

Kuntoutuks

2023

4

Virtsankarkailu, arki ja elämänlaatu

Suomalaisten selkäydinvammaisten henkilöiden kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista

Naiserityiset palvelut rikostaustaisten naisten yhteiskuntaan integroitumisen ja kuntoutumisen tukena

SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

- MIKA PEKKONEN
Keskeistä on yhteistyö 3

TIETEELLISET ARTIKKELIT

- LAURA LAHTI, HANNA OJALA JA ILKKA PIETILÄ
Virtsankarkailu, arki ja elämänlaatu 5
- KRISTIINA PURANEN, PAULA REITERÄ, ANNA-MAIJA KAUPPILA,
SUSANNA TALLQVIST, AKI VAINIONPÄÄ, EERIKA KOSKINEN,
JARI AROKOSKI, MAURI KALLINEN, HARRI HÄMÄLÄINEN,
ANNI TÄCKMAN, HEIDI ANTTILA JA SINIKKA HIEKKALA
Suomalaisten selkäydinvarmaisten henkilöiden kokemukset
sosiaali- ja terveyspalveluista ovat myönteisiä, FinSCI-tutkimus 18
- ULLA SALOVAARA JA JANIKA LINDSTRÖM
"Meillä on ihan eri ongelmat ja eri traumat ja jutut kuin miehillä" 33

HANKE-ESITTELYT

- TIMO ILOMÄKI, JOUNI PUUMALAINEN, HEIKKI HUTTUNEN,
KATRI LAUKKANEN JA TONI YLI-SIRNIÖ
Digiosallisuutta ja hyvinvointia Etelä-Savossa 45

PUHEENVUOROT

- PIRJO JUVONEN-POSTI, KIRSI UNKILA, MIKKO HENRIKSSON JA
LIBBETH FORSMAN-GRÖNHOLM
Työhön kytkeytyvä kuntoutus – mikä muuttuu? 51
- ANNA-LIISA SALMINEN
Kuntoutuksen koulutus ja tutkimus kehittyy 60

KESKEISTÄ ON YHTEISTYÖ

Julkiset sosiaali- ja terveystalvet sekä pelastustoimi ovat hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja Ahvenanmaan maakunnan vastuulla. Pääosin maakuntajaon pohjalta muodostettuja hyvinvointialueita on 21. Helsinki ja Ahvenanmaa eivät muodosta hyvinvointialueita, vaan ne huolehtivat alueillaan edellä mainittujen tehtävien järjestämisestä.

Hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungilla ja Ahvenanmaalla on vastuu järjestää edellä mainitut talvet – nimenomaan järjestää talvet. Talvet (esimerkiksi kuntoutustalvet) voidaan järjestää omana talvetuotantona tai ostopalveluina yhteistyössä yksityissektorin ja/tai kolmannen sektorin kanssa. Luonnollisesti kuntoutustalvetjen osalta on tärkeää varmistaa sujuva yhteistyö muun muassa Kelan järjestämisvastuulla olevien talvetjen osalta. Myös yhteistyö vahinkovakuutus- ja eläkevakuutusjärjestelmien kanssa on tärkeää huomioida. Keskeistä on yhteistyö talvetjen järjestämisessä ja toteuttamisessa.

Hyvinvointialueiden operatiivinen toiminta käynnistyi vuoden alussa, ja toiminta hakee vielä muotojaan eri puolilla maata. Parhaita toimintakäytäntöjä hiotaan lähivuosina. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittäminen on perusteltu tavoite. Osana hyvinvointitalvetjärjestelmäämme julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toteuttama kuntoutus voi osaltaan tarjota ratkaisuja ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin haasteisiin. Näitä haasteita ovat muun muassa mielenterveyshaasteet, tuki- ja liikuntaelinvaivat, ikääntyvien ja ikääntyneiden kuntoutus, lasten ja nuorten talvetuiden vahvistaminen ja integroiminen normaaliin kasvuympäristöön, talvetuden edistäminen sekä työhön paluun tai mahdollisen ammatillisen kuntoutuksen integrointi lääkinälliseen kuntoutukseen.

Kuntoutus-lehden rooli tärkeänä kansallisena foorumina kuntoutukseen liittyvien tieteellisten tutkimustalveten julkaisemisessa sekä yleisen kuntoutukseen liittyvän keskustelun ylläpitämisessä on tunnistettu ja tunnustettu. Käsillä olevassa lehdessä julkaistaan kolme tieteellistä tutkimusta, yksi hanke-esittely sekä kaksi puheenvuoroa. Kirjoitusten aihepiirien monipuolisuus kuvastaa mainiolla tavalla kuntoutuksen monimuotoisuutta.

Ensimmäisessä tutkimuksessa selvitettiin eturauhassyöpähoidoissa olleiden sopeutumista virtsatieoireisiin. Tutkimuksen tavoitteena oli

lisätä ymmärrystä virtsatieoireiden kanssa elämisestä, jotta elämänlaatuvaikutukset voitaisiin aiempaa paremmin ottaa huomioon osana eturauhassyöpötilaan kuntoutusta. Tutkimuksen perusteella todetaan muun muassa, että yksilöllisesti ohjatut lantionpohjaa kuntouttavat toimet olisi tärkeää sitoa nykyistä tiukemmin osaksi eturauhassyövän hoitoprosessia. Lisäksi psykososiaalisen tuen tai vertaistuen piiriin ohjaaminen voi olla hyödyllistä virtsatieoireisiin sopeuduttaessa.

Toisen tutkimuksen tavoitteena oli selvittää selkäydinvammaisten henkilöiden hoidon keskittämisesetuksen jälkeisiä kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista. Kokemukset olivat pääosin myönteisiä. Erityisesti asiakkaan ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus koettiin myönteisenä. Tutkimuksen perusteella todetaan, että jatkossa tulisi kiinnittää huomiota sellaisten henkilöiden kokonaisvaltaiseen hyvään hoivaan, joiden selkäydinvamma on sairausperäinen.

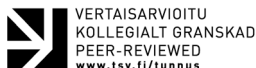
Kolmannessa tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena oli selvittää, millaisia tuen tarpeita naisvangeilla on ja millaisia nais erityisiä palveluita ja kuntoutusta vankilasta vapautuvat tarvitsevat. Tutkimuksen mukaan erityisen tärkeää on rinnalla kulkeva ja vankilasta vapautteen ulottuva tuki. Tämän tutkimuksen perusteella todetaan, että nykyisissä vankilasta vapautuvien palveluissa ei tunnisteta riittävästi naisten tarpeita.

Digiosallisuutta ja hyvinvointia Etelä-Savossa -hanke esiteltiin Kuntoutus-lehden numerossa 2/2023. Tässä lehdessä kuvataan kyseisen hankkeen tuloksia ja arviointia keskittyen hankkeen kohderyhmään: pitkään työvoiman ulkopuolella olleisiin ihmisiin sekä etelä-savolaisiin työllistäviin yrityksiin.

Ensimmäisessä puheenvuorossa tarkastellaan työhön kytkeytyvää kuntoutusta. Keskeiset kysymykset ovat työpaikan ja sen toimijoiden rooli kuntoutuksessa sekä yhteistoimijuus eri osapuolten välillä. Toisessa puheenvuorossa kuvataan opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) kanssa asettaman Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuorin (KunFo) työskentelyä ja sen keskeisiä tuloksia.

Toivon jälleen, että lehden artikkelit saavat aikaan runsaasti keskustelua. Lopuksi haluan toivottaa kaikille aktiivista ja turvallista vuoden vaihdetta.

Mika Pekkonen
päätoimittaja
LKT, eMBA, lääketieteellinen johtaja, Verve



VIRTSANKARKAILU, ARKI JA ELÄMÄNLAATU

Haastattelututkimus eturauhassyöpähoidoissa olleiden sopeutumisesta virtsatieoireisiin

Johdanto

Virtsankarkailu on yleinen terveysongelma, josta kärsii noin 14 prosenttia miehistä ja 51 prosenttia naisista (Aynaci 2020). Miehillä eturauhassyöpä ja sen hoitomuodot aiheuttavat virtsankarkailua ja muita virtsatieoireita, kuten tiheävirtsaisuutta ja ärsytysoireita. Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä, ja uusia tautitapauksia todetaan Suomessa vuosittain runsaat 5000. (Saarelma 2022.) Varhaisvaiheessa eturauhassyöpä on usein oireeton, ja ensioireet ovat tyypillisesti virtsaamiseen liittyviä ongelmia. Eturauhassyöpävän tavallisimpia aktiivihoitomuotoja ovat eturauhasen poistoleikkaus, sädehoito ja hormonihoito. (Eturauhassyöpä: Käypä hoito -suositus 2023.) Kaikki eturauhassyöpävän aktiivihoidot aiheuttavat monenlaisia sivuvaikutuksia, kuten virtsatieoireita, seksuaalitoimintojen ongelmia ja suolisto-oireita, ja siksi hitaasti etenevän eturauhassyöpävän hoitomuoto voi olla myös seuranta. Oireista monet ovat pitkäaikaisia tai jopa pysyviä. Virtsatieoireista yleisin on virtsankarkailu, jota kokee hoitomuodon mukaan vaihdellen 44–71 prosenttia eturauhassyöpäpotilaista. (Lehto ym. 2013.)

Suomessa eturauhassyöpään sairastuneista yli 90 prosenttia on elossa viiden vuoden kuluttua sairastumisesta (Pitkaniemi ym. 2021). Hoitojen ja mahdollisten kontrollikäyntien päätyttyä potilaat saattavat olla lääketieteen näkökulmasta terveitä, mutta koska syöpähoitojen sivuvaikutukset ovat usein pitkäaikaisia tai pysyviä, moni eturauhassyöpähoidoissa ollut elää arkeaan virtsatieoireisena.

Virtsatieoireet voivat rajoittaa arkea ja johtaa jopa sosiaaliseen eristäytymiseen, mikä vaikuttaa negatiivisesti eturauhassyöpäpotilaiden elämänlaatuun (Baumann ym. 2012). Koettu elämänlaatu perustuu pitkälti siihen, miten pitkäaikaisten tai pysyvien haittojen kanssa tullaan toimeen arkielämässä (Salander 2016, Holmberg 2020). Yksi keskeinen asia erityisesti virtsatieoireisiin sopeutumisessa on se, kuinka niistä kärsivät käsittelevät oireisiin liittyvää häpeää (Ferrão ym. 2017). Vaikka häpeään on jossain määrin sopeuduttava, toipumisen olennainen osa on välttää häpeän kasvaminen hallitsevaksi (Hoogsteyns & van der Horst 2015). Eturauhassyöpäpotilaiden elämänlaadun kannalta onkin tärkeää tutkia virtsatieoireisiin sopeutumista arjen kontekstissa, sillä oireiden

koetun haittaavuuden on todettu heikentävän elämänlaatua enemmän kuin oireiden määrän itsessään (Lehto ym. 2013).

Eturauhassyövän ja sen hoitojen sivuvaikutuksia käsittelevä aiempi laadullinen tutkimus perustuu pääosin seksuaalisen toimintakyvyn ja erektiohäiriöiden elämänlaatuvaikutusten tarkasteluun. Eturauhassyöpöpotilaiden virtsatieoireita käsitellään puolestaan paljon lääketieteellisissä tutkimuksissa, mutta oireiden tarkastelu osana arkielämää on vähän tutkittu aihe. Naisten arkikokemuksia virtsankarkailusta on tutkittu, mutta miesten kokemuksia käsittelevää tutkimusta ei juurikaan ole.

Tässä artikkelissa tarkastelemme sitä, mitä virtsatieoireiden kanssa pärjääminen on arkisena tekemisenä ja kokemisena eturauhassyöpöhoidoissa olleilla miehillä. Pärjäämisellä tarkoitamme tässä yhteydessä niitä moninaisia ajallisia, tilallisia, modaalisia ja sosiaalisia sopeutumisen tekoja, joita miehet joutuvat tekemään, jotta he saavat virtsatieoireet integroiduksi osaksi elämäänsä niin, että arki rutinoituu ja palaa raiteilleen. Sopeutumisen merkitys nimenomaan arkeen kiinnittyvänä asiana on tärkeää ymmärtää hoitoprosessin ja kuntoutuksen osana, sillä virtsatieongelmien onnistunut kuntoutus ja hoito voivat auttaa parantamaan eturauhassyövän sairastaneen elämänlaatua ja tyytyväisyyttä hoitotulokseen. Myös hoitohenkilöstön ja läheisten psykososiaalinen tuki voivat auttaa potilaita sopeutumaan sivuvaikutuksiin (Hanly ym. 2014), minkä vuoksi hoitohenkilöstön on tärkeää tunnistaa sopeutumiseen liittyvät tekijät.

Virtsatieoireet ja arki

Arjen käsitteellistämistä on pidetty haastavana. Arjen sisällöt tulevat ja menevät, ja siksi arki tuntuu valuvan käsistä, kun sitä yrittää ymmärtää. Jokinen (2005) määrittelee arkisuuden inhimillisen toiminnan ja olemassaolon muodoksi, joka voi olla läsnä missä tahansa. Arki voi olla keveää tai painavaa. Tätä kutsutaan arjen paradoksiksi. Kun arki sujuu huomaamatta, se on kevyttä. Painavaa arjesta tulee silloin, kun se ei ole enää mieluista tai sujuvaa. (Jokinen 2005.)

Yksi tapa määritellä arki on ajatella sitä tiettyjen arjen perustavien tunnusmerkkien avulla. Esimerkiksi Felski (2000) hahmottaa arjen kolmen ulottuvuuden – ajallisuuden, tilallisuuden ja modaalisuuden – kautta. Ajallisuus pitää sisällään toistoja, päivästä päivään elämistä, jonka avulla arki saadaan pysymään järjestyksessä ja sujuvana eli huomaamattomana ja keveänä. Tilallisuus merkitsee kotia sekä muita konkreettisia tiloja, joissa arki tapahtuu. Tiloihin sisältyy tunteita tuttuudesta ja turvattomuudesta, ja siksi arki on sujuvaa, kun sitä saadaan elää tutuissa ja turvallisissa paikoissa. Modaalisuus yhdistyy tapoihin ja tavanomaisiin rutiineihin, joita ei arkipäivässä aina edes tiedosteta mutta jotka ovat kuitenkin juurtuneet ihmisen somaattiseen muistiin. Nämä voivat olla sekä tekoja että asenteita, kun puolestaan ajallisuudessa rutiinit kuvaavat tekojen toistuvuutta arjessa. (Felski 2000, Jokinen 2005.)

Sairausarkea tutkinut Holmberg (2020) viittaa arkielämällä päivittäisiin toimintoihin, kuten vanhemmuuteen, puolisona olemiseen ja kotitöihin. Arkeen liittyy totuttuja tapoja, joista tullaan joskus tietoiseksi vasta silloin, kun ne sairastumisen myötä tulevat haastetuiksi. Syöpään sairastumisen myötä kipu, kärsimys ja kuoleman mahdollisuus muuttavat arkea. (Holmberg 2020.) Holmbergin (2014) tutkimuksessa rintasyöpöpotilaat kuvasivat sairausarkeaan sellaisten arjen toimintojen kautta, joihin fyysiset rajoitukset voivat vaikuttaa, esimerkiksi kotityöt. Syöpä katkaisee arjen rutiineja ja tuo mukanaan huolta sekä epä tietoisuutta. Silti muut rutiinit jatkavat etenemistään: laskut pitää maksaa ja pyykki pestä. (Holmberg 2014.)

Honkasalo (2008) on kiinnittänyt huomiota siihen, että sairastuneen on pakko sietää ja pärjätä sellaisten asioiden kanssa, joille ei voi mitään. Sairastunut näkee selviytymisen eräänlaisen pilkotun aikaperspektiivin kautta, jolloin tiettyjen arjen rutiinien avulla oma elämä pysyy hallinnassa elämällä esimerkiksi ”päivä kerrallaan” (Pietilä ym. 2018). Josain vaiheessa arjen rutiinit alkavat muotoutua uudelleen, vaikka sairaus ei häviäisikään. Kontrollikäynnit harvenevat tai päättyvät, vaikka erilaisia oireita on saattanut jäädä osaksi arkea pysyvästi tai pitkäaikaisesti ja

niiden kanssa on edelleen pärjättävä. (Holmberg 2020.)

Aiemmissa laadullisissa tutkimuksissa (mm. Ferrão ym. 2017, Hoogsteyns & van der Horst 2015, Lennie ym. 2020) virtsankarkailusta kärsivät kertoivat, että vaivan kanssa elämään oppiminen vaatii monen eri elämän osa-alueen uudelleenajattelua ja hallitsemista yhtä aikaa. Virtsankarkailusta kärsivän täytyy hallita muun muassa ihon kunnon ylläpitäminen jatkuvan vaippojen käytön yhteydessä sekä pitää huolta, ettei virtsa vuoda vaatteisiin. Alusvaatteet täytyy valikoida sen mukaan, ettei vaippa näy. Vaipat täytyy myös valikoida kuhunkin tilanteeseen sopivaksi. Suurena haasteena koettiin vaippajätteen hävittäminen. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat joutuvansa joskus kuljettamaan käytettyjä vaippoja ja varavaatteita mukanaan, minkä he kokivat uutena, vaikeana ja leimaavana asiana. Myös aiemmin arkeen kuuluneita menoja oli jouduttu jättämään väliin tai kokonaan pois virtsankarkailun vuoksi. (Hoogsteyns & van der Horst 2015.) Myös tiedontarpeen koettiin liittyvän nimenomaan siihen, miten virtsatieoireiden kanssa toimitaan arjessa (Lennie ym. 2020). Tosin, kuten Waller ja Pattison (2013) toteavat, miehen täytyy olla ensin sopeutunut eturauhassyöpädiagnosiin ennen kuin voi kehittää selviytymisstrategioita virtsankarkailuun.

Tutkimuksessamme otimme huomioon virtsankarkailun lisäksi myös muut virtsatieoireet, kuten tiheävirtsaisuuden ja ärsytysoireet, sillä ne on koettu yhtä leimaaviksi kuin virtsankarkailu ja ovat myös yleisiä eturauhassyöpään ja sen hoitoihin liittyviä sivuvaikutuksia. Tiheävirtsaisuuden on todettu aiheuttavan häpeää esimerkiksi kyläiltäessä, sillä siihen liittyy pelko siitä, että muut huomaavat virtsatieongelmat. (Elstad ym. 2010.)

Eturauhassyöpötilaat kokevat virtsatieoireet kiusallisina ja normaalia elämää haittaavina. Virtsankarkailu aiheuttaa suurelle osalle potilaista hajuhaittoja, ja vain neljäsosan mielestä virtsatieoireet eivät ole haitanneet elämää. (Lehto ym. 2013.) Myös erilaiset ärsytysoireet koetaan kiusallisina ja jopa kiusallisempina kuin karkailuoireet (Hanly ym. 2014). Oireet vaikuttavat myös siihen, ovatko potilaat tyytyväisiä hoitotulokseen

(Lehto ym. 2013). Kuten Mirza ym. (2011) toteavat, virtsatieoireiden onnistunut hoito voi auttaa parantamaan eturauhassyövän hoidon jälkeistä elämänlaatua.

Tässä artikkelissa etsimme vastauksia kysymykseen: miten eturauhassyöpähoidoissa olleet jäsentävät tottumistaan virtsatieoireisiin osana arkeaan? Tutkimus perustuu yksilöhaastatteluaineistoon, jonka analysoinnissa olemme hyödyntäneet sairausarjenkin tutkimuksessa paljon käytettyä Felskin (2000) teoriaa arjesta.

Aineisto ja menetelmät

Tässä artikkelissa käytetty aineisto koostui 31 eturauhassyöpähoidoissa olleen miehen yksilöhaastattelusta. Haastattelut toteutettiin vuosina 2018–2020 Tampereen yliopiston tiloissa. Haastateltavat olivat 49–81-vuotiaita, ja heidän eturauhassyöpädiagnosistaan oli kulunut yhdestä kolmeen vuotta. Viisi haastateltavaa oli saanut sädehoitoa ja neljä hormonihoitoa. Yhdeksän haastateltavan hoitomuoto oli eturauhasen poistoleikkaus, ja neljän haastateltavan hoitomuoto oli seuranta. Yhdeksän haastateltavaa oli saanut edellä mainittujen hoitomuotojen yhdistelmiä.

Haastateltavat rekrytoitiin osana Syöpäsäätiön rahoittamaa Eturauhassyöpöpotilaan kokemus diagnoosin jälkeisestä elämänlaadusta -hanketta ja sitä edeltävää sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa pilottihanketta. Hankkeet ovat saaneet tutkimusluvan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä ja hyväksynnän sairaanhoitopiiriin eettiseltä toimikunnalta. Haastateltaville lähetettiin erillinen kutsu haastatteluun, minkä jälkeen tutkija soitti heille kysyäkseen halukkuutta osallistua haastatteluun ja sopiaakseen ajan haastattelulle.

Haastattelut olivat muodoltaan puolistrukturoituja teemahaastatteluja. Teemat oli etukäteen määritelty (mm. hoitoprosessiin, hoitojen sivuvaikutuksiin, elämänlaatuun ja sairausarkeen liittyviä teemoja), ja haastatteluista varten oli laadittu kysymysrunko. Tavoitteena oli saada monipuolisia kuvauksia tutkitavasta ilmiöstä, minkä vuoksi kysymykset eivät sisältäneet valmiita vastausvaihtoehtoja tai määrittäneet vastaamisen suuntaa

(Hirsjärvi & Hurme 2008). Pyrkimyksenä oli jättää mahdollisimman paljon tilaa vapaalle puheelle ja haastateltavien omille jäsennyksille sekä kannustaa haastateltavia kuvaamaan ajatuksiaan omasta tilanteestaan.

Haastatteluisa miehiä pyydettiin aluksi kertomaan omasta sairastumisestaan ja hoitoprosessistaan. Tämän jälkeen keskusteltiin toipumisesta ja hoitojen tuomista sivuvaikutuksista sekä niiden hoidosta. Lisäksi keskusteltiin parisuhteesta, tyytyväisyydestä hoitoprosessiin, muiden ihmisten suhtautumisesta sairauteen sekä elämänlaadusta. Haastatteluiden pituus vaihteli 40 minuutista 113 minuuttiin. Litteroitua tekstiä oli 468 sivua. Tutkimuksen eettisyys huomioitiin jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa hyvän tieteellisen käytännön (2012) edellyttämällä tavalla. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistujat saivat kirjallista ja suullista tietoa tutkimuksen tarkoituksista. Heille kerrottiin myös haastattelun luotamuksellisuudesta ja haastattelut tallennettiin haastateltavien luvalla sekä litteroitiin tekstiksi. Haastatteluita teki kaksi henkilöä. Tutkimusaineistojen käsittelystä, varmuuskopioinnista ja tietoturvasta huolehdittiin suunnitelmallisesti.

Haastatteluaineisto analysoitiin teemanalyysillä (Tuomi & Sarajärvi 2018, Koski 2020). Analyysiprosessi eteni siten, että aluksi järjestelimme aineistoa erottamalla ne osat, joissa puhuttiin virtsatieoireista. Näin saimme tiivistettyä aineistoa helpommin hallittaviksi osiksi (ks. Maguire & Delahunt 2017, Braun & Clarke 2021). Seuraavaksi koodasimme nämä aineisto-otteet käyttäen apuna Atlas.ti-ohjelmaa. Koodatessamme muodostimme erilaisia arkielämään viittaavia luokkia, kuten ”tietoisuus vessojen sijainnista”, ”tila vaipan vaihdolle” ja ”kiire vessaan”.

Koodien perusteella muodostimme teemoja. Teemoja muodostaessamme huomasimme, että koodit soveltuivat hyvin yhteen Felskin (2000) arjen ulottuvuuksien kanssa. Toisin sanoen löysimme aineistosta induktiivisesti tehdyille löydöksille vahvistusta Felskin teoriasta. Tämän vuoksi nimesimme teemat Felskin arjen ulottuvuuksien mukaan deduktiivisesti, vaikka teimmekin itse aineiston koodauksen ja teemoittelun

induktiivisesti. Analyyttinen lähestymistämme oli siis abduktiivinen, sillä hyödynsimme ja kehitimme olemassa olevia teemoja aineistosta nousevien uusien tekijöiden avulla. (Ks. Thompson 2022.)

Ryhmittelimme aineisto-otteista havaittuja virtsatieoireiden kanssa elämiseen ja pärjäämiseen liittyviä asioita laajemmiksi teemakokonaisuuksiksi hyödyntäen ajallisuuden, tilallisuuden ja modaalisuuden teemoja. Näiden teemojen lisäksi aineistossa korostui sosiaalisten suhteiden merkitys virtsatieoireisen arjessa pärjäämisessä. Tästä syystä otimme Felskin (2000) arjen ulottuvuuksien rinnalle neljännen teeman, jonka nimesimme sosiaalisen elämän teemaksi. Analyysi on koottu temaattiseksi kartaksi taulukkoon 1 (ks. liite).

Lopuksi tarkastimme muodostetut teemat sisältöineen ja keräsimme yhteen aineisto-otteet teemoittain. Seuraavaksi luimme aineisto-otteet uudelleen ja arvioimme, tukevatko aineisto ja koodit kyseistä teemaa. Lisäksi tarkastimme, että teemat ovat toisistaan eriäviä mutta johdonmukaisia. (Ks. Maguire & Delahunt 2017.) Analysoimme siis ulottuvuus kerrallaan sitä, miten eturauhas-syöpäpotilaat elävät arkeaan ja pärjäävät arjessa virtsatieoireiden kanssa.

Tulososion aineisto-otteissa käytetyt nimet ovat pseudonyymeja. Aineisto-otteiden yhteyteen on merkitty myös haastateltavan kronologinen ikä. Mikäli samalta haastateltulta on käytetty useita otteita, ikä mainitaan ensimmäisen otteen yhteydessä. Aineisto-otteita on muokattu luottavuuden helpottamiseksi muun muassa toistoa ja änkytystä poistamalla.

Tulokset

Haastattelemamme miehet olivat joutuneet tekemään monenlaisia muutoksia arkielämän käytännöissään saadakseen jokapäiväisen elämänsä sujumaan virtsatieoireista huolimatta. Muutokset liittyivät muuttuneisiin virtsaamisen rytmeihin, vessojen sijaintien kartoittamiseen, apuvälineiden ja uusien virtsaamisen tapojen haltuunottoon sekä sosiaalisten tilanteiden hallintaan. Avaamme seuraavaksi näitä muutoksia yksityiskohtaisesti

neljän arkeen liittyvän ulottuvuuden – ajallisuuden, tilallisuuden, modaalisuuden ja sosiaalisen elämän – kautta.

Ajallisuus: muuttuvat virtsaamisen rytmit

Eturauhassyöpään sairastuminen toi miesten arkeen uusia ja erilaisia arjen rytmejä, ja sairastumisen myötä suhde aikaan muuttui. Aikaa järjestelivät uudella tavalla esimerkiksi terveydenhuollon vaatimukset olla tietysti paikassa tiettyyn aikaan. Arjen rytmien muutokset olivat joko pysyviä tai tilapäisiä. Vaikka erilaiset ruumiilliset tarpeet, kuten ravinnon ja unen tarve, rytmittävät arkea, eturauhassyöpä muutti päivän kulkua virtsaamisen osalta uudella tavalla, ja tämä vaati miehiltä totuttelua. Virtsaamisvälien suunnittelun myötä miehet tulivat uudella tavalla tietoisiksi ajasta, jota jäsensi uusi tekijä arjessa, kuten Olli (75 v.) totesi: *”...ku se hätä tuli ni se täyty kohta välittömästi päästä.”*

Haastateltavat eivät kuvanneet virtsatieoireita samassa määrin haittaavina enää siinä vaiheessa, kun uusi rytmi oli saatu sujuvaksi. Uuteen arjen rytmittymiseen liittyi myös se, että vessakäynneille piti varata aiempaa enemmän aikaa, kuten Olli kuvailee: *”Vessassa menee kauemmin aikaa, että se ei tuu sieltä, että se täytyy ajan kanssa olla. Muuten [virtsaaminen] on ihan hyvä.”*

Suuri ajallinen muutos virtsatieoireita kokevan miehen arjessa oli yöajan ja unen uudelleen rytmittyminen, minkä myös Maguire ym. (2019) totesivat tutkimuksessaan. Haastateltavat kertoivat, kuinka virtsatieoireet määrittelevät unen määrää, laatua ja yhtäjaksoisuutta. Virtsatieoireiden pitkittyessä yörytmi kuitenkin vakiintui, jolloin heräilyt tapahtuivat samoihin aikoihin ja yhtä monta kertaa. Osa haastateltavista koki, että rytmin vakiintuminen oli auttanut tottumaan heräilyihin, mutta osa taas koki jatkuvien heräilyjen haittaavan edelleen päivittäistä jaksamista.

”Kyllä pissaamista tolleen yölläkin joutuu kolmekin kertaa käymään, että on yövirtsaamista mut se on ehkä monesti se tulee varmaan tosta totuttu tapakin kun herää että käy.” (Tapio 78 v.)

Virtsatieoireisiin sopeutuneiden miesten kuvauksille vaivastaan oli tyypillistä se, että he liittivät vaivat ikääntymiseen ja pitivät virtsatieoireita luonnollisena ja väistämättömänä osana vanhan miehen elämää (ks. myös Lahti & Ojala 2022). Heidän mukaansa virtsatieoireet olisivat ilmenneet joka tapauksessa ajan myötä, vaikka eturauhassyöpää ja sen hoitoja ei olisi ollutkaan, kuten Ari (62 v.) päätelee: *”Kun se kumminkin, no kai se iän myötä tulee, että saa rampata useemmin vessassa.”*

Haastateltavat kuvasivat realistisesti tämänhetkisen osin vaikeankin oiretilanteensa, mutta tulevaisuuteen suhtauduttiin toiveikkaasti ajatellen, että oireet saattavat vielä helpottaa. Kuten Ari toteaa: *”...mä odottelen aikoja parempia [naurahtaa].”* Yhtäältä toiveikkuus siitä, että ajan myötä oireet saattavat helpottaa ja toisaalta ajan pilkkominen pienempiin osiin (vaikea tämä hetki vs. parempi tulevaisuus) auttoivat pärjäämään virtsatieoireiden kanssa.

Ajallisella ulottuvuudella oli suuri merkitys virtsatieoireisiin sopeutumisessa arjessa. Erityisesti uusien virtsaamisrytmien haltuunottaminen oli avainasemassa siinä, että arkea pystyttiin palauttamaan rutinoituneeksi. Uusien rytmien myötä miehet tulivat aiempaa tietoisemmiksi ajasta mutta myös virtsaamisen paikoista. Hyvä ajanhallintakaan ei aina auttanut, mikäli ympäristössä ei ollut mahdollisuutta päästä vessaan.

Tilallisuus: vessojen kartografia

Arki voidaan paikantaa tiettyyn paikkaan, kuten kotiin, kaduille tai sosiaalisiin tapahtumiin (Felski 2000). Eturauhassyöpään sairastuminen toi miesten arkeen uusia haasteita, jotka liittyivät erilaisiin paikkoihin, joissa he päivittäin toimivat. Pääosin tilallisuuden muutokset liittyivät siihen, että miehille saattoi tulla virtsaamistarve yllättäen ja siksi vessan sijainnin täytyi olla tiedossa etukäteen.

Virtsatieoireiden ilmaantuminen saattoi edellyttää eturauhassyöpäpotilailta vaipponen käyttöä. Vaipan vaihdolle piti löytyä turvalliselta tuntuva tila. Turvallisina paikkoina haastateltavat kuvasivat tutut paikat, kuten

kodin ja sairaalan, joissa miehet olivat tietoisia vessojen sijainnista ja joissa esimerkiksi tiheä vessassa käynti ei herättänyt erityistä huomiota. Vaikeasti hallittavat paikat kuvattiin tyypillisesti ilmauksin ”kaupungilla”, ”reissussa” tai ”ihmisten ilmoilla”. Tällöin piti kartoittaa ennakkoon paikat, joissa pääsi turvallisesti ja nopeasti vessaan sekä vaihtamaan vaipan. Kuten Ari asiasta toteaa: *”Kun kaupungillakin meni, niin sai mieltiä että missä on seuraava vessa kun kohta sai juosta sinne.”* Toisaalta kaikki eivät halunneet kartoittaa vessojen sijaintia ja ottaa siten julkisia paikkoja uudelleen haltuun vaan välttelivät näitä vaikeasti hallittavia paikkoja, kuten 57-vuotias Jari: *”...rajottaa liikkumista ja menemistä ja elämistä aika tavalla, että... kaikki täytyy suunnitella vessakäyntien suhteen, että missähän mä seuraavaksi pääsen vessaan ja... jos pääsen, jos kerkiän päästä... kyllä mä koitin pääsääntöisesti välttää liikkumista ihmisten ilmoilla, kun ei koskaan tiennyt koska iskee hätä...”*

Jarin tavoin haastateltavat puhuivat julkisista paikoista metaforisin ilmauksin, kuten ”ihmisten ilmoilla” tai ”pusikossa”. Ihmisten ilmoilla -ilmaus viittasi luultavasti paikkana mihin tahansa paikkaan, jossa toiset ihmiset olisivat voineet havaita virtsatieongelmat. Tällöin vaivoista olisi tullut julkisia, toisten ihmisten havaittavia, ja siten häpeää aiheuttavia. Ari kertoo tuttavansa puolesta seuraavaa: *”Mulla on yks tuttukin, niin se kun se käy kävelyllä, niin se näytti että on vaippa mukana kun näitä menee neljää-viittä, kun joutuu välillä tossa pusikossa oikeen vaihtaa vaippaa.”* Pusikko-ilmaisulla Ari viitanee salamyhkäiseen alueeseen, jossa vaipan voi vaihtaa turvallisesti muilta huomaamatta tai tarvittaessa myös tyydyttää äkillisen virtsaamistarpeen. Toisaalta pusikkoon liittyy potentiaalisesti ”housut kintuissa” yllätetyksi tulemisen elementti, mikä aiheuttaisi paitsi häpeää myös pahimmassa tapauksessa epäilyksen itsensä paljastamisesta.

Tilallisuuden ulottuvuuden merkitys miesten arkielämässä keskittyi vaikeasti hallittavissa paikoissa pärjäämiseen virtsatieoireista huolimatta. Miehet kuvasivat selviytymiskeinoina suunnitelmallisuutta, tilojen kartoitusta ja tietoisuutta vessojen sijainnista.

Vessojen kartografia edellytti työtä, aikaa ja vaivaa eikä se silti aina poistanut turvattomuuden tunteita tai kokemusta virtsatieoireista arkea rajoittavana tekijänä.

Modaalisuus: apuvälineet ja uudet virtsaamisen tavat

Modaalisuuden ulottuvuus liittyy asenteesiin, tapoihin, rutiineihin ja toimintaan, joita ihmiset suorittavat arjessaan osittain tiedostamattaan (Felski 2000). Haastateltavat omaksuivat uusien virtsaamis- ja vessarutiinien lisäksi myös uusia kuntoutusrutiineja, kuten lantionpohjalihashamppua, terveydenhuollon kuntoutusohjeiden mukaisesti. Lisäksi haastateltavat saattoivat turvautua lääketieteelliseen hoitoon, kuten virtsatieongelmia helpottavaan korjausleikkaukseen tai säännölliseen lääkitykseen. Esimerkiksi 75-vuotias Kalle aloitti lääkityksen virtsatieoireisiin: *”Sen ratkasi se, ettei mun tartte sit mitään vaippoja ruveta käyttään, sen hän [lääkäri] toi selvästi, että siin on semmonen juttu että se menee lääkityksellä.”*

Pärjätäkseen virtsaoireiden kanssa monet haastateltavat olivat alkaneet kontrolloida juomistaan, jotta vessassa ei tarvitsisi käydä niin usein, kuten Jari toteaa: *”...ihan tietoisesti koitan olla juomatta”.* Miehet myös kertoivat, että lähtiessään pois kotoa tai löytäessään vessan julkisella paikalla he pyrkivät käymään ikään kuin varastoon vessassa, jos heillä ei ollut varmuutta seuraavasta mahdollisuudesta päästä vessaan. Juho (71 v.) kuvaa asiaa seuraavasti: *”...jos oon teatterissa tai muissa nii varmasti oon käyny vessassa sitä ennen. Ja jos on tauko, niin käyn vessassa. Elikkä siis se ei oo radikaalisti siinä asiassa muuttanu sitä, että mä oon sen kans oppinu pärjäämään.”*

Virtsaamisasennon vaihtamisen oli myös todettu auttaneen virtsatieoireiden hallinnassa. Aiemmin miehet olivat tottuneet virtsaamaan seisten, mutta virtsatieongelmien kanssa pärjäsi paremmin, jos virtsasi istuen. Myös virtsatieoireiden osittainen helpottuminen auttoi selviytymään oireiden kanssa paremmin, vaikka asia ei olisikaan täysin korjaantunut. Esimerkiksi siirtyminen isommista vaipoista pienempiin vaippoihin

vaikutti siihen, ettei oireiden koettu haittaavan arkea enää niin paljon. Vaippon käyttööön liittyen miehet kehittivät myös omanlaisiaan toimintatapoja niin, että vaiipan vaihdon sai suoritettua mahdollisimman huomaamattomasti. Toimiviksi todetut vaipanvaihtotavat loivat uskoa ja luottamusta pärjäämiseen, kuten Ari kuvaa:

”Mä meen kuntosalillekin niin mä otan sen paketin auki valmiiks ja laitan sen pussiin ja vaihtoalkkarit sinne. Ja sitten kun mä vaihdan, niin ei mun tarvii kun se paperi pistää pois. Mä saan sen aika nopeesti tehtyä, kun sen kuitenkin haluaa tehdä huomaamattomasti. Että siinä mielessä ei mulla oo vakavia ongelmia sen kanssa...”

Suuri muutos verrattuna aikaan ennen virtsatieoireita oli mahdollinen katetroinnin tarve. Omaehtoinen virtsaaminen ei siis sujunut kaikilta haastatelluilta miehiltä lainkaan. Sekä vaippon käyttöä että mahdollista katetroinnin tarvetta kuvattiin kuitenkin haastatteluissa melko myönteisesti. Osa kertoi positiiviseen sävyyn, kuinka he välttivät katetroimisen ansiosta virtsankarkailuongelmat. Vaippoja käyttävät haastateltavat puolestaan kertoivat, että vaippon ansiosta he välttyivät virtsankarkailun aiheuttamalta ylimääräiseltä pyykinpesulta.

Modaalisuuden ulottuvuuden merkitys virtsatieoireiden kanssa pärjäämisessä painottui monenlaisiin joko uusien tapojen haltuunottoon tai aiempien tapojen muuttamiseen. Uusien tapojen omaksumisessa olennaista oli se, kuinka niihin itse suhtautui. Tietoinen ja itse valittu myönteinen suhtautuminen ja asenteen muuttaminen auttoi pärjäämään virtsatieoireiden ja uusien tapojen kanssa paremmin. Osa miehistä oli tehnyt tietoisien päätöksen pärjätä, kuten Juho: *”Mä oon lähteny siitä, että mä tällä pärjään.”*

Sosiaalinen elämä: virtsatieoireet sosiaalisissa suhteissa

Felskin (2000) hahmottelemien arjen ulottuvuuksien lisäksi aineistostamme on löydet-

tävissä neljäs ulottuvuus, joka kietoutuu felskiläisiin arjen ulottuvuuksiin, mutta on kuitenkin selvästi myös oma erillinen ulottuvuutensa. Kyse oli siitä, miten virtsatieoireet vaikuttivat ihmisten väliseen kanssakäymiseen arjessa. Osa miehistä halusi jatkaa sosiaalista elämäänsä niin, etteivät muut tietäisi virtsatieoireista, kuten Olli asiaa kuvaa: *”Kun sitä, muistellaan sitä nuoruutta, niin ei sitä haluttas tunnustaa että nyt saattaa vähän falskata ja sitten se homma ei käy, ja kaikkea tämmöstä. Ni eihän sitä tunnusteta, että yritetään olla loppuun asti rinta rottin-gilla vaan.”*

Jotkut kertoivat eturauhassyövästään ja sen hoitojen aiheuttamista oireista vain muutamalle tarkoin valitulle henkilölle, kuten Ari: *”Kaverilla on velipoika, joka sairastaa kans eturauhassyöpää, mut se kans sano, että ei se puhu siitä koskaan mitään. Sen kans mä oon sitte voinu puhua, myös velipojan kanssa puhutaan paljon noista asioista ja tän kaverin kanssa.”*

Ajan myötä haastateltavat kuitenkin huomasivat, että avoin keskustelu helpottaa oireiden kanssa pärjäämistä. Myös Olli oli alkanut puhua oireistaan: *”...kyllä se on ihan muuttunu. Vallanki kun saman ikäset tulee, niin kyllä siinä melkeen keskustellaan.”* Vertaisten ja oman ikäisten kanssa keskustelu koettiin helpottavana asiana, sillä se synnytti kokemuksen virtsatieoireiden tavallisuudesta. Vertailu muihin miehiin, joilla oli samoja tai jopa pahempia oireita, sai oman tilanteen tuntumaan helpommalta. Tietoisuus siitä, että asiat voisivat olla huonomminkin helpotti virtsatieoireisiin sopeutumista.

Varsinkin vielä työelämässä oleville miehille virtsatieoireista kertomisella oli erityinen merkitys, sillä se helpotti merkittävästi oireiden kanssa pärjäämistä työpäivän aikana, kuten 58-vuotias Tuomo kertoo: *”Mun pitää, no on pitäny jo pitemmän aikaa käydä aika useesti [vessassa], että... Siis vuosikausia, et sitä... töissäki jopa naureskellaan siitä.”* Avoimuus sosiaalisissa suhteissa lisää ihmisten tietoisuutta ja samalla miehillä on mahdollisuus kieltäytyä aiheeseen liittyvästä nolostelusta ja häpeästä. Myös asiasta vitsailu ja huumorin käyttö vuorovai-
kutustilanteissa näyttäytyivät miesten sel-

viytymiskeinona. Avoimuus sosiaalisissa suhteissa loi myös tilaa paremmalle sopeutumiselle arjen muilla ulottuvuuksilla. Esimerkiksi vaippaa ei tarvinnut vaihtaa salassa tai miesten ei tarvinnut häpeillä sitä, että vessassa piti käydä usein.

Pohdinta

Tutkimuksemme tuloksista käy ilmi, että virtsatieoireita kokevat eturauhassyöpähoidoissa olleet miehet pyrkivät tietoisesti ja aktiivisesti hallitsemaan arjen osa-alueita. Sopeutumista vaadittiin usein samaan aikaan eri osa-alueilla. Esimerkiksi tihentyneeseen virtsaamistarpeeseen sopeutuakseen miesten piti tottua siihen, että virtsaaminen rytmittää arkea uudella tavalla (ajallisuus), vessojen sijainnit tutuissa ja uusissa ympäristöissä tuli tietää, muistaa ja selvittää (tilallisuus) ja että menoja tuli suunnitella vessojen sijaintien perusteella, käydä vessassa ”varastoon” tai vähentää juomista (modaalisuus). Näihin muutoksiin sopeutuminen saattoi vaatia sosiaalista avoimuutta, joka puolestaan vähensi virtsatieoireista aiheutuvaa häpeää (sosiaalisuus).

Pärjätäkseen virtsatieoireiden kanssa miesten täytyi luoda arjelle osittain uusi perusta. Samalla heidän tuli rakentaa myös omaa toimijuuttaan uudelleen: ottaa haltuun vessojen sijaintia ja vaippojen vaihtamiseen liittyviä kikkoja sekä uskaltaa kertoa virtsatieongelmista muille. Kun uusista toimintamalleista tuli totuttuja tapoja ja uudenlainen toimijuus oli alkanut rakentua, virtsatieoireet ja eturauhassyöpä näyttäytyivät hallittavampina asioina miesten elämässä, mikä vähensi niiden koettuja haittoja myös arjessa. Kuten rinta- ja eturauhassyöpää sairastavien arkea tutkinut Holmberg (2020) toteaa, tasapainoinen toimijuus edellyttää mahdollisuutta tehdä itsenäisiä, vapaita ja merkityksellisiä valintoja päivittäisissä toiminnoissa.

Haastateltavien kuvaukset sopeutumisesta virtsatieoireista johtuviin arjen muutoksiin seurailivat Kortteisen (1982) esittelemää pärjäämisen eetoksen kulttuurista ajattelutapaa. Siinä keskeinen miehen määre on tulla toimeen ongelmien kanssa ja siten pärjätä. Tutkimuksemme tulokset mukailevat myös

Kortteisen kuvausta siitä, että vanhempien miesten hyvinvointikokemus rakentuu pitkälti vertailulle. Näkemys siitä, että toisilla menee vielä huonommin kuin itsellä, sai oman tilanteen tuntumaan siedettävältä tai jopa hyvältä. Haastateltavat eivät kuitenkaan automaattisesti sopeutuneet tilanteeseen, vaan tarvittiin uudenlaisten toimintatapojen haltuunottoa ja toimijuuden uudelleen rakentamista. Näin ollen tutkimuksemme osoittaa, että kortteislainen miehinen pärjääminen edellyttää aktiivista toimintaa ja pärjäämisen haluamista.

Tutkimuksemme virtsatieoireiden vaikutusta arkeen ja niiden kanssa pärjäämistä kysyttiin eturauhassyöpähoidossa olleilta miehiltä haastatteluin. Aiemmin on todettu, että tutkimustapa saattaa vaikuttaa potilaiden arvioon virtsatieoireiden elämänlaatuvaikutuksista. On havaittu, että vaikka sivuvaikutukset koetaan ongelmalliseksi, niiden ei välttämättä koeta olevan yhteydessä terveyteen elämänlaatumittauksissa. Elämänlaatu voi siis mittauksissa näyttää hyvältä, vaikka haittaavia sivuvaikutuksia olisi paljonkin. (Korfage ym. 2006, Donohoe 2011.)

Tutkimuksemme kaltaiset haastattelututkimukset ovat tärkeä osa elämänlaadun tutkimuskenttää, sillä oireperustaiset elämänlaatumittarit eivät aina tuo tarpeeksi hyvin esiin ongelmien vaikutusta potilaiden arkeen. Arjen koettuun elämänlaatuun vaikuttavat tekijät saattavat tällöin jäädä huomiotta. Hoidettavissa tai kuntoutettavissa olevat, elämänlaatuun negatiivisesti vaikuttavat tekijät vaikuttavat usein myös yhteiskunnan kustannuksiin. Hoitamattomista virtsatieoireista syntyy merkittäviä kustannuksia muun muassa ”vaippatalouden” näkökulmasta (Rajala-Vaittinen 2022). Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa puolestaan selvisi, että eturauhassyöpähoitojen jälkeiseen virtsankarkailuun annettava informatiivinen, psykososiaalinen ja kuntouttava lisätuki ovat yhteiskunnan näkökulmasta taloudellisesti kannattavia (Zhang & Fu 2016).

Johtopäätökset

Tutkimuksemme mukaan virtsatieoireista kärsivät eturauhassyöpäpotilaat saattavat

joutua rajoittamaan menojaan ja tekemisiään oireiden vuoksi, jolloin heidän toimintaympäristönsä pienenee. Tämä voi johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, mikä voi tarkoittaa lisääntyntä tuen ja kuntoutuksen tarvetta erityisesti ikääntyneillä ja edelleen kustannuksia yhteiskunnalle.

Virtsatieoireet voivat johtaa sekä fyysisen että psyykkisen terveyden heikkenemiseen (Ratcliff ym. 2013). Nykyisin eturauhassyöpäpotilaille ei kuitenkaan ole automaattisesti tarjolla virtsatieoireiden kuntouttavia toimenpiteitä. Kuntoutusta saa, jos sitä osaa pyytää tai jos hoitohenkilöstö arvioi oireet tarpeeksi haittaaviksi. Kuntoutukseen hakeutumisen osalta on kuitenkin otettava huomioon se, että nykyiset eturauhassyöpäpotilaat edustavat miessukupolvia, jotka eivät kovin helposti hakeudu avun piiriin. Kuten tutkimuksemme osoittaa, miehet ovat myös taitavia sopeutumaan vaikeisiin oireisiin. Lisäksi syöpähoitojen päätyttyä kontaktit erikoissairaanhoidon harvenevat. Kuntouttavaa tukea tulee tarjota eturauhassyöpäpotilaille nykyistä aktiivisemmin ja rutiininomaisesti osana hoitoa.

Tulostemme pohjalta eturauhassyöpäpotilaiden virtsatieoireiden kuntoutuksessa korostuu erityisesti tarvittavien tukitoimien tunnistaminen terveydenhuollossa sairauden eri vaiheissa. Esimerkiksi vaippojen valintaan ja käyttöön annettu tuki ehkäisee ohivuotoja, epämukavia tilanteita sekä sitä, että virtsatieoireista kärsivän täytyisi karsia elämästään sosiaalisia tilanteita, jotka ovat olleet hänelle aiemmin tärkeitä. Tällöin korostuu hoitotarvikejakelun hyödyntäminen osana kuntoutusta. Lisäksi yksilöllisesti ohjatut lantionpohjaa kuntouttavat toimet on tärkeää sitoa osaksi eturauhassyövän hoitoprosessia. Näin vaikeat virtsatieoireet on mahdollista saada hallintaan ennen niiden kroonistumista. Aiemmin interventiotutkimuksessa on todettu, että melko vähäinenkin psykososiaalinen tuki vähensi sivuvaikutuksia ja paransi elämänlaatua virtsatieoireista kärsivillä eturauhassyöpäpotilailla (Mirza ym. 2011). Tutkimuksemme tulokset vahvistavat tätä havaintoa, sillä kuntouttavana toimintana käytettävällä psykososiaalisella tuella on mahdollista ehkäistä muun muassa

elämänpiirin kaventumista ja häpeän muodostumista sekä edistää sopeutumista. Lisäksi vertaistuen piiriin ohjaaminen on hyödyllistä virtsatieoireiden kuntoutuksessa.

Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tässä artikkelissa käyttämämme haastatteluaineisto on laadullisen tutkimuksen mitapuulla määrällisesti runsas. Aineistossa on paljon virtsatieoireisiin ja niiden kanssa elämiseen liittyvää puhetta, vaikka kyseinen teema oli vain osa laajempaa eturauhassyöpään, sen hoitoihin ja hoitojen sivuvaikutuksiin sekä elämänlaatuun liittyvää haastattelua. Haastateltavat edustivat lisäksi eri ikäryhmiä ja erilaisia eturauhassyöpähoitoja saaneita.

Tutkimukseen osallistuneiden syöpädiagnoosista oli kulunut haastatteluhetkellä yhdestä kolmeen vuotta, joten he olivat virtsatieoireisiin sopeutumisen näkökulmasta eri tilanteissa. Tätä voi näkökulman mukaan pitää tutkimuksen rajoitteena tai vahvuutena. Aiempien tutkimusten (mm. Litwin ym. 2000, Waller & Pattison 2013) perusteella olennaista virtsatieoireisiin sopeutumisessa on osoitettu olevan ajan kuluminen, joten sellaisten miesten haastatteleminen, jotka ovat opetelleet pärjäämään oireiden kanssa vielä pidempään, olisi kenties voinut tarjota lisätietoa ajallisuuden ja pärjäämisen kytköksiin. Toisaalta ajan kuluessa erityisesti sopeutumisprosessin alkupään tilannetta ei aina muisteta enää kirkkaasti. Siten heterogeeninen haastateltavien joukko mahdollisti tiedon saamisen virtsatieoireisiin sopeutumisen prosessin eri vaiheista.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytettiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä: uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007). Kaikki kirjoittajat osallistuivat analyysiprosessiin, ja abduktiivisen luonteensa vuoksi analyysi toteutettiin likeisessä suhteessa teoriaan ja aiempaan tutkimukseen, mikä lisäsi niin tutkimuksen uskottavuutta, vahvistettavuutta kuin refleksiivisyyttä. Olemme lisäksi pyrkineet kuvaamaan analyysiprosessin mahdollisimman

tarkasti liittämällä mukaan analyysiprosessia koskevan temaattisen kartan (taulukko 1, ks. liite), tuomalla tulosten yhteyteen haastatteluluotteita sekä avaamalla haastatteluluotteista tehtyjä tulkintoja tekstissä siinä mittakaavassa kuin se artikkelimitassa on mahdollista tehdä. Nämä seikat on esitetty tutkimuksen vahvistettavuuden lisäämiseksi (Korstjens & Moser 2018) ja refleksiivisyyden osoittamiseksi (Amankwaa 2016). Lisäksi edellä mainittujen seikkojen pohjalta lukijalle avautuu mahdollisuus arvioida tehtyjen tulkintojen uskottavuutta (Kylmä & Juvakka 2007) ja päättää löydösten siirrettävyydestä (Cope 2014) muihin asyayhteyksiin, kuten esimerkiksi jonkin muun sairauden oireena tai hoidon sivuvaikutuksena syntyneiden virtsatieoireista kärsivien arjen ymmärtämiseen.

Tulosten merkitys: Virtsatieoireista kärsivien eturauhassyöpähoidoissa olleiden miesten arjen haasteet olisi tunnistettava terveydenhuollossa nykyistä paremmin ja tarjottava lääketieteellisen hoidon lisäksi tiedollista, välineellistä ja kuntouttavaa tukea virtsatieoireiden kanssa selviämiseen. Erityisesti yksilöllisesti ohjatut lantionpohjaa kuntouttavat toimet olisi tärkeää sitoa nykyistä tiukemmin osaksi eturauhassyövän hoitoprosessia. Myös vaippojen valintaan ja käyttöön annettu tuki sekä hoitotarvikejakelun hyödyntäminen osana kuntoutusta voi tehdä virtsatieoireista kärsivän arjen helpommaksi. Lisäksi psykososiaalisen tuen tai vertaistuen piiriin ohjaaminen voi olla hyödyllistä virtsatieoireisiin sopeuduttaessa.

Tiivistelmä

Tutkimuksen lähtökohdat: Eturauhassyöpä ja sen aktiivihoidot aiheuttavat usein pitkäaikaisia tai pysyviä virtsatieoireita, kuten virtsankarkailua, tihtynyttä virtsaamistarvetta ja ärsytysoireita. Oireet saattavat jatkua, vaikka syöpä olisi-kin jo parantunut. Virtsatieoireet heikentävät elämänlaatua merkittävästi ja niihin

liittyy usein potilailla häpeää. Tutkimme tässä artikkelissa eturauhassyöpähoidoissa olleiden kokemuksia virtsatieoireiden kanssa elämisestä ja niihin sopeutumisesta arjessa. Tavoitteenamme on lisätä ymmärrystä virtsatieoireiden kanssa elämisestä, jotta elämänlaatuvaikutukset voitaisiin huomioida aiempaa paremmin osana eturauhassyöpöpotilaan kuntoutusta.

Aineisto ja menetelmät: Aineisto koostui 31 eturauhassyöpähoidoissa olleen miehen yksilöhaastattelusta, jotka analysoitiin teema-analyysin avulla.

Tulokset: Tutkimukseen osallistuvat olivat joutuneet tekemään monenlaisia muutoksia arkielämän käytännöissään saadakseen jokapäiväisen elämänsä sujumaan virtsatieoireista huolimatta. Muutokset liittyivät muuttuviin virtsaamisen rytmeihin, vessojen sijaintien kartoittamiseen, apuvälineiden ja uusien virtsaamisen tapojen haltuunottoon sekä sosiaalisten tilanteiden hallintaan.

Päätelmät: Eturauhassyöpää sairastaneiden subjektiiviset kokemukset virtsatieoireiden haittaavuudesta osana arkea tuovat oireperustaisten elämänlaatumittarien tuottaman tiedon ohelle tärkeää lisätietoa syöpähoitojen ja elämänlaadun suhteesta. Huomion kiinnittäminen virtsatieoireisten arkeen auttaa paikantamaan asioita, joihin kuntoutusta ja tukea tarjoamalla on mahdollista parantaa virtsatieoireiden arjen sujumista ja siten koettua elämänlaatua.

Avainsanat: eturauhassyöpä, virtsatieoireet, arki, sopeutuminen, elämänlaatu

Abstract

Urinary leakage, everyday life, and quality of life. An Interview study on the adaptation to urinary tract dysfunctions after prostate cancer treatment.

Background: Prostate cancer and its active treatments often cause long-term or permanent urinary tract dysfunctions,

such as urinary leakage, increased urinary frequency and irritation symptoms. Urinary tract dysfunctions may persist to bother the patient, even if the cancer has already healed. Urinary tract dysfunction significantly impairs the quality of life, and it is often associated with shame. In this study, we examine the experiences of men undergone prostate cancer treatments in living with and adapting to urinary tract dysfunctions in everyday life. Our aim is to increase understanding of living with urinary tract dysfunctions. So that effects of quality of life could be taken into account better than before as part of the rehabilitation of prostate cancer patients.

Data and Methods: The data consisted of individual interviews of 31 men who had undergone prostate cancer treatments. The interviews were analyzed using thematic analysis.

Results: The interviewees had changed their everyday practices in many ways to make their daily lives run smoothly despite urinary tract dysfunctions. These changes were related to new frequencies of urination, need to locate toilets beforehand, learning how to use urinating aid and urinate differently, and managing social relations and public life.

Conclusions: Research on subjective experiences of men who have undergone prostate cancer treatments and suffer urinary tract dysfunctions offers important complementary knowledge on the relationship between cancer treatments and quality of life, which symptom-based measures of quality of life rarely reach. By analyzing urinary tract dysfunctions in various contexts of everyday life makes it possible to recognize issues that could be improved by rehabilitation and support and, therefore, enhance men's lives with urinary tract dysfunctions and their experienced quality of life.

Keywords: prostate cancer, urinary tract dysfunctions, everyday life, adaptation, quality of life

Laura Lahti, TtM, väitöskirjatutkija (terveystieteet), yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

Hanna Ojala, KT, dos., yliopistonlehtori, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

Ilkka Pietilä, FT, dos., apulaisprofessori, valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto

Lähteet

- Amankwaa L (2016) Creating protocols for trustworthiness in qualitative research. *J Cult Divers* 23, 3, 121–7.
- Aynaci G (2020) Women with Hidden Urinary Incontinence Waiting to Be Discovered: A Snapshot From a Developing Country. *J Basic Clin Health Sci* 4,1, 7–14. <https://doi.org/10.30621/jbachs.2019.756>
- Baumann FT, Zopf EM, Bloch W (2012) Clinical exercise interventions in prostate cancer patients—a systematic review of randomized controlled trials. *Support Care Cancer* 20, 2, 221–33. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1271-0>
- Braun V, Clarke V (2021) Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Couns Psychother Res* 21, 1, 37–47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Cope D (2014) Methods and meanings. Credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncol Nurs Forum* 41, 1, 89–91. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.89-91>
- Donohoe JE (2011) To what extent can response shift theory explain the variation in prostate cancer patients' reactions to treatment side-effects? A review. *Qual Life Res* 20, 2, 161–7. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9745-y>
- Elstad EA, Taubenberger SP, Botelho EM ym. (2010) Beyond incontinence: The stigma of other urinary symptoms. *J Adv Nurs* 66,11, 2460–70. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05422.x>
- Eturauhassyöpä: Käypä hoito -suositus (2023) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Urologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Luettu 3.5.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi11060>
- Felski R (2000) *Doing time feminist theory and post-modern culture*. New York University Press, New York.
- Ferrão L, Bettinelli LA, Portella MR (2017) Men's experience with prostate cancer. *J Nurs UFPE on line* 11, 10, 4157–64. <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM>
- Hanly N, Mireskandari S, Juraskova I (2014) The struggle towards 'the New Normal': a qualitative insight into psychosexual adjustment to prostate cancer. *BMC Urology* 14, 1, 56. <https://doi.org/10.1186/1471-2490-14-56>

- Hirsjärvi S, Hurme H (2008) Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki.
- Holmberg S (2014) "Eräänlainen vedenjakaja elämässäni": Arjen muuttuva rytmi rintasyöpään sairastuneiden naisten elämässä. Teoksessa A Metteri, H Valokivi, S Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalisuus. PS-kustannus, Jyväskylä, 207–241.
- Holmberg S (2020) Arki ei pysähdy: Tutkimus elämästä rinta- ja eturauhassyövän kanssa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Honkasalo M-L (2008) Reikä sydämessä: Sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa. Vastapaino, Tampere.
- Hoogsteyns M, van der Horst H (2015) How to live with a taboo instead of 'breaking it'. Alternative empowerment strategies of people with incontinence. *Health Sociol Rev* 24, 1, 38–47. <https://doi.org/10.1080/14461242.2014.999401>
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen Suomessa (2012) Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 18.8.2022. <http://www.tenk.fi/fi/ohjeetjulkaisut>
- Jokinen E (2005) Aikuisten arki. Gaudeamus, Helsinki.
- Korfage IJ, Hak T, de Koning HJ ym. (2006) Patients' perceptions of the side-effects of prostate cancer treatment—A qualitative interview study. *Soc Sci Med* 63, 4, 911–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.027>
- Korstjens I, Moser A (2018) Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract* 24, 1, 120–4. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Kortteinen M (1982) Lähiö: tutkimus elämäntapojen muutoksesta. Otava, Helsinki.
- Koski L (2020) Teksteistä teemoiksi. Teoksessa A Puusa, P Juuti, I Aaltio (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus, Helsinki, 157–72.
- Kylmä J, Juvakka T (2007) Laadullinen terveys-tutkimus. Edita, Helsinki.
- Lahti L, Ojala H (2022) "Se nyt kuuluu tähän ikään". Eturauhassyöpöpotilaiden tulkintoja ikääntymisestä osana syövän sairastamista. *Gerontologia* 36, 4, 362–74. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.113083>
- Lehto U-S, Tenhola H, Taari K ym. (2013) Eturauhassyövän hoitojen haitat ja potilaiden tyytyväisyys. *Lääkärilehti* 68, 46, 2997–3005.
- Lennie KH, Clancy B, Westbury J, Okamoto I, Murphy C, Fader M (2020) Urinary incontinence post radical prostatectomy: what men need to know. *J Community Nurs* 34, 6, 52–7.
- Litwin MS, Pasta DJ, Yu J, Stoddard ML, Flinders SC (2000) Urinary function and bother after radical prostatectomy or radiation for prostate cancer: A longitudinal, multivariate quality of life analysis from cancer of the prostate strategic urologic research endeavor. *J Urol* 164, 6, 1973–7.
- Maguire M, Delahunt B (2017) Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *AISHE-J* 9, 3.
- Maguire R, Drummond FJ, Hanly P, Gavin A, Sharp L (2019) Problems sleeping with prostate cancer: exploring possible risk factors for sleep disturbance in a population-based sample of survivors. *Support Care Cancer* 27, 9, 3365–73. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4633-z>
- Mirza M, Griebing TL, Kazer MW (2011) Erectile dysfunction and urinary incontinence after prostate cancer treatment. *Semin Oncol Nurs* 27, 4, 278–89. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2011.07.006>
- Pietilä I, Jurva R, Ojala H ym. (2018) Seeking certainty through narrative closure: men's stories of prostate cancer treatments in a state of liminality. *Sociol Health Illn* 40, 4, 639–53. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12671>
- Pitkäniemi J, Malila N, Tanskanen T ym. (toim.) (2021) Syöpä 2019. Tilastoraportti Suomen syöpätalanteesta. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja 96, Helsinki.
- Rajala-Vaittinen A (2022) Synnyttelinten poliittinen talous: Biologisen uusintamisen kustannuksista poliittisen talouden vaginaalisilla rajapinnoilla. Poliittinen talous 10, 1. <https://doi.org/10.51810/pt.111990>
- Ratcliff CG, Cohen L, Pettaway CA, Parker PA (2013) Treatment regret and quality of life following radical prostatectomy. *Support Care Cancer* 21, 12, 3337–43. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1906-4>
- Saarelmä O (2022) Eturauhassyöpä. *Duodecim*. Luettu 12.5.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00210>
- Salander P (2016) Everyday life as a bridge over troubled water. *Psycho-Oncol* 25, 3, 347–8. <https://doi.org/10.1002/pon.3905>
- Thompson J (2022) A guide to abductive thematic analysis. *Qual Rep* 27, 5, 1410–21. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5340>
- Tuomi J, Sarajärvi A (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Tammi, Helsinki.
- Waller J, Pattison N (2013) Men's experiences of re-gaining urinary continence following robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) for localised prostate cancer: a qualitative phenomenological study. *J Clin Nurs* 22, 368–78. <https://doi.org/10.1111/jocn.12082>
- Zhang AY, Fu AZ (2016) Cost-effectiveness of a behavioral intervention for persistent urinary incontinence in prostate cancer patients. *Psycho-Oncol* 25, 421–427. <https://doi.org/10.1002/pon.3849>

Liite: Taulukko 1. Temaattinen kartta.

Virtsatieoireiden kanssa pärjääminen arkisena tekemisinä ja kokemisena eturauhassyöpähoidoissa olleilla				
Teema	Ajallisuus	Tilallisuus	Modaalisuus	Sosiaalinen elämä
Alateema	<p>Uudet arjen rytmit ja suhde aikaan</p> <p>Yöaika: oireet määrittelevät unen määrää ja laatua</p> <p>Ikääntymisprosessi</p> <p>Erilaiset ajanjaksot</p> <p>Tulevaisuus</p>	<p>Tietoisuus vessojen sijainneista</p> <p>Turvalliset tilat</p> <p>Epämääräiset paikat</p>	<p>Ennakointi</p> <p>Kuntoutus</p> <p>Totutut tavat</p> <p>Toiminnan uudelleen suunnittelu</p> <p>Uudelleen suhtautuminen</p>	<p>Vuorovaikutus muiden kanssa</p> <p>Häpeä</p> <p>Muiden hyväksyntä</p> <p>Huumori</p> <p>Vertailu</p>
Koodi	<ul style="list-style-type: none"> – tihtyneet vessakäynnit – virtsantulossa kestää aiempaa kauemmin – yöllä pitää herätä usein vessaan, uni katkeaa – oireet tilapäisiä – oireet alkaneet ennen syöpää – hädän tullessa vessaan pitää päästä välittömästi – tietoisuus siitä kuinka kauan selviää ilman vessakäyntiä → auttaa suunnittelemaan tekemisiä – oireet johtuvat ikääntymisestä → helpompi hyväksyä – oireiden pitkittyessä yön rytmit vaikiintuneet – ajatellaan tulevaisuutta ja toivotaan oireiden helpottavan 	<ul style="list-style-type: none"> – vessassa täytyy viettää enemmän aikaa – vessapaikkojen kartoitus – tietoisuus vessojen sijainneista – turvallinen tila vaipan vaihdolle – virtsaaminen pakon edessä uudenlaisissa paikoissa (esim. "pusikko") – pakko päästä johonkin 	<ul style="list-style-type: none"> – lääkitys helpottaa oireita – vaippojen hakeminen – terveydenhuollon ohjeiden noudattaminen, esim. jump-pailut – vessassa joutuu käymään aiempaa enemmän – menojen suunnittelu etukäteen, täytyy tietää vessojen sijainnit – ajatus, että esim. yölliset vessakäynnit on totuttu tapa – varautuminen, täytyy käydä etukäteen vessassa, jos johonkin lähtee – vaipan vaihtoon varautuminen – katetrointi – katetri sekä vaikeutti (esim. lenkkeily) että helpotti elämää (esim. ei tarvitse pyykätä) – touhuilemalla muuta virtsaaoireet unohtuvat – virtsaamisasennon muuttaminen – tietoinen asennoituminen siihen, ettei koe oireita arkea rajoittavina – juomisen kontrollointi – korjausleikkaus – suhtautuminen: virtsatieoireet sivuseikka, jos syöpä on saatu hoidettua 	<ul style="list-style-type: none"> – vertailu muihin → oireiden tavallisuus – muilla asiat voi olla huonommin, jolloin omat oireet näyttävät helpompina – kieltäytyy nolostelusta tai häpeästä – avoimesti oireista puhuminen – sosiaalisten tilanteiden rajoitteet, ettei kukaan näe esim. vaippaa – virtsatieoireista vitsailu



SUOMALAISTEN SELKÄYDINVAMMAISTEN HENKILÖIDEN KOKEMUKSET SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA OVAT MYÖNTEISIÄ, FINSCI-TUTKIMUS

Johdanto

Suomessa selkäydinvammaisten henkilöiden hoito ja kuntoutus oli ennen vuoden 2011 terveydenhuoltolain uudistamista hajanais- ta (Koskinen ym. 2014). Suomessa toivottiin kansallista hoidon keskittämistä ja seurantaa (Dahlberg & Alaranta 2008) muun muassa oireiden monimuotoisuuden vuoksi (Alaranta & Ahoniemi 2007) sekä komplikaatioiden ja toimintakyvyn menetysten ehkäisemiseksi (Dahlberg ym. 2005). Terveydenhuoltolain asetuksen mukaisesti selkäydinvammapotilaiden akuuttivaiheen hoito, välitön kuntoutus sekä moniammatillinen hoito ja seuranta keskitettiin kolmeen sairaalaan, Helsingin yliopistolliseen sairaalaan (HUS), Tampereen yliopistolliseen sairaalaan (Tays) ja Oulun yliopistolliseen sairaalaan (OYS) (Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä 2011). Asetusta on sittemmin uudistettu ja yliopistolliset sairaanhoitopiirit sopivat hoidon keskittämisestä vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan (Valtioneuvoston asetus erikoisaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 2017).

Selkäydinvammojen ilmaantuvuus arviointiin 2000-luvulla vähäisemmäksi kuin niiden yleisyydestä nykyään tiedetään (Koski-

nen ym. 2017). Suomessa arvioidaan syntyvän vuosittain noin 200 uutta traumaattista (Koskinen ym. 2017, Johansson ym. 2021) ja noin 300 uutta sairauseräistä selkäydinvammaa (Koskinen ym. 2017). Selkäydinvammojen vallitsevuuden on aiemmin Suomessa arvioitu olevan noin 5000 (Ahoniemi & Valtonen 2015), mutta tuorempien ilmaantuvuuslukujen perusteella tämän oletetaan olevan huomattavasti suurempi (New ym. 2015, Noonan ym. 2012).

Suomessa on säädetty hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpidon ja edistämisen tapahtuvan tasavertaisesti ja asiakaslähtöisesti (Sosiaalihuoltolaki 2014, Terveydenhuoltolaki 2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tutkii väestön kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista (THL 2021). Meillä ei ole tutkittua tietoa suomalaisten selkäydinvammaisten henkilöiden kokemuksista sosiaali- ja terveyspalveluista vuoden 2011 rakenteellisen uudistuksen jälkeen. Ennen uudistusta Saikkonen ym. (2004) tutkivat traumaattisen selkäydinvamman saaneiden henkilöiden tilannetta Keski-Suomessa. Vastaajista yli puolet koki, ettei henkilökunnalla ollut tarpeeksi asiantuntemusta selkäydinvammaan liittyvistä haasteista (Saikkonen ym. 2004). Aikaisemmin ei ole tarkasteltu palvelukokemuksia henkilöillä, joilla on sairauseräinen

selkäydinvamma. Palveluiden kehittämiseksi tarvitsemme tietoa kohdennetuista asiakasryhmistä.

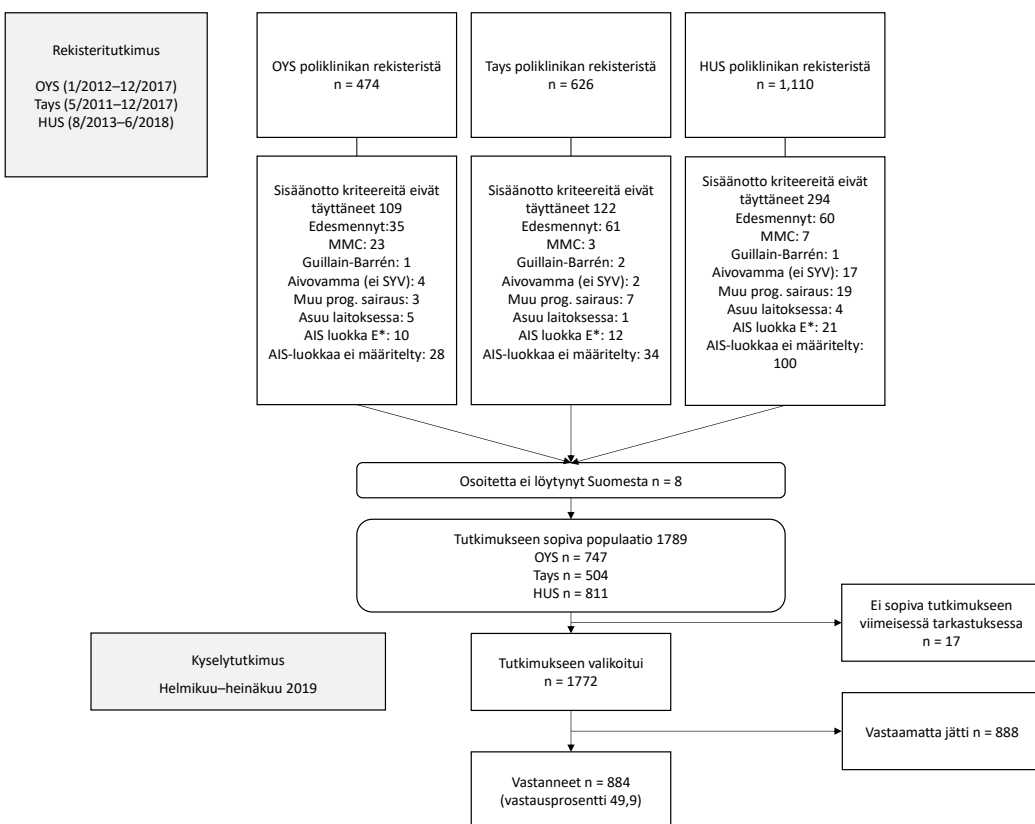
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia kokemuksia suomalaisilla selkäydinvammaisilla henkilöillä on sosiaali- ja terveystalvetaista. Hypoteesina oli, että vastaajien kokemukset vaihtelevat sukupuolen, iän, vammaluokan, vammatyypin, vammautumisesta kuluneen ajan, elämäntilanteen sekä asumismuodon osalta. Tutkimuksessa käytettiin kansallisen FinSCI (Finnish Spinal Cord Injury Study) -tutkimuksen kyselyaineistoa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkittavat

Tutkimushenkilöt valittiin HUS:n, Tays:n ja OYS:n selkäydinvammapoliklinikoiden

asiakkaista rekisteritietojen perusteella, rekistereistä poimittiin yli 16-vuotiaat, joiden tapaturmaisesta tai sairausperäisestä selkäydinvammasta oli kulunut yli kuusi kuukautta, vamman AIS-luokka A–D, sosiaaliturvatunnus, nimi, kotikunta, neurologinen vammataso sekä vammautumisaikakohta. Puuttuvia tietoja etsittiin myös muista sähköisistä potilasdokumenteista. Rekisteritietojen perusteella tutkimuksen sisäänottokriteerit täytti 1772 henkilöä. Heille lähetettiin kirje, joka sisälsi saateen, tiedotteen, suostumusasiakirjan, kyselylomakkeen ja vastauslähetyskuoren. Saatteessa ja tiedotteessa kerrottiin, että halutessaan vastaanottaja saa tietoa myös suullisesti ja annettiin neljän tutkimusryhmään kuuluvan henkilön yhteystiedot. Saatteessa oli linkki sähköiseen kyselyyn. Allekirjoittamalla suostumusasiakirjan henkilö vahvisti osallistumisensa tutkimukseen ja suostui vapaaehtoisesti



*AIS E motorinen ja sensorinen toiminta on normaali (Kirshblum ym. 2011).

Kuva 1. FinSCI (Finnish Spinal Cord Injury) -tutkimuksen kyselyyn osallistumisen valikoituminen (Tallqvist ym. 2019, Tallqvist ym. 2021).

Taulukko 1. Vastanneiden selkäydinvammaisten henkilöiden (n = 884) taustamuuttujien jakaumat FinSCI-tutkimuksessa.

		Vastanneet	
		<i>f</i>	(%)
Sukupuoli			
	nainen	307	(35)
	mies	577	(65)
Ikä, vuosia		min. 20, maks. 90, ka. 61, keskihajonta 14, mediaani 63, ala- ja yläkvartiili 53–71	
	20–30	34	(4)
	31–45	108	(12)
	46–60	238	(27)
	61–75	386	(44)
	≥76	118	(13)
Vamman vaikeusaste*			
	C1-C4 AIS A,B ja C	95	(11)
	C5-C8 AIS A,B ja C	55	(6)
	T1-S5 AIS A, B ja C	184	(21)
	AIS D luokka, kaikilla vammatasoilla	550	(62)
Etiologia			
	traumaperäinen	492	(56)
	sairausperäinen	392	(44)
Vammasta kulunut aika, vuosia		min. 1, maks. 67, ka. 11, keskihajonta 11, mediaani 7, ala- ja yläkvartiili 4–14	
	1–5	353	(40)
	6–10	227	(26)
	11–15	128	(14)
	≥16	176	(20)
Elämäntilanne			
	kokopäivätyö, osa-aikatyö	115	(13)
	sairausloma, työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki, työtön, lomautettu	353	(40)
	ammattillinen koulutus, opiskelija, perhevapaa, jokin muu	40	(4)
	eläkkeellä iän perusteella, osa-aika eläkkeellä	375	(42)
	puuttuva tieto	1	(1)
Asumismuoto			
	puolison kanssa, taloudessa ei lapsia	401	(45)
	yksin, taloudessa; ei lapsia / lapsi / lapsia	339	(38)
	puolison kanssa, taloudessa lapsi/lapsia	96	(11)
	jokin muu asumismuoto	45	(5)
	puuttuva tieto	3	(1)
	Yhteensä	884	(100)

Huom. Rekisteritiedoista muut tiedot, elämäntilanne ja asumismuoto kyselystä.

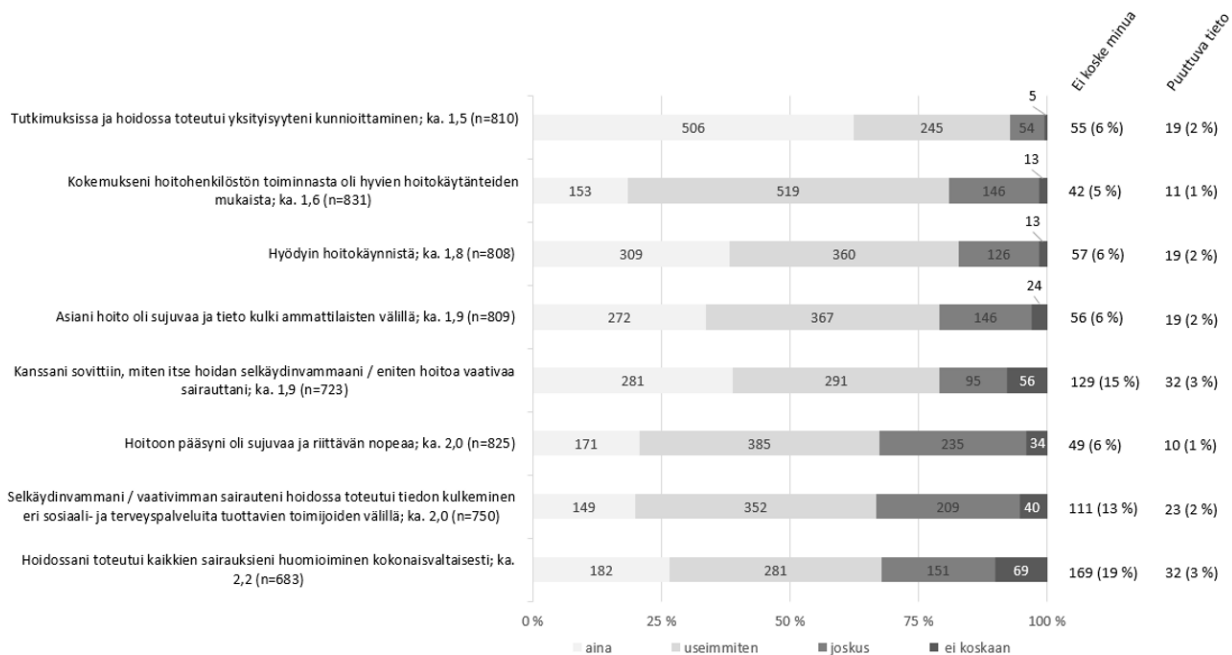
* AIS A täydellinen motoristen ja sensoristen toimintojen puute tasolla S4/S5; AIS B täydellinen motoristen ja osittainen sensoristen toimintojen puute tasolla S4/S5; AIS C osittainen motoristen toimintojen puute tasolla S4/S5, neurologisen tason merkkihävyys < 3; AIS D osittainen motoristen toimintojen puute tasolla S4/S5, neurologisen tason merkkihävyys ≥ 3; AIS E motorinen ja sensorinen toiminta normaali (Kirshblum ym. 2011).

tutkimushenkilöksi sekä henkilötietojensa ja kyselylomakkeella antamiensa tietojen käsitteelyyn tutkimuksen tarkoituksen toteuttamiseksi. Suostumusasiakirjan allekirjoitettuna palautti ja kyselyyn vastasi yhteensä 884 (50 %) henkilöä helmikuun 2019 ja heinäkuun 2019 välisenä aikana (kuva 1). FinSCI-tutkimuksen sisäänottokriteerit olivat: yli 16 vuoden ikä, traumaattinen tai sairausperäinen selkäydinvamma, AIS-luokka A, B, C tai D ja selkäydinvammapoliklinikan asiakkuus. Selkäydinvamman vaikeusaste määriteltiin kansainvälisen selkäydinvammaluokituksen (International Standards for Neurological Classification of SCI) eli ISNCSCI:n avulla käyttäen AIS-luokkia ja neurologista vammatasoa (Biering-Sorensen ym. 2017). Taulukoiden alle on lisätty selitteet AIS-luokasta, joka neurologisen vammatason kanssa yhdessä muodostaa selkäydinvamman vaikeusasteen luokan. Poissulkukriteereinä olivat AIS-luokka E, laitoksessa asuminen, synnynnäinen selkäydinvamma, etenevä tai neurodegeneratiivinen sairaus, MS-tauti, ALS-tauti sekä Guillain-Barrén oireyhtymä. Tutkimuksessa hyödynnettiin sekä rekisteri- että kyselytietoja. Tarkempi tutkimuksen protokolla on julkaistu vuonna 2019 (Tallqvist ym. 2019). Vastanneiden ja vastaamattomien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolten edustavuudessa ja eri ikäluokkien frekvensseissä. Nuoremmat vastasivat harvemmin ja iäkkäämmät sekä naiset useammin. Yli puolella vastanneista vammasta kulunut aika oli alle kymmenen vuotta ja vamman vaikeusasteluokasta AIS-D oli eniten vastaajia. Vammaetiologian suhteen vastaajamäärät olivat lähes samanlaiset. Suurin osa vastanneista oli eläkkeellä iän perusteella tai osa-aika eläkkeellä ja yleisin asumismuoto oli puolison kanssa (taulukko 1).

Muuttujat

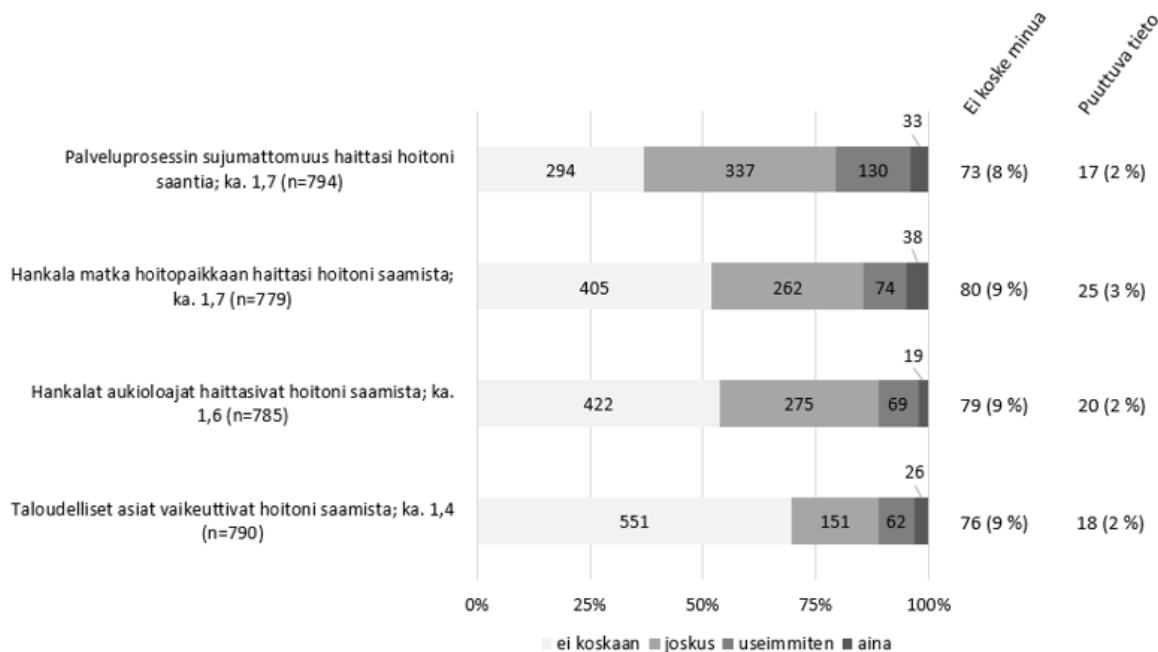
Kyselyllä selvitettiin terveyttä, toimintakykyä ja toimintarajoitteita hyödyntämällä ICF-luokitusta (International classification of functioning, disability and health). Sosiaali- ja terveyspalveluita koskevat kysymykset valittiin Terveyden ja hyvinvoinnin

laitoksen FinSote-tutkimuksen vuoden 2018 peruslomakkeen kysymyksistä, yhteensä 26 väittämää (THL 2020). Kysymykset koskivat hoidon saantia häiritseviä tekijöitä, hoidon toteutumista sekä kokemuksia terveyspalveluiden käytöstä ja hoitohenkilöstöstä. Osassa kysymyksiä pyydettiin arvioimaan kokemuksia viimeisen vuoden aikana (vastausvaihtoehdot 1 = aina, 2 = useimmiten, 3 = joskus, 4 = ei koskaan ja 5 = ei koske minua). Kysymysten vastausluokat muutettiin analyysissä samaan järjestykseen siten, että kaikissa vastauksissa vastausluokka 1 kuvasi voimakkainta myönteistä kokemusta ja vastausluokka 4 voimakkainta kielteistä kokemusta. Samaa ilmiötä kuvaavat muututtajat yhdistettiin summamuuttujiksi laskeamalla keskiarvoja saatavilla olevista arvoista (1–4), mutta eri otsikoiden alla olevia kysymyksiä ei yhdistetty (liite 1). Kysymysten yhdistämisessä ja väittämien sanallistamisessa hyödynnettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttämää vastemuuttujien muodostamisen tapaa (Parikka ym. 2018, Parikka ym. 2020). Alkuperäisten itsenäisten muuttujien vastausluokat esitettiin sellaisinaan. Summamuuttujia muodostettaessa keskiarvojen laskemisen jälkeen arvot koodattiin uudelleen neljään luokkaan niin, että keskiarvo 1 sai arvon 1, keskiarvot 1,01–2 saivat arvon 2, keskiarvot 2,01–3 arvon 3 ja keskiarvot 3,01–4 arvon 4. Summamuuttujien luotettavuuden rajaksi asetettiin Cronbachin alfa $>0,7$ (Tähtinen ym. 2020), lisäksi yhdistettävillä kysymyksillä tuli olla yhteinen kuvaileva nimittäjä. Tällä varmistettiin summamuuttujan loogisuus (Tähtinen ym. 2020). Alkuperäisistä kysymyksistä muodostetut vastemuuttujat eli väittämät esitetään liitteessä 1. Väittämiä oli yhteensä 12. Niistä muodostettiin viisi summamuuttujaa (Cronbachin alfa välillä 0,845–0,901), ja itsenäiseksi väittämiksi jäi seitsemän alkuperäistä muuttujaa. Tässä osatutkimuksessa hyödynnettiin myös taustamuuttujia sukupuolta, ikää, vamman vaikeusastetta, selkäydinvamman etiologiaa, vammasta kulunutta aikaa, elämäntilannetta ja asumismuotoa (taulukko 1). ICF:n käyttö ja muut kyselyyn sisällytetyt itsearviointimittarit on esitelty protokolla-artikkelissa (Tallqvist ym. 2019).



Huom. Vastausluokat *aina* sekä *useimmiten* tulkitaan myönteisinä kokemuksina ja vastausluokat *joskus* sekä *ei koskaan* tulkitaan kielteisinä kokemuksina. Ylimpänä on keskiarvoltaan pienin ja alimpana keskiarvoltaan suurin. Väittämä, jossa on pienin keskiarvo, kuvaa myönteisintä kokemusta.

Kuva 2. Suomalaisten selkäydinvammaisten henkilöiden kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista FinSCI-kyselyyn vastanneilla (n = 884).



Huom. Vastausluokka *ei koskaan* tulkitaan myönteisenä kokemuksena ja vastausluokat *joskus*, *useimmiten* sekä *aina* tulkitaan kielteisinä kokemuksina. Ylimpänä on keskiarvoltaan suurin ja alimpana keskiarvoltaan pienin. Väittämä, jossa on pienin keskiarvo, on vähiten häiritsevää hoidon saantia.

Kuva 3. Suomalaisten selkäydinvammaisten henkilöiden kokemukset hoitoa haittaavista tekijöistä FinSCI-kyselyyn vastanneilla (n = 884).

Tilastollinen analyysi

Kuvailevia tietoja raportoidaan frekvensseinä, prosentteina ja keskiarvoina (ka). Analyysseissa käytettiin SPSS-ohjelmaa (IBM SPSS Statistics 26). Taustamuuttujien yhteyttä vastemuuttujiin (12 väittämään) tarkasteltiin logistisilla monimuuttujaregressiomalleilla, koska vastemuuttajat eivät noudattaneet normaalijakaumaa ja lisäksi vastausten jakaminen myönteisiin ja kielteisiin kokemuksiin oli loogista tutkimuskysymysten näkökulmasta. Pyrkimyksenä oli löytää mahdollisimman hyvin kutakin väittämää selittävä malli. Tarkasteltuja taustatekijöitä olivat sukupuoli, ikä, vammän vaikeusaste, selkäydinvamman etiologia, vammasta kulunut aika, elämäntilanne ja asumismuoto. Taustamuuttujien välillä ei ollut havaittavissa vakavaa multikollineaarisuutta eli sellaisia voimakkaita keskinäisiä riippuvuuksia, jotka olisivat vääristäneet tuloksia. Lopullisiin malleihin valittiin vain tilastollisesti merkitsevät taustamuuttajat. Analyysissä tarkasteltiin todennäköisyyttä kuulua kielteisesti kokeviin. Myönteisten kysymysten (esim. ”Hyödyin hoitokäynnistä”) osalta vastaukset ”joskus” ja ”ei koskaan” luokiteltiin kielteiseksi kokemuksiksi ja vastaavasti kielteisten kysymysten (esim. ”Taloudelliset asiat vaikeuttivat hoitoni saamista”) osalta vastaukset ”joskus”, ”useimmiten” ja ”aina” luokiteltiin kielteiseksi kokemuksiksi (ks. kuvat 2 ja 3). Tuloksia pidettiin tilastollisesti merkitsevinä, mikäli $p < 0,05$.

Tulokset

Selkäydinvammaisten henkilöiden kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista

Yli puolella vastaajista oli myönteinen kokemus vähintään yhdessätoista väittämässä kaikista kahdestatoista. Vastaajien myönteisimmät kokemukset koskivat talouden tilaa sekä yksityisyyttä. (Kuvat 2 ja 3.) Asiakkaan ja henkilökunnan välisestä toiminnasta sekä terveyspalvelukäynneistä yli 75 prosenttia raportoi myönteisiä kokemuksia (kuva 2). Rakenteista ja kokonaisvaltaisesta hoidosta yli 30 prosentilla vastaajista oli kielteisiä kokemuksia (kuvat 2 ja 3). Kielteisin kokemus

koski palveluprosessien sujumattomuutta, yli puolella vastaajista palveluprosessin sujumattomuus oli ainakin joskus haitannut hoidon saantia (kuva 3).

Kokemusten yhteys taustamuuttujiin

Logistisista regressiomalleista nähdään, että eri väittämiin yhteydessä olevat taustatekijät vaihtelivat. Mallien selitysasteet jäivät pieniksi (1–11 %). Keskeisiä, useaan väittämään yhteydessä olevia taustatekijöitä olivat sukupuoli, asumismuoto ja selkäydinvamman etiologia. Naisilla, yksin asuvilla ja henkilöillä, joiden selkäydinvamma oli sairausperäinen, oli muita todennäköisemmin kielteisiä kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista (taulukot 2a & 2b). Osassa malleista on mukana taustamuuttujia, joissa ainoastaan niin sanottu kokonaisefekti (engl. overall effect) on tilastollisesti merkitsevä, mutta yksikään muuttujan luokka ei poikkea tilastollisesti merkitsevästi valitusta referenssiluokasta. Taustamuuttujien referenssiluokat on kuitenkin pidetty yhdenmukaisina kaikissa malleissa.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa selvitettiin selkäydinvammaisten henkilöiden kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista ja kokemuksiin yhteydessä olevia tekijöitä osana FinSCI-tutkimusta. Selkäydinvammaisten henkilöiden kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista olivat pääosin myönteisiä. Terveyspalvelukäynnit sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen toiminta korostuivat myönteisinä kokemuksina, eivätkä taloudelliset tekijät vaikeuttaneet suurimmalla osalla hoitoon pääsyä, vaikka suurin osa sai tulonsiirtoa. Vaikka tulokset olivat myönteisiä, voidaan edelleen kehittää palveluprosessia, hoitoon pääsyä, hoidon fyysisistä saavutettavuutta ja tiedonkulunprosesseja sekä hoidon kokonaisvaltaisuutta. Taustamuuttujien yhteys kokemuksiin vaihteli. Eniten kokemuksiin olivat yhteydessä muut tekijät kuin selkäydinvammaan liittyvät. Tulosten perusteella yksin asuvilla, naisilla ja niillä, joiden selkäydinvamma oli sairausperäinen, oli suurempi todennäköisyys kielteisiin kokemuksiin, kun

Taulukko 2b. Yhteenveto tilastollisesti merkitsevistä taustamuuttujista logistisissa regressiomalleissa, jotka koskevat FinSCI-kyselyyn vastanneiden selkäydinvammaisten henkilöiden kokemuksia sosiaali- ja terveystalvemuista (n = 884).

Väittämät	Taustamuuttujat							Mallin selityssaste (Nagelkerke ^a) %
	Sukupuoli	Ikä (vuosia)	Vamman vaikeusaste*	Selkäydinvamman etiologia	Vammasta kulunut aika (vuosia)	Elämäntilanne	Asumismuoto	
Tutkimuksissa ja hoidossa toteutui yksityisyyteni kunnioittaminen			C1-C4 AIS A, B & C (koko D-luokka)	traumaattinen (sairausperäinen)			yksin, taloudessa; ei lapsia / lapsi / lapsia (puolison kanssa, taloudessa ei lapsia)	4,5 %
Kokemukseni hoitohenkilöstön toiminnasta oli hyvien hoitokäytänteiden mukaista								1,7 %
Hyödyin hoitokäynnistä		20–30 31–45 46–60 (≥76)				sairausloma, työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki, työtön, lomautettu ; eläkkeellä iän perusteella, osa-aikaeläkkeellä (kokopäivätyö, osa-aikatyö)		6,7 %
Asiani hoito oli sujuvaa ja tieto kulki ammattilaisten välillä				traumaattinen (sairausperäinen)				4,9 %
Kanssani sovittiin, miten itse hoidan selkäydinvammani / eniten hoitaa vaativaa sairauttani								
Hoitoon pääsyäni oli sujuvaa ja riittävän nopea	nainen (mies)							0,9 %
Selkäydinvammani / vaativimman sairauteni hoidossa toteutui tiedon kulkeminen eri sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavien toimijoiden välillä			C5-C8 AIS A, B & C (koko D-luokka)				yksin, taloudessa; ei lapsia / lapsi / lapsia (puolison kanssa, taloudessa ei lapsia)	2,8 %
Hoidossani toteutui kaikkien sairauksieni huomiointi kokonaisvaltaisesti	nainen (mies)	46–60 (≥76)			6–10 11–15 (≥16)			5,2 %
Palveluprosessin sujuvuus haittasi hoitoni saantia	nainen (mies)					ammattilainen koulutus, opiskelija, perhevapaa, jokin muu elämäntilanne (kokopäivätyö, osa-aikatyö)	yksin, taloudessa; ei lapsia / lapsi / lapsia (puolison kanssa, taloudessa ei lapsia)	4,6 %
Hankala matka hoitopaikkaan haittasi hoitoni saamista							jokin muu asumismuoto (puolison kanssa, taloudessa ei lapsia)	1,9 %
Hankalat aukioloajat haittasivat hoitoni saamista	nainen (mies)							0,7 %
Taloudelliset asiat vaikeuttivat hoitoni saamista				traumaattinen (sairausperäinen)	1-5 (≥16)	sairausloma, työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki, työtön, lomautettu ; eläkkeellä iän perusteella, osa-aika eläkkeellä (kokopäivätyö, osa-aikatyö)	yksin, taloudessa; ei lapsia / lapsi / lapsia (puolison kanssa, taloudessa ei lapsia)	11,3 %
Yhteensä	4/12	3/12	2/12	3/12	2/12	3/12	8/12	

● suurempi todennäköisyys kielteisempään kokemukseen (verrattuna referenssiluokkaan), OR > 1 ○ suurempi todennäköisyys myönteisempään kokemukseen (verrattuna referenssiluokkaan), OR < 1

○ Mukana mallissa, mutta tarkastellut luokat eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi referenssiluokasta

*AIS A täydellinen motoristen ja sensoristen toimintojen puute tasolla S4/S5; AIS B täydellinen motoristen ja osittainen sensoristen toimintojen puute tasolla S4/S5; AIS C osittainen motoristen toimintojen puute tasolla S4/S5, neurologisen tason merkkilihasvoima < 3; AIS D osittainen motoristen toimintojen puute tasolla S4/S5, neurologisen tason merkkilihasvoima ≥ 3; AIS E motorinen ja sensorinen toiminta on normaali (Kirshblum ym. 2011)

^a(Nagelkerke 1991)

taas verkostot ja sosiaalinen tuki vaikuttaisivat suojelevan kielteisiltä kokemuksilta.

Selkäydinvammaiset henkilöt olivat pääosin tyytyväisiä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Yli 75 prosenttia raportoi myönteisiä kokemuksia asioinnistaan henkilökunnan kanssa ja terveyspalvelukäynneistä. Tulos eroaa Saikkosen ja kumppaneiden (2004) tutkimuksesta, jossa yli puolet vastanneista ei ollut tyytyväisiä saamiinsa terveyspalveluihin ja lisäksi vastaajat kokivat, että hoitajilla ja lääkäreillä ei ollut tarpeeksi tietämystä selkäydinvammoista (Saikkonen ym. 2004). Todennäköisesti tulosten erilaisuutta selittää hoidon ja kuntoutuksen kehittyminen ja mahdollisesti myös hoidon keskittäminen. Vaikka hoito on keskitetty, kielteisimpänä kokemuksena nousi palveluprosessin sujumattomuus, joka on raportoitu myös väestötasolla terveyspalveluissa useimmiten hoitoa haittaavana tekijänä (Aalto ym. 2017). Palveluprosessia tulee edelleen kehittää, ettei asiakas joudu pompoteltavaksi ja toistamaan asioitaan usealle ammattilaiselle.

Yksin asuvilla, naisilla ja niillä, joiden vamma oli sairauseräinen, vaikuttaisi olevan todennäköisimmin kielteisiä kokemuksia, kun taas verkostot ja sosiaalinen tuki näyttäisivät suojelevan kielteisiltä kokemuksilta. Tulokset vastaavat aikaisempia havaintoja. Väestötasolla on raportoitu naisten kielteisempiä kokemuksia palveluprosessista ja hoidon saatavuudesta (Aalto ym. 2017). On myös raportoitu, että työssäkäyvien selkäydinvammaisten henkilöiden kokonaisvaltainen terveys on parempi verrattuna niihin selkäydinvammaisiin henkilöihin, jotka eivät käy töissä (Eskola ym. 2021). Sairauseräisen selkäydinvamman laajan etiologiakirjon vuoksi esimerkiksi akuuttihoito tapahtuu monella eri erikoisalalla, joten välitön kuntoutuskin voi toteutua paikallisesti (Koskinen ym. 2017). Lisäksi sairauseräisen selkäydinvamman diagnosointi kestää yleensä kauemmin. FinSCI-tutkimuksessa on aiemmin raportoitu, että niillä, joilla on sairauseräinen selkäydinvamma, on enemmän kivun kokemuksia verrattuna niihin, joilla on traumaattinen selkäydinvamma (Poutanen ym. 2021). Tämäkin saattaisi selittää niiden, joiden selkäydinvamman taustalla

on sairaus, kielteisempiä kokemuksia ja ehkä erilaisia toimintatapoja. Jatkossa on tärkeää kiinnittää erityistä huomioita sairauseräisten selkäydinvammojen hoitoprosessin kokonaisvaltaiseen sujuvuuteen.

Tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet

Tässä tutkimuksessa saatiin ensimmäistä kertaa tietoa selkäydinvammaisten henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelukokemuksista hyödyntämällä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttämiä väittämiä (THL 2020). Kysymysten relevanttiutta oli ennakkoon arvioinut seitsemän selkäydinvammaista henkilöä, ja kyselyyn valikoituivat vain hyvän arvion saaneet kysymykset. Vaikka kyselylomake oli kohdennettu, ”ei koske minua”-valinta rastittiin yllättävän usein. Tämä voi johtua siitä, että suurin osa vastaajista oli lievemmin vammautuneiden AIS D -luokasta ja koska vammautumisen kuluva ajan pidetessä yhteydenottojen tarve voi vähentyä. Todellisuudessa ”ei koske minua”-kohta valittiin useammin kuin kuvien 2 ja 3 tuloksista ilmenee. Tämä johtuu summamuuttujien muodostamistavasta, jossa vain silloin, kun kaikki saman vastaajan vastaukset olivat vastausluokkaa 5, summamuuttuja sai uudeksi arvokseen 5. Summamuuttujien keskiarvot olisi voitu koodata uudelleen myös muilla tavoin, mutta valitulla tavalla nähtiin säilytettävän parhaiten vastaajan valitsema luokka. Liitteessä 1 on nähtävillä, että ”ei koske minua”-vaihtoehdon valitseminen riippui siitä, mitä kysymys koski. Esimerkiksi jos kysymys koski terveyspalveluiden käyttöä, ”ei koske minua”-valinta oli vähäisempää kuin silloin, kun kysymys liittyi eri organisaatioiden väliseen tiedonkulkuun.

Malleihin liittyi joitain heikkouksia. Luokittelukyvyt jäivät osassa malleista heikoiksi ja selitysasteet suurimmaksi osaksi hyvin pieniksi. Muutamiin malleihin jäi lopulta vain yksi selittävä muuttuja, mikä heikentää regressiomallin toimivuutta. Nämä seikat kuvastavat osaltaan sitä, kuinka sosiaali- ja terveyspalvelukokemuksia on vaikea selittää vain yksittäisillä taustatekijöillä. Käytävissä olevat taustamuuttujat olivat lähinnä useampiluokkaisia, kategorisia muuttujia,

mikä hankaloittaa niiden tulkintaa analyysissä. Regressiomallissa niiden efektit esitetään ainoastaan suhteessa yhteen valittuun referenssiluokkaan, jolloin muut yhteydet jäävät varjoon. Vaikka mallien selitysasteet jäivät pieniksi, eri taustamuuttujissa voidaan nähdä eriaisteisia yhteyksiä kielteiseen kokemukseen. On myös otettava huomioon, että lähtökohtaisesti selitysasteet eivät ihmistieteissä nouse suuriksi.

Tämän tutkimuksen tuloksia tulkittaessa tulee muistaa, että suurin osa kokemuksista liittyi terveyspalveluihin, yli puolet vastanneista kuului vamman vaikeusasteeltaan AIS-D-luokkaan, naiset olivat yliedustettuina ja nuoremmat jättivät usein vastaamatta. Tulosten luotettavuutta lisää kuitenkin kattava otos. Mahdollisissa jatkotutkimuksissa olisi hyvä selvittää, onko edelleen niillä henkilöillä kielteisempi kokemus, joiden selkädinvasamma on sairausperäinen, ja mistä nämä erot johtuvat. Lisäksi olisi hyvä vertailla selkädinvasmaisten henkilöiden kokemuksia muun väestön kokemuksiin ottaen tarkemmin huomioon taustamuuttujista sosioekonomisia tekijöitä sekä vertailla suomalaisten selkädinvasmaisten henkilöiden kokemuksia muiden maiden selkädinvasmaisten henkilöiden terveyspalveluita koskeviin kokemuksiin.

Lopuksi

Tutkimus osoittaa, että selkädinvasmaisten henkilöiden kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista vuonna 2019 ennen koronapandemiaa olivat myönteisiä ja erityisesti palvelukäynnit koettiin myönteisinä. Rakenteellisissa tekijöissä, kuten palveluprosessin sujuvuudessa sekä hoidon kokonaisvaltaisessa huomioon ottamisessa, nähdään kehitettävää. Kielteisiin kokemuksiin olivat yhteydessä eniten muut kuin selkädinvasmaan liittyvät tekijät, mutta niillä, joiden selkädinvasman taustalla oli sairaus, oli todennäköisemmin kielteisiä kokemuksia kuin niillä, joiden selkädinvasma oli traumaperäinen. Myös yksin asuvilla ja naisilla oli todennäköisemmin kielteisiä kokemuksia verrattuna referenssiluokkaan.

Rahoitus

Tutkimusta rahoittivat Invalidiliitto ry oma-rahoituksella (pr42105, 2017–2021), Oulun yliopistollinen sairaala (VTR K86709, 20.10.2017), Helsingin yliopistollinen sairaala (HUS/53/2017 §9, 9.6.2017, HUS/76/2018 § 11, 18.4.2018 ja HUS/174/201 §1, 12.4.2019) ja Validia kuntoutus (HUS-VTR 9.3.2017).

Eettisyys

HUS:in tutkimuseettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta puoltavan lausunnon (HUS/1776/2017). Yliopistosairaaloista saatiin tutkimusluvat (Pohjois-Pohjanmaan shp 306/2017, pvm 4.12.2017; Pirkanmaan shp R18030, pvm 11.1.2018; HUS §14 366/2018, pvm 28.5.2018).

Tulosten merkitys: On myönteistä yhteiskuntamme kannalta, että toimintarajoitteiset henkilöt ovat kokeneet sosiaali- ja terveyspalvelut vuonna 2019 ennen koronapandemiaa pääosin hyvinä. Tulos eroaa aikaisemmasta tutkimuksesta, jossa selvitettiin niiden henkilöiden terveyspalvelukokemuksia, joilla on traumaperäinen selkädinvasma (Saikkonen ym. 2004). Tämän tutkimuksen ja väestötason tutkimuksista on nähtävissä samankaltaisuuksia, esimerkiksi palveluprosesseja tulisi saada sujuvammiksi. Henkilöillä, joiden selkädinvasma oli sairausperäinen, oli suurempi todennäköisyys kielteiseen kokemukseen verrattuna henkilöihin, joiden selkädinvasma oli traumaperäinen. Palveluprosessien kehittämiseksi on tärkeää selvittää erilaisten kokemusten taustalla olevia syitä. Pohdittavaksi jää, johtuvatko esimerkiksi erilaiset kokemukset siitä, että henkilöillä, joiden selkädinvasma on traumaperäinen, hoito on keskitettympää.

Tiivistelmä

Tavoite. Selkäydinvammaisten henkilöiden hoidon keskittämisasetuksen jälkeisten sosiaali- ja terveyspalvelukokemuksien selvittäminen.

Menetelmät. Finnish Spinal Cord Injury (FinSCI) -tutkimuksen vastaajat poimittiin HUS:n (Helsingin yliopistollinen sairaala), Tays:n (Tampereen yliopistollinen sairaala) ja OYS:n (Oulun yliopistollinen sairaala) selkäydinvammapoliklinikoiden asiakkaista. FinSCI-kyselyyn sisältyi THL:n sosiaali- ja terveyspalveluita koskevia väestötutkimuskysymyksiä. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin logistisella regressioanalyysillä.

Tulokset. FinSCI-kyselytutkimukseen vastanneiden (n = 884, vastausprosentti 50) kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista olivat enimmäkseen myönteisiä, erityisesti terveyspalvelukäyntien osalta, eivätkä taloudelliset tekijät vaikeuttaneet suurimmalla osalla hoitoon pääsyä. Kielteisin kokemus liittyi palveluprosessin sujumattomuuteen. Kokemuksiin olivat yhteydessä eniten muut tekijät kuin selkäydinvammaan liittyvät tekijät. Yksin asuvilla ja naisilla ja niillä, joiden selkäydinvamma oli sairausperäinen, oli suurempi todennäköisyys kielteiseen kokemukseen verrattuna referenssiluokkiin. Verkostot ja sosiaalinen tuki näytti suojelevan kielteisiltä kokemuksilta.

Johtopäätökset. Suomalaisten selkäydinvammaisten henkilöiden kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista olivat pääosin myönteisiä. Erityisesti terveyspalvelukäynnit sekä asiakkaan ja henkilökunnan välinen hoidossa toteutuva vuorovaikutus koettiin myönteisinä. Palvelusprosesseja tulee jatkossa kehittää sujuvammiksi. Tämä sisältää niin hoidon saatavuuden ja saavutettavuuden kuin myös tiedonkulun edistämistä. Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota sellaisten henkilöiden kokonaisvaltaiseen hyvään hoivaan, joiden selkäydinvamma on sairausperäinen.

Avainsanat: selkäydinvammaiset henkilöt, sosiaali- ja terveyspalvelukokemukset, traumaattinen selkäydinvamma, sairausperäinen selkäydinvamma

Abstract

Finnish people with spinal cord injury have positive experiences of social and health care services, FinSCI study

Background. To explore social and health care service experiences among individuals with spinal cord injury after Health Care Act reform.

Methods. Finnish Spinal Cord Injury (FinSCI)-study respondents were from the three spinal cord injury outpatient clinics registers: HUS (Helsinki University Hospital), Tays (Tampere University Hospital) and OYS (Oulu University Hospital). Questions related to social and health care services were chosen from National Survey of Health, Well-being and Service that is organized by The Finnish Institute for Health and Welfare. Analyses were done by descriptive variables and logistic regression analysis.

Results. The response rate in the survey was 50 per cent (n=884). Experiences of social and health care services were mainly positive. Health care service visits were the most positive experiences. Also, most of the respondents did not have any financial challenges to receive treatment. The most negative experience was connected to processes of services. Factors that were connected to experiences, were mainly other factors than factors explaining spinal cord injury. There was a higher probability for negative experience if person was living alone, was a woman or spinal cord injury was caused by non-trauma compared to reference category. The networks and social support would seem to preserve from negative experiences.

Conclusion. Finnish people with spinal cord injury had mainly positive experiences of social and health care services. The

most positive experiences were related to health care visits and communication during visits with health-care personnel. Still, we need to develop structural factors like availability, accessibility and flow of information. Especially we need to pay attention to the service processes on people whose spinal cord injury is caused by non-trauma.

Keywords: people with spinal cord injury, social and health care experiences, traumatic spinal cord injury, non-traumatic spinal cord injury

Kristiina Puranen, TtM, ft, yliopisto-opettaja, Jyväskylän yliopisto

Paula Reiterä, FM, biostatistikko, Kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto ja HUS

Anna-Maija Kauppila, asiantuntijalääkäri, LT, fysiatrian erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys, KELA

Susanna Tallqvist, TtM, tuntiopettaja, Arcada ammattikorkeakoulu

Aki Vainionpää, dosentti, fysiatrian el, ylilääkäri, toiminta-aluejohtaja, Konservatiivinen toiminta-alue, Seinäjoen keskussairaala

Eerika Koskinen, LT, apulaisyliääkäri, Neuroalojen vastuualue, Tampereen yliopistollinen sairaala

Jari Arokoski, LT, ylilääkäri, fysiatrian professori, linjajohtaja, HUS sisätaudit ja kuntoutus; Helsingin yliopisto

Mauri Kallinen, LT, professori (osa-aikainen), asiantuntijalääkäri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Kuntoutustoiminta; Oulun yliopisto, Elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö

Harri Hämäläinen, LKT, HUS sisätaudit ja kuntoutus

Anni Täckman, BBA, projektipäällikkö, Rusetti ry

Heidi Anttila, FT, erikoistutkija, Hyvinvointivaikuttajat-osasto, THL

Sinikka Hiekkala, FT, tutkimusjohtaja, Invalidiliitto ry; dosentti, liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto

Lähteet

- Aalto A-M, Vehko T, Sinervo T ym. (2017) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. THL, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-880-7>
- Ahoniemi E, Valtonen K (2015) Selkäydinvauriot. Teoksessa J Arokoski, M Mikkelsen, T Pohjalainen, E Viikari-Juntura, E Ahoniemi (toim.) Fysiatria. Duodecim. Helsinki. s. 255–277.
- Alaranta H, Ahoniemi E (2007) Selkäydinvaurion aiheuttaman haitan järjestelmällistä hoitoa ja seurantaan tarvitaan. Suom Lääkäril 62, 24, 2363–2366.
- Biering-Sorensen F, DeVivo MJ, Charlifue S ym. (2017) International Spinal Cord Injury Core Data Set (version 2.0)-including standardization of reporting. Spinal Cord 55, 8, 759–64.
- Dahlberg A, Alaranta H (2008) Selkäydinvammat. Teoksessa P Rissanen, T Kallanranta, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Duodecim, Helsinki. s. 298–311.
- Dahlberg A, Kotila M, Leppänen P ym. (2005) Prevalence of spinal cord injury in Helsinki. Spinal Cord 43, 1, 47–50.
- Eskola K, Koskinen E, Anttila H ym. (2021) Health-related factors for work participation in persons with spinal cord injury in Finland. J Rehabil Med 53: jrm0000X
- Johansson E, Luoto TM, Vainionpää A ym. (2021) Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Finland. Spinal Cord 59, 7, 761–768.
- Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F ym. (2011) International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). J Spinal Cord Med DOI 10.1179/204577211X13207446293695
- Koskinen EA, Alen M, Väärälä EM ym. (2014) Centralized spinal cord injury care in Finland: unveiling the hidden incidence of traumatic injuries. Spinal Cord 52, 10, 779–784.
- Koskinen E, Väärälä E, Alen M ym. (2017) Selkäydinvammojen ilmaantuvuus on ennakoitua suurempi. Suom Lääkäril 39, 72, 2160–2166.
- Nagelkerke NJ (1991) A note on a general definition of the coefficient of determination. Biometrika 78, 3, 691–692.
- New PW, Baxter D, Farry A ym. (2015) Estimating the incidence and prevalence of traumatic spinal cord injury in Australia. Arch Phys Med Rehabil 96, 1, 76–83.
- Noonan VK, Fingas M, Farry ym. (2012) Incidence and prevalence of spinal cord injury in Canada: a national perspective. Neuroepidemiology 38, 4, 219–226.
- Parikka S, Koskela T, Ikonen J ym. (2020) Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. Viitattu 29.12.2021. <https://terveytemme.fi/finsote/2020/palvelut.html>

- Parikka S, Pentala-Nikulainen O, Koskela T ym. (2018) Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Viitattu 29.12.2021. <https://www.terveytemme.fi/finsote/alueet2018/palvelut.html>
- Poutanen J, Anttila H, Tallqvist S ym. (2021) Physical health among the Finnish spinal cord injury population according to the Patient Reported Outcome Measurement Information System (PROMIS®). *J Spinal Cord Med* DOI: 10.1080/10790268.2021.1989184
- Saikkonen J, Karppi P, Huusko TM ym. (2004) Life situation of spinal cord-injured persons in Central Finland. *Spinal Cord* 42, 8, 459–465.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 (2014) Viitattu 29.11.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Tallqvist S, Anttila H, Kallinen M ym. (2019) Health, functioning and accessibility among spinal cord injury population in Finland: protocol for the FinSCI study. *J Rehabil Med* 51, 273–280.
- Tallqvist S, Kauppila A-M, Vainionpää A ym. (2021) Prevalence of comorbidities and secondary health conditions among the Finnish population with spinal cord injury. *Spinal Cord*. DOI: 10.1038/s41393-021-00704-7
- Terveystieteidenhuoltolaki 30.12.2010/1326 (2010) Viitattu 30.11.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL (2020) Lomakkeet. Viitattu 22.11.2021. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finsote-tutkimus/miten-finsote-tutkimus-tehdään/lomakkeet>
- THL (2021) FinSote-tutkimus. Viitattu 31.12.2021. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finsote-tutkimus>
- Tähtinen J, Laakkonen E, Broberg M (2020) Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos: Painosalama Oy 2020.
- Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä 336/2011 (2011) Viitattu 15.7.2021. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110336
- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 24.8.2017/582 (2017) Viitattu 30.11.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170582>

Taulukko 2a. Taustamuuttujien yhteys sosiaali- ja terveystalouteen koskeviin väittämiin FinSCI-kyselyyn vastanneilla selkäydinvammaisilla henkilöillä (n = 884) logistisella regressioanalyysillä tarkasteltuna.

Tutkimuksessa ja hoidossa ei toteutunut yksityyten kunnioittaminen, malli χ ² (7)=15,015; p<0.05				Hoidossani ei toteutunut kaikkien sairauksieni huomiointien kokonaisvaltaisesti, malli χ ² (8)=26,096; p<0.05			
	OR	95 % LV ²⁾	p-arvo		OR	95 % LV ²⁾	p-arvo
Vamman vaikeusasteiluokka**			0.037*	Sukupuoli			
C1-C4 AIS A,B & C	2.913	1.314-6.455	0.008*	nainen	1.937	1.368-2.743	0.000*
C5-C8 AIS A,B & C	2.591	0.979-6.856	0.055	mies	1.00 ¹⁾		
T1-S5 AIS A,B & C	1.375	0.670-2.821	0.385	ikäluokka, vuosina			0.137
AIS D kaikilla vammatoilla	1.00 ¹⁾			20-30	1.654	0.579-4.725	0.348
Etiologia				31-45	1.889	0.960-3.716	0.066
traumaperäinen	0.533	0.295-0.964	0.037*	46-60	2.091	1.194-3.664	0.010*
sairausperäinen	1.00 ¹⁾			61-75	1.598	0.942-2.711	0.082
Asumismuoto			0.119	≥76	1.00 ¹⁾		
puolison kanssa, taloudessa ei lapsia	1.00 ¹⁾			Vammasta kulunut aika, vuosia			0.045*
yksin, taloudessa; ei lapsia/lapsi/lapsia	2.020	1.119-3.646	0.020*	1-5	0.745	0.485-1.145	0.180
puolison kanssa, taloudessa lapsi/lapsia	1.122	0.405-3.105	0.825	6-10	0.537	0.333-0.866	0.011*
jokin muu asumismuoto	1.370	0.383-4.901	0.628	11-15	0.536	0.299-0.960	0.036*
Mallin selitysaste 4,5 %				≥16	1.00 ¹⁾		
Malli luokittelee havainnoista oikein 92,7 %				Mallin selitysaste 5,2 %			
Residuaalit 6,7 %				Malli luokittelee havainnoista oikein 68,2 %			
Mallissa havaintoja 808				Residuaalit 0 %			
Kokemukseni hoitohenkilöstön toiminnasta ei ollut hyvien hoitokäytänteiden mukaista, malli χ² (3)=8,822; p<0.05				Mallissa havaintoja 683			
				Taloudelliset asiat ovat useimmiten vaikeuttaneet hoitoni saamista, malli χ² (10)=65,721; p<0.001			
	OR	95% LV ²⁾	p-arvo		OR	95 % LV ²⁾	p-arvo
Asumismuoto			0.049*	Etiologia			
puolison kanssa, taloudessa ei lapsia	1.00 ¹⁾			traumaperäinen	0.697	0.499-0.974	0.035*
yksin, taloudessa; ei lapsia/lapsi/lapsia	1.324	0.913-1.921	0.139	sairausperäinen	1.00 ¹⁾		
puolison kanssa, taloudessa lapsi/lapsia	0.510	0.244-1.065	0.073	Vammasta kulunut aika, vuosia			0.026*
jokin muu asumismuoto	1.480	0.693-3.163	0.312	1-5	2.029	1.261-3.267	0.004*
Mallin selitysaste 1,7 %				6-10	1.428	0.855-2.384	0.173
Malli luokittelee havainnoista oikein 80,9 %				11-15	1.460	0.825-2.584	0.194
Residuaalit 1,1 %				≥16	1.00 ¹⁾		
Mallissa havaintoja 828				Elämäntilanne			0.000*
En hyötynyt hoitokäynnistä, malli χ² (10)=32,903; p<0.001				elämäntilanne			
	OR	95 % LV ²⁾	p-arvo	kokopäivätyö, osa-aikatyö	1.00 ¹⁾		
ikäluokka, vuosina			0.001*	sairausloma, työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki, työtön, lomautettu	4.196	2.171-8.109	0.000*
20-30	3.996	1.103-14.486	0.035*	ammattilinen koulutus, opiskelija, perhevapaa, jokin muu	2.636	0.983-7.067	0.054
31-45	5.018	1.953-12.892	0.001*	eläkkeellä iän perusteella, osa-aika eläkkeellä	2.615	1.336-5.117	0.005*
46-60	3.039	1.279-7.225	0.012*	Asumismuoto			0.000*
61-75	0.940	0.506-1.746	0.884	puolison kanssa, taloudessa ei lapsia	1.00 ¹⁾		
≥76	1.00 ¹⁾			yksin, taloudessa; ei lapsia/lapsi/lapsia	1.938	1.378-2.726	0.000*
Elämäntilanne			0.010*	puolison kanssa, taloudessa lapsi/lapsia	0.887	0.486-1.618	0.696
kokopäivätyö, osa-aikatyö	1.00 ¹⁾			jokin muu asumismuoto	0.382	0.142-1.027	0.056
sairausloma, työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki, työtön, lomautettu	2.258	1.148-4.441	0.018*	Mallin selitysaste 11,3 %			
ammattilinen koulutus, opiskelija, perhevapaa, jokin muu	1.166	0.356-3.820	0.800	Malli luokittelee havainnoista oikein 70 %			
eläkkeellä iän perusteella, osa-aika eläkkeellä	4.264	1.755-10.357	0.001*	Residuaalit 1,4 %			
Asumismuoto			0.041*	Mallissa havaintoja 787			
puolison kanssa, taloudessa ei lapsia	1.00 ¹⁾			Hankalat aukioloajat ovat useimmiten häitänneet hoitoni saamista, malli χ² (1)=4,240; p<0.05			
yksin, taloudessa; ei lapsia/lapsi/lapsia	1.307	0.886-1.973	0.202		OR	95 % LV ²⁾	p-arvo
puolison kanssa, taloudessa lapsi/lapsia	0.551	0.259-1.170	0.121	Sukupuoli			
jokin muu asumismuoto	0.487	0.159-1.488	0.207	nainen	1.363	1.015-1.831	0.040*
Mallin selitysaste 6,7 %				mies	1.00 ¹⁾		
Malli luokittelee havainnoista oikein 82,8 %				Mallin selitysaste 0,7 %			
Residuaalit 2,6 %				Malli luokittelee havainnoista oikein 54,6 %			
Mallissa havaintoja 806				Residuaalit 0 %			
				Mallissa havaintoja 785			

Asiani hoito ei ollut sujuvaa ja tieto ei kulkenut ammattilaisten välillä, malli χ ² (8)=25,956; p<0.05				Hankala matka hoitopaikkaan on useimmiten haitannut hoitoni saamista, malli χ ² (3)=11,183; p<0.05			
	OR	95 % LV ²⁾	p-arvo		OR	95 % LV ²⁾	p-arvo
ikäluokka, vuosina			0.023*				
20-30	2.522	0.989-6.433	0.053	Asumismuoto			0.015*
31-45	1.179	0.563-2.470	0.663	puolison kanssa, taloudessa ei lapsia	1.00 ¹⁾		
46-60	1.773	0.987-3.184	0.055	yksin, taloudessa; ei lapsia/lapsi/lapsia	1.244	0.914-1.694	0.166
61-75	0.977	0.557-1.712	0.934	puolison kanssa, taloudessa lapsi/lapsia	0.765	0.474-1.236	0.274
≥76	1.00 ¹⁾			jokin muu asumismuoto	0.430	0.208-0.889	0.023*
Etiologia				Mallin selitysaste 1,9 %			
traumaperäinen	0.631	0.444-0.897	0.010*	Malli luokittelee havainnoista oikein 54,3 %			
sairausperäinen	1.00 ¹⁾			Residuaalit 0 %			
Asumismuoto			0.016*	Mallissa havaintoja 777			
puolison kanssa, taloudessa ei lapsia	1.00 ¹⁾			Palveluprosessin sujumattomuus on useimmiten haitannut hoitoni saantia, malli χ ² (7)=26,893; p<0.001			
yksin, taloudessa; ei lapsia/lapsi/lapsia	1.423	0.975-2.078	0.067				
puolison kanssa, taloudessa lapsi/lapsia	0.503	0.244-1.036	0.062				
jokin muu asumismuoto	0.851	0.360-2.014	0.714				
Mallin selitysaste 4,9 %				Sukupuoli			
Malli luokittelee havainnoista oikein 79,1 %				nainen	1.418	1.029-1.954	0.033*
Residuaalit 2,7 %				mies	1.00 ¹⁾		
Mallissa havaintoja 807				Elämäntilanne			0.030*
Hoitoon pääsyä ei ollut sujuvaa ja riittävän nopeaa, malli χ ² (1)=5,249; p<0.05				kokopäivätyö, osa-aikatyö	1.00 ¹⁾		
				sairausloma, työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki, työtön, lomautettu	1.254	0.777-2.023	0.354
				ammattilinen koulutus, opiskelija, perhevapaa, jokin muu	3.666	1.379-9.746	0.009*
	OR	95 % LV ²⁾	p-arvo	eläkkeellä iän perusteella, osa-aika eläkkeellä	0.997	0.611-1.627	0.989
Sukupuoli				Asumismuoto			0.014*
nainen	1.426	1.054-1.930	0.022*	puolison kanssa, taloudessa ei lapsia	1.00 ¹⁾		
mies	1.00 ¹⁾			yksin, taloudessa; ei lapsia/lapsi/lapsia	1.563	1.124-2.175	0.008*
Mallin selitysaste 0,9 %				puolison kanssa, taloudessa lapsi/lapsia	1.053	0.628-1.765	0.846
Malli luokittelee havainnoista oikein 67,4 %				jokin muu asumismuoto	0.658	0.335-1.289	0.222
Residuaalit 0 %				Mallin selitysaste 4,6 %			
Mallissa havaintoja 825				Malli luokittelee havainnoista oikein 63,2 %			
Selkädinravammani / vaativimman sairauteni hoidossa ei toteutunut tiedon kulkeminen eri sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavien toimijoiden välillä, malli χ ² (6)=15,383; p<0.05				Residuaalit 0,1 %			
				Mallissa havaintoja 791			
	OR	95 % LV ²⁾	p-arvo				
Vamman vaikeusasteluokka**			0.019*				
C1-C4 AIS A,B,C	1.351	0.838-2.179	0.216				
C5-C8 AIS A,B,C	2.575	1.399-4.740	0.002*				
T1-S5 AIS A,B,C	1.106	0.750-1.630	0.613				
AIS D kaikilla vammatasoilla	1.00 ¹⁾						
Asumismuoto			0.146				
puolison kanssa, taloudessa ei lapsia	1.00 ¹⁾						
yksin, taloudessa; ei lapsia/lapsi/lapsia	1.456	1.041-2.038	0.028*				
puolison kanssa, taloudessa lapsi/lapsia	1.038	0.613-1.758	0.889				
jokin muu asumismuoto	1.008	0.487-2.087	0.982				
Mallin selitysaste 2,8 %							
Malli luokittelee havainnoista oikein 67,3 %							
Residuaalit 0 %							
Mallissa havaintoja 747							
Huom!							
*p-arvo <0.05							
¹⁾ referenssiryhmä merkitty 1.00							
²⁾ Ristitulosuhteen (OR) luottamusväli							

χ² kertoo omnibus-testin testisuureen arvon suluisa olevilla vapausasteilla, minkä jälkeen omnibus-testin p-arvo

** AIS A täydellinen motoristen ja sensoristen toimintojen puute tasolla S4/S5; AIS B täydellinen motoristen ja osittainen sensoristen toimintojen puute tasolla S4/S5; AIS C osittainen motoristen toimintojen puute tasolla S4/S5, neurologisen tason merkkiläisvoima < 3; AIS D osittainen motoristen toimintojen puute tasolla S4/S5, neurologisen tason merkkiläisvoima ≥ 3; AIS E motorinen ja sensorinen toiminta on normaali (Kirshblum ym. 2011)

Liite 1. Väättämien muodostuminen sekä vastausluokan 5 frekvenssi.

Kysymyksen otsikko	FinSCI kysymykset	Asteikko	Asteikon kääntö	Vastausluokan 5=Ei koske minua f (%)	Cronbachin alfa	Spearmanin korrelaatiot	Muodostettu väittä
27. Ajattele kokemuksiasi terveyspalveluiden käytöstä 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet sinun kohdallasi?	27.1 Sain yhteyden hoitopaikkaan sujuvasti	1-4 (1=aina... 4=ei koskaan)	ei	80 (9 %)	0,862	0,614-0,743, p<0.01	Hoitoon pääsyt oli sujuvaa ja riittävän nopeaa
	27.2 Sain vastaanottoajan riittävän nopeasti			58 (6,6 %)			
	27.3 Pääsin tutkimuksiin riittävän nopeasti			60 (6,8 %)			
	27.4 Yksityisyyttäni kunnioitettiin tutkimuksissa ja hoidossa			55 (6,2 %)			
	27.5 Hoitokäynnistä oli minulle hyötyä			57 (6,4 %)			
	27.6 Asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä			56 (6,3 %)			
28. Ajattele kokemuksiasi hoitohenkilöstöstä (lääkäri, hoitajat tai muu hoitava henkilöstö) 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet sinun kohdallasi?	28.1 Minua kohdeltiin kunnioittavasti	1-4 (1=aina... 4=ei koskaan)	ei	49 (5,5 %)	0,881	0,303-0,813 p<0.01	Kokemukseni hoitohenkilöstön toiminnasta oli hyvien hoitokäytäntöiden mukaista
	28.2 Keskustelut käytiin siten, että ulkopuoliset eivät pystyneet kuulemaan			50 (5,7 %)			
	28.3 Tietojani käsiteltiin luottamuksellisesti			50 (5,7 %)			
	28.4 Kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynneillä			49 (5,5 %)			
	28.5 Sain tarpeeksi aikaa kysyä terveydentilastani tai saamistani hoidoista luottamuksellisesti			49 (5,5 %)			
	28.6 Asiat selitettiin minulle ymmärrettävästi			43 (4,9 %)			
	28.7 Sain osallistua hoitoni tai tehtyjä tutkimuksia koskeviin päätöksiin niin paljon kuin halusin			45 (5,1 %)			
	28.8 Minulta kysyttiin suostumus ennen hoitojen tai tutkimusten aloittamista			48 (5,4 %)			
	29. Ovatko seuraavat asiat haitanneet hoidon saamista 12 viime kuukauden aikana?			29.1 Minua pompoteltiin palvelupisteeltä toiseen asiani hoitamiseksi			
29.2 Jouduin selvittämään tilannetta useammalle työntekijälle tai moneen kertaan		76 (8,6 %)					
29.3 Aukioloajat ovat hankalat		79 (8,9 %)					
29.4 Hoitopaikka oli hankalan matkan päässä		80 (9,0 %)					
29.5 Oma taloudellinen tilanteeni vaikeutti hoidon saamista		77 (8,7 %)					
29.6 Liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat hoidon saamista		78 (8,8 %)					
		0,901	0,798 p<0.01	Taloudelliset asiat vaikeuttivat hoitoni saamista			
30. Miten seuraavat asiat ovat toteutuneet selkäydinvammaisi hoidossa? Jos sinulla on useita sairauksia, niin valitse vaihtoehto eniten hoitovaikeuttavien sairauksien mukaan.	30.1 Tieto kulkee hoitopaikkani sisällä henkilökunnan välillä	1-4 (1=aina... 4=ei koskaan)	ei	133 (15,0 %)	0,882	0,543-734 p<0,01	Selkäydinvammaani / vaativimman sairauteni hoidossa toteutui tiedon kulkeminen eri sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavien toimijoiden välillä.
	30.2 Tieto kulkee hoitopaikkani ja sairaalan tai muun erikoissairaanhoidon välillä			142 (16,1 %)			
	30.3 Tieto kulkee kotisairaanhoidon ja muun terveydenhuollon välillä			397 (44,9 %)			
	30.4 Tieto kulkee hoitopaikkani ja sosiaalipalvelujen välillä			347 (39,3 %)			
	30.5 Kanssani on sovittu miten itse hoidan sairauttani			129 (14,6 %)			
	30.6 Jos on useita sairauksia: kaikki sairauteni huomioidaan hoidossa kokonaisvaltaisesti			169 (19,1 %)			
							Hoidossani toteutui kaikkien sairauksieni huomiointinen kokonaisvaltaisesti

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

”MEILLÄ ON IHAN ERI ONGELMAT JA ERI TRAUMAT JA JUTUT KUIN MIEHILLÄ”

Naiserityiset palvelut rikostaustaisten naisten yhteiskuntaan integroitumisen ja kuntoutumisen tukena

Johdanto

Rikosseuraamuksissa naiset ovat määrällisenä vähemmistönä, mikä näkyy palveluissa vankiloissa ja vankilasta vapauduttaessa. Vankiloissa ja päihteidenkäyttöverkostoissa vallitseva maskuliininen hegemonia vahvistaa dikotomisia sukupuolirooleja. Naiset ovat siten vähemmistönä päihteidenkäyttäjinä ja vankeina. (Mm. Salovaara 2019, Tammi-Moilanen 2020.)

Tutkimuksen keskeisinä käsitteinä ovat nais erityisyys, integroituminen ja kuntoutuminen. Naiserityisen lähestymistavan lähtökohtana on lisätä tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta. Miesnormiin perustuvassa toiminnassa tulee ottaa huomioon naisten elämänhistoria, ihmissuhteet ja niistä johtuvat tarpeet. Naiserityisessä lähestymistavassa sukupuoli ymmärretään kulttuurisissa suhteissa tuotettuna ja ylläpidettynä toimintana (Salovaara 2023a), ja lähestymistapa ottaa huomioon intersektionaalisuuden taloudellisen aseman, sosiaaliluokan, etnisen taustan ja iän tuottamat erilaiset valta-asetat (Mattson 2021). Yhteiskuntaan integroitumisella tarkoitamme vankilasta vapautuvan

mahdollisuuksia kiinnittyä ja tuntea kuuluvansa yhteiskuntaan tasavertaisena jäsenenä. Olennaisena osana tässä prosessissa on päihteidenkäytöstä ja rikoksista irtaantuminen. Kuntoutuksella tarkoitamme niitä tukitoimia, jotka helpottavat integroitumista, kuten päihteistä ja rikoksista eroon pääsemistä sekä työ- ja opiskelumahdollisuuksia. Kuntoutuminen tarkoittaa näissä edistymistä. Siihen vaikuttaa saatu kuntoutus, kuntoutujan oma toiminta ja motivaatio. Kuntoutuminen on siten osa yhteiskuntaan integroitumisen prosessia.

Naiserityisen tuen ja palveluiden tarve rikosseuraamustyön ja sosiaalityön näkökulmasta

Rikosseuraamuslaitos vastaa Suomessa ehdottomien vankeusrangaistuksien, sakkotuomioiden ja tutkintavankeuden toimeenpanosta. Vankilat jaetaan suljettuihin vankiloihin, jonne suurin osa vangeista ensin menee, ja avovankiloihin, jonne pääsyn edellytyksenä on etenkin päihteidenkäytön hallinta. Vain naisille tarkoitettuja vankiloita vuonna 2023 olivat Hämeenlinnan, Vanajan ja Kestilän

vankilat. Rikosseuraamustyö on tavoitteellista rikosten uusintariskiin puuttuvaa ryhmä- tai yksilömuotoista työskentelyä. Rikosseuraamuslaitoksessa on selvitetty naisten tarpeisiin vastaavaa vankeudenhoitoa (Nais-ten vuoro 1999, Naiset näkyviksi 2008, Naiserityisen ... 2010). Konkreettisia toimenpiteitä käynnistettiin vasta Naisvankiselvityksen (Tammi-Moilanen 2020) myötä. Se toi näkyväksi naisvankien tilanteen, muutoksia heidän sijoitteluunsa sekä keskitti nais erityisen lähestymistavan ja naisvangit muutamaan vankilaan.

Naiserityisen lähestymistavan avulla miesnormille perustuvissa toiminnoissa muun muassa vankiloissa lisätään ymmärrystä naistapaisesta toimijuudesta, naisten traumataustasta, ihmissuhteiden kompleksisuudesta sekä niistä johtuvista erityistarpeista. Kuitenkin se nimenä on ulossulkeva ja perustuu oletukseen kahdesta sukupuolesta. Naiserityinen lähestymistapa on käytännössä kuitenkin sukupuolisensitiivistä, eikä siihen sisälly oletusta yhtenäisestä naiseudesta tai mieheydestä. Sukupuoli ei tiivisty dikotomiseen sukupuolijakoon, vaan käsite sisältää myös muun-, inter- ja transsukupuoliset henkilöt, joiden sukupuoli jää näkymättömiin rikosseuraamuksissa ja päihdeidenkäyttöverkostoissa. (Salovaara 2023a, 133–135.)

Vaikka nais erityisyyden määrittely ei ole yksiselitteistä, käytämme sitä, koska sillä on vakiintunut asema rikosseuraamuksissa ja päihdehoidossa. Naiserityinen lähestymistapa sisältää: (1) naiseuden ja sukupuolen merkityksen, (2) minuuden, identiteetin, tunteet ja niihin fokuoituvan työn, (3) traumaattiset kokemukset ja psykiatrisen oireilun huomiointamisen, (4) suhteet eri näkökulmista, ja (5) psykososiaaliset kysymykset ja yksilöllisen muutostyön. (Karttunen 2019, 58.)

Naiserityistä vankeutta ja vapautumisen tukea koskeva englanninkielinen tutkimus on kehittynyt ja painottuu lähinnä Britanniaan ja Yhdysvaltoihin, kuten muukin kriminologinen kirjallisuus (mm. Carlen 2002, Carlen & Worrall 2004). Feministisen kriminologian fokuksena on erityisesti ollut sukupuoli ja sen merkitys rikosten tekemisessä, kokemisessa ja uhriksi joutumisessa sekä vallan ulottuvuuksissa (mm. Chesney-Lind

& Morash 2013, Silvestri & Crowther-Dowey 2016). Naiserityisyyden käsitteen määrittelyyn ja kansainväliseen vertailuun liittyy kuitenkin haasteita (Karttunen 2019, 52–56, 58).

Vankilaan tuomituilla naisilla on usein traumaattisia kokemuksia kasvuolojen epävakauden, kaltoinkohtelun tai päihdeidenkäyttöverkostojen systeemisen väkivallan takia (mm. Viitanen 2013, Hautala ym. 2018, Levenson & Willis 2019). Naisvankeja voidaan pitää vaurioituneena ja haavoittuneena vankiryhmänä (Tammi-Moilanen 2020) sukupuolistuneen väkivallan vuoksi.

Vapautuvat vangit ovat aikuissozialityön haastavimpia asiakkaita, jotka hyötyisivät intensiivisestä, vankilassa alkaneesta työstä (Karsikas 2014, 107). Kuitenkaan vankiloiden sosiaalityön resurssointi ei ole tarpeenmukaista (Salovaara 2019), eikä aikuissozialityö kykene riittävästi tavoittamaan vankiloissa olevia, koska yhteistyö vankiloiden ja sosiaalitoimien välillä on riittämätöntä (mm. Salovaara 2021). Vankilasta vapautuvat ovat eri tilanteissa henkilöhistoriansa, vapautumistapansa (vapautuminen suljetusta vankilasta, suoraan avovankilasta tai avovankilasta valvotun koevapauden kautta) ja asuinalueensa perusteella. Kukin hyvinvointialue järjestää vankilasta vapautuvien palvelut omalla tavallaan. Heidän tarvitsemiin palveluihin ovat tyypillisimmin päihde-, asumis-, työllistämisen- ja kuntoutuspalvelut. Päihdepalveluihin pääsemisen mahdollisuudet riippuvat resursseista, mikä ei vastaa todellista tarvetta ja kysyntää (Ranta 2019, Vanjusov 2022).

Naiset tarvitsevat heille suunnattua rangaistusajasta päihdekuntoutusta sekä traumataustan huomioon ottavaa kuntoutusta (Granfelt 2007). Vaikka kaikki vankilaan tuomitut eivät käytä päihkeitä, päihdeiden käytön ja rikoksiin syyllistymisen välillä on vahva yhteys (mm. Joukamaa ym. 2010). Lisäksi huumeekuvioissa vallitsevat olosuhteet vaurioittavat niissä eläviä naisia, samoin kuin niiden systeeminen väkivalta (mm. Hautala ym. 2018, Virolainen 2018). Suomensisäisesti huumeita käyttävät naiset ovat kokeneet eriarvoisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa (Virokannas 2017), ja he kokevat

mielekkäänä vertaistuen kautta saadun avun (Virokannas 2021). Usein päihteidenkäyttö on ylisukusukupolvista (Virokannas 2019) sekä perhesuhteita (Hautala 2021) ja läheisyyttä (Karttunen 2021) haavoittavaa.

Suurimmalla osalla naisvangeista on lapsia, joiden elämään vankeus vaikuttaa monin tavoin huoltajuussuhteen ja asuinjärjestelyjen mukaan (Enroos 2015). Naisten kokemaa ja tekemää väkivaltaa on viime vuosina tutkittu Suomessa (Lattu 2016, Venäläinen 2017, Virolainen 2018, Salovaara 2019), ja väkivaltakäyttäytymiseen liittyvä kuntoutus on perusteltua naisvankien väkivaltakokemusten yleisyyden vuoksi. Naiseryitysten palveluiden lisääminen edesauttaa rikostaustaisten naisten kokonaisvaltaista kuntoutumista ja integroitumista yhteiskuntaan. Vankiloissa olevat naiset ovat usein miehiä huonommassa asemassa taloudellisesti ja terveydellisesti (Viitala 2013).

Tutkimuseettinen pohdinta

Tutkimuksemme kohteena olevia naisia voi pitää monilta osin haavoittuvissa elämäntilanteissa olevina. Tutkimuksen toteuttamisessa, aineiston keruussa ja analysoinnissa on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2019) laatimia hyvän tutkimustavan mukaisia käytäntöjä. Haastatteluille selvitettiin huolellisesti tutkimuksen tarkoitus ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkimuseettisyys merkitsee meille haastateltavien arvostamista. Haastatellut naiset olivat tietoisia osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä oikeudestaan olla osallistumatta tai keskeyttää osallistumisensa halutessaan. Kukin luki ja allekirjoitti suostumuslomakkeen. Tutkijoina meille oli tuttua työskennellä rikostaustaisiin liittyvien aihealueiden parissa, joten sensitiivinen lähestymistapa aineistonhankinnassa ja analysoinnissa oli osa työskentelyprosessiamme. Tutkimuksessa, joka kohdistuu vankilasta vapautuneisiin naisiin, on erityisen tärkeää tunnistaa haavoittuvassa elämäntilanteessa olevien haasteita sekä tarjota heille tukea. Kiinnitimme huomiota haastateltavien anonymiteettiin ryhmän pienuuden ja tunnistamisherkkyuden vuoksi. Emme kysyneet

sensitiivisistä tai henkilökohtaisista asioista, vaikka osa haastateltavista kertoi elämästään vankeudessa ja vankeuden jälkeen. Nämä omakohtaiset tarinat olivat heidän tapansa konkretisoida tuen tarpeita.

Kokemusasiantuntijoiden kouluttaminen mahdollisti toiselle tutkijalle läheisen ja luottamuksellisen suhteen tutkimukseen osallistuneisiin kokemusasiantuntijoihin. Tämä kaksoisrooli edellytti tutkimusprosessissa refleksiivisyyttä. Kokemusasiantuntijakoulutuksen käyneet henkilöt kertoivat haastattelijalle yksityiskohtaisia asioita omista tilanteistaan. Samanaikaisesti tutkijalla on kaksoisroolinsa vuoksi erityinen vastuu tutkimukseen osallistuneiden edun mukaisesta osallistumisesta tutkimukseen. Tutkimuksessa keskiössä oli naisille suunnattujen palveluiden tarkastelu eikä niinkään naisten menneisyyteen liittyneet vaikeat elämäntilanteet.

Aineisto ja menetelmät

Naisvankien kuntoutus ja uudelleensijoittuminen yhteiskuntaan ovat tärkeitä ja rikosseuraamusten näkökulmasta myös ajankohtaisia aiheita. Naisvankien tuen tarpeet voivat olla monimuotoiset ja erityiset, mikä vuoksi palveluita ja kuntoutusta tulee tarkastella heidän näkökulmastaan. Tutkimuksen tavoitteena on keskittyä vankilasta vapautuneiden naisten palveluiden ja tuen tarpeisiin. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia naiseryityisiä palveluita ja kuntoutusta vankilasta vapautuvat naiset tarvitsevat?
2. Millaiset palvelut tukevat vankilasta vapautuvien ihmisten kuntoutusta?

Toinen tutkijoista keräsi tutkimusaineiston keväällä 2021 haastatteleamalla yhteensä 11 vankeudessa ollutta naista. Haastateltavat tavoitettiin tutkijan Facebookin työprofiilissa esitetyn haastattelupyynnön avulla. Haastattelusta kiinnostuneita pyydettiin lähettämään yksityisviesti tutkijan työprofiiliin, näin ollen kukaan ulkopuolinen ei tiennyt, kuka tutkimukseen osallistui. Kaikki haastateltavat ilmoittivat ilmoituksen jul-

kaisupäivänä kiinnostuksestaan osallistua tutkimukseen. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla Zoom-verkkokokousohjelman välityksellä. Haastatteluun osallistui yksitoista vankeudessa ollutta 34–70-vuotiasta naista. Vankeustuomioita haastatelluilla oli yhdestä kahdeksaan kertaa. Osa haastateltavista oli suorittanut kokemusasiantuntijakoulutuksen. Koulutuksessa omat kokemukset työtetään voimavaraksi ja osaksi omaa elämäntarinaa (Lindström & Toikko 2021), minkä myötä on mahdollista työskennellä sosiaali- ja terveyspalveluissa ammattilaisten rinnalla.

Vaikka naisten elämäntilanne, aiempi päihteidenkäyttö ja tehty rikos vaihtelivat, ainoastaan yhdellä haastateltavalla ei ollut ennen vankeutta tai sen jälkeen päihteisiin tai elämäntilanteeseen liittyviä haasteita. He kuvasivat vankeusaikaansa uutena mahdollisuutena sekä pysähdyksenä, joka mahdollisti oman ajattelutavan muuttumisen (myös Hautala & Kaarakka 2018, Salovaara 2019). Haastattelujen pituus vaihteli puolesta tunnista reiluun tuntiin. Haastattelut litteroitiin ja pseudonymisoitiin ennen analyysia. Tekstiä oli 150 sivua.

Tutkimukseen valitsimme kahden teeman aiheesta käydyt keskustelut: (1) naisvankien ja rikostaustaisten naisten palvelutarve ja (2) nais erityyseen kuntoutuksen kehittäminen rikosseuraamusprosessin eri vaiheissa.

Tarkastelimme aineistoa palvelutarpeiden ja sen erityispiirteiden näkökulmasta teoria-ohjaavan sisällönanalyysin avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009). Aineisto jäsenyi naisten palvelutarpeisiin ja nais erityyseen kuntoutuksen rikosseuraamusprosessin eri vaiheissa. Poimimme aineistosta vankilasta vapautuvien palvelutarpeita kuvaavia, määrittäviä ja haastavia kohtia. Tätä on kuvattu taulukon 1 kohdassa ”Pelkistäminen”. Ryhmittelimme havainnot alaluokiksi, joista tiivistimme keskeiset teemat kolmeksi yläluokaksi: vankilasta vapautteen ulottuva tuki, traumatiivinen ja nais erityyisyyden tunnistava palvelu sekä turvallinen ja häpeää vähentävä ”normaalin opettelu”.

Tulokset

Vankilasta vapautteen ulottuva tuki

Havaitsimme aineiston perusteella merkittävää olevan katkeamaton tuki vankeudesta vapautteen sekä rinnalla kulkeva ja asiakaslähtöinen palvelu. On myös tärkeää tukea päihitteettömyyteen, joka vähentää rikoksiin syyllistymistä. Tätä yhteyttä valotimme aiempaa tutkimusta käsittelevässä osuudessa. Päihdehuollon palvelut eivät aina ole kuitenkaan riittäviä ja oikealaatuisia, niihin pääsy ei ole oikea-aikaista eikä niissä oteta huomioon yksilöllisiä tarpeita (mm. Ranta 2019).

Taulukko 1. Esimerkki analyysista: pelkistäminen, ala- ja yläluokka.

Pelkistäminen	Alaluokka	Yläluokka
Hoitojakso vapauduttaessa	Vapautumisen tuettu alku	Vankilasta vapautteen ulottuva tuki
Taustan ymmärtäminen		
Tuettu siirtyminen		
Kokonaisvaltainen paketti		
Vapauttamisyksikkö	Matalan kynnyksen apu	
Avun vieminen		
Kohtaava henkilökunta		
Lähestyttävä työntekijä		
Stigman vähentäminen	Tuen jatkuvuus	
Rinnalla kulkeminen		
Kontaktin jatkuminen siviilissä		

”Naiset tarvii oman vapauttamisyksikön, missä olis psykososiaalista kuntoutusta ja opeteltais itsenäistä ja arjenhallinnallista elämää, mihin sisältyis ... päihdeongelma, tai sit rikokset - niiden hoitaminen... Että vankilassa aloitettais kuntouttavalla osastolla, jonka jälkeen jatkopolutuksena R-kuntoutus¹ vapauttamisyksikköön. ... Oma, missä ollaan naisten kesken ja pureudutaan naisten ongelmiin, itsetuntoon, päihteisiin, läheisriippuvuuteen ja tämmöseen - kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.” (H4)

Esille nousi polkuajatus, jossa yksilöä ohjataan vankeudessa, vapauduttaessa sekä vapautumisen jälkeen tuetusti ja yksilöllisesti rikoksettomaan ja päihteettömään arkeen. Suunnitelmallinen vapautuminen ottaisi kokonaisvaltaisesti huomioon yksilön koko elämäntilanteen:

”Et ei ois vaan rangaistusajan suunnitelma ja noudatat sitä, vaan ois kokonainen paketti, ja ois samat työntekijät koko sun matkan ajan. Ja siihen sisältyis lastensuojelu, Kela, sossu. Ku sosuhan on yleensä se maksava taho, jos sä lähet siviilipuolella kuntoutukseen, ellei se oo rangaistusajan kuntoutus. Ja sitte joku työntekijä, mahdollisesti vankilan työntekijä, sit jonku hankkeen työntekijä, et kyllähän se varmasti vaatii enemmän töitä, mut semmonen kokonaislaajan juttu, ja myös, et se vanki tulee kuulluks.” (H6)

Varhaisessa vaiheessa vankilassa alkava ja vapautumisen jälkeen jatkuva, kaikkia hylkijä koskeva päihdekuntoutus tukisi kuntoutumista. Jo vapautumista suunniteltaessa koottaisiin yhteen vapautujan kanssa työskentelevä ja tämän asioita hoitava moniammatillinen tiimi. Sitaatin ”sossu” tarkoittaa aikuissosiaalityön sosiaalityöntekijää, jolla usein on portinvartijan rooli päihdekuntoutukseen pääsemisessä (Ranta 2019). Tällaisen vapautumispaketin etuna olisivat matalankynnyksen tietojen vaihto, moni-

ammattillisuus sekä vapautuvan kuulluksi tuleminen ja hänen tuentarpeensa näkyväksi tekeminen.

Vangeilla on sattumanvaraisesti tietoa siitä, millaiseen apuun ja tukeen heillä olisi mahdollisuus ja keneltä sitä voisi pyytää. Vapautumisen tukiverkoston koordinointi ja koollekutsuminen mahdollistaisi vapaututtaessa oikeanlaisiin palveluihin pääsyn. Asiakaslähtöinen tilannekartoitus hyvissä ajoin ennen vapautumista mahdollistaisi nopean puuttumisen, mutta vankiloissa tehtävän sosiaalityön aliresursoidussa nykytilanteessa se on mahdotonta.

”Pitäis kuunnella vankia ja mitä vanki elämäntänsä hakee. Kattoo asuntoasioita, lastensuojelujuttuja, kaveripiiriä, päihteitä ja vertaistukee. Alkaa rakentamaan siviiliin jo linna-ajoissa sitä, ettei jää tyhjin käsin. Tää on ongelma monilla, miks palaa vankilaan, naisetkin. Koska ne joutuu sinne samaan, vaikka väkivaltaseen elämään takas miehen luo, ku niillä ei oo paikkaa, mihin ne menee. Ne ei tiää, mistä hakee apua, ei luota kehenkään, niillä ei oo ketään semmosta.” (H3)

Vankeusaika voi olla pysähtymisen paikka, joka mahdollistaa tunteiden ja ajatusten läpikäymisen sekä muutostarpeen synnyn (Hautala & Kaarakka 2018, Salovaara 2019). Kaiken vankeusaikana tehtävän työn tulisi puuttua rikoksille altistaviin olosuhteisiin. Väkivalta on päihteiden ohella yksi merkittävimmistä rikoksiin altistavista tekijöistä. Naisten kohdalla parisuhdeväkivallan kokemukset ovat yleisiä, ja niiden tyypillisenä seurauksena on itse tehty väkivalta ja päihteiden riippuvuuskäyttö. (Joukamaa ym. 2010, 47–49, Virolainen 2018.) Sosiaalinen verkosto voi olla joko päihdeettömyyttä ja rikoksettomuutta tukeva tai vahingoittava, väkivaltainen ja päihdemyönteinen. Tärkeänä nähdään rinnalla kulkeva vertaistuki:

”Nivelvaihe, kun on ollu vankeusrangaistuksella, ja lähdet sieltä asunnottomana, lapset huostaanotettuna, narkkitaustalla. Ei paljon oo mihin

¹ Rangaistusaikainen päihdekuntoutus.

takertautua tai tarttua kiinni. Tässähän ollaan Suomessa hyvin pitkälti menty siihen, kun on tää koevapaus. Tämähän on valtavan hyvä naisille, koska jos ja kun saa asunnon ja toimintavelvotetta, oppii siihen et elämänrytmi voi olla muutakin, kun mennä luukusta luukuun tai ettiä aina uutta poikaystävää, jolla on kamaa. Näissä toimintavelvotepaikoissa pitäis olla kokemusasiantuntijoita, vertaisia. Ei sellasia vertaisia, jotka vielä roikkuu puolessa välissä, vaan niitä, jotka on jo pitkällä oman kehityksensä ja kuntoutuksensa kanssa. Eli tää on se kehittämisyväylä, että pitäis olla sieltä vankilasta kontakti mukana vapautuvalle, jotta voidaan ennaltaehkäistä uudestaan vankilaan joutumista.” (H5)

Tuki ja kuntoutus rikoksettomaan ja päihteettömään elämään sisältää yhteiskuntaan kiinnittymistä (asunto, mielekäs tekeminen) ja päihteettömyyttä tukevia elementtejä (päihteen sosiaalinen verkosto, itse-tunto, tukevat lähisuhteet) sekä kokemuksen hyväksytyksi tulemisesta. Vertaistuki voi toimia viranomaiskontakteissa molemminpuolisena tulkkina, kulkea rinnalla ja saattaa palveluihin. Päihde- ja rikostaustaisen saattaa olla haastavaa toimia yhteiskunnassa erityyppisten palvelusteiden ja huumeisiin liittyvän stigman vuoksi, ja siksi palveluihin hakeutuminen ja sitoutuminen on voinut jäädä vaillinaiseksi.

Traumatietoinen ja nais erityisyyden tunnistava palvelu

Pelkkä palveluiden ja kuntoutuksen tarjoaminen ei suinkaan riitä, vaan olennaista on niiden saavutettavuus ja niihin pääsy. Vaikka kaikilla ei ole samanlainen menneisyys ja rikos- tai päihdehistoria, naisten menneisytydessä on havaittu olevan runsaasti kokemuksia moninaisesta väkivallasta (mm. Venäläinen 2017, Virolainen 2018). Traumatokemusten vuoksi palveluiden tulisi olla pelkästään naisille tarkoitettuja. Koettu turvallinen tila tukee niihin sitoutumista. (Mm. Karttunen 2019.)

”Mun mielest on parempi kaikist asioist puhuminen, kun nainen osaa samaistuu samalla tavalla tunteisiin ja täämösiin. Mitä noissa NA-ryhmissäkin, niin naisten ryhmissä on helpompi jakaa, kun ei tuu semmosii... Varsinki, se kun me tullaan tuolta ..., seksuaalinen jännitys, niin se on monelle ollu tosi iso homma jo jossain hoitolaitoksessakin. Jotkut ei käy ees salilla sen takii, kun siel on miehii. Se on tosi merkitys sillä, että on naispaikka.” (H7)

Päihnteitä käyttävien sosiaalisissa verkostoissa vallitsee vahva maskuliininen normatiivisuus, jossa nainen on alisteisessa suhteessa miehiin. Mitä pitempi päihneidenkäyttöhistoria naisella on, sitä todennäköisempiä ovat myös väkivaltakokemukset. (Karttunen 2019, Salovaara 2019.) Omista intiimeistä ja satuttavista asioista puhuminen on helpompaa toiselle naiselle. Sitaatissa esille tuotu seksuaalinen jännite ryhmätoiminnoissa toisintaa naisten aiempia väkivaltakokemuksia, jolloin omaan kuntoutukseen keskittyminen voi häiriintyä.

”Traumatietoisuus on ... mahdollistanut mulle sen, että pääsee eteenpäin noissa asioissa. On mahdoton korjata mitään, jos et tiedä, mitä oot korjaamassa. Et sä polkupyörän rengastakaan voi korjata, jos se on puhki ilman, et sä etit sitä vuotokohtaa. Se on vähän sama ihmisenä olemisessa, että jos et tiää, mistä kohtaa oot vaurioitunut, niin et sä voi sitä korjataakaan. Et ilman traumatietoisuutta en ois koskaan lopettanut päihneiden käyttöä. Ja vaikka olisin, niin ikinä voinut hyvin.” (H8)

Käsittelemättöminä traumat vaikeuttavat elämää monella tavoin. Sosiaalisen toimintakyvyn tasolle ulottuessaan ne vievät voimavaroja, ylläpitävät päihneidenkäyttöä ja ajavat naisia toistuvasti väkivaltaisiin parisuhteisiin. Päihneidenkäyttö ja uudet parisuhteet saattavat toimia hetkellisesti selviytymiskeinona mutta samalla altistaa heitä uusille traumaileille. (Fuentes 2014, Levenson & Willis 2019, Anderson 2020.)

”...Ku ne on availtu niitä asioita ja huomioon, miten ne on vaikka masentunujen jälkeen, niin oon joutunu ottaa kopin siitä ihmisestä ja mennä sitä ihmistä lähelle ja ohjaamaan erilaisiin ryhmiin. Et mä voin tulla sun mukaan, jos sä haluat. Niinku mennä NA-ryhmään tai johonkin. Et toi on paljon sitä, et mitä pitää huomioida asiakkaissa tai yleensäki ihmisissä, että jos olet valmis sörkkimään, niin olet valmis myös autamaan ja kulkemaan rinnalla. Ettei se ihminen jää ilman avun tarvetta, koska sillonhan se on vaaras, että ne palaa takas kadulle tai siihen entiseen elämään.” (H3)

Asiakastyön kohtaamisissa tulisi ottaa huomioon eettiset ja sensitiiviset lähtökohdat erityisesti silloin, kun työskennellään haavoittavissa elämäntilanteissa olevien asiakkaiden parissa. Asiakas joutuu usein toistamaan elämäntarinansa saadakseen oikealaatuisia palveluita. Työntekijän näkökulmasta toistaminen on ymmärrettävää, mutta asiakasnäkökulmasta se nostaa kerta toisensa jälkeen esille traumakokemukset. Asiakkaan kertoma saattaa synnyttää työntekijässä tarpeen auttaa, mutta asiakkaassa ne ylläpitävät traumakokemusta ja pitävät häntä kiinni mennessä. Traumojen käsittely on tärkeää, mutta sen tulisi tapahtua suunnitelmallisesti terapeutissa ympäristössä. (Anderson ym. 2020.)

Rinnalla kulkeva tuki sekä ammattilaisen ja asiakkaan välinen tulkki koettiin tarpeelliseksi. Vertaistuki on samankaltaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten kokemuksellisuuden avulla toteutuvaa kokemusten, tietojen, ajatuksien ja tunteiden jakamista (Nylund 2005, Hietala 2013), jossa vahvuutena on jaettuun kokemukseen liittyvä ja yhteisestä ymmärryksestä rakentuva samankaltainen kieli, joka merkitsee ihmiseltä ihmiselle tapahtuvaa avointa ja suoraan puhumisen mahdollisuutta. Vertaiset edistävät prososiaalista käyttäytymistä, päihitteettömyyttä sekä elämän muutokseen liittyviä selviytymismekanismia ja paluuta yhteiskuntaan (Stearns & Yang 2021). Vertaiset tuovat toivoa ongelmista selviytymisen mahdollisuuteen (Rissanen & Jurvansuu

2017) ja tukea kuormittavissa tilanteissa. Asiakassuhteessa olennaista on tulla kohdaksi ihmisarvoisesti:

”...Just juttelin yhden asiakkaan kanssa. Hän on entinen vanki, niin sosiaalityöntekijä ei näe muuta, kun sen sanan vanki. Et sitä ei nähdä ihmisenä, vaan se tuomitaan sen rikoksen takia ja kun se on entinen vanki, niin hän ei ole oikeutettu mihinkään muihin etuuksiin, toimiin tai tukiin, mihin tavallinen pulliainen, joka hakisi samoja etuuksia. Kun hän haki terapiaan, niin sanottiin, että vankila on ollu sun terapias.” (H9)

Vankilasta vapautuneen yhteiskuntaan integroitumista ja kuntoutumista tukevat hänen kokemuksensa siitä, että hänellä on yhdenvertaiset mahdollisuudet tulla huomioon otetuksi ja osallistua. Vankilasta vapautunut on vankeusrangaistuksensa suorittanut, eikä sen tulisi estää hänen tarvitsemiensa palveluiden saamista. Kyse on myös asiakastyön ammatillisuudesta, jolla tuetaan asiakkaan toimijuutta ja identiteettiä sen sijaan, että annettaisiin asiakkaan menneisyyden toimia itseään toteuttavana ennusteena. (Mönkkönen 2018.)

Turvallisuus ja häpeää vähentävä ”normaaliin” opettelu

Vapautumista tukevien palveluiden tulisi mahdollistaa rikokseton ja päihitteeton arki ja tarjota riittävää tukea siinä onnistumisessa. Naiset haluavat muuttaa elämäänsä, mutta heillä ei ehkä ole keinoja ja osaamista siihen:

”Jos lähdetään kuntouttamaan ihmisiä, sillon pitäis olla hyväksyvä, tasavertainen ja turvallinen ympäristö, mikä tukee sitä naiseutta ja identiteetin kasvamista niissä rajoissa, missä vankilassa pystyy. Et sitä pitäis enemmän naisten kanssa kehittää, koska kuuluu johonkin tukee myös itsetunnon ja identiteetin kasvamista, kun sä oot hyvässä ja turvallisessa ympäristössä ja siellä sut hyväksyy saman sukupuolen edustajat.” (H4)

Turvallisen tilan tulisi ulottua vankilasta kohtiin. Vankiloiden laitosturvallisuus tarkoittaa yleistä järjestystä ja väkivallattomuutta, mikä ei välttämättä sisällä vankien omaa turvallisuuden kokemusta (Saari 2021). Nais erityisistä näkökulmasta turvallisessa vankilassa laajennetaan vankilaturvallisuutta ottamaan huomioon myös asiakkaiden subjektiivinen ja psyykkinen turvallisuus ilman sukupuolista häirintää (Tammi-Moilanen 2020). Turvallisuuden luomisessa on olennaista psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus (myös Karttunen 2019). Samat elementit pätevät myös vapaudessa tarjottavissa palveluissa.

”Kun elää itsetuhoisesti toisten poljetuna ja hyväksikäytettynä. Vankilassa on jätkänä ja käyttömaailmassa on tosi jätkänä. Miten löytyisi terveempi tapa arvostaa itseään. Kun naisilla on tosi huono käsitys itsestään tai tosi väärinystynyt. Kun on ollut pidemmän aikaa vapaana ja on onnistunut asioissa, on pieniäkin asioita, niistä saa tosi paljon voimaa. Ja kun ne ei ole tehnyt aikaisemmin mitään, jos on käyttänyt kamaa ja sekoillut vaan. Normaali asiat tuntuu tajuttomilta, että miten ihmisiä saisi tekemään terveitä juttuja. Ihan mitä vaan, mikä on toisten mielestä tavallista, mutta niille naisille tosi ihmeellistä. Ehkä sitä oikeasti on niin ulalla, että ei tee asioita, kun ei niitä ole tehnyt silloin. Tarvii jonkun näyttämään, että näitäkin voi tehdä, kun on uudenlainen elämä ja uudenlainen maailma, mihin vapautuu. Jos aikoo tehdä elämänmuutosta, niin siihen tarvitsee kyllä tukea ja näyttää mitä asioita tehdään.” (H2)

Tuettuun ja onnistuneeseen vapautumiseen kuuluu rikoksetoman ja päihdeettömän elämän opettelua ja vanhoista toimintatavoista poisoppimista. Se on opettelua harrastamaan, säännölliseen vuorokausirytmiiin ja tavanomaiseen elämään kuuluviin asioihin. Uuden opettelu vaatii rohkeutta kokeilla omia rajojaan ja epäonnistua. Aina oma yrittäminen ei riitä, sillä muutostyöskentelyä saattavat rajoittaa huonot kokemukset ja

kanssaihminen ennakoasenteet (Virokanas 2017, Salovaara ym. 2023).

Kokemus epäasiallisuudesta toisintaa naisten häpeäkokemuksia ja ylläpitää käsitystä omasta huonomuudesta. Käsittelemätön häpeä estää tuen hakemista ja pääsyä oikeisiin palveluihin. Häpeä saa tuntemaan itsensä toisenlaiseksi, vääräksi ja epäonnistuneeksi. (Tyler 2020, Addison ym. 2022.) Mikäli palvelujärjestelmä jatkuvasti uusintaa tätä tunnetta, naisissa syntyy kokemus ulkopuolisuudesta (Salovaara ym. 2023). Myös vankeus saattaa olla traumaattinen kokemus. (Kelman ym. 2022.) Traumatiainen hoito ja trauman vakauttaminen tulisikin ottaa huomioon naisten parissa tehtävässä työssä (Miller & Najavits 2012, Jewkes ym. 2019).

”Päihdeettömyys on ensiarvoisen tärkeitä, et voi ylipäänsä korjata asioita elämässä. Et sä voi korjaa sun väkivaltaisuutta, ettii sun traumoja tai tehdä mitään muutakaan, jos sä oot kamoissa. Ei se mee silleen. Mun mielestä pitäis olla naisillekin enemmän väkivaltaan ja sen vähentämiseen perustuvia juttuja. Ja naisten kohdalla myös perheasiaan. On hirveesti naisia vankiloissa ja muualla, missä niil on perhettä, sitä ei oo välttämättä olemassakaan tai jos on mahdollisuus saada vaikka lapset takas, niin niillä ei oo välttämättä hajuakaan, että miten semmisiin asioihin suhtaudutaan tai kuinka alotetaan. Tai äitiyteen keskitytään aika vähän ja siihen liittyy aika vahva stigma, et sä oot vankiäiti tai päihdeäiti tai mitä tahansa. Et sitäkin mun mielestä pitäis pyrkiä vähentään.” (H8)

Riittävä, oikea-aikainen ja -laatuinen päihdekuntoutus on useimmiten rikoksista luopumisen ja kuntoutumisen perusedellytys. Pelkästään rikosten ja päihdeidenkäytön lopettaminen ei kuitenkaan riitä, vaan yksilö tarvitsee tukea muilla elämän osa-alueilla. Vaikka kaikki vankilasta vapautuvat naiset eivät ole äitejä, äitiyteen kietoutuvat häpeän, syyllisyyden ja epäonnistumisen tunteet ovat riski integraatiolle. Lähi-suhteiden ja erityisesti lasten merkitys tukee naisia

muutokseen ja on motivaatio siihen. (Mm. Virokannas 2019, Karttunen 2021, Hautala 2021, Nichols ym. 2022, Salovaara 2023b.) Vankilasta vapautuvat naiset tarvitsevat yksilöllistä ja tarpeet huomioon ottavaa tukea päihteettömyyteen sekä viranomaisasiointiin. Moniammatillisen verkoston avulla he ohjautuvat paremmin oikeisiin palveluihin.

Pohdinta ja johtopäätökset

Halusimme selvittää, millaisia nais erityisiä palveluita ja kuntoutusta vankilasta vapautuvat naiset tarvitsevat ja millaisia erityispiirteitä näissä palveluissa tulisi olla. Vankilasta vapautuva kokee elävänsä yhteiskuntaan kuulumisen rajapinnalla. Vankilasta vapautuen ulottuvat tuen ja kuntoutuksen tarpeet ovat heidän taustojensa pohjalta moninaisia. Havaitimme polkuajattelun ja asiakaan rinnalla kulkemisen tukevan vapautuvia naisvankeja.

Naiset tarvitsevat turvallista ja häpeää vähentävää tukea vankeudessa ja sen jälkeen. Se edellyttää intensiivistä ja oikea-aikaisista yksilötyötä, jonka perustana on luottamuksellinen vuorovaikutussuhde ja asiakaan kannattelu haastavissa tilanteissa. Psykososiaalisen tuen lisäksi tarvitaan elämän- ja arjenhallinnan yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa. (Wendt & Fraser 2019, Karjalainen ym. 2021.) Naisten sensitiiviset kokemukset äitiydestä, parisuhteista, väkivallasta ja seksuaalisuudesta edellyttävät hienotunteisuutta ja käsittelyä ammattilaisen tai kokemusasiantuntijan kanssa (Griffiths ym. 2020, Turunen & Granfelt 2021).

Rikosseuraamuksissa ja eri palveluissa naisia saatetaan pitää hankalina asiakkaina, joiden kanssa työskentely koetaan vaikeaksi (Salovaara 2019, Tammi-Moilanen 2020). Tämä johtuu siitä, että palvelut on rakennettu miestapaisen toiminnan ja miesten tarpeiden mukaan. Ymmärrys traumataustasta ja nais erityisistä tarpeista mahdollistaa naisvankeihin liittyvien kielteisten käsitysten purkamisen.

Lähes kaikilla kerätyn aineiston haastateltavilla oli melko samanlainen polku ja osalla heistä oli kokemusasiantuntijakoulutus, joka osaltaan saattoi vaikuttaa heidän

mielipiteisiinsä. Aineisto ei myöskään mahdollistanut aiheen tarkastelemista laajemmin sukupuolisensitiivisesti. Mielenkiintoista olisikin laajentaa tarkastelua siihen, miten esimerkiksi muunsukupuoliset kokevat palveludentarpeen.

Nais erityiset tuen tarpeet eivät pääty vankeustuomioon. Suurimmalla osalla rikostaustaisista naisista on aiempia traumakokemuksia. Nais erityiset tarpeet huomioon ottavilla palveluilla tuetaan naisten integroitumista yhteiskuntaan sekä heidän kuntoutumistaan. Tarvitaan myös rakenteellista muutosta ja esimerkiksi Vantaan vankisosaalityön kaltainen malli, jossa vankilasta vapautuvien asioita hoitaa asiaan perehtynyt henkilö (Piispa & Lind 2021). Vastaavan mallin laajempi käyttö mahdollistaisi ja vahvistaisi rikostaustaisten yhteiskuntaan integroimista. Nais erityisten tarpeiden tunnistaminen edellyttää heille suunnattujen palveluiden, niiden koordinoimisen ja erilaisten interventtioiden keskittämistä sosiaalityöntekijälle.

Tulosten merkitys: Artikkelin avaa nais erityisten tukipalveluiden merkitystä vankilasta vapautuvien naisten kokemusten kannalta. Vaikka naiset ovat vähemmistönä vapautuvista, on heidän vapautumisensa tukeminen ensiarvoisen tärkeää heidän läheistensä ja etenkin lapsiensä kannalta. Tulokset tuovat esille sen, kuinka tärkeää on rinnalla kulkeva ja vankilasta vapautuen ulottuva tuki. Nykyiset vankilasta vapautuvien palveluihin liittyvät käytännöt vaihtelevat eikä niissä tunnusteta riittävästi naisten tarpeita.

Tiivistelmä

Viime vuosina on rikosseuraamuksissa ja vapautuvien parissa työskentelevien parissa huomattu vankiloissa olevien ja sieltä vapautuvien naisten erityistarpeet. Erityisesti naisten kuntoutustarpeisiin vaikuttavat traumatausta, kompleksiset lähi-suhteet sekä koettu häpeä ja stigma. Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena

on, millaisia tuen tarpeita naisvangeilla on ja millaisia nais erityisiä palveluita ja kuntoutusta vankilasta vapautuvat tarvitsevat. Tutkimusaineisto tuotettiin haastatteleamalla yhtätoista rikostaustaista naista.

Haastatteluaineiston analyysin kautta rakentui naisvankien tuentarpeista kolme keskeistä seikkaa. Ensimmäkin vankilasta vapauteen ulottuva ja eri nivelvaiheissa katkeamaton tuki on tärkeää. Toiseksi palveluiden tarjoaminen ja palveluvalikoiman kattavuus eivät ole riittävät, vaan tarvitaan traumatietoisia ja nais erityisyyden tunnistavia palveluita. Tämä merkitsee traumojen käsittelyä terapeutisessa ympäristössä sekä mahdollisuutta vuorovaikutukseen, jossa voi keskustella luottamusta vaativista asioista. Kolmanneksi korostui turvallisen ja häpeää vähentävän ”normaaliin” opettelu mahdollisuudet. Turvallinen ympäristö on naiseutta tukeva sekä vapaa häirinnästä. Häpeää vähentävä ”normaaliin” opettelu mahdollisuus merkitsi toisaalta uusien asioiden opettelua sekä poisoppimista vanhoista tavoista.

Avainsanat: rikostausta, naiset, naisvankit, vankeus, palvelut

Abstract

“We have different problems and traumas than men have” – Women-specific services supporting the integration and rehabilitation of women with criminal background

During the recent years in criminal sanctions and workers who work among releasing convicts, it has been noticed that women who are either in prison or releasing have special needs. Especially traumatic background, complex relationships, shame, and stigma are causes for rehabilitation needs. This research focuses on what kind of supportive needs women convicts have and what kind of women specific services and rehabilitations releasing convicts need. The research

data was conducted with interviews of 11 women with criminal background.

Three main themes were derived by analyzing the interview data. First, the need for ongoing support for releasing convicts during different stages of being a convict and being released. Second, the services offered, and the variety of services are not enough. Women specific and trauma aware services are needed. This means that traumas are dealt in therapeutic environment and there is a possibility for interaction, where confidential matters can be discussed. Third theme that rose from the material was the possibilities for safe and shame reducing learning for “normal life”. Safe environment is supporting femininity and free from harassment. Shame reducing learning for “normal life” would mean both learning new things and learning to avoid old habits.

Keywords: criminal background, women, women convict, incarcerated women, imprisonment, services

**Ulla Salovaara, YTT, yliopistonlehtori,
Lapin yliopisto**

**Janika Lindström, lehtori,
Laurea-ammattikorkeakoulu**

Lähteet

- Addison M, McGovern W, McGovern R (2022) Stigma Under the Skin. Teoksessa: M Addison, W McGovern, R McGovern (toim.) Drugs, Identity and Stigma. Palgrave Macmillan, Cham, 1–23.
- Anderson J D, Pitner R O & Wooten N R (2020) A gender-specific model of trauma and victimization in incarcerated women. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 30, 2, 191–212. <https://doi.org/10.1080/10911359.2019.1673272>.
- Carlen P (2002) *Women and Punishment. The Struggle for justice.* Willan Publishing, London.
- Carlen P, Worrall A (2004) *Analysing Women's Imprisonment.* Willan Publishing, London.
- Chesney-Lind M, Morash M (2013) Transformative Feminist Criminology. A Critical Re-thinking of a Discipline. *Critical Criminology*, 21, 287–304. <https://doi.org/10.1007/s10612-013-9187-2>

- Enroos R (2015) Vankila, vanhemmuus ja lapsi – näkökulmia perhekäytäntöihin. *Acta Poenologica* 2. Rikosseuraamuslaitoksen koulutuskeskus. Rikosseuraamuslaitos, Helsinki.
- Fuentes C (2014) Nobody's Child. The Role of Trauma and Interpersonal Violence in Women's Pathways to Incarceration and Resultant Service Needs. *Medical Anthropology Quarterly* 28, 1, 85–104. <https://doi.org/10.1111/maq.12058>
- Granfelt R (2007) "Oppisin elämään riippuvuuteni kanssa". Tutkimus naisvankien päihdekuntoutuksesta Vanajan vankilassa. Rikosseuraamusvirasto, Helsinki.
- Griffiths L, Bailey D, Slade K (2020) Exploring the listener scheme in a women's prison. The importance of a gendered approach to peer support for women who self-harm in custody. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 15, 6, 347–360. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-01-2020-0004>
- Hautala S (2021) Kertomuksia huumeiden ongelmakäytön haavoittavista perhesuhteista. Teoksessa J Järvinen-Tassopoulos, H Pirskanen (toim.) Riippuvuus perheessä. Gaudeamus, Helsinki, 168–196.
- Hautala S, Hakkarainen P, Kuussaari K, Kataja K, Kailanto S (2018) Väkipalva osana huumeekuvioita. *Oikeus* 47, 1, 12–28.
- Hautala S, Kaarakka O (2018) Vankilasta vapautuminen sosiaalisen kuntoutuksen haasteena. Teoksessa J Lindh, K Härkäpää, K Kostamo-Pääkkö (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Hietala O (2013) A-klinikan asiakaskahvilassa: etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulle antamista merkityksistä. Diakoniammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Jewkes Y, Jordan M, Wright S, Bendelow G (2019) Designing 'Healthy' Prisons for Women. Incorporating Trauma-Informed Care and Practice (TICP) into Prison Planning and Design. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, 3818. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203818>
- Joukamaa M, Aarnio J, von Gruenewaldt V, Hakamäki S, Hypén K, Lauerma H, Lintonen T, Mattila A, Tyni S, Vartiainen H, Viitanen P, Wuolijoki T (2010) Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve 2010.
- Karjalainen P, Kivipelto M, Liukko E, Muurinen H (2021) Osallisuutta ja toimintakykyä vahvistava aikuisosiaalisuus. Opas ammattilaisille. THL, Helsinki.
- Karsikas V (2017) Polku vapauteen. Psykososiaalisen työn kehittyminen ja rooli vankeinhoidon yhteiskunnallisessa tehtävässä. Teoksessa H Linderborg, M Suonio, T Lassila (toim.). Sosiaalisuus ja sosiaalinen tuki rikosseuraamusalalla. Rikosseuraamuslaitos, Helsinki, 91–135.
- Karttunen T (2021) Kannattelu ja vaurioituminen päihdeongelmista kärsivien naisten läheisyyksissä. Teoksessa J Järvinen-Tassopoulos, H Pirskanen (toim.) Riippuvuus perheessä. Gaudeamus, Helsinki, 141–167.
- Karttunen T (2019) Naisierityistä päihdehoitoa. Etnografinen tutkimus päihdehoitolaitoksen naisten yhteisöstä. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Kelman J, Gribble R, Harvey J, Palmer L, MacManus D (2022) How Does a History of Trauma Affect the Experience of Imprisonment for Individuals in Women's Prisons. A Qualitative Exploration. *Women & Criminal Justice* 0, 1–6. <https://doi.org/10.1080/08974454.2022.2071376>
- Lattu E (2016) Naisten tekemä väkivalta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Levenson JS, Willis GM (2019) Implementing Trauma-Informed Care in Correctional Treatment and Supervision. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 28, 4, 481–501. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1531959>
- Lindström J, Toikko T (2021) Survival stories as access to society: People with history of crime as experts by experience. *Nordic Journal of Criminology*. <https://doi.org/10.1080/2578983X.2021.1918435>
- Mattson, T (2021) Intersectionality i social arbete. Teori, reflection och praxis. Gleerups, Malmö.
- Miller N, Najavits L (2012) Creating trauma-informed correctional care. A balance of goals and environment. *European Journal of Psychotraumatology* 3, 1.
- Mönkkönen K (2018) Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus, Helsinki.
- Naisierityisen kuntoutuksen kehittäminen vankeinhoidossa (2010) Työryhmän raportti. Rikosseuraamuslaitos, Helsinki.
- Naiset näkyviksi (2008) Työryhmän mietintö. Rikosseuraamusvirasto, Helsinki.
- Naisten vuoro. Naisvankien tarpeet ja vankiloiden toiminnan kehittäminen (1999) Työryhmän raportti. Oikeusministeriön vankeinhoito-osasto, Helsinki.
- Nichols TR, Lee A, Gringle, MR, Welborn A (2022) Guilt, Shame and Getting Passed the Blame: Resisting Stigma Through the Good Mothering Ideal. Teoksessa: M Addison, W McGovern, R McGovern (toim.) Drugs, Identity and Stigma. Palgrave Macmillan, Cham, 51–75.
- Nylund M (2000) Varieties of Mutual Support. A Study of Finnish Self-Help Groups and Volunteers. THL, Helsinki.
- Piispa M, Lind H (2021) Taustalla rikos, edessä muutos: Suositukset viranomaisten saumattomalle yhteistyölle rikostaustaisten yhteiskuntaan kiinnittämisessä. Oikeusministeriön julkaisuja, mietintöjä ja lausuntoja 3. Helsinki.
- Ranta J (2019) Huumehoitoa koskevat neuvot ja valinnat matalan kynnyksen palvelun asiakkaiden ja työntekijöiden vuorovaikutuksessa. Teoksessa A Pehkonen, T Kekoni, K Kuusisto (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Vastapaino, Tampere, 253–287.

- Rissanen J, Jurvansuu S (2017) Vertaistoiminnan muodot ja merkitys päihde- ja mielenterveysjärjestöissä. *Kuntoutus* 40, 1, 5–17.
- Saari J (2021) Vankien kokemus turvallisuudesta. Teoksessa S Kainulainen, J Saari (toim.) *Suomalainen vanki. Arjen rakenteet ja elämänlaatu vankilassa*. Vastapaino, Tampere, 149–175.
- Salovaara, U (2023a) Nais erityiset ja sukupuolisensitiiviset toimintamahdollisuudet rikosseuraamusalalla. Teoksessa: O Kaarakka, K Nikula (toim.) *Rikosseuraamusalan etiikka – käsitteistä käytäntöön*. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus, 128–163.
- Salovaara U (2019) Rikoksista tuomitut naiset. Yhteisöstä erottaminen ja takaisin liittymisen mahdollisuudet. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus, Helsinki.
- Salovaara, U (2023b) Rikostaustaisten äitien lasten lastensuojelun asiakkuus kriisikokemuksena. Teoksessa: Raitakari, Suvi; Harrikari, Timo; Hekkala, Marja & Kivipelto, Minna (toim.) *Sosiaalityö poikkeuksellisissa olosuhteissa ja kriiseissä*. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2023. SoPhi: Jyväskylä, 92–117.
- Salovaara U (2021) Vankilasta vapautuvien naisten tuen tarve ja tukemisen mahdollisuudet. Teoksessa AL Matthies, AR Svenlin, K Turtiainen (toim.) *Aikuissosiaalityö*. Tieto, käytäntö, vaikuttavuus. Gaudeamus, Helsinki, 174–186.
- Salovaara U, Pirttilahti H, Lindström J (2023) Rikostausta, häpeä ja tunnustus -kokemuksia rikostaustaisten kohtaamisesta. Teoksessa: O Kaarakka, K Nikula (toim.) *Rikosseuraamusalan etiikka – käsitteistä käytäntöön*. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus: Helsinki, 164–190.
- Silvestri M, Crowther-Dowey C (2016) *Gender & Crime. A Human Rights Approach*. Sage, Thousand Oaks.
- Stearns, A. E., & Yang, Y. (2021). Women's peer to peer support inside a jail support group. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(11), 3288–3309.
<https://doi.org/10.1177/02654075211030333>
- Tammi-Moilanen K (2020) Naisvankiselvitys. Selvitys naisvankien olosuhteista, toiminnosta ja turvallisuudesta. Rikosseuraamuslaitos, Helsinki.
- TENK (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Tuomi J, Sarajarvi A (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Turunen S, Granfelt R (2021) Naisten asumispoluita kerrottua. Asukkaiden ja ammattilaisten kokemuksia asunnottomuudesta, kodista ja asumissosiaalisesta työstä. Y-Säätiö, Helsinki.
- Tyler I (2020) *Stigma: The Machinery of Inequality*. ZED: London.
- Vanjusov H (2022) Saatavilla, mutta ei saavutettavissa? Sosiaalioikeudellinen tutkimus päihdepalveluihin pääsystä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Venäläinen S (2017) *Women as Perpetrators of Violence. Meanings of gender and violence in the tabloid press and in the narratives of women imprisoned for violent crimes*. Artikkeliväitöskirja. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Viitanen P (2013) *The Health, Work Ability and Healthcare Needs of Finnish Female Prisoners*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Virokannas E (2017) Eriarvoisuuden kokemuksia ja hallinnan suhteita hyvinvointipalvelujärjestelmässä. Huumeita käyttävien naisten "standpoint". *Yhteiskuntapolitiikka* 82, 3, 274–283.
- Virokannas E (2019) Äitiysidentiteettien rakentuminen päihteitä käyttävien naisten kertomuksissa lapsistaan. Teoksessa A Pehkonen, T Kekoni, K Kuusisto (toim.) *Oikeus päihdehuoltoon*. Vastapaino, Tampere, 141–163.
- Virokannas E (2021) Peer support among female substance users in Finland. Teoksessa M Kuronen, E Virokannas, U Salovaara (toim.) *Women, Vulnerabilities and Welfare Service Systems*, Routledge, Abingdon, Oxon, 153–165.
- Virolainen V (2018) Naisvankien tarinoita väkivallasta. Uhridiskurssia moninaistavat pienet kertomukset ja vivahteikas toimijuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 83, 5–6, 495–505.
- Wendt S, Fraser H (2019) Promoting gender responsive support for women inmates. A case study from inside a prison. *International Journal of Prisoner Health* 15, 2, 126–137.
<https://doi.org/10.1108/IJPH-03-2018-0011>

DIGIOSALLISUUTTA JA HYVINVOINTIA ETELÄ-SAVOSSA

Digiosallisuutta ja hyvinvointia Etelä-Savossa -hanke on pääpiirteittäin esitelty Kuntoutus-lehden numeron 2/2023 Kuntoutuksessa tapahtuu -osiossa (Huttunen ym. 2023). Tässä hanke-esittelyssä kuvaamme hankkeen tuloksia ja arviointia, vaikkakin hankkeen kaikki kolme työpakettia ovat yhä meneillään vuoden loppuun saakka. Arviointi keskittyy hankkeen kohderyhmään eli pitkään työvoiman ulkopuolella syystä tai toisesta olleisiin sekä toisaalta myös eteläsavolaisiin työllistäviin yrityksiin. Kirjoituksessa esitellään uudenlaisia tapoja hyödyntää niin sanottua ehdollista arvottamista digitaalivalmennusta tarjoavan hankkeen SROI-arvioinnissa.

Hankkeen tausta

Aiemmin ilmestyneessä esittelyssä (Huttunen ym. 2023) kuvasimme perusongelmaa, joka koskee väestön digiosaamista: aikuisten perustaitoja mittaavan kansainvälisen PIAAC-tutkimuksen mukaan jopa miljoonan suomalaisen tietotekniikkaa soveltava ongelmanratkaisutaito jää tutkimuksen alimman hyväksyttävän suoritustason alapuolelle.

Tieto- ja viestintäteknikan ratkaisuja hyödynnetään eri aloilla yhä tehokkaammin. Digitaalisuus avaa uusia mahdollisuuksia opiskeluun ja työn tekemiseen mutta myös tuottaa uusia haasteita sen toteuttamisessa. Samalla digitaalisuuden kehitys on niin nopeaa, että etenkin heikommassa asemassa

olevat uhkaavat jäädä yhteiskunnan palveluiden ulkopuolelle. Digiosaamisen vahvistamisella ja kehittämisellä tuetaan jokaisen osallisuutta yhteiskuntaan.

Digiosallisuutta ja hyvinvointia Etelä-Savossa -hanke koostuu kolmesta työpaketista:

1. Digitaalivalmennukset työikäisille
2. Oppimateriaali sekä webinaarit ohjauksen ammattilaisille
3. Työpajat alueen työllistävälle yrityksille

Digitaitovalmennukset työikäisille

Hankkeen ensisijainen kohderyhmä ovat haavoittuvassa asemassa olevat, kuten rikos- ja päihdetaustaiset, erilaisista neuropsykiatrisista häiriöistä tai muista oppimisen vaikeuksista kärsivät sekä pitkään työelämän ja koulutuksen ulkopuolella olleet henkilöt Etelä-Savon alueella. Työpaketti 1 on keskittynyt ensisijaisen kohderyhmän digiperustaitojen parantamiseen alueella järjestettävien digitaalivalmennusten avulla.

Digiperustaitovalmennuksissa osallistujat harjoittelevat itselleen merkityksellisiä digitaitoja noin puolestatosta tunnista kahteen tuntiin kerrallaan, useimmissa tapauksissa kerran viikossa. Digitaalivalmennuksissa käsiteltävät teemat ovat vaihdelleet valmennettavien tarpeiden ja taitotason mukaan älylaitteiden peruskäytöstä ja digitaalisesta viranomaispalveluissa asioinnista (viranomaispalveluissa asioiden edistäminen

Digisuhtautuminen				
Pidän digilaitteiden käytöstä	☹️	😐	😊	😄
Koen digilaitteiden käytön olevan minulle hyödyllistä	☹️	😐	😊	😄
Haluan hyödyntää internettiä arjessani	☹️	😐	😊	😄
Haluan käyttää digilaitteita yhteydenpitoon (esim. WhatsApp, sosiaalinen media, videopuhelut)	☹️	😐	😊	😄
Haluan käyttää digitaalisia palveluja, kuten terveys- ja viranomaispalveluja	☹️	😐	😊	😄
Kokeilen rohkeasti uusia digitaalisia laitteita ja sovelluksia	☹️	😐	😊	😄

Kuva 1. Osallistujien alkukartoituslomake, digisuhtautuminen.

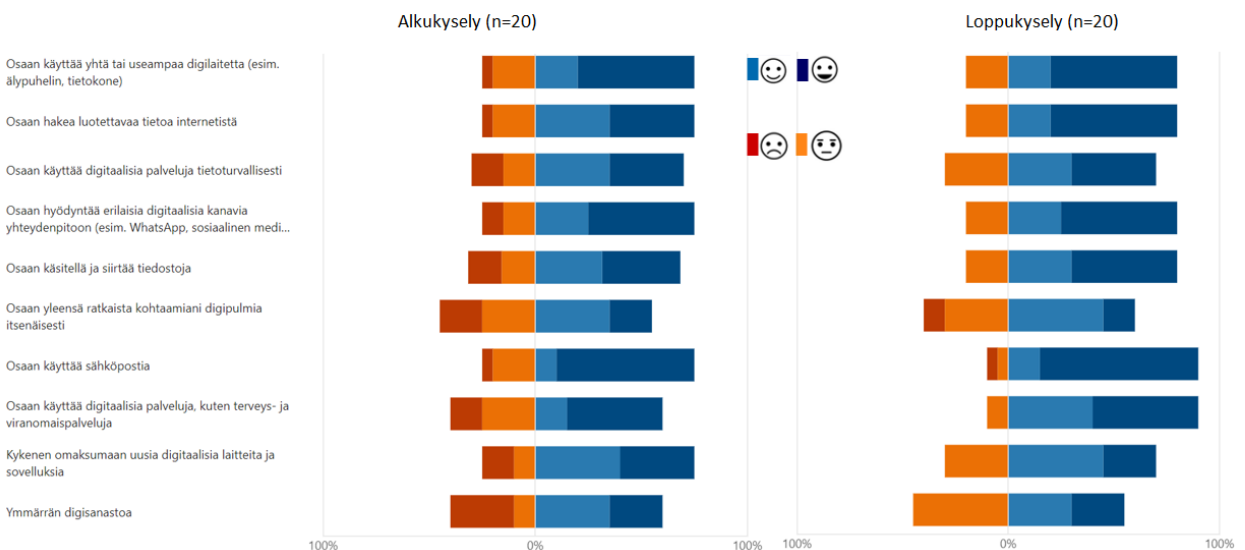
on myös yksi hankkeen tavoitteista) esimerkiksi mediankäsittelyyn ja verkkosivujen luomiseen. Myös kohderyhmän parissa toimiville ammattilaisille sekä alueen yhteiskunnallisille ja muille työllistävillä yrityksillä tuotettujen yhteiskehittämistyöpajojen on tarkoitus tuottaa tietoa digitaalivalmennuksia kehitettäessä. Heinäkuun 2023 loppuun mennessä digitaalivalmennuksiin oli osallistunut 26 valmennettavaa Mikkelin ja Savonlinnan seutukunnissa.

Digitaitovalmennusten arviointi

Digitaitovalmennusten eli pääasialliselle kohderyhmälle suunnatun hanketyön arvioinnin osalta tehtiin harkittu ratkaisu, jossa esimerkiksi THL:n kehittämien Osalli-

suusindikaattorin, Kykyviisarin® tai muiden standardoitujen mittarien sijaan päätettiin rakentaa oma kysely. Esimerkiksi Kykyviisari® sisältää perusmuodossaan osiot a:sta i:hin ja yhteensä 82 kysymystä. Osallisuusindikaattori on lyhyempi mutta ei koske suoraan digiosaamista. Katsoimme hankespesiifin kyselyn rakentamisen järkeväksi myös arviointikehikoksi valitsemamme SROI-arvioinnin kannalta.

Digitaidot koostuvat digiosaamisesta, jonka edellytyksenä on digisuhtautuminen eli suhtautuminen digitaalisten laitteiden ja palveluiden käyttöön. Perinteisten numeroarvioiden sijaan kyselylomakkeissa (kuva 1) käytettiin asiakastutkimuksesta tuttuja hymynaamoja. Digisuhtautumista ja -osaamista tiedusteltiin vastaajilta hankkeen alussa



Kuva 2. Osallistujien alku- ja loppukyselyn tuloksia, digiosaaminen.

sekä digitaivalmennusten päätyttyä. Tulokset paranivat niin suhtautumisen kuin osaamisenkin (kuva 2) osalta.

Digitaitovalmennusjakson loppuksi, yksilövalmennettavien osalta tyypillisesti 6–8 valmennuskerran jälkeen, osallistujat vastasivat lisäksi palautekyselyyn, jossa oli kuusi kysymystä sekä avoin kysymys vapaalle palautteelle. Lomakkeessa tiedusteltiin, (kysymys 1) oliko henkilö osallistunut yksilö- vai ryhmävalmennukseen, (2) oliko valmennus ollut hyödyllistä, (4) lisäikö se halukkuutta käyttää digitaalisia palveluita ja (5) oliko valmennettavan toiveita kunnioitettu valmennuksen aikana. Lisäksi kysyttiin tulevaisuudessa mahdollisesti tarpeellisten, (3) valmennuksessa opittujen taitojen lukumäärää.

Opittujen taitojen lukumäärä oli viimeisen kysymyksen ohella olennaista tietoa SROI-arvioinnin kannalta. Viimeisessä kysymyksessä hyödynnettiin niin sanottuihin lausuttujen preferenssien menetelmiin kuuluvaa contingent rankingia (ks. esim. Slothuus ym. 2002), jossa ideana on saada selville vastaajan rahamääräinen arvostus jollekin markkinahinnattomalle palvelulle, tässä tapauksessa digitaivalmennukselle. Rahallisen arvon määrittäminen ei ole itseisarvoista, mutta se on tärkeä osa kustannus-hyötyanalyysiä, josta SROI-analyysi pitkälti ammentaa. Arvottamismenetelminä voidaan käyttää kustannus-hyötyanalyysin parissa kehitettyjä tekniikoita (arvottamisesta osana SROI-arviointia ks. esim. Ilomäki & Salakka 2020).

Kysymyksessä vastaajia pyydettiin asettamaan tietyt seitsemän hyödykettä tai palvelua mieluisuusjärjestykseen. Vastaajien antama järjestys generoi pisteiden perusteella ”keskimääräisen järjestyksen”, josta voidaan epäsuorasti päätellä, minkä arvoisena vastaajat digitaivalmennuksia pitävät. Lisäksi, kun kyse on tilanteesta, jossa vastaajat ovat jo saaneet useamman kerran digitaivalmennusta, voidaan olettaa heidän suunnilleen tuntevan palvelun sisällön. Kysymyksen saate oli aluksi pidempi, mutta (mm. oppimisvaikeuksiin liittyvän) asiantuntija-arvion perusteella päädyttiin ratkaisuun, jossa saate on yksinkertainen, mutta kysymyksen idea voitiin selittää kohderyhmälle digitaivalmennuksen yhteydessä.

Vastaajat asettavat digitaivalmennuksen (yhden kerran) keskimäärin kahvikupin ja parturikäynnin väliin. Hieman yllättäen vastaajat pitävät kahvikupillista arvokkaampana kuin kahvipakettia, mutta ideaalitulanteessa tämä erotus voisi nimenomaan kuvata sitä muutoin vaikeasti määritettävää hyötyä, joka voi liittyä vaikkapa oletettuun sosiaaliseen tapahtumaan kahvinjuonnin yhteydessä. Arvostusten selvittämiseen tällaisilla kysymyksillä liittyy toisaalta muun muassa se ongelma, että usein ensimmäisinä oleville vaihtoehdoille annetaan korkeampia arvoja (ks. esim. Foster & Mourato 2002) kuin myöhemmille vaihtoehdoille – tässäkin tapauksessa ”kuppi kahvia” oli kyselyn ensimmäinen vastausvaihtoehto (toisaalta kahvipaketti oli järjestyksessä toinen).

SROI-arvon muodostamista varten voitaisiin nyt määrittää hinnat digitaivalmennusta arvokkaammaksi katsotulle vaihtoehdolle sekä vähemmän arvokkaaksi katsotulle vaihtoehdolle. Tätä kunkin vastaajan kokemaa subjektiivista arvoa voitaisiin edelleen verrata tietoon keskimääräisen digitaivalmennuskerran kustannuksista osallistujaa kohden. Toisaalta voitaisiin myös tarkastella sitä, kokivatko enemmän yksittäisiä digitaivalmennuksia omaksuneet (kysymys 3) digitaivalmennuksen myös muita hyödykkeitä tai palveluita arvokkaammaksi. Pieni vastaajamäärä ei mahdollista tällaista vertailua järjestyksessä mitassa, mutta alustavat tulokset ovat juuri sen suuntaisia: enemmän taitoja oppineet arvottavat digitaivalmennuksen korkeammalle.

Työpajat ammattilaisille ja yrittäjille

Pääasiallisen kohderyhmän eli Etelä-Savon alueella asuvien tavalla tai toisella haavoituvassa asemassa olevien henkilöiden lisäksi hankkeen olennainen kohderyhmä olivat heidän parissaan toimivat ammattilaiset sekä alueen yhteiskunnalliset ja muut työllistävät yritykset.

Ohjaustyön ammattilaisille on tuotettu materiaalia ja järjestetty työpajoja, joissa käsitellään muun muassa digitaalisten ohjaustyössä ilmeneviä haasteita. Yhteiskunnallisista yrityksistä esimerkiksi mikkeliäläiselle

6. Aseta seuraavat asiat mieluisuusjärjestykseen 1 (mieluisin) - 7 (vähiten mieluisa)

Kuppi kahvia

Kahvipaketti



Lounasseteli

Hankkeen digitaito- ja valmennus (yksi valmennuskerta)

Hiustenleikkaus (käynti parturissa/kampaajalla)

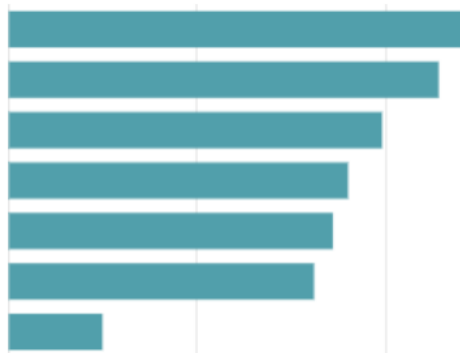
Hieronta

Kirjaston myöhästymismaksu

6. Aseta seuraavat asiat mieluisuusjärjestykseen 1 (mieluisin) - 7 (vähiten mieluisa)

[Lisätietoja](#)

- 1 Hieronta
- 2 Lounasseteli
- 3 Hiustenleikkaus (käynti parturiss...)
- 4 Hankkeen digitaito- ja valmennus (y...)
- 5 Kuppi kahvia
- 6 Kahvipaketti
- 7 Kirjaston myöhästymismaksu



Kuvat 3a ja 3b. Digitaito- ja valmennuksen subjektiivinen arvo järjestysasteikolla mitattuna.

Uutta Elämää Groupille on tuotettu etäryhmän käynnistysopas. Lisäksi on käynnistetty toiminnallisten etäohjausmenetelmien kehittäminen Etelä-Savon hyvinvointialueen elintapaohjauksen kanssa.

Alueen yrityksiä on lähestytty hankkeen tiimoilta yhteiskehittämistyöpajojen ja webinaarien sekä anonyymin kyselyn avulla. Hankkeessa muodostettiin yhteystietolista alueen työllistävästä yrityksistä poimimalla ensin Työmarkkinatorin verkkosivuilta kaikki alueella työpaikkoja tiettyinä ajankohtina listanneet yritykset ja etsimällä sen jälkeen joko työpaikkailmoituksista tai yritysten verkkosivuilta sähköpostiosoitteita,

joihin lähetettiin joko työpajakutsu, anonyymi kysely tai molemmat. Yhteiskehittämisen pyrkimyksenä on luoda alueelle työllistäviä sosiaalisia innovaatioita ja innovatiivisia verkostoja.

Millaisia digitaitoja työnantajat arvostavat?

Etelä-Savon alueen yhteiskunnallisille ja muille työllistäville yrittäjille suunnatun kyselyn vastausrasitetta ja katoa pyrittiin vähentämään mahdollisimman paljon. Niinpä kyselystä tehtiin vain seitsemän kysymyksen mittainen. Kysely lähetettiin joko erillisenä

viestinä tai työpajakutsujen yhteydessä noin kahteensataan sähköpostiosoitteeseen, mutta siihen oli saatu tätä tekstiä kirjoitettaessa vain 16 vastausta. Tämä tarkoittaisi alle kymmenen prosentin vastausosuutta. Vastaajia myös kehoitettiin jakamaan kyselylinkkiä eteenpäin ensisijaisesti Etelä-Savon alueella, mutta tämä menettely ei kerryttänyt vastaajamäärää mainittavasti. Kyselyn perusjoukkoa ovat siis eteläsavolaiset työpaikkoja tarjoavat yritykset, mutta tuloksiin on joka tapauksessa syytä suhtautua vain kuvailevina.

Työnantajakyselyssä tiedusteltiin (kysymys 1) vastaajan asemaa organisaatiossa sekä vastaajan edustamaa toimialaa ja lisäksi sitä, (2) onko toimialalla ylipäänsä työtehtäviä pitkään työvoiman ulkopuolella olleille sekä (3) subjektiivista arviota todennäköisyydestä, että vastaaja palkkaii pitkään työvoiman ulkopuolella olleen henkilön.

Lisäksi (4) kysyttiin kahdeksan geneerisen digitaitekokoaisuuden hallitsemisen tärkeyttä vastaajan edustamalla toimialalla, tässä kysymyksessä vastaajat saivat myös itse halutessaan lisätä listaan katsomansa digitaiteiden. Vastaukset annettiin vaihtoehdoista "välttämätön", "eduksi" ja "ei merkitystä". Valmiiksi annetuista vaihtoehdoista useimmin välttämättömänä pidettiin mobiililaitteiden peruskäyttöä ja useimmin eduksi olevana sosiaalisen median hyödyntämistä.

Toimialalle tärkeiden digitaiteiden kartoittamisen jälkeen siirryttiin jälleen hankkeen SROI-arviointia palvelemaan kysymykseen siitä, minkä arvoisia esitellyt digitaitekokoaisuudet ovat. Kysymystä lähestyttiin jälleen ehdollisen arvottamisen kautta, joskin nyt jatkuvan muuttujan avulla järjestysasteikon sijaan¹.

Palkkatuki on valtion maksama harkinnanvarainen tuki työnantajille esimerkiksi osatyökykyisen tai muutoin vaikeasti työllistyvän työntekijän palkkaamiseen. Palkkatuki uudistui heinäkuun 2023 alussa, mis-

tä vastaajia informoitiin – tältä osin kyse oli myös tämän tukikeinon markkinoinnista alueen työnantajille. Arvottamisen kannalta kyse ei kuitenkaan ollut konkretiasta vaan kuvitteellisesta tilanteesta, jossa vastaaja sai liukukytkimen avulla vapaasti valita (5) minkä tahansa suuruisen palkkatuen, jolla "varmasti palkkaii" hypoteettisen pitkään työvoiman ulkopuolella olleen työnhakijan, jolla olisi kaikki vastaajan edellisessä kysymyksessä välttämättömiksi listaamat digitaiteet.

Tuen suuruutta koskevien vastausten keskiarvo oli 65 prosenttia ja mediaani 50 prosenttia tukea palkkauskustannuksista, ja jälkimmäinen prosenttiosuus onkin se, joka nykyisin maksimissaan voidaan myöntää tukena palkkaan ammatillisen osaamisen puutteiden perusteella. Seuraavassa kysymyksessä tiedusteltiin, (6) minkä verran vastaaja eli työnantaja olisi valmis tinkimään palkkatuesta, mikäli työnhakijalla olisikin välttämättömien taitojen lisäksi myös kaikki vastaajan eduksi oleviksi katsomat taidot. Prosenttiosuiksina (huom. ei %-yksikköinä) annettujen vastausten keskiarvo on tähän mennessä 59 prosenttia. SROI-arviointia varten tästä voitaisiin tehdä tulkinta, jossa tietyt digitaitekokoaisuudet ovat vastaajan arvioiman palkkatuen tason tinkimisvaran arvoisia: mikäli työnhakijalla olisi tietyt taidot, vastaaja suostuisi teoriassa siirtämään kustannustaakkaa yritykselleen pois julkisen sektorin korvaamasta palkkatuesta, vaikka käytännössä tällaista valintaa ei tietenkään päästä tekemään.

Myös aiempaa kysymystä vastaajan subjektiivisesta arviosta palkkaamisen todennäköisyydelle voidaan nyt tarkastella osana päättelyketjua: lähtötilanteessa vastaajat arvioivat voivansa palkata pitkään työvoiman ulkopuolella olleen henkilön tietyllä todennäköisyydellä (39 %), välttämättömien digitaiteiden opettelu ja keskimäärin hypoteettinen 65 prosentin palkkatuki tekisivät palkkauksen "varmaksi" (39 % -> "100 %") ja lisäksi eduksi katsottujen digitaiteiden hallinta pudottaisi palkkatuen tarpeen teoriassa keskimäärin 27 prosenttiin. Tämä on jälleen vain hahmotelma, sillä niin eduksi, välttämättömiksi kuin ei-merkityksellisiksi

¹ Arvottamismenetelmien luokitukset eivät kirjallisuudessa aina ole selkeitä ja eri nimitykset vaihtelevat. Joka tapauksessa valmiita vaihtoehtoja tarjoavaa tapaa, kuten contingent ranking, voidaan myös kutsua valinnan mallintamisen (choice modelling) menetelmiksi CV-menetelmän sijaan.

katsotut taidot vaihtelevat vastaajittain, eikä prosenttiosuuksia voi myöskään verrata keskiarvojen kautta (varsinkin kun kysymyksissä on eri määrä vastaajia).

Lopuksi

Digiosallisuutta ja hyvinvointia Etelä-Savossa -hanke päättyy vuoden lopussa. Koska hanke on yhä meneillään ennen kaikkea yrityksille ja ohjaustyön ammattilaisille suunnattujen työpajojen ja yhteiskehittämisen osalta, tässä kirjoituksessa on keskitytty hankkeen arvioinnin esittelyyn.

Yksi tapa, jolla voidaan arvioida digitaalivalmennuksen potentiaalista taloudellista arvoa, ovat erilaiset subjektiiviset arvottamismenetelmät. Näihin menetelmiin liittyy paljon epävarmuustekijöitä, lähtien siitä, ovatko vastaajat ”tosissaan” antaessaan arvioita, mutta tuon kritiikin läpikäyminen ei ole tämän kirjoituksen rajoissa mahdollista. Joka tapauksessa lausuttujen preferenssien menetelmät tarjoavat vaihtoehdon markkinahinnattomien hyödykkeiden arvottamiseen – tai tässä tapauksessa sellaisen palvelun tulosten arvottamiseen, jota kohdeyhmä voisi teoriassa hankkia myös markkinaehtoisesti mutta todennäköisemmin jäisi palvelun ulkopuolelle.

Digiosallisuutta ja hyvinvointia Etelä-Savossa -hankkeen on rahoittanut Euroopan sosiaalirahasto (ESR), ja vastuviranomaisena toimii Etelä-Savon elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus.

Vipuvoimaa
EU:lta
2014–2020



**Timo Ilomäki, tutkija, VTM, TtM,
Kuntoutussäätiö**

**Jouni Puumalainen, tutkija, VTM,
Kuntoutussäätiö**

**Katri Laukkanen, kehittäjä-ohjaaja, KM, tohtori-
koulutettava, Valo-Valmennusyhdistys ry**

**Heikki Huttunen, projektipäällikkö, sosionomi
YAMK, Valo-Valmennusyhdistys ry**

**Toni Ylisirniö, digiosaamisen asiantuntija, data-
nomi (AT), Kuntoutussäätiö**

Lähteet

- Foster V, Mourato S (2002) Testing for Consistency in Contingent Ranking Experiments. *Journal of Environmental Economics and Management* 44, 2, 309–328.
<https://doi.org/10.1006/jeem.2001.1203>
- Huttunen H, Laukkanen K, Puumalainen J, Ilomäki T, Ylisirniö T (2023) Digitaitoja edistetään Etelä-Savossa. *Kuntoutus* 46, 2, 68–69.
- Ilomäki T, Salakka I (2020) SROI – investoinnin sosiaalinen tuotto, kuntoutuksen kontekstissa. *Kirjallisuuskatsaus. Kuntoutussäätiön työselosteita* 64, Helsinki.
- Slothuus U, Larsen ML, Junker P (2002) The contingent ranking method – A feasible and valid method when eliciting preferences for health care? *Social Science & Medicine* 54, 10, 1601–1609.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00139-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00139-3)

TYÖHÖN KYTKEYTYVÄ KUNTOUTUS – MIKÄ MUUTTUU?

Miksi työpaikan roolia kuntoutuksessa on syytä tarkastella?

Työn, työelämän ja työpaikan toimijat usein puuttuvat kuntoutuksen määrittelyistä (Escorpizo ym. 2011), vaikka tutkimusten mukaan ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus kuitenkin syntyy työhön kytkeytymisen kautta (Juvonen-Posti 2018). Työtä ja työpaikan toimia ammatillisen kuntoutuksen yhteydessä kuvataan usein ennalta edellytettyjen toimien kautta. Työpaikalta edellytetään esimerkiksi varhaisen työkyvyn tuen toimenpiteiden toteuttamista tai työn muokkaamista ennen muihin kuntoutustoimiin siirtymistä. Työpaikka voidaan nähdä myös kuntoutuksen toimeenpanon yhteydessä varsin passiivisena kohteena tai päinvastoin odotetaan aktiivista kuntoutuskumppanuutta (Kela). Työeläkelaitokset määrittelevät nykyisin työntajien kanssa tehtävän työn työkyvyttömyysriskin hallinnaksi, ja työeläkelakien mukainen ammatillinen kuntoutus kohdistuu puolestaan vain yksilöön (Työeläkevaikuttajat Tela).

Kela kehitti vuosina 2007–2014 työikäisten ammatillista varhaiskuntoutusta useissa eri hankkeissa (Seppänen-Järvelä 2014, Hinkka ym. 2015, Seppänen-Järvelä ym.

2015a, Seppänen-Järvelä ym. 2015b). Jälkimmäisessä vaiheessa testattiin työhön kytkeytyvää, yksilöllistä ja joustavaa kuntoutusmallia. Kuntoutusmallin arviointitutkimuksen tulokset osoittivat, että osallistujien valikointi oli onnistunut työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä ja kuntoutus kohdentui tarpeenmukaisesti. Kuntoutukseen osallistui työntekijöitä, joilla oli muuta henkilöstöä enemmän työhön liittyviä muutoksia ja kuormitustekijöitä sekä yksilöllisiä terveyteen ja toimintakykyyn liittyneitä ongelmia. Kuntoutujien arvioissa parantuneesta työkyvystään sekä työhön liittyvissä asioissa tulivat esille kuntoutuksen myönteiset vaikutukset. Tärkeä tulos oli myös se, että työhön liittyviä myönteisiä muutoksia ilmeni erityisesti niissä työ- tai työolotekijöissä, joissa kuntoutujien tilanne oli huomponpi verrattuna muuhun henkilöstöön ja työhön liittyvät vaikutukset kohdentuivat niille kuntoutujille, jotka kokivat työoloihin ja omaan työuraan liittyviä tuen tarpeita. (Seppänen-Järvelä ym. 2015a.) Tutkimuksessa havaittiin, että keskeinen myönteisiä tuloksia edesauttanut tekijä oli työpaikkojen, esimiesten sekä työterveyshuoltojen osallistuminen kuntoutuksen toteuttamiseen. Kokeilussa kuntoutusmallissa käytetyt

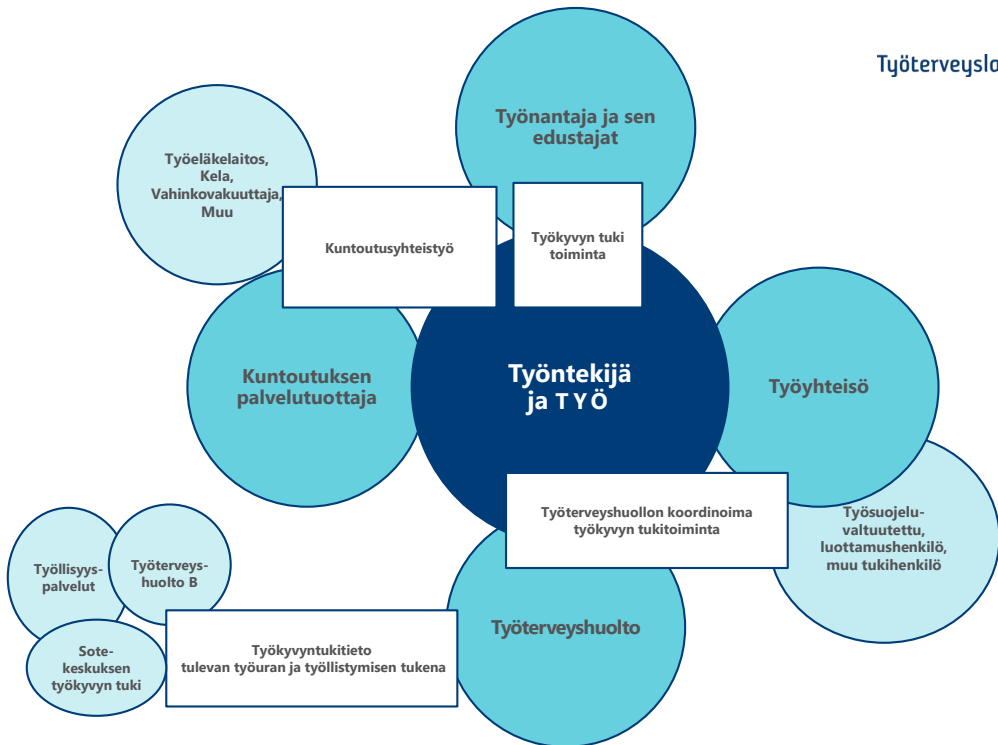
yhteistyötavat, suunnitellut yhteiset kokoukset, mahdollistivat sekä työpaikka- että työntekijäkohtaisesti usean tahon kuntoutuskumppanuuden. Kuntoutuksen yhteistoiminnan kehittämiseen kannattaa panostaa, sillä tässä tutkimuksessa kuntoutumisen vaikutuksia tarkasteltaessa havaittiin, että kuntoutumista edistävät tai estävät tekijät kietoutuivat yhteen ja muodostivat dynaamisia mekanismeja. Muutosmekanismeja oli tavallisesti useita, ja ne kiinnittyivät aika- ja tilannesidonnaisesti kuntoutuspalveluiden ja kuntoutujan elämänkonteksteihin kuten työhön ja työpaikkaan. (Seppänen-Järvelä ym. 2015b.)

Työpaikkoja voidaan kuntoutuksen toimeenpanon yhteydessä käsitellä hallinnollisesti hyvin stereotyyppisesti olettamalla ne keskenään samanlaisiksi ja samalla tavalla toimiviksi ”työn teon alustoiksi”, vaikka työ ja työpaikat elävät vahvaa murroksen aikaa. Kuntoutuksen ammattilaisten ja työterveyshuollon edustajienkin osaamisessa ja järjestelmällisessä erilaisten työpaikkojen kanssa toimimisen tavassa on kehitettävää (Åkerblad & Haapakoski 2020a). Esimerkiksi vaikka työterveyshuollon tehtäväksi on kuvattu työkyvyn tukemiseen työterveysyhteistyössä liittyvät tehtävät, tutkimuksen mukaan 74 prosenttia työterveyshuollon kustannuksista muodostui tuki- ja liikuntaelinvaivojen sekä mielenterveyshäiriöiden takia tehdyistä, etupäässä lääkäreiden, sairausvastaanottokäynneistä (Hynninen ym. 2023). Työnantajien ja sen toimijoiden roolin laajemman pohtimisen työkyvyn tukemisessa ja kuntoutuksessa tekevät ajankohtaiseksi 1.6.2023 voimaan astuneet työturvallisuuslain muutokset, joilla pyritään ehkäisemään työkyvyttömyyttä ja jatkamaan työkykyistä työuraa. Muutoksilla tarkennetaan nimenomaan työnantajan työturvallisuusvelvoitteita työssä jatkamisen tukemisessa. Työnantajan tulee ottaa huomioon työntekijän henkilökohtaiset edellytykset ja niiden vaatimat yksilölliset työsuojelutoimenpiteet ja esimerkiksi nuorten ja ikääntyneiden riskit. Uusien tarkennusten mukaan työnantajan tulee ottaa huomioon työn fyysiset ja psykososiaaliset kuormitustekijät ja myös työyhteisön sosiaalinen toimivuus.

Työhön kytkeytyvän kuntoutuksen määritelmä

Työhön kytkeytyvällä kuntoutuksella tarkoitamme laaja-alaisen työkykykäsityksen (Järvikoski ym. 2018, 55–59) mukaisesti työhön pääsyä, työssä pysymistä, työhönpaluuta ja tulevaa työuraa tukevaa monialaista yhteistoimintaa, jossa ovat mukana työpaikan toimijat ja kumppanit. Kuntoutus kohdistuu kulloisenkin tavoitteen ja tarpeen mukaisesti yksilöön ja/tai työyhteisöön, työhön, työprosesseihin ja työympäristöön. Määrittelyä ei siis voi tehdä yksi taho hallinnollisena toimenpiteenä, vaan se on jo yhteistoimintaa. Kuntoutuksen toimeenpanoon ja toimintaan voi osallistua työntekijä, työyhteisö, esihenkilö tai muu työpaikan toimija sekä työterveyshuollon ja kuntoutuksen palveluntuottaja. Onnistumisen edellytyksenä on aikaisempaa tiiviimpi, yhteiseen tavoitteeseen perustuva yhteistyö eri toimijoiden välillä. Määritelmä liittyy kuntoutukseen työn, työelämän ja työpaikan toimijat ja toimintakentät aktiivisina toimijoina (kuva 1). Kyse ei ole siis uudesta palvelusta, vaan uudesta toimintatapa-ajattelusta, jossa työkyvyn tukemista kokonaisuudessaan tarkastellaan työpaikan perustoiminnan ja toimintapolitiikkojen kuten työkykyjohtamisen ja toimijoiden näkökulmasta.

Tämänkaltaista laajaa ammatillisen kuntoutuksen määritelmää ovat esittäneet aikaisemmin esimerkiksi Waddell ym. (2013). Laaja-alaisen työkykykäsityksen pohjalta ja aikaisempien tutkimustulosten (Hinkka ym. 2015, Seppänen-Järvelä ym. 2015a, Seppänen-Järvelä ym. 2015b, Juvonen-Posti 2018) mukaisesti poikkeamme Waddelin ja kumppaneiden (2013) määrittelystä siinä, että työkyvyn tuen tarve tunnustetaan laajemmin ja kuntoutuksen prosessi käynnistyy varhemin kuin pelkästään terveydentilan tai sosiaalivakuutuksen hyväksymän työkyvyttömyysriskin perusteella. Työpaikan työkyvyn tuen tai työkykyjohtamisen toimet olisivat osa tätä toimintaa. Esitämme, että ammatillisen kuntoutuksen rinnalle otetaan käyttöön työhön kytkeytyvän kuntoutuksen käsite. Tämä käsite, ”työhön kytkeytyvä” avaa työntekijöille ja työpaikan muille toimijoille



Kuva 1. Työhön kytkeytyvän kuntoutuksen yhteistoimintaan osallistuvat tahot ja toimijat (Työhön kytkeytyvä kuntoutus 2022).





paremmin, mitä ollaan tekemässä: tuetaan työelämässä pysymistä ja työuran jatkamista eikä sidota kuntoutusta ammattiin tai saavutettuun koulutustasoon vaan siihen työssä suoriutumiseen ja työkykyyn, jota vaaditaan työelämäläsnäoloon. Näin määriteltynä kullekin työn, työelämän ja työpaikan toimijalle tarjoutuu myös aktiivinen toimijuus oman työelämäroolinsa kautta. (Kuva 1.)

Mitä uutta työhön kytkeytyvän kuntoutuksen yhteistoiminnassa?

Työhön kytkeytyvää kuntoutusta voidaan kuvata myös siihen olennaisesti liittyvän yhteistoimijuuden kautta. Yhteistoimijuus liittyy kuntoutuksen toimeenpanoon, siis siihen, mitä, miten ja keiden kanssa missäkin työuran vaiheessa ja -tilanteessa pitää tehdä yhteistyötä. (Juvonen-Posti ym. 2015, Pesonen ym. 2021, Ristimäki ym. 2022, Leino ym. 2023). On selvää, että eri tahot ja toimijat osallistuvat eri intensiteetillä yhteistyöhön ja yhteistoimintaan (Liukko & Kuuva

2015). Ymmärtämällä ja mahdollistamalla yhteinen tavoitteen asettaminen, päätöksenteko, vastuunotto ja tuen tarjoaminen kuntoutumisprosessia voidaan kuitenkin edistää samanaikaisesti eri tahojen yhteistoiminnassa (Seppänen-Järvelä ym. 2015b). Yhteistoimintamahdollisuuksien tunnistamiseksi olemme laatineet taulukon (taulukko 1), joka on jäsenetty työpaikan näkökulmasta työuran ei vaiheiden mukaan. Samassa taulukossa olemme lisäksi hahmotelleet yhteistoiminnassa vaadittavan osaamisen ja vuorovaikutuksen erityispiirteet. Kun työhön kytkeytyvä kuntoutus toimeenpannaan yhteistoiminnassa, se tarkoittaisi muutoksia myös kuntoutuksen palvelujen toimeenpanon tapaan: kuntoutuksen järjestäjien ja kuntoutuksen ammattilaisten on nykyistä systemaattisemmin mietittävä mitä, miten ja kenen kanssa pitää tehdä missäkin työuran vaiheessa (taulukko 1). Tulisi myös muistaa, että yksittäinen työntekijä saisi itse päättää, ketkä ovat mukana prosessin eri vaiheissa, kun kyse on hänen työkykynsä tukemisesta.

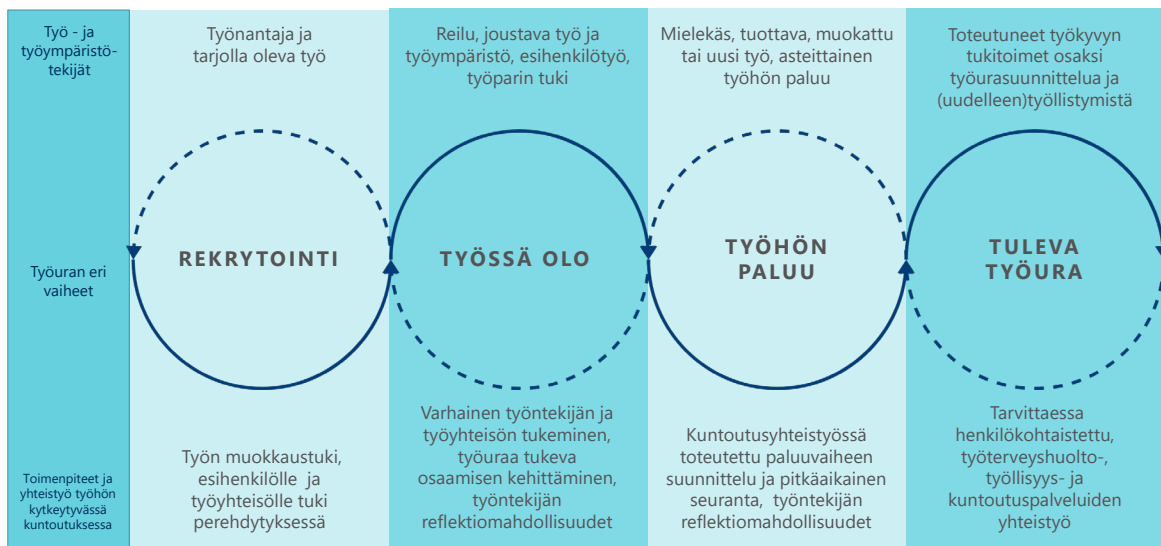
Taulukko 1. Työsuhteen kulku työpaikan näkökulmasta: henkilön työuran eri vaiheissa tarvittava työhön kytkeytävän kuntoutuksen yhteistoiminta, sen toteutusmahdollisuudet ja siinä tarvittava osaaminen ja vuorovaikutustilanteiden erityispiirteet (muokattu lähteestä: Työhön kytkeytävän kuntoutus 2022).

TYÖSUHTEEN KULKU	Työhön kytkeytävän kuntoutuksen toteutusmahdollisuudet	Yhteistoiminnassa tarvittava osaaminen			Vuorovaikutuksen, vuorovaikutustilanteiden erityispiirteet
		Työpaikan toimijat	Työterveyshuollon edustajat	Kuntoutuksen toimijat	
 Rekrytointi	<ul style="list-style-type: none"> työhöntulo-tarkastus perehdytysjakso aloituspalaveri (IPS/SE) 	<ul style="list-style-type: none"> yksilöllinen perehdytys, työssä oppiminen työn muutostarpeiden tunnistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> työkykyedellytykset 	<ul style="list-style-type: none"> SE/IPS: työn etsintä ja muokkaus, työhön opastus ansiotulon, palveluiden ja etuuksien yhteensovitus 	<ul style="list-style-type: none"> missä tilanteissa ja millä ehdoilla työkyvyn tukitarpeet voi työnhakija ottaa puheeksi työnantaja-yhteistyö, kontaktointi
 Työssä olo	<ul style="list-style-type: none"> työkykyjohtamisen toimenpiteet osaamisen kehittäminen työterveysyhteistyö kuntoutuspalvelut 	<ul style="list-style-type: none"> tiedolla johtaminen ja tilanneanalyysi työkyvyn tuen keinot työn tuunaaminen ja muokkaus osaamisen kehittäminen 	<ul style="list-style-type: none"> palvelujärjestelmän tuntemus ja verkostot, työntajayhteistyö 	<ul style="list-style-type: none"> työn ja työpaikan huomioiva ammatillinen kuntoutus 	<ul style="list-style-type: none"> miten työyhteisössä (osa)työkykyisyydestä puhutaan/suhtaudutaan (stigma/tuki), viestintätavat työntekijäkohtaiset työterveysneuvottelut neuvottelut kuntoutuksen toteuttajan kanssa
 Työhön paluu	<ul style="list-style-type: none"> työhönpaluukeskustelu laajennettu työterveysneuvottelu 	<ul style="list-style-type: none"> työn ja työprosessien muokkaus muutoksista työparin/-yhteisön tiedottaminen 	<ul style="list-style-type: none"> tuen tarpeen tunnistus casetyötap työhön paluu prosessin koordinaatio verkostoissa 	<ul style="list-style-type: none"> työn, työpaikan ja työuran huomioiva ammatillinen kuntoutus ansiotulon, palveluiden ja etuuksien yhteensovitus 	<ul style="list-style-type: none"> sopimuksellinen luottamuksellisuus: ketä koskee ja kuinka kauan ja missä kysymyksissä, laajennettu työterveysneuvottelu, neuvottelut ilman työpaikan edustajaa
 Tuleva työura	<ul style="list-style-type: none"> lähtökeskustelu osaamisen kehittäminen työterveyshuollon seuranta, työkykytiedon kokoaminen 	<ul style="list-style-type: none"> työkykytiedon kerääminen ja keräämiseen osallistuminen 	<ul style="list-style-type: none"> terveyden edistäminen, työllistävyyden tukeminen, työkyvyntukitiedon siirto 	<ul style="list-style-type: none"> osaamisen kehittäminen, ammattien ja työn etsintä, työllistävyyden tukeminen työkyvyntukitiedon siirto 	<ul style="list-style-type: none"> henkilön kanssa sovitut (vain) tarvittavan työkyvyntukitiedon siirto

Tutkimuskirjallisuudessa on nostettu usein esiin vaikeudet ohjata kuntoutusta tarvitsevat henkilöt kuntoutukseen oikea-aikaisesti, ei liian myöhään eikä liian varhain. Useimmiten kuntoutukseen ohjataan liian myöhään (Gould ym. 2012), vaikka esimerkiksi varhaisen työhönpaluun hyödyistä on pitkään ollut käytettävissä tutkimustietoa (esim. France ym. 2005). Työhön kytkeytävissä kuntoutuksessa nostetaan keskiöön työpaikan näkökulmasta työuravaihe. Tavoitteena on ohjata työpaikan toimijoita kussakin työuran vaiheessa rekrytointista alkaen kiinnittämään huomiota myös kuntoutustarpeeseen ja työkyvyn tukemiseen. Tämä tarkastelutapa liittyy toiminnan saumattomasti myös työpaikan työkykyjohtamiseen. Kun tarkastelimme työuraa työpaikan näkökulmasta, jaoimme sen neljään vaiheeseen: rekrytointiin, työssä oloon, työhön paluuseen ja neljänneksi muihin töihin tai työpaikkoihin siirtymiseen liittyvään tulevan työuran vaiheeseen. (Kuva 2.)

Hyödyt ja haitat

Mitä ihmettä – työpaikastako nyt tulee yksin “kuntouttaja”? Jos työpaikat aikaisemmin nähtiin pääasiassa kohteena tai toiminnan alustana, niin työpaikastako tulee nyt koko työhön kytkeytävän kuntoutuksen veturi? Vastamme, että kyllä ja ei. Työpaikoilla on ollut Suomessa jo aikaisemmin ja 1.6.2023 alkaen työturvallisuuslain muutoksien kautta entistä suurempi tehtävä myös työkyvyn tukemisessa. Monilla työpaikoilla on jo vuosikymmeniä ollut varhaisen välittämisen malleja. Isoimmat työpaikat ovat olleet kiinnostuneita työkyvyttömyyskustannuksistaan ja alkaneet kehittää niiden hallintaa ja sitä kautta työkykyjohtamisen malleja. Tavoitteena on esittämämme jäsenyksen avulla auttaa työpaikkoja näkemään työkyvyttömyysriskin ja kustannusten hallinnan, työkykyjohtamisen tai työpaikalla ja työterveysyhteistyössä toteutettavan työkyvyn tukemisen sekä kuntoutuksen osana samaa kokonaisuutta. Työpaikka olisi jatkossa



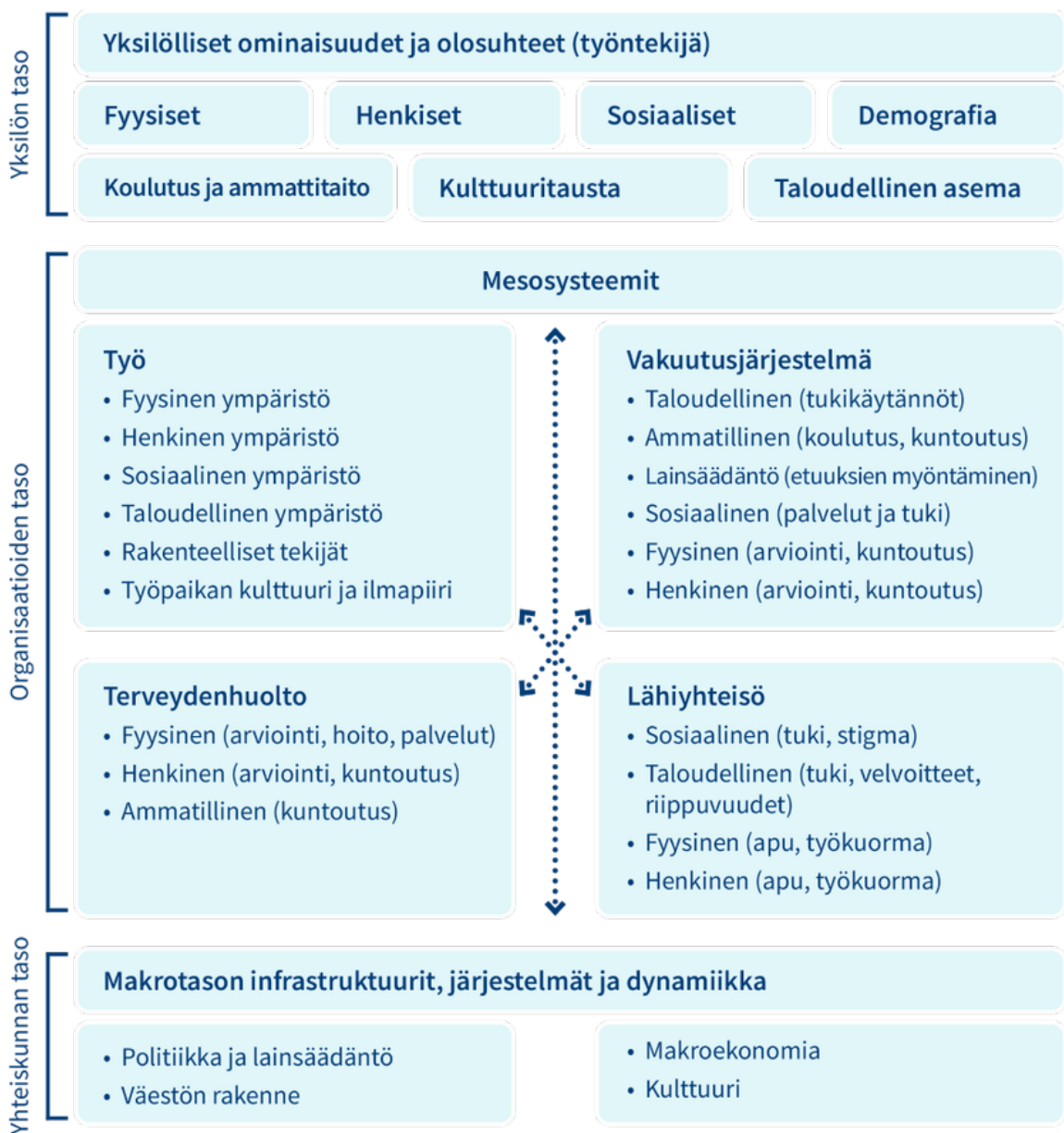
Kuva 2. Työpaikan näkökulmasta työuran vaihe, sen työ ja työympäristötekijät ja työhön kytkeytyvän kuntoutuksen toimenpiteet ja yhteistyö (Työhön kytkeytyvä kuntoutus 2022).

tietoisemmin ja kokonaisuudessaan oman työkyvyn tuen toimintansa veturi mutta yhteistoiminnassa kulloinkin tarjolla olevan kumppanin kanssa, joita voivat olla työkyvyn tukeen liittyvät työturvallisuustoimijat ja työterveyshuolto, työkyvyttömyysriskin hallinnan näkökulmasta työeläkelaitos ja työntekijäkohtaisia kuntoutuspalveluja tarjoava kuntoutuspalvelutuottaja. Tavoitteena on siis taata henkilölle, joilla työkyky on eri syistä heikentynyt, entistä kestävämpiä työuria ja heidän tarvitsemaansa tukea työuran eri vaiheissa. Tavoitteena on myös taata työpaikalle sen rekrytoima työpanos hallituilla työkyvyttömyyskustannuksilla. Tavoitteena on myös taata työterveyshuollon ja kuntoutuksen toimijoille sujuvaa työpaikkayhteistyötä työkyvyn tuen ja kuntoutuksen toimeenpanossa.

Mahdollisia yhteiskunnallisia hyötyjä on useita. Työhön kytkeytyvän kuntoutuksen yhteistoiminnallisen toimeenpanon avulla saadaan kestäviä työuria heikossa tai heikkenevässä työmarkkina-asemassa oleville. Työantajalle tai yritykselle on saatavissa nettohyötyä työkyvyttömyyskustannuksen vähenemisenä parempana tuottavuuspanoksena kustannusten sijaan. Yhteiskunta saisi

edes osin työn piiriin isomman osan työntekijäisiä. Ammatillisen kuntoutuksen palvelutuottajien työn tulos paranisi. Kustannustehokkuus työterveyshuollon työkyvyn tuen työssä paranisi ja yrityksen työterveyshuoltokustannukset olisivat paremmin enustettavissa.

Ajattelu- ja toimintatapa haastaa myös kuntoutuksen etuuksiin liittyvää toimintapolitiikkaa sen vahvan lääketieteellisen, työkyvyttömyysmäärittelyyn liittyvän polkuriippuvuuden osalta. Laaja-alaisten työkykykäsitysten (kuva 3) mukaan terveyteen ja toimintakykyyn liittyvien tekijöiden ohella myös työn mielekkyys, osaaminen, fyysiset ja psykososiaaliset työolot ja sosiaaliset suhteet liittyvät työkykyyn. Tällöin työkyvyn tukemisessa tulee kiinnittää huomiota yksiotason rajoitusten lisäksi myös voimavaratekijöihin sekä ylipäätään laajentaa tarkastelua koskemaan myös työpaikan ja yhteiskunnallisen tason estäviä ja edistäviä tekijöitä (MacEachen 2013, Lindh 2013, Henriksson & Joensuu 2023). Vaikka työhönkuntoutuksen arviointitutkimuksen (Seppänen-Järvelä ym. 2015b) viitekehystenä ei ollut juuri Ledererin ja kumppaneiden (2014) työkykykäsitetä, tutkimuksen toimeenpanoa



Kuva 3. Ledererin ja kumppaneiden mukaan systeemisesti kuvattu laaja-alainen käsitys työkyvystä (Järvikoski ym. 2018).

koskevat tulokset kuvaavat sitä, miten tässäkin mallissa kuvatut samat tekijät ja tahot voivat toimia kuntoutuksen toimeenpanossa dynaamisina vaikutuksina edistävänä tai hidastavina mekanismeina.

Hyötyjä työpaikoille on nähtävissä myös useita. Työpaikka voi räätälöidä työhön kytkeytyvässä kuntoutuksessa toimintaa oman toimialansa ja kulttuurinsa erityispiirteisiin.

Työhön kytkeytyvä kuntoutus voi koskea kaikkia työntekijöitä jossakin työuran vaiheessa. Toiminnasta saadaan työpaikan toimijoille ennustettavampaa sekä parempaa ymmärrystä toteutusaikatauluista ja tarkemmin työpaikan eri rooleista, tehtävistä ja niissä tarvittavista resursseista, kuten osaamisesta. Esimerkiksi Seppänen-Järvelä (2018) havaitsi, että henkilöstöasiantuntijat

olivat tulleet työnantajan edustajina alueelle, joka perinteisesti oli ollut työterveyshuollon ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntijuusalueita, ja että heidän oma, eri toimijoiden vuorovaikutusta edistävä roolinsa kuntoutuksessa asemoitui osaksi heidän työkenttäänsä kuuluvaa työkyvyn johtamista ja tukemista. Työkykyhaasteisiin varhain vastaaminen ja toimivat toimintamallit tuottavat työpaikoille psykologista turvallisuutta ja työhyvinvointia.

Ajattelu- ja toimintatavan suurimpana esteenä on kuitenkin työpaikoilla ja työyhteisöissä elävät ennakkoluuloiset osatyökykyisiin, vajaakuntoisiin tai muutoin työmarkkinoilla heikommassa asemassa oleviin kohdistuvat uloslyövät, segregoivat asenteet ja käytännöt (Bonaccio ym. 2020). Epävarmaksi myös jää, millaiseksi yksittäisen tukea tarvitsen työhakijan tai -tekijän asema muodostuisi. Jäisikö työssä yksilön kokema tuen tarve työyhteisön tarpeen jalkoihin? Miten yhteistoimijuus onnistuu työntekijän tukemisessa (Tuusa ym. 2018, Pesonen ym. 2021), ja kuinka "hauras jaettu toimijuus ammatillisessa kuntoutuksessa" (Åkerblad & Haapakoski 2020b) kestäisi esimerkiksi yksilölliseen kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvän mahdollisen hallinnollisen ennustamattomuuden, entä työpaikkojen mahdolliset taloudelliset haasteet? Yhteistoimijuus, sen rakentuminen ja toiminnan edellytykset ovat ratkaisevia tekijöitä onnistumisessa tai epäonnistumisessa. Haastavassa tehtävässä uskoa tuovat kuitenkin käytännön hyvät kokemukset: Leino ja Uino (2017) ovat todenneet, että työterveyshuollossa työpaikka-kohtaiseen räätälöityyn työkyvyn tukeen ja ammatilliseen kuntoutumiseen päästään moniammatillisella yhteistoiminnalla työpaikan kanssa.

Suurimmat hyötyjät työhön kytkeytyvää kuntoutuksesta voivat olla työpaikat, jos ne tämän ideologian mukaiseen kuntoutustoimintaan siirtyvät vanhentuneen reaktiivisen ajattelutavan sijaan. Työpaikka, jolla on koko työuran alusta loppuun kattava työhön kytkeytyvän kuntoutuksen malli, vetää työntekijöitä itselleen ja onnistuu pitämään omistaan kiinni. Valitettavasti tätä emme riittävästi saaneet testattua Työhön

kytkeytyvä kuntoutus työuran edistäjänä (KUURA 2020–2023) -hankkeen yhteydessä, mutta käytäntöön levittäminen ja mallin arvioiminen voi olla meidän kaikkien kuntoutuksen edistäjien vastuulla.

Kiitokset hankkeen rahoittajalle Euroopan sosiaalirahastolle ja Työhön kytkeytyvä kuntoutus työuran edistäjänä -hankkeen työryhmän muille jäsenille Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, Työterveyslaitoksesta, Oulun yliopistolta ja Oulun ammattikorkeakoulusta.

Pirjo Juvonen-Posti, LT, kun-PD, kuntoutuksen erityispätevyys, johtava asiantuntija, Työkyky ja työurat, Työterveyslaitos

Kirsi Unkila, YTL, erikoissosiaalityöntekijä, erityisasiantuntija, Työkyky ja työurat, Työterveyslaitos

Mikko Henriksson, VTM, erityisasiantuntija, Työkyky ja työurat, Työterveyslaitos

Lisbeth Forsman-Grönholm, LKT, työterveyshuollon erikoislääkäri, vakuutuslääketieteen erityispätevyys, erikoislääkäri, Työterveys, Työterveyslaitos

Lähteet

- Bonaccio S, Connelly CE, Gellatly IR ym. (2020) The Participation of People with Disabilities in the Workplace Across the Employment Cycle: Employer Concerns and Research Evidence. *J Bus Psychol* 35, 135–158.
<https://doi.org/10.1007/s10869-018-9602-5>
- Escorpizo R, Renema MF, Ekholm J, Fritz J, Krupa T, Marnetoft S-U, Maroun CE, Guzman JR, Suzuki Y, Stucki G, Chan CCH (2011) A Conceptual Definition of Vocational Rehabilitation Based on the ICF: Building a Shared Global Model. *J Occup Rehabil* 21, 126–133.
<https://doi.org/10.1007/s10926-011-9292-6>
- Franche RL, Cullen K, Clarke J ym. (2005) Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *J Occup Rehabil* 15, 607–631.
<https://doi.org/10.1007/s10926-005-8038-8>
- Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (2012) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01. Eläketurvakeskus, Helsinki. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129345/Toimiikotyolakekuntoutus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Henriksson M, Joensuu M (2023) Työkyvystä työpotentiaaliin. Blogikirjoitus, Työterveyslaitos. <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/blogi/tyokyvyysta-tyopotentiaaliin>
- Hynninen Y, Lahelma M, Rissanen A, Voltti S, Patja K, Posa M, Torkki P, Reijula K, Leskelä RL (2023) Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyden häiriöt aiheuttavat valtaosan työterveyshuollon kustannuksista. *Suom Lääkäril* 78, e34248. www.laakarilehti.fi/e34248
- Juvonen-Posti P (2018) Work-related rehabilitation for strengthening working careers. A multiperspective and mixed methods study of its mechanisms. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1468. University of Oulu, Oulu. Available: <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-952-62-1927-1>
- Juvonen-Posti P, Seppänen-Järvelä R, Pesonen S, Savinainen M, Laaksonen M, Kaleva S (2015) Työterveysyhteistyö kuntoutumisen mahdollistajana. *Kuntoutus* 38, 3, 28–41.
- Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K (2018) Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännössä. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 13. Kela, Helsinki.
- Kela. Kelan Kiila-kurssi tiedote työnantajille. <https://www.kela.fi/tyonantajat-kiila-kurssit>. Viitattu 30.6.2023.
- Hinkka K, Aalto L, Toikka T (2015) Uudenlaisen Kelan työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 134, Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Lederer V, Loisel P, Rivard M ym. (2014) Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions. *J Occup Rehabil* 24, 242–267. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9459-4>
- Leino S, Uino S (2017) Sosiaalialan konsultaatio työterveyshuollon tiimin kautta Terveystalossa. *Työterveyslääkäri* 35, 3, 26–27. Edellyttää maksullista lisenssiä: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tyt/article/ttl01587/search/sosiaalialan%20asiantuntija>
- Leino T, Turunen J, Pehkonen I, Juvonen-Posti P (2023) Important collaborative factors for successful economic outcomes in work disability management – A mixed methods multiple case study. *Work* 74, 2, 685–697. doi: 10.3233/WOR-210026. PMID: 36278370.
- Lindh J (2013) Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakentamiseen. *Acta Universitatis Lapponiensis* 259. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi.
- Liukko J, Kuuva N (2015) Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa – Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskusten raportteja 03.
- MacEachen E (2013) Understanding Work Disability Systems and Intervening Upstream In: Loisel P, Anema JR (toim.) *Handbook of Work Disability. Prevention and Management*. Springer, New York. 217–228.
- Pesonen S, Juvonen-Posti P, Ristimäki HL, Weiste E, Koskela I, Ruusuvuori J, Seppänen-Järvelä R (2021) Yhteistoimijuus työterveysneuvottelussa. *Kuntoutus* 44, 3, 5–20. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.111698>
- Ristimäki HL, Ruusuvuori J, Tiitinen S, Juvonen-Posti P (2022) Työmotivaation rakentuminen työterveysneuvottelun vuorovaikutuksessa: tasapainottelua halukkuuden ja haasteiden välillä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 59, 4. <https://doi.org/10.23990/sa.109511>
- Seppänen-Järvelä R (toim.) (2014) Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi työn arkea. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen arviointitutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 84. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Seppänen-Järvelä R (2018) Kuntoutus osana työkykyjohtamista henkilöstöasiantuntijan näkökulmasta. *Kuntoutus* 41, 1, 21–32.
- Seppänen-Järvelä R, Aalto AM, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M (toim.) (2015a) Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty: Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139. Kela, Helsinki.
- Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P, Pesonen S, Laaksonen M, Tuusa M, Savinainen M, Henriksson M (2015b) Yhteistoimintaa ja yksilöllisiä valintoja kuntoutumisen polulla. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen tapaustudkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 141, Kela, Helsinki.
- Tuusa M, Seppänen-Järvelä R, Henriksson M, Juvonen-Posti P, Pesonen S, Syrjä V, Savinainen M (2018) Yhteistoimijuus ja toimijuus kuntoutumista edistävinä vaikutusmekanismeina. Teoksessa: J Lindh, K Härkäpää, K Kostamo-Pääkkö (toim.) *Sosiaalinen kuntoutus*. Lapland University Press, Rovaniemi, 125–148.
- Työeläkevakuuttajat (Tela) Työkyvyttömyysriskin hallinta. <https://www.tela.fi/tyoelakejarjestelma/tyokyky-ja-sen-merkitys/tyokyvyttomyysriskin-hallinta/> Viitattu 30.6.2023.
- Työhön kytkeytyvä kuntoutus -tietopaketti (2022) Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Työterveyslaitos, Oulun yliopisto, Oulun ammattikorkeakoulu. <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/tyohon-kytkeytyva-kuntoutus>
- Työturvallisuuslaki, 1.6.2023 voimaan astuneet muutokset 2.luku 8§, 10§ ja 14 § <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>
- Waddell G, Burton A, Kendall N (2013) Vocational rehabilitation: what works, for whom, and when? Department for Work and Pensions, London, viewed 29 Jun 2023,

<<https://www.gov.uk/government/publications/vocational-rehabilitation-scientific-evidence-review>>.

Åkerblad L, Haapakoski K (2020a) Työnantajayhteistyö ammatillisessa kuntoutuksessa ja tuetussa työllistymisessä: integroiva kirjallisuuskatsaus. *Kuntoutus* 43, 3, 20–33.

Åkerblad L, Haapakoski K (2020b) Hauras jaettu toimijuus ammatillisessa kuntoutuksessa. *Janus: sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 28, 3, 220–236. <https://doi.org/10.30668/janus.83335>

KUNTOUTUKSEN KOULUTUS JA TUTKIMUS KEHITTYY

Opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettamassa Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumissa (KunFo) laadittiin ehdotuksia kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämiseksi. Kehittämisfoorumin loppuraportti julkaistiin 24.8.2023 (Valtioneuvosto 2023). Kuvaa tässä kirjoituksessa kehittämisfoorumin työskentelyä ja sen keskeisiä tuloksia.

Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumi osana kuntoutuksen uudistamisohjelmaa

KunFo perustettiin alkuvuodesta 2021 Kuntoutuksen uudistamiskomitean (2017) todettua valtakunnallisen kuntoutuksen strategisen tutkimus- ja kehittämisohjelman tarpeen. Lisäksi OKM piti tarpeellisenä tarkastella ja kehittää kuntoutuksen koulutusta koko jatkumolla toiselta asteelta tohtoriopintoihin.

Asettamiskirjeessä KunFolta odotettiin selvitystä työelämän kehittämistarpeista, ehdotuksia perustutkintokoulutuksen ja sitä täydentävän koulutuksen rakenteen kehittämiseksi sekä ehdotuksia kuntoutuksen tutkimuksen ja kuntoutuksen koulutuksen tutkimuksen tutkimusstrategiaksi. Kehittämis- teemoiksi oli kirjattu kuntoutuksen koulutus-

ten tilannekuva ja rakenne, koulutusten osaamisprofiilit, kuntoutuksen ja sen koulutuksen tutkimus sekä kuntoutusalan työvoiman tarve ja saatavuus.

Foorumin jäseniksi kutsutut 40 henkilöä edustivat kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen asiantuntijuudellaan koko koulutus- ja tutkimusjärjestelmää ja sidosryhmiä. Foorumin jäsenet toivat foorumin käyttöön oman asiantuntemuksensa ja mahdollisuuksien mukaan oman organisaationsa asiantuntemuksen. Asiantuntijaraportissa tehdyt ehdotukset perustuvat heidän näkemyksiinsä koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisestä. Ehdotusten toimeenpanosta päätetään foorumin työskentelyn jälkeen.

Kehittämisfoorumin ehdotusten lähtökohdiana olivat kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeet. Kuntoutus ymmärrettiin kuntoutuskomitean määrittelemän käsitteen mukaisesti: ”Kuntoutus on kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähtevä, suunnitelmallinen prosessi, jossa kuntoutuja ylläpitää ja edistää toiminta- ja työkykyään ammattilaisten tuella. Kuntoutukseen kuuluu kuntoutujan toimintaympäristöjen kehittäminen. Kuntoutus tukee kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä voimavaroja, itsenäistä elämää, työllistyvyyttä ja sosiaalista osallisuutta. Kuntoutus on osa hyvinvointi-palvelujärjestelmää

ja edellyttää useiden toimijoiden oikea-aikaisia ja saumattomia palveluja ja etuuksia.” Näin ollen kuntoutuksen osaamis- ja tutkimustarpeita tarkasteltiin foorumissa laajasti.

KunFon työhön vaikuttavia muita hankkeita olivat muun muassa Korkeakoulujen kestävä kasvun ohjelma (mm. koulutusvastuujärjestelmän uudistaminen) ja Sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen kehittäminen (Soteko).

Kehittämisfoorumin työskentelyn eteneminen

Kun KunFo käynnistettiin, olimme koko työryhmä valtavan innostuneita saamastamme vastuullisesta tehtävästä. Varsin laajaa kannatusta sai se, että yritetään tuottaa uudenlaista ajattelua kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisen tueksi. Ajatus oli, että tarkastelisimme kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen laajaa kokonaisuutta ja isoa kuvaa yhteiskunnan näkökulmasta vastuullisesti, emmekä poteroituisi asemiin esimerkiksi puolustamaan yhtä yksittäistä alaa tai omaa organisaatiota. Ihan siihen emme kyenneet.

Foorumin työn ensimmäisessä vaiheessa haettiin yhteistä näkemystä kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen nykytilasta ja tulevista tarpeista. Raportit kuntoutuksen koulutuksen, kuntoutuksen TKI-toiminnan, kuntoutuksen koulutuksen tutkimuksen nykytilasta sekä kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeista julkaistiin tammikuussa 2022.

Työn toinen vaihe, eli varsinaisten ehdotusten laatiminen, perustui edellä mainittuihin raportteihin, ja työn lähtökohtana olivat kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeet. Työ toteutettiin kahdessa ryhmässä, joista toinen keskittyi koulutukseen ja toinen TKI-toimintaan. Ryhmät jakautuivat tehtävien mukaisesti alatyöryhmiin.

Ehdotusten laatiminen oli työläs ja monivaiheinen prosessi. Koulutusraportti herätti jo luonnosteluvaiheessa monenlaista, osin varsin aiheellista, kritiikkiä ja kommentointia KunFon ulkopuolelta, jota työskentelyssä voitiin hyödyntää. Osa kritiikistä perustui huhupuheisiin ja virheellisiin käsityksiin

KunFon tehtävistä ja asemasta. Saimme muun muassa palautetta, että joitakin asioita, joista raportissa kirjoitetaan, ei saisi julkisesti sanoa. Etujärjestöistä kuului huoli-puhetta muun muassa siitä, että raportissa ehdotetaan tiettyjä kuntoutusaloja tarkempaan tarkasteluun. Eräs arvostamani STM:n esihenkilö totesi: ”Mikään ei muutu, jos joku ei suutu”. Nyt suututtiin jo ennen kuin raportti julkaistiin.

Raportti on moniääninen, koulutuksen osalta useita ehdotuksia sisältävä asiantuntijaraportti. Se ei ole konsensusraportti. Siinä on rohkeita, paikoin moninäkökulmaisia ja vaihtoehtoisia ehdotuksia. Seuraavaksi tiivistettynä koulutus- ja tutkimusraportin tuloksia.

Lisätään kuntoutusosaamista ja tehostetaan koulutusta

Koulutusraportti perustuu kuntoutuksen koulutuksessa havaittuihin haasteisiin. Niitä ovat muun muassa osaamisen puutteet, koulutuksen hajanaisuus ja päällekkäisyydet, koulutussektoreiden ja koulutusalojen välisen yhteistyön vähäisyys, monitieteisen kuntoutuksen koulutuksen vähäisyys sekä tutkijakoulutuksen hajanaisuus ja koordinoimattomuus.

Kehittämis ehdotukset liittyvät kuuteen teemaan:

1. Työelämässä tarvittavia yleisiä asiantuntijataitoja tulee tukea nykyistä enemmän jo alemmilla koulutusasteilla. Yhteiseen kuntoutusosaamiseen tulee kiinnittää huomiota kaikilla koulutusasteilla. Kuntoutusosaamisen tarvetta tulee tarkastella ja osaamista kehittää muillakin sote-alan koulutusaloilla.
2. Koulutusrakenteita ja tutkintoja tulisi kehittää. Toteutukseen on useita vaihtoehtoja; esimerkiksi ammatillisessa koulutuksessa sote-alan erikoisammattitutkintoon voisi sisällyttää kuntoutuksen osaamisalan tai lähihoitajan perustutkintoon voisi lisätä valinnaisen osaamiskokonaisuuden.

3. Koulutuspolkuja tulisi kehittää. Joustavat ja vaihtoehtoiset kuntoutuksen tutkintokoulutusten polut sujuvoittaisivat siirtymistä koulutusasteelta toiselle ja vähentäisivät tarvetta saman tasoisten tutkintojen suorittamiseen. Lisäksi tulisi vahvistaa tutkintokoulutusten ja koulutusorganisaatioiden välistä yhteistyötä sekä kehittää kuntoutukseen suuntautuvia, monialaisia ja -tieteisiä opintokokonaisuuksia kaikilla koulutusasteilla.
4. Tohtorikoulutusta tulisi kehittää muun muassa kehittämällä kuntoutustiedettä ja -tutkimusta yliopistoissa laaja-alaisesti ja monitieteisesti sekä kehittämällä kuntoutuksen tohtoriopintoja monitieteisenä koulutuksena ja korkeakoulujen yhteistyönä.
5. Jatkuvaa oppimista kuntoutuksen koulutuksessa tulisi kehittää muun muassa kehittämällä aiemman osaamisen tunnistamisen käytäntöjä, vahvistamalla joustavia ja toisiaan täydentävien opintojen kokonaisuuksia sekä toteuttamalla osaamisen kehittämisen mahdollisuuksia sekä ammattialakohtaisesti että monialaisesti.
6. Kuntoutuksen koulutuksen tutkimuksen tulee kiinnittyä koulutuksen kokonaisvaltaiseen kehittämiseen siten, että koulutusta koskevat muutokset ja ratkaisut perustuvat tutkimukselliseen kehittämiseen ja niiden merkitystä ja vaikutuksia tarkastellaan ja seurataan jatkuvasti.

Tutkimuksen tuella kuntoutuksesta näyttöön perustuvaa ja yhteiskunnallisesti merkityksellistä

Kuntoutuksen tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiostrategian (TKI) visioksi kiteytettiin, että kuntoutus valtakunnallisesti tarkasteltuna on näyttöön perustuvaa, vaikuttavaa ja kustannustehokasta sekä merkityksellistä yhteiskunnalle ja yksilölle.

Loppuraportissa esitetyt kehittämisehdotukset liittyvät kahdeksaan teemaan:

1. TKI-toimintaa tulisi kohdentaa ensisijaisesti yksittäisiin kuntoutusmenetelmiin, kuntoutusmenetelmäkokonaisuuksiin tai kuntoutusjärjestelmään. Lisäksi tulisi tutkia arkivaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä vaikuttaviksi osoitettujen palveluiden käyttöönottoa.
2. Kuntoutuksen tietopohja on toistaiseksi hajanaista eikä se ole riittävästi tukenut kuntoutuksen strategiaa, kehittämistä tai johtamista. Tästä syystä tulisi perustaa THL:n alainen kuntoutuksen kehittämissen ja johtamisen tietokanta. Lisäksi toisiolaki ja sen tulkinta tulisi saattaa ajan tasalle tukemaan tietokannan käyttöä TKI-toiminnan hyväksi.
3. Tutkimusstrategioita tulisi kehittää siten, että ne paremmin huomioivat kuntoutuksen monitoimijaisuuden ja kompleksisuuden. Metodologisia kehittämis-kohteita ovat monimenetelmällisyys, kustannusvaikuttavuus, implementaatio- ja implementointitutkimus.
4. Tutkimuksen rahoitusta tulisi lisätä valitsemalla kuntoutuksen tutkimusstrategisen tutkimuksen teema-alueeksi viimeistään vuodelle 2026 teemalla ”Näyttöön perustuva ja yhteiskunnallisesti merkityksellinen kuntoutus”.
5. Kuntoutuksen parissa toimivista pienemmistä asiantuntijaverkostoista tulisi muodostaa yksi yhtenäinen kattoverkosto.
6. Kansainvälistä toimintaa tulisi tehostaa kannustamalla tutkijavaihtoon, kansalliseen järjestötoimintaan ja kongressien järjestämiseen. Toisiolain aiheuttamat rajoitteet kansainväliselle yhteistyölle ratkaistaan muuttamalla toisiolakia tai sen tulkintaa tarvittavilta osin.
7. TKI-osaamisessa tulisi vahvistaa tuoteistamis- ja kaupallistamistaitoja, erityisesti palvelumuotoilua ja asiakasymmärrystä, sekä verkostotaitoja. Kuntoutuksen tohtorikoulutuksen tulee olla monitieteistä ja monialaista.

8. Lisääntyvä tiedonvaihto on tärkeää alan kehitykselle ja innovaatioille. Siksi tulisi perustaa kuntoutuksen tutkimus- ja TKI-toiminnan viestintävastaavan toimi. Viestintävastaavan tehtävä on ylläpitää digitaalisesti ”Kuntoutuksen kotimaisen tutkimus- ja TKI-toiminnan uutisia”.

Entä sitten?

Nähtäväksi jää, mitä Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumin asiantuntijoiden laatimista ehdotuksista viedään täytäntöön. Ehdotusten toimeenpano edellyttää poliittista tahtoa, muun muassa konkretisoitaessa hallitusohjelmaan sisältyvän kuntoutuksen uudistamisen tulevia vaiheita. Tämä edellyttää etenkin työn tilaajien OKM:n sekä STM:n mutta myös muiden tahojen aktiivista toimintaa, raportin tuloksista tiedottamista sekä niiden arviointia ja edistämistä.

Koulutustyöryhmän moninäkökulmaiset ehdotukset tarjoavat erinomaisen pohjan jatkokehittämiselle ja -keskustelulle, mukaan lukien ehdotettu tiettyjen koulutusten tarkempi arviointi. Jos koulutusosalalla asiat ovat kunnossa, esimerkiksi siten, että ala vastaa yhteiskunnalliseen tarpeeseen ja sen käytännöt perustuvat tutkimusnäyttöön, se kestää myös tarkemman tarkastelun.

Osa foorumin asiantuntijoiden ehdotuksista on sellaisia, että niitä voivat kuntoutuksen alan toimijat, kouluttajat ja tutkijat itse omalla toiminnallaan edistää. Tästä esimerkkinä KunFon jäsenen Strategisen tutkimuksen neuvoston teemahakuun tuoma KunFon TKI-strategian mukainen ehdotus: ”Kuntoutuksella kestävä yhteiskunta”.

Kuntoutuksella on erityinen merkitys vastattaessa yhteiskunnan metahaasteisiin, kuten väestön ikääntymisen aiheuttamaan hoivan tarpeen kasvuun, syrjäytymiseen, työelämän ulkopuolelle jäämiseen ja mielenterveysongelmiin. Nykyisessä julkisen talouden haastavassa tilanteessa olisi näihin haasteisiin kyettävä vastaamaan vastuullisesti, tuottamalla kustannustehokkaasti tarpeenmukaista kuntoutusosaamista ja näyttöön perustuvia kuntoutuspalveluja.

Toivon kiinnostavia lukuhetkiä KunFon loppuraportin parissa. Lämmin kiitos kaikille KunFon jäsenille valtavasta ja hienosta työstä, jonka he ovat vapaa-ajasta säästämättä ja korvauksetta tehneet. Olen ylpeä siitä, mitä on KunFossa on saatu aikaiseksi!

Anna-Liisa Salminen, tutkimusprofessori emerita, Kela, KunFon puheenjohtaja

Lähteet

- Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017) Ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41.
- Melkas S (2023) Ehdotus kuntoutuksen tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiostrategiaksi. Esitys KunFon loppuseminaarissa 24.8.2023.
- OKM & STM (2022a) Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumi. Kuntoutuksen koulutuksen tilannekuva. Väiliraportti.
- OKM & STM (2022b) Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumi. Kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeet. Väiliraportti.
- OKM & STM (2022c) Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumi. Kuntoutuksen tutkimuksen tilannekuva. Väiliraportti.
- OKM & STM (2022d) Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumi. Kuntoutuksen koulutuksen tutkimuksen nykytila. Väiliraportti.
- Salminen A-L (2023) Näin kuntoutuksen koulutus ja tutkimus kehittyi –loppuraportti tarjoaa ehdotuksia kehittämiselle. Kela. Tutkimusblogi 29.9.2023.
- Valtioneuvosto (2023) Kuntoutuksen koulutus ja tutkimus: Asiantuntijafoorumin näkökulmia koulutuksen kehittämiseen ja ehdotus kuntoutuksen tutkimuksen strategiaksi. Valtioneuvoston julkaisu 64. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165105>
- Vuoskoski P (2023) Ehdotuksia kuntoutuksen koulutuksen kehittämiseen. Esitys KunFon loppuseminaarissa 24.8.2023.

Kuntoutus-lehti vuonna 2024

*Toimitus kiittää lämpimästi lukijoita ja kirjoittajia kuluneesta vuodesta.
Rauhallista joulua ja onnellista uutta vuotta!*

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2024 neljänä numerona Journal.fi-palvelussa.

Lokakuun teemanumero 3/2024 ”Mielenterveys- ja päihdekuntoutus” käsittelee päihderippuvuuteen liittyvää mielenterveys- ja päihdekuntoutusta.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdesämme.

Sähköposti: kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi

Katso tilaushinnat:

<https://journal.fi/kuntoutus/tilaukset>

Ilmestymisaikataulu 2024

Nro	Ilmestyy
1	viikolla 11
2	viikolla 24
3 teema	viikolla 42
4	viikolla 50

Kuntoutus 4 | 2023 | 46. vuosikerta
ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkojulkaisu)

Kuntoutus

Tilaa Kuntoutus-lehti

Pidä itsesi ajan tasalla kuntoutuksesta – saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa!

Kuntoutus-lehden tilaus osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti TAI
tilaukset, osoitteen muutokset ja peruutukset:
johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi, puh.0404397183

Hinnat:

Kestotilaus 55 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 59 euroa

Opiskelijat (4nroa) 28 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 51 euroa/vuosi

Yhteisötilaukset 310-410 euroa/vuosi

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys
Kutke ry