

Kuntoutuks

2020

4

Kuntoutukseen osallistuminen
ja eri osajärjestelmien
ristikkäiskäyttö

Hyvinvointiin liittyvän avun
hakemisia ja hakemattomuuksia
miesten ryhmäkeskusteluissa

Parempi arki yhdessä tehden

SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

- ERJA POUTIAINEN
Kuntoutus-lehti jatkaa vankalla tieteellis-ammattillisella linjalla - digitaalisesti 3

TIETEELLISET ARTIKKELIT

- HANNA RINNE JA JENNI BLOMGREN
Kuntoutukseen osallistuminen ja eri osajärjestelmien ristikkäiskäyttö 6

- TARU SLUTBÄCK
Hyvinvointiin liittyvän avun hakemisia ja hakemattomuuksia miesten ryhmäkeskusteluissa 21

HANKE-ESITTELYT

- SARI NUMMINEN JA ANNE OJALA
Parempi arki yhdessä tehden 33

LECTIO PRAECURSORIA

- ANU KIPPOLA-PÄÄKKÖNEN
Sopeutumisvalmennuskurssit voivat tukea perheiden voimavaroja ja valtaistumista 38

- MAARIT KARHULA
MS-tautia sairastavan henkilön osallistuminen arjen toimintaan 42

- KATRI TURUNEN
Toiminnanohjauksen ja muistisuoriutumisen vaikeudet ensimmäisen sairastetun aivoinfarktin jälkeen 46

KIRJA-ARVOSELUT

- AILA PIKKARAINEN
Yhdessä toimimisen etiikka -teos haastaa tarkastelemaan myös nykyisiä kuntoutuskäytäntöjä 50

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattillinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Kutke ry; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Jouni Puumalainen, Kuntoutussäätiö; Marketta Rajavaara, Helsingin yliopisto; Salla Sipari, MetropoliaAMK; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Riitta Seppänen-Järvelä, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Sinikka Hiekkala, Soile Kuitunen, Mika Pekkonen, Riikka Shemeikka. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT JA MEDIAKORTTI** www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa | Irtonumero 14 € + postimaksu **JULKAISIJAT** Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen Kutke ry | 43. vuosikerta | ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkójulkaisu) **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen **PAINO** Bookwell Oy

KUNTOUTUS-LEHTI JATKAA VANKALLA TIETEELLIS-AMMATILLISELLA LINJALLA – DIGITAALISESTI

Tutkittua tietoa on tärkeää tuottaa ja levittää kansainvälisten julkaisujen lisäksi kotimaisilla areenoilla. Oma merkityksensä on myös sillä, että tutkimustuloksia julkaistaan ja niistä keskustellaan sillä kielellä, jolla ne on tehty, ja siinä maassa, jonka väestöä, rakenteita ja järjestelmiä ne koskevat. Tutkitun tiedon välittäminen toisille tutkijoille, ammattilaisille, päättäjille ja kansalaisille yhteiskunnan omassa kontekstissa on merkityksellistä. Kotimainen julkaisu on niin ikään hyvä paikka keskustella eri aloilta tulevien tutkijoiden ja ammattilaisten kanssa. Tällä tavalla on helpompaa löytää yhteinen kieli, jolla monitieteellisestä ja moniammatillisesta kuntoutuksestakin päästään yhdessä keskustelemaan. Yhteinen keskustelu on tiedemaailman avoimuudelle tärkeää.

Avoin julkaiseminen on tieteen yhteinen tavoite. Tieteellisten seurain valtuuskunta (TSV), jolta toinen lehden julkaisija Kutke ry saa avustusta Kuntoutus-lehden julkaisemiseen, on vahvasti mukana edistämässä avointa julkaisemista, jotta tieteellinen tieto olisi kaikkien kiinnostuneiden käytössä. Avoimen julkaisemisen edistämiseksi TSV tarjoaa lehdille sähköisen OJS-julkaisualustan (Open Journal System). Sen puitteissa toimiva Journal.fi-sivusto on tiedelehtien toimittamiseen ja julkaisemiseen tarkoitettu palvelu. Sivustolla oli elokuussa 2020 yli 90 suomalaista tieteellistä lehteä ja vuosikirjaa, ja nyt myös Kuntoutus-lehti liittyy tähän joukkoon. Avoimen julkaisemisen periaatetta Kuntoutus-lehti toteuttaa avaamalla entiseen tapaansa artikkelinsa kaikille avoimeksi 12 kuukauden kuluttua niiden ilmestymisestä. Välittömästi avoimeen julkaisemiseen lehdellä ei valitettavasti ole tällä hetkellä taloudellisesti mahdollisuuksia, sillä lehti on riippuvainen tilaajamaksuistaan, joilla katetaan pääosa Kuntoutus-lehden kustannuksista.

Ensi vuonna vietetään tutkitun tiedon teemavuotta. Kyse on kansallisesta hankkeesta, jonka toteuttaa opetus- ja kulttuuriministeriö yhdessä Suomen Akatemian ja TSV:n kanssa. Sen puitteissa tullaan järjestämään erilaisia tilaisuuksia, tempauksia, toimia ja näyttelyitä, teoksia, interventioita sekä kehitysprojekteja ja kampanjoita, joko verkossa tai paikan päällä. Tavoitteena on lisätä tutkitun tiedon saavutettavuutta sekä näkyvyyttä paikallisesti ja valtakunnallisesti. Kannattaa seurata teemavuotta ja jakaa teemavuoden viestiä Twitterissä: @tttv2021(link is external), #tttv21, #tutkituntiedonteemavuosi.

Tässä vuoden viimeisen numeron tutkimusartikkeleissa kuntoutuk-

sen tutkimuksen monitieteellisyys tulee hyvin esiin. Toinen artikkeli tarkastelee kuntoutuksen järjestämistä rekisteritutkimuksen avulla. Tulosten mukaan lähes viidesosa tarkastelun kohteena olevan kaupungin asukkaista käyttää kuntoutuspalveluja ja käyttö kasvaa iän myötä. Tyypillisimmin on saatu yhden osajärjestelmän piiriin kuuluvaa kuntoutusta. Tutkimus toi esiin yleisessä keskustelussakin usein mainitut kuntoutuksen kirjaamiskäytäntöjen puutteet sekä kuntoutusjärjestelmien hajanaisuuden ja siihen liittyvät useat rekisterinpitäjät. Toinen tieteellinen artikkeli kuuluu laadullisen tutkimuksen piiriin. Siinä käsitellään ryhmähaastattelulla kerättyä tietoa miesten hyvinvointiin liittyvän avun hakemisesta tai hakematta jättämisestä. Tutkimuksen mukaan miesten näkemykset avun hakemisesta ovat vuosien varrella muuttuneet. Lisäksi saamme lukea puheenvuoron pilottihankkeesta, jossa on tutkimuksen keinoin onnistuneesti pureuduttu kommunikaation apuvälineiden alueelliseen kehittämiseen ja palveluiden tarkoituksenmukaiseen porrastamiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon välillä.

Kuntoutukseen liittyvä tutkimus on vireää, mitä osoittavat myös useat viimeaikaiset väitöstyöt, joissa kuntoutus on ollut joko suoraan tutkimuksen pääkohteena tai kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyviä tekijöitä on tarkasteltu osana tutkimusta. Tässä lehdessä kolme tämän syyskauden aikana eri tieteenaloilta väitellyttä tutkijaa kuvaa väitöstutkimustaan ja päätuloksiaan. Saamme lukea työikäisinä aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kognitiivisesta kuntoutumisesta, MS-tautia sairastavien monialaisen ryhmäkuntoutuksen toimivuudesta sekä lasten ja perheiden sopeutumisvalmennuskurssien koetuista hyödyistä ja siitä, mitkä tekijät vaikuttavat osallistujien arviointeihin.

Ensi vuonna tutkitun tiedon äärelle pääsee myös muulla tavoin. Esimerkiksi 18.3.2021 kuntoutuksen tutkimuksesta kiinnostuneet voivat seurata hienoja kutsuesitelmiä ja tutkimusselostuksia kuntoutuksen tutkimuksen seminaarissa, jonka yleisteemana on 'Kuntoutus työelämän käännekohdassa'. Vielä ehtii myös tarjota seminaariin omaa tutkimusosittelmää tai -posteria, abstraktin viimeinen jättöpäivä on 7.1.2021.

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuoden 2021 alusta alkaen yksinomaan verkkomuotoisena julkaisuna. Lehden tilaajat pääsevät maksukoodin saatuaan lukemaan verkkolehteä Journal.fi-sivustolla (<https://journal.fi/kuntoutus>). Sieltä löytyy painetun lehden kaltainen sähköinen versio, ja lisäksi oman kiinnostuksen mukaan voi avata artikkelit ja muut verkkolehden osiot yksittäin. Arkistoa kartutetaan aiemmilla numeroilla, jolloin vanhat julkaisut saadaan pysyvästi kaikkien ulottuville. Sisällöllisesti Kuntoutus-lehti jatkaa entiseen tapaan tärkeiden kuntoutuksen tutkimusten ja tieteellis-ammattillisten katsausten, hanke-esittelyjen, puheenvuorojen, lectio praecursorioiden sekä Kuntoutuksessa tapahtuu -palstan julkaisemista Journal.fi-sivustolla. Lisäksi lehti julkaisee kuntoutuksen ajankohtaisiin aiheisiin liittyviä teemanumeroita. Vuoden 2021 teemanumeron aiheena on 'Kuntoutus työllisyysasteen nostajana', ja vuoden 2022 teemanumero tulee keskittymään nuorten kuntoutuksen ja tuen aihepiireihin.

Rauhallista vuodenvaihdetta lukijoille toivottaen,

Erja Poutiainen

Päätoimittaja, Kuntoutussäätö

Kirjoituskutsu: ”Kuntoutus työllisyysasteen nostajana” (3/2021)

Etsimme kirjoittajia Kuntoutus-lehden työurien pidentämistä ja osatyökykyisten työllistymisen edistämistä käsittelevään teemanumeroon 3/2021. Teemanumero julkaistaan syksyllä 2021.

Kuntoutuksen keinoin tuetaan osatyökykyisten työllistymistä, helpotetaan nuorten työelämään kiinnittymistä sekä edistetään ikääntyvien työntekijöiden työssä jatkamista. Toivomme teemanumeroon tieteellisiä artikkeleita, katsauksia ja analyyseja sekä muita kirjoituksia, joissa kuvataan hyväksi todettuja, vaikuttavia keinoja tukea työurien pidentämistä ja osatyökykyisten työllistymistä.

Kuntoutus-lehti noudattaa vertaisarviointia. Vertaisarvioitujen tutkimusartikkeleiden lisäksi julkaisemme muun muassa vertaisarvioimattomia katsauksia ja analyyseja, puheenvuoroja, lektioita sekä kirja-arvioita.

Lähetä tieteellisen artikkelin työotsikko ja kuvaus artikkelin sisällöstä (ml. teoreettinen viitekehys, tutkimustehtävä ja -aineisto, menetelmät sekä keskeiset tulokset) sähköpostin liitetiedostona viimeistään 16.11.2020 mennessä toimitussihteerille osoitteeseen annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi. Abstraktin pituus on noin 2 000 merkkiä välilyönnit mukaan laskien. Ilmoitamme abstraktin hyväksynnästä teemanumeroon 14.12.2020 mennessä. Kuntoutus-lehden kirjoittajaohjeiden mukaan laadittu tieteellinen artikkelikäsikirjoitus lähetetään toimitussihteerille 31.3.2021 mennessä, minkä jälkeen käsikirjoitukset lähetetään vertaisarviointiin. Kirjoitusohjeet: <https://kuntoutussaatio.fi/julkaisut/kuntoutus-lehti/kirjoitusohjeet/>

Muut kuin tieteelliset artikkelit tulee lähettää sähköpostin liitetiedostona 30.4.2021 mennessä toimitussihteerille osoitteeseen annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi.

*Lisätietoja: teemanumeron toimittaja Riikka Shemeikka
(riikka.shemeikka@kuntoutussaatio.fi) sekä päätoimittajat Erja Poutiainen
(erja.poutiainen@kuntoutussaatio.fi) ja Riitta Seppänen-Järvelä (riitta.seppanen@kela.fi).*



KUNTOUTUKSEEN OSALLISTUMINEN JA ERI OSAJÄRJESTELMIEN RISTIKKÄISKÄYTTÖ

Rekisteritarkastelu Oulun väestössä vuonna 2018

Tausta

Suomeen on ajan saatossa kehittynyt hajanainen ja osin sekava kuntoutusjärjestelmä. Vastuu kuntoutuksen järjestämisestä on usealla taholla. Eri tahojen kuntoutustehtävistä sekä kuntoutuksen vastuunjaosta ja rahoituksesta säädetään eri aikoina säädetyissä laeissa. Myös kuntoutuksen tuotanto on hajautettu. Eri tahojen tehtävät ovat osittain päällekkäisiä.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea (STM 2017) on määritellyt kuntoutuksen seuraavasti: ”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 hyvinvointipalvelujärjestelmää ja edellyttää useiden toimijoiden oikea-aikaisia ja saumattomia palveluja ja etuuksia.”

Kuntoutustoimenpiteet sisältävät ammattilaisten kanssa toteutettua vuorovaikutteista terapiaa, itsenäisesti tai avustettuna suoritettua harjoittelua, kuntoutujan ja hänen kanssaan toimivien henkilöiden toiminta-

käytäntöjen muutosta arjessa, neuvontaa ja ohjausta sekä sopivien apuvälineiden käyttöönottoa ja ympäristön muutostöitä (Autti-Rämö & Salminen 2016). Kuntoutus voi olla lyhytkestoista, esimerkiksi muutama fysioterapiakäynti, tai se voi kestää useita vuosia, kuten ammatillisena kuntoutuksena saatu koulutus. Laitoskuntoutuksen sijaan kuntoutus on yhä useammin avomuotoista.

Kunnan vastuulle kuuluu terveydenhuoltolain perusteella lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen silloin, kun sen järjestämisvastuu ei ole Kelalla. Julkinen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä järjestää myös sosiaalista kuntoutusta muun muassa vammaisille, pitkäaikaistyöttömille ja ikääntyneille. Kela järjestää ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa sekä harkinnanvaraisena kuntoutuksena ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta. Työeläkekuntoutus on ammatillista ja yksilöllistä kuntoutusta niille työkäisille, joilla on yhteys työelämään. Työeläkekuntoutus on ensisijaista Kelan ammatilliseen kuntoutukseen nähden. Työterveyshuollolle kuuluu työllisten kuntoutustarpeen selvittäminen, kuntoutukseen ohjaus sekä kuntoutuksen jälkeinen työssä selviytymisen seuranta. Työ- ja elinkeino-

hallinnon palvelut on tarkoitettu rekisteröityneille työnhakijoille. Ne ovat harkinnanvaraisia ja täydentävät muiden toimijoiden järjestämää ammatillista kuntoutusta. Tapaturmavakuutuslaitokset vastaavat ammatillisesta ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta, jonka tarve johtuu työtaturmasta tai ammattitaudista. Valtiokonttori vastaa varusmiesten ja siviilipalveluksessa olevien sekä veteraanien kuntoutuksesta. Liikennevakuutuslaitokset korvaavat kuntoutusta silloin, kun kuntoutustarve johtuu liikennevahingosta. Seuraamusjärjestelmä vastaa vankien kuntoutuksesta. Lasten kasvatuksellinen kuntoutus integroituu myös osaksi koulua ja varhaiskasvatusta. Lisäksi kolmas sektori toimii kuntoutuspalveluiden tuottajana ja julkisen sektorin palveluiden täydentäjänä. (STM 2017.)

Kuntoutuspalveluihin pääsy vaihtelee osajärjestelmien välillä. Kuntoutuksen eri osajärjestelmillä on eri kriteerit, vastuualueet ja kohderyhmät. Yleisiä rajauskriteereitä ovat muun muassa ikä, pääasiallinen toiminta sekä toiminta- ja työkyky. Näiden lisäksi kuntoutukseen osallistumiseen vaikuttaa palveluihin hakeutuminen. Hakeutumiseen ovat edellä mainittujen tekijöiden lisäksi yhteydessä esimerkiksi sukupuoli, koulutus ja tulot (Pensola ym. 2012).

Kuntoutusjärjestelmän monimutkaisuus vaikuttaa paitsi kuntoutukseen pääsyyn, myös kuntoutumiseen. Kuntoutuksen uudistamiskomitean (STM 2017) mukaan kuntoutujat eivät saa tarvitsemiaan kuntoutuspalveluja oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti, heillä ei ole tarpeeksi tietoa palvelujen saatavuudesta, kuntoutuspalvelut ja niihin käytetyt resurssit eivät ole kokonaisuutena johdettavissa ja ohjattavissa eikä yhteistyö kuntoutuksen vastuutahojen kesken toimi riittävästi. Ongelma on suurin niillä kuntoutusta tarvitsevilla, joilla on monenlaisia ongelmia. Kuntoutuksen alueellisen kokonaisuuden kehittäminen tai koordinointi ei ole minkään tahon vastuulla (Pulkki 2012).

Kuntoutujien kokonaismäärästä on vaikeaa saada luotettavaa tietoa. Sama henkilö voi myös olla usean osajärjestelmän kuntoutuksessa saman vuoden aikana. Joidenkin osajärjestelmien, kuten Kelan ja työeläke-

laitosten, kuntoutukseen osallistuneista saadaan tieto rekistereistä. Joitain tutkimuksia onkin Kelan (Suoyrjö 2010, Suoyrjö ym. 2007, Pensola ym. 2012) ja työeläkelaitosten (Laaksonen ym. 2020) kuntoutuksen kohdentumisesta. Sen sijaan esimerkiksi järjestöjen tuottamaa kuntoutusta ei tilastoida missään, ja kuntien tietojärjestelmät ovat epäyhtenäisiä.

Joitakin yrityksiä hahmottaa kokonaiskuva tai kokonaiskustannuksia on kuitenkin ollut. Valtioneuvoston kuntoutusselonteon (STM 2002) yhteydessä selvitettiin kuntoutuksen silloiset kustannukset ja osallistujien määrä vuosina 1997–2000. Rissanen ja Pulkki (2013) sekä Pulkki ym. (2011a, 2011b) selvittivät, kuinka moni henkilö käytti erilaisia kuntoutuspalveluja vuosina 2004–2005 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tarkastelussa olivat osajärjestelmistä Kela, työeläkekuntoutus, työhallinto, valtiokonttori, terveydenhuollon avo- ja laitoskuntoutus, sosiaalihuollon laitoskuntoutus sekä tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutus. Tulosten mukaan tutkittuja kuntoutuspalveluita käytti 11 prosenttia sairaanhoitopiirin väestöstä (Rissanen et Pulkki 2013). Usean eri osajärjestelmän palveluita käytti yhdeksän prosenttia kuntoutujista (Pulkki ym. 2011b).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuntoutukseen osallistumisen yleisyyttä ja päällekkäisyyttä eri osajärjestelmissä Oulun asukkailla vuonna 2018 laajalla rekisteriaineistolla. Tutkimuksessa tarkasteltiin julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän, Kelan ja työeläkelaitosten kuntoutusta, sotas- ja tapaturma- ja liikennevakuutuskuntoutusta sekä työterveyshuollon fysioterapiala ja Kelan korvaamaa yksityistä fysioterapiala. Tieto kuntoutuksen kentän kokonaisuudesta ja erilaisten kuntoutuspalveluiden käytöstä samoilla ihmisillä on tällä hetkellä varsin hajanaista, vanhaa ja kaikkiaan puutteellista. Laajan rekisteriyhdistelyn keinoin tämä tutkimus tuo kuntoutusjärjestelmän sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamisen tueksi tuoretta tietoa eri osajärjestelmien kuntoutukseen osallistumisesta sekä kuntoutuksen saamisen kokonaisuudesta väestössä. Tutkimus tuo kokonaiskuvan siitä, miten suuri osa väestöstä ja eri demografisis-

ta väestöryhmistä ylipäättään osallistuu tällä hetkellä eri sektoreiden järjestämiin kuntoutuspalveluihin, sekä tietoa siitä, missä määrin eri osajärjestelmien kuntoutuksen käyttö on päällekkäistä. Tietoa voidaan hyödyntää erityisesti eri osajärjestelmien työnjakoa kehitettäessä.

Tarkemmat tutkimuskysymykset olivat:

- Kuinka yleistä kuntoutukseen osallistuminen on ylipäättään ja eri osajärjestelmissä ja millaisia eroja siinä on sukupuolen ja iän mukaan?
- Kuinka yleistä eri kuntoutuksen osajärjestelmien ristikkäiskäyttö on eri osajärjestelmien kuntoutukseen osallistuneilla?
- Kuinka monen osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet eroavat vain yhden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneista ja kuntoutukseen osallistumattomista sukupuolen ja iän mukaan?

Aineisto ja menetelmät

Aineistona tutkimuksessa on laaja yksilötason rekisteriaineisto, joka sisältää tietoja kaikista Oulun asukkaista ja heidän sosiaali- ja terveyspalveluiden ja etuuksien käytöstään vuosilta 2013–2018 (Blomgren & Jäppinen 2020). Tätä tutkimusta varten hyödynnettiin tietoja henkilöistä, jotka asuivat vakinaisesti Oulussa sekä vuoden 2017 että 2018 loppuissa (N = 192 844).

Tarkastelun kohteena tutkimuksessa oli kuntoutukseen osallistuminen vuoden 2018 aikana. Kuntoutukseen osallistuneiksi määriteltiin henkilöt, jotka olivat osallistuneet vähintään yhden kerran johonkin tarkasteluista toimenpiteistä vähintään yhdessä osajärjestelmässä. Lisäksi kuntoutukseen osallistuneet laskettiin erikseen osajärjestelmien mukaan.

Tiedot julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämästä kuntoutuksesta saatiin Oulun kaupungin rekistereistä ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hoitoilmoitusrekistereistä. Oulun kaupungin terveyspalveluiden tietojen perusteella kuntoutuksen osallistuneiksi määriteltiin ne, joilla oli vuoden aikana vähintään yksi fysioterapian, puheterapian, toimintaterapian, ravitsemusterapian tai muun terapian käynti,

kotikäynti, työpaikkakäynti tai vuodeosastokäynti (pelkät puhelinkontaktit ja sähköiset kontaktit jätettiin määritelmän ulkopuolelle). Julkisen psykoterapian tietoja aineisto ei sisältänyt, sillä kunta järjesti nämä palvelut ostopalveluina. Oulun kaupungin sosiaalipalveluiden palvelukokonaisuuksista voitiin huomioida kuntouttavaan työtoimintaan ja ikäihmisten kuntouttavaan päivätoimintaan osallistuneet. Sen sijaan esimerkiksi muihin ikäihmisten sosiaalipalveluihin kuten kotihoitoon, vammaisten ja kehitysvammaisten palveluihin sekä mielenterveyspalveluihin ja päihdepalveluihin mahdollisesti sisältyvää kuntoutusta aineistosta ei ollut mahdollista eritellä.

Julkkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämää kuntoutusta saaneita poimittiin myös THL:n Avohilmo- ja terveys-Hilmo-rekistereistä, jotka sisältävät avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käynti- ja hoitotietoja. Oulun kaupungin terveyspalveluiden käyntitietojen pitäisi määritelmällisesti sisältyä myös Avohilmoon, mutta tästä huolimatta Avohilmo-tietojen huomiomisella havaittiin 25 prosenttia lisää julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kuntoutusavopalveluita käyttäneitä henkilöitä. Avohilmo-tiedoista huomioitiin fysioterapian, apuvälinepalvelun, puheterapian, toimintaterapian, jalkaterapian, ravitsemusterapian, terveyssoseaalityön sekä muun kuntoutuksen ja erityisterapian vastaanotokäynnit, kotikäynnit, työpaikkakäynnit ja sairaalakäynnit. Lisäksi myös muita käyntejä määriteltiin kuntoutukseksi, jos vastaanottajan ammatti oli psykoterapeutti, puheterapeutti, fysioterapeutti, toimintaterapeutti tai muu terapeutti.

Terveys-Hilmo-rekisteristä poimittiin lisäksi sairaalan kuntoutuslaitoshoidotajaksolla vuonna 2018 olleet sekä ne, joilla oli toimenpiteenä jokin kuntoutustoimenpide: kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien arviointi, kuntoutumista tukeva ohjaus, valmennus ja terapiat sekä muut kuntoutuspalvelut (mm. apuvälineet). Lopuksi Oulun kaupungin aineiston ja THL:n rekisteiden tiedot yhdistettiin kuvaamaan julkisen sektorin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämää kuntoutusta.

Kelan kuntoutukseen osallistuneet saatiin

Kelan rekistereistä. Kuntoutukseen osallistuneiksi määriteltiin ne, joiden kuntoutusjaksosta ainakin osa osui vuodelle 2018. Eri lakiperusteiden kuntoutusta (ammattillinen kuntoutus, vaativa lääkinällinen kuntoutus, harkinnanvarainen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia) käsiteltiin pääosin yhdessä. Lisäksi Kelan kuntoutukseen osallistuneiksi laskettiin kaikki kuntoutusrahaa vuoden 2018 aikana saaneet.

Tieto työeläkekuntoutukseen vuonna 2018 osallistuneista saatiin Eläketurvakeskuksen eläkerekisteristä. Kuntoutukseen osallistuneiksi määriteltiin ne, joiden kuntoutusraha-, kuntoutusavustus- tai kuntoutuskorotusjaksosta ainakin osa osui vuodelle 2018. Työeläkelaitosten kuntoutuksen kanssa samaan luokkaan yhdistettiin tiedot sotilas- ja tapaturmavakuutus kuntoutuksen päivärahaa ja eläkettä sekä liikennevakuutus kuntoutuksen ansionmenetyskorvausta saaneista (SOLITA) vuonna 2018 (tiedot Eläketurvakeskuksen ansaintarekisterin palkattomien aikojen etuusjaksoista). Harvinaisuutensa vuoksi SOLITA-kuntoutusta ei voitu käsitellä erillisenä ryhmänä analyyseissa.

Työterveyshuollon tietoja oli käytettävissä neljältä suurelta työterveyshuoltoyrityksen palveluntuottajalta: Attendolta, Mehiläiseltä, Terveystalolta ja Työterveys Virralta. Nämä yritykset kattoivat 92 prosenttia oululaisista työterveyshuoltoa käyttäneistä henkilöistä ja 96 prosenttia työterveyshuollon kustannuksista vuonna 2013 (Hujanen & Mikkola 2016). Aineistoista poimittiin käynnit fysioterapeutilla ja työfysioterapeutilla. Muuta työterveyshuollon mahdollisesti järjestämää kuntoutusta kuin fysioterapiaa ei ollut mahdollista määritellä aineistoista yhtenäisellä tavalla.

Lisäksi Kelan sairaanhoitokorvausten rekisteristä poimittiin kaikki yksityisestä fysioterapiasta Kela-korvausta vuonna 2018 saaneet. Kela korvaa osan yksityisen fysioterapian kustannuksista, jos asiakkaalla on lääkärin määräys fysioterapiaan.

Kuntoutukseen osallistumisen lisäksi muodostettiin tieto siitä, kuinka monen eri osajärjestelmän kuntoutukseen henkilö oli vuoden 2018 aikana osallistunut. Eri osajärjestelmiksi laskettiin julkinen sosiaali- ja ter-

veyspalvelujärjestelmä, Kela, työeläkelaitokset ja SOLITA, työterveyshuollon fysioterapia ja yksityinen fysioterapia. Kuntoutukseen osallistuneet jaoteltiin kahteen luokkaan sen mukaan, olivatko he osallistuneet vain yhden osajärjestelmän kuntoutukseen vai kahden tai useamman osajärjestelmän kuntoutukseen.

Kuntoutukseen osallistumista tarkasteltiin sukupuolen ja ikäluokan mukaan ristiintaulukoimalla. Väestöryhmien välisiä eroja testattiin khiin neliö -testillä. Lisäksi logistisella regressiomallilla tarkasteltiin sukupuolen ja iän yhteyttä kuntoutukseen osallistumiseen. Tutkimusväestöstä naisia oli 50 prosenttia (taulukko 1). Viidennes väestöstä oli alle 16-vuotiaita. 65 vuotta täyttäneitä oli 15 prosenttia. Naiset olivat miehiä vanhempia.

Taulukko 1. Tutkimusväestö iän ja sukupuolen mukaan (%), Oulussa vuonna 2018 asuneet.

Ikäryhmä	Miehet	Naiset	Kaikki
0-15-vuotiaat	21	20	20
16-24-vuotiaat	13	12	13
25-44-vuotiaat	30	27	28
45-64-vuotiaat	23	23	23
Yli 65-vuotiaat	13	18	15
Yhteensä	100	100	100
N	96 407	96 437	192 844

Tulokset

Kuntoutus eri osajärjestelmissä

Vuonna 2018 kuntoutukseen osallistui 17,7 prosenttia tutkittavasta oululaisten kohdejoukosta (taulukko 2). Yleisimmin osallistuttiin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämään kuntoutukseen (8,0 %). Yleisiä olivat myös työterveyshuollon fysioterapian (4,8 %) ja yksityisen fysioterapian (3,2 %) sekä Kelan järjestämän kuntoutuksen saaminen (3,3 %). Työeläkekuntoutukseen osallistuminen oli harvinaista (0,3 %). SOLITA-kuntoutukseen osallistuminen oli hyvin harvinaista (0,03 % kohdejoukosta). Analyyseissa SOLITA sisältyy työeläkekuntoutusta saaneiden luokkaan (noin kymmenen prosenttia kyseessä olevan ryhmän kuntoutusta saaneista), mutta yksinkertaisuuden vuoksi

Taulukko 2. Kuntoutukseen osallistuneiden määrät ja osuudet (%) tutkittavasta väestöstä kuntoutuksen osajärjestelmän mukaan, Oulussa vuonna 2018 asuneet (N = 192 844) ja 25–64-vuotiaat (N = 99 569).

	Koko väestö		25–64-vuotiaat	
	N	Osuus (%)	N	Osuus (%)
Kaikki kuntoutus	34 061	17,7	19 457	19,5
Julkisen palvelujärjestelmän kuntoutus	15 377	8,0	5 156	5,2
Kelan kuntoutus	6 312	3,3	3 829	3,9
Työeläkekuntoutus	649	0,3	631	0,6
Työterveyshuollon fysioterapia	9 272	4,8	8 722	8,8
Yksityinen fysioterapia	6 175	3,2	3 759	3,8

koko ryhmää kutsutaan jatkossa työeläkekuntoutuksen saajiksi.

Julkisen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän kuntoutuksesta suurin osa oli terveydenhuollossa toteutettavaa kuntoutusta. Vain 11 prosenttia julkisen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän kuntoutuksesta oli sosiaalista kuntoutusta (N = 1 637). Kelan kuntoutuksesta yleisintä oli kuntoutuspsykoterapian saaminen (1,3 % koko väestöstä)

ja harvinaisinta harkinnanvarainen kuntoutus (0,5 %).

Kuntoutukseen osallistuneiden osuuksia tarkasteltiin myös rajaten kohdejoukon parhaassa työiässä oleviin eli 25–64-vuotiaisiin, joilla on myös ikänsä puolesta mahdollisuus osallistua kaikkiin tarkasteltuihin kuntoutusmuotoihin. Kuntoutukseen osallistuminen oli 25–64-vuotiailla hieman koko väestöä yleisempää (19,5 %). Koko väestöön ver-

Taulukko 3. Kuntoutukseen osallistuneiden osuudet (%) tutkittavasta väestöstä kuntoutuksen osajärjestelmän mukaan ikäryhmittäin, Oulussa vuonna 2018 asuneet miehet ja naiset.¹

Miehet	Ikäryhmä						Kaikki	25–64	P-arvo ²
	0–15	16–24	25–44	45–64	65+				
Kaikki kuntoutus	13,6	11,1	14,3	16,7	17,6	14,7	15,3	<0,001	
Julkisen palvelujärjestelmän kuntoutus	10,0	5,0	3,6	4,6	14,4	6,8	4,0	<0,001	
Kelan kuntoutus	3,8	3,7	2,6	2,3	0,4	2,6	2,5	<0,001	
Työeläkekuntoutus	.	0,1	0,6	0,6	.	0,3	0,6	<0,001	
Työterveyshuollon fysioterapia	.	2,0	6,4	7,6	0,1	3,9	7,0	<0,001	
Yksityinen fysioterapia	0,6	1,3	2,2	3,4	3,7	2,2	2,7	<0,001	
N	19 964	12 764	28 808	22 192	12 679	96 407	51 000		
Naiset									
Kaikki kuntoutus	10,3	17,2	21,7	26,6	24,9	20,6	24,0	<0,001	
Julkisen palvelujärjestelmän kuntoutus	8,1	8,4	6,2	6,6	19,0	9,2	6,4	<0,001	
Kelan kuntoutus	1,7	6,6	5,8	4,7	0,6	3,9	5,3	<0,001	
Työeläkekuntoutus	.	0,1	0,7	0,7	.	0,4	0,7	<0,001	
Työterveyshuollon fysioterapia	.	2,2	8,6	13,1	0,1	5,7	10,7	<0,001	
Yksityinen fysioterapia	0,9	1,9	3,7	6,2	7,5	4,2	4,9	<0,001	
N	19 076	11 852	25 923	22 646	16 940	96 437	48 569		

¹ Piste taulukossa tarkoittaa, ettei tietoa ei ole laskettu koska ko. kuntoutusta ei periaatteessa järjestetä ko. ikäryhmälle.

² P-arvo ikäryhmien välisille eroille.

rattuna he osallistuivat harvemmin julkisen palvelujärjestelmän kuntoutukseen (5,2 %) ja yleisemmin työterveyshuollon fysioterapian (8,8 %).

Naiset osallistuivat kuntoutukseen miehiä yleisemmin (taulukko 3). Koko väestössä naisista kuntoutukseen osallistui 21 prosenttia, miehistä 15 prosenttia. Vastaavat osuudet 25–64-vuotiailla olivat 24 ja 15 prosenttia. Naisten kuntoutukseen osallistuminen oli miehiin verrattuna noin puolitoistakertaista kaikissa ikäryhmissä 0–15-vuotiaita lukuun ottamatta. Sukupuolten välinen ero oli joka ikäryhmässä tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Miehillä kuntoutukseen osallistuminen oli eri ikäryhmistä yleisintä 65 vuotta täyttäneillä, naisilla 45–64-vuotiailla. Harvinaisinta se taas oli miehillä 16–24-vuotiaiden ja naisilla alle 16-vuotiaiden joukossa. Ikäryhmien väliset erot sekä miehillä että naisilla olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < 0,001$).

Alle 16-vuotiailla kuntoutus oli suurelta osin julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämää. Heillä Kelan kuntoutuksesta yleisintä oli lääkinnällinen kuntoutus. Myös 16–24-vuotiailla yleisimpiä olivat julkisen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän sekä Kelan järjestämä kuntoutus. Tässä ikäryhmässä Kelan kuntoutuksesta miehet saivat useimmin ammatillista kuntoutusta, naiset kuntoutuspsykoterapiaa. Jonkin verran osallistuttiin myös yksityiseen ja työterveyshuollon järjestämään fysioterapiaan. Työeläkekuntoutukseen osallistuminen oli nuorilla

hyvin vähäistä.

25–44-vuotiailla yleisintä oli työterveyshuollon fysioterapian saaminen, mutta usein saatiin myös julkisen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän ja Kelan järjestämää kuntoutusta. Kelan kuntoutuksesta yleisintä oli kuntoutuspsykoterapia. Jonkin verran käytettiin myös yksityistä psykoterapiaa. Työeläkekuntoutukseen osallistuminen oli vähäistä muiden osajärjestelmien kuntoutukseen verrattuna.

45–64-vuotiaat osallistuivat yleisimmin työterveyshuollon fysioterapiaan, naisista peräti 13 prosenttia. Seuraavaksi yleisimpiä olivat julkisen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän kuntoutus, yksityinen fysioterapia ja Kelan kuntoutus. Yhtä usea 45–64-vuotiaista kuin 25–44-vuotiaista oli osallistunut työeläkekuntoutukseen.

Yli 65-vuotiailla selvästi yleisin kuntoutuksen järjestäjätaho oli julkinen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä. Myös yksityinen fysioterapia oli suhteellisen yleistä. Kelan harkinnanvaraiseen kuntoutukseen oli osallistunut hyvin harva, samoin työterveyshuollon fysioterapiaan.

Myös logistisen regressioanalyysin mukaan naisilla kuntoutukseen osallistuminen oli selvästi yleisempää kuin miehillä kaikissa tarkastelluissa osajärjestelmissä lukuun ottamatta työeläkekuntoutusta (liitetaulukko 1). Sukupuolten välinen ero ei selittynyt iällä, vaan lähes kaikissa osajärjestelmissä naisten kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyys kasvoi, kun ikä vakioitiin. Sen sijaan

Taulukko 4. Useamman osajärjestelmän (julkisen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän kuntoutus, Kelan kuntoutus, työeläkekuntoutus, työterveyshuollon fysioterapia, yksityinen fysioterapia) kuntoutukseen osallistuneiden osuudet (%) kaikista kuntoutukseen osallistuneista sukupuolen ja iän mukaan, Oulussa vuonna 2018 asuneet.

	Kaikki	Miehet	Naiset	P-arvo ¹
Ikäryhmä	%	%	%	
0–15-vuotiaat	5	6	4	0,004
16–24-vuotiaat	10	8	11	0,003
25–44-vuotiaat	11	8	14	<0,001
45–64-vuotiaat	14	10	16	<0,001
Yli 65-vuotiaat	8	6	9	<0,001
25–44-vuotiaat	13	9	15	<0,001
Kaikki	10	8	12	<0,001
N	34 061	14 183	19 878	

¹ P-arvo sukupuolten väliselle erolle

sukupuolen vakioinnilla ei ollut vaikutusta ikäryhmittäisiin tuloksiin.

Eri osajärjestelmien ristikkäiskäyttö

Kuntoutukseen osallistuneista kymmenen prosenttia oli osallistunut kahden tai useamman osajärjestelmän kuntoutukseen (taulukko 4). Vain 0,6 prosenttia oli osallistunut ainakin kolmen osajärjestelmän kuntoutukseen.

Useamman kuin yhden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuminen oli naisilla (12 prosenttia kaikista kuntoutukseen osallistuneista) hieman yleisempää kuin miehillä (8 %). Pääsääntöisesti vähintään kahden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistumi-

nen oli sitä yleisempää, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse – lukuun ottamatta 65 vuotta täyttäneitä, jotka ikänsä takia ovat oikeutettuja harvempiin kuntoutusmuotoihin kuin nuoremmat (ks. taulukko 3). He eivät myöskään usein ole työsuhteessa ja siten työterveyshuollon piirissä. 45–64-vuotiaista kuntoutukseen osallistuneista noin joka seitsemäs mies ja noin joka kuudes nainen oli saanut vähintään kahden eri osajärjestelmän kuntoutusta.

Julkisen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän kuntoutukseen osallistuneista valtaosa (87 %) oli saanut vain kyseisen osajärjestelmän kuntoutusta (taulukko 5). Muista osajärjestelmistä yleisimmät olivat Kela (7 %) ja yksityinen fysioterapia (5 %).

Taulukko 5. Eri osajärjestelmien kuntoutukseen osallistuneiden osuus (%) kunkin osajärjestelmän kuntoutuksen saamisen mukaan, Oulussa vuonna 2018 asuneet.

	Julkisen palvelujärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet	Kelan kuntoutukseen osallistuneet	Työeläkekuntoutukseen osallistuneet	Työterveyshuollon fysioterapiaa saaneet	Yksityistä fysioterapiaa saaneet
Kaikki					
Osallistui vain ko. osajärjestelmän kuntoutukseen	87	72	56	85	72
Eri osajärjestelmien kuntoutukseen osallistuminen					
Julkisen palvelujärjestelmän kuntoutus		17	15	3	13
Kelan kuntoutus	7		18	5	5
Työeläkekuntoutus	1	2		1	1
Työterveyshuollon fysioterapia	2	7	14		12
Yksityinen fysioterapia	5	5	8	8	
N	15 377	6 312	649	9 272	6 175
25-64-vuotiaat					
Osallistui vain ko. osajärjestelmän kuntoutukseen	79	67	56	85	69
Eri osajärjestelmien kuntoutukseen osallistuminen					
Julkisen palvelujärjestelmän kuntoutus		15	14	3	7
Kelan kuntoutus	11		18	5	7
Työeläkekuntoutus	2	3		1	1
Työterveyshuollon fysioterapia	5	12	14		19
Yksityinen fysioterapia	4	7	8	8	
N	5 156	3 829	631	8 722	3 759

Kelan kuntoutukseen osallistuneista 72 prosenttia oli osallistunut vain Kelan järjestämään kuntoutukseen. Muista osajärjestelmistä yleisimmin osallistuttiin julkisen sosiaali- terveystalvvelujärjestelmän kuntoutukseen (17 %). Työeläkekuntoutukseen osallistuneilla jonkin muunkin osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuminen oli yleistä. Heistä vain hieman yli puolet (56 %) oli osallistunut ainoastaan työeläkekuntoutukseen. Yleisimmät muut osajärjestelmät olivat Kelan kuntoutus (18 %), julkisen sosiaali- terveystalvvelujärjestelmän kuntoutus (15 %) ja työterveyshuollon fysioterapia (14 %).

Työterveyshuollon fysioterapiaa saaneista suurin osa (85 %) ei ollut osallistunut muiden osajärjestelmien kuntoutukseen. Muista osajärjestelmistä yleisimmin osallistuttiin yksityiseen fysioterapiaan (8 %). Yksityistä fysioterapiaa saaneista 72 prosenttia käytti vain yksityistä fysioterapiaa. Yleisimmin muista osajärjestelmistä osallistuttiin julkisen sosiaali- terveystalvvelujärjestelmän

kuntoutukseen (13 %) ja työterveyshuollon fysioterapiaan (12 %).

Työikäisistä, 25–64-vuotiaista, julkisen palvelujärjestelmän kuntoutukseen osallistuneista ja Kelan kuntoutukseen osallistuneista hieman harvempi kuin koko väestössä osallistui vain kyseisen osajärjestelmän kuntoutukseen. Muissa osajärjestelmissä ei ollut eroja koko väestöön verrattuna.

Lopuksi tarkasteltiin, miten mitä tahansa kuntoutusta saaneet, vain yhden osajärjestelmän kuntoutusta saaneet ja usean osajärjestelmän kuntoutusta saaneet sekä henkilöt, jotka eivät saaneet mitään tarkasteltua kuntoutusta, erosivat toisistaan sukupuolen ja iän mukaan (taulukko 6). Kuntoutukseen osallistujista 58 prosenttia oli naisia, kun kuntoutukseen osallistumattomista naisia oli alle puolet (p-arvo erolle <0,001). Ainakin kahden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneista naisia oli yli kaksi kolmannesta.

Kuntoutukseen osallistumattomat olivat kuntoutukseen osallistuneita keskimää-

Taulukko 6. Kuntoutukseen osallistuneiden sukupuolijakauma, keski-ikä ja ikäjakauma kuntoutuksen osajärjestelmien lukumäärän mukaan, Oulussa vuonna 2018 asuneet.

Kuntoutuksen järjestäjä	N	Naisten osuus (%)	Keski-ikä	Ikäjakauma (%)					Kaikki
				0-15	16-24	25-44	45-64	65+	
Kaikki kuntoutukseen osallistuneet	34 061	58	42,9	14	10	29	29	19	100
Osallistunut vain yhden osajärjestelmän kuntoutukseen	30 564	57	42,7	15	10	28	27	20	100
-Osallistunut vain julkisen palvelujärjestelmän kuntoutukseen	13 316	56	43,6	25	10	16	15	34	100
-Osallistunut vain Kelan kuntoutukseen	4 525	57	30,7	19	22	37	21	2	100
-Osallistunut vain työeläkekuntoutukseen	362	47	42,1	.	2	56	41	.	100
-Osallistunut vain työterveyshuollon fysioterapiaan	7 885	56	43,6	.	6	45	49	0	100
-Osallistunut vain yksityiseen fysioterapiaan	4 476	62	50,7	6	7	25	33	29	100
Osallistunut ainakin kahden eri osajärjestelmän kuntoutukseen	3 497	69	44,9	7	10	32	38	14	100
Ei osallistunut kuntoutukseen	158 783	48	36,8	22	13	28	22	15	100

rin kuusi vuotta nuorempia (p-arvo erolle <0,001). Ainakin kahden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet olivat vanhempia kuin vain yhden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet.

Vain yhden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneista naisten osuus oli suurin (62 %) yksityiseen fysioterapiaan osallistuneissa ja pienin (47 %) työeläkekuntoutuksessa. Keski-ikältään nuorimmat kuntoutujat olivat Kelan kuntoutuksessa (30,7 vuotta) ja vanhimmat yksityisessä fysioterapiassa (50,7 vuotta).

Pohdinta

Päätulokset

Tässä tutkimuksessa pyrittiin luomaan mahdollisimman kattava kokonaiskuva kuntoutukseen osallistumisesta yhden suuren suomalaisen kaupungin väestössä. Laajan, kaikki Oulun asukkaat kattavan rekisteriaineiston pohjalta tarkasteltiin julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kuntoutuksen, Kelan järjestämän kuntoutuksen, työeläkekuntoutuksen ja SOLITA-kuntoutuksen, työterveyshuollon fysioterapian sekä yksityisen fysioterapian saamista vuoden 2018 aikana. Tulosten mukaan vuonna 2018 oululaisista 18 prosenttia sai vähintään yhden tässä tutkimuksessa tarkastellun kuntoutuksen osajärjestelmän kuntoutusta. Yleisintä oli julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kuntoutus, harvinaisinta työeläkekuntoutus. Naiset osallistuivat kuntoutukseen miehiä yleisemmin 0–15-vuotiaita lukuun ottamatta.

Kuntoutusta saatiin vain harvoin useamman kuin yhden osajärjestelmän järjestämänä: suurin osa (90 %) kuntoutukseen osallistuneista oli osallistunut vain yhden osajärjestelmän kuntoutukseen. Useamman kuin yhden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuminen oli naisilla hieman miehiä yleisempää. Ikäryhmistä se oli yleisintä 45–64-vuotiailla ja harvinaisinta alle 16-vuotiailla. Yleisintä useamman osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuminen oli työeläkekuntoutukseen osallistuneilla. Harvinaisinta se oli julkisen palvelujärjestelmän

kuntoutusta ja työterveyshuollon fysioterapiaa saaneilla.

Etenkin useamman osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneista valtaosa oli naisia. Kuntoutukseen osallistuneet olivat vanhempia kuin kuntoutukseen osallistumattomat, ja vähintään kahden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet olivat keskimäärin vanhempia kuin vain yhden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet.

Vertailua aiempiin tutkimuksiin

Aikaisempia rekisteritutkimuksia kuntoutukseen osallistumisen kokonaisuudesta on vain vähän, ja erilaisten aineistojen ja asetelmien takia tulosten suora vertailu on käytännössä mahdotonta. Lisäksi aiemmat tulokset ovat jo suhteellisen vanhoja. Rissasen ja Pulkin (2013) tutkimus kattoi kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen, Kelan, työ- ja elinkeinoministeriön, Eläketurvakeskuksen ja Valtiokonttorin rekistereiden tiedot Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella asuvien kuntoutuksesta. Siinä kuntoutukseen osallistuneita vuosien 2004–2005 aikana oli runsas kymmenesosa väestöstä. Osuus oli kahden vuoden seurannassa selvästi pienempi kuin tässä oululaisia koskevassa tutkimuksessa yhden vuoden seurannassa. Asetelmaerot aineistojen välillä (eri aluetasot, mittausvuodet yli 10 vuoden päässä toisistaan, eri pituinen mittausaika) ovat niin suuria, että tulosten suora vertailu on mahdotonta. Lisäksi Rissasen ja Pulkin aineisto sisälsi osin eri kuntoutusmuotoja kuin tässä tutkimuksessa käytetty aineisto. Tämän oululaisia koskevan tutkimuksen aineisto ei sisältänyt työhallinnon kuntoutusta (saajia 0,8 % Rissasen ja Pulkin aineistossa), sosiaalihuollon laitospääntoutusta (0,4 % Rissasen ja Pulkin aineistossa) eikä Valtiokonttorin järjestämää veteraanikuntoutusta (0,7 % Rissasen ja Pulkin aineistossa). Ainakin näiltä osin aineistossa on siis alipeittoa suhteessa Rissasen ja Pulkin tutkimukseen. Toisaalta aineistossa oli tiedot työterveyshuollon ja yksityisen sektorin fysioterapiasta, jotka puuttuivat Rissasen ja Pulkin tutkimuksesta. Ilman kahta viimeksi mainittua kuntoutusmuotoa kuntoutujien osuus aineistossa olisi

ollut 11 prosenttia. Jo näiden kahden aineiston vertailu paljastaa sen, miten hankalaa on koota kuntoutusta koskevia rekisteritietoja kattavasti yhteen tutkimukseen, sillä järjestelmä on hyvin hajanainen ja toimijoita ja rekisterinpitäjiä on lukuisia.

Myös aiempaa tietoa eri osajärjestelmien ristikkäiskäytöstä on niukasti. Pulkin ym:iden tutkimuksessa (2011b) oli käytössä osin sama aineisto kuin Rissasella ja Pulkilla (2013), erona apuvälineiden ja terveyskeskusten kuntoutuksen puuttuminen. Yhdeksän prosenttia kuntoutujiista osallistui ainakin kahden eri osajärjestelmän kuntoutukseen (Pulkki 2011b), kun vastaava osuus tässä esiteltävässä tutkimuksessa oli kymmenen prosenttia. Tässä tutkimuksessa useamman osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet olivat yhden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneita useammin naisia ja keski-ikäitään vanhempia, kun taas Pulkin ym:iden (2011b) tutkimuksessa useamman osajärjestelmän kuntoutukseen osallistujat olivat yhden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneisiin verrattuna useammin miehiä ja keski-ikäitään nuorempia. Tarkasteltavat osajärjestelmät ja niiden jaottelut selittänevät eroja. Myös Pulkin ym:iden (2011b) tutkimuksessa ristikkäiskäyttö oli yleisintä työeläkekuntoutukseen osallistuneilla.

Hyvin harvassa väestötason kyselytutkimuksessa on selvitetty kuntoutukseen osallistumista. Terveys 2000 -tutkimuksen (Aromaa & Koskinen 2002) mukaan neljä prosenttia työvoimaan kuuluneista oli osallistunut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ammatissa suoriutumista edistävään kuntoutukseen tai ollut uudelleenkoulutuksessa sairauden tai vamman takia. Lähes joka kymmenes 30 vuotta täyttänyt oli viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana osallistunut johonkin muuhun kuin ammatilliseen kuntoutukseen. Työolotutkimuksen (Sutela ym. 2019) mukaan palkansaajista kahdeksan prosenttia oli osallistunut kuntoutukseen vuonna 2018. FinTerveys 2017 -tutkimuksen (Koponen ym. 2018) mukaan 30 vuotta täytäneistä miehistä 14 ja naisista 21 prosenttia oli käynyt fysioterapiassa lääkärin läheteellä edellisten 12 kuukauden aikana. Kirjoittajien tiedossa olevissa kyselytutkimuksissa ei

kuitenkaan ole selvitetty kattavasti osallistumista eri osajärjestelmien kuntoutukseen koko väestössä, vaan kyselyt ovat kohdentuneet vain osaan kuntoutukseksi laskettavasta toiminnasta eri tavoin rajatuissa osaväestöissä. Siten näiden tutkimusten tuloksia ei voida suoraan vertailla tässä tutkimuksessa esitettyjen tulosten kanssa.

Kaikkiaan tieto eri osajärjestelmien kuntoutukseen osallistumisesta on ollut hyvin puutteellista, ja olemassa olevat aiemmat rekisterierittelyt perustuvat jo melko vanhaan aineistoon. Tämä tutkimus paikkaa tätä tietämyksen aukkoa tuomalla tuoretta tietoa laajan rekisteriyhdistelyn keinoin.

Aineiston edut ja rajoitteet

Aineistossa oli hyvin monipuolisesti rekisteritietoja eri tahoilta: Oulun kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden rekistereistä, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen terveys-Hilmo ja Avohilmo-rekistereistä, Kelan rekistereistä, Eläketurvakeskuksen eläke- ja ansaintarekisteristä sekä Oulun neljän suurimman työterveyshuolto-yhtiön asiakasrekistereistä. Harvassa kuntoutukseen osallistumista tarkastelevassa tutkimuksessa on ollut rekisteritietoja näin laajalti. Aineiston voidaan arvioida kattavan suurimman osan kuntoutuspalveluista. Erityisesti Kelalla ja Eläketurvakeskuksella on hyvät rekisteritiedot kuntoutukseen osallistuneista. Toisaalta Oulun kaupungilta saatu aineisto ja THL:n hoitoilmoitusrekistereiden tiedot täydensivät toisiaan, jolloin myös julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kuntoutus saatiin mitattua suhteellisen kattavasti. Työterveyshuollosta on ylipäätään hyvin vähän yksilötason rekisteritietoa saatavilla.

Aineistolla oli myös useita rajoituksia. Sen laajuudesta huolimatta kaikkea mahdollista kuntoutusta ei saatu huomioitua. Joidenkin osajärjestelmien kuntoutustiedot olivat aineistossa vain osittain, joidenkin puuttuivat kokonaan. Kokonaan aineistosta puuttuivat ainakin työ- ja elinkeinohallinnon kuntoutus, veteraanikuntoutus, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön ja järjestöjen kuntoutus sekä kasvatuksellinen kuntoutus. Osasta näistä olisi mahdollista koota rekis-

teritietoja (esimerkiksi työ- ja elinkeinohallinnon kuntoutus); osasta rekisteritietoja on käytännössä vaikeaa tai mahdotonta saada (järjestöjen kuntoutus, kasvatuksellinen kuntoutus).

Tieto SOLITA-kuntoutuksesta saatiin Eläketurvakeskuksen palkattomien aikojen rekisteristä. Näin ollen rekisterissä ei ollut näistä kuntoutusjaksoista tietoa, jos kuntoutuksen ajalta saatiin täyttä palkkaa. Myös sosiaalinen kuntoutus jäi aineistossa hyvin vajaaksi. Kuntouttava työtoiminta ja ikäihmisten kuntouttava päivätoiminta olivat harvoja aineistosta saatavia sosiaalisen kuntoutuksen muotoja. Myöskään sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin (Sosiaalihilmo) (THL 1995) tietoja ei ollut käytössä.

Kaupungin terveystalveissa järjestämä lääkinällinen kuntoutus oli Oulun kaupungin aineistossa mitattavissa rajallisesti. Kuntoutustoimintoihin lukeutuivat fysioterapia, puheterapia ja toimintaterapia. Muissa palveluissa, kuten mielenterveys- ja päihdepalveluissa, hoitoa ja kuntoutusta ei pystytty erottamaan, vaikka näissä palveluissa on usein kuntouttavia elementtejä. Myös apuvälineet jäivät aineistosta pois, samoin kaikki ostopalveluna hankittu kuntoutus. Yksi suurimpia aineiston puutteita oli se, että ostopalveluna hankitusta julkisen sektorin psykoterapiasta ei aineistossa ollut tietoja. Kaupungin kuntoutuksena hankkimia ostopalveluja on voinut olla muissakin toiminnoissa kuin psykoterapiassa. Esimerkiksi fysioterapia on usein kaupungin omaa toimintaa mutta puhe- ja toimintaterapiassa tyypillisesti vain ensimmäiset kerrat, joiden jälkeen sitä hankitaan ostopalveluna. Onkin mahdotonta arvioida, kuinka paljon julkisen sektorin kuntoutuspalveluita jäi käytetyn aineiston ulkopuolelle. Oulun kaupungilta saatuja aineistoja täydennettiin hoitoilmoitusrekistereiden tiedoilla, millä saatiin tunnistettua merkittävästi lisää julkisen sektorin kuntoutukseen osallistuneita.

Aineiston poikkeuksellisenä etuna oli mahdollisuus hyödyntää työterveyshuoltoa koskevia rekisteritietoja. Kaikkien työterveyshuolto-yhtiöiden palveluista ei kuitenkaan ollut yksilöitävissä tietoja kuntoutukseen liittyvistä muista toimenpiteistä kuin fysio-

terapiasta. Siksi työterveyshuollon kuntoutuksen tarkastelu tyypistettiin tässä tutkimuksessa fysioterapiakäynteiksi.

Onko Oulun tilanne yleistettävissä koko Suomeen? Oulu on maan viidenneksi suurin kaupunki. Sen väestö on koko maan väestöstä jonkin verran nuorempaa ja koulutetumpaa; toisaalta Oulussa on myös koko maata jonkin verran enemmän työttömyyttä ja pienituloisuutta, ja sairastavuusindeksillä mitattu sairastavuus on koko maata suurempaa. Monella indikaattorilla mitattuna Oulu on kuitenkin varsin samanlainen koko maahan ja muihin suuriin kaupunkeihin verrattuna. (Blomgren & Jäppinen 2020.) Oululaisia koskevista tiedoista voidaan kirjoittajien arvion mukaan varsin hyvin tehdä myös laajempia, koko maata ja ainakin suuria kaupunkeja koskevia päätelmiä eri osajärjestelmien kuntoutuspalveluiden käytöstä.

Kuntoutuksen moninaisuudesta

Kuntoutukselle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Onkin sanottu kuntoutuksen olevan sitä, mitä kuntoutukseksi kutsutaan (Rajavaara & Lehto 2013). Kuntoutuksella on useita rajapintoja muun muassa hoidon, sosiaalityön ja elämäntapaohjauksen kanssa. Rajan veto näiden välillä ei ole aina helppoa (mm. Ashorn & Miettinen 2013, Lindh ym. 2018, Salminen ym. 2020) – ei tässäkin tutkimuksessa.

Kuntoutus on myös hyvin moninaista. Kuntoutukseksi on tässä tutkimuksessa määriteltä hyvin erilaisia kuntoutusmuotoja, jotka on kaikki rinnastettu keskenään: yhdessä ääripäässä on monivuotisena ammatillisena kuntoutuksena saatu koulutus ja toisessa ääripäässä yhden kerran käynti fysioterapeutilla. Rissanen ja Pulkki (2013) yrittivät selvittää myös saadun kuntoutuksen määrää. Päivien lukumäärät eri rekistereissä eivät kuitenkaan olleet keskenään vertailukelpoisia. Toisaalta samankin kuuloisessa toimenpiteessä saatavuus ja laatu voivat vaihdella eri osajärjestelmien välillä. Todennäköisesti esimerkiksi fysioterapiaan hakeudutaan ja päästään eri syistä esimerkiksi julkisissa terveystalveissa ja työterveyshuollossa.

Kuntoutuksen määrittelyssä painottuu

myös sen moniammatillisuus. Tällöin voidaan pitää keinotekoisena rajausta, jossa kuntoutukseksi on määritelty vain tiettyjen ammattiryhmien antama palvelu. Tässä tutkimuksessa kaikki fysioterapeuttikäynnit määriteltiin kuntoutukseksi. Monen muun ammattiryhmän toteuttama kuntoutus puolestaan jäi määritelmän ulkopuolelle, koska sitä ei ollut mahdollista erottaa ammattiryhmän muusta työstä.

Myös kuntoutuksen järjestäminen vaikuttaa kuntoutukseen osallistumiseen ja siihen, miten se näkyy rekistereissä. Kela ja työeläkelaitokset toimivat valtakunnallisesti. Osa kuntoutusvastuusta on kunnilla, joiden resurssit ja tavat järjestää palveluita vaihtelevat (esim. Puromäki ym. 2016). Kunta tai kuntayhtymä voi tuottaa järjestämisvastuulle kuuluvat palvelut itse tai hankkia ne sopimuksen pohjalta muulta palvelujen tuottajalta. Osa palveluista voidaan hankkia ostopalveluina, joko osittain tai kokonaan. Palveluiden järjestäjätahosta ja kunnassa käytössä olevasta kirjaustavasta riippuu, kuinka kuntoutus kirjautuu rekistereihin.

Jatkossa olisi tarpeen tutkia kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisia eroja, joista aiempaa tietoa ei juuri ole. Tarkasteluita olisi syytä kohdistaa myös tarkemmin tiettyihin toimenpiteisiin kuten fysioterapiaan, jota järjestetään usealla eri sektorilla. Tärkeää olisi tutkia myös kuntoutukseen osallistuneiden muuta terveystietoa käyttäen sekä huomioida tarkasteluissa myös sairastavuus. Työterveyshuollon kuntoutustoimenpiteitä voisi tutkia rajatusti joidenkin tiettyjen työterveysyritysten asiakkailla. Lisäksi pitäisi pyrkiä vieläkin laajempaan rekisteriaineistojen yhdistelyyn.

Kuntoutuksesta on käytännössä mahdollonta saada kokonaiskuvaa käytettävissä olevien rekistereiden avulla. Esimerkiksi psykoterapian käytöstä ei juuri ole saatavilla rekisteritietoja, vaikka fysioterapiasta tietoja on saatavilla monesta eri aineistosta. Sosiaalinen kuntoutus jää lähes kokonaan rekistereiden ulottumattomiin. Järjestöjen kuntoutuksesta rekisteritietoja on käytännössä mahdollonta saada. Mikäli suunnitelmat yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvausten lakkautuksista toteutuvat, myöskään

rekisteritietoa yksityisen terveydenhuollon fysioterapiakäynneistä ei ole jatkossa saatavilla (Blomgren & Mikkola 2020). Rissanen ja Pulkki (2012) suosittelevat kuntoutuksen rekisteröintikäytäntöjen yhdenmukaistamista. Tietojärjestelmien yhdenmukaistamista suositteli myös kuntoutuksen uudistamiskomitea (STM 2017). Näihin suosituksiin on vaikeaa olla yhtymättä. Yhtenäiset tietojärjestelmät palvelevat paitsi tutkijoita, myös kuntoutujia.

Tulosten merkitys: Tutkimus toi uutta tietoa eri osajärjestelmien kuntoutukseen osallistumisesta sekä kuntoutuksen saamisen kokonaisuudesta väestössä. Tietoa voidaan käyttää kuntoutusjärjestelmän sekä sosiaali- ja terveystietojärjestelmän uudistamisen tukena. Eri osajärjestelmien päällekkäisestä käytöstä saatua tietoa voidaan hyödyntää osajärjestelmien työnjakoa kehitettäessä. Tutkimus osoitti tarpeen yhtenäistää kuntoutuksen tietojärjestelmiä.

Tiivistelmä

Tieto kuntoutuksen kentän kokonaisuudesta ja erilaisten kuntoutuspalveluiden käytöstä samoilla ihmisillä on varsin hajanaista ja puutteellista. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuntoutukseen osallistumisen yleisyyttä ja päällekkäisyyttä eri osajärjestelmissä Oulun asukkailla vuonna 2018 laajalla rekisteriaineistolla (N = 192 844). Tutkimuksessa tarkasteltiin julkisen sosiaali- ja terveystietojärjestelmän kuntoutusta, Kelan kuntoutusta, työeläkekuntoutusta, työterveyshuollon fysioterapiaa ja Kelan korvaamaa yksityistä fysioterapiaa.

Vuonna 2018 oululaisista 18 prosenttia sai vähintään yhden tutkitun osajärjestelmän kuntoutusta (N = 34 061). Yleisintä oli julkisen sosiaali- ja terveystietojärjestelmän kuntoutus, harvinaisinta työeläkekuntoutus. Naiset osallistuivat kuntoutukseen miehiä yleisemmin. Kuntoutukseen osallistuminen oli miehillä yleisintä 65

vuotta täyttäneillä, naisilla 45–64-vuotiailla. Harvinaisinta se oli 16–24-vuotiailla miehillä ja alle 16-vuotiailla naisilla. Suurin osa (90 %) kuntoutukseen osallistuneista oli osallistunut vain yhden osajärjestelmän kuntoutukseen. Useamman osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuminen oli naisilla miehiä yleisempää. Ikäryhmistä se oli yleisintä 45–64-vuotiailla ja harvinaisinta alle 16-vuotiailla. Vähintään kahden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet olivat keskimäärin vanhempia kuin vain yhden osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet ja myös naisten osuus oli heillä suurempi.

Rekisteritietoja kuntoutuksesta on hankala koota kattavasti, sillä järjestelmä on hyvin hajanainen ja toimijoita ja rekisterinpitäjiä on lukuisia. Myös kuntoutuksen määrittely aineistoista osoittautui vaikeaksi. Yhtenäiset tietojärjestelmät kuntoutuksesta palvelisivat paitsi tutkijoita, myös kuntoutujia.

Avainsanat: kuntoutus, rekisteritutkimus

Abstract

Prevalence and overlap of participation in rehabilitation in different subsystems – a register-based study among residents of the city of Oulu, Finland, in 2018

Knowledge of the whole spectrum of rehabilitation and of the use of different rehabilitation services by the same individuals is quite fragmented and incomplete. The aim of this study is to examine the prevalence and overlap of participation in rehabilitation in different subsystems among residents of the city of Oulu, Finland, in 2018 using extensive register-based data (N=192,844). The study examines rehabilitation organized by the public social and health care system, by the Social Insurance Institution of Finland, by the earnings-related pension system, as well as physiotherapy in occupational health care and private physiotherapy reimbursed by the Social Insurance Institution of Finland.

In 2018, 18 per cent of the residents of Oulu received rehabilitation of at least one of the examined subsystems (N=34,061). Receiving rehabilitation of public social and health care was the most common; the rarest was rehabilitation within the earnings-related pension system. Women

Liitetaulukko 1. Kuntoutukseen osallistuminen sukupuolen ja iän mukaan kuntoutuksen eri osajärjestelmissä 25–64-vuotiailla oululaisilla vuonna 2018, OR ja 95 prosentin luottamusvälit.

	Kaikki kuntoutus yhteensä				Julkisen palvelujärjestelmän kuntoutus				Kelan kuntoutus			
	M1		M2		M1		M2		M1		M2	
	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv
Sukupuoli												
Miehet	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Naiset	1,51	(1,47–1,54)	1,73	(1,68–1,79)	1,40	(1,35–1,45)	1,61	(1,52–1,71)	1,50	(1,42–1,58)	2,20	(2,06–2,36)
Ikä												
25–34	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
35–44	1,16	(1,11–1,21)	1,16	(1,11–1,21)	0,76	(0,71–0,83)	0,76	(0,70–0,82)	0,90	(0,83–0,98)	0,89	(0,82–0,97)
45–54	1,41	(1,35–1,47)	1,40	(1,33–1,46)	0,87	(0,80–0,94)	0,86	(0,79–0,93)	0,83	(0,76–0,91)	0,82	(0,75–0,89)
55–64	1,35	(1,29–1,41)	1,32	(1,26–1,38)	1,23	(1,14–1,33)	1,20	(1,12–1,30)	0,76	(0,69–0,83)	0,73	(0,66–0,80)

Malli 1: sukupuoli tai ikä yksin mallissa

Malli 2: sukupuoli + ikä

participated in rehabilitation more often than men. Using rehabilitation services was most common in men aged 65 and over, and in women aged 45–64. It was least common in men aged 16–24 years and in women under 16 years of age. The majority (90%) of those who participated in rehabilitation had participated in rehabilitation of only one subsystem. Participation in rehabilitation of several subsystems was more common in women than in men. It was most common in those aged 45–64 years and least common in those under 16 years of age. Those who received rehabilitation of at least two subsystems were, on average, older than those who received rehabilitation of only one subsystem, and more often women.

It is difficult to compile comprehensive register data on rehabilitation, as the system is very fragmented and there are many organizers and registrars. Defining rehabilitation from the data also proved difficult. Unified information systems on rehabilitation would serve not only researchers but also rehabilitees.

Keywords: rehabilitation, register-based research, Finland

Hanna Rinne, VTM, tutkija, Kelan tutkimus

Jenni Blomgren, VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö, Kelan tutkimus

Lähteet

- Aromaa A, Koskinen S (toim.) (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, Helsinki.
- Ashorn U, Miettinen S (2013) Kuntoutus hyvinvointivaltion kerrostumissa. Teoksessa U Ashorn, I Autti-Rämö, J Lehto, M Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 18–33.
- Autti-Rämö I, Salminen AL (2016) Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa I Autti-Rämö, AL Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki, 14–19.
- Blomgren J, Mikkola H (2020) Kela-korvausten leikkaukset: vaihtuuko juustohöylä giljotiiniin? Blogikirjoitus Kelan Tutkimusblogissa 3.3.2020. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5215>
- Blomgren J, Jäppinen S (2020) Sosiaali- ja terveyspalveluiden ja etuuksien käyttö Oulussa 2013–2018. Tutkimushankkeen aineiston yleiskuvaus. Työpapereita 154, Kela, Helsinki.
- Hujanen T, Mikkola H (2016) Työterveyshuollon kustannuskehitys. Suomen Lääkärilehti 71, 21, 1537–1540.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.) (2018) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017-tutkimus. Raportti 4, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Laaksonen M, Rantala J, Polvinen A, Varis J, Kesälä M, Kuivalainen S (2020) Individual- and company-level predictions of receiving vocational rehabilitation: A multilevel study of Finnish private sector workplaces. J Occup Rehabil 2020 Dec 18. doi: 10.1007/s10926-019-09869-8.
- Lindh J, Härkäpää K, Kostamo-Pääkkö K (2018) Johdatus sosiaaliseen kuntoutukseen. Teoksessa J Lindh, K Härkäpää, K Kostamo-Pääkkö (toim.) Sosiaalinen kuntoutus. Lapland University Press, Rovaniemi.
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja

		Työeläkekuntoutus				Työterveyshuollon fysioterapia				Yksityinen fysioterapia			
		M1		M2		M1		M2		M1		M2	
		OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv
		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
		1,07	(0,92-1,25)	1,15	(0,98-1,34)	1,47	(1,41-1,53)	1,60	(1,53-1,67)	1,91	(1,81-2,01)	1,79	(1,68-1,92)
		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
		1,52	(1,23-1,88)	1,52	(1,23-1,88)	1,51	(1,42-1,61)	1,51	(1,41-1,61)	1,62	(1,46-1,79)	1,61	(1,46-1,79)
		1,68	(1,36-2,09)	1,68	(1,35-2,08)	2,01	(1,88-2,14)	1,99	(1,87-2,12)	2,12	(1,92-2,35)	2,10	(1,90-2,32)
		0,77	(0,59-1,01)	0,77	(0,59-1,00)	1,58	(1,48-1,69)	1,55	(1,45-1,65)	2,24	(2,03-2,47)	2,18	(1,97-2,41)

- myönneissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86, Helsinki.
- Pulkki J, Rissanen P, Raitanen JA, Viitanen EA (2011a) Use and distribution of rehabilitation services: a register linkage study in one hospital district area in Finland. *Int J Rehabil Res* 34, 2, 160–166.
- Pulkki J, Rissanen P, Raitanen JA, Viitanen EA (2011b) Overlaps and accumulation in the use of rehabilitation services. *Int J Rehabil Res* 34, 3, 255–260.
- Pulkki J (2012) Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakennne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Puromäki H, Kuusio H, Tuusa M, Karjalainen J (2016) Sosiaalihuoltolaki ja sosiaalinen kuntoutus. Kuntakyselyn tulokset. Työpäpaperi 47. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Rajavaara M, Lehto J (2013) Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena. Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä? Teoksessa U Ashorn, I Autti-Rämö, J Lehto, M Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 6–16.
- Rissanen P, Pulkki J (2013) Kuntoutus lukuina. Kuntoutuspalvelujen käyttö yhden sairaanhoitopiirin alueella. Teoksessa Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 78–91.
- Salminen AL, Miettinen S, Heiskanen T (2020) Milloin laihtumuksesta tulee kuntoutusta? Blogikirjoitus Kelan Tutkimusblogissa 5.3.2020. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5225>
- STM (2002) Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 5, Helsinki.
- STM (2017) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41, Helsinki.
- Suoyrjö H (2010) Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 113, Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Suoyrjö H, Hinkka K, Kivimäki M, Klaukka T, Pentti J, Vahtera J (2007) Allocation of rehabilitation measures provided by the Social Insurance Institution in Finland: A register linkage study. *J Rehabil Med* 39, 3, 198–204.
- Sutela H, Pärnänen A, Keyriläinen M (2019) Digiajan työelämä – Työolotutkimuksen tuloksia 1977–2018. Tilastokeskus, Helsinki.
- THL (1995) Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri (Sosiaalihilmo). <https://aineistokatalogi.fi/catalog/studies/7567e45d-72b7-428b-be9e-510440336edf/datasets/abcc2578-1a24-41e0-bce9-2c214538b087>



HYVINVOINTIIN LIITTYVÄN AVUN HAKEMISIA JA HAKEMATTOMUUKSIA MIESTEN RYHMÄKESKUSTELUISSA

”Suomalainen mies ei mene lääkäriin kuin vasta pää kainalossa tai ambulanssilla suoraan pallolaajennusleikkaukseen – Vanha sanonta pätee edelleen, sanoo asiantuntija” (von Hertzen 2018), Helsingin Sanomat otsikoi. Avun hakemattomuutta suomalaisten miesten tapana uusinnetaan median ja kulttuurin lisäksi terveysneuvonnassa ja terveyspolitiikassa. Suomalaiset terveydenhuollon asiantuntijat ovat 1960-luvulta lähtien olleet huolissaan siitä, että miehet eivät mene ajoissa lääkäriin (Kirveskoski 2017, 73–80). Miehillä suunnattujen terveysoppaiden mukaan miehet välttelevät lääkäriä käyntiä ja vähättelevät oireitaan (Larsen & Ukkola 2000, 14), ja terveysprojekteista huolimatta suomalainen mies ”kuolee sydäninfarktiin, sairastuu diabetekseen tai tappaa itsensä” (Nurmenniemi 2008, 15). Avusta kieltäytyvä mies esiintyy myös mainoksissa. Esimerkiksi Lääkärikeskus Aava tarjoaa Jäärähuolto-nimistä palvelua. Palveluun sisältyy Jäärä-hoitaja, joka ottaa yhteyttä ”jäärään” ja sopii ajan tarkastukseen. Palvelua ei markkinoida ensisijaisesti miehille vaan heidän ”huolestuneille läheisille[en]”. (Lääkärikeskus Aava.)

Tällaisessa stereotyyppisessä ajattelussa apua hakematon mies tulkitaan ja merkitään apua hakemattomaksi mieheksi. Hän ei ole

yksilö, jolla on omat, sukupuolesta riippumattomat syynsä hakea tai olla hakematta apua. Esteet ja rajoitteet voivat liittyä myös rakenteisiin, teknologioihin, etäisyyksiin tai materiaaleihin (Teo ym. 2016, 172). Näiden tekijöiden huomioiminen on olennaista pyrittäessä ymmärtämään nykymiesten avunhakemista. Tässä artikkelissa analysoidaan tekijöitä, jotka miesten ryhmäkeskusteluissa liittyivät avun hakemiseen ja hakemattomuuteen. Näkökulmani on posthumanistinen, ja metodina käytän moniaineksisiä tekijöitä ja niiden kytkentöjä tarkastelevaa kartoitusta.

Aiempi tutkimus

Miesten avun hakemista ja hakemattomuutta on pyritty selvittämään haastattelemalla miehiä. Mark Jeffries ja Sarah Grogan (2012) haastattelivat miehiä lääkäriissäkäynnistä, terveydenhoidosta ja avun hakemisesta. Haastatteluissa nousivat esille käsitykset miesten ja naisten avunhakemisesta mutta myös kokemukset ja tuntemukset terveydenhuollon paikoissa, kuten naisten alueeksi koetussa odotushuoneessa. Miehet myös puhuivat lääkärin vastaanotolla tuntemastaan ahdistuksesta ja epävarmuuden tunteista.

Tutkimuksessa käytettiin diskurssianalyysia, ja miesten haastatteluista etsittiin merkkejä maskuliinisuudesta ja sukupuolittuneesta käytöksestä. (Mt.) Sukupuoli on yksi yksilöön liittyvistä tekijöistä, joilla miesten avun hakemista ja terveydenhuoltopalvelujen käyttämistä selitetään. Esimerkiksi Marisa Schlichthorstin ja työryhmän (2016) miesten lääkärisäkäyntiä selvittävässä tutkimuksessa muuttujina olivat muun muassa koulutus, asuinpaikka, siviilisäätö, synnyinmaa sekä työtilanne. James Mahalikin ja Faeda Dargirmanjianin (2018) mukaan tutkimuksissa tulisi ottaa huomioon miesten asenteisiin vaikuttavia tekijöitä, kuten etninen ryhmä, kulttuuri ja seksuaalinen suuntautuminen.

Nämä lähestymistavat ovat ihmiskeskeisiä ja sisältävät oletuksen siitä, että miesten valintoja voidaan selittää ensisijaisesti yksilöön liittyvillä tekijöillä. Elintapojen ja sosiaalisen aseman yhteyttä selittäviä malleja tarkastellut Antti Maunu työryhmineen (2016) toteaa, että yksilöselityksissä ulkoiset olosuhteet ja yksilön toiminta ”irrotetaan keinotekoisesti toisistaan, vaikka ihmisten jokapäiväisessä elämässä itsestään selvästi yhdistyvät molemmat ulottuvuudet” (mt., 191). Yksilöiden toimintaa voidaan myös selittää kulttuurilla tai identiteetillä. Tällaisia elämäntapojen selitysmalleja voi kritisoida siitä, että ne antavat liikaa painoarvoa kulttuurille, joka ”operoi taustalla ihmisten itse sitä tiedostamatta” (mt, 192) vaikuttamalla käytökseen ja terveyteen. Koska elintapojen selitysmalli vaikuttaa tutkimusaineiston analyysin lisäksi käsityksiin siitä, millä tavoin aiheita pitäisi tutkia, on siihen kiinnitettävä huomiota ja tarkasteltava sitä kriittisesti. Liian vahvat taustateoriat voivat jopa estää huomaamasta muita mahdollisia toimintaan vaikuttavia syitä. Arkeen keskittyvä laadullinen tutkimus on yksi tapa syventää ymmärrystä elintavoista ja valinnoista. (Mt., 195.)

Terveydenhuoltopalvelujen käyttöön vaikuttaakin monenlaisia tekijöitä. Teo ym. (2016) tarkastelivat tutkimuskatsauksessaan vuosien 1985–2012 määrällisiä ja laadullisia tutkimuksia, joissa analysoitiin miesten seulontatutkimuksissa ja tarkistuksissa käymisen esteitä tai käymistä tukevia tekijöitä. He jakoivat käymistä lisäävät ja vähentävät

tekijät viiteen ryhmään: yksilöllisiin, sosiaalisiin, terveydenhoitojärjestelmään liittyviin, terveydenhuoltoalan ammattilaisiin liittyviin ja itse toimenpiteeseen liittyviin tekijöihin. Jako ei ole yksinkertainen, vaan esimerkiksi kieleen liittyvät ongelmat liittyvät yksilöön, terveydenhuoltojärjestelmään ja sen työntekijöihin. Samoin aukioloajat ja kustannukset ovat sekä yksilöön että järjestelmään liittyviä. Kirjoittajat toteavat, että monet tarkastuksiin kannustavista tekijöistä ovat läheisiin, julkiseen terveydenhuoltoon, työntekijöihin ja itse toimenpiteeseen liittyviä, ja nämä pitäisi ottaa suunnitteluvaiheessa huomioon. (Mt., 170–175.) Käsitteet ja kokemukset muodostuvat siis konkreettisissa paikoissa ja ympäristöissä sekä yhteyksissä käytäntöihin ja muihin ihmisiin. Myös apua haetaan tai jätetään hakematta materiaalisessa maailmassa, ja hakemiseen liittyy asioita, jotka toimivat järjestelmien, kulttuurin ja yksilön välillä, näitä luokitteluja paeten. Tätä moninaisuutta voidaan lähestyä ihmiskeskeisyyden jälkeisiä teorioita käyttämällä.

Ihmiskeskeisyyden jälkeinen terveystutkimus

Terveyden ja hyvinvoinnin tutkimuksessa on viimeisen vuosikymmenen aikana nousut ihmiskeskeisyyden (antroposentrismien) jälkeisiä lähestymistapoja ja teorioita, kuten posthumanismi ja uusmaterialismi sekä erityisesti terveystieteessä ei-representationaalinen teoria. Niitä yhdistää se, että tutkimuskohteena ovat ihmisten, ympäristöjen, materioiden ja asioiden kytkeytyminen ja vuorovaikutukset. (Andrews & Duff 2019, Fox 2016.) Tällainen näkökulma, joka mahdollistaa materiaalisessa ympäristössä elämisen, teknologioiden vaikutuksen sekä konkreettisten rajoitusten ja mahdollisuuksien analyysin, sopii hyvin esimerkiksi vammaistutkimukseen (Feely 2016, katso myös Abras 2017). Ihmiskeskeisyyden jälkeisiä näkökulmia on käytetty myös terveystieteessä, hoitotieteessä, terveystieteessä sekä ikääntymisen tutkimuksessa (Andrews & Duff 2019, Fox ym. 2018, katso myös Rock ym. 2013). Hyvinvointi ja terveys ymmär-

retään yksilöön liittyviä ominaisuuksia laajempina käsitteinä. Esimerkiksi mielenterveysongelmista toipumista tutkinut Cameron Duff (2016) näkee paranemisen terveemmäksi tulemisen tapahtumana, jossa ihmiset, paikat, ruumiit ja esineet toimivat yhdessä. Terveemmäksi tullaan näiden erilaisten toimijoiden sisältämissä sosiomateriaalisissa tilanteissa, kuten tapaamalla ihmisiä kahvilassa tai kävelyllä puistossa (mt.).

Erityisen hedelmälliseksi ihmiskeskeisyyden jälkeisessä hyvinvoinnin tutkimuksessa on osoittautunut ranskalaisten filosofien Gilles Deleuzen ja Félix Guattarin *sommitelman* käsite. Se tarkoittaa erilaisin tavoin toisiinsa yhdistyvien asioiden koostetta. Esimerkiksi Nick J Fox työryhmineen (2018) on lihavuusanalysissaan ottanut lihofan ja laihtuvan yksilön sijaan tutkimuksensa kohteeksi haastatteluista löydetty yksilölliset sommitelmat, joissa erilaiset affektit ja mikropoliittikat tapahtuvat ja vaikuttavat. Sommitelmien osia ovat muun muassa ruumiit, ruuat, ympäristöt, ruokateollisuus, ruokakaupat, resurssit, muistot ja tunteet. Jari Lindhin ja Carita Lapin (2018, 28–29) mukaan myös sosiaalinen kuntoutus voidaan nähdä toimijoiden suhteina ja vuorovaikutuksina – sommitelmina, joissa kytkeytyvät yksilöihin liittyvät tekijät, kuten elämänhallinta sekä sen hetkiset työ- ja koulutusmarkkinat ja muut yhteiskunnalliset ja teknologiset verkostot. Kun sosiaalista kuntoutusta tarkastellaan sommitelmana, tavoitetaan siihen liittyvät moninaiset ajallisaikalliset toisiinsa yhdistyvät yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasojen tekijät (mt., 29).

Aineisto ja analyysi

Tässä artikkelissa lähestyn miesten avun hakemista ja hakemattomuutta ihmiskeskeisyyden jälkeisestä näkökulmasta. Käytän posthumanistifilosofi Rosi Braidottin (2008, 2013, 2019a, 2019b) sekä posthumanistisessa terveystutkimuksessa keskeisten filosofien Gilles Deleuzen ja Félix Guattarin ajattelua. Braidottin (2019a, 2019b) mukaan posthumanistisessa tutkimuksessa tutkimuskohdetta ei rajata vain ihmisiin tai ihmiskeskeisyyteen, ja siinä on tärkeää pohtia tutkijan

suhdetta tutkittaviin ja tietoon. Tuon näitä asioita esille esitellessäni tutkimukseni aineistoa ja metodologiaa.

Tutkimuksen aineistona on neljä ryhmäkeskustelua, joihin osallistui yhteensä 14 miestä¹. Kahdessa keskustelussa oli kolme osallistujaa ja kahdessa neljä osallistujaa. Nuorimmat keskustelijoista olivat alle 30-vuotiaita ja vanhimmat yli 70-vuotiaita. Ryhmien sisällä ikäeroa nuorimman ja vanhimman keskustelijan välillä oli keskimäärin 14 vuotta. Ryhmäkeskusteluja varten kartoitin erilaisia terveyteen, liikuntaan ja harrastuksiin liittyviä ryhmiä, jotka oli suunnattu miehille tai joissa miehet muodostivat selkeän enemmistön. Otin yhteyttä ryhmiin sähköpostilla, jonka jälkeen kerroin tutkimuksesta puhelimitse, sähköpostilla tai käymällä ryhmän tapaamisessa. Käytin valmiita ryhmiä, jotta osallistujat tunsivat tai ainakin tietäisivät toisensa ennalta, jolloin keskustelusta tulisi helpommin arkikeskustelun kaltaista. Ryhmistä kaksi kokoontui viikoittain liikunnallisen tekemisen puitteissa ja kaksi tapasi kulttuuriharrastuksen parissa epäsäännöllisemmin. Puolestatoista tunnista kahteen tuntiin kestäneet keskustelut järjestettiin syksyllä 2018. Keskusteluissa puhuimme monipuolisesti miesten henkisestä ja fyysisestä hyvinvoinnista, terveydestä ja elintavoista sekä näihin liittyvistä erilaisista asioista.

Keskusteluissa käytin virikkeinä lauseita miesten elämäntapoja ja terveyttä käsittelevistä lehtiartikkeleista sekä neuvontateksteistä. Virikkeitä toimivat, Törrösen (2001) sanoin, johtolankoina, pienoismaailmoina ja provosoijina. Ne kuvasivat median ja terveystieteen asiantuntijoiden esittämää suomalaisten miesten terveystutkimusta, ”miehisiä” tapoja ja arkikäsitteitä tuoden ne kommentoitaviksi ja pohdittaviksi. Ne antoivat teemoja keskusteluun mutta eivät rajanneet sitä eivätkä vaatineet (oikeita) vastauksia. Usein virike ja kysymys ”Mitä miältä ootte tästä?”

¹ *Etsin tutkimukseen osallistujiksi miehiä, joten osallistujat ovat itse katsoneet sopivansa tähän määritelmään. Tässä artikkelissa ei ole tarpeellista teoretisoida biologista, kulttuurista tai performoitua sukupuolta.*

saivat aikaan kokemusten jakamista ja keskustelua, eikä jatkokysymyksille ollut tarvetta. Artikkelissa esitetyt lainaukset ovat hyvin erilaisista keskusteluaiheista lähteneitä. Osa keskusteluista oli virikkeistä alkanutta muttei niiden rajaamaa, vaan keskustelut jatkuivat luontevasti, arkikeskustelun kaltaisesti, seuraaviin aiheisiin. Koen, että keskusteluisa miehet pohtivat asioita, jakoivat avoimesti omia kokemuksiaan ja kyselivät toisiltaan mielipiteitä. Ryhmäkeskustelu onkin ollut toimiva metodi miesten terveystutkimuksissa (esim. O'Brien 2006, Pietilä 2009).

Posthumanistisessa ajattelussa korostuvat epistemologiset eettiset kysymykset. Tutkija ei ole perinteisen humanistisen tutkimuksen tietoa tuottava subjekti, rationaalinen ja suvereeni toimija, jolla on kyky ja oikeus määritellä, mitä tietoa aiheesta on, kenellä sitä on ja miten sitä tulkitaan. (Braidotti 2019b, 101–104, Braidotti 2013, 169–173.) Tutkimuksesta kertominen tutkittaville ja haastateltavien anonymisointi ei riitä tekemään tutkimuksesta eettistä, vaan tutkijan on pohdittava omaa positiotaan ja analyysiaan. Posthumanistinen lähestymistapani aineistonhankinnassa tarkoitti käytännössä sitä, etten rajaavia kysymyksiä käyttämällä päättänyt keskusteluaiheiden käsitteitä ja lähestymistapoja, vaan ne tulivat miehiltä itseltään. Myöskään aineiston analyysi ei voi jäädä tutkijan tekemäksi koodaamiseksi ja merkitysten etsimiseksi, vaan posthumanistinen toiminnan ja tulemisen tarkastelu edellyttää uusia käsitteitä ja metodeja. Yksi tapa tehdä analyysia toisin on *ajatella aineiston kanssa*, eli kytkeä käytetty teoria ja käsitteet aineistoon (MacLure 2013, Parikka & Tiainen 2013, Salo 2015).

Metodina, tapana ajatella aineistoa teorian kanssa, käytän Gilles Deleuzen ja Félix Guattarin filosofiaan sekä posthumanistiseen ajatteluun ja tiedontuotantoon pohjautuvaa *kartoitusta*. Deleuzen ja Guattarin ajattelu huomioi materian sekä ympäristöjen, teknologian ja kapitalismin toiminnan ihmisten arkielämässä. He eivät kuitenkaan selitä maailmaa tai tekoja näiden avulla vaan kannustavat kysymään, miten asiat elämässä yhdistyvät ja toimivat. (Deleuze & Guattari 2007/1972, Guattari 1995/1992.) Myös post-

humanistisesta näkökulmasta ihmiset ovat ennen kaikkea ruumiillisia ja kytköksissä sosiaaliseen ja materiaaliseen maailmaan, eikä tutkimusta voi tehdä tätä huomioimatta. (Braidotti 2019b, 40–46, 75–99.) Kartoituksen avulla saatu ymmärrys laajentaa ja syventää ihmiskeskeisen tutkimuksen avulla saatua tietoa.

Koska luokittelemalla ei saada selville sitä, miten subjektit kytkeytyvät tai toimivat (Deleuze & Guattari 1980/1987, 260–263), kartoittamisessa keskitytään etsimään yhteyksiä, suhteita, vuorovaikutuksia ja tulemisiä. Käytännössä kartoittaminen on selaista aineiston lähestymistä, jossa tutkija herkistyy yhteyksille, jotka voivat vaihdella materiaalisista abstrakteihin ja yksilötasolta yhteiskunnallisiin. Tutkija pyrkii myös etsimään mahdollisuuksia ja uusia kytkentöjä. (Ringrose & Coleman 2013, 125–128, Oksanen 2004.) Kuuntelin ryhmäkeskustelunauhoitteita ja luin litteroinnit useita kertoja kartoittaen keskusteluista moniaineksisia asioita, jotka kytkeytyvät avun hakemiseen tai hakemattomuuteen. Tekstien ylä- ja alaluokkiin koodaamisen sijaan piirsinkin monikeskuksisia miellekarttoja, joissa yhdistelin väreihin ja viivoihin keskusteluissa esiin nousseita asioita. Näin Deleuzen ja Guattarin ajattelu ja posthumanistinen näkökulma, joissa ihmiset ymmärretään ruumiillisina ja osana tätä maailmaa, konkretisoituivat tutkimusmenetelmäksi. Tässä artikkelissa käsiteltävät teemat muodostuivat miellekarttoissa useita asioita yhdistävistä ryppäistä.

Foxin ja työryhmän (2018) mukaan ihmiskeskeisyydenjälkeinen tutkimus edellyttää uusia lähestymistapoja myös aineistoon. Heidän tutkimuksensa kohteina ovat yksilön sijaan lihavuuteen ja laihtumiseen liittyvät sommitelmat, joten he viittaavat haastatteluihin numerolla ja jättävät kertomatta puhujan sukupuolen, iän, luokan ja etnisyyden. Muuttujia ei ole tarkoitus kieltää, mutta niillä ei selitetä havaintoja, vaan niiden ajattellaan toimivan yhdessä lukuisiin muihin tekijöihin kietoutuneina (vrt. Andrews & Duff 2019). Koska tarkasteluni kohteena ovat avun hakemiseen liittyvät kytkennät enkä tutki sukupuolen, yhteiskuntaluokan tai iän vaikutusta, olen valinnut taustatietojen ker-

tomisessa ja viittaamisessa samanlaisen tavan kuin Fox työryhmineen (2018) ja viitataan keskusteluihin koodeilla k1–k4. Silloin kun lainataan useita puhujia, puheenvuorojen numerointi kertoo puhujien järjestyksen kyseisessä lainauksessa.

Aloitan kartoituksen käsittelemällä avun hakemattomuuteen liittyviä tekijöitä ja niiden muutoksia, sen jälkeen avun hakemiseen erityisesti nykyaikana liittyviä tekijöitä ja lopuksi laajennan näkökulmaa monimuotoisiin apuun ja hyvinvointiin.

Miesten avun hakemisien ja hakemattomuuksien kytkentöjä

Avun hakemattomuuden kytkennät ja muutokset

”Mut sit määhän tunnen just niinku semmost vanhemma polve ihmisiä, et ykskin semmone, [kuvaus tapaturmasta], leikkatii kerra, lääkäri sano et se täytyy leikata toisee kertaa ku se ei oo kunnolla parantunu, ei hän halua mennä.” (k2)

Miesten lääkärin välttely tunnistettiin jokaisessa keskustelussa, ja sekä nuoremmat että vanhemmat miehet kertoivat iäkkäistä läheisistään, jotka eivät ole menneet lääkäriin perheenjäsenten tai lääkärin kehoituksista huolimatta, kuten yllä olevassa lainauksessa kuvataan. Myös Mahalikin ja Dagirmanjianin (2018) haastattelemat miehet kertoivat työkavereista, perheenjäsenistä ja ystävistä, jotka välttelevät lääkäriin menoa. Seymour-Smithin ja työryhmän (2002) haastattelemat lääkärit ja hoitajat jakoivat käsityksen siitä, että miehet ovat haluttomia käymään lääkäriissä. Ryhmäkeskusteluissa miehet kertoivat kokemistaan tilanteista, joissa läheisten lääkäriin menemisen välttely ilmeni.

”Ja vanha isäni oli ihan samanlainen, et tua, ei hän voinu koskaa soittaa ittelles ambulanssii, häne täyty soittaa ensteks mul. ”Voisiks sää tul kattoo, ku ottaa rinnasta”. Sit määhän meni kattoo ja soiti ambulanssi. Se oli joka kerta sama sävel.” (k1)

”Samallai mun isoisä ku oli ni monta päivää käyny siin tallin takana oksentamas ja ja tota mummu puhu sitä lääkäriä ja sit se soitti äitin sinne. ”Nyt ukko o kipee et se täytyy saad lääkäriä”. Ei se mihinkä lähteny. No soittakaa sit Matil (nimi muutettu) ja ne soitti mulle ja mä sano et se ukko tu puhelimee et ”Saatana nyt se tanttu niska et mä oo vartin pääst siin pihas”, et siäl se seiso portail asennos.” (k3)

Posthumanistisesta näkökulmasta tässä ei ole kyse vain apua hakemattoman miehen stereotypiasta, vaan miesten kertomukset ovat kuvauksia tapahtumista. Apua hakematon mies ei ole paikoista, materiaista tai muista ihmisistä irrallinen toimija. Avun hakemattomuus arjessa on yksilökohtaista käsitystä tai ajattelutapaa konkreettisempi; se on ruumiillisia kipuja, puhelimia, läheisiä ja autokuljetuksia kytkevä ajallinen tapahtuma. Terveystieteiden sisältöihin aina monenlaisia toimijoita, esimerkiksi sydämen vajaatoiminnan itsehoitossa yhdistyvät vuotavien haavojen vaikutukset elämään, niiden hoito, perheenjäsenet hoitajina, materiaalit, dialyysiteknologiat ja aikataulut. Itsehoito mahdollistuu tässä osaamisen, materiaalien ja ihmisten sommitelmassa. (McDougall ym. 2018.) Kun laajennetaan näkökulmaa yksilön lääkärin välttelyä koskevasta käsityksestä siihen liittyvien tekijöiden tarkasteluun, huomataan myös, että miehet vievät läheisiään lääkäriin ja heiltä pyydetään siinä apua. Miesten kertomuksia läheisistään voi lähestyä todisteina siitä, että suomalainen mies ei soita apua eikä mene lääkäriin, mutta myös esimerkkinä siitä, että suomalainen mies toimii lääkäriin viejänä. Miesten toimiminen avun saamisen edistäjänä on jäänyt aikaisemmissa tutkimuksissa ja terveysneuvonnassa tunnistamatta ja huomioimatta.

Avun hakemista välttelevän miehen stereotypian uusintaminen ei ole tarkoitukseenmukaista. Aineistoni miesten mielestä pääasiassa vain iäkkäämmät miehet toimivat niin. Keskustelussa 3 kysyin, ottavatko nuoremmat miehet mallia vanhempien miesten lääkärinvälttelystä. Yksi eläkkeellä oleva mies totesi, että heidänhän kuuluisi olla ”semmosii äijii”, jotka ottavat ”isästä ja

isoisästä merkii”. Keskustelijat pohtivatkin, että monet asiat ovat viime vuosikymmeninä muuttuneet. Näitä ovat sosiaaliset tekijät, kuten asenteet, kulttuuri ja työkaverien suhtautuminen, yhteiskunnalliset tekijät, kuten parempi työterveyshuolto ja se, että ”systeemi huolehtii niinku eri taval”, sekä paremmat käytännön mahdollisuudet päästä lääkäriin; ennen ei lääkäreitä ollut ”joka pitäjäs” (k3). Nämä kaikkiin sukupuoliin vaikuttaneet muutokset ovat keskustelijoiden mielestä vaikuttaneet miesten lääkäriiskäyntiin. Yksilö ja käsitykset eivät siis aina ole keskeinen syy sille, miksi apua jätetään hakematta. Konkreettisilla tekijöillä, kuten työterveyshuollolla, on merkittävä vaikutus yksilön avunsaannin mahdollisuuksiin. Positiiviset muutokset miesten avun hakemisessa ovat sidoksissa yksilö- ja rakennetasojen välillä toimiviin ja niitä lävistäviin sosiaalisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin. Erilaiset ajat ja paikat voivat sekä rajata toiminnan mahdollisuuksia että antaa niitä lisää. Siksi avun hakemista onkin tarkasteltava konkreettisesti ajassa ja paikassa.

Nykyhetken kytkennät – abstraktit ja konkreettiset resurssit

Kun miehet puhuivat avun hakemisesta lääkäriltä, he eivät muistelleet tapahtuneita lääkäriiskäyntejä, vaan käsitystä menneen ajan lääkäreistä käytettiin vertailussa nyky-aikaan. Sekä ryhmissä 1 että 2 ihannoitiin ”vanhanaikaista [tapaa], että nyt joku lääkäri ottaisi sen vastuun tästä potilaasta itselleen” (k2). Tällaisen omalääkärijärjestelmän toteuttamista nykypäivänä miehet pitivät kuitenkin mahdottomana (k1 & k2). Näitä mahdottomuuksia ei perusteltu eikä kiistetty, vaan keskustelijoiden näkemyksen mukaan aika ja raha määrittelevät terveydenhuoltoa nykyisin. Eräs miehistä toteaa, että ”tämöset köyhät ku minä oon, päätyy aina julkiselle” (k4), ja toinen pohtii, että perusterveydenhuollossa on ”ne jonot” ja yksityinen vaatisi vakuutuksen tai ”sen verran rahaa et pystyy maksamaan” (k2).

THL:n selvityksen mukaan taloudelliset vaikeudet vaikuttavat kokemuksiin hoitoon pääsystä yhtä lailla kuin pitkäaikaissairau-

det ja masennuskin (Aalto ym. 2017). Selvityksen pohjana olleessa kyselyssä vastaajilta kysyttiin, miten usein hoidon saamisen esteinä ovat olleet korkeat asiakasmaksut tai oma taloudellinen tilanne. Molempia käsiteltiin ’taloudelliset esteet’ -käsitteen alla. (Mt.) Jos avun hakemista tarkastellaan vain yksilönäkökulmasta, vaarana on, että yhteiskunnallisista ja terveystaloudellisista tekijöistä tehdään yksilöön liittyviä ominaisuuksia, kuten toteamuksessa, että yksilön määrittäminen ”köyhäksi” johtaa suoraan julkisen terveydenhuollon käyttöön. Sekä köyhän ”päättymisen” julkiseen terveydenhuoltoon että omalääkärijärjestelmä ovat arjessa konkreettisesti tapahtuvia tapahtumia, joissa ihmiset, yhteiskunnan arvot, käytännöt ja politiikat toimivat yhdessä. Kun näitä tapahtumia tarkastellaan posthumanistisesta näkökulmasta, kahtiajaot rakenteellisiin ja yksilöön liittyviin tekijöihin ovat keinotekoisia; materiaalisilla, rakenteellisilla ja sosiaalisilla tekijöillä on kaikilla yhtäläinen kyky vaikuttaa (Braidotti 2013, 43).

Kun miehet puhuivat nykyhetkestä, yhteiskunnan rajalliset resurssit kytkeytyivät läheisten auttamiseen ja yksilönvastuuseen. Kuten edellä selvisi, miehet olivat toimineet lääkäriin viejinä. He olivat pyrkinet muutenkin tukemaan läheisiään. Ryhmässä 4 miehet kertoivat yrityksistään auttaa psyykkisistä ja fyysisistä ongelmista kärsineitä miespuolisia läheisiään. Uskon, että näiden kokemusten aiheuttama turhautuminen kuuluu heidän vastauksissaan kysymykseeni siitä, mitä huonosti voiville miehille pitäisi tehdä. Keskustelijoiden mielestä kaikkia miehiä ei voi auttaa.

1: *”Ei miähii voi oikeestaa auttaa, se o vähä perseest sanoo näin mut jos sää vajoot sinne omaa kuappaas, ni kukaan ei sua pysty nostaa. Se voi heittää köyden ja tikkaat ja vaikka telinee rakentaa mut jos et sää vittu päättä kiivetä ni et sää siältä tuu pois.”*

2: *”Nimenomaa.”*

1: *”Et apuu o tarjolla, et siin ei oo mitää vikaa, mut jos sä et sitä halua käyttää, ni ei siihe sit kannat resurssai enemppää uhrata.” (k4)*

Miehet näkivät resurssit sekä läheisten apuna että konkreettisen tarjolla olevana yhteiskunnan tarjoamana palveluna, joka on, ainakin teoriassa, kaikkien saatavilla. Avusta, johon sisältyy monenlaista hyvinvoinnin tukemista, puhuttiin olemassa olevana ja mahdollisena. Miehillä oli tässä yhteydessä usko siihen, että apua on tarjolla, kyse on miehen omasta valinnasta, ottaako sitä vastaan. Resurssija ei kuitenkaan kannata ”uhrata” vastentahtoisiin miehiin. Kysymys resursseista konkretisoitui toisessakin keskustelussa, jossa pohdittiin, mitä tehdä huonosti voiville miehille. Tämänkin keskustelun miehet olivat sitä mieltä, että ”kaikkii ei voi pelastaa” (k3).

1: ”No onko se hyväki et täältä poistuu vähä sit väkee välil et ei me alet tääl nii kauhee pitkää elämää...”

2: ”Sää rupeet puhuu ko Linkola jo (yleistä naurua). Sota tarvitaan ja!”

1: ”Vesivarannot maailmas alkaa ehtymää ni –” (yleistä naurua ja vitsailua) (k3)

Liikakansoituksesta ja ympäristökriiseistä puhuttiin naureskellen, mutta ne nousivat esille hyvinvoinnista ja avun tarjoamisesta puhuttaessa. Kun tarkastellaan hyvinvointia, ei voida enää keskittyä vain ihmisen hyvinvointiin. Tutkimuksissa onkin alettu huomioida ympäristökriisien ja kestävä kehityksen kietoutuminen niin terveydenhuoltoon ja lääketieteeseen (Haines ym. 2019) kuin sosiaali- ja yhteiskuntapolitiikkaankin (Helne & Silvasti 2012). Tätä aikakautta on kuvattu antroposeeniksi, teollistumisesta alkaneeksi kaudeksi, jossa ihminen on suurin maapalloon vaikuttava voima. Antroposeenia tarkentavaksi termiksi on ehdotettu kapitaloseenia. Siinä nykytilanteeseen ei ole syyllisenä anthropos, kaikki ihmislajiin kuuluvat, vaan ympäristökriisin juuret ovat jo teollistumista paljon aikaisemmin alkaneessa epätasa-arvossa, jatkuvaan tuotannon kasvuun pyrkimisessä, kapitalismissa ja luonnonvarojen ylikulutuksessa. Kaikki nämä toimivat maailmassa, jossa elämme. (Chandler ym. 2018, Haraway ym. 2016, Moore 2017.) Elämä kapitaloseenissa asettaa haasteita kaiken elollisen

hyvinvoinnille, mutta ympäristö antaa myös mahdollisuuksia hyvinvoinnin tukemiseen.

Monimuotoinen hyvinvointi ja monimuotoinen apu

Ryhmässä 4 miehet puhuivat kokonaisvaltaisesta terveydestä ja elintapojen, tiedon ja itsestä huolta pitämisen yhteyksistä. Yksi miehistä kertoi toiveestaan tavata lääkäri, joka ei puuttuisi vain tietystä kohtaa ruumista tuntuvaan vaivaan, vaan näkisi ”kokonaisuuden” ja kysyisi ”kuis sul muute menee” (k4). Kun hyvinvointi ei ole vain terveysongelmien poissaoloa, avun hakeminenkin on monimuotoisempaa kuin pelkän lääketieteellisen avun hakemista terveysongelmaan. Canuton työryhmineen (2018) haastattelemat Australian ja Torresinsalmen saarten alkuperäisasukkaat pitivät heille suunnattuja terveyspalveluja parempina kuin valtaväestölle suunnattuja juuri holistisen terveyskäsitteensä vuoksi. Holistinen terveys on henkistä, ruumiillista, sosiaalista ja ympäristöllistä. Länsimaissa terveys kuitenkin usein määritellään antroposentrisestä, tieteellisestä ja taloudellisesta biomedikaalisesta näkökulmasta (Benatar ym. 2018). Nykyaikana, kun on tarjolla monimutkaista terveyteen liittyvää informaatiota, onkin vaarana, että ruumiit tyypistyvät individualistisen huolen ja hoivan pakkomielleiksi kohteiksi (Braidotti 2008, 179). Terveystutkijat ovat jopa ehdottaneet, että miehille kannattaisi markkinoida terveydenhuoltoa ja itsestään huolta pitämistä mahdollisuutena säilyttää ”tärkeitä maskuliinisia rooleja”, kuten mahdollisuutta elättää perheensä (Mahalik & Dagirmanjian 2018). Työnteon tärkeys on keskeinen teema myös suomalaisissa miesten terveysoppaissa (Slutbäck 2018). Tällöin toimivasta ruumiista ja terveydestä tulee arvokasta ja miehestä hoidon arvoinen vain, jos hän tekee töitä. Sen lisäksi, että tämä on eettisesti ongelmallista, se ei vastaa miesten omia kokemuksia. Keskusteluissa terveemmäksi tuleminen ei liittynyt yksilön työkykyyn, vaan apua toivottiin ennaltaehkäisyyn ja itsehoitoon.

”[...] mut ku ei siält [lääkäristä] saanu sit mitää, niinku ennaltaehkäisy. Mullaki

[kuvaus vaivasta]. Ja muuteki sitte varmaa jokasel o joku juttu mihi ehkä haluis omalla tavallaa erilaista tukee. Ku monet sairaudet pystyy helpottaa ja välttää iha vaa niinku elintavoilla.” (k4)

Tässä pohdinnassa yhdistyvät terveemmäksi tuleminen, tieto sairauksien ennaltaehkäisystä, ruumiillisuus sekä elintavat. Kun tätä pohdintaa tarkastellaan yksilökeskeisyyttä laajemmasta näkökulmasta, huomataan, että kuvauksesta ei muodostu miehistä, tai edes sukupuolittunutta, toimimisen tapaa. Sen sijaan mahdollisissa hyvinvoinnin lisäämisissä ja sairauksien helpottamisissa yhdistyvät yksilölliset tarpeet, asiantuntijatieto ja tuki. Monimuotoisen avun tarjoamiseen on Suomessa erilaisia käytäntöjä, kuten terveydenhuollon ammattilaisen asiakkaalle antamaa liikuntaneuvontaa konkreetisoiva Liikkumisresepti (UKK-instituutti, 2018) sekä erilaiset kuntoutukset (katso esim. Karjalainen 2013). Kuntoutus ja sen hyvinvointia lisäävät positiiviset ruumiilliset ja ympäristölliset kytkennät nousivatkin esille kahdessa ryhmäkeskustelussa.

1: ”Siält jäi jotai mukaa semmost liik-kumista et. Esimerkiksi sauvakävelly en ollu ikin enne. No meillähä o [asuinalueella] hemmeti hienot maastot siin o ne ladupohjat, lähtee iha talon nurkalta ni. On tullu jopa lähdettyy sauvakävelylenkil sen jälkee ku ne oli näyttäny et millai se menee.”

[...]

2: ”Oon käyny niitä [kuntoutuksia] ni toi, kyl ne, monta semmosta [lajia] löytää mitä haluais niinko, ja opettelee harrastamaan.” (k1)

”Mää sanosi kyl omakohtasesti et mul oikeestaa liikunna harrastukse sai aikaa kuntoutusjakso. [...] Sit, me asuttii sillai kivasti luantopolu varrel siin mä ajatteli et lähtiskö koittaa juaksuu. Ja ei mitää, sit lähdetii ja no sehä onnistu. Mää juaksi siin sit pari kolme kesää sillai omaks iloks. Iha ei mitää veri suus mut semmost just et kävin kummiski ja sitkeesti ja sit tuli tiätysti muut nää liikunnat ja.” (k3)

Kuntoutukset, joihin miehet olivat osallistuneet, olivat tarjonneet uusia liikuntalajeja ja toimineet välittömästi ja välillisesti liikuntaa lisäävinä tekijöinä. Miehet olivat pitäneet kuntoutusjaksoista ja kokivat, että niillä oli ollut vaikutuksia heidän elintapoihinsa. Eräs keskustelija ehdottikin, että miehelle kuin miehelle olisi hyväksi, jos hänet ”pistettä johonki tommosee kuntoutukseen joskus ja sais kokeil kaikkii [lajeja]” (k1). Muutoksissa oli ja on kuitenkin kyse muutakin kuin yksilöistä. Kuntoutus oli antanut mahdollisuuksia, jotka toteutuivat konkreettisissa ruumiissa ja asuinympäristöissä. Esimerkiksi sydänkuntoutuksessa juuri fyysisen suorituskyvyn parantaminen ja säilyttäminen on tärkeää (Julkunen ym. 2017). Ympäristö osallistuu terveyden ja hyvinvoinnin kokemiseen monin tavoin. Etäisyydet ja kulkuhyteydet vaikuttavat kokemukseen terveyspalvelujen saavutettavuudesta (Comber ym. 2011). Liikuntapaikat, maastot ja luontopolut sitä vastoin mahdollistavat hyvinvointia parantavia ja liikuntaa lisääviä elämäntapamuutoksia. Mahdollisuuksien ja uusien kytkentöjen merkitystä parantumisessa korosti myös psykoterapeuttina työskennellyt Guattari. Uudet kokemukset, olivat ne sitten musiikkia, puutarhanhoitoa tai ruuanlaittoa, tarjoavat uusien materiaalisten kohtaamisten lisäksi monimuotoisia mahdollisuuksia uudistaa vanhoja toimintamalleja uusien yhteyksien avulla (Guattari 1995/1992, 6–7).

Pohdinta ja johtopäätökset

Tässä artikkelissa kartoitin tekijöitä, joita miesten ryhmäkeskusteluissa avun hakemiseen ja hakemattomuuteen liitettiin. Tarkastelin keskusteluissa kerrottuja asioita yksilökeskeisyyttä laajemmin, tapahtumina, joissa yhdistyy eriaineksisia toimijoita. Tulosten perusteella nämä toimijat ovat hyvin monenlaisia. Niitä ovat esimerkiksi muut ihmiset, paikat, olosuhteet, toiveet, huolet, resurssit ja rakenteet. Usein toistettu käsitys lääkäriä välttelevästä suomalaisesta miehestä yhdistettiin miesten keskusteluissa menneeseen aikaan ja vanhoiksi koettuihin ajattelutapoihin. Tilanteissa, joissa ikääntynyt mies ei halunnut mennä lääkäriin, miehet toimivat

auttajina yhdessä muiden ihmisten ja teknologioiden kanssa. Muuttuneet toimintatavat yhdistyivät miesten puheissa kulttuurisiin ja yhteiskunnallisiin muutoksiin. Avun hakemiseen liittyviä valintoja tehdään juuri siinä hetkessä vaikuttavien tekijöiden keskellä. Taloudelliset tekijät ja resurssit osallistuvat avun hakemiseen ja saamiseen, eivät vain yksilöiden käsitysten kautta vaan toimijoina miesten arjessa. En ole pyrkinyt selittämään miesten tekoja tai valintoja näillä tekijöillä. Posthumanistisesta näkökulmasta kyse ei olekaan miehestä avun hakijana vaan avun hakemisesta kapitaloseenissa. Ihmiset ovat materiaalisia toimijoita osana sosiaalista, teknologista ja luonnonympäristöä sekä niiden virtauksia ja muutoksia (Braidotti 2008, 182–183). Tiedolla, politiikoilla, ennaltaehkäisyillä, itsehoidolla, liikunnalla ja ympäristöillä on kaikilla osuutensa hyvinvoinnin lisääntymisessä. Näin oli käynyt esimerkiksi kuntoutukseen osallistuneille miehille, joiden elämässä uudet lajit ja asuinympäristön mahdollisuudet pääsivät toimimaan yhdessä.

Posthumanismin soveltaminen miesten terveyden ja hyvinvoinnin tutkimukseen ei ole vielä yleistynyt Suomessa. Miesten hyvinvointiin liittyvä tutkimus on usein pyrkinyt selittämään miesten tapoja ja terveyttä yksilöön ja käsityksiin liittyvillä tekijöillä. Pyrkimys vastata kysymykseen, miksi miehet eivät hae apua, sisältää kaksi ennakkokäsitystä. Ensinnäkin sen, että erityisesti miehet eivät hae apua, ja toiseksi sen, että on mahdollista saada vastaus tähän yleistävään kysymykseen. Ei kuitenkaan ole olemassa yhtä ”miestä” eikä yhtä avun hakemista tai hakemattomuutta. Todellisessa materiaalisessa maailmassa erilaiset miehet toimivat erilaisissa avun hakemiseen liittyvissä tilanteissa. Näihin toimimisiin liittyy moniulotteinen verkosto erilaisia tekijöitä. Siksi avun hakemista on tarkasteltava materiaallinen, sosiaalinen, teknologinen ja yhteiskunnallinen ympäristö huomioon ottaen. Deleuzen ja Guattarin filosofia haastaa ajattelemaan liikettä, prosesseja ja muutoksia (Parikka & Tiainen 2013). Kartoittaminen ei selittänyt miesten tekoja, mutta metodin avulla oli mahdollista tarkastella avun

hakemista ja siitä kieltäytymistä ajallispaikallisina tapahtumina, joihin osallistuvia tekijöitä ei ollut tulkittu tai rajattu ennalta. Näin määritelmät avusta ja miesten hyvinvoinnista syvenivät.

Tämän kartoittamisen tulokset eivät kerro vain miehistä vaan maailmasta, jossa he elävät ja toimivat. Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvitetty tarkastuksissa käyntiä lisääviä tekijöitä, joista monet liittyvätkin muihin tekijöihin kuin yksilöihin (Teo ym. 2016). Hyvinvointia ja terveyttä edistävää viestintää, hankkeita ja toimintatapoja suunnataan kuitenkin lopulta yksilöille. Sen sijaan, että pyritään tuottamaan erityistä miehille suunnattua terveyspuhetta, olisi hyvä ottaa huomioon yhteiskunnallisiin rakenteisiin kytkeytyvä elämäntilanne, hyvinvointiin liittyvät ympäristöt sekä käsitys hyvinvoinnista. On syytä kiinnittää erityistä huomiota siihen, ettei rakenteisiin liittyvistä rajoitteista tehdä miehen ominaisuuksia.

Jatkossa ei pitäisi keskittyä tutkimaan miesten avun hakemattomuutta – josta ovat huolissaan esimerkiksi terveystarkastuksia markkinoivat yritykset – ilmiönä vaan mahdollisuuksia ja kytkentöjä ihmisten ja ympäristöjen parempaan hyvinvointiin. Ihmisen ja yksilökeskeisyyttä laajempi terveyspuhe huomioi esimerkiksi ilmaston lämpenemisen ja sen vaikutuksen talviurheiluehdotuksiin, terveellisten ruokaohjeiden ainesosien eettisyyden ja ekologisuuden sekä kestävästä kehityksen. Tutkimusta avun hakemisesta voi syventää keräämällä monipuolista aineistoa avun hakemiseen ja saamiseen liittyvistä tilanteista ja paikoista. Avun hakemiseen liittyviä materiaalisia, sosiaalisia ja taloudellisia kytkentöjä on mahdollista havainnoida esimerkiksi osallistumalla avun saajien ja sitä tarjoavien arkeen sekä olemalla avoin moniaistiselle maailmalle ja moniaineksiselle aineistolle.

Tulosten merkitys: Tutkimuksessa siirretään näkökulma avun hakemattomuudesta miesten tapana maailmaan, jossa miehet elävät. Avun hakemisen ja hakemattomuuden tarkastelu ajallispaikallisena tapahtumana mahdollistaa siihen kyt-

keytyvien materiaalisten, sosiaalisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden huomioimisen. Laajempi käsitys avun hakemisesta ja hyvinvoinnista tarjoaa lähtökohdan eettisemmälle terveys- ja hyvinvointipuheelle.

Tiivistelmä

Media, kulttuuri ja terveysneuvonta uusintavat avun hakemattomuutta erityisenä suomalaisten miesten tapana. Tällaisessa lähestymistavassa yksilöt tulkitaan ensisijaisesti apua hakemattomiksi miehiksi. Artikkelissa lähestyn avun hakemista posthumanistisesta näkökulmasta kartoittaen miesten ryhmäkeskusteluista avun hakemiseen ja hakemattomuuteen liittyviä moniaineksisiä tekijöitä.

Artikkelin aineistona on neljä ryhmäkeskustelua, joihin osallistui yhteensä 14 miestä. Keskusteluissa puhuttiin miesten terveydestä ja hyvinvoinnista. Analysoin keskusteluaineistoa käyttäen Gilles Deleuzen ja Félix Guattarin filosofiaan perustuvaa kartoitusta. Tämä posthumanistinen metodi, tapa ajatella aineiston kanssa, huomioi niin materiaalisia ja abstrakteja kuin sosiaalisia ja yhteiskunnallisia tekijöitä. Analyysin keskiössä ovat erilaisten tekijöiden kytkennät.

Tulosten mukaan miehet tunnistavat käsityksen lääkäriä välttelevästä suomalaisesta miehestä, mutta katsovat sen olevan ikääntyneiden miesten tapa. Avun hakeminen on kulttuuristen ja yhteiskunnallisten muutosten myötä muuttunut. Vaikka resurssit rajoittavat terveyspalvelujen käyttöä kapitaloseenissa, on miesten avun hakemisessa tapahtunut muutoksia parempaan.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että avun hakemisessa ja hakemattomuudessa yhdistyy muita ihmisiä, paikkoja, olosuhteita, toiveita, resursseja ja rakenteita. Näillä ei kuitenkaan voi selittää miesten tekoja. Kartoittamisen tulokset kertovat ennen kaikkea siitä maailmasta, jossa apua haetaan tai jätetään hakematta. Miesten

valinnat hakea apua tehdään erilaisten materiaalisten, sosiaalisten, teknologisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden keskellä. Tiedolla, ennaltaehkäisyllä, itsehoidolla, liikunnalla ja ympäristöillä on kaikilla osuutensa hyvinvoinnin lisääntymisessä.

Avainsanat: terveydenhoito, miesten terveys, terveyskulttuuriperintö, posthumanismi

Abstract

Connectivities of Men's Help-seeking and Non-help-seeking

Taru Slutbäck MA, Doctoral Student, Cultural Production and Landscape Studies, University of Turku

Media, culture and health counselling reproduce non-help-seeking as a Finnish men's habit. This approach interprets subjects primarily as non-help-seeking men. In this article I examine men's help-seeking from a posthumanist perspective by mapping connections and heterogeneous components of help-seeking and non-help-seeking in men's conversations.

The research material consists of four focus group interviews. A total of 14 men participated in these discussions about health and well-being. I analysed the interviews using mapping, that bases on Gilles Deleuze's and Félix Guattari's philosophy. This posthumanist method, a way to think with data, pays attention to material, abstract, social and societal actors. The foci of the analysis are connections between different actors.

According to the results, Finnish men's doctor avoidance is a concept that men recognize but consider it as a habit of older men. Due to cultural and societal changes, help seeking has also changed. While resources restrict health care use in the Capitalocene, there are positive changes in men's help-seeking practices.

Based on the results, in help-seeking and non-help-seeking combine other peo-

ple, places, conditions, hopes, resources and constructions, although these cannot be used to explain men's actions. Results of the mapping tell especially about the world where help is or isn't sought. Men's choices of whether to seek help are made amid various material, social, technological and societal factors. Knowledge, prevention, self-care, exercise and environments all contribute to increasing well-being.

Keywords: health care, men's health, health heritage, posthumanism

Taru Slutbäck, filosofian maisteri, tohtorikoulutettava, kulttuurituotannon ja maisemantutkimuksen koulutusohjelma, Turun yliopisto

Kiitän ryhmäkeskusteluihin osallistuneita miehiä sekä tutkimustyön mahdollistaneita Suomen Kulttuurirahaston Satakunnan rahastoja ja Turun Yliopistosäätiötä.

Lähteet

- Aalto A-M, Vehko T, Sinervo T, Sainio S, Muuri A, Elovainio M, Pekurinen M (2017) Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys: Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalvelujen toiminnasta. THL, Helsinki.
- Abras, T (2017) Braidotti, Spinoza and disability studies after the human. *Hist Hum Sci* 30, 5, 86–103.
- Andrews G J, Duff C (2019) Matter beginning to matter: On posthumanist understandings of the vital emergence of health. *Soc Sci Med* 226, 123–134.
- Benatar S, Upshur R, Gill S (2018) Understanding the relationship between ethics, neoliberalism and power as a step towards improving the health of people and our planet. *The Anthropocene Review* 5, 2, 155–176.
- Braidotti R (2008) *The Politics of Life as Bios/Zoe*. Teoksessa A Smelik, N Lykke (toim.) *Bits of Life: Feminism at the Intersections of Media, Bioscience, and Technology*. University of Washington Press, Seattle, 179–196.
- Braidotti R (2013) *The Posthuman*. Polity, Cambridge.
- Braidotti R (2019a) *A Theoretical Framework for the Critical Posthumanities*. *Theory Cult Soc* 36, 3, 31–61.
- Braidotti R (2019b) *Posthuman Knowledge*. Polity, Cambridge.
- Canuto K, Wittert G, Harfield S, Brown A (2018) "I feel more comfortable speaking to a male": Aboriginal and Torres Strait Islander men's discourse on utilizing primary health care services. *Int J Equity Health* 17, 185.
- Chandler D, Cudworth E, Hobden S (2018) Anthropocene, Capitalocene and Liberal Cosmopolitan IR: A Response to Burke et Al.'s 'Planet Politics'. *Millennium* 46, 2, 190–208.
- Comber A. J, Brunson C, Radburn R (2011) A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. *Int J Health Geogr* 10, 44.
- Deleuze G, Guattari F (1987/1980) *A Thousand Plateaus: Schizophrenia and Capitalism*. Translated by Brian Massumi. University of Minnesota Press, Minneapolis & London.
- Deleuze G, Guattari F (2007/1972) *Anti-Oedipus*. Suomentanut T Kilpeläinen. Tutkijaliitto, Helsinki.
- Duff C (2016) Atmospheres of recovery: Assemblages of health. *Environ Plan A* 48, 1, 58–74.
- Feely M (2016) Disability studies after the ontological turn: a return to the material world and material bodies without a return to essentialism. *Disabil Soc* 31, 7, 863–883.
- Fox NJ (2016) Health sociology from post-structuralism to the new materialisms. *Health* 20, 1, 62–74.
- Fox NJ, Bissel P, Peacock M, Blackburn J (2018) "The Micropolitics of Obesity: Materialism, Markets and Food Sovereignty." *Sociology* 52, 1, 111–127.
- Guattari F (1995/1992) *Chaosmosis: an ethico-aesthetic paradigm*. Translated by P Bains, J Pefanis. Indiana University Press, Bloomington.
- Haines A, Scheelbeek P, Abbasi K (2019) Challenges for Health in the Anthropocene Epoch. *BMJ* 364, 1460.
- Haraway D, Ishikawa N, Gilbert SF, Olwig K, Tsing AL, Bubandt N (2016) Anthropologists Are Talking – About the Anthropocene. *Ethnos* 81, 3, 535–564.
- Helne T, Silvasti T (toim.) (2012) *Yhteyksien kirja. Etappeja ekososiaalisen hyvinvoinnin polulla*. Kela, Helsinki.
- Hertzen A von (2018) *Suomalainen mies ei mene lääkäriin kuin vasta pää kainalossa tai ambulanssilla suoraan pallolaajennusleikkaukseen – Vanha sanonta pätee edelleen, sanoo asiantuntija*. *Helsingin Sanomat* 5.4.2018.
- Jeffries M, Grogan S (2012) 'Oh, I'm just, you know, a little bit weak because I'm going to the doctor's': Young men's talk of self-referral to primary healthcare services. *Psychol Health*, 27, 8, 898–915.
- Julkunen J, Lehikoinen T, Gustavsson-Lilius M, Vanhanen H (2017) *Sydänkuntoutus ja erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö*. *Kuntoutus* 40, 1, 18–31.
- Karjalainen V (2013) *Kuntoutuksen monialaisuus*. Teoksessa M Sihto, H Palosuo, P Topo, L Vuorenkoski, K Leppo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. THL, Helsinki, 131–138.
- Kirveskoski H (2017) "Sisu ei anna myöten valittaa mitään" – Miesten varhainen kuolleisuus yhteiskunnallisena ongelmana 1940-luvulta vuoden 1972 kansanterveyslakiin. Poliittisen historian pro gradu. Helsingin yliopisto.
- Larsen A, Ukkola J (2000) *Terve, mies!* Helsinki, WSOY.
- Lindh J, Lappi C (2018) *Hallinnan rationaliteetit sosiaalisessa kuntoutuksessa*. *Kuntoutus* 41, 4, 20–33.
- Lääkärikeskus Aava. Jäärahuolto. <https://www.aava>.

- fi/palvelu/jaarahuolto Luettu 1.7.2019.
- MacLure M (2013) Researching without representation? Language and materiality in post-qualitative methodology. *Int J Qual Stud Educ* 26, 6, 658–667.
- Mahalik JR, Dagirmanjian FRB (2018) Working Men's Constructions of Visiting the Doctor. *Am J Men's Health* 12, 5, 1582–1592.
- Maunu A, Katainen A, Perälä R, Ojajärvi A (2016) Terveys ja sosiaaliset erot: mitä on tutkittu ja mitä tarvitsee vielä tutkia? *Sosiaalilääk Aikak* 53, 189–201.
- McDougall A, Kinsella EA, Goldszmidt M, Harkness K, Strachan P, Lingard L (2018) Beyond the realist turn: a socio-material analysis of heart failure self-care. *Sociol Health Illn* 40, 1, 218–233.
- Moore JW (2017) The Capitalocene, Part I: on the nature and origins of our ecological crisis. *J Peasant Stud* 44, 3, 594–630.
- Nurmenniemi V (2008) *Miesklinikka*. Helsinki: Tammi.
- O'Brien R (2006) *Men's Health and Illness: The Relationship Between Masculinities and Health*. PhD thesis, Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, Glasgow.
- Oksanen A (2004) Haluavat, persoonattomat ja rajattomat ruumiit: Gilles Deleuzen ajattelu ruumiillisuuden ja kuvataiteilijoiden tutkimuksessa. Teoksessa T Taira, P Väliäho (toim.) *Vastarintaa nykyisyydelle. Näkökulmia Gilles Deleuzen ajatteluun*. Eetos, Turku, 223–249.
- Parikka J, Tiainen M (2013) Kohti materiaalisen ja uuden kulttuurianalyysia – tai representaation hyödyistä ja haitasta elämälle. Teoksessa A Nivala, R Mähkä (toim.) *Tulkinnan polkuja. Kulttuurihistorian tutkimusmenetelmiä*. Kulttuurihistoria, Turun yliopisto, Turku, 322–348.
- Pietilä I (2009) Kontekstuaalinen vaihtelu miesten puheessa terveydestä: yksilöhaastatteluiden ja ryhmäkeskustelujen vertaileva analyysi. *Sosiaalilääk Aikak* 46, 3, 171–183.
- Ringrose J, Coleman R (2013) *Looking and Desiring Machines: A Feminist Deleuzian Mapping of Bodies and Affects*. Teoksessa R Coleman, J Ringrose (toim.) *Deleuze and Research Methodologies*. Edinburgh University Press, Edinburgh.
- Rock MJ, Degeling C, Blue G (2013) Toward stronger theory in critical public health: insights from debates surrounding posthumanism. *Crit Public Health* 24, 3, 337–348.
- Salo UM (2015) *Simsalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet*. Teoksessa S Aaltonen, R Högbacka (toim.) *Umpikujasta oivallukseen: Refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa*. Tampere University Press, Tampere, 166–190.
- Schlichthorst M, Sancu LA, Pirkis J, Spittal MJ, Hocking JS (2016) Why do men go to the doctor? Sociodemographic and lifestyle factors associated with healthcare utilisation among a cohort of Australian men. *BMC Public Health* 16, 3, 1028.
- Seymour-Smith S, Wetherell M, Phoenix A (2002) 'My Wife Ordered Me to Come!': A Discursive Analysis of Doctors' and Nurses' Accounts of Men's use of General Practitioners. *J Health Psychol* 7, 3, 253–267.
- Slutbäck T (2018) "Mies kaatuu sinänsä kunniakkaasti" – psykoanalyttinen luenta miesten terveysoppaista. *J@rgonia* 16, 31.
- Teo CH, Ng CJ, Booth A, White A (2016) Barriers and facilitators to health screening in men: A systematic review. *Soc Sci Med* 165, 168–176.
- Törrönen J (2001) Haastattelemisen virikkeillä: virike johtolankana, pienoismaailmana ja/tai provosoijana. *Sociologia* 38, 3, 205–217.
- UKK-instituutti (2018) Mikä on Liikkumisresepti? <https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti>. Luettu 17.11.2019.

PAREMPI ARKI YHDESSÄ TEHDEN

Kommunikoinnin apuvälinepalvelujen alueellinen kehittäminen. Pilottihanke

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden tarkoituksena on edistää potilaan kuntoutumista, tukea, ylläpitää tai parantaa toimintakykyä jokapäiväisissä toiminnoissa tai ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä. Apuvälinepalveluja ohjaavat lait ja säädökset velvoittavat kunnat ja kuntayhtymät vastaamaan lääkitäntullisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden järjestämisestä. Apuvälinepalvelut ovat osa hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuutta, ja niiden tulee perustua yksilölliseen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Kunta vastaa potilaan lääkitäntullisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Oikein valituilla apuvälineillä mahdollistetaan asiakkaan osallisuus hänelle merkityksellisiin toimintoihin toimintakyvyn rajoituksista huolimatta.

Lääkitäntullisen kuntoutuksen apuvälinepalvelujen toteuttamisen vastuut on perinteisesti määritetty perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle. Pirkanmaalla apuvälinepalvelujen kehittämisellä on jäsenkuntien kesken vahva yhteinen tahtotila. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) apu-

välinepalveluja onkin kehitetty aktiivisesti yhteistyössä kuntien sosiaali- ja terveystoimien kanssa. Aktiivisen kehitystyön tuloksena Pirkanmaalla käynnistyi maakunnallinen apuvälinekeskus vuonna 2019.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin maakunnallinen apuvälinekeskus

Maakunnallisen apuvälinekeskuksen myötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijoiden apuvälinepalvelua yhtenäistettiin. Kaikilla alueellisilla toimijoilla on yhteinen apuvälineiden kilpailutus ja hankinta, yhteiset apuvälineiden luovutusperusteet ja yhteinen apuvälineiden hallintajärjestelmä. Apuvälinepalvelu toteutuu hoidon porrastuksen mukaisesti ja mahdollisuuksien mukaan lähipalveluna.

Apuvälinepalvelut ovat kehittyneet erityisesti liikkumisen apuvälineiden saavuttamiseen liittyvistä tarpeista, ja perusterveydenhuollon apuvälinevastout ja lähipalvelut ovatkin ensisijaisesti kohdentuneet liikkumisen apuvälinepalveluihin. Toteutuneen kehityksen myötä liikkumisen apuvälinepalveluissa erikoissairaanhoido vastaa erityistä asiantuntijuutta vaativista apuvälinepalveluista. Kyseisen tuoteryhmän esimerkkinä

ovat sähköiset liikkumisen apuvälineet (sähköpyörätuoli, sähkömopo, sähköiset lisävoimallitteet), kun taas perusterveydenhuolto vastaa liikkumisen yksinkertaisemmista apuvälineistä (joita ovat rollaattori, kyynärsauva, pyörätuoli). Hajautettu lähipalvelu on mahdollistanut tasalaatuisemman apuvälinepalvelun sekä yhtenäisemmän asiantuntijuuden.

Kommunikoinnin apuvälinepalveluista vastuu kuuluu järjestämissuunnitelman mukaisesti erikoissairaanhoidon. Kommunikoinnin apuvälinepalveluissa asiakassuhteet ovat pitkiä, ja uusien asiakkaiden määrä kasvaa vuosittain. Pidemmällä aikavälillä tilanne on asiakasmäärien osalta kestävä, ja toimintakäytännön muutos näyttäyty välttämättömänä. Alueellisilla toimintakäytännöillä myös kommunikoinnin apuvälinepalveluja voidaan kehittää kohti asiakaslähteisempää palvelurakennetta.

Kommunikoinnin apuvälineet ovat kokeneet merkittävän murroksen teknologisen kehityksen myötä ja niin sanotun kuluttajavälineistön tuodessa käytettäviä sovelluksia myös apuvälineetarpeisiin. Myös ammatillinen osaaminen apuvälineiden osalta on laajentunut. Älypuhelimet, tabletit, erilaiset sovellukset ja aplikaatiot kuuluvat nykyisin kuntouttajien perustyövälineisiin sekä kotitalouksien arkikäyttöön. Tästä syystä kommunikoinnin apuvälinepalveluiden porrastamista erikoissairaanhoidon on hyvä tarkastella uudelleen.

Pilotti kommunikoinnin apuvälinepalvelujen alueellisesta kehittämisestä ja palveluiden porrastamisesta

Maakunnallisen kehitystyön merkeissä PSHP:n Maakunnallisessa apuvälinekeskuksessa toteutettiin kommunikoinnin apuvälinepalvelujen osalta pilottihanke elokuun 2019 ja huhtikuun 2020 välisenä aikana. Kehittämishankkeen tavoite oli, että kommunikoinnin perustason apuvälinepalvelun tarvitsija saa palvelun lähipalveluna. Kuten liikkumisen apuvälinepalveluiden osalta, myös kommunikoinnin apuvälineissä erikoissairaanhoidon vastaa teknisimmistä ja vaativimmista apuvälinepalveluista.

Esimerkkinä perustason kommunikoinnin apuvälineen tarvitsijasta voisi olla kuvitteellinen Parkinsonin tautia sairastava asiakas, jonka puolisoilla on heikentynyt kuulo. Parkinsonin taudin takia asiakkaalla on hiljentynyt puheääni, jonka vuoksi hän on hakeutunut kunnan puheterapeutin vastaanotolle. Puheterapeutti toteaa, että puheäänenvahvistin voisi olla soveltuva apuväline helpottamaan asiakkaan tilannetta. Asiakas pääsee kokeilemaan puheäänenvahvistinta puheterapeutin vastaanotolla osana omaa kuntoutusjaksoaan. Mikäli laite tuntuu toimivalta ratkaisulta ja asiakas on halukas kokeilemaan laitetta arkiympäristössään, hän saa apuvälineen käyttöopastuksen ja laitteen heti kokeilujaksolle. Puheterapeutti tekee apuvälineestä lainausmerkinnät Effector-järjestelmään ja antaa asiakkaalle lainausostitteen sekä apuvälineen käyttöohjeen. Laitteen soveltuvuutta kyseiselle asiakkaalle arvioidaan osana puheterapiajaksoa.

Pilottihankkeen tavoitteena oli kehittää kommunikoinnin apuvälinepalvelujen saatavuutta ja palveluiden oikea-aikaisuutta sekä lisätä apuvälinekeskuksen varastossa olevien kommunikoinnin apuvälineiden aktiivista käyttöä ja kierrätystä. Pilotissa selvitettiin, ovatko pilottiin mukaan valitut niin sanotun perustason kommunikoinnin apuvälineet perusterveydenhuoltoon soveltuvia, miten kommunikoinnin apuvälinepalvelua voitaisiin perusterveydenhuollossa toteuttaa ja miten palvelujen porrastamista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä voitaisiin toteuttaa.

PSHP:n alueella puheterapeuttiressurit vaihtelevat kunnittain. Pilottikunnaksi valinnan edellytyksenä oli riittävä resursointi ja olemassa oleva yhteistyö apuvälinekeskuksen puheterapeuttien kanssa. Pilottikunniksi valikoituivat Sastamala, Tampere sekä Ylöjärvi. PSHP Apuvälinekeskus vastasi pilotin koordinoinnista sekä käytännön toteutuksesta. Pilotti käynnistettiin elokuussa 2019 käymällä läpi pilottihankkeen suunnitelma ja tavoitteet sekä käytännön toteutusvaatimukset.

Pilottiin päädyttiin ottamaan mukaan yleisimpiä niin sanotun perustason kommunikoinnin apuvälineitä eli puheäänenvah-

vistimia, kirjoittamiseen perustuva kommunikointilaitteita ja yksinkertaisia puhelaitteita. Alussa varmistettiin, että pilottikuntien puheterapeuteilla oli tarvittava osaaminen ja tieto pilottiapuvälineiden toiminnasta ja niiden käytön ohjaamisesta. Apuvälinepalveluprosessi käytiin läpi ja sovittiin, että apuvälineen lainaus, käytön ohjaus ja seuranta tapahtuvat kunnissa osana kuntoutusta. Pilottiin osallistuville mahdollistettiin matalan kynnyksen erikoissairaanhoidon apuvälinekeskuksen asiantuntijoiden konsultaatiomahdollisuus. Asiakkaille, joille pilottiapuvälineet eivät soveltuneet, tehtiin olemassa olevien käytäntöjen mukaisesti lähete erikoissairaanhoidon apuvälinekeskukseen.

Pilottikunnille toimitettiin kommunikoinnin apuvälineiden pienvarasto. Kokonaisuus sisälsi kaksi puheäänenvahvistinta, yhden tekstistä puheeksi -kommunikointilaitteen sekä muutaman yhden tai kahden painikkeen puhelaitteen käyttöohjeineen. Pilottiin osallistuville puheterapeuteille annettiin lyhyt ohjeistus Effector-järjestelmän käyttöön ja hankittiin sen käyttöoikeudet.

Apuvälinekeskuksen sairaalahuoltaja laati apuvälineiden puhdistusohjeet, jotka toimitettiin kuntiin. Osallistujat selvittivät, miten omissa kunnissa apuvälineiden puhdistus on toteutettavissa. Isommat ja vaativammat puhdistukset (esimerkiksi näppäimistöjen irrottamista vaativat) sekä huollot ja korjaukset tehtiin apuvälinekeskuksessa. Tässä tapauksessa laite lähetettiin apuvälinekeskukseen sisäisellä kuljetuksella.

Pilottihanke aikataulutettiin toteutettavaksi huhtikuuhun 2020 mennessä. Seuran tapalaverin ajankohdaksi sovittiin joulukuu 2019, ja pilotin päätöspalaveri sovittiin huhtikuulle 2020. Tapaamisten välissä pilottikuntien puheterapeutit olivat aktiivisesti yhteydessä apuvälinekeskukseen, ja toimintakäytäntöjä selvennettiin esiin tulleiden aiheiden pohjalta.

Pilotin tulokset

Kokonaisuudessaan Tampereella, Sastamalassa ja Ylöjärvellä kokemukset olivat positiivisia ja uusi toimintamalli koettiin järkeväksi.

Pilotissa kehitettiin apuvälinepalveluiden saavutettavuutta ja oikea-aikaisuutta tarjoamalla perustason kommunikoinnin apuvälinepalveluja asiakkaille lähipalveluina. Pilotin osoitti, että käytäntö on toimiva. Pilottilaitteiksi lähetettyjä puheäänenvahvistimia, kirjoittamiseen perustuvia kommunikointilaitteita ja yksinkertaisia puhelaitteita pystyttiin hyödyntämään pilottikunnissa niin, että asiakkaat saivat tiedon ja kokemuksen apuvälineistä osana puheterapiakuntoutustaan. Näin varastossa aiemmin olleet apuvälineet päätyivät aktiiviseen käyttöön ja kiertoon. Apuvälineitä pystyttiin pilotin myötä esittelemään heti, kun apuväline tarve havaittiin, ja niitä voitiin kokeilla yhdessä asiakkaiden kanssa matalalla kynnyksellä. Mikäli apuväline koettiin hyväksi, se pystyttiin luovuttamaan asiakkaalle heti lainaan. Laadukasta apuvälinepalvelua pystyttiin toteuttamaan lähipalveluna asiakaslähtöisesti ja oikea-aikaisesti. Apuvälineitä pystyttiin hyödyntämään myös osana puheterapiaa ja puheterapeuttista arviointia ja näin herättelemään jo varhaisessa vaiheessa asiakkaan kiinnostusta kommunikoinnin apuvälineeseen. Apuvälineen käytön seurannan toteutti perusterveydenhuolto, ja puheterapeutti oli mukana asiakkaan apuvälineprosessissa.

Pilottihankkeen myötä tiivistynyt yhteistyö apuvälinekeskuksen asiantuntijoiden kanssa koettiin myös hyväksi. Apuvälinekeskuksen asiantuntijaa konsultoitiin aktiivisemmin, jolloin perusterveydenhuollon tieto ja osaaminen apuvälinepalveluista lisääntyivät. Näin asiakas ohjattiin myös oikea-aikaisesti ja oikeilla kriteereillä erikoissairaanhoidon apuvälinepalveluihin. Koska apuvälineitä tarvitsevien asiakkaiden määrät olivat pilotin aikana vielä kohtalaisen pieniä, tarvittiin tukea myös apuvälineiden hallintaohjelman käyttöön.

Pilottihankkeessa tehtyjen havaintojen myötä todettiin tarve tarkemmalle ohjeitukselle apuvälinepalveluprosessin toteuttamisesta. Kokemus on osoittanut, että apuvälinepalveluiden asiakkaat ottavat harvoin yhteyttä apuvälineen lainanneeseen tahoon, vaikka laite olisi rikki tai se jäisi alun jälkeen käyttämättä. Näin ollen apuvälineen käytön alkuvaiheessa on erityisen tärkeää käydä läpi

Taulukko 1. Apuvälineen luovuttavan tahon ja käyttäjän vastuut (Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet, STM 2020:23, s. 40–41).

Apuvälineen luovuttaja	Apuvälineen käyttäjä
Tarkistaa, että apuväline on käyttäjälleen turvallinen ja oikein valittu	Käyttää apuvälinettä käyttöohjeissa tai käytönopetuksessa annettujen ohjeiden mukaisesti
Opastaa ja ohjata apuvälineen oikeassa käytössä	Ylläpitää ja puhdistaa apuvälineen käyttöohjeiden mukaisesti
Luovuttaa valmistajan laatimat apuvälineen käyttöohjeet	Ottaa yhteyttä apuvälineen luovuttavaan tahoon apuvälineen käyttöön liittyvissä kysymyksissä, jos apuväline ei vastaa enää käyttötarkoitustaan, ei ole enää sopiva tai kun apuvälineessä on huolto- /korjaustarvetta
Selvittää eri osapuolten vastuut ja luovuttamisen periaatteet	Palauttaa apuvälineen puhdistettuna, kun käyttötarve loppuu tai lainausaika päättyy
Ohjeistaa toimintakäytännön ja antaa yhteystiedot apuvälineen käyttöön ja huoltoon liittyvissä tilanteissa	Vastaa apuvälineen käytöstä aiheutuvista kustannuksista (esim. sähkönkulutus)
Seuraa apuvälineen käyttöä	Luovuttaa apuvälineen valmistajan edellyttämään määräraikaistarkastukseen/ -huoltoon.
Järjestää apuvälineen valmistajan edellyttämät määräaikaistarkastukset/ -huollot	Korvaa käyttöohjeiden vastaisen käytön tai huolimattomuuden aiheuttamat korjauskustannukset tai korvaa kadonneen apuvälineen todellisten kustannusten mukaisena

apuvälineeseen liittyvät vastuut (taulukko 1), luovuttaa apuväline lainaan lyhyeksi ajaksi ja sopia seurantakäytännöstä asiakkaan kanssa. Pilotin myötä apuvälineprosessiin liittyviä toimintatapoja sekä huomioon otettavia asioita täsmennettiin ja kirjattiin, jotta ne osataan huomioida paremmin apuvälinettä luovutettaessa. Näitä asioita ovat esimerkiksi asiakkaan haitan taustalla olevan sairauden diagnoosin luonne (etenevä/korjaantuva/stabiili), asiakkaan arkiympäristön luonne ja tarpeet, elämäntilanteeseen liittyvät asiat (koulun vaihto, eläkkeelle jääminen, sosiaaliset tilanteet), asiakkaan motoriset kyvyt ja niiden haasteet sekä mahdolliset aisti-toimintoihin ja kognitioon liittyvät haasteet.

Yhteenveto ja jatkosuunnitelma

Pirkanmaalla 2019–2020 toteutettu pilotti kommunikoinnin apuvälinepalveluiden alueellisesta kehittämisestä ja palveluiden porrastamisesta saavutti tavoitteensa. Pilotti toi esille myös uusia näkökulmia ja loi uuden toimintatavan. Pilottiin valittujen kuntien edustajat olivat aktiivisia ja yhteistyövalmiita, mikä edesauttoi pilotin toteuttamista oman perustoiminnan ohessa. Kaikki osallis-

tajat kokivat hyötynensä toteutuneesta pilotista, ja käytäntöä toivottiin jatkettavaksi.

Pilotti tuotti tavoiteltua porrasteisuutta kommunikoinnin apuvälinepalvelujen toteutukseen.

Pilotti osoitti, että puheäänenvahvistimet, kirjoittamiseen perustuvat perusratkaisut sekä puhelaitteet ovat perusterveydenhuollon keskeistä kommunikoinnin apuvälineistöä. Näiden lisäksi pilotissa todettiin, että kommunikoinnin apuvälineistä perustason kuvakommunikaatio ja sen aloittaminen (yksittäiset kuvat, toimintataulut) on jo pitkään porrastunut perusterveydenhuoltoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen, kun taas laajempien kuvakommunikaatoratkaisujen toteuttaminen porrastuu jatkossakin erikoissairaanhoitoon.

Pilottikunnissa hyödynnettiin apuvälinekeskuksesta toimitettuja kommunikoinnin apuvälineitä puheterapeutin vastaanotolla. Asiakkaat saivat käytännön kokemuksen apuvälineistä lähipalveluna oikea-aikaisesti, eikä perustason apuväline tarpeen osalta tarvittu lähetettä erikoissairaanhoitoon. Myös perusterveydenhuollon puheterapeuttien käytössä oleva välineistö laajentui pilotin tarjoaman välineistön myötä. Puheterapeutit

hyödynsivät kommunikoinnin apuvälineitä myös osana kuntoutusta ja arviointia.

Pilottikunnat jatkavat kommunikoinnin apuvälinepalvelun toteuttamista, ja toiminnan laajempi jalkauttaminen osaksi maakunnallista palveluvalikkoa on myös perusteltua. Kolmen pilottiin osallistuneen toimintayksikön lisäksi toimintaa on tarkoitus laajentaa kattamaan perusterveydenhuollon muut kunnat siltä osin kuin puheterapeutin asiantuntijuutta on saatavilla. Toiminnan käynnistämiseksi Pirkanmaan perusterveydenhuollon puheterapeutit kutsuttiin koolle syyskuussa 2020, ja pilotti-toimintaa laajennetaan yhteensä 11 Pirkanmaan kuntaan vuoden 2021 alusta.

Uusien kuntien aloittaessa perusterveydenhuollon apuvälinepalvelua kommunikoinnin apuvälinepalvelujen osalta on tärkeää turvata tiivis yhteydenpito erikoissairaanhoidon apuvälinekeskukseen esimerkiksi säännöllisillä yhteistyöpalavereilla. Lisäksi uusien toimijoiden tullessa toimintaan mukaan apuvälinepalveluprosessi on käytävä huolellisesti läpi ja korostettava apuvälineen luovuttaneen tahon velvoitteita muun muassa seurannan järjestämiseksi. Myös apuvälineiden hallintajärjestelmän käyttöön on annettava riittävä perehdytys.

Konsultaatiotarve nousi pilotin myötä esille, ja jatkossa lisätään apuvälinekeskuksen asiantuntijan konsultaatiomahdollisuuksia lisäämällä palveluvalikoimaan videokonsultaatiopalvelu. Tällöin erikoissairaanhoidon apuvälinekeskuksen kommunikoinnin apuvälineasiantuntija voi videoyhteyden kautta osallistua perusterveydenhuollon puheterapeutin vastaanotolle keskustelemaan asiakkaan apuvälineratkaisuihin liittyvistä asioista. Parhaimmillaan videokonsultaation onnistuessa asiakkaan ei tarvitsisi fyysisesti käydä Tays:n kampuksella sijaitsevassa apuvälinekeskuksessa lainkaan, vaan laajakin apuvälinepalvelu voisi onnistua asiakkaalle lähipalveluna.

Pilotti osoitti, että yhdessä suunnitellen ja yhteistyötä vahvistaen myös kommunikoinnin apuvälinepalveluja voidaan tuottaa tarkoituksenmukaisesti lähipalveluina, jolloin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon apuvälinepalvelut muodosta-

vat yhdessä toiminnallisen kokonaisuuden. Perustason kommunikoinnin apuvälineiden osalta asiantuntijuuden jakaminen ja sen lisääminen perusterveydenhuollossa näytetään mielekkäänä ratkaisuna. Palveluiden porrastuksen myötä erikoissairaanhoidon apuvälinepalvelut pystyvät paremmin keskittymään vaativiin apuvälineratkaisuihin ja konsultaatioihin sekä vastaamaan terveydenhuoltolain mukaisesti erityispalveluiden kehittämisen ohjauksesta ja laadunvalvonnasta sekä huolehtimaan tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta yhteistyössä perusterveydenhuollon toimijoiden kanssa.

Sari Numminen, FT, puheterapeutti, projektipäällikkö, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Maakunnallinen apuvälinekeskus

Anne Ojala, palvelupäällikkö, vastuuyksikköesimies, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Maakunnallinen apuvälinekeskus

SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSIT VOIVAT TUKEA PERHEIDEN VOIMAVAROJA JA VALTAISTUMISTA

Taustaa

Lapsen sairaus, kehityksen häiriö tai vamma koskettaa aina koko perhettä – vanhempia tai muita huoltajia, sisarusia ja isovanhempiakin. Pitkäaikaissairaus tai vamma voi tuoda vanhemmille lisää velvoitteita, kuten uusien hoitokäytäntöjen opettelua, lääkityksestä huolehtimista sekä terapioiden aikatauluttamista ja sovittamista arjen käytäntöihin sopivaksi. Tutkimukset osoittavat, että lapsen pitkäaikaissairaus, häiriö tai vamma ja siihen liittyvät hoito- ja kuntoutuskäytännöt voivat aiheuttaa vanhemmille psyykkistä kuormitusta. Toisaalta vanhempien psyykinen kuormittuneisuus voi vaikuttaa kielteisesti myös lapsen kehitykseen ja toimintakykyyn. On kuitenkin muistettava, että läheskään kaikki vanhemmat, joiden lapsella on pitkäaikaissairaus tai vamma, eivät osoita sen suurempaa kuormittumista kuin vanhemmat, joiden lapsella ei ole sairautta. Jokainen lapsi on myös ensisijaisesti lapsi. Sairaus tai vamma on vain yksi ominaispiirre kokonaisuudessa. Lapsi peilaa itseään suhteessa lähi-ihmisiin, ja vanhempien sairauskäsitykset, tuntemukset, arvot, uskomukset, toiveisuus ja pyrkimykset sekä perheen vuorovaikutusmallit vaikuttavat lapsen identiteetin kehittymiseen. Lasten

kuntoutuksessa on tärkeää huomioida koko perheen tilanne ja tiedon ja tuen tarpeet sekä vahvistaa perheen omia voimavaroja.

Perheiden sopeutumisvalmennus

Perheiden tulee saada lapsen sairauden tai vamman edellyttämä tarpeellinen hoito, mutta tämän lisäksi perheet tarvitsevat sosiaalista tukea niin läheisiltään kuin ammatillisilta. Sopeutumisvalmennus on yksi tapa tarjota perheille tietoa lapsen sairaudesta, sen hoidosta ja kuntoutuksesta sekä tukea perheiden omia voimavaroja selviytyä arjessa. Sopeutumisvalmennus on psykososiaalista kuntoutusta, jota järjestetään lapsille, nuorille ja aikuisille, joilla on toimintakykyä rajoittava sairaus, häiriö tai vamma. Lasten ja nuorten sopeutumisvalmennuksessa on usein mukana koko perhe. Kelan järjestämät sopeutumisvalmennuskurssit toteutetaan usein lyhytkestoisina noin viiden (5) tai kymmenen (5+5) päivän kursseina ryhmä- ja internaattimuotoisesti niin, että ruokailu ja asuminen tapahtuvat kurssin aikana kuntoutuspaikassa. Sopeutumisvalmennuskurssista vastaa moniammatillinen työryhmä, mutta ammatillisen asiantuntijuuden lisäksi oman panoksensa kurssille tuovat toiset

kurssilaiset, vertaisperheet, joiden lapsella on sama tai samankaltainen sairaus. Kurssilla tarjotulla tiedon jakamisella pyritään vahvistamaan perheiden tietoisuutta ja ymmärrystä tilanteesta, mikä on tärkeä elementti perheiden valtaistumisessa eli voimaantumisen – omaa elämää koskevassa hallinnan tunteessa.

Tutkimuksen tarkoitus

Suomessa sopeutumisvalmennuksen järjestämisestä sääntelevät useat lait ja asetukset. Kela on merkittävä sopeutumisvalmennuksen järjestäjä, joka on rahoittanut vuosittain valmennusta noin 12 miljoonalla eurolla. Kelan kuntoutustilaston mukaan viime vuonna 2019 Kelan järjestämään sopeutumisvalmennukseen osallistui yhteensä 4822 kuntoutujaa, joista 1803 kuntoutujaa oli alle 16-vuotiaita lapsia. Vaikka sopeutumisvalmennusta järjestetään vuosittain tuhansille henkilöille ja heidän läheisilleen, siihen liittyvä tutkimus on ollut vähäistä. Yhteiskunnan varoin järjestettyjä julkisia palveluita on tärkeää arvioida muun muassa palvelun tarpeen, hyötyjen ja vaikutusten osalta.

Tämä tutkimus pyrki osaltaan vastaamaan sopeutumisvalmennusta koskeviin tiedon tarpeisiin erityisesti lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen suunnattujen kurssien osalta. Tutkimuksessa selvitettiin lasten vanhempien sopeutumisvalmennukseen liittyviä odotuksia, saatua tukea, koettuja hyötyjä ja vaikutuksia sekä odotuksiin ja hyötyihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa selvitettiin myös sitä, millainen merkitys vertaistuellalla on sopeutumisvalmennuksessa ja yleensä ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa.

Tutkimuksen tiedonkeruu ja osatutkimusten sisällöt

Tutkimus toteutettiin monimenetelmällisesti, mutta pääpaino oli vanhempien antamiin vastauksiin perustuvissa kyselylomakeaineistoissa. Kyselyaineistojen tiedonkeruu toteutettiin osana kahta Lapin yliopiston toteuttamaa ja Kelan rahoittamaa isompaa tut-

kimushanketta. ”Narkolepsiaa sairastavien lasten ja nuorten sopeutumisvalmennuskurssien arviointitutkimushanke” toteutui vuosina 2012–2013 ja ”Kelan järjestämien sopeutumisvalmennuskurssien arviointitutkimushanke” vuosina 2014–2017. Näissä tutkimushankkeissa tiedonkeruu suunnattiin yhteensä 101 eri kurssille ja 647 lapsen perheelle, joista noin kaksi kolmasosaa osallistui tähän tutkimukseen.

Väitöskirja sisältää neljä osatutkimusta. Osatutkimukset I, II ja III perustuvat lasten vanhempien kyselylomakeaineistoihin ja osatutkimus IV vertaistukea käsittelevään kirjallisuuteen. Osatutkimuksen I ja II aineistot kerättiin diabetesta sairastavien, oppimisen ja psyykkisen kehityksen häiriöiden sekä moni- ja liikuntavammaisten lasten kursseilta. Oppimisen ja psyykkisen kehityksen häiriöiden kurssit sisälsivät kurseja lapsille ja nuorille, joilla oli esimerkiksi ADHD, autismi, Aspergerin oireyhtymä tai kielellisiä erityisvaikeuksia eli kehityksellisiä kielihäiriöitä. Moni- ja liikuntavammaisten kurssit sisälsivät kurseja lapsille, joilla oli esimerkiksi CP-vamma, kehitysvamma tai monivammaisuutta. Osatutkimuksen III aineistot kerättiin narkolepsiaa sairastavien lasten kursseilta.

Ensimmäisessä osatutkimuksessa (OT I) tarkastellaan vanhempien sopeutumisvalmennuskurssia koskevia odotuksia ja odotuksiin yhteydessä olevia tekijöitä. Toinen osatutkimus (OT II) käsittelee vanhempien kokemia kurssivaikutuksia ja hyötyjä sekä hyötyihin yhteydessä olevia tekijöitä. Kolmannessa osatutkimuksessa (OT III) tarkastelun kohteena on harvinaiselle sairausryhmälle uudessa tilanteessa järjestetyt sopeutumisvalmennuskurssit, vanhempien kurssiodotukset ja välitön saatu tuki. Neljäs osatutkimus (OT IV) on kuvaileva katsausartikkeli, joka käsittelee vertaistuen merkitystä laajemmin psykososiaalisen kuntoutuksen eri osa-alueilla.

Keskeiset tulokset

Vanhempien sopeutumisvalmennusta koskevat kurssiodotukset ja tuen tarpeet kaikilla tutkimuksen kohderyhmän kursseilla olivat moninaiset. Eniten odotuksia liittyi

kaikissa kurssiryhmissä vertaistuen saamiseen, yhdessäoloon ja virkistäytymiseen sekä sairautta ja sen hoitoa ja kuntoutusta koskevan tiedon saamiseen. Kurssiryhmällä, hyvinvointiarvioilla ja perheen oman tilanteen hallinnan tunteella eli valtaistumisella oli kuitenkin yhteyttä kurssiodotuksiin. Perheet, joilla valtaistumisen tunne kurssin alussa oli heikompaa, odottivat saavansa kurssilta enemmän asiantuntijatukea ja -tietoa. Sairauteen ja sen hoitoon liittyvää tiedon tarvetta ja kurssiodotuksia lisäsivät myös lapsen nuorempi ikä ja lapsen suuremmat toimintakyvyn rajoitteet. Perheet, jotka osoittivat alkutilanteessa vahvempaa valtaistumisen tunnetta, odottivat vähemmän asiantuntijatukea ja enemmän vertaistukea ja virkistäytymistä.

Kaikilla kursseilla valtaosa vanhemmista koki saaneensa kurssilta toivomaansa vertaistukea. He kokivat myös saaneensa tietoa ja ymmärrystä sairaudesta ja sen hoidosta sekä lapsen tukemisesta. Ensimmäistä kertaa järjestetyillä narkolepsiakursseilla vanhempien asiantuntijatieta ja tukea koskevat odotukset jäivät kuitenkin suurelta osin täyttymättä. Niissä kurssiryhmissä eli diabetes-, oppimisen ja psyykkisen kehityksen häiriöt -, moni- ja liikuntavammat -ryhmissä, joissa perheen valtaistumisen tunnetta arvioitiin seuranta-ajalla eli kurssin alkutilanteessa ja puoli vuotta sopeutumisvalmennuksen jälkeen, todettiin valtaistumisen myönteistä muutosta. Myönteistä muutosta osoittivat erityisesti ne perheet, jotka eivät olleet aikaisemmin osallistuneet sopeutumisvalmennukseen. Valtaosa vanhemmista arvioi kurssin vaikuttaneen myönteisesti omaan jaksamiseen ja perheen voimavaroihin. Kurssit koskevat hyötyarviot olivat vähäisempiä niillä perheillä, jotka alkutilanteessa ilmoittivat saaneensa ennen kurssille tuloaan muita vähemmän sosiaalista tukea läheisiltään tai joiden lapsella oli sairauten tai vammaan liittyen laaja-alaisempia toimintakyvyn ongelmia.

Vertaistuki näyttäytyi tutkimuksessa tärkeänä tuen muotona niin sopeutumisvalmennuksessa kuin laajemminkin ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa. Kirjallisuuskatsaus osoitti, että vertaisten kautta voi saada tie-

dollista, emotionaalista ja sosiaalista tukea. Vertaistuki voi vahvistaa henkilökohtaista kasvuprosessia ja identiteettityön rakentamista sekä edistää myönteisiä elämäntapamuutoksia. Vertaistuella voi olla yhteyttä myös psykologisiin ja fysiologisiin terveysvaikutuksiin. Vertaisten kohtaamiseen, kuten muihinkin ihmisten välisiin vuorovaikutussuhteisiin, voi kuitenkin liittyä myös kielteisiä kokemuksia. Sopeutumisvalmennukseen liittyvissä kyselyaineistoissa yksittäiset vanhemmat toivat esille, että lapsen haastava käyttäytyminen oli lisääntynyt kurssin jälkeen, koska lapsi oli saanut huonoja vaikutteita tai mallia vertaisilta. Myös vertaistukea koskeva kirjallisuus toi esille vertaisten kohtaamiseen liittyviä mahdollisia kielteisiä kokemuksia, kuten esimerkiksi psyykkisen kuormituksen tai negatiivisten tunteiden lisääntymistä, harhaanjohtavan tai vääristyneen tiedon saamista tai omaan tilanteeseen liittyvän epävarmuuden lisääntymistä. Vaikka vertaistuen hyödyt ja myönteiset vaikutukset kokonaiskuvassa näyttäytyvät vahvemmilta kuin mahdolliset riskit, niin myös kielteisiä kokemuksia ja niihin liittyviä tekijöitä on tärkeää tunnistaa ja käsitellä. Näin voidaan mahdollistaa ja edistää valtaistumista vahvistavaa kokemusten jakamista vertaisten kanssa ja hyödyntää vertaistukea kuntoutumisen välineenä.

Yhteenveto

Tutkimuksen yhteenvedona voidaan todeta, että lapseen ja perheeseen liittyvillä taustatekijöillä on vaikutusta sekä sopeutumisvalmennusta koskeviin odotuksiin että koettuihin hyötyihin ja vaikutuksiin. Sopeutumisvalmennuskurssit tarjoavat perheille vertaistukea ja tietoa. Kurssit voivat tukea myönteisesti perheiden valtaistumista – oman tilanteen hallinnan vahvistumista. Tiedon saaminen ja ymmärryksen lisääntyminen ovat tärkeä osa valtaistumista. Tietoa voivat tarjota ja jakaa niin ammattilaiset kuin vertaisperheet. Toisilta perheiltä saatu vertaistuki on tärkeää riippumatta lapsen sairauden tai vamman luonteesta. Perheiden keskinäinen yhteydenpito jatkuu usein vielä kurssin jälkeen tarjoten perheille arkeen

liittyvää sosiaalista tukea. Kuntoutumisen prosesseissa tulisi huomioida perheiden tarve niin ammattilaisten kuin vertaistenkin antamaan sosiaaliseen tukeen ja se, millä tavoin eri tuen muodot mahdollistuvat missäkin elämäntilanteessa. Vertaistukea ei tulisi nähdä pelkästään toissijaisena tuen muotona suhteessa ammattilaisten tarjoamaan tukeen vaan ennemminkin rinnakkaisena tuen muotona. Joissakin elämäntilanteissa vertaisilta saatu tuki voi olla perheille ensisijainen tai merkityksellisempi kuin ammattilaisilta saatu tuki.

Tutkimus toi myös esille, että sopeutumisvalmennuskurssit eivät kaikilta osin pysty vastaamaan osallistujien odotuksiin tai että kursseihin voi liittyä myös kielteisiä kokemuksia, joita tulee tunnistaa ja käsitellä sekä käytännön kurssityössä että kuntoutuspalvelujen kehittämistyössä. Sopeutumisvalmennuksen järjestämisessä tulisi myös muistaa, että pitkäaikaissairauteen tai vammaan sopeutuminen on pikemminkin jatkuva prosessi kuin päätöspisteen saavuttava hyväksymisen tila. Perheiden tiedon ja tuen tarpeet voivat muuttua eri elämäntilanteissa, ja sopeutumisvalmennuksen tarve voi tulla uudelleen ajankohtaiseksi elämän muutostilanteissa.

**Anu Kippola-Pääkkönen, YTM (väitellyt),
erityisasiantuntija, Lapin ammattikorkeakoulu**

Kirjoitus perustuu kirjoittajan esittämään lektioon väitöstilaisuudessaan 23.10.2020 Lapin yliopistossa. Väitöskirja ”Perheiden sopeutumisvalmennus ja vertaistuen merkitys kuntoutuksessa” on julkaistu sähköisenä seuraavasti: Acta electronica Universitatis Lapponiensis 287, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Lapin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-224-5>

MS-TAUTIA SAIRASTAVAN HENKILÖN OSALLISTUMINEN ARJEN TOIMINTAAN

Viime keväänä monen ihmisen arjen toiminnot ja rutiinit muuttuivat covid-19-epidemian takia. Tuttuja toimintoja ei ollut mahdollista toteuttaa samalla tavoin kuin oli totuttu. Jouduimme miettimään, miten löydämme mielekästä tekemistä, kuinka osallistumme ja olemme yhteydessä muihin ihmisiin uudenaikaisessa tilanteessa.

Tämä poikkeuksellinen aika on uudella tavalla osoittanut, mitkä toiminnot ovat tärkeitä meille itse kullekin ja miten nämä toiminnot luovat rytmiä arjen elämään sekä kuinka eri ympäristöillä on tärkeä rooli toiminnan ja osallistumisen mahdollistamisessa. Joillekin uusien, mielekkäiden toimintojen ja osallistumisen tapojen omaksuminen on ollut helppoa, joillekin uusien rutiinien löytäminen on ollut tuskallista.

Toimintaterapian pääoletuksena on, että osallistuminen merkityksellisiin toimintoihin edistää terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. Siksi on olennaista ymmärtää, miten voimme varmistaa osallistumisen toimintoihin rajoituksista ja esteistä huolimatta, johon ne sitten yksilöllisistä ominaisuuksista tai toiminnan kontekstista.

Osallistuminen on monimuotoinen ilmiö. Kansainvälisessä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokittelussa (ICF) se on määritelty osallisuutena elämäntilantei-

siin (WHO 2001). ICF:n myötä osallistumisen merkitys ja sen arviointi on otettu kuntoutuksessa paremmin huomioon kuin aiemmin (Madden & Bundy 2018). ICF:n lisäksi on kuitenkin olemassa monia muita osallistumisen määritelmiä (Dijkers 2010, Fougeyrollas ym. 2019). Esimerkiksi erilaisille toimintaterapiamalleille on yhteistä määritellä osallistuminen elettyinä kokemuksena, joka toteutuu ihmisen, toiminnan ja ympäristön keskinäisessä vuorovaikutuksessa (Fisher & Marterella 2019, Kramer ym. 2008, Law ym. 1996, Polatajko ym. 2007). Osallistuminen on myös kuvattu subjektiivisena kokemukseksi, joka sisältää tunteen autonomiasta, yhteenkuuluvuudesta, haasteesta, sitoutumisesta, hallinnasta ja merkityksestä (Martin Ginis ym. 2017, Sverker ym. 2019).

Entä kun henkilöllä on toimintarajoitteita, jotka muuttuvat arvaamattomasti vuoden, kuukauden, viikon tai joskus jopa päivän sisällä? Kuinka tällöin on mahdollista osallistua merkitykselliseen toimintaan ja yhteisöön? Entä miten mahdollistaa osallistumista rajoituksista huolimatta ja kuinka ylittää osallistumisen esteet?

Väitöstutkimukseni kohderyhmä ovat multippeliskleroosia (MS) sairastavat henkilöt. MS on etenevä ja ennustamaton sairaus, joka aiheuttaa monenlaisia haasteita

arki-elämässä (Brownlee ym. 2017, Kratz ym. 2017, Lexell ym. 2014). Tarvitaan yksilökeskeistä ja monialaista lähestymistapaa, jotta voidaan saavuttaa kuntoutuksen ensisijainen tavoite eli MS-tautia sairastavan täysipainoinen osallistuminen arjen toimintaan (EMSP & R.I.M.S. 2012). MS-tautia sairastavan henkilön kokemien arjen haasteiden selvittäminen on välttämätöntä, jotta kuntoutuksella voidaan tarkoituksenmukaisella tavalla tukea arjessa toimimista.

ICF tarjoaa monialaiseen kuntoutukseen kokonaisvaltaisen viitekehyksen toimintakyvyn arvioimiseen, tavoitteiden asettamiseen, toimenpiteiden suunnitteluun ja kommunikointiin. ICF-luokituksen MS-taudin ydinlistat ovat käytännön työkaluja, joiden avulla on mahdollista kattavasti kuvata MS-taudin aiheuttamia monia oireita ja toiminnanrajoitteita (Kesselring ym. 2008, Coenen ym. 2011). ICF-ydinlistojen pätevyyttä on kuitenkin edelleen tutkittava erityisesti MS-tautia sairastavien näkökulmasta. Lisäksi tarvitaan lisää tutkimustietoa monialaisten, ja etenkin pitkäkestoisten, kuntoutusohjelmien vaikutuksista ja vaikutuksia edistävästä tekijöistä.

Väitöskirjassa tutkittiin keskivaiketta ja vaikeaa MS-tautia sairastavien osallistumista arjen toimintaan sekä heidän arjen toiminnoissaan tapahtuneita muutoksia kaksivuotisen monialaisen ryhmäkuntoutuksen aikana. Osallistumista ja arkielämän toimintoja lähestyttiin henkilön subjektiivisesta kokemuksesta käsin, ja erityisenä mielenkiinnon kohteena oli henkilön kokemien mahdollisuus tehdä arjen toimintaan osallistumiseen liittyviä valintoja. Tämän vuoksi tutkimukseen valittiin kaksi itsearviointimenetelmää, jotka täydensivät toisiaan: Valinnat ja osallistuminen jokapäiväiseen elämään -kysely (Impact on Participation and Autonomy questionnaire) eli IPA-kysely (Cardol ym. 1999, Kanelisto & Salminen 2011) ja Canadian Occupational Performance Measure (COPM) -haastattelumenetelmä (Law ym. 1990, Law ym. 2014). Aineistojen analyysissä hyödynnettiin ICF-luokitusta.

Väitöskirja muodostuu neljästä osatutkimuksesta, jotka perustuvat kahteen aineistoon: 1) MS-tautia sairastavien (n = 113) monialaisen ryhmäkuntoutusprojektin ai-

neistoon ja 2) lisäaineistoon (n = 89), joka kerättiin suomenkielisen IPA-kyselyn psykometristen ominaisuuksien arvioimiseksi. Ensimmäisessä osatutkimuksessa arvioitiin IPA-kyselylomakkeen suomenkielisen version psykometrisiä ominaisuuksia konfirmatorisella faktorianalyysillä, jota voidaan pitää rakenneyhtälömallinnuksen yhtenä sovelluksena. Toisessa osatutkimuksessa selvitettiin MS-tautia sairastavien kokemia arjen osallistumisen ongelmia, joita kartoitettiin IPA-kyselyllä sekä COPM-haastattelulla ja analysoitiin laadullista sisällönanalyysiä hyödyntäen. Kolmannessa osatutkimuksessa tutkittiin rakenneyhtälömallinnuksella MS-tautia sairastavien osallistumista ja autonomiaa ennustavia tekijöitä. Neljännessä osatutkimuksessa arvioitiin kaksivuotisen monialaisen ryhmäkuntoutuksen aikana tapahtuvaa edistymistä arjen toiminnoissa COPM-menetelmällä. Keskivaiketta ja vaikeaa MS-tautia sairastavien edistymisen vertailussa käytettiin toistomittausten varianssianalyysiä. Lisäksi sisällönanalyysin avulla selvitettiin, miten kuntoutukseen osallistuvat henkilöt itse selittivät kuntoutuksen aikana tapahtuneita muutoksia.

Väitöskirjan päätulokset voi tiivistää kuuteen kohtaan. Ensinnäkin suomenkielisen IPA-kyselyn, joka sisältää neljä osa-aluetta (autonomia sisällä, rooli perheessä, autonomia ulkona sekä sosiaalinen elämä ja suhteet), rakennevaliditeetti ja reliabiliteetti vahvistuivat. IPA-kysely on luotettava menetelmä selvitettyä MS-tautia sairastavan osallistumista autonomian näkökulmasta. Toiseksi tulokset MS-tautia sairastavien kokemista osallistumisen ja toiminnan ongelmista validoivat ICF-luokituksen MS-taudin laajan ja lyhyen ydinlistojen suoritukset ja osallistuminen -alueen listan. Vapaa-ajan toimintojen roolia tulisi tarkastella, kun kehitetään edelleen ICF-luokituksen lyhyttä ydinlistaa.

Kolmanneksi arjen toimintojen ja osallistumisen haasteet erosivat hyvin vähäisesti verrattaessa henkilöitä, joilla oli Expanded Disability Status Scale (EDSS) -skaalan perusteella luokiteltuna keskivaiketta tai vaikeita toimintarajoitteita. Neljänneksi elämänlaatu sekä sairauden koetut psykiki-

set ja fyysiset vaikutukset ovat yhteyksissä osallistumisen ja autonomian kokemukseen. Mielenkiintoinen tulos on, että sairauden vaikeusaste yksinään ei selitä osallistumisen rajoitteita.

Viidenneksi kaksivuotinen monialainen ryhmäkuntoutus (joka sisälsi neljä teemaa: kehon hallinnan, mielialan, energian säästämisen sekä kognition) edisti sekä keskivaikeita että vaikeita toimintarajoitteita omaavien MS-tautia sairastavien henkilöiden toiminnosta suoriutumista ja tyytyväisyyttä. Kuudenneksi kuntoutusohjelman aikana tapahtuneet itse ilmoitetut muutoksen syyt olivat moninaiset. Useimmin henkilöt ilmoittivat muutosten syiksi ICF-luokituksen yksilö- ja ympäristötekijät, eivätkä muutosten syyt olleet riippuvaisia sairauden vaikeusasteesta.

Yhteenvetona tulokset osoittavat, että osallistuminen arjen toimintaan on monimutkaista ja siihen vaikuttavat monet tekijät, jotka liittyvät sekä henkilöön ja hänen ominaisuuksiinsa, tapoihinsa ja tottumuksiinsa että sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön. Tämän vuoksi on suositeltavaa käyttää itsearviointimenetelmiä, jotka tuovat esille yksilölliset, koetut arjen toimintaan osallistumisen haasteet. Lisäksi arviointimenetelmää valittaessa on tärkeää pohtia, miten arviointimenetelmän sisältö ja henkilön kokemukset arjen toimintojen tärkeydestä sopivat yhteen. IPA ja COPM osoittautuivat luotettaviksi arviointimenetelmiksi. Niillä on mahdollista saada esille MS-tautia sairastavien oma kokemus arjen toimintojen ja osallistumisen haasteista sekä niiden monimuotoisuudesta, mikä edistää yksilökeskeisiä kuntoutuksen käytäntöjä.

Kaksivuotinen monialainen ryhmäkuntoutus edisti MS-tautia sairastavien henkilöiden toiminnosta suoriutumista ja tyytyväisyyttä. Muutokset vaativat kuitenkin pitkäaikaista kuntoutusta, jossa otetaan huomioon sekä yksilölliset että ympäristötekijät. Monialaisten, pitkäkestoisten kuntoutusohjelmien vaikuttavuudesta MS-tautia sairastaville tarvitaan lisää tutkimusta. Lisäksi tarvitaan tutkimusta erilaisista ympäristötekijöihin kohdistuvista interventioista sekä kognitiivisten ja muiden näkymättömien ongelmien vaikutuksista osallistumiseen.

Uskon, että väitöskirjan tulokset ja johdopäätökset antavat tärkeää tietoa MS-tautia sairastavan arjen toimintaan osallistumisesta ja sen tukemisesta yksilökeskeisesti ja monialaista kuntoutusta hyödyntäen.

Maarit Karhula, TtT, tutkimuspäällikkö, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu

Kirjoitus on lectio praecursoria (suomennettu), jonka kirjoittaja esitti väitöstilaisuudessaan 9.10.2020 Jyväskylän yliopistossa. Väitöskirjan nimi on "Participation of people with multiple sclerosis in everyday life". Väitöskirja on julkaistu verkkojulkaisusarjassa JYU Dissertation numerona 282 ISSN 2489-9003, ISBN 978-951-39-8292-8 (PDF). Julkaisu on luettavissa JYX-julkaisuarkistossa osoitteessa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8292-8>

Lähteet

- Brownlee WJ, Hardy TA, Fazekas F, Miller DH (2017) Diagnosis of multiple sclerosis: progress and challenges. *The Lancet* 389, 1336–1346.
- Coenen M, Cieza A, Freeman J, Khan F, Miller D ym. (2011) The development of ICF Core Sets for multiple sclerosis: results of the International Consensus Conference. *Journal of Neurology* 258, 1477–88.
- Cardol M, de Haan RJ, van den Bos GA, de Jong BA, de Groot IJ (1999) The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). *Clinical Rehabilitation* 13, 411–419.
- Dijkers MP (2010) Issues in the conceptualization and measurement of participation: an overview. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 91, S5–S16.
- EMSP & R.I.M.S. (2012) Recommendations on rehabilitation services for persons with MS in Europe. <https://www.eurims.org/News/recommendations-on-rehabilitation-services-for-persons-with-multiple-sclerosis-in-europe.html>. [Luettu 9.11.2020]
- Fisher AG, Marterella A (2019) Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy. Center for Innovative OT Solutions, Fort Collins, CO.
- Fougeyrollas P, Boucher N, Edwards G, Grenier Y, Noreau L (2019) The disability creation process model: a comprehensive explanation of disabling situations as a guide to developing policy and service programs. *Scandinavian Journal of Disability Research* 21, 25–37.
- Kanelisto K, Salminen AL (2011) IPA-kyselylomake valinnoista ja osallistumisesta jokapäiväisessä elämässä. Toimintakyvyn itsearviointimenetelmä aikuisille, joilla on fyysisiä toimintarajoitteita. Kela, Helsinki.
- Kesselring J, Coenen M, Cieza A, Thompson A, Kos-

- tanjsek N ym. (2008) Developing the ICF Core Sets for multiple sclerosis to specify functioning. *Multiple Sclerosis* 14, 252–254.
- Kramer J, Bowyer P, Kielhofner G (2008) The Model of Human Occupation, the ICF, and the Occupational Therapy Practice Framework: Connections to support best practice around the world. Teoksessa G Kielhofner (toim.) *Model of Human Occupation, Theory and Application*. (4. painos.) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 519–528.
- Kratz AL, Braley TJ, Foxen-Craft E, Scott E, Murphy JF ym. (2017) How do pain, fatigue, depressive, and cognitive symptoms relate to well-being and social and physical functioning in the daily lives of individuals with multiple sclerosis? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 98, 2160–2166.
- Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H ym. (1990) The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 57, 82–87.
- Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, ym. (1996) The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 63, 9–23.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, Ma MC, Polatajko H ym. (2014) *Canadian Occupational Performance Measure*. (5. painos.) CAOT Publications ACE, Ottawa.
- Lexell EM, Flansbjer UB, Lexell J (2014) Self-perceived performance and satisfaction with performance of daily activities in persons with multiple sclerosis following interdisciplinary rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 36, 373–378.
- Madden RH, Bundy A (2018) The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disability and Rehabilitation* 41, 1450–1462.
- Martin Ginis KA, Evans MB, Mortenson WB, Noreau L (2017) Broadening the conceptualization of participation of persons with physical disabilities: a configurative review and recommendations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 98, 395–402.
- Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B ym. (2007) Specifying the domain of concern: Occupation as core. Teoksessa EA Townsend ym. (toim.) *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. CAOT Publications ACE, Ottawa, 13–36.
- Sverker A, Thyberg I, Valtersson E, Bjork M, Hjalmarsson S ym. (2019) Time to update the ICF by including socioemotional qualities of participation? The development of a “patient ladder of participation” based on interview data of people with early rheumatoid arthritis (the Swedish TIRA study). *Disability and Rehabilitation* 42, 1–8.
- WHO (2001) *International classification of functioning, disability, and health (ICF)*. World Health Organization, Geneva.

TOIMINNANOHJAUKSEN JA MUISTI-SUORIUTUMISEN VAIKEUDET ENSIMMÄISEN SAIRASTETUN AIVOINFARKTIN JÄLKEEN

Aivoinfarkti on puutteellisen verenvirtauksen eli iskemian aiheuttama aivokudoksen pysyvä vaurio. Korkea ikä lisää aivoinfarktin riskiä, mutta neljäsosa aivoinfarktin saaneista on työikäisiä eli alle 65-vuotiaita. Aivoinfarktien ilmaantuvuus on viime aikoina noussut työikäisillä korkean työtulon maissa. Erilaiset aivohalvaukset ovat maailmanlaajuisesti yksi merkittävimpiä ennenaikaisen kuoleman ja menetettyjen terveiden elinvuosien aiheuttajia. Aivoinfarkteista aiheutuu myös yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia sekä suoraan terveydenhoitokuluina että epäsuorasti. Työikäisillä aivoinfarktit voivat erityisesti aiheuttaa menetettyjä työvuosia ja täten aiheuttaa sekä henkilökohtaisen muutoksen että lisäksi merkittäviä yhteiskunnallisia menetyksiä. Suuri osa aivoinfarktiin liittyvästä tutkimuksesta on tehty ikääntyneillä, ja tarkempaa tietoa työikäisten oireprofiileista tarvitaan lisää.

Aivoinfarkteista seuraa usein kognitiivisia eli tiedonkäsittelytoimintoihin liittyviä vaikeuksia. Tällaisilla kognitiivisilla vaikeuksilla tarkoitetaan esimerkiksi toiminnanohjauksen, muistin, hahmottamisen, ongelmien ratkaisun tai kielellisen toiminnan vaikeuksia.

Kognitiiviset vaikeudet ovat yleisiä aivoinfarktien jälkeen. Aiemmissa tutki-

muksissa sairastumisen jälkeen vähintään puolella, joissain tutkimuksissa selvästi suuremmallakin osalla, tutkituista on todettu jonkin kognitiivisen osa-alueen toiminnan vaikeuksia. Kognitiivisten vaikeuksien vaikeusaste voi vaihdella hyvin lievästä erittäin vaikeaan, ja vaikeudet voivat rajautua vain jollekin kognitiiviselle osa-alueelle tai olla hyvin laaja-alaisia. Esimerkiksi aivoinfarktin sijainti ja koko vaikuttavat osaltaan kognitiiviseen oirekuvaan. Erityisesti työelämässä lievätkin kognitiiviset vaikeudet voivat heikentää suoriutumista.

Kognitiivisia vaikeuksia kartoittavia, yleisessä käytössä olevia suppeita kyselyitä ja tehtäväpatteristoja on kehitetty. Jos kuitenkin lievätkin kognitiiviset vaikeudet halutaan kartoittaa, tulee tehdä riittävän kattava neuropsykologinen tutkimus.

Neuropsykologisessa tutkimuksessa selvitetään laajasti kognitiivista toimintakykyä sekä arvioidaan käyttäytymistä ja esimerkiksi tunne-elämää. Neuropsykologinen tutkimus perustuu henkilöstä kerättyihin taustatietoihin, hänen haastatteluunsa ja havainnointiinsa sekä erilaisten arviointi- ja testimenetelmien pohjalta saatuihin tutkimustuloksiin. Yleisesti kognitiivista toimintakykyä arvioidaan kulloisenkin kysymyksenasettelun mukaan ja verraten tutkimustuloksia potilaan

tausta- ja kliinisiin tietoihin. Neuropsykologeilla on käytössään laaja valikoima erilaisia tutkimusmenetelmiä, joista valitaan kulloiseenkin tilanteeseen sopivat. Lisäksi kartoitetaan esimerkiksi mielialan muutoksia.

Kognitiivisia vaikeuksia voidaan kuntouttaa. Neuropsykologisen kuntoutuksen pohjana tulee olla riittävän laaja neuropsykologinen tutkimus. Neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteena voi esimerkiksi olla kognitiivisten oireiden lievittäminen ja niiden aiheuttaman haitan vähentäminen sekä oirekuvan tiedostaminen ja ymmärtäminen.

Kuntoutusta voi toteuttaa pyrkimällä palauttamaan kulloinkin vaikeutunutta kognitiivista toimintaa, etsimällä kompensoivia toimintatapoja uudenlaisten strategioiden avulla tai pyrkimällä hallitsemaan toimintaa erilaisten ulkoisten apuvälineiden avulla. Kuntoutuksen yhteydessä myös toimintaympäristöä voidaan muokata ja tehdä yhteistyötä sairastuneen lähipiirin ja verkostojen kanssa. Lisäksi neuropsykologiseen kuntoutukseen kuuluu psykoedukaatio, jonka avulla pyritään lisäämään sairastumiseen liittyvää tietoa ja ymmärrystä sekä sairastuneen että lähipiirin osalta. Psykoterapeuttisessa työskentelyssä tuetaan mielialaa ja itsetuntoa sekä pyritään toimintarajoitteiden hyväksymiseen ja niihin sopeutumiseen.

Tämän väitöstutkimuksen aineisto koottiin AINO-tutkimuksen aineistosta. AINO-tutkimuksen tavoitteena on tarkastella muun muassa kognitiivisia muutoksia, elämänlaatua, toimintakykyä ja kuntoutumista ensimmäisen sairastetun aivoinfarktin jälkeen. AINO-aineisto koostuu työikäisistä eli sairastuessaan 18–65-vuotiaista suomenkielisistä henkilöistä, joilla ei ollut aiemmin diagnosoituja, kognitioon vaikuttavia neurologisia tai psykiatrisia sairauksia ja jotka suostuivat osallistumaan tutkimukseen. AINO-tutkimuksen aineisto kerättiin kahdessa suomalaisessa keskussairaalassa, HUS:ssa ja Lapin keskussairaalassa, ja potilaskohortti koostui 230 henkilöstä. Lisäksi kerättiin verrokkiaineisto 50 henkilöstä, jotka eivät olleet sairastaneet aivoinfarktia.

AINO-tutkimuksessa toteutettiin neuropsykologiset tutkimukset sairastumisen

alkuvaiheessa eli keskimäärin noin viikon kuluttua aivoinfarktin saamisesta sekä 3 kuukauden, 6 kuukauden, vuoden, 2 vuoden ja 10 vuoden kuluttua sairastumisesta. Alkuvaiheessa toteutettiin hieman suppeampi orientoiva neuropsykologinen tutkimus ja myöhemmissä vaiheissa laajempi neuropsykologinen tutkimus. Neuropsykologisessa tutkimuksessa käytettiin useita eri menetelmiä, jotka kattoivat eri kognitiivisia osa-alueita. Lisäksi alkuvaiheessa sekä 6 kuukauden, 2 vuoden ja 10 vuoden kohdalla toteutettiin neurologiset tutkimukset. Tutkimushankkeessa kerättiin tietoa myös haastattelun, kyselylomakkeilla sekä keräämällä tietoja potilasasiakirjoista ja rekistereistä.

Väitöstutkimuksessani tarkasteltiin tarkemmin toiminnanohjausta ja muistisuuriumista tarkkaan rajatulla työikäisten aivoinfarktipotilaiden aineistolla. Väitöstutkimukseni eri osatutkimuksiin valikoitui 132–179 potilaan osajoukot eri tutkimuskysymysten vaatimien tarkentavien poisulkukriteerien vuoksi. Tutkimuksessa hyödynnettiin alkuvaiheen, 6 kuukauden ja 2 vuoden neuropsykologisten ja neurologisten tutkimusten aineistoa, haastattelutietoja, kyselyaineistoa, sekä potilasasiakirja- ja rekisteriaineistoa.

Väitöstutkimukseni ensimmäisessä osatutkimuksessa tarkasteltiin tarkemmin neuropsykologista oireprofiilia aivokuoren alaisten ja aivokuoren infarktien jälkeen, toisessa osatutkimuksessa toiminnanohjauksen ja muistisuuriumin yhteyksiä sekä kolmannessa osatutkimuksessa kognition eri osa-alueiden toiminnan muutoksia kahden vuoden seurannassa.

Kognitiivista suoriutumista hieman yleisemmällä tasolla tarkasteltiin kolmannessa osatutkimuksessa. Tässä osatutkimuksessa sairastumisen alkuvaiheessa puolella työikäisistä aivoinfarktin saaneista havaittiin kognitiivisia vaikeuksia neuropsykologisessa tutkimuksessa, eli heillä havaittiin selviä vaikeuksia ainakin yhdellä kognitiivisella osa-alueella. Myöhemmässä seurannan vaiheessa eli 6 kuukauden ja 2 vuoden kuluttua sairastumisesta noin 40 prosentilla tutkituista havaittiin vielä kognitiivisia vaikeuksia.

Suurin osa kognitiivisesta kuntoutumi-

sesta tapahtui ensimmäisten 6 kuukauden aikana sairastumisesta, minkä jälkeen havaittiin vain vähän kognitiivisia muutoksia. Tutkittavista jopa 90 prosentilla kognitiivinen tilannearvio eli se, arvioitiinko tutkittavalla olevan kognitiivisia vaikeuksia vai ei, pysyi samana 6 kuukauden ja 2 vuoden tutkimuspisteiden välillä.

Kognitiivinen heikentyminen oli yleistä tarkoissa neuropsykologisissa tutkimuksissa niilläkin potilailla, joiden todettiin neurologisten mittareiden perusteella olevan hyvin toipuneita. Eli tarkemmin kuvattuna puolet niistä potilaista, joilla todettiin pitkäkestoisia kognitiivisia vaikeuksia neuropsykologisissa tutkimuksissa, oli neurologisten mittareiden mukaan oireettomia.

Kolmannessa osatutkimuksessa tutkimukseen osallistuneilla ei havaittu yhteyttä mielialan ja kognitiivisten vaikeuksien välillä vielä sairastumisen alkuvaiheessa. Kuitenkin myöhemmissä seurannan vaiheissa, sekä 6 kuukauden että 2 vuoden kuluttua sairastumisesta, niillä tutkittavilla, joilla todettiin kognitiivisia vaikeuksia, todettiin myös alhaisempi mieliala kuin niillä, joilla ei kognitiivisia vaikeuksia todettu.

Kognitiiviset vaikeudet olivat yhteydessä myös työstä pois jäämiseen. Noin puolet niistä tutkittavista, jotka olivat ennen sairastumista olleet työelämässä, oli työelämän käytettävissä kahden vuoden kuluttua sairastumisesta.

Kolmannessa osatutkimuksessa tarkasteltiin myös tarkemmin kognitiivisten osalueiden vaikeuksia. Tutkimuksessa havaittiin, että psykomotorinen hidastuneisuus ja toiminnanohjauksen vaikeudet olivat tyypillisimpiä kognitiivisia vaikeuksia läpi seuranta-ajan. Vielä kahden vuoden kuluttua sairastumisesta noin neljäsosalla potilaista todettiin psykomotorista hidastuneisuutta ja noin viidesosalla toiminnanohjauksen vaikeuksia.

Toisessa osatutkimuksessa aivoinfarktipotilaat luokiteltiin kahteen ryhmään, niihin, joilla katsottiin olevan toiminnanohjauksen vaikeuksia, ja niihin, joilla näitä vaikeuksia ei katsottu olevan. Havaittiin, että potilaat, joilla oli toiminnanohjauksen vaikeuksia, suoriutuivat heikommin sellaisissa muisti-

tehtävissä, joissa tarvittiin aktiivista muististrategioiden käyttöä.

Toiminnanohjauksen vaikeudet eivät olleet toisessa osatutkimuksessa yhteydessä mihinkään tiettyyn aivojen osan vaurioon, vaan toiminnanohjauksen vaikeuksia saattoi esiintyä kaikenlaisten infarktien jälkeen, esimerkiksi otsalohkoa vaurioittaneiden mutta myös taempia aivojen alueita vaurioittaneiden sekä aivokuoren alaisten infarktien jälkeen.

Esimerkiksi kuntoutustyössä tämä voi tarkoittaa, että potilailla, joilla on todettu toiminnanohjauksen vaikeuksia, saattaa olla vaikeuksia käyttää muistiaan tehokkaimmalla tavalla. On tärkeää tietää, millaisia kognitiivisia vaikeuksia henkilöillä on, jotta kuntoutus voidaan suunnata oikein. Toiminnanohjauksen yhteydessä esiintyvien muistivaikeuksien osalta esimerkiksi kuntoutuksessa voisi keskittyä metakognition ja erilaisten muististrategioiden harjoitteluun ja näin edistää näiden kuntoutujien muistin aktiivista käyttöä.

Ensimmäisessä osatutkimuksessa aivoinfarktipotilaista tarkasteltiin aivokuorenlaisen eli subkortikaalisen infarktin saaneita ja aivokuoren eli kortikaalisen infarktin saaneita henkilöitä. Tutkimuksessa havaittiin, että aivokuoren alaisen infarktin saaneilla saattoi olla jopa merkittävämpiä kognitiivisia vaikeuksia kuin aivokuoren infarktin saaneilla. Muistisuoriutumisen ja psykomotorinen nopeus saattavat heikentyä aivokuoren alaisen infarktin jälkeen enemmän kuin aivokuoren infarktin jälkeen. Monissa tehtävissä aivokuoren alaisen ja aivokuoren infarktin saaneet suoriutuivat samankaltaisesti. Aivokuoren alaiset infarktit siis voivat aiheuttaa yhtä merkittäviä oirekuvia kuin aivokuoren infarktit.

Yhteenvetona voidaan todeta, että pitkäkestoisia kognitiivisia vaikeuksia todettiin tutkimuksessa 40 prosentilla tutkituista, ja puolella heistä ei havaittu merkittäviä oireita neurologisilla mittareilla. Psykomotorinen hidastuneisuus ja toiminnanohjauksen vaikeudet olivat tyypillisimpiä vaikeuksia läpi seuranta-ajan. Toiminnanohjauksen vaikeudet olivat yhteydessä heikentyneeseen muistisuoriutumiseen tehtävissä, joissa tar-

vittiin aktiivista muististrategioiden käyt-
töä. Aivokuoren alaisten infarktien jälkeen
havaittiin enemmän muistivaikeuksia ja
psyykomotorista hidastumista kuin aivokuo-
ren infarktien jälkeen.

Kaiken kaikkiaan pitkäkestoiset kogni-
tiiviset häiriöt ovat siis yleisiä jopa neuro-
logisesti hyvin toipuneilla työikäisillä ai-
voinfarktin sairastaneilla potilailla. Tarkka
neuropsykologinen tutkimus nopeasti sai-
rastumisen jälkeen on tärkeää. Näin voidaan
tunnistaa potilaat, joilla on sellaisia kogni-
tiivisia häiriöitä, jotka voivat vaikuttaa esi-
merkiksi työssä pärjäämiseen. Kognitiivisten
vaikeuksien profiilia tai vaikeusastetta ei
voi päätellä esimerkiksi infarktin kliinisten
tietojen, kuten sijainnin, perusteella. Neu-
ropsykologinen kuntoutus tulisi tulosten
perusteella aloittaa nopeasti, jotta sen avul-
la voidaan parhaalla mahdollisella tavalla
ohjata ja tukea kuntoutumista, sillä suurin
osa kognitiivisesta kuntoutumisesta tapah-
tuu puolen vuoden kuluessa sairastumisesta.
Pidemmän ajan kuntoutuksessa voidaan
esimerkiksi auttaa pitkäkestoisiin oireisiin
sopeutumisessa, niiden kompensoimisessa
tai ympäristön muokkauksessa. Tällaisen
pitkäkestoisen kuntoutuksen tarvetta ja ai-
voinfarktipotilaiden oireita tulee seurata
myös myöhemmässä vaiheessa, sillä tässä
tutkimuksessa havaittiin, että kognitiiviset
vaikeudet voivat olla pitkäkestoisia.

**Katri Turunen, PsT, neuropsykologian
erikoispsykologi, tutkija, AINO-tutkimus**

*Kirjoitus on lectio praecursoria, jonka
kirjoittaja esitti väitöstilaisuudessaan
27.8.2020 Helsingin yliopistossa. Väitös-
kirjan ” Executive and memory impairments
after first-ever cerebral infarction”
julkaisutiedot: Unigrafia, Helsinki 2020,
[http://urn.fi/URN:IS-
BN:978-951-51-5911-3](http://urn.fi/URN:IS-
BN:978-951-51-5911-3), [http://hdl.handle.
net/10138/316032](http://hdl.handle.
net/10138/316032)*

YHDESSÄ TOIMIMISEN ETIIKKA -TEOS HAASTAA TARKASTELEMAAN MYÖS NYKYISIÄ KUNTOUTUSKÄYTÄNTÖJÄ

Hallamaa J (2020) Yhdessä toimimisen etiikka. Gaudeamus, Helsinki. 320 sivua.

Yhdessä toimiminen yksilökeskeisessä maailmassa

Nyky-yhteiskunnassa joudumme toimimaan entistä enemmän laajoissa, jatkuvasti uudelleen muotoutuvissa verkostoissa. Nämä verkostot ovat erilaisia työelämän asiantuntijaverkostoja mutta myös sosiaalisen median rönsyileviä ja arvaamattomia digitaalisia verkkoja. Samalla kun haluamme olla ainutlaatuisia yksilöitä, meidän on myös tultava toimeen toistemme kanssa fyysisesti, sosiaalisesti ja digitaalisesti. Sosiaalietiikan professori Jaana Hallamaa tarttuu teoksessaan tähän nyky-yhteiskuntamme haasteeseen.

Hallamaa kuvaa kirjansa syntyneen Helsingin yliopiston teologisessa tiedekunnassa pitämiensä luentojen pohjalta. Kirja on vertaisarvioitu tieteellinen julkaisu, ja sen sisältöön ovat kirjoittajan mukaan vaikuttaneet monet keskustelut opiskelijoiden, asiantuntijoiden ja asiantuntijaverkostojen kanssa. Teemansa mukaisesti kirja on yhteisen toiminnan tulos. Kirjassa hyödynnetään monipuolista ja -tieteistä lähdemateriaalia. Ansiokkaan hakemiston kautta lukija pääsee helposti laajentamaan ja syventämään haluamiaan teemoja.

Kuntoutuksen asiakas, työntekijä ja johtaja: Miksi kannattaa lukea tämä kirja?

Joskus uuden kirjan lukeminen kannattaa aloittaa kirjan lopusta, koska sieltä löytyy usein teoksen tiivistetty sanoma. Myös Hallamaan teoksen lopussa (s. 284) on muutama lause, jotka sopivat nykyiseen kuntoutuskäytäntöön: *Ihminen on tavoitteita toiminnalla toteuttava olento. Tavoitteellinen toiminta sisältää ajatuksen jostain toivotusta, arvokkaasta, johon kannattaa pyrkiä. Ihmisestä tulee ihminen vain, kun yhteisö tunnustaa ja hyväksyy hänet yhteyteensä toimijaksi.*

Kuntoutumista kuvataan tavoitteelliseksi muutosprosessiksi, jossa kuntoutujalle merkityksellisen päämäärän tulisi olla kuntoutustyön lähtökohta. Onko siis työkykykuntoutuksen päämääränä työkyky ja työllistyminen, sosiaalisen kuntoutuksen päämääränä yksilön osallisuuden ja yhteisöllisyyden saavuttaminen sekä toimintakykykuntoutuksen parempi arjessa suoriutuminen? Entä saako yksilö kokea ihmisyyttä ja yhteisyyttä, vaikka hän ei näitä tavoitteita saavuta kuntoutuksen aikana? Onko kuntoutus rakenteena mahdollistamassa yhdessä

toimimista ja sitä kautta oman toimijuuden tutkimista? Hallamaan sanoin: *Tavoitteellisen toiminnan onnistumisen edellytyksiin kuuluu, että toimijalla on käsitys oman toimintansa perusteista* (s. 284). Tämä tarkoittanee siis molempien eli kuntoutujan ja työntekijän/työryhmän näkemyksiä oman toimintansa lähtökohdista ja niiden keskinäisestä jakamisesta.

Toimintakykeskeiseen kuntoutukseen tämä teos antaa uuden ja kiinnostavan lähtökohdan yksilöstä ja häntä ympäröivistä yhteisöistä eli yksilöllisestä ja kollektiivisesta toimijuudesta. Kirjan alussa (s. 7) Hallamaa korostaakin monien yksilöllisten ja yhteiskunnallisten ongelmien taustalla olevaa yhteistä pulmaa: millaista tehokkaan ja tavoitteiden kannalta mielekkään yhteisen toiminnan tulisi olla, miten se saadaan aikaan ja miten sitä pidetään yllä? Koronavuonna tämä on entistä kiinnostavampi kysymys, kun tarkastelemme esimerkiksi valtiovallan, alueiden ja yksittäisten kansalaisten toimintaa. Kirjoittaja osoittaaakin kirjansa kaikille vaativaa asiantuntijatyötä tekeville, eri alan opiskelijoille ja myös yleisesti ihmistieteiden tutkimuskentälle.

Mitä kirjan teemat voisivat tarkoittaa kuntoutuksen ja kuntoutumisen näkökulmasta?

Hallamaan teoksen johdantoluvun alku voi nujertaa lukijan, sillä luvussa käydään aluksi läpi käsitteitä ja niiden merkityksiä sekä käsiteanalyysin filosofisia lähtökohtia. Onneksi kirjoittaja kuitenkin rajaa teoksen tarkoituksen selkeästi: kirjassa toimintaa ja yhdessä toimimista tarkastellaan tutkivalta sanojen käyttöä ja merkitystä sekä niistä tehtyjä konkreettisia huomioita, joten kirjan tarkoituksena on tuottaa enemmänkin analyttistä keskustelua kuin tiukkaa filosofista käsiteanalyysia. Kirjoittaja pyrkii tuomaan lukijalle erilaisia välineitä, joiden kautta hän voi tutkia inhimillistä toimintaa ja yhdessä toimimista (s. 13–14). Hänen mukaansa yhdessä toimiminen on vaativa laji, josta filosofit kirjoittavat usein vaikeaselkoisesti. Hallamaa haluaakin tuoda näihin eri alojen pohdintoihin suomenkielistä sanastoa, jonka

avulla vaikeastakin ilmiöstä voidaan tulla tietoiseksi ja ennen kaikkea pystytään keskustelemaan siitä yhdessä.

Luvussa 2 perehdytään toiminnan käsitteeseen yksittäisen toimijan näkökulmasta. Juuri tämä luku on kiinnostava nykyisen toimintakykylähtöisen kuntoutuksen näkökulmasta, vaikka toimijuuden eri tieteenala-kohtaiset teoriat jäivät kapeiksi. Luvussa 3 pohditaan toiminnan yhteyttä hyvään ja hyvän eri muotoihin. Luvut 4 ja 5 puolestaan käsittelevät moraalisesti hyvää toimintaa eli miten oma toimintamme tuottaa hyvää muille (vrt. niin sanottu kultainen sääntö tai vastavuoroisuuden periaate). Nämä luvut auttavat pohtimaan kuntoutuksen yksilö- ja ihmislähtöisyyttä sekä oman asiantuntijatyömme arvoja ja päämääriä. Tuotammeko hyvää kuntoutujille, kuntoutusorganisaatiollemme vai kansantaloudelle? Mitkä ovat työmme prioriteetit ja millä ehdoilla?

Vasta luvussa 6 pureudutaan yhteistoimintaan Raimo Tuomelan *sosiaalisten tekojen teorian* kautta. Teoria auttaa erottelemaan erilaisia yhteistoiminnan käsitteellisiä ja samalla konkreettisia arjessa esille tulevia eroja. Ryhmämuotoisen kuntoutuksen, sopeutumisvalmennuksen ja potilasjärjestötoiminnan kannalta (s. 110–112 sekä taulukot 8 ja 9) tämä luku auttaa ymmärtämään erilaisia minä- ja me-suuntautuneita prosesseja. Tämän luvun käytännölliset esimerkit antavat lukijalle oivalluksia, kun erilaiset kuntoutustyön kokemukset saavat konkreettisia sanoja ja abstrakteja, perusteltuja käsitteitä.

Seuraavat luvut pureutuvat kuntoutus- ja terapiatyön kannalta sellaisiin merkityksellisiin käsitteisiin kuin *luottamus* (luku 7) ja *valta* (luku 8). Luottamuksen ymmärtämiseksi Hallamaa hyödyntää filosofi Russell Hardinin käsitteitä välineistönä, joka laajentaa edellisessä luvussa esitettyjä Tuomelan teoreettisia periaatteita. Näkemykseni mukaan tämä *luottavan ja luotetun välinen suhde* muotoutuu, säilyy ja kestää/pysyy yllä myös kuntoutumis- ja terapiaprosessissa kuntoutujan ja asiantuntijan välillä. Se voi myös jäädä muotoutumatta, katketa ja syntyä uudelleen, esimerkiksi jos kuntoutusrakenne rajaa toimintansa epätarkoituksenmukaisesti. Luvussa 8 valta kuvataan filosofi Peter

Morrissin teorian pohjalta *toimijan kykene-miseksi*. Valta ei olekaan yksinomaan alis-tavaa tai rajaavaa, vaan myös toimijoiden mahdollisuuksia lisäävä myönteinen voima-vara. Kuntoutuksen ohjauksen ja neuvonnan näkökulmasta käsite on kiinnostava, koska sen avulla voidaan ymmärtää kuntoutujan ja kuntoutusrakenteen välistä kuilua, tarvit-taessa myös ylittää tai tasoittaa se.

Luku 9 käsittelee erilaisia *vaikuttamisen muotoja* (vrt. kuntoutus kuntoutumiseen mahdollistamisena). Näitä vaikuttamisen keinoja ovat muun muassa pakottaminen, palkitseminen, kannustaminen, altistaminen ja sopiminen. Kuntoutuksessa on kyse siitä, että saadaan toinen toimija (vaikutettava) toimimaan vaikuttajan tahtomalla tavalla – joko suoraan tai välillisesti. Näitä työnte-kijäkohtaisia vaikuttamisen tapoja ja niiden eettistä kestävyyttä tulisi pohtia ja avata erityisesti lääketieteellisesti orientoitunees-sa kuntoutuskontekstissa, kun vaikutettava on esimerkiksi vaikean vammautumisen tai sairastumisen seurauksena heikoimmillaan (luku 10). Tämä vaikutettavan ja vaikuttajan välinen relationaalinen suhde (luku 11) on yhteistoiminnan perusta ja auttaa ymmär-tämään heidän erilaisia asemiaan ja niiden kautta syntyviä suhteita (luku 12).

Sanktiovalta antaa vaikuttajalle mahdol-lisuuden valita tehokkaimmiksi katsomansa keinot päämääränsä saavuttamiseksi. *Re-surssivallassa* puolestaan vaikuttaja ottaa huomioon vaikutettavan näkemyksen tavoitteesta. Molemmat lähtökohdat ovat hyvinkin tuttuja moniammatillisessa kuntoutuksessa ja niin sanotussa asiakaslähtöisessä toimin-nassa, ainakin kuntoutusprosessin joissain vaiheissa. Kuntoutusta voidaan kuvata yh-deksi yhteiskunnan palvelutehtäväksi, jol-loin näille vallan ja vaikuttamisen muodoille löytyy aina perusteensa, niin hyvässä kuin pahassa.

Luku 13 on lukijalle eettisesti kiinnostava mutta henkisesti raskas: mitkä ovat ne toi-mijuuden rajoittamisen ehdot, jotta sitä voi-daan pitää hyvänä rajoittamisen kohteelle. Nykyisin kehitysvammaiset, ikääntyneet ja muistisairaat sekä monet muut asiakasryh-mät ovat tämän eettisen ja moraalisen poh-dinnan piirissä. Myös luvut 14 ja 15 pureu-

tuvat tähän teemaan nostamalla esille *lahjan* käsitteen, jonka mukaan hyvän tekemisen tulee olla lahja kohteelle – myös rajoittami-sen ja rajaamisen yhteydessä tämän vasta-vuoroisuutta kuvaavan lahjan periaatteen on täytyttävä. Samalla nostetaan esille *monen-keskinen vastavuoroisuus*. Tämä tarkoittaa molemminpuolista vastavuoroisuuden tun-nustamista, jota Hallamaa kuvaa *hyväksyvän tunnustamisen teorian* kautta.

Yhdessä toimimista pohdittaessa on hyvä muistaa Levinaksen kuvaus: *Oleennaista on huomata, että toinen ei ole toinen minä eikä minä-suhteen määrittämä vaan täydellises-ti ja ainutlaatuisesti joku toinen. Toinen ei ole siis vertailukelpoinen itseni kanssa.* (Tarkemmin <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:toiseus>.) Kuntoutuksen ammatti-laisen olisikin hyvä pohtia sellaista vasta-vuoroisuutta, jossa hän itse on aina myös kohde asiakkaalleen, ei vain toimija, joka asettaa asiakkaan työnsä kohteeksi. Pirho-sen (2015) artikkeli tunnustamisesta ja sen vastavuoroisuudesta vanhustyössä antaa konkreettisia välineitä ja kuvauksia, joita voi soveltaa kuntoutustyöhön. Työtekijänä olen sekä toimija että kohde, minä ja toinen, tuttu ja vieras, vallassa ja vastuussa, luonnostaan jo epäsymmetrisessä positiossa (tarkemmin Tuohimaa 2001).

Yhteistoimijuus kuntoutuksessa?

Kuntoutuksen implisiittisenä tavoitteena oletetaan olevan jokin parempi olotila nyky-tilanteeseen verrattuna mutta myös yksilön yhteiskunnallisen hyödyllisyyden edistä-minen. Soveltaen Hallamaan luokittelua (s. 25, taulukko 1): kuntoutuksessa korjataan, ennallistetaan, palautetaan, ehkäistään, es-tetään, säilytetään, varjellaan, kohennetaan, parannetaan, lisätään, vahvistetaan, uudiste-taan tai voimistetaan toimijaa. Näillä käsit-teillä hän tosin kuvaa yksilön teon intentioita ja yleisiä tarkoituksia, mutta kuvaus sopii myös niihin lähtökohtiin, joilla perustellaan yksilön kuntoutustarvetta tai asetetaan sen päämääriä. Toisaalta yhdessä toimiminen on myös kuntoutusinterventio, ei vain sen läh-tökohta tai päämäärä (mm. Harra 2014).

Hallamaan kirja antaa monia kiinnosta-

via näkökulmia tarkastella sellaisia kuntoutuksen sumeita käsitteitä kuin *motivaatio, asiakaslähtöisyys, interventio, ohjaus, vaikuttavuus ja hyvinvointi*. Puhumattakaan kuntoutuksen kentällä toistaiseksi heikosti tutkituista tai tunnistetuista ilmiöistä kuten *toimijuus, temporaalisuus, kuntoutusoikeus ja -etiikka tai valta*.

**Aila Pikkarainen, KT, THM, lehtori,
Jyväskylän ammattikorkeakoulu**

Lähteet

- Harra T (2014) Terapeuttinen yhteistoiminta: Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 156. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Pirhonen J (2015) Tunnustaminen ja sen vastavuoroisuus vanhustyössä. Gerontologia 29, 1, 25–35.
- Tuohimaa M (2001) Levinas ja vastuu Toisesta. Niin & näin 3, 35–39.



Kuntoutuksen tutkimusseminaari 2021
Kuntoutus työelämän käännekohtassa –
Rehabilitation at a Turning Point in Working Life
18.3.2021 Kela, Helsinki

Ohjelma

- 9.30 **Seminaarin avaus**
Susanna Melkas, puheenjohtaja, Kutke ry
- 9.45 **Muuttuva työkuormitus ja työntekijäyys suomalaisessa yhteiskunnassa 1945-2020.** Changing workload and workership in Finnish society 1945-2020.
Ari Väänänen, tutkimusprofessori, Työterveyslaitos TTL
- 10.30 **Vocational rehabilitation in a life course perspective: the role of transitions**
Merete Labriola, Researcher II, NORCE Norwegian Research Centre AS
- 11.15 Keskustelu esityksistä
11.30 Posterinäyttely (Kela-halli)
- 12.15 Lounastauko (Kelan ruokala)
- 13.00 Suulliset esitykset rinnakkaissessioissa/Oral sessions (lähetettyjen tiivistelmien mukaan jaoteltuna)
- 14.30 Kahvi (Kela-halli)
- Miten voidaan kuntoutuksen keinoin edistää työllistymistä?**
- 15.00 **Kuntoutuksen uudet ja vanhat keinot työllistymisen tukemisessa - New and old ways of rehabilitation to support working life**
Raija Kerätär, toimitusjohtaja, kuntoutuslääkäri, Oorninki
- 15.45 **Työllistyminen äkillisen aivovaurion jälkeen - Employment after acquired brain injury**
Taina Nybo, neuropsykologian erikoispsykologi, HUS
- 16.30 Seminaaripäivä päättyy

Osallistumismaksu 75 €, opiskelijat 25 €, jäsenet 25/50 €. Seminaarin valmistellaan toteutettavaksi sekä lähi- että etämuotoisena. Abstraktien viimeinen jättöpäivä 7.1.2021. Seminaariin ilmoittautuminen viimeistään 1.3.2021. Lisätietoja ja ilmoittautuminen: www.kutke.fi

KUNTOUTUS–LEHTI DIGIAIKAAN!

Kuntoutus-lehden yli 40-vuotisessa historiassa tapahtuu merkittävä uudistus: lehti ilmestyy numerosta 1/2021 alkaen verkkojulkaisuna Journal.fi-palvelussa, jota ylläpitää Tieteellisten seurain valtuuskunta. Samalla lehti luopuu painetusta lehdestä keskittyen verkkojulkaisun kehittämiseen. Päätaavoite on modernin, korkeatasoisen tieteellis-ammattillisen julkaisun jatkuminen.

Kuntoutus-lehden tilaajat saavat uusien numeroiden sähköisiin artikkeleihin luku-oikeuden. Verkkolehti avautuu entiseen tapaan kaikille vapaasti luettavaksi vuoden kuluttua ilmestymisestään. Lehti löytyy osoitteesta <https://journal.fi/kuntoutus>.

Kiinnostavia sähköisiä lukuhetkiä!

Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry.

KUNTOUTUS–LEHTI VUONNA 2021

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

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2021 tuttuun tapaan neljänä numerona – nyt digitaalisesti. Sisältö säilyy ennallaan, samoin tilauskäytännöt ja tilaushinnat. Ainoastaan maksullisten ilmoitusten julkaisemisesta lehti luopuu.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdessämme!

kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi

Ilmestymisaikataulu 2021

Nro	Ilmestyy
1	viikolla 11
2	viikolla 24
3 teema	viikolla 44
4	viikolla 50

Kuntoutus 4 | 2020 | 43. 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, osoitteenmuutokset ja peruutukset:
johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi, puh. 040 439 7183**

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4 nroa) 27 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Irtonumero á 14 euroa + postimaksu

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys
Kutke ry