

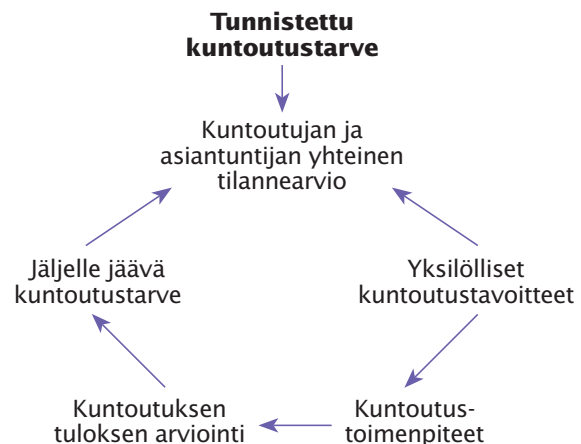
KUNTOUTUSTARVE JA SEN TUNNISTAMINEN

Kuntoutustarvetta on tutkittu niukasti

Niin kuntoutuksen määritelmä kuin sisältökin muuttuvat yhteiskunnan tarpeiden ja uuden tutkimustiedon myötä. Järvikosken ja Härkäpään (2001, 30–41) mukaan kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa elämän eri tilanteissa ja ylläpitää kuntoutujan elämänhallintaa. Kuntoutus voidaan jakaa ammatilliseen, kasvatukselliseen, lääkinnälliseen ja sosiaaliseen osioon.

Kuntoutustarpeen käsitettä on käytetty lähinnä kahdella tavalla. Tarpeen määrittely lähtee joko yksilöstä itsestään tai tarpeen määrittelee yhteiskunta eri säädöksissään tai kuntoutusorganisaatiot omissa toimintaohjeissaan. Kuntoutuksen ammattihenkilöstö nojautuu lähinnä yhteiskunnan määritelmiin kuntoutustarpeesta ja arvioi yksilöllisen ongelman tai sairauden vaikeusasteen mukaan, vaaditaanko palvelujärjestelmän väliintuloa ja puuttumista. Arvioon vaikuttavat ongelman tuottama haitta yksilölle sekä työ- ja toimintakyvyn rajoitukset. Samalla arvioidaan kuntoutuksella saavutettavissa oleva hyöty.

Oheinen kuva 1 (Huusko 14.3.2014) havainnollistaa kuntoutustarpeen tunnistamista osana kuntoutusprosessia. Kuvan tarkastelu voi johtaa kyyniseenkin päätelmään siitä, että kuntoutuksen tarve ei koskaan lopu. Väitännässä on totuuden siemen, ja siksin kuntoutustarvetta ja sen reunaehdot on syytä tarkastella lähemmin. Kaikkea ei voi kuntouttaa, voimavarat eivät riitä, mutta keitä sitten pitäisi



Kuva 1. Kuntoutustarpeen tunnistaminen kuntoutusprosessin käynnistäjänä (muokattu Huuskon 14.3.2014 Kaisu Kotaniemen kutsusymposiumissa käyttämästä kuntoutusta koskevasta esitelmästä)

si kuntouttaa ja miten tarve tulisi tunnistaa?

Vaikka kuntoutustarve on hoidon ja kuntoutuksen keskeinen käsite, tutkimuskohteena kuntoutustarpeen selvittäminen ei ole ollut suosittu. Kuntoutuksen mittareista ja arvioinnista on oltu kiinnostuneita, mutta se, miksi ja miten kuntoutukseen päädytään, on jäänyt vähemmälle huomiolle. Syynä saattaa olla se, että kuntoutustarvetta on käsitteenä vaikea yksiselitteisesti määritellä ja operationalisoida. Kuntoutustarpeeseen viitataan runsaasti eri katsausartikkeleissa, mutta alkuperäistutkimusta on vähän. Suomessa on 2000-luvulla vain muutamia ja sitä edeltäväkin ajalta vain vähän julkaisuja aiheesta, ja ne keskittyvät lähinnä potilaan omaan kokemukseen (Hietasa-

lo 2013). Mielenterveyspotilaiden kuntoutustarvetta on tarkasteltu työeläkelaitoksen näkökulmasta ja lähinnä siten, kuinka onnistunutta kuntoutus on ollut työllistymisen kannalta (Haanpää 2013).

Keskustelua on käyty runsaasti siitä, haitaanko kuntoutustarve liian myöhään ja menetetäänkö näin myös kuntoutuksen vaikuttavuutta myöhäisen käynnistymisen takia (Järvikoski 2013). Terveydenhuollon eriytyminen ja jakautuminen huonosti keskenään kommunikoiviin erityisosaamisalueisiin on haaste kuntoutuksen toteuttamiseen tarvittavan osaamisen ylläpitämiselle. Kuntoutustarpeen tunnistaminen tapahtuu yksittäisissä organisaatioissa omasta viitekehuksesta katsoten, mikä on johtanut kuntoutuksen sisällön suunnittelun alueellisiin vaihteluihin (Ashorn ym. 2013).

Lainsäädännöllinen tausta

Terveydenhuoltolaki on avainasemassa kuntoutuksen osalta. Lain mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoito-

palvelut, joihin sisältyvät sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinällinen kuntoutus (Terveydenhuoltolaki 2010).

Kelan kuntoutuksesta annettu laki määrittelee Kelan järjestämisvastuulla olevat kuntoutuspalvelut. Kelan kuntoutus jakautuu lakisääteiseen vaikeavammaisen lääkinälliseen kuntoutukseen, vajaakuntoisen ammatilliseen kuntoutukseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen.

Vakuutuslaitosten kautta voi puolestaan hakeutua lääkinälliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen, jos kuntoutuksen tarve johtuu työ- tai sotilastapaturmasta, ammattitaidusta tai liikenneonnettomuudesta.

Taulukko 1 konkretisoi kuntoutuksen tämän hetken kohderyhmiä ja keinoja käytännön esimerkkien kera (taulukko on muokattu Järvikosken ja Härkäpään esittämän taulukon pohjalta, Järvikoski & Härkäpää 2001, 30–41). Kuntoutuksella ja preventiolla on katsottu ole-

Taulukko 1. Kuntoutus osana toiminta- ja työkyvyn edistämistä.*

Toiminta- ja työkyvyn edistämisen tasot			
	Taso 1 (primaaripreventio)	Taso 2 (sekundaaripreventio)	Taso 3 (tertiääripreventio)
Toimintamuoto tavoite	Yleinen toiminta- ja työkyvyn ylläpito	Varhaiskuntoutus (toiminta- ja työkyvyn heikkenemisen ehkäisy)	Kuntoutus (toiminta- ja työkyvyn parantaminen)
Kohderyhmä	Koko väestö	Oirehtivat henkilöt (esim. ns. stressioireet) ilman merkittäviä sairauksia; Työyhteisöt, joiden työhön liittyvä hyvinvointi on heikentynyt normaalia enemmän	Henkilöt, joiden toimintakyky on laskenut pitkäaikaisesti tai pysyvästi; Kroonisesti sairaiden ja/ tai vajaakuntoisten työ- ja asuinyhteisöt
Menetelmät	Yleinen terveyden edistäminen, toimintakykyä tukevien ympäristöjen kehittäminen (asuin-, opiskelu ja työyhteisöt, kaupunkisuunnittelu)	Yksilön tai yhteisön toimintakykyä tukevat ja ennaltaehkäisevät toimenpiteet (esim. Aslak, Kuntoremontti, työyhteisöön kohdistuvat interventiot)	Yksilön tai yhteisön toimintakykyä tukevat toimenpiteet (muu voimavarojen kehittäminen, ympäristön sovittaminen ja mahdollisuuksien luominen, esim. sairaudenhoidon jälkeinen kuntoutus trauma- ja AVH-potilaille, mielenterveyspotilaiden psykoterapia, TYK-kuntoutus, uudelleen koulutus)

*taulukko muokattu Järvikosken ja Härkäpään esittämän taulukon pohjalta (2001).

van yhteys. Kuntoutus ymmärretään helposti yksilöön kohdistuvaksi toimenpiteeksi, johon turvaututaan, kun hoito ei ole täysin onnistunut tai hoidon onnistuminen vaatii joukon kuntoutukseksi nimettyjä asioita. Itse toimenpiteiden sisältö ja tietopohja, jolta suositukset annetaan, on kuitenkin usein sama, puhutaanpa primaari-, sekundaari- tai tertiääripreeventiosta (ravintosuositukset, liikuntaa koskevat suositukset jne.), varhaiskuntoutuksesta, yksilöllisestä kuntoutusjaksosta tai muusta kuntoutuksesta. Tietopohjan ydinsisältö ja viesti nojautuu samoihin perusfysiologisiin ja psykososiaalisiin seikkoihin. Siksi mielestämme kuntoutuksen ja prevention rinnastaminen on perusteltua. Tässä taulukossa kuvatut kuntoutustoimenpiteet eivät rajoitu pelkästään yksilöön, vaan toimenpiteissä otetaan huomioon myös ympäristöön liittyviä tekijöitä, kuten työolosuhteet, kotiin liittyvät tekijät jne. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportin mukaan lääkinnällinen kuntoutus sisältää myös selvän viittauksen siitä, että kuntoutustarvetta voi syntyä alentuneen työ- ja toimintakyvyn perusteella jo ennen kuin mikään sairaus tai vamma on aiheuttanut hoidon tarvetta. Raportissa korostetaan myös kuntoutuksen käynnistämisen varhaisuutta (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja ja muistioita 2013:29).

Kaikkiaan lainsäädännön ja keskeisten kuntoutuksen keinojen tarkastelu viittaa siihen, että kuntoutustarpeen tunnistaminen jää tärkeystään huolimatta varsin heikosti määritellyksi. Kuntoutuksen keinoja ja sisältöjä osataan sen sijaan hyvin kuvata.

Kuntoutustarve ja kuntoutushalu

Kuntoutustarvetta tarkasteltaessa tulee pohjata myös käsitettä ”tarve”. Tarpeeksi voidaan määritellä jotain, joka on terveellisen elämän kannalta tarpeellista. Tarve eroaa halusta siten, että puute aiheuttaisi selvän negatiivisen lopputuloksen, kuten toimintahäiriön tai kuoleman. Tarve voi olla fyysistä (ravinto) tai se voi olla psyykkistä (tarve itsetuntoon). Psykologisesti tarkasteltuna tarve on ominaisuus, joka herättää elimistön toimimaan pyrkimyks-

sen mukaisesti antaen toiminnalle tarkoituksen ja suunnan (Gough 1994).

Tarvetta pidetään joskus ns. objektiivisena, havainnoitsijasta riippumattomana, kun taas halu viittaa kuluttajamarkkinoihin (Rajavaara 1998, 65–93). Käytännössä näiden käsitteiden erottaminen on vaikeaa kuntoutustarpeesta puhuttaessa. Käsitteiden tarkastelu tuo esiin jatkokysymyksiä: Kenen näkökulmasta kuntoutustarvetta tarkastellaan – halun vai palveluvaateen näkökulmasta? Miten otetaan huomioon arvioijan ja kuntoutujan tiedon välinen epäsymmetria arvioinnin yhteydessä? Miten arvioijan ja kuntoutujan eri intressit vaikuttavat arvioon? Miten kulttuuriset seikat ja yhteiskunnan kulloinenkin tila vaikuttavat kuntoutustarpeen määrittämiseen?

Kuntoutujalla voi olla rajallinen näkemys omasta tilastaan. Tämän vuoksi kuntoutustarpeen määrittelyssä ulkopuolinen asiantuntija on objektiivisempi. Kuntoutustarve ja sen tunnistaminen perustuu Järvikosken ja Härkäpään (1995, 12–28) mukaan kuntoutujan ja kuntouttajan yhteisesti laatimaan suunnitelmaan ja sen jatkuvaan arviointiin.

Käytännössä kuntoutussuunnitelma syntyy, kun potilas/asiakas ja lääkäri/terapeutti pohtivat tilannetta yhdessä. Suunnitelman kirjaaminen on ammattilaisen vastuulla. Varsinaisena asianomistajana kuntoutussuunnitelmassa on potilas/asiakas/kuntoutuja. Kuntoutujan roolin vahvistuminen on ollut paitsi inhimillisesti perusteltua, myös kuntoutuksen arkikokemukseen (ja myös tutkimukseen) perustuvaa. Jos kuntoutuja ei ole itse mukana asettamassa tavoitteita omaan kuntoutuksensa, pelkästään ulkoapäin annetut neuvot tai ohjeet eivät riitä tavoitteisiin pääsemiseen.

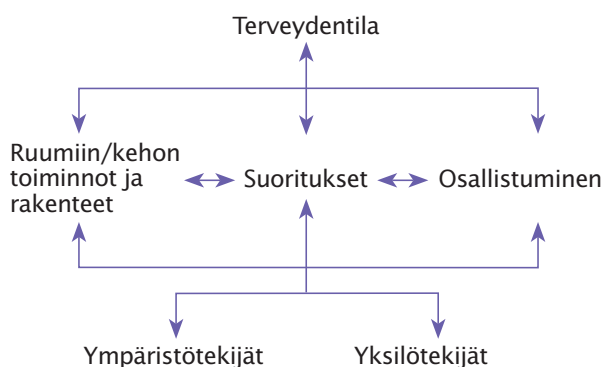
Kuntoutustarpeen määrittämisen tarkastelua sekoittaa epäselvyys siitä, mitä tarkoitamme: puhummeko työikäisten kuntoutustarpeen määrittämisestä, vaikeavammaisten kuntoutustarpeen määrittämisestä vai esimerkiksi erikoissairaanhoidon jälkeen järjestettävän kuntoutuksen tarpeen arvioinnista? Onkin tärkeää, että jokaisessa asiayhteydessä käytettävän termistön merkitysisältö ja konteksti selvitetään tarkasti.

ICF-luokitus kuntoutustarpeen arvioinnin välineenä

WHO:n ICF-luokitus (ICF 2001) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitusjärjestelmä. Sen avulla voidaan kuvata ihmisten terveyden ja toimintakyvyn piirteitä heidän yksilöllisissä elämäntilanteissa ja ympäristöissä. ICF:ää voidaan käyttää apuna mm. kuntoutustarpeen määrittämisessä ja kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja se toimii välineenä kuntoutujaa varten (Kuva 2).

Koska ICF-malli ei erotele fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, se soveltuu hyvin eri ammattiryhmien yhteiseen käyttöön. Luokitus yhtenäistää kuntoutustarpeen määrittämistä ohjaten toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden arvioimista. ICF toimii siltana lääketieteellisesti määritellyn terveydentilan ja sosiaalisen sekä muun ympäristön välillä. Luokitusta voidaan käyttää monella tavalla potilastyöskentelyssä ja alan tutkimuksessa, mutta kenties tärkeintä on mallin antama yleisorientaatio ihmisen toimintakykyyn ja siihen yhteydessä oleviin tekijöihin.

ICF:n hyödyntäminen kuntoutuksen alueella on edelleen puutteellista. Käsitteistö voidaan kokea teoreettisena etenkin terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Tämä voi johtua siitä, että käsitteiden kehittäminen, analysointi ja niiden operationalisointi arvioitaviksi tai mitattaviksi suureiksi on huonosti esillä terveydenhuollon koulutuksessa, jossa painotetaan hyvin perusteiden käytännön soveltavia taitoja. Käytännössä ratkaisu lienee, et-



Kuva 2. ICF-mallin osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF 2001)

tä tutkijoiden ja terveydenhuollon ja kuntoutuksen ammattilaisten on tehtävä yhä enemmän yhteistyötä ICF-luokituksen käyttöönottamiseksi. Kyse on myös yhteisen kielen ja käsitteistön löytämisestä kuntoutujan kanssa, ei ammattilaisten ”salakielen” ja käsitteistön kehittämisestä. Kuntoutustarpeen tunnistamisessa ja arvioinnissa ICF voisi olla nykyistä merkittävämmässä roolissa kuvatessaan toimintakykyä moniulotteisesti (Knuutila & Tiitinen 2013, Paltamaa ym. 2011, Saltychev ym. 2013a, Saltychev ym. 2013b).

Kuntoutumisen edellytykset

Se, että kuntoutuja ja kuntouttaja keskinäisessä vuorovaikutuksessaan tunnistavat kuntoutustarpeen, ei vielä takaa hyvää kuntoutumista. Kuntoutujasta itsestään riippuvaisia kuntoutumisen edellytyksiä ovat mm. subjektiivinen tarve, motivaatio sekä kuntoutuksen edellyttämä psyykkinen toimintakyky. Yhdessä näitä voitaneen kutsua sitoutumiseksi, joka on osoittautunut yhdeksi kuntoutuksen lopputulosta ennustavaksi tekijäksi (Marker ym. 2010). Lisäksi kuntoutuminen edellyttää, että tarjolla on tutkitusti tehokkaita kuntoutusmenetelmiä. Kuntoutumisen tulisi lisäksi toteutua organisaatiosta toiseen saumattomasti jatkuvana prosessina.

Kuntoutumisedellytyksen kriteerit eivät ota huomioon taloudellisia tai yhteiskunnan antamia reunaehtoja: onko suunnitellulle kuntoutustoimenpiteille rahoitusta ja pidetäänkö kuntoutuksen toteuttamista tarkoituksenmukaisena kuntoutukseen hakeutuvan aiempi historia, ikä, ammattitusta ja muut seikat huomioon ottaen. Yleistäen voidaan todeta, että julkisen ja muun institutionaalisen rahoituksen määrittää ensi sijassa se, voiko rahoittaja olettaa tai edes toivoa saavansa kuntoutukseen sijoittamansa varat takaisin esimerkiksi pienentyneinä eläke- tai hoivamaksuina tai vähentyneinä sairauspoissaoloina. Jos ihminen itse tai hänen omaisensa päättää kustantaa kuntoutuksen, kuntoutuksen ja sen rahoituksen motiivit ovat moniulotteisempia.

Terveydenhuollon, kuntoutusjärjestelmien ja hyvinvointiyhteiskunnan muiden palve-

luiden yhteistyön vaatavuus tulee esiin myös kuntoutustarpeen arvioinnissa. On kiinnitetty huomiota muun muassa työkyvynarviointiin, johon pitäisi liittyä myös kuntoutustarpeen arviointi. Susanne Heikinheimo ja Katinka Tuisku (2014) toteavat seuraavasti: ”Hyvin toimivaan palveluketjuun psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa kuuluvat alkuvaiheen nopeat kohdennetut konsultaatiot ennen ongelmien pitkittymistä, verkostoyhteistyö erikoissairaanhoidon potilailla ja vaikeimmissa arvioissa erityisosaamisyksikköön ohjaaminen jo hyvissä ajoin ennen sairauspäivärahauden päättymistä. Sen jälkeen työhön paluun todennäköisyys heikentyy useista eri syistä ja ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet kaventuvat.” Esimerkki koskee mielenterveyspotilaita, mutta on laajennettavissa muihinkin potilasryhmiin.

Tuotteistettu kuntoutustarvearvio

Vaikka kuntoutustarpeen määrittämisessä on paljon sairauteen tai muuhun erityistilanteeseen liittyviä seikkoja sekä lainsäädännön ja sosiaalivakuutuksen antamia määritelmiä ja vaateita, kuntoutustarvearviota voidaan arvioida myös yleisestä palvelun tuottamisen näkökulmasta. Asiakkaalle eivät tuota arvoa palvelun ominaisuudet itsessään vaan palvelun tuottamat hyödyt, seuraukset ja vaikutukset asiakkaan omiin tavoitteisiin. Arvoa syntyy, kun palveluntuottaja ja asiakas toimivat yhdessä. Arvoa ei luovuteta tai yksipuolisesti tuoteta, vaan se syntyy yhteisen prosessin tuloksena. Palveluliiketoiminnan asiakaslähtöinen kehitys edellyttää sekä asiakasymmärrystä että kykyä kehittää liiketoimintaa tämän ymmärryksen perusteella (Arantola & Simonen 2009). Kuntoutustarvearviota tai mitään muutakaan palvelua ei voida tuottaa ilman tuotannollis-taloudellisia edellytyksiä, joilla on syvällinen merkitys itse palvelun laatuun. On helppoa pysyä niin sanotun akateemisen tarkastelun tasolla, mutta vasta tuotteistaminen synnyttää itse palvelun, jota voidaan kehittää. Palvelua voidaan pitää tuotteistettuna vasta, kun se on niin hyvin dokumentoitu ja kuvattu, että palvelukonseptin voi luovuttaa (myydä) edelleen.

Tarpeellinen ja kiintoisa kysymys on, mitä hyötyä kuntoutustarpeen määrittäminen tuottaa eri osapuolille. On pidetty itsestään selvänä, että kuntoutustarve on aina selvittämisen arvoinen asia, joka tuottaa lisäarvoa. Tämä jää kuitenkin oletukseksi, jos otamme huomioon kaiken edellä esitetyn. Onko mahdollista, kenties jopa todennäköistä, että kuntoutustarvearvio suosituksineen voi johtaa väärille ja haitallisille poluille? Jos suunnitelmat ovat epärealistisia, koko kuntoutustarpeen määrittäminen voi muodostua haitalliseksi interventioksi. Kuntoutusta voidaan pitää lähes itseisarvona ja aina hyödyllisenä, jolloin kuntoutuksen perusteet saattavat jäädä epävarmoiksi. Kuntoutuksella ja sairaanhoidolla on yhteisenä piirteenä pyrkimys suunnata toimenpiteet niitä tarvitseville ja niistä hyötyville, ei liian vähän oireisille tai liian oireisille, jotka eivät apua tarvitse tai ovat avun ulottumattomissa. On hyödyllistä erottaa kuntoutustarve ja kuntoutushalukkuus (Ylinen ym. 2001).

Eettisiä ja muita erityisiä näkökohtia

Kaikessa ihmisten auttamistyössä keskeisinä periaatteina pidettäneen haitanteon välttämistä, hyvän tuottamista, potilaan autonomian kunnioittamista ja oikeudenmukaisuutta (Mäkelä 2013). Tämä tuntuu itsestään selvältä, mutta käytännössä kuntouttaja joutuu painimaan näiden kysymysten parissa aika paljon. Oma arvomaailmamme ja ennakoasenteemme saattavat muodostaa huomaamattakin esteitä hyvälle kuntouttamistyölle, esimerkiksi kun olemme tekemisissä päihdeongelmaisen kanssa (Kuva 1). Kuntouttajan voi olla vaikea irrottautua yleisestä asenneilmapiiristä, joka voi olla tuomitseva esimerkiksi alkoholiongelmaisia kohtaan.

Toinen mahdollinen ongelma on ikärasismi. Terveystieteiden toimijat vakuuttavat, että ikärasismia ei ole, mutta monet havainnot viittaavat siihen, että ikääntyneen on vaikeampi saada esimerkiksi erikoissairaanhoidon jälkeistä kuntoutusta kuin nuoremman kuntoutujan (Lindberg 2008). Kuntoutukselle ei ole määritelty mitään määräaikaakaan tai takuuta, jolloin kuntoutus olisi järjestettävä.

Tämä aiheuttaa ongelmia esimerkiksi silloin, kun ikääntynyt ihminen ei saa tarvitsemaansa fysioterapeuttista ohjausta riittävän ajoissa lonkkamurtumahoidon jälkeen, jolloin laitostumisen riski kohoaa.

Nuorten ihmisten laiminlyöty kuntoutus vamman tai sairauden jälkeen johtaa helposti kasaantuviin ongelmiin. Lasten ja nuorten ohjaus ja kuntoutustarpeen selvittely sisältääkin hyvin vahvan koko elämänuran tarkastelun, ja toiminnan vastuullisuus näin ollen kasvaa. Kuntoutuksella on siis potentiaalisesti keskeinen vaikutus yksilön hyvinvointiin ja elämälaatuun koko ihmisen elämänkaaren aikana.

Vehmaksen (Toikkanen 2014) mukaan on myös ongelmallista, että vammaisuus samastetaan sairauksiin. Hänen mukaansa kaikkiin vammoihin ei liity sairauksia, ainoastaan jokin toimintakyvyn rajoitus. Vammat voivat olla myös tärkeä osa identiteettiä. Olennaista olisi myös pohtia, miten ympäristö rakennetaan vammaisille mahdollisimman esteettömäksi. Tämä ajatusmalli johtaa siihen, että ympäristön rakentaminen yleensäkin esteettömäksi on meidän kaikkien etumme mukaisista, olimmepa juuri nyt vammaisia tai emme. Näin toimien ehkäisemme kuntoutustarvetta.

Kuntoutusta koskevien ajankohtaisten kysymysten ja ongelmien lisäksi kyse on hyvinvointivaltion toimintamalleista ja rakenteista, konkreettisimmillaan tällä hetkellä sote-uudistuksesta: Kuka tuottaa ja järjestää palvelut? Miten palvelut rahoitetaan? Miten kuntoutus kytkeytyy tähän uudistukseen? Miten rakenneuudistukset vaikuttavat kuntoutuksen tilaaja - tuottaja-malliin? Miten yksittäisen kuntoutujan asema muuttuu?

Tärkeä ajankohtainen kysymys on, mitä kuntoutukselta nyky-yhteiskunnassa odotetaan. Mikä on kuntoutuksen asema suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa? Mikä on yksilön ja yhteiskunnan vastuu? Onko kuntoutus pelkästään yksilöön kohdistuvia toimenpiteitä vai onko ympäristötekijät otettava huomioon aiempaa enemmän?

Kuntoutuksen järjestämisen osalta joudutaan tekemään priorisointeja yhteiskunnallisen tilanteen mukaan, ja samalla tulee ottaa huomioon hoitojärjestelmien kehitys. Vaadi-

taan lisää kuntoutuksen taloudellisia perusteita. Missä yhteydessä ja milloin kuntoutus on vaikuttavinta ja tehokkainta? Tulisiko kuntoutuksen järjestämiselle asettaa määräajat samalla lailla kuin terveydenhuoltolakiin kirjattu hoitotakuu määrittää määräajat hoitoon pääsulle? Taloudellisten seikkojen ohella kysymys on yhteiskunnan arvoista. Lähtökohta on, että useimmat meistä haluavat elää mahdollisimman itsenäistä elämää. On kiistatta tilanteita, joissa kuntoutus on keskeinen keino tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Kukaan ei kuitenkaan päädy kuntoutukseen, jos kuntoutustarve ei tule tunnistettua. Siksi kuntoutuskäsitettä ja kuntoutustarpeen tunnistamista on syytä tutkia ja näiden asioiden osaamista ja asiantuntijuutta yliopistojen perus- ja jatkokoulutuksessa vahvistaa. Kuntoutusta koskevan tutkimuksen tehtävänä on selvittää parhaiten soveltuvat kuntoutuksen mallit ajankohtaiseen yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Tutkimuksella ei kuitenkaan yksin kyetä näitä kysymyksiä ratkomaan, kyse on myös arvovalinnoista.

**Heikki Hurri, professori,
lääketieteellinen johtaja, Orton**

Hanna Säilä, LT, lastenreumatologi, Orton

Tage Orenius, PsL, vastaava psykologi, Orton

**Leena Ristolainen, TtT, tutkimus- ja
koulutuspäällikkö, Tieteellinen tutkimus,
Invalidisäätiö Orton**

Lähteet

- Arantola H, Simonen K (2009) Palvelemisestä palveluliiketoimintaan. Asiakasymmärrys palveluliiketoiminnan perustana. Tekesin katsaus 256/2009. Helsinki.
- Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä. Kelan tutkimusosasto. Teemakirja 11. Tampere 2013.
- Gough I (1994) Economic Institutions and the Satisfaction of Human Needs. *J Economic Iss* 28, 25–66.
- Haanpää N (2013) Mielenterveyden häiriöt kuntoutustarpeen aiheuttajana – case työeläkeyhtiö Varma. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. Pro gradu -tutkielma. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-23652>.

- Heikinheimo S, Tuisku K (2014) Kuntoutustulokset ja työhön paluu psykiatrisen työkykyarvion jälkeen. *Duodecim* 130,3, 258–264.
- Hietasalo M (2013) ”Sydämen asialla”. Pallolaajennuksella hoidettujen sepelvaltimotautipotilaiden kokema yksilöllinen kuntoutustarve. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013112918968>.
- Huusko T (2014) Esitys Kaisu Kotaniemen kutsusymposiumissa Invalidisäätiö Ortonissa 14.3.2014.
- ICF (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization. Geneva.
- Järvikoski A, Härkäpää K (1995) Mitä kuntoutus on? Teoksessa Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A ym. Kuntoutuksen oluttavuudet. WSOY. Helsinki. 12–28.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2001) Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilöstön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I (toim.) Kuntoutus. Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki. 30–41.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-28516.pdf.
- Knuuttila P, Tiitinen T (2013) ICF-luokituksen käyttöönottokoulutus muuttaa työmenetelmiä: kuntoutujan näkökulma ja osallistuminen esille. *Kuntoutus* 1, 59–61.
- Lindberg M (2008) Kuntoutuksesta ei saa takuuta. *Kolumni*. Helsingin Sanomat. 14.5.2008.
- Marker DR, Seyler TM, Bhave A, Zywiell MG, Mont MA (2010) Does commitment to rehabilitation influence clinical outcome of total hip resurfacing arthroplasty? *J Orthop Surg Res* 5, 20. doi: 10.1186/1749-799X-5-20.
- Mäkelä R (2013) Alkoholiongelmien hoidon etiikka. *Suom Lääkäril* 68, 25–32.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Auttiramö I (2011) (toim). Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Sas-tamala.
- Rajavaara M (1998) Halu, tarve ja palvelutarve – lähtökohtia palvelutarpeiden arviointiin. Kirjassa: Rajavaara M. (toim.) Työtä, eläkettä vai työttömyyttä? Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantutkimuksen osaraportti 4. Kansaneläkelaitos. Helsinki. 65–93.
- Saltychev M, Kinnunen A, Laimi K (2013a) Vocational rehabilitation evaluation and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). *J Occup Rehabil* 23, 1, 106–114. doi: 10.1007/s10926-012-9385-x.
- Saltychev M, Tarvonen-Schröder S, Eskola M, Laimi K (2013b) Selecting an optimal abbreviated ICF set for clinical practice among rehabilitants with subacute stroke: retrospective analysis of patient records. *Int J Rehabil Res* 36, 2, 172–177. doi: 10.1097/MRR.0b013e32835e9c4f.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) Osatyökykyiset työssä. Toimintakonsepti osatyökykyisten työllistymiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:29. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Toikkanen U (2014) Vammaistutkimus tuo erilaisuuden valokeilaan. *Suom Lääkäril* 69, 195.
- Ylinen J, Häkkinen A, Kiviranta I, Tarvainen U, Herno A, Airaksinen O (2001) Kirjoittajien vastine artikkeliinsa ”Kuntoutustarve lannerangan välilevytyräleikkauksen jälkeen”. *Suom Lääkäril* 56, 4544–4545.