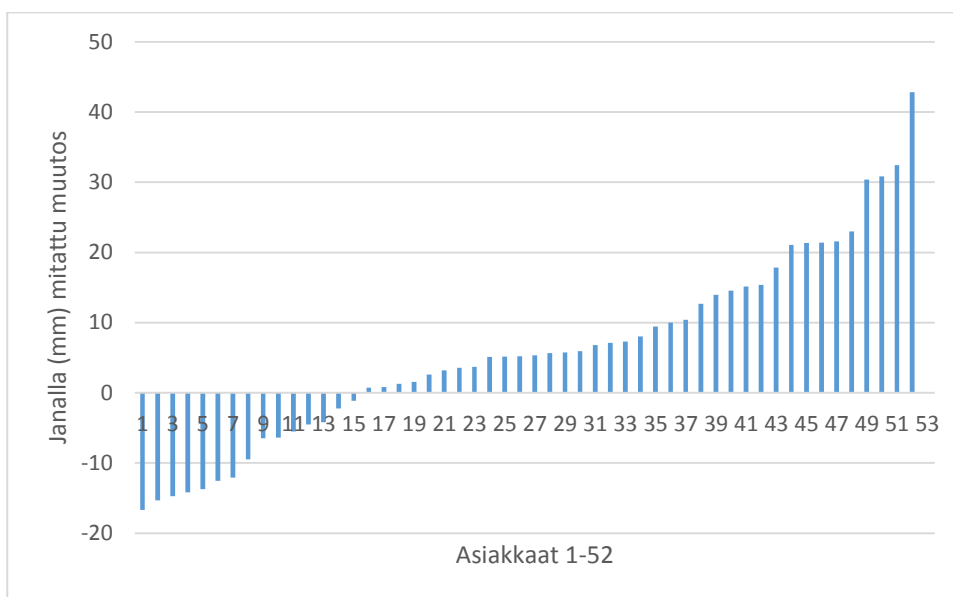
Asiakkaan arvioimat toiminta- ja työkyvyssä tapahtuneiden muutosten keski-arvot

Tein yhteenvedon toiminta- ja työkyvyssä tapahtuneista muutoksista. Käytin kaikkia arvioitujia muuttujia (=janoja), joita oli yhteensä 38 kpl. Niiden avulla asiakkaat arvioivat muutoksia terveydentilassa, ruumiin/kehon toiminnoissa, suorituksissa ja osallistumisessa sekä ympäristötekijöissä. Lisäksi testasin korrelaatioita saadakseni selityksen, mikä selittää muutoksia.

Vastaajista 52 (n=54) oli täyttänyt muutoksia kuvaavat janat niin, että niiden perusteella oli mahdollista tehdä muutosten keskiarvo. Kaksi vastaajaa ei ollut kyennyt vastaamaan janoihin niin, että vastausten perusteella olisi voinut luotettavasti laskea muutosten keskiarvoa. Toinen vastaajista ilmoitti, että voimat eivät riitä täyttämään lomaketta loppuun. Hän täytti vain kaksi ensimmäistä sivua.

Samoin toinen vastaajista jakoi täyttää vain kaksi ensimmäistä sivua. Syyt vastaamattomuuteen olivat henkilökohtaisessa elämäntilanteessa.

Saatu tulos osoittaa, että hieman alle kolmannes muutosten keskiarvoista on negatiivisia, samoin noin kolmannes muutosten keskiarvoista kulkee lähellä nollaa ja yli kolmannes asiakkaiden muutosten keskiarvoista näyttävät selkeästi (yli 6 mm) positiivisena muutoksena. Kaikkien niiden vastaajien, jotka olivat saaneet myönteisen päätöksen työkyvyttömyyseläkkeestä, muutosten keski-arvo oli muuttunut positiiviseen suuntaan. Kuviossa 36 on kuvattu janoilla (10 cm) mitattujen 38 muuttujan muutosten keskiarvot asiakkaiden (n=52) arvioimina.



Kuvio 36. Muutosta kuvaavien ICF-luokituksen eri osa-alueilta poimittujen muuttujien muutosten keskiarvot (n=52).

Eri muuttujien välisen korrelaation testaamiseen käytin sekä Pearsonin että Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa eli Spearmanin rho ei-parametristä tilastollisen riippuvuuden mittaamiseen tarkoitettuja testejä. Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin ei reagoi parametrien suuriin poikkeamiin yhtä voimakkaasti kuin esimerkiksi Pearsonin korrelaatiotesti. (KvantiMOTV; Heikkilä 2014, 192–199.) Korrelaatio oli eri muuttujien välillä heikko eikä niiden välillä esiintynyt yhteisvaihtelua.

5.6 Tutkimustulosten yhteenveto

Kuntoutumisasiakkaat olivat *työkäisiä*, joilla oli noin 20 vuotta työvuosia jäljellä. He olivat yhtä usein naisia kuin miehiä ja heillä oli pääosin suoritettuna keski- tai peruskoulu ja ammattikoulutut-

kinto. Asiakkaista yli kolmasosa ohjautui kuntoutustutkimuspoliklinikalle *perusterveydenhuollosta* ja lähes kolmasosa *erikoissairaanhoidon erikoisaloilta*. Kolmannen kategorian muodostivat työterveyshuolto, yksityislääkärit, työvoimatoimisto, mielenterveyspalvelut ja vakuutusyhtiöt.

Asiakkaiden diagnooseista *kuntoutustutkimuksen jälkeen* lähes puolet kuului diagnoosiryhmään tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Toisena varsinaisena diagnoosiryhmänä tulivat mielenterveyden häiriöt. Kuntoutustutkimus johti kuntoutussuunnitelmanevotteluun 65 %:lla asiakkaista. Kohdeperusjoukon asiakkaista (N=347) 74 oli ollut hoidossa tai tutkimuksessa kolmella eri vastuualueella³³ ja yhdellä oli ollut hoito ja tai tutkimuksia 11 vastuualueella ja muilla vastuualueiden määrä vaihteli näiden ääripäiden välillä.

Monisairaat kategoriasta (n=66) muodostettiin kolme erilaista monisairaan tyyppiä ja tarinaa. *Monisairas 1*, jolla on monia perussairauksia: asiakkaalla (n=33) oli useita kroonisia sairauksia. Erikoissairaanhoidossa tällainen useita sairauksia sairastava potilas on tyypillinen monisairas ihminen. *Monisairas 2*, jolla on tuki- ja liikuntaelinsairauksia, kipu ja mielen alakulo: asiakkaalla (n=24) oli krooninen kipu ja häntä oli hoidettu usealla eri erikoisalalla ja hänelle oli tyypillisesti asetettu useita tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyviä diagnooseja. Lisäksi useimpien sairauskertomuksissa oli maininta koetusta mielen alakulosta tai usein asetettu diagnoosi. Hänen terveydentilansa seurannasta vastasi joko työterveys tai perusterveydenhuolto. *Monisairas 3*, joka on monioireinen: asiakkaalla (n=9) oli usean elinjärjestelmän oireita. Asiakkaan sairaustilanne jäi epäselväksi ja määrittämättömäksi. Hänellä oli paljon oireita, joita ei kaikkia ollut kyetty bioprosessien eikä myöskään diagnosoidun masennuksen avulla selittämään. Työkyvyn ongelma on ilmeinen.

Sairastavuuden erojen ja palvelujen käytön lisäksi eroavaisuuksia tuli myös ICF-luokituksen osa-alueilla. Kaikilla monisairailta ICF-luokituksen osa-alue kehon ja ruumiin toiminnot näyttäytyi ongelmallisimpana. Niitä olivat kipu (b280), uniongelmat (b134), rasituksen sietokyky (b455), toimintojen nopeus (b147) ja mieliala (b152). Monisairailta 1 ja 2 muutkin muuttujat olivat pääasiassa ongelmia, mutta monisairas 3:llä oli vahvuuksia aloite- ja suunnittelukyvyssä (b1641) ja motivaatiossa (b1301) ja ajan hallinnassa.

Suoritukset ja osallistuminen (d) osa-alueella monisairas 2:lla kaikki muut muuttujat olivat ongelmia, paitsi perhesuhteet. Sitä vastoin monisairas 1:llä oli perhesuhteiden lisäksi vahvuuksia myös asioiden puheeksi ottamisessa (d355) ja keskusteluun osallistumisessa (d350). Monisairas 3:lla oli vahvuuksia tälläkin osa-alueella eniten. Monisairaan 3 ongelmat liittyivät pääosin osallistumiseen ansiotyöhön (850) ja fyysisiä ponnistuksia ja hienomotorisia taitoja vaativissa töissä (d430, 450, 455, ja 440).

³³ Yhdessä vastuualueella voi olla enemmän kuin yksi erikoisala, kuten neurologia tai neurokirurgia.

Kontekstuaalisissa tekijöissä kaikilla monisairaam ryhmillä (1, 2 ja 3) nousi perheeltä (e310), ystäviltä (e320) ja ammattihenkilöiltä (e355 ja 360) saatu tuki edistävaksi tekijäksi. Monisairas 1 ja 2 eivät vastanneet työhön liittyviin kysymyksiin. Monisairas 1 nosti rajoittavaksi tekijäksi ammatillisen kuntoutuksen palvelut. Monisairas 3:lla oli paljon vahvuuksia niin yksilötekijöissä kuin myös ympäristötekijöissä toisin kuin kahdella muulla monisairaam kategoriaan kuuluvalla.

Monisairas 1:n ja 2:n tavoitteet olivat enemmän arjessa pärjäämisen ja toimeentulon turvaamisen alueella (vrt. seurantatutkimuksen tulos) kuin monisairas 3:lla, jonka tavoitteena oli selkeimmin työhön paluu tai uudelleen koulutus. Liitteessä 9 on yhteenvetotaulukko kolmen monisairaam tyyppitarinan ICF-osa-alueiden aihealueilla ja kuvauskohteissa esiintyvistä ongelmista, vahvuuksista sekä edistävistä ja rajoittavista tekijöistä.

Seurantaryhmän (54) kuntoutustutkimusprosessin arvioissa tulokset osoittivat, että suurin osa asiakkaita (n=54) oli sitä mieltä, että heille puhuttiin ymmärrettävää kieltä ja he saivat nopeasti lausunnot ja osallistumismahdollisuuden itseään koskevissa päätöksissä. Suurimmalle osalle tuli kuntoutustutkimuksen aikana kuulluksi tulemisen tunne ja he saivat vastauksia kysymyksiinsä. Hieman yli puolet arvioi, että he saivat tukea ongelmiansa ratkaisemiseen, kuntoutustutkimuksesta oli hyötyä ja ajoitus oli oikea. Lähes puolet asiakkaita oli sitä mieltä, että tutkimusprosessi oli liian pitkä.

Kaikille asiakkaille oli tehty suosituksia kuntoutussuunnitelmaan. **Kuntoutussuunnitelmaan kirjatut jatkosuositukset** toteutuvat 73 %:lla asiakkaita ja loput suosituksista oli hylätty asiakkaiden arvion mukaan. Kuntoutustutkimuksen jälkeen kuntoutuspalveluiden saajat lisääntyivät 15 %. Noin puolet arvioivat hyvinvoinnin keinojen lisääntyneen noin vuosi-kaksi kuntoutustutkimuksen jälkeen. Samoin liikuntaharrastuksien lisääntymisestä oli samaa tai jokseenkin samaa mieltä noin puolet asiakkaita.

Asiakkaiden (n=54) kuntoutustutkimukselle asettamat tavoitteet toteutuivat hyvin tai melko hyvin. Asiakkaiden pääasiallinen toimeentulo oli ennen kuntoutustutkimusta sairauspäiväraha tai kuntoutustuki ja jälkeen toimeentulonsa sai yli puolet kuntoutustuesta tai toistaiseksi myönnetystä työkyvyttömyyseläkkeestä. Alle 10 % sai toimeentulonsa palkkatuloista.

Asiakkaiden (n=54) terveydentilassa tapahtui muutos parempaan. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä tai melkein merkitsevä terveydentilassa, terveydentilasta huolehtimisessa, mielialassa, nukkumisessa, kipu. Ravitsemuksessa tapahtuva muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta muilla ICF-luokituksen osa-alueilla ei tilastollista merkitsevyyttä esiintynyt. Sitä vastoin asiakkaat arvioivat omaa terveydentilaansa kouluarvosanoilla 4–10. tuloksena oli 6,13 (ka) ja mediaani 6.0. Asiakkaat arvioivat väittämää ”terveydentilani on parempi nyt kuin ennen Tampereen yliopistollisen sai-

raalassa tehtyä kuntoutustutkimusprosessia” samansuuntaisesti kuin numeerisestikin. Väittämästä oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä 70 % vastaajista.

Suoritukset ja osallistuminen osa-alueella asiakkaiden arvioiden mukaan kaikkien muuttujien arvot paranivat, mutta tilastollista merkitsevyyttä muutokset eivät työ- ja toimintakyvyssä tuottaneet. Stressin hallinta ja perhesuhteet olivat lähinnä tilastollista merkitsevyyttä.

Ympäristötekijöissä asiakkaat arvioivat 12 muuttujan kääntyneen parempaan suuntaan ja neljän muuttujan kääntyneen negatiiviseen suuntaan. Nämä muuttujat olivat: ammattihenkilöiltä saatu tuki (n=37), yhteiskunnan palvelujärjestelmät (n=30), työllistämispalvelut (n=28) ja ammatillisen kuntoutuksen palvelut (n=24). Lähiverkoston tuki nousi keskeiseksi edistäväksi tekijäksi ympäristötekijöissä. Sitä vastoin palvelujärjestelmää asiakkaat eivät osanneet arvioida lainkaan tai sitten se arviointiin rajoittavaksi tekijäksi. Asiointi kuntoutustutkimuksen jälkeen toteutui pääosin terveyskeskuksissa ja yli kymmenesosa asiakkaista ei asioinut missään.

Yksilötekijöihin liittyvien vahvuuksien kirjaaminen oli pudonnut *jälkeen kuntoutustutkimuksen kaksikolmasosaa*, kun sitä verrattiin *ennen kuntoutustutkimusta* tilanteeseen. Ennen kuntoutustutkimusta asiakkaat kirjasivat 98 vahvuutta ja jälkeen vahvuuksia oli kirjattu kolmasosa verrattuna ennen kuntoutustutkimusta eli 34 kpl. *Ennen kuntoutustutkimusta* kirjatuissa vastauksissa nousivat ahkeruus, vastuuntunto ja tunnollisuus ja sosiaalisuus, vuorovaikutustaidot ja ihmisosaaminen sekä keskittymiskyky, tarkkuus ja huolellisuus. Vahvuudet liittyivät enemmän työhön kuin muihin yksilötekijöihin. *Jälkeen kuntoutustutkimuksen* vahvuudet liittyivät pääosin kotielämään ja itsestä huolehtimiseen sekä positiiviseen asenteeseen. Yksilöllisten vahvuustekijöiden vähentyminen ja niiden muuttuminen yhden-kahden vuoden aikana oli yllättävä tulos, jota tämä tutkimus ei pysty selvittämään.

Toiminta- ja työkyvyssä tapahtuneet muutosten keskiarvot: noin 1/3:n toiminta- ja työkyky laski, noin 1/3:n pysyi samana tai nousi hieman ja yli 1/3:lla muutosten keskiarvossa tapahtui muutos positiivisempaan suuntaan asteikolla 0–100 mm.

6 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tutkimukseni viimeisessä luvussa teen tutkimuksen yhteenvedon, esittelen johtopäätökset, pohdin tutkimusprosessia sekä tutkimuksen merkitystä jatkotutkimukselle ja ammatilliselle kehittämiselle.

6.1 Tutkimuksen yhteenveto

Tutkimuksessa olen kuvannut erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakasta ja sen ohella olemme kuvanneet³⁴ monisairasta, monitahoista tukea tarvitsevaa asiakasta. Olen selvittänyt asiakkaiden näkemyksiä kuntoutustutkimuksesta, kuntoutussuunnitelman toteutumisesta. Lisäksi asiakas on arvioinut toiminta- ja työkyvyssään tapahtuneita muutoksia ICF-luokituksen (ICF, Stakes 2004) osa-alueilla. Työn tavoitteena on ollut nostaa tarkasteluun myös kuntoutustutkimustyön kehittäminen alueita. Tutkimus on paikantunut erikoissairaanhoidon, missä on meneillään muutosprosessi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen liittyen. Tilanne on ollut kiinnostava, kun kuntoutuksen paikkaa pohditaan, samoin kuntoutustutkimuksen tulevaisuutta maakuntamallissa.

Tutkimukseni nimi on *Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas, kuntoutussuunnitelma, kuntoutustutkimusprosessi ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana*. Tavoitteenani on ollut ottaa hallintaan monta eri tieteenalaa sivuava ja monimenetelmäisyttä edellyttävä tutkimustehtävä. Tunnen olevani kuntoutuksen kentällä monella tapaa rajanylittäjä, joka haluaa ymmärtää ilmiöitä ja kokonaisuuksia. Ehkä tapaan tarkastella ilmiöitä on vaikuttanut myös se, että olen sekä terveydenhuoltoalan että yhteiskuntatieteellisen tiedon asiantuntija kahden tutkintoni ja työhistoriani kautta. Koska kuntoutus on moniammatillista ja -alaista sekä sektorirajat ylittävää, tarvitaan myös tieteenalat ylittävää tutkimusta, joka tarkastelee samaa ilmiötä eri kulmista ja rakentaa yhteistä näkemystä ja ajattelua kuntoutukseen.

Sosiaalityön yhtenä arvovalintana on ihmisen ottaminen todesta ja kokonaisena (Metteri 2012). Olen tästä lähtökohdasta jäsentänyt tutkimukselliset lähtökohtani. Olen sijoittanut moninäkökulmaiseen viitekehykseeni inhimillisten toimintamahdollisuuksien teorian (Nussbaum & Sen 1993). Olen tutkimuksessani perehtynyt paljon palveluita ja monitahoista tukea tarvitsevan asiakkaan sekä monisairaahan määrittelyyn aiempien tutkimusten perusteella. Toiseksi olen tarkastellut vaikuttavuuden

³⁴ Tässä me muoto syntyy siitä, että monisairaahan määritelmää rakensi tosiasiasa kolme tutkijaa. Lähetteen käsittelijä kuntoutusylilääkäri määriteli lähetteiden perusteella asiakkaat monisairaahan kategoriaan ja myöhemmin toinen kuntoutusylilääkäri jakoi kanssani tutkijuuden, kun käsittelimme monisairaata kategoriaa sairastavuuden ja palveluiden käytön näkökulmasta.

arviointia ja siihen liittyviä tutkimuksia. Kolmanneksi olen tarkastellut asiakaslähtöisen ja osallistavan kuntoutuksen paradigmaa. Neljänneksi olen määritellyt toiminta- ja työkykyä ja tarkastellut kuntoutuksen käytännön kehikkona tunnettua ICF-luokitusta ja biopsykososiaalista työskentelyotetta (ICF, Stakes 2004). Teoriaosuuden päätteeksi olen tehnyt lyhyen katsauksen kuntoutustutkimukseen ja sen tuotteena syntyvään kuntoutussuunnitelmaan.

Tutkimukseni on jakaantunut tutkimustehtävien osalta kahteen toisiaan täydentävään osaan, yhtäältä kuntoutustutkimusasiakkaan määrittelyyn, toisaalta asiakkaassa tapahtuneiden muutosten arviointiin. Aineiston on muodostanut Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalle yhden vuoden aikana (2012–2013) tulleet asiakaslähetteet (N=347) ja niihin liittyvät sairauskertomukset sekä tiedonkeruu- ja esitietolomakkeet. Lisäksi olen muodostanut aineistosta tietyin kriteerein otoksen, jolle olen lähettänyt seurantakyselyn (n=94). Tästä aineistosta olen muodostanut seurantaryhmän, jonka kuntoutustutkimuksen päättymisestä oli kulunut vähintään vuosi.

Koko aineiston olen analysoinut monimenetelmäisesti. Yhtenä tutkimusmenetelmänä olen käyttänyt sisällönanalyysia, jonka avulla olen kuvannut laadullisesti ja määrällisesti aineistoa. Sen lisäksi olen tarkastellut kuntoutustutkimusasiakkaista monisairaaksi luokiteltua ryhmää tyypittelyn avulla. Seurantaryhmän kyselyaineiston olen analysoinut kvantitatiivisia menetelmiä käyttäen hyväksi SPSS-tietojenkäsittelyohjelmistoa. Tuloksia olen tarkastellut Wilcoxon Signed Ranks merkitsevyytestillä. Avoimet vastaukset olen analysoinut sisällönanalyysillä.

Olen tehnyt tutkimuksen erikoissairaanhoidossa, joka on rakennettu hoitamaan yhtä asiaa tai ongelmaa kerrallaan, minkä se tekee näyttöön perustuen. Omatoimiset ja hyvin elämässään selviytyvät, yhtä sairautta kerrallaan sairastavat ihmiset kulkevat sairaalan palvelusiiloissa yleensä ongelmitta. Sairaalan erikoisalot toimivatkin hyvin omilla alueillaan ja niitä johdetaan tehokkaasti (New Public Management), mutta asiakkaan/potilaan palvelukokonaisuutta ei johdeta. Tämänkin tutkimuksen asiakkaista osa oli kulkenut terveydenhuollon järjestelmässä poliklinikalta ja erikoisalalta toiselle konsultatiivisessa ketjussa, joka ei ollut palautunut lähettäjälle. Sairauksia oli diagnosoitu ja hoidettu, mutta asiakkaiden arjessa pärjääminen oli jäänyt vähälle huomiolle (myös Holmberg-Marttila 2015). Sekä työelämän että sosiaalivakuutuslaitosten näkökulmasta erikoissairaanhoidon rooli on tältä osin ohut. Koordinoinnin vaikeudet tuottavat väliinpuotoajien joukkoa ja turhauttavat sekä asiakkaita että myös työntekijöitä, jotka havaitsevat, että heidän erikoistietämyksensä ei riitä auttamaan potilasta.

Seuraavaksi pohdin tutkimustuloksia neljästä eri näkökulmasta: kuntoutustutkimusasiakas, kuntoutustutkimus ja kuntoutussuunnitelman toteutuminen sekä asiakkaan arvioimat muutokset toiminta- ja työkyvyssään ICF-luokituksen mukaan.

6.2 Tulosten reflektio

Kuntoutustutkimusasiakas usein monisairas ja monitahoista tukea tarvitseva

Kuntoutustutkimuksen ydintehtävä ei ollut täysin selvä lähetäjille, mutta ei myöskään asiakkaille, jotka usein odottivat saavansa kuntoutustutkimuspoliklinikalta ”kaiken”: lisää lääkkeitä, tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä. Tämä ilmeni asiakkaiden esitietolomakkeiden kuntoutustutkimukselle asetetuista tavoitteista. Perusterveydenhuollosta tuli yli kolmannes läheteistä. Kuntoutustutkimusasiakkaan ohjautumisessa näyttäytyi eroja, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla tehtyyn tutkimukseen verrattuna (vrt. Björkenheim 2001), missä kuntoutustutkimuspoliklinikalle ohjautui asiakkaita eniten erikoissairaanhoidon sisältä.

Kuntoutustutkimusasiakkailta oli useimmiten suoritettuna keski- tai peruskoulu ja hieman alle puolella oli suoritettuna ammattikoulututkinto. Kuntoutustutkimusasiakkaiden matala ammatillinen koulutus näyttäytyy muissakin tutkimuksissa (esim. Repo ym. 1995; Lindh 2007; Friberg 2007) samansuuntaisena. Ainoastaan (Björkenheim 2001) pääkaupunkiseudulla kuntoutustutkimusasiakkaita käsittelevässä tutkimuksessa asiakkaiden ammatillinen koulutus oli hieman korkeampi kuin muualla Suomessa tehdyissä tutkimuksissa. Kuntoutustutkimusasiakkaiden työhistoria oli usein niukka ja katkeileva.

Kuntoutustutkimusasiakkailta oli runsaasti kipuja ja oireita, jotka eivät olleet yksiselitteisesti lääketieteellisesti määriteltävissä. Useilla esiintyi myös psykososiaalisia vaikeuksia, kuten huono koettu terveydentila, työttömyyttä, toimeentulo-ongelmia, pelkoa ja toivottomuutta tulevaisuuden suhteen. Tämä sama ilmiö näkyy myös muissa suomalaisissa tutkimuksissa, joissa on tutkittu paljon palveluita käyttäviä asiakkaita. (Kaattari ym. 2015) Sairauksia oli diagnosoitu ja hoidettu, mutta asiakkaiden arjessa pärjääminen oli jäänyt vähälle huomiolle (Holmberg-Marttila 2015). Lisäksi monipuolista kuntoutusta oli toteutettu melko vähän. Kuntoutustutkimusasiakkailta puuttui yleensä pysyvä hoitotaho. Toistuva piirre oli myös se, että vaikka asiakas oli ollut pitkään erikoisaloilla hoito- ja tutkimusjonossa sosiaalityöntekijää ei oltu pyydetty apuun.

Kuntoutustutkimusprosessin aikana sosiaalityöntekijän roolia kuvasi muun muassa se, että sosiaalityöntekijä seurasi ja koordinoi lähes viidesosan niiden asiakkaiden prosessia, joille kuntoutustutki-

muksen aikana ei pidetty varsinaista kuntoutussuunnitelmanneuvottelua. Näiden asiakkaiden keskeiset ongelmat liittyivät pääosin sosiaalisiin kysymyksiin, kuten toimeentulo ja kuntoutuspalvelut.

Tutkimukseen kuuluvista asiakkaista oli alkutilanteessa arvioitu monisairaaksi joka neljäs asiakas. Kun tarkastelin asiakkaita kuntoutustutkimuksen jälkeen, yhä useampi asiakas olisi määrittynyt monisairaaksi, jos tarkastelukulmana olisivat olleet hänelle asetetut diagnoosit. Asiakkaille oli asetettu runsaasti diagnooseja kuntoutustutkimuksen aikana tai heti sen jälkeen. Huomionarvoista on tietenkin se, että sosiaalivakuutusjärjestelmämme päätökset perustuvat lääketieteelliseen todistamiseen, joten diagnoosin teolla sekä lausuntoihin kirjattavalla diagnoosien tärkeysjärjestyksellä on suuri merkitys (Metteri 2012; Leino 2004). Tutkimus antaa viitteitä siitä, että erikoissairaanhoidon tarkkaan diagnoosin pyrkivä työote näyttäytyy myös kuntoutustutkimusasiakkaiden yhä kasvavina diagnoosimäärinä.

Tutkimuksen tuloksena syntyneille kolmelle monisairaana ryhmälle pohditaan parhaillaan toimintamuotoja erikoissairaanhoidon sisällä (Heikkinen 2016b). Taysin perusterveydenhuollon yksikkö rakentaa monisairaana potilaan hoitoketjua, jonka sisälle tulevaisuudessa saadaan mahdollisesti asiakkuusstrategiaan³⁵ pohjautuvat asiakkuuspolut (Holmberg-Marttila ym. 2015; Holmberg-Marttila & Kuusisto, 2016). Monisairaana kategorisoinnin jälkeenkin on muistettava, että jokaisessa monisairaana luokassa on erilaisia *ihmisiä*, joille palvelut on syytä jatkossa tuottaa eri tavoin riippuen ihmisten voimavaroista suhteessa ongelmien vaikeuteen ja määrään (ks. Koivuniemi ym. 2014, 137). Monisairaana määritelmät eivät sisältäneet pelkästään sairastavuuden ja palvelujen käytön näkökulmaa, vaan myös sen, että monisairaana eri alakategorioissa oli erilaisuutta myös ICF-luokituksen osa-alueilla. (vrt. Porter 2013; Smith 2012; Bower 2011; Kaattari ym. 2015.)

Vaikka en tutkinutkaan monisairaana kustannuksia, merkille pantavaa oli kuitenkin se, ettei kaikkien monisairaiden hoito ollut välttämättä kustannuksiltaan kallista (vrt. Leskelä ym. 2013; Leskelä ym. 2015; Purmonen ym. 2016). Useilla ei ollut dokumentoituna kalliita hoitoja. Näin ollen monisairaana määritelmä ei ole synonyymi kustannuksia kerryttävän potilaan kanssa, vaikka monisairaana asiakkaissa varmasti on paljon myös sellaisia henkilöitä, mutta he eivät kaikki kuulu siihen 10 prosenttiin väestöstä, joka kuluttaa noin 80 prosenttia käytetyistä kustannuksista (Leskelä ym. 2013).

Tämäkin tutkimus osoitti sen, että ihmiskeskeisyys/asiakaskeskeisyys (Nussbaum 2011) onnistuu vain sillä, että osataan rakentaa ensinnäkin siilojen yli meneviä (Holmberg-Marttila & Kuusisto 2016), mutta myös instituutioiden yli meneviä asiakkuuksia, jotka rakentavat todellista verkosto- maista työtettä (Lindh 2013). Tämän kaltaisessa kehittämistyössä kuntoutustutkimuspoliklinikka

³⁵ Monisairaana hoitoketju -hanke on meneillään ja kolmen monisairaana ryhmän toimintamuotoja ollaan virittelemässä erikoissairaanhoidon sisällä parhaillaan tämän tutkimuksen tulosten pohjalta.

voi muodostua tärkeäksi jäsentävää ja koordinatiivista työtä tekeväksi yksiköksi. Poliklinikan toiminnan tehostamisella olisi näin merkitystä palvelujen käytön koordinoinnille, mutta myös laajemmallekin sektorirajat ylittävälle verkostomaisen työotteen kehittämiseksi tulevassa maakuntamallissa.

Kuntoutustutkimus ajoittuu liian myöhään

Kuntoutustutkimus oli alkanut liian myöhäisessä vaiheessa voidakseen merkitä aktiivista alkua ammatilliselle tai lääkinälliselle kuntoutukselle. Ohjautuminen oli tapahtunut vasta, kun toiminta- ja työkyky olivat merkittävästi heikentyneet ja ongelmat kasaantuneet, tai tilanne oli jollain tavalla kriisiytynyt. Tämä on vastoin esimerkiksi Vilkkumaan (2004, 33) ajatusta siitä, että kuntouttavat toimenpiteet pitäisi aloittaa hetkellä, jolloin asiakas on motivoitunut työhön paluuseen. Nyt asiakkaat olivat runsaasti oireilevia ja huonokuntoisia eivätkä terveydenhuollon keinot olleet kyenneet kohentamaan heidän toimintakykyänsä riittävästi. Sairauksia oli diagnosoitu ja hoidettu, mutta asiakkaiden toiminta- ja työkyvyn sekä arjessa pärjäämisen arviointi oli jäänyt vähälle huomiolle. Tämä sama havainto oli myös Fribergin (2007) tutkimuksessa, missä sairaudet ja työkyvyttömäksi joutuminen johtivat pysyvään köyhyyteen. (ks. myös Lindh 2007; Björkenheim 2001).

Yhteiskunnan aktivointipolitiikka asettaa päätavoitteeksi auttaa asiakkaita ammatillisen ja lääkinällisen kuntoutuksen keinoin takaisin työelämään, mutta asiakkaiden omat tavoitteet olivat jo toisen suuntaiset, koska heidän toimintakykynsä oli ollut pitkään heikentynyt. Lisäksi heidän taustakoulutuksensa ja ammatilliset kykynsä eivät useinkaan anna työelämään paluulle, ei edes kuntoutuksen keinoin, realistisia mahdollisuuksia. (Kotiranta 2008; Kerätär 2016; Lindh 2007; Friberg 2007; Björkenheim 2001.) Asiakkaiden omien tavoitteiden ja yhteiskunnan aktivointipolitiikan välillä on ristiriita, joka synnyttää myös kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmälle ristiriitaa siitä, mikä on realistinen ja oikea tavoite kuntoutustutkimuksen päättyessä. Voisiko tavoitteena olla Nussbaumin (2011) tapaan toimintamahdollisuuksien edistäminen ja turvaaminen yhdessä asiakkaan kanssa.

Myös itse kuntoutustutkimusprosessi oli osalla monitahoinen ja pitkän prosessin aikana tehtiin runsaasti konsultaatioita. Siitä syystä prosessi pitkittyi, sen ollessa vuoden ja todellisuudessa pidempi, koska tutkimusaineiston keräämisen päättyessä prosessissa oli vielä osa asiakkaista. Kuntoutustutkimusprosessia kuvattiin kokonaisvaltaiseksi yhtäältä ”*minua kuunneltiin ja minut otettiin vakavasti*” (Isoherranen 2012, 19–25), toisaalta puheessa nousi ajatus tutkimusten riittämättömyydestä ”*oli si saanut olla perusteellisempi*” -puheeksi. Osittain tutkimukseen osallistujien puheessa näkyi tietämättömyys kuntoutustutkimuksen perimmäisestä tehtävästä. Puhumattomana ja sisäisenä toiveena saattoi olla, että ”*täällä hoidetaan nyt kaikki, koko ihminen kuntoon*”. Fribergin (2007) ja Palomäen

(2012) tutkimuksissa nousivat tätä tutkimusta selvemmin kuntoutustutkimusprosessin jakautuminen liukuhihnamaiseen työhön ja toisaalta kokonaisvaltaiseen, osallisuutta korostavaan työhön.

Kuntoutustutkimuksen tuloksena useammin kuntoutustuki kuin työelämä

Kuntoutustutkimusasiakkaat siirtyivät kuntoutustutkimuksen jälkeen useammin kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle kuin takaisin työelämään. Tutkimustulokset olivat hyvin yhdensuuntaisia muiden tutkimusten kanssa (mm. Lindh 2007; Friberg 2007; Björkenheim 2001). Tässä tutkimuksessa vain pieni osa päätyi ammatilliseen kuntoutukseen. Ammatillisen kuntoutuksen keinoja, kuten uudelleen koulutusta, työkokeilua, suositeltiin kolmasosalle seurantaryhmän asiakkaista. Suikkasen ja kollegoiden (2010) tutkimus osoitti, että vaikka kuntoutustutkimuksen jälkeen olisivatkin käytössä ammatillisen kuntoutuksen keinot, siitä huolimatta työvoimaan kuuluvien joukko pienenee. Se antaa viitteitä siitä, että kuntoutussuunnittelulla ja ammatillisella kuntoutuksella vain harvoin pystytään vaikuttamaan suoranaisesti työhön paluuseen. Tässäkin tutkimuksessa kuntoutustutkimusasiakkaiden toiminta- ja työkyvyn ongelmat olivat vaikeita, pitkittyneitä ja yhteen kietoutuneita. Ammatilliset kuntoutustoimenpiteet eivät tuottaneet toivottua työmarkkinakansalaisuutta (vrt. Suikkasen & Lindh 2010) tutkimuksessa.

Vaikka kuntoutustutkimuksen ja sen tuotteena syntyneen kuntoutussuunnitelman ensisijainen tavoite oli tukea kuntoutuksen keinoin asiakasta jatkamaan omassa työssään tai koulutuksen kautta uudessa työssä, useimpien tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden kohdalla työhön paluun sijaan ratkaisun avaimet olivat muualla. Heidän toimintakykynsä ei antanut siihen mahdollisuutta, joten kuntoutustuki tai työkyvyttömyyseläke olivat ratkaisuja, jotka olivat sekä yksilön että yhteiskunnan etu (myös Nikkanen 2011).

Tutkimukseen osallistuneista kolmasosan työkyvyttömyyseläke tai kuntoutustukihakemus hylättiin. Metteri (2004,52) osoitti omassa tutkimuksessaan, että edellä mainitut etuudet ovat juuri niitä, jotka tuottavat kohtuuttomia tilanteita. Työkyvyttömyyseläkkeen tai kuntoutustuen hylkääminen syrjäyttää helposti ihmiset yhteiskunnan marginaaliin, niin kuin yksi asiakas kyselylomakkeessaan totesi: *”Päivärahoilla, alle tonni kuussa on helvetin kiva elellä ja yrittää hoitaa ja kuntouttaa itseään, sorry nyt vaan tää purkaus, mutta näin on asiat.”*. Mihin meidän oikeastaan pitäisi kuntouttaa kuntoutustutkimusasiakkaamme? Yhteiskunta panostaa työhön, vaikka töitä tai työkykyä ei olisikaan. Yhteiskunnassamme näyttää nyt olevan painetta siihen suuntaan, ettei työkyvyn heikkenemistä saisi ratkaista eläkkeen, ei edes sairauspäivärahan avulla. Tästä seuraa se, että ihmiset siirtyvät työttömiksi. (Lehto 2011.)

Toimeentulon ja työttömyyden ongelmat ovat keskeisiä toimintakykyä heikentäviä tekijöitä. Ongelman ympärille kietoutuu monenlaisia muitakin ratkaisemattomia kysymyksiä. Sellaisia ovat esimerkiksi ihmisarvo ilman työelämästatusta ja osallisuus yhteiskunnassa (Nussbaum 2011). Näiden kysymysten ratkaiseminen nyky-yhteiskunnassa on vaikeaa ilman työtä ja hyvää koulutusta.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voi todeta, että asiakastyytyväisyys nousi verrattain korkealle, joten kuntoutustutkimus oli kuitenkin vastannut useimpien asiakkaiden tavoitteita ja odotuksia. Kuntoutustutkimuksen vaikutuksista keskeisimpiä lienevät myönteiset päätökset kuntoutustuessa tai työkyvyttömyyseläkkeessä. (Rajavaara 2006, 38–39; Pohjolainen & Malmivaara 2008.)

Seurantaryhmässä positiivisia muutoksia eniten terveydentilassa

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että seurantaryhmän kuntoutustutkimusasiakkaat (n=54) saivat apua terveydentilaansa, joka myös koheni. Erikoissairaanhoidossa pystyttiin vaikuttamaan asiakkaiden terveydentilasta johtuviin ongelmiin, kuten terveydentilasta huolehtimiseen, mielialaan, nukkumiseen ja kipuun. Tutkimukseni ei kuitenkaan selitä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet muutoksiin. Vaikka terveydentila koheni tilastollisesti merkitsevästi tai melkein merkitsevästi, asiakkaat eivät kuitenkaan arvioineet koettua terveydentilaansa korkealle. Se oli kouluarvosanoilla mitattuna 6,13. Samansuuntainen oli arvio väittämästä: *”Terveydentilani on nyt parempi kuin ennen Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehtyä kuntoutustutkimusta.”* Vaikka muutos olisikin ollut terveydentilaa mittaavassa muuttujassa iso, se on voinut kuitenkin jäädä asteikossa ongelman puolelle, jolloin esimerkiksi kipu, terveydentilasta huolehtiminen tai nukkuminen ovat olleet edelleen jonkinasteisia ongelmia. Tämä on muutosta kuvaavan mittarin puute.

Ohjautuminen kuntoutustutkimukseen on edelleen sattumanvaraista. Sama ilmiö on näyttäytynyt valtakunnallisesti erikoissairaanhoidossa (esim. Friberg 2007; Björkenheim 2001). Tämä ilmiö on omiaan heikentämään työn tuloksellisuutta. Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikalle ohjautuu yhä useammin asiakkaita, joilla ei ole pysyvää työsuhdetta, eikä siten työterveyshuollon palveluita. Edelliseen, kaksikymmentä vuotta sitten julkaistuun tutkimukseen (Repo ym. 1995) verrattuna yhä useampi kuntoutustutkimusasiakas oli nyt työttömänä ja yhä harvemmalla oli taustalla työterveyshuoltoa. Yhä useampi asiakas oli käynyt useasta toimenpiteestä koostuneen työkykyselvityksen. Heillä ei näyttänyt olevan mahdollisuuksia kiinnittyä työelämään, mutta he eivät ole täyttäneet myöskään työkyvyttömyyseläkkeen kriteereitä. Toiminta- ja työkyvyn arviointiin liittyviä epäkohtia on kuvattu useissa suomalaisissa kuntoutustutkimuskäytäntöjä arvioivissa tutkimuksissa (Lindh 2007; Friberg 2007; Björkenheim 2001).

Kontekstuaalisista tekijöistä nousi esiin myös se, että läheskään kaikilla asiakkailla ei ollut asiointipaikkaa kuntoutustutkimuksen jälkeen, missä he olisivat saaneet tukea toimintakykyyn liittyvissä asioissa. Asiakkaat eivät myöskään luottaneet kuntoutus- ja palvelujärjestelmään. He arvioivat sen kaikkein heikommin toimintakykyään edistäväksi tekijäksi. Se voi johtua siitä, että kuntoutus- ja palvelujärjestelmämme ei ole tavalliselle kansalaisella helposti hahmotettava. Useat asiakkaat olisivat tarvinneet palveluohjausta tai koordinoitua kuntoutustutkimuksen jälkeenkin, jota myös uusi sosiaalihuoltolaki korostaa.

6.3 Tutkimusprosessin reflektio

Tutkimuksellisia lähtökohtina olivat aikaisempien tutkimusten määritelmät ja tutkimukset monita- hoista tukea tai paljon palveluita tarvitsevasta sekä monisairaasta asiakkaasta. Tämä osuus tutki- mukseni viitekehyksessä tuki hyvin empiriaa ja johtopäätösten tekemistä. Tuloksina syntyneet kun- toutustutkimusasiakkaan ja monisairaana määritelmät ovat ajankohtaisia kuntoutustutkimuksesta ja monisairaana hoito- ja palvelukokonaisuuksia käsittelevässä keskustelussa.

Vaikuttavuuden arviointi ja empiriaosassa muutosten arviointi asiakkaan toteuttamana täydensivät toisiaan, vaikkakin vaikuttavuuden arviointi kulkee enemmän interventioiden vaikutusten ja ulkoa- päin asetettujen tavoitteiden toteutumisen arvioinnissa. Näin arvioinnin Pohjolan (2012) tapaan asi- akkaassa tapahtuvan muutoksena, koska toiminnan tavoitteena on muutoksen tuottaminen. Jos vai- kuttavuuden arviointia tarkastellaan muutoksen näkökulmasta, teoriaosuuden ja empiriassa oleva muutoksen arviointi olivat toimiva ratkaisu. Myös asiakkaan itsearviointi oman toiminta- ja työky- kynsä muutoksista toi vaikuttavuuskeskusteluun perinteisestä vaikuttavuuden arviointitutkimuksista poikkeavan näkökulman. Siltä osin tutkimuksen empiirinen osa todensi usean tutkijan näkemystä asiakkaan kokemuksellisen arvioinnin tärkeydestä osana vaikuttavuuden arviointia. (Hokkanen 2012, Giaquinto ym. 2010; Zampolini ym. 2007.)

Teoriaosuudessa toiminta- ja työkyvyn määrittely biopsykososiaalisena kysymyksenä antaa arvioin- tityölle realistisen kuvan. Todellisuudessa vaikuttavaksi todettu moniammatillinen kuntoutus ei näyttäytynyt tutkimukseen osallistuvilla juuri lainkaan kuntoutustutkimusta lukuun ottamatta. Mo- niammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuustutkimukset ovat kohdistuneet pääosin selkäkipupotilai- siin ja neurologisiin kuntoutujiin (esim. Pohjolainen 2006; Paltamaa ym. 2011.) ja vain harvoin asi- akkaisiin, joilla ei ole neurologisia ongelmia. Siltä osin teoriaosuuden kuntoutuksen biopsykososi- aalinen paradigma oli enemmän ihanteellinen kuin realistinen kuvaus todellisuudesta.

Tutkimuksen yhdistävänä kehikkona oli Martha C. Nussbaumin toimintamahdollisuuksien teoria, jonka lähtökohdista tarkastelin kuntoutuksen päämääränä olevaa arjessa pärjäämistä. Nussbaumin

teoria toimi kehyksenä hyvin ja antoi sille laajemman, filosofisen näkemyksen kuin vain luokituksen tason. Nussbaumin (2011) teoriassa ajatus siitä, että ihmisen hyvinvointiin voidaan vaikuttaa yhteiskunnallisten olosuhteiden muuttamisella ja mahdollisuuksien antamisella, edesauttaa ihmisten toimintaa ja elämää. Juuri siitä oli kyse muun muassa kuntoutussuunnitelmien sisällöissä.

Tässä tutkimuksessa oli mittarin taustakehikkona käytetty Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta ICF (2004). Mittarina olevassa lomakkeessa janoille asetetut muuttajat kuvasivat toiminta- ja työkykyä, mutta ne olivat melko yleisellä tasolla, pääosin aihealueen tasolla. Ne eivät ulottuneet syvälle kuvauskohteen alempien portaitten tasolle. Esitietolomake, jota käytin mittarina oli rakennettu alun perin kuvaamaan asiakkaan tilannetta hänen tullessa kuntoutustutkimukseen silloisen tietämyksen avulla. Sen jälkeen ICF-luokituksen ja siihen liittyvien mittareiden kehitys on kehittynyt huomattavan nopeasti (ks. www.toimia.fi).

Jatkossa ICF-luokitusta kannattaa mielestäni edelleen jalostaa niin asiakkaiden itsearvoinnin kuin myös työntekijöiden ICF-pohjaisten mittareiden kehittämällä ja käyttöönotolla. Mielenkiintoisen ja varteenotettavan kehittämisidean nostavat Järvikoski kollegoineen (2015) ja esittävät, että terveydentilan sijaan luokituksessa olisikin kuntoutuksen käynnistävä ristiriitatilanne, joka sisältää useita ihmisen elämää rasittavia tekijöitä, kuten sairauden, vammaisuuden, pitkäaikaiset ongelmat työssä, työllisyysongelmat, pitkäaikainen stressi, oppimisvaikeudet, väkivaltakokemukset. Tällainen lähestymistapa soveltuisikin hyvin biopsykososiaaliseen malliin.

Tutkimuksessa arvioijana oli asiakas itse, joten on vaikea yhtyä ICF-luokitusta kritisoiviin kirjoituksiin (mm. Matinvesi 2010; Turunen 2004; Järvikoski ym. 2015), jotka ovat nostaneet esiin ihmisen pilkkomisen, objektivoinnin, rajoitteet ja ongelmien etsimisen mahdollisuuksien sijaan. Kun ihminen itse arvioi omaa toiminta- ja työkykyään, ne ovat hänen kokemuksiaan. Kokemuksellisyyden esiin nostaminen on keskeistä erityisesti kroonisesta kivusta kärsivien kipuasiakkaiden toiminta- ja työkyvyn arvioinnissa (Ojala 2015). Lisäksi kyselylomakkeessa oli jokaisen muuttujan janalla sekä ongelma että vahvuus tai rajoittava ja edistävä tekijä, jotka toivat mielestäni hyvin esiin sen, että kuntoutus haluttiin rakentaa asiakkaiden vahvuuksille (Musikka-Siirtola ym. 2010).

ICF-luokituksen ympäristötekijöiden ja toimintakyvyn eri ulottuvuuksien erottaminen kategorisesti toisistaan, vaikkakin niiden dialogisuutta korostetaankin, on haasteellista. Suurimpia vaikeuksia oli saada aito selvyys asiakkaan ja hänen ympäristönsä välisestä vuorovaikutussuhteesta. Ihmisen ja ympäristön välisen vuorovaikutus jää helposti tutkimuksellisissa mittauksissa erilliseksi. Ihmistä ei ”ole olemassa” ilman ympäristöään, kuten Vilkkumaa (2014) korostaa kritiikissään ja jatkaa, että ICF:n ympäristöluokitus on sinänsä tärkeä ja välttämätön, mutta ei valmis. Näkemykseni mukaan ICF-luokituksella on merkitystä yhtenä keskeisenä kehitysaskelena kohti todellista biopsykososiaalista työskentelyä, mutta sitä tulee kehittää.

Sosiaaliset tekijä nousivat tutkimusprosessin aikana tärkeäksi osa-alueeksi kuntoutustutkimustyössä (myös Järvikoski 2013, 16). Kuitenkin sosiaalisten tekijöiden näkyväksi tekeminen on vaikeaa, koska lääketieteellinen tieto ja diagnostiikka asettuvat tärkeimmiksi tekijöiksi toiminta- ja työkyvyn arvioinnissa. Voi myös todeta, että sosiaaliturvakriteerimme ja ihmisten sosiaaliset ongelmat on medikalisoitu (Metteri 2012; Leino 2011). Toimivaa arjessa selviytymistä arvioivaa mittaria ei tällä hetkellä ole toisin kuin muita toimintakykymittareita (vrt. www.toimia.fi). Aiheesta käytiin keskustelua myös Terveysosiaalityön valtakunnallisilla päivillä lokakuussa 2016.

Tutkimukseni herätti pohtimaan myös huono-osaisuutta, joka tuottaa pitkittyessään myös yksilötason ongelmia (Järvikoski 2013, 16). Kun luin tutkimukseen osallistuneiden ihmisten sairauskertomuksia ja heidän kyselylomakkeeseen kirjoittamiaan tekstejä, havahtuin jälleen eriarvoisuuden ja myös terveyserojen kasvuun (Kemppainen 2012). Lisäksi useat asiakkaat olivat jo tullessaan kuntoutustutkimukseen vailla työtä niin, että osalla ei ollut työelämäkokemusta lainkaan ja he olivat eläneet työelämän ulkopuolella koko aikuisuutensa, osa oli työttömiä ja pieni osa pitkäaikaistyöttömiä. Työttömät ja varsinkin pitkäaikaistyöttömät ovat ryhmä, joiden työkyvyn arviointi on heikosti tai ei ollenkaan organisoitua. (esim. Heikkinen 2016a).

Pohdin myös, miten terveydenhuollon nopeassa tahdissa sosiaalityön keinot riittävät moninkertaisen hyvinvointipuutteiden havaitsemiseen ja käsittelyyn. Tutkimukseen osallistuneet ihmiset olivat harvoin pelkästään sairaita. Heillä oli paljon muitakin ongelmia, kuten toimeentulo-ongelmia, huolia läheisistä ja perusteltu huoli omasta jaksamisesta päivästä toiseen. Juuri sen vuoksi sosiaalityön tehtävänä on tuoda yhteiskunnassa esille asiakkaiden ahdinkoa ja yhteiskunnallisen toimijan tulisi ottaa vastaan tämä ahdinko. Mikä tai kenet tulisi havahtuttaa?

Tutkimukseni havainnollisti myös palvelujärjestelmien toimintamalleista johtuvaa hajanaisuutta, mikä näkyi muun muassa asiakkaiden sattumanvaraisena ohjautumisena kuntoutustutkimuspoliklinikalle. Sosiaalityöntekijä oli usein asiakkaan ensimmäisenä tapaava ammattilainen, jonka tehtävänä oli toimia koordinaattorina, selkiyttäjänä ja suodattajana paitsi terveydenhuollon myös sosiaalivakuutusjärjestelmän ja työhallinnon sekä kuntien palvelujärjestelmien välillä, usein varsin satunnaisten polkujen kautta kulkeneelle asiakkaalle. Sama ilmiö näkyi myös Palomäen (2012) ja Fribergin (2007) tutkimuksissa.

Tämän tutkimustyön kokemusten pohjalta on helppo yhtyä Aulikki Kananon (2001) ajatuksiin sosiaalityön asiantuntijuuden merkityksestä kenttätyössä ja soveltaa niitä terveydenhuollon sosiaalityöhön. Sosiaalityöllä on erityinen tehtävä arjessa pärjäämisen näkökulmasta ottaa vastaan kokonainen ihminen ja jäsentää hänen elämäntilannettaan. Sosiaalityöntekijä voi työskennellä ihmisten kokemusten kanssa ja jäsentää käytännön havaintoja sekä hyödyntää yhteiskunnallista tietämystään asiakkaiden elämäntilanteiden parantumiseksi. Sosiaalityöntekijä ylittää raja-aitoja silloin, kun se

on tarpeen asiakkaan toimintakyvyn näkökulmasta. Työntekijä kytkee yhteen tunneperäisiä (Nussbaum 2001) aineksia asiakkaan muutosprosessissa ja tekee näkyväksi sosiaalista.

Tämäkin tutkimus antaa viitteitä siihen, että tarvitsemme terveydenhuoltoon sellaista paradigmaa, joka tuottaa asiakkaalle hyötyä ja mahdollistaa aiempaa paremman arjessa pärjääminen. Huomio kohdistuu tosiasialliseen vaikuttavuuteen, jossa arkeen liittyvät tavoitteet ovat olennaisimpia. (Holmberg-Marttila & Kuusisto 2016.) Pelkkä sairauksien diagnosointi ei lisää asiakkaiden arjessa pärjäämistä tai kohenna heidän toimintakykyään ja anna valmiuksia hyvälle elämälle, esimerkiksi osallisuuden kasvulle. Sitä vastoin ihmisten arkisen pärjäämisen tukemisen voi nähdä Senin ja Nussbaumin (1993; myös Haapakoski 2015) tapaan toimintaedellytysten/ -mahdollisuuksien turvaamisen kautta. Ammattiryhmien rajoja ja myös hallintoaloja ylittävä asiantuntijuus lienee juuri se, jota tarvitsemme tulevaisuudessakin. Kaikesta erikoisosaamisesta huolimatta monitahoista tukea tarvitsevien ihmisten hyvinvoinnin tukipilarina tämän tutkimuksen perusteella voidaan pitää perusterveydenhuoltoa tai sosiaalihuoltoa.

Olen tehnyt tutkimukseni noudattaen tieteellisesti hyväksytyjä käytäntöjä (Pshp:n eettinen ohje 2014; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Rauhala & Virokannas 2011; Kokko 2011). Olen tehnyt huolellisen suunnitelman ja varannut aikaa tutkimuksen toteuttamiseen riittävästi. Olen raportoinut yksityiskohtaisesti koko tutkimusprosessin tuloksineen ja johtopäätöksineen hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Työni luotettavuutta on lisännyt se, että tutkimuksen taustalla on ollut kolmihenkinen ohjaustiimi, jossa on ollut lääketieteen ja sosiaalitieteiden asiantuntijoita ja joka on arvioinut koko tutkimusprosessin ajan työni edistymistä. Lisäksi olen koko ammatillisen lisensiaatin koulutukseni ajan esittänyt tutkimustani eri tilaisuuksissa, kuten metodiseminaarissa, Sosiaalityön tutkimuksen päivillä ja kahdesti valtakunnallisilla Terveys- ja sosiaalityön päivillä ja saanut tutkimuksestani rakentavaa palautetta, jota olen hyödyntänyt.

6.4 Tutkimuksen merkitys jatkotutkimuksen ja ammatillisen kehittämisen kannalta

Tutkimukseni yhtenä tavoitteena oli nostaa tarkasteluun kuntoutustutkimustyön kehittämisen alueita. Kuntoutustutkimuspalvelu erikoissairaanhoidossa on noin 30 vuotta vanha (Repo ym. 1995). Kuntoutustutkimus kehitettiin erikoissairaanhoidon tilanteessa, missä yhteiskunta oli vauras. Vain neljä prosenttia työvoimasta oli työttömiä (Kiander 2002). Juuri sen vuoksi kuntoutustutkimuspoliiklinikan perustehtävää on hyvä tarkentaa ja käydä aiheesta ajankohtaista keskustelua niin asiakaskunnassa (esim. asiakaspaneelit) että erikoissairaanhoidon sisällä ja yhteistyötahojen kanssa. Milloin työlle asetettujen tavoitteiden jälkeen työryhmä voi sanoa onnistuneensa? Onko tavoiteltava edelleen paluuta työelämään vai voidaanko tavoitteet määrittellä kokonaan uudelta pohjalta, esimerkiksi hyvä elämä (Haapakoski 2015). Työryhmätyöskentelyn onnistuneen työn edellytyksenä on

yhteinen näkemys kuntoutuksesta ja asiakkaan tilanteesta. Ryhmän jäsenten vähäinen vaihtuvuus puolestaan mahdollistaa oppimisen työskentelemään yhdessä ja kasvattaa yhteistä asiantuntijuutta.

Yksi tämän tutkimuksen keskeisistä tuloksista oli monisairaamääritelmä ja sen kolme erilaista monisairaamääritelmää. Ennen tutkimustuloksia Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä oli jo meneillään monisairaamääritelmän hoitoketjuhanke, mutta monisairaamääritelmästä ei ollut selvyyttä. Tämän tutkimuksen tulokset käynnistivät monisairaamääritelmän hoitoketjuhankeeseen liittyvän sairaalan sisäisen hankkeen, joka etenee tätä raporttia kirjoittaessani osana sairaalan poliklinikkahanketta. Tavoitteena on rakentaa kolme erilaista monisairaamääritelmää, ja tulevaisuudessa mahdollisesti myös erilaisia asiakkuuspolkuja, jotka pohjautuvat erilaisille asiakkuusstrategioille. Kuntoutustutkimuspoliklinikan roolia monisairaiden asiakkaiden koordinaatiopoliklinikkana ollaan kehittämässä. Asiakkuusstrategioiden käyttöönottoa pilotoidaan niin sairaanhoitopiirissä (Holmberg-Marttila & Kuusisto 2016) kuin myös kuntoutustutkimuspoliklinikkalla (Mattila 2016). Työ jatkuu, ja kehittämisen tarve on tunnistettu sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon päättäjien keskuudessa.

Tiivistän lopuksi tutkimusprosessin aikana esiin nousseet kehittämistarpeet, joita osin jo kuntoutustutkimuspoliklinikkalla toteutetaan:

1. Kuntoutustutkimuspoliklinikan perustehtävän tarkentaminen niin, että kuntoutustutkimuksen tavoitteita muutetaan ja ne ilmaistaan aiempaa selkeämmin juuri monisairaamääritelmän tilanteen jäsentämiseen ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittämiseen. Tarvitsemme systemaattista tiedottamista kuntoutustutkimuksen tavoitteista ja sisällöistä sekä sairaalan sisällä että lähiympäristössä. Lähettäjien ja verkoston kanssa pitää voida käydä jatkuvaa neuvonpitoa kuntoutustutkimustyön tavoitteista ja sisällöistä, jotta heidän tietonsa lisääntyvät, eikä kuntoutustutkimusta kohtaan synny vääriä odotuksia lähettäjällä, mutta ei myöskään asiakkailla. Yksinkertaisia keinoja voivat olla yhteisen intressiryhmän³⁶ perustaminen erikoissairaanhoidon sisälle ja jalkautuminen perusterveydenhuoltoon.
2. Kuntoutustutkimusprosessia on syytä nopeuttaa ja selkeyttää. Tämän kaltainen kehittämisprosessi onkin parhaillaan meneillään. Arviointivaihetta on syytä tiivistää. Erityisesti monioireisten monisairaiden asiakkaiden erikoissairaanhoidon prosessia tulee nopeuttaa, jotta he pääsevät mahdollisimman nopeasti kiinni heille räätälöityyn kuntoutumista edistävään prosessiin. Tässäkin ryhmässä kuntoutusvaiheen ja työkokeilun tai työhön paluun seurantaan voisi luoda järjestelmän.

³⁶ Tällainen voi olla esimerkiksi tänä vuonna käynnistytävä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueellinen kuntoutuksen koordinaatioryhmä.

3. Asiakkaan osallistumisen lisääminen oman toiminta- ja työkykynsä arvioimiseen luomalla käytännössä toimiva testipatteristo, jossa myös asiakas on arvioijana (mm. Toimia tietokanta käyttöön). Arjessa pärjäämisen arviointiin olisi hyvä löytää kansallinen mittari.
4. Verkostomaiseen työskentelyyn kannattaa vielä kehittää uudenlaisia yhteistyömuotoja digitalisaation avulla tai muita keinoja, jotta yhteistyö toimisi käytännössä jouhevasti. Kuntoutustutkimuksen seurantajärjestelmän digitalisoiminen voisi mahdollistaa kuntoutustutkimusprosessien seurannan ja tehostaa sitä. Järjestelmän tulisi sisältää asiakaskohtaiset tiedot muun muassa lähettäjistä, alkamis- ja päättymispäivämäärät, käynnit, yhteistyöneuvottelut, tutkimukset, konsultaatit, kuntoutussuunnitelman, lausunnot ja aivan uutena tietona asiakkaan tuottama tieto suositusten toteutumisesta.
5. Kuntoutustutkimuspoliklinikka edustaa poikkeuksellista poliklinikkaa erikoissairaanhoidossa. Se nostaa erikoissairaanhoidon siiloutuneen palvelumallin havaittavaksi ilmiöksi. Poliklinikan ongelma on muun muassa se, että sen roolia ei tunnisteta. Tämä on yksi syy, miksi sinne ohjautuminen on sattumanvaraista ja toteutuu usein liian myöhään työelämään paluun näkökulmasta. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyessä kuntoutustutkimuspoliklinikan verkostoituvaa ja horisontaalista työtapa saattaa toimia yhdistävänä siltana yhtäältä erikoissairaanhoidon siilojen ja toisaalta erikoissairaanhoidon ja muun toimintaympäristön välillä.

Väitetään, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä valinnanvapauden myötä kuntoutuspalvelut tulevat kehittymään ja asiakastyytyväisyys lisääntyy. Hyvin toteutettuna yksilöllisyys ja sen mukaiset palvelut tulevat kehittymään ja kuntoutujan rooli oman elämänsä subjektina vahvistuu ja myös palvelut ja niiden laatu kohentuvat. Tämä voi olla realistista muutoinkin hyvinvoivan ja koulutetun kansanryhmän keskuudessa, mutta miten käy heikompiosaisien ihmisten kuntoutukselle ja hyvinvoinnille? (Suomen sosiaali ja terveys ry 2016.) Tulevaisuudessa ihmiskeskeinen kuntoutus rakennetaan yhdessä. Miten näihin talkoisiin saadaan kaikki asiakkaat, myös yhteiskunnan heikompiosaiset mukaan? Siinä on tehtävää niin sosiaalityöllä kuin kaikilla muillakin kuntoutuskumppaneilla. Asiakkaiden kokemusasiantuntijuus voidaan ottaa mukaan kehittämistyöhön esimerkiksi erilaisten asiakaspaneelien avulla. Tämä on haaste koko palvelujärjestelmälle.

Kirjallisuus

- Aaltonen L. 2004. Taidemuusikkona Suuren Kulttuurin takamailla - Sastriya sangit Katmandun laaksossa. Pro gradu tutkielma. Humanistinen tiedekunta. Musiikintutkimuksen laitos. Tampereen yliopisto.
- Adler RH. 2009. Engel`s biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research* 67 (6): 606–611.
- Alasuutari P. 2001. Laadullinen tutkimus. Tampere. Vastapaino.
- Ammattitautiluokitus. 2010. Tilastokeskus, ammattiluokitus Saatavilla: <http://tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/ammatti/001-2010/index.html> Viitattu 22.3.2016.
- Ashorn U. & Autti-Rämö I. & Lehto J. ja Rajavaara M. 2013. Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto. Teemakirja 11. Tampere.
- Autti-Rämö I. 2013. Lääkinnällinen kuntoutus – organisaatiot ja järjestelmävastuut ylittävä tavoitteellinen prosessi. Teoksessa: Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Ashorn U & Autti-Rämö I & Lehto J & Rajavaara M. (toim.) Juvenes Print. Tampere. 128–145.
- Autti-Rämö I. & Komulainen J. 2013. Kuntoutus perustuu tietoon – kuntoutumisen mahdollistavat asenteet, prosessit, osaaminen ja yksilöllisyys. *Duodecim* 2013: 129: 452–453.
- Bandura A. 1999. Self-Efficacy. The exercise of control. Freeman, New York.
- Bandura A. 1986. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Bergman M M. 2008. The Straw Men of the Qualitative-Quantitative Divide and their Influence on Mixed Methods Research. Teoksessa: Bergman M M. (toim.) *Advances in Mixed Methods Research*. Los Angeles: Sag Publications, 11–21.
- Björkenheim J. 2001. Tuliko eväitä? – Seurantatutkimus sadasta HYKSin kuntoutustutkimusyksikön asiakkaasta vuosilta 1988–1999. Julkaisematon terveydenhuollon sosiaalityön PD-ohjelman päättötyö. Tampere: Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Blomberg H. & Kallio J. ja Kroll C. 2010. Sosiaalityöntekijöiden mielipiteet köyhyyden syistä Pohjoismaissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75: 6.
- Bower P. & Macdonald W. Harkness E. & Gask L. & Kendrick T. & Valderas JM. & Dickens C. & Blakeman T. and Sibbald B. 2011. Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Oxford Journals*, Volume 28, Issue 5. Pages 579–587.
- Brown CA. & Matthews J. & Fairclough M. & McMahan A. & Barnett E. & Al-Kaysi A. & El-Deredy W. and Jones AK. 2015. Striatal opioid receptor availability is related to acute and chronic pain perception in arthritis: does opioid adaptation increase resilience to chronic pain? *Pain*. Nov; 156 (11): 2267–75. Saatavilla Pub.med.
- Carver CS. & Scheier MF. 1982. Control Theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin* 92, 1, 111–115.
- Carver CS. & Scheier MF. 2001. On the self-regulation of human behavior. Cambridge University Press.

- Deci EL. & Ryan RM. 1985. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. Plenum, New York.
- Deci EL. & Ryan RM. 2008. Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology* 49, 3, 182–185.
- Elliot J. 2005. Using Narrative in Social Research. Quantitative Approaches. Lontoo: Sag Publications.
- Eläketurvakeskus. Tilastot. 2016. Saatavilla: <http://tilastot.etk.fi/?lang=3> Viitattu:1.10.2016
- Engel G. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129–136.
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989. Saatavilla: www.finlex.fi. Viitattu 13.8.2016.
- Eskola J & Suoranta J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino: Tampere.
- Friberg E. 2007. Kuntoutuneita vai syrjäytyneitä? Seurantatutkimus Etelä-Karjalan keskussairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan potilaista vuosilta 1998–1999. Sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen lisensiaatintyö, Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, kuntouttava sosiaalityö.
- Garfinkel S. A. & Riley G. F. and Iannacchione V. G. 1988. High cost users of medical care. *Health Care Financing Review/Summer Volume 9, >Number 4.* 41–52.
- Giaquinto S. & Bruti L. & Dall'armi V. & Gison A. and Palma E. 2010. Perspectives in Rehabilitation. A bio-psycho-social approach for treating sub-acute low back pain. *Disability and Rehabilitation* 32 (23):1988–1971. Saatavilla: Ebsco
- Guzman J. & Esmail R.. & Karjalainen K. & Malmivaara A. & Irvin E. and & Bombardier C. 2002. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. (Cochrane Review) *J Can Chiropr Assoc* 46 (3) 144–145. Saatavilla: Cochrane library.
- Haapakoski K. 2015. Hyvä kuntoutustutkimustyössä. Abduktiivinen tutkimus kuntoutustutkimustyön hyväksytyksellisistä ristiriidoista. *Jyväskylä Studies in education, psychology and social research.* 534. University of Jyväskylä.
- Haanpää M. & Lahti T. 2016. Voiko kipupotilaan tarinaa kuntouttaa? Luento VKK:n miniseminaarissa 19.1.2016. Helsinki. Painamaton lähde. Saatavilla: <http://docplayer.fi/15991192-Voiko-kipupotilaan-tarinaa-kuntouttaa.html> Viitattu 11.8.2016.
- Hallitusohjelma 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Saatavilla: http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82. Viitattu 1.9.2016.
- Hamunen K. 1999. Kroonisen kipupotilaan hoito moniammatillisena yhteistyönä. Saatavilla: http://finnest.fi/files/m_hamunen.pdf Viitattu 11.8.2016.
- Harra T. 2014. Terapeuttinen yhteistoiminta. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. *Acta Universitatis Lappeensis* 288.

- Hart T. & Tsaousides T. & Zanca J. M. Whyte J. & Packer A. & Ferraro M. and Dijkers M. P. 2014. Toward a Theory-Driven Classification of Rehabilitation Treatments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 95. (1 Suppl 1): S33–44.
- Haverinen R. 2006. Noin viisi vuotta eteenpäin. *FinSoc. Sosiaalialan menetelmien arviointi*. (2),9–14.
- Havukainen P. 2004. Sosiaalisen tuen ja sosiaalisten verkostojen merkitys kroonisen kipupotilaan kuntoutumisessa. Pro gradu -työ. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Heikkilä T. 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkilä T. 2014. Tutkimuksen luotettavuus. Saatavilla: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/TutkimuksenLuotettavuus.pdf> Viitattu: 5.9.2016.
- Heikkinen V. 2016a Pitkäaikaistyötön vai pysyvästi työkyvytön. Tyypitarinoita 2000-luvun teollisuuskaupungista. Painossa oleva väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Heikkinen V. 2016b. Monisairaahan toimintamuotojen kehittäminen. Julkaisematon tiedonanto.
- Heikkinen V. & Leino E. 2016. Julkaisematon tiedonanto.
- Heikkinen E. & Laukkanen P. ja Rantanen T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Heikkinen E. & Jyrkämä J. ja Rantanen T. *Gerontologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 278–283.
- Hinkka K. & Aalto L. & Grönlund R. ja Rajavaara M. 2011. Työ muuttuu – kehittykö kuntoutus? Teoksessa: Järvikoski A. & Lindh J. & Suikkanen A. (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.
- Hirsjärvi S. & Hurme O. 2001. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.
- Hokkanen L. 2012. Sosiaalitoimistojen asiakastyytyväisyyskyselyn tulkinta. Teoksessa sosiaalityön vaikuttavuus Pohjola A. & Kempainen T. & Väyrynen S. (toim.) 116–161.
- Holmberg-Marttila D. 2015. Asiakaslähtöinen koordinointi palvelu- ja kuntoutusjärjestelmässä. Luento valtakunnallisella kuntoutusohjaajien koulutuspäivillä 16.9.2015. Julkaisematon lähde.
- Holmberg-Marttila D. & Kuusisto L. 2016 Kurkiaura -hanke. Loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaisematon lähde.
- Holmberg-Marttila D. & Palvanen M. & Kuusisto L. ja Salunen R. 2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas Saatavilla: <http://www.pshp.fi/download/noname/%7BDB3538AD-0F03-4D57-8201-C4A635F358CD%7D/45192> Viitattu: 23.8.2016.
- Hujala A. & Rissanen S. ja Taskinen H. 2013. Monisairaiden potilaiden hoito- ja palvelukokonaisuuksien kehittäminen. Luento: Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus- ja vaikuttavuusseminaari. 7.11.2013. Saatavilla: <http://www.slideshare.net/THLfi/monisairaiden-hoito-japalvelukokonaisuuksienkehittaminen> Viitattu: 1.10.2016.

Huuskonen J. & Ijäs N. ja Lehtoranta O. 1997. Julkisten palvelujen laadun arviointi. Arviointihakko ja näkökulmia. Helsinki: Tilastokeskus.

Hänninen V. 2003. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere. Acta Universitatis Tamperensis 696.

Härkäpää K. & Järvikoski A. ja Gould R. 2011 Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki asiakasprosessissa. Esimerkkinä työeläkekuntoutus. Teoksessa: Kuntoutus muutoksessa. Toim. Järvikoski-Lindh-Suikkanen. Lapin yliopistokustannus, 73–88.

ICARE4EU. Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe. 2008–2013. Saatavilla <http://www.icare4eu.org/> Viitattu 2.11.2016.

ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 4, 2004.

ICIDH, 1980. International classification of impairment, disabilities and handicaps. Geneva, A manual of classification relating to the consequences of disease. World health organization. WHO. Saatavilla: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf Viitattu 2.1.2016.

Ihalainen R. & Rissanen P. 2009. Kuntoutuslaitosselvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 61. Helsinki.

Ilmarinen J. & Gould R. & Järvikoski A. ja Järvisalo J. Työkyvyn moninaisuus. 2006. Teoksessa: Gould R & Ilmarinen J & Järvisalo J & Koskinen S. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 – tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy. 17–34

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akaateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Saatavilla: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1 Viitattu: 15.9.2014.”

Jeglinsky I & Karhula M & Autti-Rämö I. 2013. Kuntoutusprosessi kuntoutujan arvioimana. Kuntoutus 4. 37–52.

Julkunen, R. 2008. Uuden työn paradoksit. Vastapaino, Tampere.

Järvikoski A. 1992 Varhain kuntoutukseen. Teoksessa: Eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen (toim.) Vaali työkykyä. Sijoitat huomiseen. Helsinki: Eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen. 128–132.

Järvikoski A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 46. Helsinki: Yliopistopaino.

Järvikoski A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita: 43. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Järvikoski A & Härkäpää K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOY. Helsinki.

Järvikoski A & Härkäpää K. 2001. Kuntoutuksen arvioinnin monimuotoisuus. Teoksessa: Järvikoski A & Härkäpää K & Nouko-Juvonen S. (toim.) Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Tutkimuksia 69/2001. Kuntoutussäätiö. Helsinki, 4–6.

Järvikoski A & Härkäpää K. 2008 Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa: Rissanen P & Kallanranta T & Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Helsinki. 51–80.

Järvikoski A & Karjalainen V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa: Rissanen P & Kallanranta T & Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Helsinki. 80–92.

Järvikoski A & Härkäpää K & Salminen A-L. 2015. Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. Kuntoutus 2. 18–32 Saatavilla:

https://www.researchgate.net/publication/278673923_Kuntoutuksen_teorioista_ja_ICF-mallista_Rehabilitation_theories_and_the_ICF

Järvikoski A. & Härkäpää K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. WSOY. Helsinki.

Järvikoski A. 2014. Kuntoutuksen käsitteistä, raja-aidoista ja merkityksistä. Kuntoutus muutoksessa -seminaarissa, luento 21.11.2014. Julkaisematon lähde.

Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä -hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehikseksi. Gerontologia 4, 190–203.

Kaattari A & Tiirinki H & Turkki L & Nordström T & Taanila A. 2015. Perusterveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjät Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 52. 191–201.

Kananoja A. 1998. Arviointi ammattilaisen eettisenä velvoitteena. Fin.Soc news. (2) 3. Teoksessa: Pohjola A & Kempainen T & Väyrynen Sosiaalityön vaikuttavuus. Juvenes Print. Tampere. 89–111

Kananoja A. 2001. Sosiaalityön asiantuntijuus ja rakennemuutokset. Asiantuntijuuden politiikka. Sosiaalityön tutkimusliite 1/00 Sosiaalityöntekijä-lehti/Sosiaalityön tutkimuksen seura. 13–17. Saatavilla:

<http://www.sosiaalityontutkimussenseura.fi/Tutkiva%20sosiaalityo/Tutkiva%20sosiaalityo%202000.pdf> Viitattu: 20.10.2016.

Kallanranta T. 2001. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus: ”Näyttöön perustuvaa” tietoa ja onnistuneita kuntoutustapauksia. Teoksessa: Järvikoski & K. Härkäpää & S. Nouko-Juvonen (toim.) Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 69. Helsinki, 28–34.

Kalliorinne P & Myllylä S. 1999. Niin asiakas vastaa kuin häntä palvelllaan. Asiakastytyväisyyden kartoitus OYS:n lääkinnällisen kuntoutuksen yksikön kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäyte-työ. Julkaisematon lähde.

Karjalainen KA & Malmivaara A & van Tulder MW & Roine R & Jauhiainen M & Hurri H & Koes BW. 2008. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

- Kemppainen T. 2012. Well being in socio political context European welfare regimes in comparison. Studies in social security and health 123. Kela, Research Department | Helsinki.
- Kemppainen T & Ojaniemi P. 2012. Tieto ja vaikuttavuuden arviointi käytännön sosiaalityössä. Teoksessa: Pohjola A & Kemppainen T & Väyrynen S. Sosiaalityön vaikuttavuus. Juvenes Prin. Tampere. 43–64.
- Kerätär R. 2016. Kun katsoo kauempaa, näkee paremmin. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömällä. Universitatis Ouluensis, Oulun yliopisto. lääketieteellinen tiedekunta. D. Medica. 1340.
- Kiander J. 2002. Onko paluu täystyöllisyyteen mahdollinen? Yhteiskuntapolitiikka 67 (4): 308–314.
- Kinnunen A. 1995. Ammatillinen kuntoutustutkimus ja sen vaikuttavuus. Tutkimus TYKS:n kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutujista vv. 1986–1993. TYKS, kuntoutuskeskus. Julkaisematon lähde.
- Kinos S. 2006. MS-kuntoutujien hyvinvointi, koettu terveys ja osallistuminen. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Sosiaalityö. Licensiaatin tutkielma.
- Kinos S & Martikainen K & Marttila R. 2011. Seurantatutkimus moniammatillisen kuntoutustyöryhmän tekemien suositusten toteutumisesta Parkinson-potilailla. Kuntoutus-lehti 4: 18–29.
- Koivuniemi K. & Holmberg-Marttila D. & Hirsso-Mattelmäki U. 2014. Terveystieteiden kompassi. Avain asiakkuuteen. PerSona. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Koivuniemi K. & Simonen K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Kokko R-L. 2011. Monitieteisen arviointitutkimuksen arvot ja etiikka. Teoksessa: Pehkonen A. & Väänänen-Fomin M. (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-kustannus: Juva. 293–319.
- Korkiamäki R. 2013. Kaveria ei jätetä! Sosiaalinen pääoma nuorten vertaissuhteissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Porin yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Korpelainen J. & Leino E. & Sivenius J. & Kallanranta T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Rissanen P & Kallanranta T & Suikkanen A. Kuntoutus. 251–271.
- Kosciulek J. 1999. Consumer direction in disability policy formulation and rehabilitation service delivery. Journal of rehabilitation. 2, 4–9.
- Koskenvuo K. & Mattila K. & Koskenvuo M. 2016. Masennuksen koettu kuntoutus- tarve väestössä Health and Social Support (HeSSup) - tutkimuksen tuloksia. Kelan työpapereita 104. Saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/166662/Tyopapereita104.pdf?sequence=1> Viitattu: 2.6.2016.
- Kotiranta T. 2008. Aktivoinnin paradoksit. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 335. Väitöstutkimus. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Kotiranta T. & Kivipelto M. 2014. Sosiaalityön vaikuttavuuden arvioinnin kriittinen eetos saatava takaisin. Janus vol. 22 (2) 172–182.
- Kotiranta T. & Virkki T. 2011. Toimijuus ja sosiaalisen toiminnan teoria. Teoksessa: Sosiaalisen toiminnan perusta. Kotiranta T & Niemi P & Haaki R. Helsinki: Gaudeamus
- Koukkari M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 56.

- Kuolemansyytilasto 2014. Tilastokeskus. Saatavilla: <http://tilastokeskus.fi/til/index.html> Viitattu 3.8.2016.
- Kuntalaki 410/2015 Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410> Viitattu 1.2.2016.
- Kuntaliitto. 1998. Kuntoutustutkimuksen määritelmä. Julkaisematon lähde.
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja = Social- och hälsovårdsministeriets publikationer = Publications of the Ministry of Social Affairs and Health : 2003:19
- Kuntoutusselonteko 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla: <http://valtioneuvosto.fi/toiminta/selonteot/selonteot/fi.jsp?oid=130014> Viitattu 10.9.2014
- Kuoppala J & Lamminpää A. 2006. Kuntoutuksen vaikuttavuus työhönpaluuseen ja varhaiseen eläköitymiseen. -systemoitu kirjallisuuskatsaus. Kuntoutus 4: 3–17.
- Kunnas-Leinonen K & Mikkola M & Rynnänen M & Forsström R & Lähdeskoski M & Pulkkinen J. 2009. Kuntoutus. Teoksessa: Hämäläinen P. (toim.) Toimeentuloturva. Helsinki: Finanssi- ja vakuutuskustannus Oy. 122–130.
- KvantiMOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Saatavilla: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/raportointi/raportointi.html> Viitattu: 1.6.2016.
- Kähäri-Wiik K & Niemi A & Rantanen A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. uudistettu painos. Helsinki. WSOY.
- Käypä hoito. 2016. Duodecim. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi20001> Viitattu: 2.11.2016
- Laki kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (L 566/2005 ja 20.2.2015/145).
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta, SVOL 733/1992
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987. Saatavilla: www.finlex.fi. Viitattu 13.8.2016.
- Landspers H. 2010. Från top down till bottom up – Att förklara och utvärdera psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvården. Örebro Universitet Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete. Örebro. Saatavilla: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:408576/FULLTEXT02.pdf>. Viitattu 20.11.2015.
- Larivaara P. 1987. Terveyskeskuksen lääkäripalvelujen suurykäyttäjät. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu.
- Lappalainen T. 2014. Asiakkaiden osallistumisen edellytykset – yhteistä ymmärrystä etsimässä. Teoksessa: Metteri A & Valokivi H & Ylinen S. Terveys ja sosiaalityö. Juva: PS-kustannus.
- Lastensuojelulaki 417/2007. Saatavilla: www.finlex.fi. Viitattu 13.8.2016.
- Lederer V & Loisel P & Rivard M & Champagne F. 2014. Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions. Journal of Occupational Rehabilitation. 24: 242–267.
- Lehto M. 2011 Kaikki Mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoille. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2011:5.

- Leino E. 2004. Sosiaalisen näkökulman välttämättömyys lääkinällisessä kuntoutuksessa. Teoksessa: Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Helsinki, 93–101.
- Leino E. 2011. Kuntoutus terveydenhuoltoon. Teoksessa: Järvikoski A & Lindh J & Suikkanen a & (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Tampere: Juvenes Print. 264–275.
- Leino E & Haukka-Wacklin T & Heikkinen V & Niemi H & Nissinen P & Sundberg A & Wallenius S. 2012. Tietojenkeraulomake (julkaisematon lähde).
- Leskelä R-L & Komssi V & Sandström S & Pikkujämsä S & Haverinen A & Olli S-L & Ylitalo-Katajisto K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48. vsk 68. 3163–3169.
- Leskelä R-L & Silander K & Komssi V. & Koukkula L & Soppela J & Lehtonen L. 2015. Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. Suomen Lääkärilehti 43/2015. 2865–2872.
- Lindh J. 2007. Työhön kuntoutuksen kehittäminen ja arviointi. B Tutkimusraportteja ja selvityksiä 54. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.
- Lindh J. 2013. Kuntoutus työn muutoksessa. Acta Universitatis Laponiensis 259. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Lindh J & Suikkanen A. 2010. Työmarkkinakansalaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen luova tuho. Kuntoutus-lehti 2; 53–62.
- Lindh J & Suikkanen A. 2011. Vammaisuuden teoriat ja kuntoutuksen problematiikka. Teoksessa: Järvikoski A & Lindh J & Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi 121–134.
- Lindqvist T. 2003. Teoria ja kausaalisuus. Uutiskirje sosiaalihuollon menetelmien arvioinnista. FinSoc 2. Haverinen R. & Andersson S. & Lindqvist T. & Harju T. FinSoc News/Stakes 2/2003. 6–7. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/handle/10024/77534> Viitattu 5.2.2016.
- Lääkinällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus.2009:193. Saatavilla: https://www.vtv.fi/files/1837/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf Viitattu 2.5.2016.
- Malmivaara A. 2012. Arkivaikuttavuuden lääketiede ja rekisterit selkäpotilaan hoidon edistämiseksi. <https://www2.uef.fi/documents/1707279/2567868/2012+Antti+Malmivaara-Arkivaikuttavuuden+lääketiede+ja+selkärekisterit.pdf> Viitattu 17.11.2015
- Martin M. 2012. Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen yksilöllinen vaikuttavuus. Nuorten kokemuksia kuntoutuksen tarvevastaavuudesta. Teoksessa: Pohjola A & Kempainen T & Väyrynen Sosiaalityön vaikuttavuus. Juvenes Print. Tampere. 201– 242.
- Matinvesi. S. 2010. Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa ICF:n tulkintaa. Lapin yliopistokustannus.
- Mattila AS. 2015. Näkökulman vaihtamisen taito. WSOY. Helsinki
- Mattila K. 2016. Suuntima -työkalun kokeilu ja käytön ohjeet asiakaslähtöisyyden vahvistumiseksi osana monisairaan asiakkaan hoitoketjua. Toimintatutkimus erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Kuntoutuksen YAMK -opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

- Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Metsämuuronen J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Metteri A. 2004. Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y.
- Metteri A. 2012. Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere.
- Metteri A & Haukka-Wacklin T. 2004. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa: Kuntoutus kanssamme, Ihmisen toimijuuden tukeminen. 53–71.
- Miettinen S. 2011. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere.
- Musikka-Siirtola 2016. Työkyvyn psykososiaalinen arviointi ICF-viitekehyksessä. Luento kuntoutuspäivillä 2016. Julkaisematon lähde.
- Musikka-Siirtola M. & Siirtola T. & Wikström J. 2008. Lääkinnällisen kuntoutuksen kehitys ja haasteet tulevaisuudelle. Kuntoutus 31:4, 35–46.
- Muurinen S & Mäntyranta T. 2008. Toimiva terveyskeskus -Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Asiakasvastaavatoiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Mäkinen E. 2014. Kuntoutujan uusi asema. Teoksessa: Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi. Siipari S. & Mäkinen E. ja Paalasmaa P. (toim.) Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Aatos Atikkelit 13. 8–14.
- Niemi V. 1974. Kuntoutusprosessi. Teoksessa: Niemi V & Rinne a & Tamminen A & Kananoja A & Suonio K. (toim.) Kuntoutus. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu. Helsinki: WSOY. 311–322.
- Nikkanen P. 2010. Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita.71. Kelan tutkimusosasto.
- Nordenfelt L. 1995. On the nature of health. An action-theoretic approach the Netherlands: Kluwer Academic Publishers, pp. 36–64.
- Nordenfelt L. 2003. Action theory, disability and ICF. Disability and Rehabilitation. Sep. 16;25(18):1075–1079.
- Nussbaum M. 1992. Human Functioning and Social Justice: In Defence of Aristotelian Essentialism. Political Theory 20 (2), 202–246.
- Nussbaum M. 2001. Upheavels of Thought – The Intelligence of Emotions. Cambridge. Cambridge University Press.
- Nussbaum M. 2011. Creating Capabilities. The Human Development Approach. Cambridge. London. The Belknap Press of Harvard University Press.

Nussbaum M. & Sen A. (eds.) 1993. The quality of life. Oxford. Oxford University Press.

Nykänen S & Karjalainen M & Vuorinen R & Pöyliö S. 2007. Ohjauksen alueellisen verkoston kehittäminen – poikkiallinen ja moniammatillinen yhteistyö voimavarana. Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos.

Näytön asteen luokitus Käypä hoito -suosituksissa. Käypä hoito Duodecim. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02087> Viitattu 1.8.2016.

Ojala T. 2015. The essence of the experience of chronic pain – A phenomenological study. Studies in Sport, Physical and Education in Health. 217. University of Jyväskylä.

Ojala T & Häkkinen A & Karppinen J & Sipilä K & Suutama T & Piirainen A. 2015. Chronic pain affects the whole person – a phenomenological study. Disability and Rehabilitation. An international multidisciplinary journal. 37(4): 363–371.

Palomäki S. 2012. Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimuksessa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden laitos. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala.

Paltamaa J & Karhula M & Suomela-Markkanen T & Autti-Rämö I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeesta. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. Vammalan kirjapaino Oy. Sastamala.

Paltamaa J. & Musikka-Siirtola M. 2016. ICF-luokitus. Teoksessa: Kuntoutuminen. Autti-Rämö I & Salminen A-L. & Rajavaara M. & Ylinen A. (toim.). Helsinki: Duodecim. Kirja painossa. Sivut puuttuvat.

Pirhonen J. 2012. Resursseista toimintamahdollisuuksiin. Tutkimus suomalaisen vanhustenhuollon oikeudenmukaisuudesta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Saatavilla: <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/38400>. Viitattu 30.8.2016.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ohjekirjeen 42232/2014 Terveystieteellisten tutkimushankkeiden toteuttaminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin Internet-sivustot. 2016. Saatavilla: http://www.tays.fi/fi-FI/Sairanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous ja <http://www.tays.fi/fi-FI/Sairanhoitopiiri/Organisaatio> Viitattu: 5.10.2016.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin tilastoportaali 2013. Saatavilla: <http://intra.sis.pshp.fi/default.aspx?nodeid=12074&contentLan=1> Viitattu 12.5.2013.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin strategia 2016 – 2025. Saatavilla: <http://www.pshp.fi/download/noname/%7B8477BEBE-C0A8-455E-877E-D1338DBBD0C7%7D/48947> Viitattu 20.9.2015.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin eettisen toimikunnan toimintaohje, 2014. Saatavilla: <http://intra.sis.pshp.fi/default.aspx?contentid=1155> Viitattu 12.3.2014.

Pohjola A. 1994. Elämän valttikortit? Nuoren aikuisen elämänsäkuva toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa. Väitöstutkimus Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Läpin yliopisto.

Pohjola A. 2012. Tutkimukseen perustuva vaikuttavuus. Teoksessa sosiaalityön vaikuttavuus Pohjola A. & Kemppainen T. & Väyrynen S. (toim.) 19-42.

- Pohjola T. 2005. Kuntoutuksen vaikuttavuus – mitä se tarkoittaa ja onko näyttöä? Suomen Lääkärilehti 35, 3399–3405.
- Pohjola T. 2006. Kuntoutuksen vaikuttavuus lääketieteelliseltä kannalta. Saatavilla: https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/esitelmat/timo_pohjola_25112010.pdf. Viitattu 14.11.2015.
- Pohjola T & Malmivaara A. 2008. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. Teoksessa: Risänen P & Kallanranta T & Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 658–663.
- Polatajko HJ. & Townsed EA (eds.) 2007. Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. CAOT Publ, Ottawa.
- Porter M & Pabe E & Lee T. 2013. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patient's Needs. Health Affairs. March 32:3. 516–525
- Purmonen T. & Tyrväinen V. & Purmonen T. & Rytönen A. ja Kataja V. 2016. Erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Suomen Lääkärilehti 6. VSK 71. 417–423.
- Puumalainen J. 1993. Kuntoutujan näkökulma. Vammaistuen saajien ja kuntoutustutkimuksessa olleiden näkemyksiä ja kokemuksia kuntoutustoiminnasta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 39. Helsinki.
- Puuronen V. 2005. Methodological starting points and problems of youth research. Teoksessa Helena Helve (toim.) Mixed Methods in Youths Research. Helsinki: Finnish Youth Research Society. Publications 60, 15–28.
- Pörn I. (1993). Health and adaptedness. Theor Med 14: 295–303. th. Research Network/Finnish Youth Research Society. Publications 60, 15–28.
- Raitakari S. & Salo S. 2012. Hyvä elämä kivun kanssa – ympäristökysymys. Kipuviesti 2. 16–20.
- Rajavaara M. 2007. Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.
- Rajavaara M. 2006. Yhteiskuntaan vaikuttava Kela. Katsaus vaikuttavuuden käsitteisiin ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 69. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.
- Rajavaara M & Lehto J. 2013. Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena. Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä? Teoksessa: Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Ashorn U & Autti-Rämö I & Lehto J & Rajavaara M. (toim.) Juvenes Print. Tampere. 6–17.
- Rauhala L. 1983. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Gaudeamus. Helsinki.
- Rauhala L. 1988. Holistinen ihmiskäsitys Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 25:190–201.
- Rauhala PL. & Virokannas E. 2011. Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa: Pehkonen A. & Väänänen-Fomin M. (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-kustannus: Juva. 235–256.
- Reindal SM. 2009 Disability, capability, and special education: towards a capability-based theory. European Journal of Special Needs Education 24, 2. Saatavilla abstrakti <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08856250902793610> Viitattu 12.8.2016.

- Repo M & Siirtola T & Havukainen P. 1995. Kuntoutustutkimuksen laadunarviointi ja uudet toimintamallit. *Kuntoutus-lehti* 4, 46–62.
- Rissanen P. 2008. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa: Rissanen P & Kallanranta T & Suikkanen A. toim. *Kuntoutus*. Helsinki. Duodecim. 625–634.
- Rissanen P & Aalto A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa: Aalto A-M. & Hurri A. & Järvikoski J. & Järvisalo V. & Karjalainen V. & Paatero T. & Pohjolainen T. ja Rissanen P. *Kannattaako kuntoutus*. *Stakes Raportteja* 267. Gummerus: Saarijärvi. 1–26.
- Romakkaniemi M. & Väyrynen S. 2011. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa: Järvikoski A. & Lindh J. & Suikkanen A. (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.
- Ronkainen S. 2009. Vanhaa, uutta, sinistä, lainattu -monimenetelmällinen tutkimus. Lapin yliopisto, menetelmätieteiden I. Metodifestivaalit, Jyväskylä. Luento 28.5.2009. Saatavilla: https://www.jyu.fi/ytk/laitokset/ihme/metodifestivaali/ohjelma/perjantai/vanhaa_uutta_sinist_lainattua2.pdf Viitattu: 1.8.2016.
- Ruutiainen J & Wikström J & Sivenius J. 2008. Etenevät neurologiset sairaudet. Teoksessa: Rissanen P & Kallanranta T & Suikkanen A. (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saari J. 2011. Eriarvoisuuskasvun ja työllisyyden Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 1: 71–84. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101087/saari.pdf?sequence=1> Viitattu 1.9.2016.
- Saltychev M. 2012. The Effectiveness of Vocationally Oriented Medical Rehabilitation (Aslak) Amongst Public Sector Employees. Turun Yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis*. Sarja – Ser. D. Osa – toim. 1007. *Medica – Odontologica*.
- Sandberg T. & Valvanne J. 2012. Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. *Suomen Lääkärilehti* 3: 132–133.
- Sen A. 1993. Capability and Well-Being. Teoksessa Nussbaum M & Sen A.(toim.) *The quality of Life*. Oxford: Clarendon Press. 30–53.
- Sennett R. 2006. Uuden kapitalismin kulttuuri. Vastapaino, Tampere.
- Scriven M. 1991. *Evaluation Thesaurus*. SAGE Publications. Neljäs painos.
- Siegert RJ. & Ward T. & Levack WHM. & McPherson KM. 2007. Good Lives Model of clinical and community rehabilitation. *disability & Rehabilitation* 29, (20–21) 1604–1615.
- Siegert RJ. & McPherson KM. & Dean SG. 2005. Theory development and a science of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 27(24): 1493–1501.
- Sipari S. 2014. Hybridit kuntoutusverkostot. Teoksessa Teoksessa: Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi. Sipari S. & Mäkinen E. ja Paalasmaa P. (toim.) *Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja*. Aatos Artikkelit 13. 66–71.
- Smith SM. & Soubhi H. & Fortin M. & Hudon C. & O’Dowd T. 2012. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 345: e5205. Saatavilla: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5205> Viitattu: 1.11.2016.
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) (Saatavilla: www.finlex.fi) Viitattu 2.8.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino. Helsinki.

Suikkanen A. & Lindh J. 2012. Kuntoutuksen tulevaisuuden näkymiä. Kuntoutus-lehti 2: 50–57.

Suikkanen A & Lindh J. 2010. Työmarkkinakansalaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen luova tuho. Kuntoutus-lehti 2. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 53–62.

Suikkanen A. & Lindh J. 2007. Rehabsaurus – lajinsa viimeinen? Keskustelun avauksia kuntoutuksen tulevaisuuteen. Kuntoutus 2, 4–8.

Suikkanen A. & Härkäpää K. & Järvikoski A. & Kallanranta T. & Piirainen K. & Repo M. & Wikström J. 1995. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY. Juva.

Suikkanen A. & Lindh J. & Linnakangas R. 2010. Ammatillisen kuntoutuksen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle? Kelan vajaakuntoisten ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden henkilöiden asema työmarkkinoilla vuosina 1998–2006. Kuntoutus 4, 21–35.

Suomen sosiaali- ja terveysala (SOSTE) ry:n ja Kuntoutussäätiön kysely 2016. Valinnanvapaus on kuntoutujan mahdollisuus. Saatavilla: <http://www.slideshare.net/kuntoutus/tietopaketti-kyselyst-valinnanvapaus-on-kuntoutuksen-mahdollisuus> Viitattu: 17.9.2016.

Suoyrjö H. 2010. Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. 113. Kelan tutkimusosasto: Helsinki.

Talo S. 2001. Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Kansaneläkelaitos.

Talo S. 2003. ICF, moniammatillisen työotteen työkalu. Psykologia-lehti 3:58–69.

Talo S. & Rytökoski U & Alanen E & Niitsuo L & Hämäläinen A. 1995. An empirical investigation of the "Biopsychosocial Disease Consequence model": psychological impairment, disability and handicap in chronic pain patients. Disability of Rehabilitation 17:281–292.

Talo S. & Rytökoski U. 2016. BPS-ICF model, a tool to measure biopsychosocial functioning and disability within ICF concepts: theory and practice updated. International Journal of Rehabilitation Research. Vol 39 No 1.

Tautiluokitus ICD-10 Klassifikation av sjukdomar ICD-10. Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2011 Saatavilla: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1> Viitattu 31.3.2016

Tays, kuntoutuksen vastuuyksikkö kuntoutustutkimuspoliklinikan perehdytyskansio. 2014. Julkaisematon lähde.

Tays, kuntoutuksen vastuuyksikkö, kuntoutustutkimuspoliklinikan toimintakertomus 2013. Julkaisematon lähde.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010 (Saatavilla: www.finlex.fi) Viitattu 2.8.2016.

Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) 2014. Toimintakyvyn määrittely. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>. Viitattu 30.5.2016.

Tiitinen T. 1992. Kuntoutustutkimus terveydenhuollon toimintana. Seurantatutkimus Päijät-Hämeen keskussairaalan kuntoutustutkimusyksikön vuosien 1989–1990 kuntoutustutkimusasiakkaista. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntaliitto. Julkaisematon lähde.

- Tiitola K. & Takala E-P. & Rentto T. & Tulenheimo-Eklund E. & Kaukiainen A. 2016. Työkyvyn heikkenemisen varhainen tunnistaminen. Saatavilla: www.toimia.fi Viitattu: 21.10.2016.
- Tirkkonen M. 2012. ASLAK-kuntoutus vahvistaa työhyvinvointia valikoivasti. Acta Universitatis Tamperensis 1762. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- TOIMIA-tietokanta. 2016. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Saatavilla: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/> Viitattu 20.10.2016.
- Topo P. 2006. Toimintakyky on biopsykososiaalinen kysymys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 43:1. Saatavilla: <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/2355/2193> Viitattu 12.8.2016.
- Tuomi J. & Sarajarvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turja J. 2009. Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikana terveyden edistämistä. Acta Universitatis Tamperensis 1375. Tampere: Tampereen Yliopistopaino. Saatavilla: <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2007/107321Loppuraportti.pdf> . Viitattu 22.8.2016.
- Turunen J. & Piikivi L & Mäkitalo J. 2004. Sosiosomatiikka – uusi näkökulma laaja-alaisten oirekuvien hallintaan. Katsaus. Duodecim 2004;120:2063–71.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavilla: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta> Viitattu 1.8.2016.
- Työttömyysaste. 2015. Tilastokeskus, työvoimatutkimus, työttömyysaste. Saatavilla: http://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/2015/12/tyti_2015_12_2016-01-27_tie_001_fi.html Viitattu 17.2.2016.
- Vanhala A. 2005. Paikka ja asiakkuus. Etnografia naisten Asuntolassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere
- Valkama K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Universitas Wasaensis. NO 267. Väitöskirjan artikkeli 1. s.117–133. Muuttuneen asiakkuuden haasteet. Julkaistu Hallinnon tutkimuksia 2009/2.
- Valli R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen, Gummerus. Jyväskylä
- Valli R. 2015. Paperinen kyselylomake. Teoksessa: Valli R & Aaltola J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. Jyväskylä, 84–108.
- Weber M. 1990. Protestanttinen etiikka ja kapitalismin henki. Helsinki Wsoy
- Vehmas S. 2005. Vammaisuus. Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan. Gaudeamus. Helsinki.
- Viitala R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 4. uudistettu painos. Edita Publishing Oy. Helsinki.
- Viitanen E & Piirainen A. 2013. Kuntoutuksen palvelujärjestelmä kuntoutujan näkökulmasta. Teoksessa Ashorn U & Autti-Rämö I & Lehto J & Rajavaara M (toim.): Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Tampere: Juvenes Print. 112–123. Saatavilla:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42325/Kuntoutuskirja.pdf?sequence=1> Viitattu: 15.9.2016

Vilkkumaa I. 2002. Kuntoutustutkimukset Anttolanhovi, Kaprakan kuntoutuspalvelukeskus, Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskus.

Vilkkumaa I. 2004. Kolme tapaa nähdä sosiaalinen kuntoutuksessa. Teoksessa: Karjalainen V & Vilkkumaa I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes.

Vilkkumaa I. 2008. Kuntoutuksen kolme vuosikymmentä. Kuntoutus 31 (4), 3–11.

Vilkkumaa I. 2014. Kuntoutusportti_Kuntoutus_Kuntoutusjärjestelmä. Saatavilla: <https://kuntoutusportti.fi/paras-kuntoutusjarjestelma/> Viitattu 10.9.2014

Vilkkumaa I. 2016. Kuntoutuskomitea. Ajatuksia uudistuvasta kuntoutusjärjestelmästä. Saatavilla: <http://kuntoutuskomitea.blogspot.fi/> Viitattu: 17.9.2016.

Vilkkumaa I. 2011. Ihminen suhteessa ympäristöönsä. Teoksessa Streng Hely (toim.) Sopeutumismennus. Suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Grano Oy.

Virtanen P & Suoheimo M & Lamminmäki S & Suokas M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki 2011.

Väyrynen S. 2007. Asiakkaiden kokemuksia Miepä-hankkeesta. Busnaief A & Fränti J & Häkkineb A & Saarela E. (toim.) MIEPÄ – Nuorten ystävien ja Oulun Diakonissalaitoksen yhteistyöhanke. Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen yhdistäminen. Raportteja 2. Nuorten ystävät ry. Oulu. 21–30.

Zampolini M & Bernardinello M & Tesio L. 2007. RTW in back conditions. Disability and Rehabilitation. September 2007; 29 (17): 1377–1385.
https://www.researchgate.net/publication/289249491_ICF_Personal_factors_why_and_where_A_C_hallenge_for_WHO-FIC

Liitteet

Liite 1.

Haukka Wacklin R14557



Elämän
tähden

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Potilastietojen luovutus- ja käyttöluvhakemus

uusi 1 (2)
D jatkoaika
D muutos

Liite 1.

ETL-koodi ,R../f55"6,

Potilastietojen käyttötarkoitus

Väitöskirja Syventävä opinnäyte Muu tutkimustyö Esitelmä, meeting tms.
 Toiminnan kehittäminen muu, mikä Lisensiaatintutkimus

Tutkimuksen nimi

Selkäkipupotilaan kuntoutussuunnitelman toteutuminen ja subjektiivinen vaikutusten arviointi.
- tutkimus erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakasprofiilista ja kuntoutuksen vaikutuksista 2012-2014

Eettisen toimikunnan myönteinen lausunto pvm _____ ETL-koodi _____
 Tutkimusta ei käsitellä eettisessä toimikunnassa

Sosiaali- ja terveysministeriön lupa / Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lupa pvm _____

Henkilörekisteriseloste liitteenä toimitettu eettiselle toimikunnalle ei tarvita
(tarvitaan, jos käsitellään henkilötietoja)

Tutkimuksen vastuhenkilö

Nimi	Puhelin	Sähköposti
Tuula Haukka-Wacklin	66943	tuula.haukka-wacklin@pshp.fi
Nimike	Toimipaikka / vastuualue	
kuntoutuspäällikkö	Kuntoutuksen vy / Neuroalojen ja kuntoutuksen va	

Potilastietojen käsittely

Nimi	Nimike	Puhelin	Sähköposti	Ei Tays:n palveluksessa
Haukka-Wacklin Tuula	kunt.pääll.	66943	tuula.haukka-wacklin@oshp.fi	<input type="checkbox"/>
Moisio Mia	osastonsihtööri	65306	mia.moioshp.fi	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Tutkimus alkaa (pvm) 1.11.2014 Tutkimus päättyy (pvm) 31.12.2016

Potilaiden lukumäärä 310 _____ Potilaiden lukumäärä poiminnan mukaisesti

Tarvittavat tiedot

Sähköiset Uranus Tamlab PACS
Ei sähköiset Potilaskertomukset _____ kpl
 Radiologiset kuvat _____ kpl
 Osoitetarrat

Muu, mikä: Tiedonkeruulomake Tutkimusasiakirjoja halutaan säilyttää tutkimuksen aikana tilapäisesti potilaskertomuksessa (liite)

Käyttöoikeudet tiedot estelmiin haetaan erikseen vastuualueen atk- ja henkilön kautta.



ETL-koodi _____

Potilasaineiston määrittely

Potilaslistaus hakemuksen mukana

Potilaslista kertyy tutkimussuunnitelman edetessä tutkimussuunnitelman mukaisesti ja tutkija toimittaa sen Tiedekeskukseen tutkimuksen päätyttyä

Tarvitaan tietopalvelun paimintoja

Määritetään hakuehtojen mukaan:

PKT:n kuntoutustutkimuksessa käyneiden potilaiden käyntitietoja.

P-levyasemalle perustetaan potilasrekisteri (ohjeistus on tietohallinnon intranetsivuilla).

Päiväys, tutkimuksen vastuuhenkilön allekirjoitus ja nimenselvennys

27.10.2014 *Matti Saio*; *Tuula Haukka-Wocklin*

Kustannukset

Päiväys, vastuual ejohtajan hyväksyntä ja nimenselvenny s

27.10.2014 , t:fv\Jt1,-Cv

K 241 Hankenro

Ulkopuolisen tutkijan laskutusosoite

Johtajaylilääkäriin / Tiedekeskuksen johtajan päätös

Hyväksytty

Hylätty

Päivämäärä

31.10.201

Allekirjoitus, nimense: ka-asema

Matti Saio

Matti Saio

Liit et: Tiedekeskuksen johtaja

Luettelo tutkittavista potilalsta

Tutkimussuunnitelma tai selvitys käyttötarkoituksesta

Henkilökuntaan kuulumattomien tutkijoiden rekisteröinti-lomake LP0171

Lomake toimitetaan allekirjoitettuna osoitteella:

TAYS:

Tiedekeskus , Finn-Medi 5, Biokatu 12, 33521 Tampere

Valkeakoski :

Johtavan lääkärin toimisto, Valkeakosken aluesairaala, 37600 Valkeakoski

Vammala :

Johtavan lääkärin toimisto (sairaanhoidon hallinto), PL 64, 38201 Vammala

Ylä-Pirkanmaa:

Jakelu ja säilytys:

1. alkuperäinen päättäjällä 10v.

2. kopio SKK:ssa tiedetyöntekijällä oman tarpeen mukaan

Liite 2.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan tiedonkeruulomake A

29.10.12

Asiakkaiden kirjaus

1. Nimi _____ Sotu _____

2. Lähetteen saapumispäivämäärä _____

Lähettäjän tiedot

3. *Lähettäjä*

_____ Hatanpään sairaala/terveyskeskus, mikä _____

_____ Tays/esh, erikoisala: _____ Työterveyshuolto

_____ Yksityislääkäri _____ Psykiatrian poliklinikka/mielenterveystoimisto

_____ Työvoimatoimisto _____ Vakuutusyhtiö

_____ Muu, mikä? _____

4. *Lähettäjän määrittelemä työstatus*

_____ Nuori, työelämään pyrkivä _____ Työpaikka, johon palaamassa

_____ Työpaikka, josta haetaan eläkkeelle _____ Työpaikka, johon nähden työkyky epävarma

_____ Työpaikka, ja haetaan tukea _____ Eläkehylkytilanne

työssä selviytymiseen _____ Ei työpaikkaa eikä pyrkimässä työelämään

_____ Ei työpaikkaa, mutta pyrkimys työelämään _____ Työnantaja pyytänyt työkykyselvitystä, mutta asiakas ei _____

Ei ilmene lähetteestä _____ koe ongelmaa

Huomautus _____

5. *Lähettäjän määrittelemä pääasiallinen ongelma*

_____ Työkykyongelma _____ Työpaikka, johon nähden työkyky epävarma

_____ TULE-ongelma _____ Päihdeongelma

_____ Somaattinen ongelma _____ Psyykinen ongelma

_____ Somaattinen ja psyykinen ongelma _____ Sosiaalinen ongelma

_____ Kognitiivinen ongelma (muistin ja hahmottamisen ongelmat jne.)

_____ Eri sairauksien yhteisvaikutus (monisairas, esim. vähintään 3 diagnoosia)

_____ Diagnosoimattomia oireita _____ Ei määriteltyä lähettämistä

6. Onko lähettäjä määritellyt kuntoutustutkimuksen perustelun?



7. *Lähetteen antama tieto etuustilanteesta*

_____ Sairauspäivärahat käytetty _____ Ei työelämäkokemusta

_____ Pitkät työttömyysjaksot _____ Kuntoutustutkimus meneillään muualla

_____ Sairauspäivärahakaudella _____ Kuntoutustuella

_____ Väliinpuotoaja (työttömyyspäivärahalla, _____ Eläkehylkytilanne

kuntoutustukea ei myönnetty, työttömyysturvalla)

_____ Pitkäaikaistyötön _____ Ei ilmene lähetteestä

Huomautus _____

8. *PKT:n fokus lähetteen perusteella (1 tai useampia)*

_____ Työelämän häiriö _____ Sairaustilanteen vaikeutuminen ja pitkittyminen

_____ Toimintakyvyn ja sairauden välinen epäsuhta _____ Toimintakyvyn ongelma

_____ Siirtymävaiheen kuntoutussuunnitelma _____ Lähete ei määrittele kuntoutustutkimusongelmaa

9. *Toimintaohjeet; aloittava taho*

_____ Sosiaalityöntekijä _____ Lääkäri
_____ Psykologi _____ Kuntoutusohjaaja
_____ Työparivastaanotto _____ Yhteisvastaanotto
_____ Lähetä palautettu/siirretty
Huomautus: _____

10. *Ensikontaktin päivämäärä* _____

11. *PKT:n fokus ensikontaktin perusteella*

_____ Työelämän häiriö _____ Sairaustilanteen vaikeutuminen ja pitkittyminen
_____ Toimintakyvyn ja sairauden välinen epäsuhta _____ Toimintakyvyn ongelma
_____ Siirtymävaiheen kuntoutussuunnitelma _____ Kuntoutustutkimusongelma ei määritettävissä edelleenkään
_____ Muu, mikä? _____

12. *Kuntoutussuunnitelmapalaveriin osallistujat*

_____ Asiakas _____ Lääkäri
_____ Sosiaalityöntekijä _____ Psykologi
_____ Kuntoutusohjaaja _____ Muu/sisäinen yhteistyökumppani
_____ Muu/ulkoinen yhteistyökumppani

13. *Kuntoutuksen vastuutahot verkostossa*

_____ Terveystieteiden tutkimuskeskus (pth, tth, esh)
_____ Sosiaalitoimi, työhallinto, vakuutusala, Kela
_____ Muut toimijat (3. sektori)

14. *Seuranta*

_____ Erikoissairaanhoidossa asiointi kesken _____ Ammatillisen kuntoutuspolun seurantarve
_____ Siirretty saattaen vaihtamalla _____ Määräaikainen ratkaisu

15. *Kuntoutussuunnitelman päivämäärä* _____

16. *Kuinka monta käyntiä hoitokokonaisuudessa asiakkaalla on takana?*

_____ käyntiä
_____ puhelua
_____ konsultaatiota
_____ tutkimusta

17. *Yhteydenotot ja seurantakäynnit puolen vuoden sisällä hoitoprosessin jälkeen, päivämäärä sekä mitä asia on koskenut?*

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Liite 3.



Arvoisa vastaanottaja

Olen käynnistämässä Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalla kuntoutustutkimuksiin ja kuntoutuksen vaikutuksiin liittyvää tutkimusta. Tutkimuksella selvitän asiakkaiden näkemyksiä edellä mainituista asioista.

Sinä olet käynyt meillä kuntoutustutkimuksessa tänä vuonna. Lähestyn sinua sen vuoksi, että teetaan kyselylomaketta ja haluaisin palveluja käyttäneen asiakkaan arvion lomakkeesta, jonka olen aikeissa lähettää tutkimukseen osallistuville ensi vuoden alussa. Jos sinulla on aikaa kommentoida ohessa olevaa kyselylomaketta, otan mielelläni vastaan palautetta.

Kommentit pyydän kirjoittamaan tämän kirjeen mukana tulevaan kyselyyn ja laittamaan se takaisin oheisella kirjekuorella. Postimaksu on maksettu etukäteen.

Kysely liittyy sosiaalityön ammatilliseen lisensiaatin tutkintooni. Tutkimusta ohjaavat professori YTT Irene Roivainen, yliopistonlehtori, YTT Anna Metteri Tampereen yliopistosta ja kuntoutusylilääkäri, dosentti Eeva Leino Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. Tutkimukseen on saatu lupa Tampereen yliopistolliselta sairaalalta.

Kiitos vaivannäöstäsi ja yhteistyöstä!

Tampereella 8.12.2014

Tuula Haukka-Wacklin
kuntoutuspäällikkö, tutkija
Tays, kuntoutuksen vastuuyksikkö
PL 2000, 33521 Tampere
puh. 045 8870833
sähköposti: tuulahw@gmail.com

8.12.2014 Tampere

Ole hyvä ja vastaa alla oleviin kysymyksiin vapaamuotoisesti.

1. Ovatko kyselylomakkeen kysymykset asiakkaalle ymmärrettäviä?

2. Kerro arviosi lomakkeen käyttökelpoisuudesta.

3. Oliko lomake liian pitkä?

a) kyllä b) ei

4. Muita mielipiteitä, joita sinulle heräsi, kun luit lomaketta. (Voit jatka seuraavalle sivulle.)

Kiitokset vastauksistasi.
Hyvää joulun aikaa!

Liite 4.



Arvoisa vastaanottaja

Olet käynyt Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Käynnistän tutkimusta, joka selvittää poliklinikalla käyneiden asiakkaiden arvioita kuntoutustutkimuksesta, kuntoutussuunnitelman toteutumisesta ja kuntoutustoimien vaikutuksista heidän elämäänsä. Kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmä kehittää palautteiden, tutkimuksen ja muun tiedon pohjalta kuntoutustyötä asiakaslähtöiseen suuntaan.

Kirjeen liitteenä on yhteenveto asioista, joita käsiteltte viimeisessä kuntoutussuunnitelma-neuvottelussa. Voit tarkistaa siitä, mitä asioita neuvottelussa käsiteltiin ja mitä sovittiin. Pyydän ystävällisesti, että vastaat oheiseen kyselyyn. Toivon, että palautat kyselylomakkeen palautuskuoresa viimeistään 30.1.2015 mennessä. Postimaksu on maksettu.

Kysely on osa tutkimustani, joka liittyy kuntouttavan sosiaalityön lisensiaatin tutkintooni. Tutkimusta ohjaavat professori, YTT Irene Roivainen, yliopistonlehtori, YTT Anna Metteri Tampereen yliopistosta ja kuntoutusylilääkäri, LKT, dos. Eeva Leino Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. Tutkimukseen on saatu lupa Tampereen yliopistolliselta sairaalalta.

Tutkimusaineisto käsitellään tunnistekoodilla niin, että yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastauksesi on arvokas kuntoutustyön edistämiseksi erikoissairaanhoidossa. Kaikkien vastaajien kesken arvotaan 100 euron lahjakortti ja teatterilippuja.

Vastaan mielelläni kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Kiitos vaivannäöstäsi ja yhteistyöstä!

Tampereella 19.1.2015

Tuula Haukka-Wacklin
kuntoutuspäällikkö, tutkija
Tays, kuntoutuksen vastuuyksikkö
PL 2000, 33521 Tampere
puh.03 31166943 tai 045 8870833
sähköposti: tuula.haukka-wacklin@pshp.fi

Liite 5.



Arvoisa vastaanottaja

Sait viime kuussa kyselylomakkeen Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikalta. Se lähetettiin asiakkaillemme, joiden kuntoutustutkimuksesta oli kulunut vähintään yksi vuosi. Toivon, että täytät saisit saamasi lomakkeen ja lähettäisit sen minulle 25.2. mennessä. Postimaksu on maksettu etukäteen. Työmme kehittämisen kannalta vastauksesi on arvokas.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää poliklinikalla käyneiden asiakkaiden arvioita kuntoutustutkimuksesta, kuntoutussuunnitelman toteutumisesta ja kuntoutustoimien vaikutuksista heidän elämäänsä. Kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmä kehittää palautteiden, tutkimuksen ja muun tiedon pohjalta kuntoutustyötä asiakaslähtöiseen suuntaan.

Kysely on osa tutkimustani, joka liittyy kuntouttavan sosiaalityön lisensiaatin tutkintooni. Tutkimusta ohjaavat professori, YTT Irene Roivainen, yliopistonlehtori, YTT Anna Metteri Tampereen yliopistosta ja kuntoutusylilääkäri, LKT, dos. Eeva Leino Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. Tutkimukseen on saatu lupa Tampereen yliopistolliselta sairaalalta.

Tutkimusaineisto käsitellään tunnistekoodilla niin, että yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Muistathan, että kaikkien vastaajien kesken arvotaan 100 euron lahjakortti ja teatterilippuja.

Vastaa mielelläni kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Kiitos vaivannäöstäsi ja yhteistyöstä!

Tampereella 2.2.2015

Tuula Haukka-Wacklin
kuntoutuspäällikkö, tutkija
Tays, kuntoutuksen vastuuyksikkö
PL 2000, 33521 Tampere
puh. 045 8870833
sähköposti: tuula.haukka-wacklin@pshp.fi

Liite 6.



Arvoisa vastaanottaja

Lähestyn Sinua jälleen kerran pyynnölläni. Pyyntöni koskee kuntoutustutkimustasi ja sen tulosta. Toivon, että täyttäisit saamasi lomakkeen ja lähettäisit sen minulle **12.3. mennessä**. Postimaksu on maksettu etukäteen. Vastauksesi on meille tärkeä, koska tämän tutkimuksen perusteella parannamme poliklinikkamme toimintaa.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää poliklinikalla käyneiden asiakkaiden arvioita kuntoutustutkimuksesta, kuntoutussuunnitelman toteutumisesta ja kuntoutustoimien vaikutuksista heidän elämäänsä. Kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmä kehittää palautteiden, tutkimuksen ja muun tiedon pohjalta kuntoutustyötä asiakaslähtöiseen suuntaan.

Kysely on osa tutkimustani, joka liittyy kuntouttavan sosiaalityön lisensiaatin tutkintooni. Tutkimusta ohjaavat professori, YTT Irene Roivainen, yliopistonlehtori, YTT Anna Metteri Tampereen yliopistosta ja kuntoutusylilääkäri, LKT, dos. Eeva Leino Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. Tutkimukseen on saatu lupa Tampereen yliopistolliselta sairaalalta.

Tutkimusaineisto käsitellään tunnistekoodilla niin, että yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Muistathan, että kaikkien vastaajien kesken arvotaan 100 euron lahjakortti ja teatterilippuja.

Vastaan mielelläni kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Kiitos vaivannäöstäsi ja yhteistyöstä!

Tampereella 25.2.2015

Tuula Haukka-Wacklin
kuntoutuspäällikkö, tutkija
Tays, kuntoutuksen vastuuyksikkö
PL 2000, 33521 Tampere
puh. 045 8870833
sähköposti: tuula.haukka-wacklin@pshp.fi

Liite 7.



PSHP LP1996 05.14

Musikka-Siirtola M. & Havukainen P. & Leino E. ja Varvikko S. 2010

Nimi	Henkilötunnus	Päiväys
------	---------------	---------

Arvoisa asiakkaamme

Seuraava kysely on tarkoitettu antamaan pohjaa tulevalle kuntoutustutkimukselle. Kuntoutustutkimus selvittelee moniammatillisesti työ- ja toimintakykyä sekä kuntoutusedellytyksiä. Kuntoutustutkimuksen tarkoituksena on todeta olemassa olevat toimintarajoitteet ja myös edellytykset työelämään sekä tehdä yksilöllinen kuntoutussuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan käyntiä varten pyydämme ystävällisesti vastaamaan tässä lomakkeessa oleviin kysymyksiin. Vastaa täydentämällä puuttuvat tiedot ja ympyröimällä sopivimman vastausvaihtoehdon numero tai merkitsemällä janalle parhaiten toimintakykyäsi kuvaava kohta. Tietoja voidaan täydentää tarvittaessa vastaanottokäynneillä. Jos täyttäminen tuntuu sinusta joltain osin vaikealta, täytä kuitenkin niin paljon kuin mahdollista, voimme vastaanottotilanteessa täydentää tietoja yhteistyössä.

Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tämä lomake on ainoastaan kuntoutustutkimuspoliklinikan työntekijöiden käytössä.

HENKILÖTIEDOT (yksilötekijät)

Ammatti _____ Puh. _____

Osoite _____

Sähköpostiosoite _____

Perhemuoto ja asuminen _____

Paino _____ kg Pituus _____ cm

TYÖHISTORIA (yksilötekijät)

1. Nykyinen tai viimeisin työsuhteesi

Työnantaja _____ alkaen _____

Työtehtävä _____ alkaen _____

Työsuhde päättynyt _____ Syy _____

2. Aikaisemmat työsuhteesi

Työnantaja ja työtehtävä

Työskentelyaika

TYÖKYKY (työkyky on osa toimintakykyä, ei ole suoraan määritelty ICF:ssä)

3. Keskeisimmät vahvuutesi ja osaamisesi työssä tällä hetkellä

4. Keskeisimmät vahvuutesi ja osaamisesi aikaisemmin esim. työssä tai koulussa

5. Keskeisimmät työrajoitteesi

6. Työkykyä heikentävät sairaudet tai vammat

7. Työkykyä heikentävät muut oireet

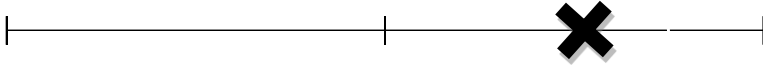
TOIMINTAKYKY JA TOIMINTARAJOITTEET (ICF:n keskeinen osa-alue, oleellista on, että tutkittava kertoo vapaamuotoisesti vahvuudet ja toimintarajoitteet, jotka sillataan sen jälkeen ICF käsitteisiin)

8. Keskeisimmät vahvuutesi ja osaamisalueesi tällä hetkellä

9. Keskeisimmät toimintarajoitteesi tällä hetkellä

10. Päivittäisen elämän haitat tai ongelmat
d: pääluokka 2. Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet aihealue (d230). Vastaukset sillataan ICF:n käsitteisiin

11. Arvioi tämänhetkistä työ- ja toimintakykyäsi alla olevien käsitteiden avulla. Piirrä rasti janalle siihen kohtaan, mikä kuvaa omaa tilannettasi
 b: pääluokat 1. Mielen toiminnot, 2. Aistitoiminnot ja kipu
 d: pääluokat 1, Taitojen hankkiminen, 2. Yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet, 3 Kommunikointi, 4.Liikkuminen, 7. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet

	Ehdoton ongelma	Ei ongelma/ ei vahvuus	Ehdoton vahvuus
Esimerkki:			
	Ehdoton ongelma	Ei ongelma/ ei vahvuus	Ehdoton vahvuus
Osallistuminen ansiotyöhön (d850) Aihealue: Vastikkeellinen työ			
Osallistuminen koulutukseen (d825, 830) Aihealue: Ammatillinen ja korkea-asteenn koulutus			
Työpaikan ihmissuhteet (d740) Aihealue: Muodolliset ihmissuhteet			
Asioiden puheeksi ottaminen (d355) Aihealue: Asiakeskustelu			
Keskusteluun osallistuminen (d350) Aihealue: Keskustelu			
Yhteistyötaidot (d720) Aihealue: Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus			
Aloite- ja suunnittelukyky (b1641) Kuvauskohde: Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot			
Motivaatio (b1301) Kuvauskohde: Motivaatio			
Ajan hallinta (b1642) Kuvauskohde: Ajan hallinta			
Toimintojen nopeus (b147) Aihealue: Psykomotoriset toiminnot			
Rasituksen sieto (b455) Aihealue: Rasituksen sietotoiminnot			
Stressin hallinta (d240) Aihealue: Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen			
Esineiden nostam. ja kantam. (d430) Aihealue: Nostaminen ja kantaminen			
Kävelem. ja liikkum. (d450 ja 455) Aihealue: Käveleminen			
Käden hienomotorinen käyttämin. (d440) Aihealue: Käden hienomotorinen käyttäminen			
Perhesuhteet (d760) Aihealue: perhesuhteet			

12. Osallistumisesi järjestö- ja yhdistystoimintaan, harrastukset yms. d: pääluokka 9. Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. Aihealue: Yhteisöllinen elämä (d910)
-
-

13. Arvioi, miten ympäristötekijät edistävät tai rajoittavat toimintakykyäsi
 e: pääluokat 1. Tuotteet ja teknologia, 2. Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset, 3. Tuki ja keskinäiset suhteet, 4. Asenteet ja 5. Palvelut hallinto ja politiikka

	Rajoittaa	Ei vaikutusta	Edistää
Perheeltä saatu tuki (e310) <i>Aihealue: Lähiperhe</i>			
Ystäviltä saatu tuki (e320) <i>Aihealue: Ystävät</i>			
Työtovereilta saatu tuki (e325) <i>Aihealue: Tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet</i>			
Ammattihenkilöiltä saatu tuki (e355, 360) <i>Aihealue: Terveystuon ja muut ammattihenkilöt</i>			
Perheen asenteet (e410) <i>Aihealue: Lähiperheen jäsenten asenteet</i>			
Ystävien ja tuttavien asenteet (e420, 425) <i>Aihealue: Ystävien, tuttavien, naapurien ja yhteisön jäsenten asenteet</i>			
Työtovereiden asenteet (e425) <i>Aihealue: Työtoverien asenteet</i>			
Ammattihenkilöiden asenteet (e450, 455) <i>Aihealue: Terveystuon ja muiden ammattihenkilöiden asenteet</i>			
Lääkkeet (e110) <i>Aihealue: Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen</i>			
Työtila (e150 tai 155) <i>Aihealue: Julkisten tai yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologia</i>			
Työvälineet (e135) <i>Aihealue: Työssä käytettävät tuotteet ja teknologiat</i>			
Melu (e2500, 2501) <i>Kuvauskohde: Ääni</i>			
Valaistus (e2400, 2401) <i>Kuvauskohde: Valo</i>			
Palvelujärjestelmät (e5701, 5751, 5801, 5901) <i>Kuvauskohde: Sosiaaliturvahallinto, Yleisen sosiaalisen tuen hallinto, Terveystuonhallinto, Työ- ja työllistämishallinto</i>			
Työllistämispalvelut (e5900) <i>Kuvauskohde: Työ ja työllistämispalvelut</i>			
Ammatillisen kunt. palvelut (e5900) <i>Kuvauskohde: Työ ja työllistämispalvelut</i>			
Muu, mikä _____			

TERVEYDENTILA JA OMASTA TERVEYDESTÄ HUOLEHTIMINEN (d570)

14. Todetut sairaudet ja vammat sekä hoitava taho

15. Lääkkeesi (e1101)

16. Arvioi tämänhetkistä terveydentilaasi alla olevien käsitteiden avulla. Vedä lyhyt pystyviiva janalle siihen kohtaan, mikä kuvaa omaa tilannettasi.
b: pääluokat 1. Mielentoiminnot, 2. Aistitoiminnot ja kipu
d: pääluokka 5. Itsestä huolehtiminen
e: pääluokka Tuotteet ja teknologia

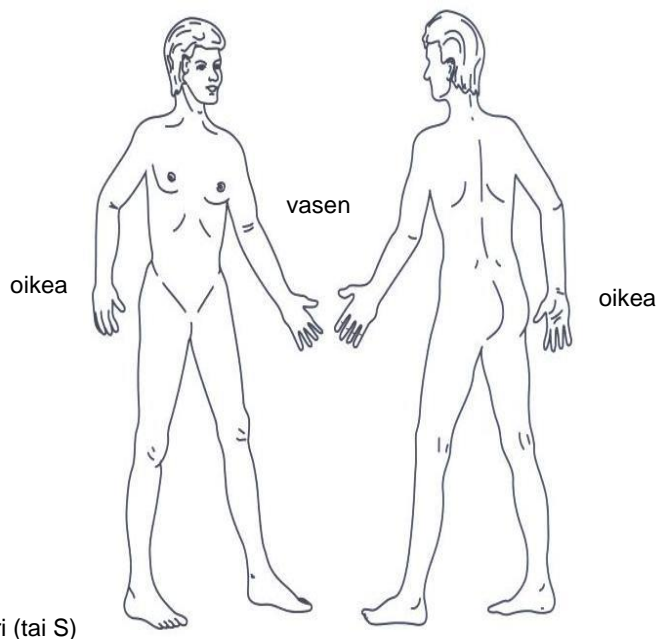
	<i>Ehdoton ongelma</i>	<i>Ei ongelma / ei vahvuus</i>	<i>Ehdoton vahvuus</i>
Terveydentila (sairaudet)	----- ----- -----		
Terveydentilasta huolehtiminen (d570) Aihelue: Omasta terveydestä huolehtiminen	----- ----- -----		
Mieliala (b152) Aihelue: Tunne-elämän toiminnot	----- ----- -----		
Nukkuminen (b134) Aihelue: Unitoiminnot	----- ----- -----		
Kipu (b280) Aihelue: Kipuaistimus	----- ----- -----		
Ravitsemus (e110) Aihelue: Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen	----- ----- -----		

Mikäli sinulla on kipuja, merkitse alla olevaan piirrokseseen ne alueet, joissa sinulla on kipuja, puutuneisuutta, tunnottomuutta tai muita oireita. **b: pääluokka 2. Aistitoiminnot ja kipu. Aihelue: Kipuaistimus (b280)**

KIPU:
punainen väri (tai P)

PUUTUNEISUUS:
vihreä väri (tai V)

TUNNOTTOMUUS:



sininen väri (tai S)

Väritä voimakkaat oireet tummalla värillä ja lievät oireet vaalealla värillä.

17. Fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnistanne huolehtiminen eri keinoin
d: Pääluokka 5. Itsestä huolehtiminen. Kuvauskohde: Omasta terveydestä huolehtiminen (d570)

18. Liikunnan harrastaminen, mitä ja kuinka usein?
d: pääluokka 5. Itsestä huolehtiminen. Aihealue: Omasta terveydestä huolehtiminen (d570)
-

Kysymykset 19-23 b: pääluokka 1. Mielen toiminnot. Aihealue: Henkinen energia ja viettitoiminnot (b130)

19. Tupakoiminen a) ei b) kyllä
20. Alkoholin käyttö
a) En ollenkaan b) 1-2 kertaa viikossa
c) 1-2 kertaa kuukaudessa tai harvemmin d) Päivittäin
21. Mahdollinen aikaisempi alkoholin käyttösi
a) En ollenkaan b) 1-2 kertaa viikossa
c) 1-2 kertaa kuukaudessa tai harvemmin d) Päivittäin
22. Muiden päihteiden käyttö
a) En ollenkaan b) 1-2 kertaa viikossa
c) 1-2 kertaa kuukaudessa tai harvemmin d) Päivittäin
23. Pidätkö alkoholin tai päihteiden käyttöä ongelmana?
-

KUNTOUTUS e: pääluokka 5. Palvelut, hallinto ja politiikat

Saamasi kuntoutus

24. Lääkinnällinen tai muu kuntoutus (e5800) Kuvauskohde: Terveyspalvelut
a) ASLAK-kuntoutus
b) yksilöllinen kuntoutus, mikä
c) laituskuntoutusjakso
d) sopeutumisvalmennuskurssi
e) muu, mikä _____
Kuntoutuksen rahoittaja _____
25. Ammatillinen kuntoutus (e5900) Kuvauskohde: Työllistämispalvelut
a) työterveyshuollon toimenpiteet
b) korjaavat toimenpiteet työolosuhteissa
c) muutokset työtehtävissä tai työajassa
d) työkykyä ylläpitävä kuntoutus (TYK)
e) urasuunnittelu
f) työ- tai koulutuskokeilu
g) työhön valmennus
h) uudelleen koulutus
i) muu, mikä _____

OPISKELU JA KOULUTUS (yksilötekijät)

26. Peruskoulutus
- a) kansa- tai kansalaiskoulu
 - b) keski- tai peruskoulu
 - c) lukio tai ylioppilas
 - d) erityisluokka tai -koulut

27. Arvio kouluaikaisesta oppimisesta (yksilötekijät)

	Ehdoton ongelma	Ei ongelma/ ei vahvuus	Ehdoton vahvuus
a) Lukeminen ja kirjoittaminen (yksilötekijät)	-----	-----	-----
c) Laskeminen (yksilötekijät)	-----	-----	-----
d) Keskittymiskyky (yksilötekijät)	-----	-----	-----
e) Oppiminen koulussa (yksilötekijät)	-----	-----	-----
f) Muu, mikä? _____	-----	-----	-----

28. Tukitoimenpiteet kouluaikana (yksilötekijät)

- a) ei tukitoimenpiteitä
- b) luokan kertaaminen
- c) mukautettu opetus
- d) muu tuki koulunkäynnissä, mikä _____

29. Ammatillinen koulutus (yksilötekijät)

- a) Ei ammattikoulutusta
- b) Kurssimuotoinen ammattikoulutus, mikä? _____
- c) Ammattikoulu, linja? _____
- d) Opistotasoinen koulutus, mikä? _____
- e) Ammattikorkeakoulu, mikä? _____
- f) Akateeminen koulutus, mikä? _____

SOSIAALITURVA (e5700) kuvauskohde: Sosiaaliturvaetuudet

30. Sosiaaliturvanne ja toimeentulonne tällä hetkellä
- a) Palkka
 - b) Sv-päiväraha (Kela) – päivärahoikeutta vielä jäljellä _____ päivää (mikäli tiedossanne)
 - c) Eläkkeet – eläke-/kuntoutustukipäätös on voimassa _____ saakka
 - d) Lakisääteinen tapaturma- tai liikennevakuutus
Vakuutusyhtiö: _____ Jokin muu, mikä? _____

OMAT TOIVEET JA TAVOITTEET

31. Omat tavoitteenne ja toiveenne kuntoutumisen suhteen

KIITOS!



Kyselylomake C

Asiakaslähtöinen arviointitutkimus erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden kuntoutustutkimuksesta ja kuntoutuksen toteutumisesta vuosina 2012–2014

Pyydän sinua ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin ohjeiden mukaan.

Asuminen

1. **Asun.** Ympyrii kahteen asumiseen liittyvään kysymykseen oikea vaihtoehto.
 - 1) Yksin
 - 2) Yhdessä puolisoni/kumppanini kanssa
 - 3) Yhdessä puolisoni ja lasteni kanssa
 - 4) Yhdessä lasteni kanssa
 - 5) Muu, miten _____
 2. **Onko asumisessasi tapahtunut muutoksia kuntoutustutkimuksen jälkeen?** 1) kyllä 2) ei
 3. **Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kerro miten asumisesi on muuttunut?**
-

Kuntoutustutkimusta koskevia tietoja
4. Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimus ja kuntoutussuunnitelman toteutuminen

Rastita mielestäsi oikea vaihtoehto jokaisesta alla olevasta väittämästä.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1) Sain kuntoutustutkimuksen aikana vastauksia kysymyksiini.					
2) Osallistuin itseäni koskeviin päätöksiin.					
3) Tunsin tulleeni kuulluksi.					
4) Minulle puhuttiin ymmärrettävää kieltä.					
5) Sain tukea ongelmieni ratkaisemiseen.					
6) Minulle ei ollut mitään hyötyä kuntoutustutkimuksesta.					
7) Kuntoutustutkimus toteutui tilanteeseeni nähden oikeaan aikaan.					
8) Kuntoutustutkimuksen (ensikontaktista viimeiseen neuvotteluun) kokonaiskesto oli liian pitkä.					
9) Kuntoutustutkimuksen jälkeen sain lausunnon nopeasti.					
10) Kuntoutukselle asettamani odotukset toteutuivat.					

5. Mikäli vastasit viimeiseen väittämään (10) täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, kerro oma mielipiteesi, miksi kuntoutukselle asettamasi odotukset eivät toteutuneet.

6. Mikäli sinulle tehtiin kuntoutustutkimuksen yhteydessä lausuntoja, esim. B-lausunto, mitä sillä haettiin, esim. lääkinnällistä kuntoutusta, ammatillista kuntoutusta, kuntoutustukea?

7. Mikäli lausunto tehtiin, saitko haetun kuntoutuksen tai etuuden?

Vastaa ympyröimällä vain se kuntoutus tai etuus, jota haettiin.

- | | | | |
|----|--|----------|-------|
| 1) | Lääkinnällinen kuntoutus, esim. kuntoutuskurssi tai fysioterapia | a) kyllä | b) ei |
| 2) | Ammatillinen kuntoutus, esim. työkokeilu, uudelleen koulutus | a) kyllä | b) ei |
| 3) | Taloudellinen etuus, esim. sairauspäiväraha, eläke | a) kyllä | b) ei |

Työ ja toimeentulo

8. Työsi tällä hetkellä. Ympyröi yksi oikea vaihtoehto.

- | | | | |
|-----|------------------------------------|-----------------|-----------------|
| 1) | Olen vakituksessa työsuhteessa | a) kokoaikainen | b) osa-aikainen |
| 2) | Olen määräaikaisessa työsuhteessa | a) kokoaikainen | b) osa-aikainen |
| 3) | Olen itsenäinen yrittäjä | a) kokoaikainen | b) osa-aikainen |
| 4) | Olen työllistämistuella | | |
| 5) | Olen työkokeilussa, missä? _____ | | |
| 6) | Olen kuntouttavassa työtoiminnassa | | |
| 7) | Olen työvoimakoulutuksessa | | |
| 8) | Olen opiskelija | a) oppisopimus | b) muu |
| 9) | Olen työtön työnhakija | | |
| 10) | Muu, mikä _____ | | |

9. Onko sinulla voimassa oleva työsuhde? Ympyröi oikea vaihtoehto.

- 1)Kyllä
2)Ei

Jos sinulla ei ole voimassa olevaa työsuhdetta, siirry kysymykseen 14.

10. Oletko saman työnantajan palveluksessa kuin kuntoutustutkimuksen aikana?

Ympyröi oikea vaihtoehto.

- 1) Kyllä
2) Ei

11. Työtilanteesi.

Rastita mielestäsi oikea vaihtoehto alla olevasta väittämästä.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Olen tyytyväinen työtilanteeseeni.					

12. Jos vastasit jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä, kerro miksi olet tyytymätön työtilanteeseesi.

13. Jos olet työssä, onko työtehtäviäsi muutettu kuntoutustutkimuksen jälkeen?

Ympyröi oikea vaihtoehto.

- 1) Työtehtäväni ovat muuttuneet huonompaan suuntaan.
- 2) Työtehtäväni ovat muuttuneet työkykyäni tukevaan suuntaan.
- 3) Työtehtäväni eivät ole lainkaan muuttuneet.

14. Pääasiallinen toimeentulon lähteesi tällä hetkellä.

Ympyröi oikea vaihtoehto.

- 1) Työstä saadut ansiotulot
- 2) Sairausvakuutuksen päiväraha a) kokopäivä b) osapäivä
- 3) Toistaiseksi myönnetty työkyvyttömyyseläke a) täysi b) osa
- 4) Kuntoutustuki (määräaikainen työkyvyttömyys) a) täysi b) osa
- 5) Osa-aikaeläke (iän perusteella)
- 6) Ansiosidonnainen työttömyysturva
- 7) Työttömyyseläkeputki
- 8) Kelan peruspäiväraha
- 9) Kelan työmarkkinatuki
- 10) Kelan työmarkkinatuki, koska sairauspäivärahakausi täynnä
- 11) Toimeentulotuki
- 12) Tapaturmavakuutuksen tai liikennevakuutuksen maksama päiväraha
- 13) Tapaturmaeläke
- 14) Muu, mikä? _____

15. Miten toimeentulosi on muuttunut kuntoutustutkimuksen jälkeen?

Terveydentila ja elintavat

16. Millaiseksi luonnehtisit terveydentilaasi tällä hetkellä kouluarvosanoilla neljästä kymmeneen arvioituna?

Neljä tarkoittaa, että terveydentilasi on erittäin huono ja kymmenen, että se on erittäin hyvä.

Koen terveydentilani olevan tällä hetkellä _____ arvoinen.

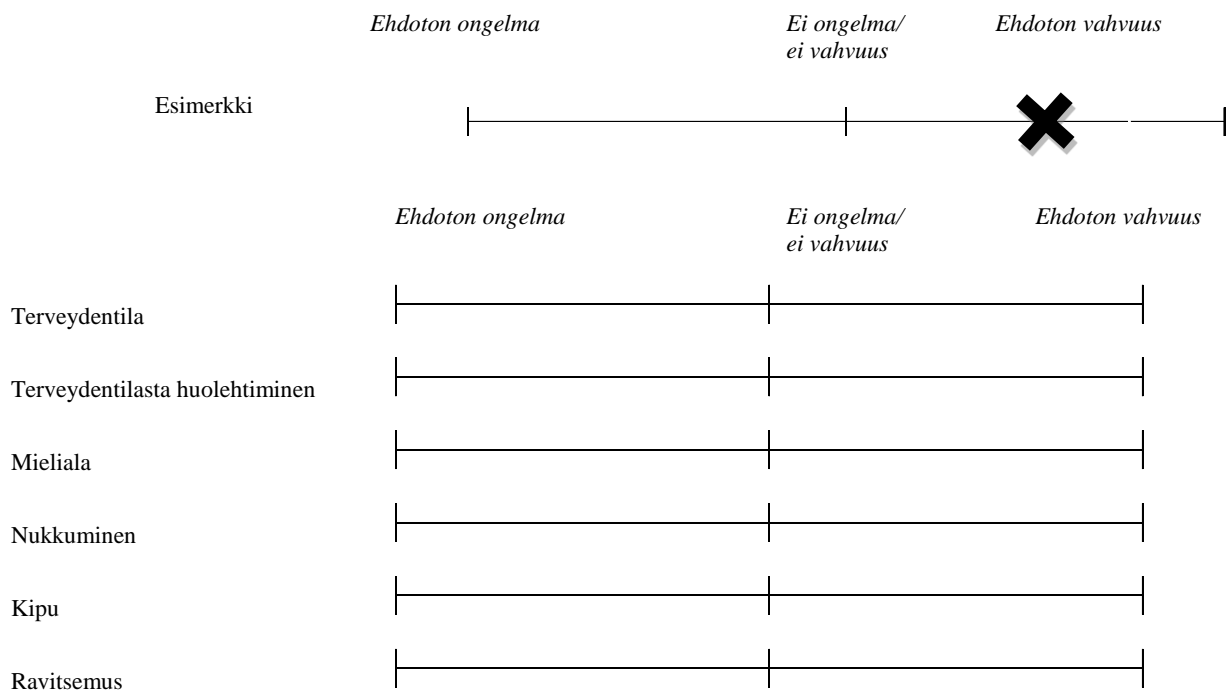
17. Terveydentilasi verrattuna ennen kuntoutustutkimusta.

Rastita mielestäsi oikea vaihtoehto alla olevasta väittämästä.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Terveydentilani on nyt parempi, kuin ennen Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehtyä kuntoutustutkimusta.					

18. Arvioi tämänhetkistä terveydentilaasi.

Laita rasti janalle siihen kohtaan, mikä kuvaa omaa tilannettasi.



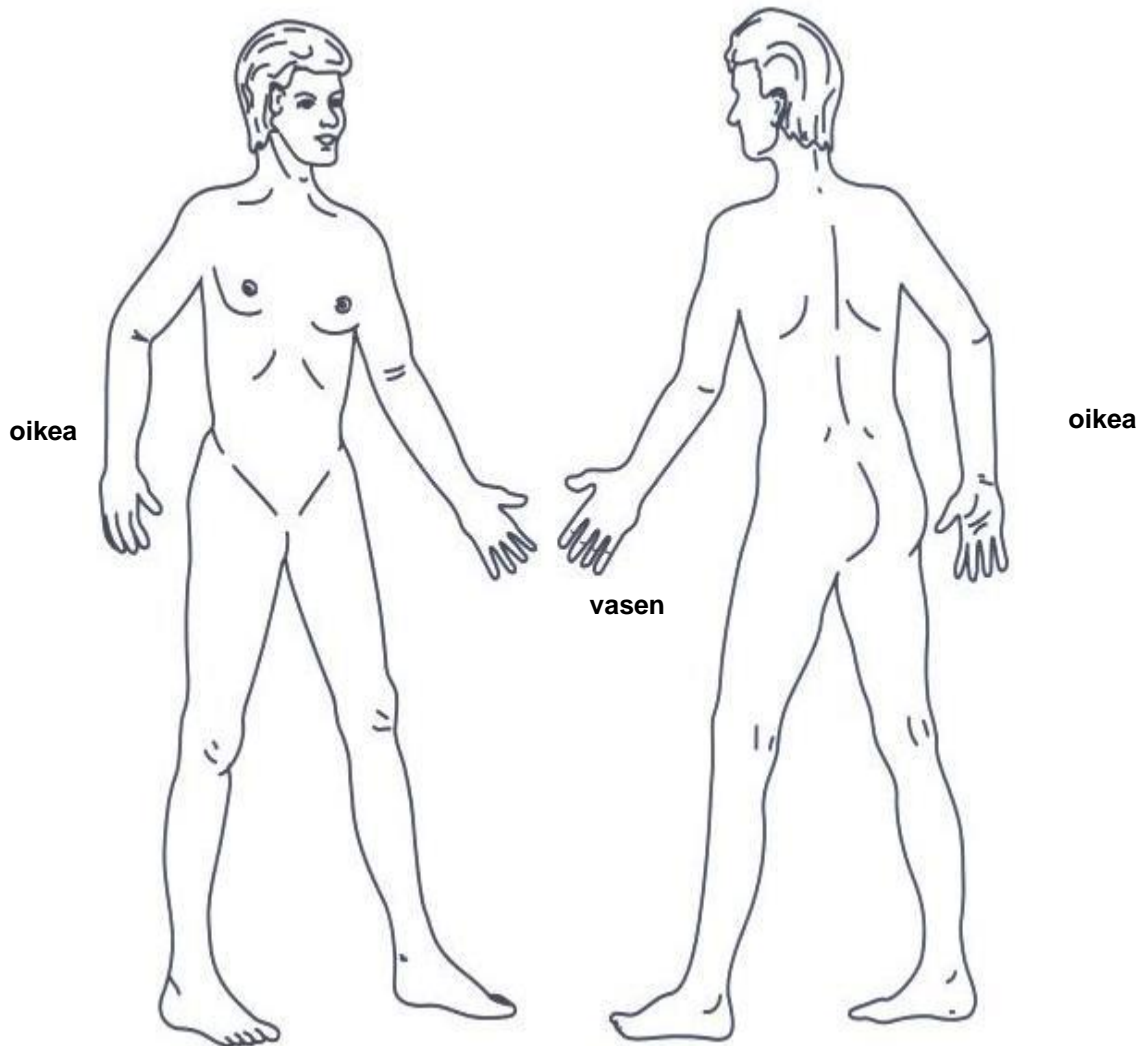
19. Mikäli sinulla on kipuja, merkitse alla olevaan piirrookseen ne alueet, joissa sinulla on kipuja, puutuneisuutta, tunnottomuutta tai muita oireita.

KIPU: punainen väri (tai P)

PUUTUNEISUUS: vihreä väri (tai V)

TUNNOTTOMUUS: sininen väri (tai S)

Väritä voimakkaat oireet tummalla värillä ja lievät oireet vaalealla värillä.



20. Muita tämänhetkistä terveydentilaasi heikentäviä tai parantavia tekijöitä.

21. Hyvinvointiasi lisääviä keinoja.

Rastita mielestäsi oikea vaihtoehto alla olevasta väittämästä.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Keinot, joilla hoidan omaa fyysistä ja psyykkistä hyvinvointiani ovat lisääntyneet kuntoutuksen ansiosta.					

22. Mikäli vastasit edelliseen väittämään täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, kerro millaisia keinoja olet käyttänyt.

23. Liikuntaharrastuksesi.

Rastita mielestäsi oikea vaihtoehto alla olevasta väittämästä.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Liikuntaharrastukseni ovat lisääntyneet kuntoutustutkimuksen jälkeen.					

24. Jos käytät alkoholia tai muita pähteitä, onko niiden käyttö muuttunut kuntoutustutkimuksen jälkeen?

1) kyllä

2) ei

Jos vastasit kyllä, miten niiden käyttö on muuttunut?

25. Jos tupakoit, oletko muuttanut tupakointitottumuksiasi kuntoutustutkimuksen jälkeen?

1) kyllä

2) ei

Jos vastasit kyllä, miten ne ovat muuttuneet?

Toimintakyky

26. Keskeisimmät vahvuutesi ja osaamisesi tällä hetkellä.

27. Keskeisimmät toimintakykyrajoitteesi tällä hetkellä.

28. Toimintakykyä heikentävät sairautesi tai vammasi tällä hetkellä.

29. Toimintakykyä heikentävät muut oireesi tällä hetkellä.

Mikäli olet työssä, vastaa myös seuraaviin, työkykyäsi koskeviin kysymyksiin.

Työkyky

30. Keskeisimmät vahvuutesi ja osaamisesi työssäsi tällä hetkellä.

31. Keskeisimmät työrajoitteesi tällä hetkellä.

32. Työkykyäsi heikentävät sairautesi tai vammasi tällä hetkellä.

33. Työkykyä heikentävät muut oireesi tai syyt tällä hetkellä.

Arvioi tämänhetkistä työ- ja toimintakykyäsi.

Laita rasti janalle siihen kohtaan, mikä kuvaa parhaiten omaa tilannettasi.

	<i>Ehdoton ongelma</i>	<i>Ei ongelma/ ei vahvuus</i>	<i>Ehdoton vahvuus</i>
Esimerkki:	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
Osallistuminen ansiotyöhön	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
Osallistuminen koulutukseen	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
Työpaikan ihmissuhteet	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
Asioiden puheeksi ottaminen	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
Keskusteluun osallistuminen	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
Yhteistyötaidot	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
Aloite- ja suunnittelukyky	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
Motivaatio	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----

Ajan hallinta	----- -----
Toimintojen nopeus	----- -----
Rasituksen sieto	----- -----
Stressin hallinta	----- -----
Esineiden nostaminen ja kantaminen	----- -----
Käveleminen ja liikkuminen	----- -----
Käden hienomotorinen käyttö	----- -----
Perhesuhteet	----- -----

Osallistumisesi järjestö- ja yhdistystoimintaan, harrastukset yms.

34. Arvioi, miten ympäristötekijät edistävät tai rajoittavat toimintakykyäsi.

Laita rasti janalle siihen kohtaan, mikä kuvaa parhaiten omaa tilannettasi.

	<i>Rajoittaa</i>	<i>Ei vaikutusta</i>	<i>Edistää</i>
Esimerkki:	----- ----- -----		X
	<i>Rajoittaa</i>	<i>Ei vaikutusta</i>	<i>Edistää</i>
Perheeltä saatu tuki	----- ----- -----		
Ystäviltä saatu tuki	----- ----- -----		
Työtovereilta saatu tuki	----- ----- -----		
Ammattihenkilöiltä saatu tuki	----- ----- -----		
Perheen asenteet	----- ----- -----		
Ystävien ja tuttavien asenteet	----- ----- -----		
Työtovereiden asenteet	----- ----- -----		
Ammattihenkilöiden asenteet	----- ----- -----		
Lääkkeet	----- ----- -----		
Työtila	----- ----- -----		
Työvälineet	----- ----- -----		

Melu		
Valaistus		
Yhteiskunnan palvelujärjestelmät		
Työllistämispalvelut		
Ammatillisen kuntoutuksen palvelut		
Muu, mikä _____		

Kuntoutus ja asiointi

35. Missä olet hoitanut kuntoutukseen liittyviä asioitasi kuntoutustutkimuksen jälkeen?

Ympyröi oikea vaihtoehto. Voit valita myös useamman vaihtoehdon.

- 0) En missään
- 1) Terveyskeskuksessa a) lääkärin b) fysioterapeutin c) psykologin vastaanotolla
- 2) TE-keskuksessa
- 3) Sosiaalitoimessa
- 4) Mielenterveystoimistossa
- 5) Yksityisvastaanotolla a) lääkärin b) fysioterapeutin c) psykologin vastaanotolla
- 6) Työvoiman palvelukeskuksessa
- 7) Kelassa
- 8) Työeläkelaitoksessa
- 9) Kuntoutuslaitoksessa
- 10) Työterveydessä _____

Saamasi kuntoutus

Lääkinnällinen tai muu kuntoutus.

Ympyröi oikea vaihtoehto. Voit valita myös useamman vaihtoehdon.

- 1) ASLAK-kuntoutus
- 2) Fysioterapia
- 3) Psykoterapia
- 4) Laitoskuntoutusjakso
- 5) Sopeutumisvalmennuskurssi
- 6) Muu, mikä _____

36. Ammatillinen kuntoutus.

Ympyröi oikea vaihtoehto. Voit valita myös useamman vaihtoehdon.

- | | |
|---|---|
| 1) Työterveyshuollon toimenpiteet | 2) Korjaavat toimenpiteet työolosuhteissa |
| 3) Muutokset työtehtävissä tai työajassa | 4) Työkykyä ylläpitävä kuntoutus (TYK) |
| 5) Urasuunnittelu | 6) Työ- tai koulutuskokeilu |
| 7) Työhönvalmennus | 8) Uudelleen koulutus |
| 9) Muu koulutus, joka ei tähtää tutkintoon | 10) Ammatinvalinnan ohjaus |
| 11) Ammatill. kunt.tutkimus, esim. Kelan kustantama | 12) Kuntoutustarveselvitys, työeläkelaitos |
| 13) Elinkeinotuki | 14) Työhön tai opisk. liittyvät apuvälineet |
| 15) Muu, mikä _____ | |

37. Kuntoutuspalvelujen ja neuvonnan laatu

Rastita mielestäsi oikea vaihtoehto alla olevasta väittämästä.

Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa

Sana on vapaa

38. Jos et hyötynyt kuntoutuksesta, mistä se mielestäsi johtui?

39. Jos hyödyit kuntoutuksesta, mistä se mielestäsi johtui?

40. Kerro vapaasti ajatuksiasi kuntoutustutkimuksesta ja kuntoutuksen toteutumisesta.

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄSI!

Liite 9

Itsearviointin perusteella rakennetut ja toiminta- ja työkykyä kuvaavat kolmen monisairaana (1, 2 ja 3) tyyppitarinan ongelmat, vahvuudet, rajoittavat ja edistävät tekijät ICF-osa-alueilla.

ICF-osa-alue	ICF-aihealue tai kuvauskohde	Monisairas 1	Monisairas 2	Monisairas 3
Ruumiin ja kehon toiminnot	Aloite- ja suunnittelukyky	---	0	+
	Motivaatio	---	---	+++
	Ajanhallinta	-	---	+++
	Muisti	--	--	+
	Toimintojen nopeus	---	----	---
	Rasituksen sieto	----	----	----
	Mieliala	---	----	-
	Nukkuminen	---	----	---
	Kipu	---	----	----
	Suoritukset ja osallistuminen	Keskittyminen	---	----
Osallistuminen ansiotyöhön		----	----	----
Osallistuminen koulutukseen		---	----	+
Työpaikan ihmissuhteet		0	--	++
Asioiden puheeksi ottaminen		+	---	++
Keskusteluun osallistuminen		++	0	++
Yhteistyötaidot		0	0	++
Stressin hallinta		---	----	+++
Nostaminen ja kantaminen		----	----	--
Käveleminen ja liikkuminen		--	----	--
Käden hienomotoriikan käyttäminen		--	----	-
Perhesuhteet		+	++	+++
Omasta terveydestä huolehtiminen		---		++
Ympäristötekijät	Perheeltä saatu tuki	+	++	++++
	Ystäviltä saatu tuki	+	++	+++
	Työtovereilta saatu tuki	0	0	+
	Ammattihenkilöiltä saatu tuki	++	++	++
	Perheen asenteet	0	++	+++
	Ystävien, tuttavien asenteet	0	++	+++
	Työtoverien asenteet	0	0	0
	Ammattihenkilöiden asenteet	+	++	++
	Lääkkeet	0	++	0
	Ravitsemus	0	++	0
	Melu	-	--	--
	Valaistus	---	--	--
	Työtila	ei vastausta	ei vastausta	0
	Työvälineet	ei vastausta	ei vastausta	0
Palvelujärjestelmät	0	ei vastausta	0	
Työllistymispalvelut	--	ei vastausta	0	
Ammatillisen kuntoutuksen palvelut	--	ei vastausta	0	
Yksilötekijät				
	Ei koodattu ICF-luokituksessa	Nykyään ei vahvuuksia Aiemmin: ahkeruus, joustavuus, huumorintaju, rehellisyys, puu- ja metallipuolen osaaja	Nykyään ei vahvuuksia Aiemmin: tarkkuus, tunnol- lisuus, täsmällisyys ja työaikojen noudattaminen	Koulumenestys + Am- mattikoulutus + Paljon vahvuustekijöitä