



ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIIN PERUSTUVAT KUNTOUTUSTA TUKEVAT PROSESSIT YHTEISTEN TOIMINTOJEN ALUEELLA

Johdanto

Asiakkaiden kuntoutukseen osallistuu useita yhteiskunnan osajärjestelmiä edustavia organisaatioita ja ammattilaisia, jotka ovat suuntautuneet kukin yhteen, itselleen ominaiseen ja ensisijaiseen tehtävään (Luhmann 2004). Pyrkinessään työnjakojen mukaiseen kuntoutuksen toteuttamiseen järjestelmät tuottavat moniasiakkuutta, ja tahattomana sivutuotteena syntyy usein myös palvelujärjestelmän ”aukkoja” (Seikkula & Arnkil 2009, Arnkil 1992). Koska työelämästatus määrittelee vahvasti sitä, minkälaiset kuntoutusvaihtoehdot ovat asiakkaan käytettävissä ja mikä taho sosiaalivakuutuksesta vastaa, asiakkaat ovat jo lähtökohtaisesti eriarvoisessa asemassa (Hiilamo 2015, Metteri 2012). Tilanteissa, joissa asiakkaiden palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää useamman kuin yhden osajärjestelmän palveluita, palveluita tarjoavien organisaatioiden rajoille muodostuu yhteisten toimintojen alue (Kiuru & Metteri 2014a).

Artikkelin teoreettisena lähtökohtana on saksalaisen sosiologi Niklas Luhmannin systeemiteoria. Luhmannin systeemiteoriaa ovat suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa hyödyntäneet muun muassa Erik Arnkil (1992), Kaisa-Elina Kiuru ja Anna Metteri (2014a, 2014b) sekä Arja Kilpeläi-

nen (2016). Kuntoutuksen tutkimuksessa Luhmannin systeemiteoriaa ovat tehneet näkyväksi muun muassa Janne Jalava (2008, 2013), Aila Järvikoski ja Vappu Karjalainen (2008) sekä Jari Lindh (2013). Esimerkiksi Jalava (2008, 2013) on tarkastellut kuntoutusta yhteiskunnallisena osajärjestelmänä sekä yhteiskunnan osajärjestelmien vaikutuksia kuntoutuskumppanuuteen ja kuntoutuspalveluita tarjoavien organisaatioiden toimintaan.

Artikkelin keskeisen käsitteen, ”yhteisten toimintojen alueen” (Kiuru & Metteri 2014a), juuret ovat Jaakko Seikkulan (1987) kehittelemässä rajasysteemi-käsitteessä. Rajasysteemi viittaa asiakkaan ja hänen lähiverkostonsa sekä kuntouttavien tahojen muodostamaan vuorovaikutusjärjestelmään¹. Yhteisten toimintojen alueen käsitteellä Kiuru ja Metteri (2014a, 166–167) viittaavat sekä organisaatioiden yhteisiin asiakkaisiin että yhteiseen tehtäväalueeseen, jota määritetään yhteistyön ja työnjaon keinoin. Yhteisten toimintojen alue on siis käsitteenä laajempi kuin rajasysteemi, sillä se mahdollistaa pyyvämpien rakenteellisten ja toiminnallis-

¹ Vuorovaikutusjärjestelmän toiminta perustuu osapuolten henkilökohtaiseen läsnäoloon, joka on myös vuorovaikutusjärjestelmän rajanmuodostusperiaate. (Luhmann 1982, 71, Michailakis & Schirmer 2017, 51.)

ten kytkösten syntyminen (ks. esim Brunczel 2010).

Artikkelin tutkimuskysymyksenä on: Minkälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja asiakkaiden sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää? Kuntoutusta tukevilla prosesseilla tarkoitetaan organisaatioiden rajat ylittäviä toiminnallisia prosesseja, jotka luovat edellytyksiä asiakkaiden kuntoutusprosessien toteuttamiselle (ks. myös Väyrynen & Lindh 2014). Artikkelin aineistona ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut (ks. Palomäki 2013), joiden kuntoutumisen ja työllistymisen vaikeudet ovat pitkäkestoisia ja moniulotteisia. Yhteisten toimintojen alueelle sijoittuvien, kuntoutusta tukevien prosessien paikantamisessa hyödynnän laadullista, teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä.

Luhmannin systeemitheoria teoreettisena viitekehystenä

Luhmannin systeemisen ajattelun juuret voidaan paikantaa yleiseen systeemitheoriaan, jonka sisällä järjestelmät jaetaan perinteisesti teknisiin, biologisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin järjestelmiin. Näistä keskityn artikkelissa sosiaalisiin järjestelmiin ja niiden yhteistoimintaan. Sosiaaliset järjestelmät jakautuvat puolestaan yhteiskunta-, organisaatio- ja vuorovaikutusjärjestelmiin. (Luhmann 1995, Schirmer & Michailakis 2013, Brunczel 2010.) Yhteiskunnan toimintoja toteuttavat useat eri osajärjestelmät, kuten talous, politiikka, juridiikka, terveydenhuolto, kasvatusta ja hoiva (Luhmann 1982 ja 2004, Schirmer & Michailakis 2013).

Jokaisella osajärjestelmällä on oma eron- teon mahdollistava kaksintamissääntönsä (binaarikoodi), kommunikaation välittäjänsä (mediumi) ja ohjelmansa (Luhmann 2004, Linna 2016). Kaksintamissäännöt ilmaisevat vastakohta-asetelmia, jotka auttavat osajärjestelmiä havaitsemaan, kuuluuko jokin kommunikaatio toiminta osajärjestelmälle vai ei (Luhmann 2004, Brunczel 2010). Esimerkiksi terveydenhuollossa havainnointi tapahtuu diagnoosin (välittäjä) perusteella ja terve/sairas-jaottelun (kaksintamissääntö)

avulla. Ohjelmia voidaan luonnehtia oikean käyttäytymisen kriteereiksi tai oikean toiminnan ehdoiksi, jotka ovat alisteisia kaksintamissääntöille. Järjestelmä voi vaihtaa ohjelmarakenteita menettämättä kaksintamissääntönsä luomaa identiteettiään. (Luhmann 2004.)

Osajärjestelmät yrittävät hallita lisääntyvää monimutkaisuutta toiminnallisen eriyty- misen keinoin (Arnkil 1992, Seikkula 1991, Seikkula & Arnkil 2009, Seikkula ym. 2003, Luhmann 1995) eli jakamalla kokonaisuuden osiin ja yrittämällä hallita osia erikseen. Mitä pidemmälle järjestelmät professionee- riin eriytyvät ja mitä suverenimmiksi ne tulevat tulkintakoodistonsa käytössä, sitä enemmän ne menettävät mahdollisuuksia kommunikoida keskenään (Arnkil 2005, Seikkula ym. 2003). Jokainen toiminnallisesti eriytynyt osajärjestelmä, esimerkiksi terveydenhuolto, voidaan kytkeä toisten kanssa, ja joidenkin osajärjestelmien välillä voi olla rakenteellisesti kytkeä (esimerkiksi sopimuksia, maksuosuuksia, veroja) kuin toisten. Rakenteellisen kytkennän ohella osajärjestelmien välillä voi olla toiminnallista kytkeä eli operaatioiden siirtymiä tai jonkin operaation hoitamista yhdessä, sillä osajärjestelmät koostuvat samanlaisista toimista eli viestinnästä. Osajärjestelmien väliset toiminnalliset kytkennät ovat mahdollisia ainoastaan organisaatioissa. Useimmiten organisaatiot toimivat osajärjestelmien sisällä ja niillä on osajärjestelmiin viittaavia nimiä, kuten sairaala tai terveyskeskus. (Brunczel 2010.)

Organisaatioista on lisääntyvässä määrin tullut polyfonisia, jolloin useat äänet tai koodit ovat vallalla yhtä aikaa eli organisaation työskentely perustuu eri osajärjestelmien edustajien yhteiseen toimintaan sekä organisaation sisä- että ulkopuolella (Andersen 2003, Jalava 2008 ja 2013, Villadsen 2008). Ammattilaisten kohtaamisissa keskinäisten suhteiden määrittely tapahtuu asiakasasiaa käsiteltäessä, mikä ei suinkaan ole ongelmatonta. Koska osajärjestelmiä edustavat ammattilaiset havainnoivat asiakkaan tilannetta eri tavoin, kaikkia osapuolia yhdistävän näkemyksen saavuttaminen ei automaattisesti onnistu. (Seikkula & Arnkil 2009.) Vaikka systeemien näkökulmia ei voi-

da vaihtaa keskenään, terveydenhuoltojärjestelmän puitteissa, sairaalaorganisaation sisällä ja asiakkaiden ja ammattilaisten kohtaamisissa (eli vuorovaikutusjärjestelmissä) voidaan löytää uusia toimintavaihtoehtoja. (Emt., Arnkil 1991.)

Kuntoutustutkimus lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteenä yhdistää asiakkaan ja hänen lähipiirinsä, sairaalaorganisaation ja sen toiminnallisesti eriytyneet yksiköt sekä muita julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Artikkelissa selvitän asiakkaiden kokemuksia ja toiveita kuntouttavien tahojen yhteistyöstä, ja analyysin myötä päättelen, minkälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja yhteisten toimintojen alueelle paikantuu.

Tutkimusasetelma

Artikkelin aineistona ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut (kerätty 12/2010–2/2011). Haastatteluaineistoa kertyi 15,5 tuntia ja litteroituja sivuja oli 229 (1,5 rivivälillä). Ennen aineiston keräämistä tutkimukselle on haettu sairaalan eettisen toimikunnan puoltava lausunto (18.1.2010). Vaikka aineiston keräämisestä on aikaa ja se koostuu kymmenen haastateltavan näytteestä, asiakkaiden palvelutarpeisiin vastaamisen haasteet ovat edelleen ajankohtaisia (ks. esim. Haukka-Wacklin 2016, Kauppinen-Perttula 2017), mikä on motivoinut artikkelin kirjoittamiseen.

Olen käsitellyt aineistoa aiemmin asiakkaiden osallisuuden näkökulmasta. Haastatteluteemoina olivat kuntoutustutkimuksen käynnistyminen, prosessin eteneminen, odotukset/kuntoutusmotivaatio, osallisuuden kokemukset prosessin aikana ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa sekä palaute ja kehittämisehdotukset. Pitkäkestoisen ja moniulotteisen problematiikan myötä haastateltavien elämään on kytkeytynyt useita toimijoita yhteiskunnan eri osajärjestelmistä. Yleiskuvan saamiseksi kuntouttavien tahojen yhteistoiminnasta jaottelin haastateltavien kuntoutukseen osallistuneet tahot sairaalaorganisaation sisäisiin ja ulkoisiin toimijoihin.

Aineiston analyysimenetelmänä hyödynnän teoriaohjaavaa laadullista sisällönanalyysyä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Ensin etsin aineistosta haastateltavien kuvauksia ja toiveita ammattilaisten ja/tai instituutioiden välisestä yhteistyöstä. Tämän jälkeen ryhmittelin aineisto-otteet sisällön mukaan neljäksi eri palvelutarpeeksi, joihin vastaaminen haastateltavien arvion mukaan edellyttää organisaatioiden tai eri alan ammattilaisten yhteistoimintaa (ks. myös Väyrynen & Lindh 2014). Useimmiten organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävät palvelutarpeet löytyivät aineistosta negaation kautta eli kriittisinä palvelukokemuksina. Käytän ammattilaisten ja organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävistä palvelutarpeista käsitettä kuntoutusta tukeva prosessi, sillä kyse on asiakkaiden yksilöllisten kuntoutusprosessien rinnalla kulkevista ja niitä tukevista prosesseista. Lopuksi pohdin, miten osajärjestelmien erilaiset tavat havainnoida ja käsitteellistää asiakkaan tilannetta hankaloittavat kuntoutusta tukevien prosessien toimintaa ja koko kuntoutusprosessin etenemistä.

Kahdeksan haastateltavaa oli käyttänyt erikoissairaanhoidon palveluita ennen kuntoutustutkimuksen käynnistymistä. Haastatteluhetkellä he olivat asioineet kolmessa toista toimipisteessä kuudella vastuualueella. Erikoissairaanhoidon palveluita eniten käyttänyt haastateltava oli asioinut kuudessa toimipisteessä, viidellä vastuualueella. Keskeisin yhteistyökumppani sairaalaorganisaation sisällä oli aikuispsykiatrian vastuualue, jossa oli asioinut kuusi haastateltavaa. Puolet haastateltavista lähetettiin psykiatrin arviointiin kuntoutustutkimuksen aikana. Kahdella haastateltavalla oli psykiatrin hoitosuhde ennen kuntoutustutkimuksen käynnistymistä ja viidellä kuntoutustutkimuksen jälkeen. Viisi haastateltavaa asioi neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualueen muissa toimipisteissä kuntoutustutkimuspoliklinikan lisäksi. Lisäksi kolme haastateltavaa asioi tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja kaksi sisätautien vastuualueilla.

Kaikkien haastateltavien kuntoutustarpeeseen vastaaminen oli edellyttänyt kunnallisen palvelutuotannon lisäksi sosiaalivaikutuksesta huolehtivan tahon rahoitusvas-

tuuta. Yleisimmät sosiaalivakuutuksesta vastanneet tahot olivat Kansaneläkelaitos (9/10) ja työeläkevakuutusyhtiöt (8/10). Kuuden haastateltavan ammatillisen kuntoutuksen palvelut toteutettiin pääsääntöisesti työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Kolmen haastateltavan työeläkevakuutusyhtiöt antoivat maksusitoumuksen yksityisten ammatillisten kuntoutuspalveluiden käyttöä varten. Kaksi eniten sairaalaorganisaation ulkoisia palveluita käyttäneistä haastateltavista oli asioinut yhdentoista eri tahon kanssa. Eniten sairaalaorganisaation sisäisiä ja ulkoisia palveluita käyttänyt haastateltava oli asioinut 17 tahon kanssa. Yhteensä haastateltavat olivat käyttäneet kuntoutustutkimuspoliklinikan lisäksi 13 yksikön palveluita sairaalaorganisaation sisällä ja 24 yksikön palveluita organisaation ulkopuolella. Yhteistyötahoja voi olla sairaalan ulkopuolella enemmänkin, sillä en tiedustellut haastateltavilta sairaalan ulkopuolisista toimijoista.

Kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella

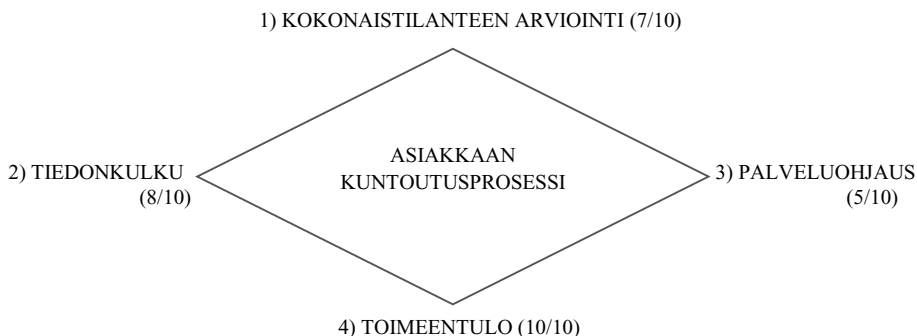
Analyysin myötä yhteisten toimintojen alueelle paikantuu neljä kuntoutusta tukevaa prosessia: kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen, jotka olen koonnut kuvioon 1 ja joita käsittelen kuvion osoittamassa järjestyksessä. Aineisto-otteissa T tarkoittaa tutkijaa ja H haastateltavaa. Haastateltavat (n = 10) on yksilöity merkinnöillä H1 - H10. Suorat haastattelulainaukset on erotettu muusta tekstistä lainausmerkeillä (").

Kokonaistilanteen arviointi

Erikoissairaanhoidon ei yleensä ole terveydenhuollossa asioivan henkilön ensisijainen hoitava taho, ja kohtaamiset erikoissairaanhoidossa ovat pääsääntöisesti määräaikaista ja lyhytkestoista. Myös kuntoutustutkimuspoliklinikalla asiakkaille kerrotaan poliklinikan tutkimuksellisesta luonteesta ja kontaktin määräaikaaisuudesta.

Seitsemän haastateltavaa kaipasi kokonaistilanteen arviointia, vaikka sisällöllisesti sillä tarkoitettiin eri asioita, kuten asiakkaan elämäntilanteen, olosuhteiden ja tarpeiden huomioimista, hoitavien tahojen yhteistyötä, moniammatillisen tiimin työskentelyä ja asiakkaan sosiaalisen verkoston osallistumista kuntoutusprosessiin. Yhden haastateltavan (H3) kokemus kokonaistilanteen arvioinnin puutteesta läpäisi koko haastattelun. Ammatillisen kuntoutuksen edellytysten arvioimiseksi oli tehty psykologin tutkimukset, joita haastateltava kritisoi vahvasti. Hän koki, että työnantaja ja työtoverit olisivat pystyneet arvioimaan paremmin työn arkea ja sujuvuutta. Erilaisista kysymyksenasetteluista huolimatta hän palasi uudelleen samaan aihepiiriin ja kritisoi sitä, että yksittäiseen kohtaamiseen perustuva arvio saa liian suuren painoarvon kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Hän kertoi käyneensä viikoittain keskustelukäynnillä mielenterveystoimistossa ja totesi, että pitkään asiakasta hoitanutta tahoa "kannattaisi kuunnella aika tarkkaan".

Hänen näkemyksensä tiivistyi ajatuksen, että yksittäinen ammattilainen "ei pysty antamaan täydellistä arviota" asiakkaan tilanteesta. Työkyvynarvioinnin tulisi pe-



Kuvio 1. Kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella.

rustua ammattilaisten yhteiseen arviointiin, ”kaikesta keräten”. Kun useampia ammattilaisia on läsnä heti kuntoutustutkimusprosessin alussa, se viestii asiakkaalle, että hänen tilanteeseensa suhtaudutaan ”vakavasti”. Vakavasti otetuksi tuleminen ei ole ”pieni viesti” kuntoutujalle, joka ”yrittää etsiä tietä takaisin töihin.”

Toinen haastateltava (H8) koki, että kuntoutustutkimuspoliklinikan käynnit olivat ”kaikki hajallaan siellä täällä ja kokonaisuutta oli vaikea hahmottaa”. Yhteisvastaanottoihin siirtymiseen myös hän suhtautui myönteisesti.

T: Siellä alkaa nyt useimmiten tämmöisellä yhteistapaamisella kuntoutustutkimus.

H: Ehkä tommosta jotain olisin kaivannut siihen, että olisi ollut montaa eri näkökulmaa eikä vaan mennä sen ensimmäisen ohjeistuksen mukaan. (H8)

Yhteisvastaanotoissa jo tutkimusten suunnittelu perustuu eri alan ammattilaisten yhteiseen näkemykseen eikä yhden lääkärin arviointiin ja arviointikäynnin perusteella tehtyihin konsultaatiopyyntöihin. Eri näkökulmien yhteensovittaminen herätti haastateltavassa luottamusta ja lisäsi prosessin uskottavuutta.

Aivoverenvuodon viisi vuotta ennen haastatteluajankohtaa saanut haastateltava (H6) oli akuuttihoiton jälkeen siirtynyt kaupungin sairaalaan kuntoutuspuolelle. Haastattelun alussa tiedustelin haastateltavalta, mistä lähete kuntoutustutkimuspoliklinikalle oli tehty.

H: En kyllä tiedä (...)

T: Yleensä se, missä on kaikkein eniten asioinut, missä tunnetaan parhaiten ja missä ruvetaan miettimään työhön paluu asioita.

H: Musta tuntuu, että kukaan ei tuntenut, mutta kaikki tiesi ehkä vähän. (H6)

Haastattelijana oletin, että lähettävä taho tietää haastateltavan tilanteesta eniten, mutta haastateltavan kokemus oli toinen: ”kukaan ei tuntenut, mutta kaikki tiesi ehkä vähän”. Toisin sanoen yhden hoitavan tahon arviointi ei riittäisi kokonaiskuvan saamiseen haastateltavan tilanteesta. Hoitotiivistelmistä ja -yhteenvedoista saadaan täsmennystä kokonaistilanteen arviointiin, mutta ilman

eri tahojen näkemysten kuulemista kokonaisuus ei hahmotu parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteistä haastateltavien kuvauksissa oli se, että eri osajärjestelmiä edustavat organisaatiot ja ammattilaiset havainnoivat ja tulkitsevat asiakkaan tilannetta eri tavoin. Erityisen kriittisiä kohtia näyttävät olevan kuntoutustutkimuksen aloitus ja lopetus, ja tällöin vuorovaikutusjärjestelmän eli asiakkaan ja ammattilaisten yhteisten tapaamisten kokoonpanoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Jos kuntoutustutkimuksen tai kuntoutussuunnitelman sisältö perustuivat liikaa yhden ammattilaisen havaintoihin ja/tai hallitsevaan rooliin päätöksenteossa, lopputulos ei tyydyttänyt haastateltavia.

Tiedonkulku

Tiedonkulku osoittautui pulmalliseksi terveydenhuollon tasojen välillä, erikoissairaanhoidon sisäisten ja ulkoisten yhteistyötahojen kesken, sekä työntekijöiden keskinäisissä että asiakkaiden ja työntekijöiden välisissä kohtaamisissa. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat näkyvät myös kuntoutusprosessin eri vaiheissa.

Asiakas voi kokea epävarmuutta tiedonkulusta ja epäluottamusta työntekijöitä kohtaan, jos ammattilaisten kohtaamiset jäävät toisistaan irrallisiksi eivätkä käsitellyt asiat muodosta loogista kokonaisuutta.

H: Sosiaalityöntekijän kanssa käytiin läpi niitä asioita. Mutta ne ei sitten taas tulleet sen lääkärin tapaamisessa toista kertaa vastaan. En saanut (...) vastakaikua, palautetta siihen, että oliko papereihin kirjatut asiat menneet perille vai oliko ne ohitettu. (H9)

Aineisto-otteesta on pääteltävissä, että sosiaalityöntekijä kirjasi haastateltavan (H9) sairauskertomukseen tämän kertomat asiat. Koska lääkärinvastaanotolla ei enää palattu aiemmin käytyyn keskusteluun, haastateltava ei tiedä, onko tiedonkulku epäonnistunut vai onko lääkäri tietoisesti ”ohittanut” hänen kertomansa asiat.

Tiedonkulun epäonnistuminen näkyi muun muassa haastateltavien epä tietoisuutena kuntoutustutkimuspoliklinikalle lähettämisen syistä ja poliklinikan toimintakäy-

tännöistä: ”Ei mulla ollut kyllä hajuakaan, että mihinkä olen menossa” (H10). Sama kokemus oli kolmella muullakin haastateltavalla. Haastateltava sai leikkaneelta lääkäriltä erikoissairaanhoidosta lähetteen kuntoutustutkimukseen, koska hän ei toipunut leikkauksesta toivotulla tavalla. Vaikka leikkaustoimenpide ja kuntoutustutkimus toteutuivat samassa sairaalassa, tiedonkulku epäonnistui eikä haastateltava tiennyt, ”minne hän oli menossa” eli tiedonkulun ongelmat olivat organisaation sisäisiä.

Kuntoutustutkimuksen etenemisestä keskustelu saa haastateltavan (H10) muistelemaan aikaisempia tiedonkulun haasteita. Haastateltava palaa kuntoutustutkimusta edeltävään tilanteeseen, jossa hän odotti pääsyä leikkaukseen. Kiputilanteiden pahenemisen varalle leikkaava lääkäri oli ohjeistanut haastateltavaa ottamaan yhteyttä omalääkäriin vahvempien kipulääkkeiden saamiseksi. Tieto haastateltavan leikkausjonnassa olemisesta ja lääkityksen ohjeistuksesta ei ollut kulkeutunut erikoissairaanhoidosta omalääkärille: ”Omalääkäri sanoi mulle, että mitä mun tykö tulit?” Koska haastateltavalla oli sairausloma-aikanaan työsuhde voimassa, omalääkäri oletti, että hänen tulisi hakeutua työterveyslääkärin vastaanotolle, jota haastateltavalla ei ollut. Tiedonkulussa sattuneet väärinymmärrykset saivat haastateltavan kokemaan olonsa turvattomaksi: ”heittopussiksi”, jonka terveydentila ei ollut kenenkään vastuulla.

Kahdeksan haastateltavan kokemukset tiedonkulun ongelmista olisi voitu estää paitsi ammattilaisen avoimmalla tiedottamisella, myös haastateltavien aktiivisemmalla tiedustelulla epäselviksi jääneistä asioista. Eräs haastateltavista toivoi ”yhtä ainoaa puhelinnumeroa, kuntoutusasioiden kuumaa linjaa”, josta voisi tiedustella epäselviä asioita (aiheesta Ruotsalainen 2003, 106). Vaikka asiakkaan tilannetta havainnoidaan saman kaksintamissäännön perusteella, esimerkiksi terveydenhuollossa terve/sairas-jaotuksen perusteella, se ei silti estä tiedonkulussa tapahtuvia katkoksia. Osittain syynä on terveydenhuoltojärjestelmän sisäinen erilaistuminen ja sen myötä ammattilaisten erityisosaamiseen perustuvan havainnoinnin

kohdistuminen entistä pienempiin osa-alueisiin, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien diagnosointiin. Aineistosta on nähtävissä myös moniammatillisuuden mukanaan tuomat polyfonisuuden haasteet, kuten sosiaaliryöntekijöiden ja lääkäreiden erilainen havainnointikoodisto ja erilaiset kommunikointitavat sekä ammattilaisten hankaludet havaita ja reagoida eri osajärjestelmien edustajien viesteihin niin, että kuntoutustutkimuksesta muodostuisi loogisesti etenevä kokonaisuus.

Palveluohjaus

Kahdella haastateltavalla päihdeongelmat olivat merkittävä työkykyisyyteen vaikuttava asia. Lisäksi yhdellä haastateltavista havaittiin lääkeaineriippuvuus, jonka hoito oli ensisijaista ennen työkyvynarviointia ja työhön paluun suunnittelua.

Työkyvynarvioinnin aikana tuli esille haastateltavan (H2) päihteidenkäyttö, ja hänelle suositeltiin A-klinikan palveluita päihteidenkäytön hallintaan saamiseksi. Haastateltava olisi kaivannut apua A-klinikalle lähtemiseen. Sisätautilääkäri oli tietoinen suositellusta A-klinikkakontaktista ja vastaanoton aikana hän ”vitsaili” haastateltavalle työntekijän saapumisesta ”oven taakse hakemaan”, mikä olisi haastateltavan mielestä voinut ratkaista päihdehoidon toteuttamisen. A-klinikalle hakeutuminen haluttiin varmistaa jälkikäteen, ja haastateltavalta tiedusteltiin puhelimitse, onko hän toiminnut suosituksen mukaisesti. Konkreettinen ajanvarauksen tekeminen jätettiin kuitenkin haastateltavan vastuulle, mutta hän ei ollut siihen vielä kykenevä.

Haastattelun aikana haastateltava toivoi useita kertoja konkreettista saattamista päihdepalveluiden piiriin ja ehdotti myös pakkohoitokriteereiden lieventämistä, mikä vahvistaa sitä, että asia oli hänelle merkittävä. Erikoissairaanhoidossa oli tiedostettu, että haastateltavalla on tuen tarvetta päihdehoitoon hakeutumisessa. Tähän viittaa sisätautilääkärin ”vitsi” kotiovelle saapuvasta työntekijästä ja kuntoutustutkimuspoliklinikalta toteutettu varmistussoitto, jonka tarkoituksena oli kontrolloida haastateltavan tekemi-

siä jälkeensä. Yhden kontrollisoiton jälkeen asiaan ei enää palattu, eikä asiakkaan päihdekuntoutus käynnistynyt. Haastateltava jäi vaille tarvitsemaansa palveluohjausta, kun hän oli vielä "saamaton" ja olisi tarvinnut jonkun "kulkemaan perässä".

Yhdellä haastateltavista (H4) oli jo vuosien ajan ollut kolmannen sektorin hanke-työn kautta palveluohjaaja asumisen, päih- teidenkäytön, työllistymisen ja toimeentulon haasteiden vuoksi.

T: Tapaatteko te joka viikko?

H: No, aika lailla ja sitten muutenkin. (...) Voin sille soittaa esimerkiksi, jos mulle tulee joku Kelan paperi. En tiedä, mitä mä teen sille, miten mä sen täytän. Se sanoo, että miten mä sen täytän tai voin mennä sen luokse täyttämään sen, mikä on mun mielestä hyvä. Eihän niistä tuliskaan yhtään mitään. (H4)

Hän tapasi "tukihenkilöään" viikoittain ja aina tarvittaessa. Suhde työntekijään kuvautui luottamuksellisena ja haastateltava antoi tunnustusta tukihenkilönsä työpanokselle "en varmaan olisi päässyt ilman sitä näin pitkälle". Haastateltavalla oli ollut vuosia myös psykiatrinen hoitosuhde, päih teidenkäyttöön liittyvät säännölliset kontrollikäynnit ja kolmannen sektorin palveluntuottajan kautta saatu työelämävalmennuspaikka. Erityisen tuen tarvetta haastateltavalla oli ollut jo koulunkäynnin alkumetreiltä asti ja oli edelleen eri elämäalueilla.

Edellisten lisäksi kolmella haastateltavalla oli ilmeinen palveluohjauksen tarve, joka oli jäänyt huomioimatta ennen kuntoutustutkimuksen käynnistymistä. Kuntoutustutkimuksen ajan haastateltavilla oli tiivis, palveluohjauksellinen suhde poliklinikan sosiaalityöntekijän kanssa. Haastateltavien kuvaukset sosiaalityöntekijän ominaisuuksista – "ihana ihminen", "kaikista positiivisin" – ja huolenpitotarpeeseen vastaamisesta – "jaksoi pitää huolta", "oli potilaan tuki ja turva" – kertovat paitsi kohtaamisen merkityksestä, myös palveluohjauksen tarpeesta.

Palveluohjauksen tarvetta esiintyi erityisesti niillä haastateltavilla, joilla oli kontakteja useiden eri osajärjestelmien edustajiin samanaikaisesti, mutta ei kykyä tai voimavaroja ymmärtää osajärjestelmien toi-

mintasääntöjä. Useimmiten osajärjestelmien edustajat eivät myöskään kommunikoinet keskenään, eikä asiakkaan tilanteen edellyttämää toiminnallista kytköstä syntynyt min- kään organisaation puitteissa.

Toimeentulon turvaaminen

Kaikki haastateltavat puhuivat pitkittyneeseen työkyvyttömyyteen kytkeytyvästä toimeentulon turvaamisen tarpeesta ja siihen liittyvistä hankaluuksista. Hankaluuksia aiheuttivat muun muassa lausuntojen myöhästyminen terveydenhuollossa ja tiedonkulun ongelmat sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä.

Yksi haastateltava (H3) oli ollut vuosia poissa työelämästä, ja tutuiksi olivat tulleet etuuspäätösten väliset rahattomat jaksot. Etuuden maksamiseen liittyvä katkos johtuu haastateltavan mukaan työterveyslääkäristä, joka lähettää lääkärinlausunnon "aina liian myöhään". Haastateltavan toteamus "aina liian myöhään ja aina muutaman kuukauden ilman rahaa" viittaa tietyn tilanteen toistumiseen. Toimeentulo on haastateltavan mukaan kunnossa, koska rahattomat jaksot on "eletty vanhempien rahoilla, joilla ei ole kauhean tiukkaa".

Myöhemmin haastateltava kertoo toisen syyn etuuspäätösten viivästykselle.

H: Onneksi soitin Kelaan, jonka päätöksiä Potilasvakuutuskeskus odottaa ja sain kuulla, että eläkevakuutusyhtiö ei ole lähettänyt ollenkaan minun papereitani sinne. (...) Joskus toivoisi, että siellä nähtäis asioiden taakse. Nähtäis, että jollakulla ei ole rahaa ostaa ruokaa sen takia, että päätöstä ei tehdä. (H3)

Kun etuuspäätökseen tarvitaan tietoja useammalta sosiaalivakuutusta maksavalta taholta, päätökset viivästyvät ja todennäköisyys sille, että joku taho jättää päätöksensä tekemättä, kasvaa. Haastateltavan (H3) tapauksessa Kansaneläkelaitos (Kela) ei voinut tehdä päätöstään ennen kuin työeläkevakuutusyhtiö lähettää häntä koskevat tiedot. Potilasvakuutuskeskus oli tehnyt myönteisen korvauspäätöksen haastateltavan asiassa, mutta maksuunpano edellytti Kelan ja työeläkevakuutusyhtiön tietojen saamista.

Etuuden saaminen olisi ilman haastateltavan yhteydenottoa myöhästynyt entisestään. Haastateltava toivoi, että sosiaalivakuutuksesta vastaavat tahot ymmärtäisivät, että etuuspäätösten viivästyminen voi estää yksilön perustarpeiden tyydyttämisen.

Toinen haastateltava (H5) kertoi tilanteesta, jossa oli neljän kuukauden ajan ilman rahaa, koska sosiaalivakuutuksesta vastaavat tahot eivät katsoneet olevansa korvausvelvollisia työkyvyttömyysajalla. Tapaturmavakuutusyhtiön mukaan krooninen kipuoireyhtymä ei ollut riittävä peruste maksaa ansionmenetykskorvausta työkyvyttömyysajalta, vaikka haastateltava odotti pääsyä viimeiseen leikkaukseen. Myös Kela kieltäytyi ensin maksamasta sairauspäivärahaa, koska kyseessä oli tapaturma, ja korvauksen maksaminen kuului Kelan mukaan tapaturmavakuutusyhtiölle. Haastateltava valitti kielteisistä päätöksistä ja sai lopulta Kelalta sairauspäivärahaa kahden kuukauden ajalta. Haastateltava koki tilanteen kohuttuuttomana (aiheesta Metteri 2012), koska neljän kuukauden rahattomuuden lisäksi tapaturmavakuutusyhtiö mitätöi kroonisen kipuoireyhtymän ja leikkausjonossa olemisen, ja hänestä tehtiin täysin työkykyinen ”yhdessä yössä”.

Neljä vuotta sairauslomalla ollut haastateltava (H7) kertoi irtisanomistilanteesta, joka johti ”taisteluun toimeentulosta”. Ennen irtisanomis päätöstä työterveyslääkäri oli todennut haastateltavan työkyvyttömäksi ”silloiseen työtehtäväänsä ja mihin tahansa työhön”. Työterveyslääkärin kannanotosta huolimatta työeläkevakuutusyhtiö antoi kielteiset päätökset sekä määräaikaiseen että pysyvään työkyvyttömyyseläkkeeseen. Haastateltava koki raskaaksi paitsi sairastamisen ja työpaikan menetyksen, myös ”taistelun toimeentulosta”, joka vei ”hirveesti voimavaroja”. Haastateltavan tukena oli puoliso, joka auttoi hakemusten tekemisessä ja osallistui hoitoon. Lopulta pitkittynyt työkyvyttömyys johti tilanteeseen, jossa haastateltava oli ”erakoitunut kotiin”.

Monelle haastateltavalle etuasasioiden viidakko oli tullut täytenä yllätyksenä, johon he eivät olleet osanneet varautua. Haastateltava (H10) totesi, että ihmiset eivät tiedä

etuusasioiden hakemisesta mitään: ”ei tiedä, mitä kuulu hakea, mistä haetaan ja kuinka haetaan”. Lisäksi sairaus ja kivut vievät henkisiä voimavaroja hoitaa omia asioita: ”ei jaksa hoitaa” ja ”pipo on kireällä”. Kun sosiaalivakuutusta maksavilta tahoilta tulee vielä kielteisiä päätöksiä: ”ette ole oikeutettu siihen ja tähän ja tohon”, tilanne tuntuu ”kaoottiselta”.

Osajärjestelmät eivät voi toimia toistensa puolesta mutta ovat riippuvaisia toistensa toiminnasta. Yhden osajärjestelmän toiminnalliset katkokset heijastuvatkin nopeasti muiden osajärjestelmien toimintaan (esim. Luhmann 2004). Kuntoutusta tukevien prosessien toimivuus, kuten toimeentulon turvaaminen, edellyttää sitä, että eri osajärjestelmien edustajat tekevät oman osuutensa: esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmässä lääkäri arvioi asiakkaan tilanteen ja laatii lääkärinlausunnon ajoissa, ja etuasian käsittely etenee sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä ilman tiedonkulun katkoksia. Mikäli jokin osajärjestelmä ei toimi odotetulla tavalla, se vaikuttaa väistämättä muiden osajärjestelmien toimintaan. Kielteisistä etuuspäätöksistä on myös nähtävissä, että saman ammatin edustajat, esimerkiksi sosiaalivakuutusjärjestelmän asiantuntijalääkäri ja terveydenhuoltojärjestelmän hoitava lääkäri, voivat arvioida asiakkaan tilanteen eri tavoin.

Taulukon 1 ensimmäiseen sarakkeeseen olen koonnut kuntoutusta tukevat prosessit ja toiseen niitä kuvaavat suorat haastattelulainaukset.

Tulosten yhteenveto

Kuntoutusta tukevat prosessit – kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen – kulkevat mukana koko asiakkaan kuntoutustarpeen ajan, ja näihin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää kuntouttavien tahojen yhteistyötä.

Haastateltavat toivoivat moniammatillista näkökulmaa jo kuntoutustutkimuksen alkuvaiheeseen, ja eri alojen ammattilaisten yhteisvastaanottoon suhtauduttiin myönteisemmin kuin yksittäisten ammattilaisten kohtaamisiin. Pääasiallisen hoitavan tahon

Taulukko 1. Kuntoutusta tukevien prosessien sisällön kuvaus.

KUNTOUTUSTA TUKEVAT PROSESSIT	SISÄLLÖN KUVAUS (suorina lainauksina)
KOKONAISTILANTEEN ARVIOINTI (7/10)	<p>”Asiantuntijat ja potilas saa paremmin ja samanlaisen tiedon kaikki kerralla”</p> <p>”Monta eri näkökulmaa ohjeistamaan”</p> <p>”Arvio löytyy kaikesta keräten”</p> <p>”Kaikki olosuhteet huomioon”</p> <p>”Yhteistyö niitten kaikkien, jotka ovat henkilöä hoitaneet”</p> <p>”Kokonaisvaltaisesti huomioon mun tarpeet”</p> <p>”Kartoitettiin kokonaisuutena”</p>
TIEDONKULKU (8/10)	<p>”Kun monesta instanssista tulee (rahaa), se aiheuttaa ongelmia”</p> <p>”Selvisi, että närästyslääke moninkertaistaa mielialälääkkeen vaikutuksen” (lääkkeet määrätty eri paikoissa)</p> <p>”Mulle oli epäselvää olenko kaupungin asiakas vai TAYS:n”</p> <p>”En tiedä onko kirurgi keskustellut fysiatriin taikka kipulääkäriin kanssa”</p> <p>”En saanut lääkärin puheesta mitään käsitystä”</p> <p>”Oliko papereihin kirjatut asiat menneet perille vai oliko ne ohitettu”</p> <p>”Olisi pitänyt saada infoa ennen kuin tehdään elämäni koskeva päätös” (kuntoutussuunnitelma)</p> <p>”Ei mulla ollut kyllä hajuakaan, että mihinkä olen menossa” (lähetteen sisältö)</p>
PALVELUOHJAUS (5/10)	<p>”On mulla tukihenkilö projektin kautta”</p> <p>”Sieltä (yksityinen palveluntuottaja) opastettiin ja neuvottiin mitä papereita pitää minnekäkin laittaa ja täyttää”</p> <p>”Tulee joku aamu soittamaan oven taakse, että nyt lähdetään” (toive)</p> <p>”Lupasi ja auttoi kaikissa, selvitti asioita, koko prosessia ja sosiaalipuolen asioita”</p> <p>”Todella kullanarvoinen, neuvoi monessa”</p>
TOIMEENTULON TURVAAMINEN (10/10)	<p>”Pääsisi työvoimatoimiston riesasta, kun olisi eläkkeellä”</p> <p>”Ei olisi ollut enää maksajaa, kun (työeläkevakuutusyhtiö) eväsi” (etuuden)</p> <p>”Oon aina muutaman kuukauden ilman rahaa”</p> <p>”Sain edes asunnon” (tuettu asuminen)</p> <p>”En saanut mistään rahaa 4 kk:een”</p> <p>”En saanut sitä vammaistukea”</p> <p>”Saisi jostain vähän rahaa toimeentuloon”</p> <p>”Taloudellisesti se on ihan mahdotonta”</p> <p>”Puhutaan vuosista osakuntoutustuella”</p> <p>”Yksinhuoltajana, rahaa on vain tultava”</p>

ja asiakkaille merkityksellisten sidosryhmien kuuleminen nähtiin tärkeänä kuntoutusprosessin eri vaiheissa.

Tiedonkulun ongelmia esiintyi sekä asiakkaiden ja ammattilaisten välisissä että ammattilaisten keskinäisissä suhteissa sairaalaorganisaation sisällä ja jopa samassa toimipisteessä, organisaatioiden välisessä kanssakäymisessä sekä sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä. Kun tieto ei kulje, asiakas kokee olonsa turvattomaksi. Haastateltavat kohtasivat tilanteita, joissa mikään taho ei tunnistanut olevansa vastuussa kuntoutusprosessin etenemisestä ja rahoittamisesta tai vastuuta kannettiin vain tietyn ajanjakson ajan, minkä jälkeen haastateltavat eivät tienneet, keneen pitäisi olla yhteydessä ja kuka heidän hoidostaan vastaa.

Aineiston perusteella palveluohjaustarpeen tunnistaminen ja siihen vastaaminen osoittautuivat puutteellisiksi. Ainoastaan yksi haastateltavista oli palveluohjaukseksi luokiteltavan toiminnan piirissä, ja hänen erityinen tuen tarpeensa oli havaittu jo alakouluikäisenä. Palveluohjauksen tarvetta oli puolella haastateltavista, erityisesti päihde- ja/tai lääkeriippuvuudesta kärsineillä kolmella haastateltavalla. Kahdella palveluohjausta tarvitsevalla haastateltavalla oli selvästi muita enemmän kuntoutuksesta vastaavia tahoja, mikä näyttää lisäävän palveluohjaustarvetta.

Kaikki haastateltavat nostivat esiin toimeentulon kysymykset, ja talous oli monen elämässä suuri epävarmuustekijä terveydentilan lisäksi. Erityisen haasteellisia olivat tilanteet, joissa haastateltavien toimeentulo

koostui useamman sosiaalivakuutuksesta vastaavan tahon rahoituksesta ja nämä tahot vetäytyivät etuuksien maksusta. Toimeentulon merkitys korostui yhden aikuisen talouksissa, erityisesti jos työhön palaaminen ei ollut toteutunut suunnitellusti.

Johtopäätökset

Kun asiakasta hoitavat ja kuntouttavat tai sosiaalivakuutuksesta vastaavat useat tahot, voidaan puhua monialaisista palvelutarpeista (Järvikoski ym. 2008, Katisko ym. 2014, Kuure & Lidman 2014, Leppämäki 2012, Lybeck & Wallden 2011, Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Niihin vastaaminen edellyttää monitoimijaista yhteistyötä. Monialaisista palvelutarpeista keskusteltaessa korostetaan samalla yksilön omaa vastuuta eri osajärjestelmissä talouskuripolitiikan mukaisesti (ks. esim. Saarinen ym. 2014, Valokivi 2008). Esimerkiksi työttömien aktivointivelvoitteita kiristetään ja etuuksien vastikkeellisuutta lisätään. Sipilän hallitusohjelmassa luvataan tukea eri-ikäisten ihmisten vastuuta omasta terveydentilastaan ja elämäntavoistaan sekä huomioida osatyökykyisten henkilöiden lisääntynyt palveluohjauksen tarve (Ratkaisujen Suomi 2015). Systeemiteoreettisesti ilmaisten poliittinen järjestelmä uudelleenorganisoi hyvinvoinnin voimavarojen jakamista muokkaamalla ihmisten oikeuksia ja velvollisuuksia (Michailakis & Schirmer 2010). Osallisuuden ehdollistamisen myötä ihmiset ajautuvat yhä enemmän järjestelmien ulkopuolelle (Schirmer & Michailakis 2012).

Eriytyneessä palvelujärjestelmässä yksilön diagnosoiminen sairaaksi ja sairaana pitäminen ovat kaksi eri asiaa. Terveydenhuoltojärjestelmässä lääkäriellä on oikeus diagnosoida henkilö sairaaksi, mutta muut osajärjestelmät voivat pitää sairaaksi diagnosoitua terveenä oman havainnointikoodistonsa mukaisesti. (Michailakis & Schirmer 2010, Metteri 2012, Haukka-Wacklin 2016.) Esimerkiksi kuntoutustutkimuspoliklinikan lääkäri voi määritellä asiakkaan työkyvyttömäksi, mutta sosiaalivakuutuksen asiantuntijalääkäri arvioi hänet työkykyiseksi, ja etuushakemus hylätään. Osajärjestelmästä ja

työskentelyorganisaation ohjeistuksista riippuen saman ammatin edustajat voivat havainnoida ja tulkita asiakkaan tilannetta eri tavoin ja päätyä poikkeaviin lopputuloksiin. Tämä saa pohtimaan osajärjestelmien kaksintamissäätöjen välistä jännitettä. Vaikuttaako työntekijän havaintoihin ja tulkintaan enemmän työskentelyorganisaatio vai ammatillinen tausta? (Ks. myös Hotari & Metteri 2010.) Koska asiantuntijalääkärit tekevät ratkaisunsa asiakirjojen perusteella, etuuspäätösten hylkäämisen syynä saattaa olla myös asiakirjojen laatu eli riittämätön kommunikaatio järjestelmien välillä. (Virta & Lahtela 2005, Metteri 2012, Lääkärietiikka 2013.)

Monialaisiin palvelutarpeisiin vastaamisen haasteet näyttävät olevan seurausta osajärjestelmien eriytyemisestä ja kasvavista priorisointipaineista. Osajärjestelmät eivät käsittele yksilöä kokonaisuutena vaan omalle toiminnalleen merkityksellisiä puolia yksilöstä. (Luhmann 1995, Brunczel 2010, Schirmer & Michailakis 2013, Metteri 2012.) Kun asiakkaan yhteys työmarkkinoihin katkeaa esimerkiksi työkyvyttömyyden vuoksi, työllisyyteen perustuva osajärjestelmä ei enää tunnista asiakasta. Asiakas ei voi myöskään hyödyntää osajärjestelmän suoritteita, kuten kuntoutustoimenpiteitä, koska hän ei täytä järjestelmän valintakriteereitä. Poissulkeminen yhdestä järjestelmästä haittaa vakavasti pääsyä muihin järjestelmiin, mikä näkyy ongelmien kumuloitumisena samoille henkilöille. (Schirmer & Michailakis 2013, Michailakis & Schirmer 2017.)

Kuntoutustutkimuspoliklinikka asiakkaan kokonaistilannetta arvioivana yksikönä tekee näkyväksi palvelujärjestelmän erilaistumisen seuraukset. Kun asiakkaiden tarpeita ei tunnisteta, tutkimukset ja hoito viivästyvät ja asiakkaan tilanne vaikeutuu. Esimerkiksi kuntoutustutkimukseen ohjataan useimmiten liian myöhään, sattumanvaraisesti ja puutteellisilla tiedoilla. Suurella osalla asiakkaista ei ole pysyvää hoitavaa tahoja eikä asiointipaikkaa kuntoutustutkimuksen jälkeen. Lisäksi heillä on toimeentulon vaikeuksia ja palveluohjauksen tarvetta, eikä heidän palvelukokonaisuuttaan koordinoi kukaan. (Haukka-Wacklin 2016, Leskelä ym. 2013.) Toisin sanoen kuntoutusprosessin

ohjaus on jätetty asiakkaille, vaikka kaikilla ei ole sen edellyttämiä tietoja ja taitoja (Järvikoski 2013). Hoitovastuun siirtäminen tai jakaminen useamman tahon kesken ovat aineiston valossa tiedonkulkuun ja hoitoketjun jatkuvuuteen liittyviä riskitekijöitä. Sekä organisaatioiden välistä että organisaation sisäistä tiedonkulkua vaikeuttaa kyvyttömyys tunnistaa yhteisiä asiakkaita, joita eri osajärjestelmiä edustavat organisaatiot ja ammatillaiset ovat kuvanneet ja luokitelleet (Viljalsen 2008, Michailakis & Schirmer 2014, Heikkinen 2016).

Vastauksena haastateltavien kuntoutusjärjestelmäkritiikkiin tarvitaan kokonaistilanteen jatkuva arviointia, joka ei ole sidoksissa tiettyyn kuntoutusprosessin vaiheeseen, esimerkiksi kuntoutussuunnitelman laatimiseen (Järvikoski & Karjalainen 2008). Erikoistietämyksen lisääntyessä ei-toivotavana sivutuotteena on lisääntynyt myös kyvyttömyys kommunikoida muiden järjestelmien kanssa (Arnkil 2005, Seikkula ym. 2003). Erikoissairaanhoidon sisäiset järjestelmät ja professiot ovat kenties pisimmälle eriytyneet, mikä vaikeuttaa niin kokonaiskäsityksen muodostamista asiakkaan tilanteesta kuin tiedonkulkua. Kokonaistilanteen jatkuva arviointi mahdollistaisi oikea-aikaisemman vastaamisen tiedonkulun, palveluohjauksen ja toimeentulon tarpeisiin (ks. myös Lindh 2013, Väyrynen & Lindh 2014). Erityisesti palveluohjauksen tarpeeseen tulisi reagoida viivytyksettä ennen asiakkaan tunnistettavuuden häviämistä osajärjestelmissä. Jos asiakas on jo ajautunut järjestelmän ulkopuolelle, hänen takaisin palauttamisestaan tulisi tehdä suunnitelma. Työskentely yhteisten toimintojen alueella edellyttää keskeisten toimijoiden ja koordinoivan vastuuhenkilön nimeämistä, asiakkaiden toimeentulo- ja palveluohjaustarpeiden tunnistamista, tiedonkulun varmistamista ja säännöllisiin kokonaistilanteen arviointitapaamisiin sitoutumista.

Tulosten merkitys: Tilanteissa, joissa järjestelmät ovat epäonnistuneet tunnistamaan asiakkaan järjestelmäänsä kuuluvaksi, tulisi tehdä suunnitelma asiakkaan osoitettavuuden palauttamiseksi.

si. Kokonaistilanteen jatkuva arviointi mahdollistaa toteutuessaan tiedonkulun, palveluohjauksen ja toimeentulon tarpeisiin oikea-aikaisemman vastaamisen. Tiivistetysti yhteisten toimintojen alueella työskentely edellyttää asiakkaiden palvelutarpeiden tunnistamisen, keskeisten toimijoiden yhteen kokoamisen, koordinoivan vastuutyöntekijän nimeämisen, tiedonkulun varmistamisen ja säännöllisiin kokonaistilanteen arviointitapaamisiin sitoutumisen.

Tiivistelmä

Artikkelin tavoitteena on selvittää, minäkalaisia kuntoutusta tukevia prosesseja sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää asiakkaiden kokemusten perusteella. Nämä organisaatioiden rajat ylittävät prosessit tukevat asiakkaiden yksilöllisiä kuntoutusprosesseja. Tukevien prosessien paikantamisessa hyödynnän laadullista, teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Teoreettisena viitekehystenä toimii Niklas Luhmannin systeemiteoria ja eri organisaatioiden rajoille sijoittuva yhteisten toimintojen alue, Jaakko Seikkulan rajajärjestelmä -käsitteä mukailen. Teoreettisten lähtökohtien ohjaamana etsin aineistosta haastateltavien kuvauksia ja toiveita ammattilaisten ja instituutioiden välisestä yhteistyöstä. Analyysin pohjalta teen päätelmiä organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävistä palvelutarpeista eli kuntoutusta tukevista prosesseista. Artikkelin aineistona ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut. Kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella ovat kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen. Nämä prosessit sijoittuvat yhteisten toimintojen alueelle, sillä ne eivät ole järjestelmäspesifisiä, kuten suuri osa varsinaisista kuntouttavista toimenpiteistä. Palvelutarpeisiin vastaamisen hankaluudet näyttävät

olevan seurausta yhteiskunnan toiminnallisten osajärjestelmien eriytymisestä ja kasvavista priorisointipaineista. Keskeinen ongelma on se, että asiakkaan palvelukonaisuutta ei koordinoi kukaan.

Avainsanat: kuntoutus, yhteisten toimintojen alue, systeemiteoria

Abstract

Processes to support rehabilitation in the area of shared activities based on the clients' experiences

The purpose of this article is to find out, based on the clients' experiences, what kind of processes are needed to support rehabilitation and respond to service needs that exceed sectoral limits. Processes to support rehabilitation are cross-border processes of organizations that create the conditions for implementing client rehabilitation. I'll use qualitative, theory-based content analysis to locate these support processes. The theoretical framework is based on Niklas Luhmann's system theory and the concept of a boundary system developed by Jaakko Seikkula. Guided by the theoretical starting points I explore service needs that exceed sectoral limits using theme interview data. The data of the study comprises ten theme interviews of the Rehabilitation Assessment Outpatient Clinic's former clients. Processes to support rehabilitation in the area of shared activities include overall assessment, the flow of information, case management and livelihood security. Support processes are located in the area of shared activities because they are not system specific like most of the actual rehabilitation measures. Challenges to respond to service needs seem to be a consequence of the differentiation of society's functional subsystems and the increasing pressure of prioritization. The key problem is that nobody coordinates the whole set of the client's services.

Keywords: rehabilitation, the area of shared activities, systems theory

Susanna Palomäki, YTL, tohtoriopiskelija, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Lähteet

- Andersen N (2003) Polyphonic Organisations. Teoksessa T Bakken, T Hernes (toim.) Autopoietic Organization Theory. Drawing on Niklas Luhmann's Social Systems Perspectives. Copenhagen Business School Press, Copenhagen.
- Arnkil E (1991) Yhteisöromantiikka ja verkostohuuma? Teoksessa E Arnkil, Keitä muita tässä on mukana? Viisi artikkelia verkostoista. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 23, Helsinki.
- Arnkil E (1992) Sosiaalityön rajasyteemit ja kehitysvyöhyke. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 85, Jyväskylä.
- Arnkil TE (2005) Peräkammari ja huolen vyöhykkeet Metaforat, dialogisuus ja yhteinen kielialue. Yhteiskuntapolitiikka 70, 2, 155–169.
- Brunczel B (2010) Disillusioning Modernity. Niklas Luhmann's Social and Political Theory. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Haukka-Wacklin T (2016) Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas - kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana. Ammatillinen lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Heikkinen V (2016) Pitkäaikaistyötön vai pysyvästi työkyvytön. Tyypittarinoita 2000-luvun teollisuuskaupungista. Acta Universitatis Tamperensis 2232, Tampere.
- Hiilamo H (2015) Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä SOTE-uudistuksessa on kysymys? Into Kustannus Oy, Helsinki.
- Hotari K-E, Metteri A (2010) Sosiaalityöntekijöiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työnjako nuorten palveluissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.
- Jalava J (2008) Kuntoutuskumppanuuden mahdollisuudet ja haasteet - Systeemiteoreettinen lähestymistapa. Janus 16, 4, 280–294.
- Jalava J (2013) Yhteiskunnan järjestelmät. Niklas Luhmannin ajattelu. Gaudeamus, Helsinki.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, Helsinki.
- Järvikoski A, Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja-alaisena prosessina. Teoksessa P Rissanen, T Kallanranta, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Duodecim, Helsinki.
- Katisko M, Kolka M, Vuokila-Oikonen P (2014) Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Malli työssäoppimisen ja ammatitaitoa edistävän harjoittelun toteutusta varten. Opetushallitus, raportit ja selvitykset 2, Helsinki.
- Kauppinen-Perttula U-M (2017) Kuntoutustutkimuspoliklinikan sosiaalityön mielekkyyttä pohdimassa. Teoksessa R Enroos, M Mäntysaari & S Ranta-Tyrkkö (toim.) Mielekäs tutkimus. Näkökulmia sosiaalityön tutkimuksen missioihin. Tampere University Press, Tampere.
- Kilpeläinen A (2016) Teknologiavälitteisyys kylä-

- läisten arjessa: tutkimus ikääntyvien sivukylien teknologiavälitteisyydestä ja sen rajapinnoista maaseutusosiaaliyöhön. *Acta Universitatis Lapponiensis* 316, Rovaniemi.
- Kiuru K-E, Metteri A (2014a) Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen raja rakentuu palvelujärjestelmässä? Teoksessa A Pohjola, M Laitinen, M Seppänen (toim.) *Rakenteellinen sosiaaliyö. Sosiaaliyön tutkimuksen vuosikirja*. UNIpress.
- Kiuru K-E, Metteri A (2014b) Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus potilaskertomusaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51, 146–160.
- Kuure T, Lidman J (toim.) 2014 *Yhteisellä työllä parempaa. Opaskirja monialaisen yhteistyön kehittämiseksi nuorten hyvinvointipalveluissa*. Sosiaalikehitys Oy, Hämeenlinna.
- Leppämäki M (2012) *Nyt se toimii taas! Monialainen verkostoyhteistyö ja sen edellytykset*. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- 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, 68, 3163–3169.
- Lindh J (2013) Kuntoutus tuotetaan toimintaverkostoissa. *Puheenvuoro. Kuntoutus-lehti* 3, 50–61.
- Linna, J (2016) *Yhtiöstä opettaja? Systeemiteoreettinen tulkinta ammattikorkeakoulujen yhtiöittämisestä*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Luhmann N (1982) *The Differentiation of Society*. Columbia University Press, New York.
- Luhmann N (1995) *Social systems*. Stanford University Press, Stanford.
- Luhmann N (2004) *Ekologinen kommunikaatio*. Suom. Sam Kause & Seppo Raiski. Gaudeamus, Helsinki.
- Lybeck T, Wallden J (2011) Monialaisen yhteistyön toteuttaminen. Teoksessa K Aaltonen (toim.) *Nuorten hyvinvointi ja monialainen yhteistyö*. Tietosanoma Oy, Helsinki.
- Lääkäriin Etiikka (2013) 7. painos. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Metteri A (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaaliyö. *Acta Universitatis Tamperensis* 1778, Tampere.
- Michailakis D, Schirmer W (2010) Agents of their health? How the Swedish welfare state introduces expectations of individual responsibility. *Sociology of Health & Illness* 32, 6, 930–947.
- Michailakis D, Schirmer W (2014) Social work and social problems: A contribution from systems theory and constructionism. *Int J Soc Welfare* 23, 431–442.
- Michailakis D, Schirmer W (2017) *Systemiska perspektiv på socialt arbete*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Palomäki S (2013) Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. *Ammatillinen lisensiaatintutkimus*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Ratkaisujen Suomi (2015) *Hallitusohjelma*. Hallituksen julkaisusarja 10, Helsinki. <http://vnk.fi/julkaisu?pubid=6405> (viitattu 8.10.2017)
- Ruotsalainen H (2003) Aivohalvauksen saanut ja hänen omaisensa paikallisessa palvelujärjestelmässä. Tieto, ohjaus ja tuki. Teoksessa A Metteri (toim.) *Asiakkaan ääntä kuunnellen*. Kitkakohdista kehittämishdotuksiin. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Saarinen A, Salmenniemi S, Keränen H (2014) Hyvinvointivaltiota hyvinvoinnaan valtion. Hyvinvointi ja kansalaisuus suomalaisessa poliittisessa diskursussissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79:6, 605–618.
- Schirmer W, Michailakis D (2012) The latent function of responsibility for one's health in Swedish healthcare priority-setting. *Health Sociology Review* 21, 1, 36–46.
- Schirmer W, Michailakis D (2013) The Luhmannian approach to exclusion/ inclusion and its relevance to Social Work. *J of Social Work* 15, 1, 45–64.
- Seikkula J (1987) Rajasysteemi – Hoidettava yksikkö osaston ja perheen välillä. *Perheterapia* 1, 11–13.
- Seikkula J (1991) Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylän tutkimus koulutuksessa, psykologiassa ja sosiaalisen tutkimuksen* 80, Jyväskylä.
- Seikkula J, Arnkil E (2009) Dialoginen verkostotyö. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki.
- Seikkula J, Arnkil TE, Eriksson E (2003) Postmodern society and social networks: Open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process* 42, 2, 185–203.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301> (viitattu 6.9.2017)
- Tuomi J, Sarajärvi A (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5. uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Valokivi H (2008) *Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista*. Acta Universitatis Tamperensis 1286, Tampere.
- Villadsen K (2008) 'Polyphonic' welfare: Luhmann's systems theory applied to modern social work. *Int J Soc Welfare* 17, 65–73.
- Virta L, Lahtela K (2005) Henkilökohtaisen toimintakyvyn arviointimenetelmän soveltuvuus suomalaisen käytäntöön. Keskeiset havainnot PCA-menetelmästä (Personal Capability Assessment). Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 46, Helsinki. <http://hdl.handle.net/10250/3390> (viitattu 11.10.2017)
- Väyrynen S, Lindh J (2014) Yhteistoimijuuden rajakohde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa M Laitinen, A Niskala (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaaliyössä*. 2. painos. Vastapaino, Tampere.