

Kuntoutuks

2022

1

Koetut nielemisen muutokset tapaturmaisen kaulaydinvamman jälkeen

Kuntoutuminen
toimintamahdollisuuksina


Seksuaalisuuden huomioon
ottaminen osana kroonista kipua
sairastavien kuntoutusta


SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

- MIKA PEKKONEN
Muutos kuntoutuksessa on mahdollista – ja mahdollisuus 3

TIETEELLISET ARTIKKELIT

-  TIINA IHALAINEN, TEEMU LUOTO, LIINA TOIVANEN JA ANNA-MAIJA KORPIJAAKKO-HUUHKA
Koetut nielemisen muutokset tapaturmaisen kaulaydinvamman jälkeen – vuoden seurantatutkimus 5

-  JARKKO SALMINEN JA LIISA HÄIKIÖ
Kuntoutuminen toimintamahdollisuuksina – Ammattilaisten käsitykset nuorten kuntoutujien toimijuudesta 18

KATSAUKSET JA ANALYYSIT

- JONNA TOLONEN, SIRPA TÖLLI JA LIISA KIVINIEMI
Tutkimus INSPIRE-mittarin käytettävyydestä mielenterveystyössä 29

- HENNA KEKKONEN, PETRI KARKKOLA JA TEEMU RIPATTI
Seksuaalisuuden huomioon ottaminen osana kroonista kipua sairastavien kuntoutusta 39

- IRINA KATAJISTO-KORHONEN, EMILIA LAINE JA SANNA NIEMELÄ
Minun elämäni kirja – Kuvallisen elämäntarinan hyödyntäminen mielenterveyskuntoutuksessa 47

PUHEENVUOROT

- MIRKKA VUORENTO JA MATTI JOENSUU
Tulevaisuuden työ on monipaikkainen – Miten tuemme osatyökykyisiä työelämän murroksessa? 53

- MARJA TERVAHAUTA
Osatyökykyisen työnhakija-asiakkaan palveluohjauksen kehittämisen suuntia 58

MUUTOS KUNTOUTUKSESSA ON MAHDOLLISTA – JA MAHDOLLISUUS

Meneillään on paljon sote- ja kuntoutustoimialaan jo lähitulevaisuudessa vaikuttavia muutoshankkeita ja tulevien muutosten valmisteluja. Aluevaalit on pidetty ja valtuutetut on valittu. Hyvinvointialueilla sote-keskukset ovat jatkossa palvelujärjestelmämme perusyksiköitä. Keskuksiin hakeutumisen tulee olla helppoa, ja niiden kautta pitää päästä vaivattomasti tarvitsemiinsa palveluihin.

Sote-keskuksissa toiminnan painopisteen tulee olla palvelujen tarkoituksenmukaisessa järjestämisessä ja palveluihin ohjaamisessa. Palvelutuotannon ei tulisi toteutua järjestelmäkeskeisesti vaan yksilöllisten asiakastarpeiden mukaisesti: asiakaskeskeisesti. Tärkein kysymys ei ole, kuka palvelun tuottaa, vaan miten pystytään toteuttamaan tarkoituksenmukaisin kokonaisuus sovittamalla yhteen eri palvelujen järjestäjien ja tuottajien palvelut parhaalla mahdollisella tavalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettamassa Kuntoutuksen ohjautumisen perusteet -hankkeessa laaditaan parhaillaan opasta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville. Tavoitteena on turvata ihmisten yhdenvertaisuus ja oikeus lääkinällisiin kuntoutuspalveluihin riippumatta asuinkunnasta. Opas valmistunee vuoden 2022 loppuun mennessä.

Opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumin (KunFo) keskeisenä tehtävänä on tehdä ehdotus siitä, miten koulutus- ja tutkimusjärjestelmää tulee kehittää vastaamaan kuntoutusosaamisen tarpeita tulevaisuudessa. Muun ohella foorumissa pohditaan parhaillaan, miten kuntoutus tuodaan mukaan alueellisiin sote-uudistuksen TKI- eli tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan rakenteisiin. Julkisen sektorin lisäksi oppilaitoksilla, yrityksillä ja kolmannella sektorilla (järjestöillä) on keskeiset roolit kuntoutuksen TKI-toiminnassa.

Kuntoutus-lehti tarjoaa osaltaan tärkeän mahdollisuuden kuntoutukseen liittyvien tieteellisten tutkimustulosten julkaisuun sekä kuntoutusta koskevaan yleiseen keskusteluun. Käsillä olevassa lehdessä julkaistaan kaksi tieteellistä tutkimusta, kolme katsausta ja kaksi puheenvuoroa.

Ensimmäisen tutkimuksen päätavoitteena oli selvittää, kuinka moni kaularangan alueen selkäydinvammapotilas koki muutoksia nielemistoiminnoissaan vammautumisen jälkeen ja muuttuiko kokemus vuoden seurantajakson aikana. Tulosten perusteella tutkittavista lähes puolet koki muutoksia nielemistoiminnoissaan, eikä nielemistoinnin muutosta kuvaavien oireiden kokemisessa tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta vuoden seurannan aikana. Toisessa tutkimuksessa tarkasteltiin, mitä nuorten kuntoutujien toimijuuden muodostuminen edellyttää kuntoutuksen ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimuksen perusteella toimintamahdollisuuksien muodostuminen mahdollistaa kuntoutumisen ja on kuntoutuksen edellytys. Tärkeä havainto on, että toimintamahdollisuudet eivät ole vain yksilöstä kiinni vaan ne kytkeytyvät toimintaympäristöön.

Ensimmäisessä katsauksessa arvioidaan INSPIRE-mittarin käytettävyyttä mielen terveystyössä. Katsauksessa todetaan työntekijän kanssa muodostuvalla yhteistyösuhteella olevan tärkeä merkitys toimimiselle. Toinen katsaus kokoaa yhteen tutkimustietoa kivun yhteyksistä hyvinvointiin ja erityisesti seksuaalisuuteen. Kolmannessa katsauksessa kuvataan menetelmä elämäntarinan laatimiseen asiakkaan kanssa. Tämän menetelmän todetaan soveltuvan monipuolisesti kuntoutuksen ammattilaisten käyttöön.

Puheenvuoroista ensimmäisessä tarkastellaan ajankohtaista tilannetta osatyökykyisen työnhakija-asiakkaan palveluohjauksen kehittämisessä TE-toimiston työkykykoordinaattorin näkökulmasta. Toisessa puheenvuorossa pohditaan muun muassa koronapandemian aiheuttamia haasteita osatyökykyisille suunnatuissa työllistymistä tukevis- sa palveluissa.

Suomen ja koko Euroopan muuttuneesta turvallisuustilanteesta huolimatta toivotan lukijoille antoisia hetkiä Kuntoutus-lehden parissa. Toivon, että lehden artikkelit saavat aikaan runsaasti keskustelua niiden esiin nostamista asioista.

Mika Pekkonen

päätoimittaja

LKT, eMBA, lääketieteellinen johtaja, Verve

KOETUT NIELEMISEN MUUTOKSET TAPATURMAISEN KAULAYDINVAMMAN JÄLKEEN – VUODEN SEURANTATUTKIMUS

Johdanto

Suomessa syntyy vuosittain noin 200 uutta selkäydinvammaa tapaturman seurauksena (Johansson ym. 2021). Suurin osa vammautuneista henkilöistä on miehiä (72 %), ja yleisin vammamekanismi on kaatuminen (62 %). Vammautumisen yleisin seuraus on osittainen neliraajahalvaus (58 %), mikä kertoo, että vamma on kaulaytimen alueella. Mitä ylemmällä tasolla selkäydinvaurio on, sitä laajemmalle alueelle ja kriittisempiin elintoihintoihin se vaikuttaa (Kirshblum ym. 2011). Liikuntavamman ja tuntomuutosten lisäksi kaulaydinvamma vaikuttaa esimerkiksi hengityksen ja verenpaineen säätelyyn sekä rakon, suoliston ja sukuelimien toimintoihin (Krassioukov ym. 2012).

Nielemisvaikeus on vähän tunnettu ja tutkittu kaulaydinvamman jälkiseurauksena. Nielemisvaikeudella tarkoitetaan tilaa, jossa sylki, neste tai ruoka ei etene normaalisti suun- telosta ruokatorven kautta mahalaukuun nielaisun aikana. Vaikea-asteisessa nielemisvaikeudessa sylkeä, nestettä tai ruokaa voi ohjautua äänihuulitaso- alpuolelle eli henkitorveen ja keuhkoihin, jolloin puhutaan aspiraatiosta (Rosenbek ym. 1996). Aspiraatio aiheuttaa yleensä yskimisreaktion, mutta osalla potilaista yskimisreaktiota

ei ilmene, jolloin kyseessä on hiljainen aspiraatio (Ramsey ym. 2005). Penetraatiolla taas tarkoitetaan, että nestettä tai ruokaa pääsee hengitystien yläosaan ja/tai äänihuulien tasolle mutta ei henkitorveen (Rosenbek ym. 1996). Nielemisvaikeus voi ilmetä myös esimerkiksi niin, että nielu ei tyhjene kunnolla nielemisen jälkeen, mikä johtaa neste- tai ruoan lammikoitumiseen nielun rakenteisiin, kuten valleculaan ja sinus piriformiksiin; tämä lisää aspiraatoriskiä (Molfenter & Steele 2013).

Niissä harvoissa tutkimuksissa, joissa kaikille tutkimukseen osallistuneille kaulaydinvamman saaneille potilaille on tehty instrumentaalinen nielemisarvio, penetraatio-aspiraation esiintyminen vaihtelee välillä 8–80 prosenttia (Ihalainen ym. 2017, Seidl ym. 2010, Shin ym. 2011, Wolf & Meiners 2003). Nielemisvaikeuteen liittyy useita mahdollisia haittavaikutuksia, kuten keuhkokuume, aliravitsemus, nestevajaus ja elämänlaadun heikkeneminen (Carrión ym. 2015, Garcia-Peris ym. 2007, Leibovitz ym. 2007, Smithard ym. 1996). Nielemisvaikeuksien oikea-aikainen ja luotettava tunnistaminen onkin tärkeää niin potilaan terveyden ja elämänlaadun turvaamisen kuin mahdollisista haittavaikutuksista aiheutuvien hoitokustannusten vähentämisenkin vuoksi.

Nielemisvaikeuksien kliininen ja instrumentaalinen arviointi on puheterapeutin erityisosaamisaluetta, mutta parhaimmillaan nielemisvaikeuksien arviointi ja hoito ovat moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat puheterapeuttien lisäksi myös korvaneä-kurkkutautilääkärit, foniatriit, neurologit, gastroenterologit, ravitsemusterapeutit, hammaslääkärit ja sairaanhoitajat. Myös potilaan oma arvio nielemistoiminnostaan on tärkeää ottaa huomioon. Nielemisvaikeus on subjektiivinen kokemus, joten potilaan oman mielipiteen selvittäminen voi tehostaa vaikeuden tunnistamista (Anderson & Arnold 2013) ja siten aikaistaa jatkotutkimuksiin, kuten kliiniseen ja instrumentaaliseen nielemistutkimukseen, pääsemistä. Edwardsin työryhmän (2004) tutkimuksessa nielemisvaikeus oli jäänyt hoitavalta lääkäriltä huomaamatta ja kirjaamatta 80 prosentilla potilaista, jotka olivat subjektiivisesti kokeneet nielemisvaikeutta. Tutkimustulos tuo esiin sen, että hoitavan lääkärin näkemys ja potilaan oma arvio nielemistoiminnosta poikkeavat usein toisistaan, mikä voi vaikuttaa potilaan mahdollisuuksiin päästä puheterapeutin vastaanotolle tarkempia nielemistutkimuksia sekä seuranta- ja kuntoutussuunnitelman laatimista varten.

Potilaan subjektiivinen itsearviointi ei aina ole täysin luotettava instrumentaaliseen nielemisarviointiin verrattuna (Ding & Logemann 2008, Smith-Hammond 2004). Dingin ja Logemannin (2008) tutkimuksessa potilaiden itsearviointi suoritettiin haastatteleamalla heidät ennen videofluorografia-tutkimusta (VFG). Tutkimuksen perusteella neurologisesti sairaiden potilaiden itsearviointi korreloi heikoimmin VFG-tulosten kanssa verrattuna muiden potilasryhmien itsearviointeihin. Neurologisten potilaiden sairaudesta tai vammasta johtuvat tuntomuutokset tai -puutokset nielun alueella saattavat heikentää heidän kykyään tunnistaa omaa nielemisvaikeuttaan (Ding & Logemann 2008, Papadopoulou ym. 2013).

Vuonna 2017 julkaistun kirjallisuuskatsauksen (Patel ym. 2017) perusteella tarjolla on runsaasti erilaisia yleisluonteisia, kaikille potilasryhmille suunnattuja nielemistointoon liittyviä itsearviointikyselyjä, kuten

myös tarkasti tietyille potilasryhmille suunnattuja itsearviointikyselyjä. Toistaiseksi ei kuitenkaan ole julkaistu ainoastaan kaulaydinvasmapotilaille suunnattua, nielemistoimintoa koskevaa itsearviointikyselyä. Sen sijaan on kehitelty useampiakin itsearviointikyselyjä potilaille, joiden kaularanka on operoitu etukautta (so. leikkausreitti kaulalta edestä) (Bazaz 2002, Hughes ym. 2018, Scalfani ym. 2017, Skeppholm ym. 2012). Takakautta operoiduille (so. leikkausreitti niskasta takaa) kaularankapotilaille ei ole omaa itsearviointikyselyä, vaikka myös heillä sekä molemmista suunnista operoiduilla potilaila voi ilmetä nielemisvaikeuksia leikkauksen jälkeen (Chen ym. 2013, Radcliff ym. 2013, Smith-Hammond 2004). Vain kahdessa tähän mennessä julkaistussa kaulaydinvasmapotilaiden nielemisvaikeuksia käsittelevässä tutkimuksessa on pyritty selvittämään yhdessä mittauspisteessä potilaan omakoh- taista arviota nielemistoiminnostaan (Abel ym. 2004, Shin ym. 2011).

Tässä seurantatutkimuksessa tutkittaville on vammautumisen alkuvaiheessa tehty instrumentaalinen nielemisarvio (VFG) sekä lähetetty kahden kuukauden, puolen vuoden ja vuoden kuluttua vammautumisesta itsearviointikysely. Näiden arviointien perusteella haemme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Kuinka moni tutkittava kokee eri mittauspisteissä nielemistoiminnon muutoksia ja palan tunnetta ja millaisia oireet ovat?
- 2) Muuttuuko tutkittavien itsearvio nielemistoiminnosta vuoden seurantajakson aikana?
- 3) Onko nielemistoimintojen itsearviointien ja videofluorografiatutkimuksen tuloksilla yhteyttä keskenään?

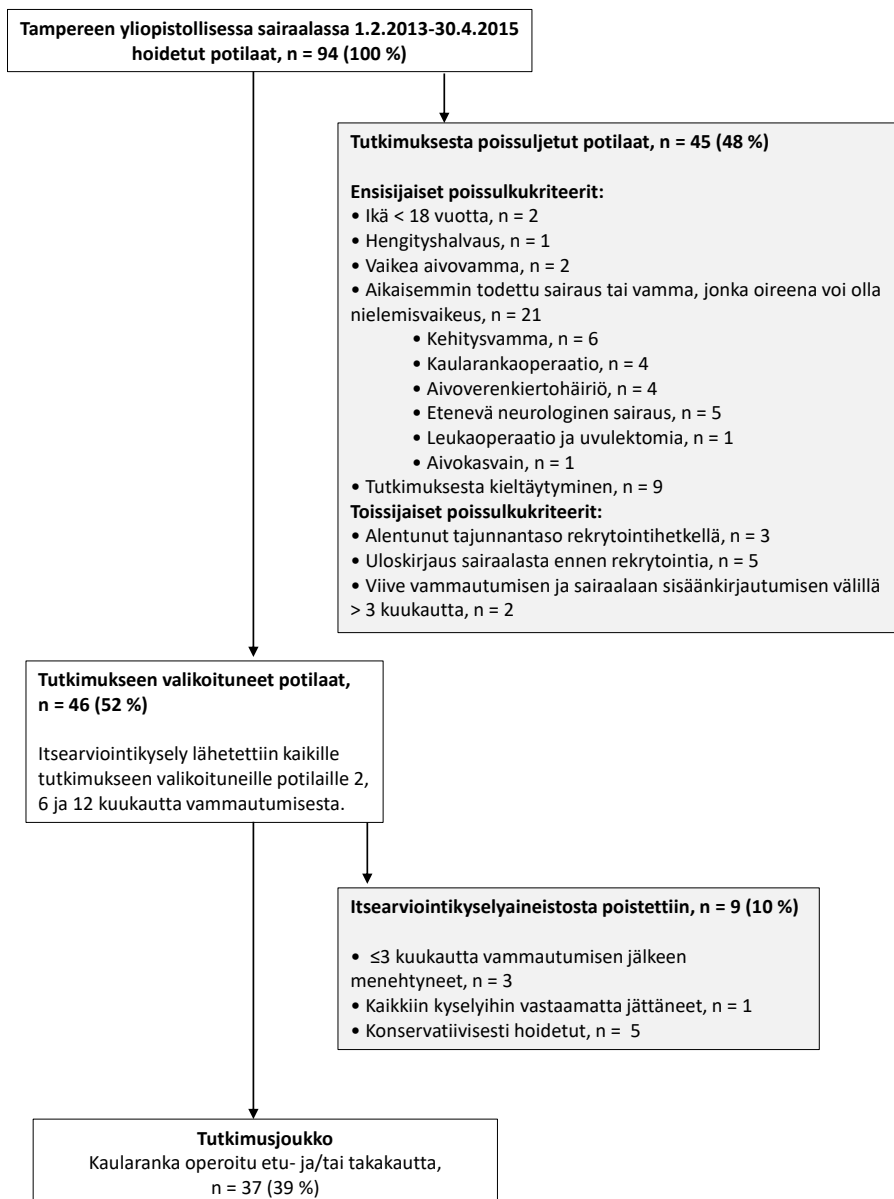
Menetelmät

Tämän prospektiivisen tutkimuksen aineiston kerääminen on toteutettu vuosina 2013–2016 Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Sairaalan erityisvastuualueen alueellinen eettinen toimikunta on antanut myönteisen lausunnon tämän tutkimuksen toteuttamiselle (R12250), ja tutkimusluvan on myöntänyt

Tampereen yliopistollinen sairaala. Kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat saaneet suullisesti ja kirjallisesti tietoa tutkimuksesta ja siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkittavat ovat antaneet osallistumissuostumuksensa kirjallisesti.

Tutkimukseen hyväksyttiin kaikki soveltuvat Tampereen yliopistollisessa sairaalassa 1.2.2013–30.4.2015 hoidetut tapaturma-peräisen kaulaydinvamman saaneet potilaat,

jotka olivat tulleet sinne joko heti akuuttivaiheessa vammautumisen jälkeen tai muualla toteutetun akuuttihoiton jälkeen osastokuntoutukseen. Kaikki saivat tutkimukseen osallistumisen ohessa tavanomaista puheterapeuttista nielemiseen liittyvää arviointia ja kuntoutusta akuutti- ja osastokuntoutusjakson aikana. Tutkimuksen kulku ja poissulkukriteerit on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimuksen kulku ja poissulkukriteerit.

Lopulliseksi tutkimusjoukoksi valikoitui yhteensä 37 potilasta (taulukko 1). Heistä suurin osa oli miehiä (87 %), ja yleisin vammamekanismi oli kaatuminen (76 %). Suurimmalla osalla tutkittavista vamma oli osittainen (78 %) ja sijaitsi kaulaytimen yläosassa (89 %).

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.

	n (%)
Sukupuoli	
Nainen	5 (14)
Mies	32 (87)
Ikä vammautuessa (kuukausina)	
Keskiarvo (keskihajonta)	59,9 (13)
Mediaani (vaihteluväli)	63,2 (26–85)
Vammamekanismi	
Urheilu	2 (5)
Liikenne	6 (16)
Kaatuminen	28 (76)
Tuntematon	1 (3)
AIS-luokka	
AIS A	8 (22)
AIS B	4 (11)
AIS C	4 (11)
AIS D	21 (57)
Vamman taso	
C1–C4	33 (89)
C5–C8	4 (11)
Kaularankaoperaatio	
Etukautta	22 (60)
Takakautta	9 (24)
Etu- ja takakautta	6 (16)

AIS = ASIA impairment scale (ASIA = The American Spinal Injury Association), AIS A = täydellinen vamma, AIS B–D = osittainen vamma, C = cervical eli kaularanka; taso viittaa kaularangan nikamien järjestykseen: C1 = ylin, C8 = alin

Aineiston muodostuminen

Kaikille tutkittaville tehtiin instrumentaalinen nielemisarvio, VFG-tutkimus. Tutkimuksessa tutkittaville annettiin tutkimusprotokollan mukaisesti ohutta vesiliukoista varjoainetta 5, 10 ja 20 millilitraa (Omnipaque 350 mg/ml, GE Healthcare, Oslo, Norway). VFG-tutkimuksen perusteella puheterapeutti (ensimmäinen kirjoittaja) ja radiologi luokittelivat yhdessä tutkittavien nielemisvaikeuden laadun käyttäen Rosenbekin penetraatio-aspiraatioasteikkoa (Rosenbek ym. 1996). Asteikossa on kahdeksan luokkaa, jossa luokat 1–2 edustavat tilannetta, jossa normaalista poikkeavaa penetraatio-aspiraatiota ei tapahdu (Allen ym. 2010, Daggett ym. 2006). Luokat 3–8 edustavat

tilannetta, jossa tapahtuu eriasteista penetraatiota tai aspiraatiota (Rosenbek ym. 1996).

Tutkittavien nielemistoimintoa koskeva itsearviointi toteutettiin lähettämällä heille postitse itsearviointikysely kahden kuukauden, puolen vuoden ja vuoden kuluttua vammautumisesta. Osa tutkittavista oli vielä osastojaksolla kahden kuukauden kuluttua vammautumisesta, ja heille puheterapeutti toimitti itsearviointikyselyn henkilökohtaisesti. Kyselyn vastausosuus oli kahden kuukauden kohdalla 92 prosenttia, puolen vuoden kohdalla 100 prosenttia ja vuoden kohdalla 92 prosenttia. Kahden kuukauden ja vuoden kohdalla toteutettuihin kyselyihin vastaamatta jättivät eri henkilöt. Kahden kuukauden kyselyä ei tehty kolmelle tutkittavalle, sillä he saivat siinä vaiheessa pääasiallisen ravitsemuksen nenämaha- tai gastrostomia-letkun kautta. Nämä tutkittavat vastasivat seuraaviin kahteen kyselyyn. Vuoden kuluttua vammautumisesta tehdyssä kyselyssä kolme henkilöä jätti palauttamatta heille lähetetyt kyselylomakkeet, mutta he olivat vastanneet kahteen edelliseen kyselyyn.

Tässä tutkimuksessa käytetty itsearviointikysely on muokattu alun perin ruotsin ja englannin kielellä julkaistusta *The Dysphagia Short Questionnaire* (DSQ) -kyselystä (Skeppholm ym. 2012). Se on validoitu potilaille, joille on tehty kaularankaoperaatio etukautta. Suomenkielistä käännöstä (Ihalainen, julkaisematon) ei ole toistaiseksi validoitu, eikä sen reliabiliteettia ole arvioitu suomenkielisellä aineistolla. Kyselyssä on viisi aihealuetta, ja tutkittavan tulee valita ainoastaan yksi omaan tilanteeseensa parhaiten soveltuva väittämä jokaisesta aiheesta. Väittämien määrät vaihtelevat aiheittain kolmesta viiteen. Alkuperäinen kysely on järjestysasteikollinen mittari, jonka aihealueitten saamat arvot vaihtelevat välillä 0–4, ja maksimipistemäärä on 18 pistettä. Kyselyn kaksi ensimmäistä osa-aluetta kartoittavat nielemistoimintoa koskevia tuntemuksia ja nielemisvaikeuden oireita (ks. taulukko 2). Kyselyn kolmas osa-alue (ks. taulukko 3) käsittelee kokemusta palan tunteesta nielussa. Kyselyn kaksi viimeistä

osa-aluetta käsittelee mahdollisen nielemisvaikeuden aiheuttamia haittavaikutuksia, joita kyselyssä ovat painonlasku ja keuhkokuume. Tässä tutkimuksessa nämä kaksi viimeistä osa-aluetta jätettiin käsittelemättä, sillä selkäydinvammapotilaiden paino laskee myös vamman seurauksena (Powell ym. 2017) ja koska keuhkokuumeen syyt tällä potilasryhmällä ovat monitekijäiset (Berlowitz ym. 2016).

Tässä artikkelissa keskitytään siis vain kyselyn kolmen ensimmäisen osa-alueen tuloksiin. Tutkittavat luokiteltiin oireettomiksi (0 pistettä) tai oireellisiksi (≥ 1 pistettä). Tutkittava sai 0 pistettä, jos hän valitsi vastausvaihtoehdon, jonka mukaan aihealuetta käsittelevää oiretta ei ole. Kunkin osa-alueen tuloksista raportoidaan erikseen lukumäärät ja prosenttiosuudet. Lisäksi itsearviointien ja VFG-tutkimusten tulosten mahdollisten yhteyksien tutkimista varten kahdesta ensimmäisestä osa-alueesta, nielemistoimintoa ja nielemisvaikeuden oireita kartoittavista kysymyksistä, muodostettiin summamuuttuja: nielemistoiminnon muutos. Summamuuttuja muodostettiin sillä perusteella, että kyselyn nielemistoimintoa ja nielemisvaikeuden oireita käsittelevät väittämät muodostavat yhdessä kokonaisuuden, joka viittaa omakoh-taiseen kokemukseen nielemistoiminnossa tapahtuneesta muutoksesta. Kyselyn kolmas osa-alue (ks. taulukko 3) käsittelee koke-musta palan tunteesta nielussa. Koska pa-lan tunteen kokemus voi esiintyä nielemisvaikeudesta erillisenä oireena (Ko ym. 2012, Rasmussen ym. 2018, Van Daele 2020), ky-selyn tätä aihealuetta käsiteltiin tässä tutki-muksessa omana kokonaisuutenaan.

Tilastolliset analyysit

Tulokset on ilmoitettu jatkuvien muuttujien osalta sekä keski- että hajontalukuina (keskiarvo ja -hajonta; mediaani ja vaihteluväli). Dikotomisten muuttujien osalta on ilmoitet-tu lukumäärät ja prosenttiosuudet. Ryhmien väliset erot testattiin Fisherin nelikenttätes-tillä ja McNemarin testillä. Tilastollisen mer-kitsevyyden tasoksi määriteltiin $p < 0,05$. Ai-neiston analyysi tehtiin IBM SPSS Statistics 26 -ohjelmaa käyttäen.

Tulokset

Tutkittavien kokemat oireet eri mittauspisteissä

Nielemistoimintoa koskevien tuntemusten ja nielemisvaikeuden oireiden ilmenemis-muodot lukumäärinä ja prosenttiosuuksi-na eri mittauspisteissä on kuvattu taulukos-sa 2. Yleisin nielemistoiminnon muutosta kuvaava asia oli tutkittavan tuntemus sii-tä, että ruokaa takertuu silloin tällöin kiin-ni nieluun, jos hän ei ole pureskellut ruokaa riittävän huolellisesti. Vähiten koettiin syl-jen nielemisen vaikeuksia: vain yksi tutkit-tavista (3 %) raportoi siitä yhdessä mittaus-pisteessä, kaksi kuukautta vammautumisen jälkeen. Yleisin nielemisvaikeuteen viittaava muutos oli subjektiivinen tuntemus, että nie-laisu epäonnistuu jollakin tavalla, vaikkei ai-heutakaan yskimisreaktiota. Aspiraatioriskin kohoamiseen viittaavana oireena yskimistä joskus nielemisen aikana tai sen jälkeen ra-portoi tutkittavista kolme (9 %) kahden kuu-kauden kohdalla, viisi (14 %) puolen vuoden kohdalla ja samoin viisi (15 %) vuoden seur-antapisteessä. Toistuvaa tai joka kerta niele-misen jälkeen esiintyvää yskimisoiretta ei ra-portoinut yksikään tutkittavista yhdessäkään mittauspisteessä.

Palan tunteeseen liittyviä oireita raportoi kahdeksan tutkittavaa kahden kuukauden, yhdeksän tutkittavaa puolen vuoden ja kah-deksan tutkittavaa vuoden kuluttua vam-mautumisesta eli hieman vajaa neljännes kunkin mittauspisteen aikana. Palan tuntee-seen liittyvät oireet eri mittauspisteissä on kuvattu taulukossa 3.

McNemarin testin perusteella tutkittavien nielemistoiminnon muutosta koskevassa it-searvioinnissa ei ollut tilastollisesti merkitse-vää eroa kahden kuukauden ja vuoden mit-tauspisteiden välillä ($p = 1,000$). Tutkittavista kolme henkilöä vaihtui oireellisten ryhmäs-tä oireettomien ryhmään seurannan aikana. Toisaalta kaksi tutkittavista vaihtui oireet-tomien ryhmästä oireellisten ryhmään seu-rannan aikana. Muiden tutkittavien kohdalla ei tapahtunut muutosta. Tutkittavien palan tunteen kokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kahden kuukauden ja vuo-den mittauspisteen välillä ($p = 1,000$).

Taulukko 2. Itsearviointikyselyn nielemistoimintoa ja nielemisvaikeutta käsittelevät väittämät ja tutkittavien raportoimat oireet eri mittauspisteissä.

Oirekyselyn väittämät	2 kuukautta vammautumisesta (n = 34)	6 kuukautta vammautumisesta (n = 37)	12 kuukautta vammautumisesta (n = 34)
	n (%)	n (%)	n (%)
Osio 1. Nielemistoiminto			
Minulla ei ole nielemisvaikeuksia.	20 (59)	25 (68)	21 (62)
Ruokaa takertuu silloin tällöin kiinni nieluun, jos en ole pureskellut ruokaa riittävän huolellisesti.	8 (24)	11 (30)	11 (32)
Minun on vaikeaa niellä kiinteää ruokaa (esim. leipä, liha).	4 (12)	0 (0)	1 (3)
Minun on vaikeaa niellä ohuita nesteitä (esim. vesi, maito, mehu).	1 (3)	1 (3)	1 (3)
Minun on vaikea nielaista sylkeä.	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Osio 2. Nielemisvaikeus			
Minusta tuntuu, että nielaisen ihan normaalisti.	21 (62)	20 (54)	22 (65)
Joskus minusta tuntuu, että nielaisu epäonnistuu jollakin tavalla, mutta se ei kuitenkaan aiheuta minulle yskimisreaktiota.	10 (29)	12 (33)	7 (21)
Yskin joskus nielemisen aikana tai heti sen jälkeen.	3 (9)	5 (14)	5 (15)
Yskin toistuvasti nielemisen aikana tai heti sen jälkeen.	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Saan aina yskimiskohtauksen nielemisen aikana tai heti sen jälkeen.	0 (0)	0 (0)	0 (0)

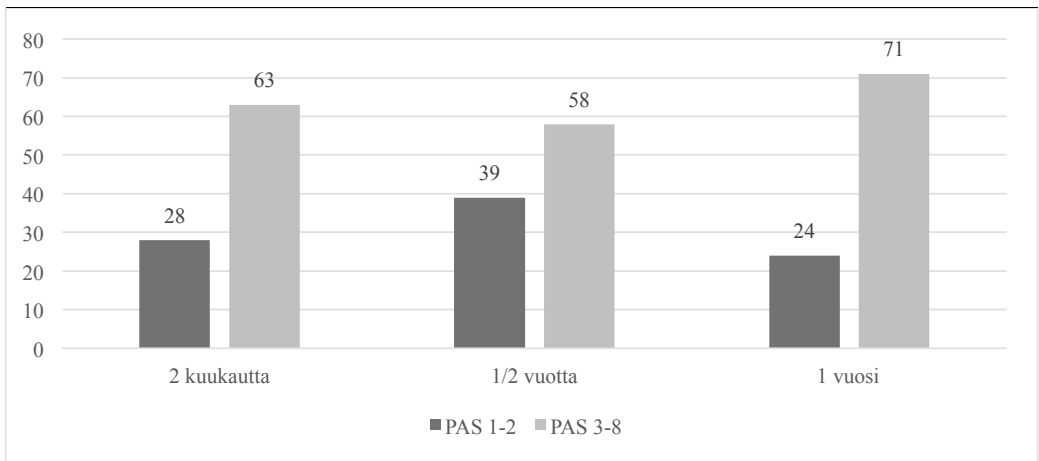
Nielemisen itsearvioinnin ja videofluorografiatutkimuksen tuloksen välinen yhteys

Kaikille tutkittaville tehtiin VFG-tutkimus keskimäärin 20,5 päivää vammautumisesta (keskihajonta 18,5, mediaani 14, vaihteluväli 2–87). Penetraatio-aspiraatioasteikon (Rosenbek ym. 1996) mukaisesti tutkittavat jaettiin ei-penetroijiin/-aspiroijiin (PAS 1–2) ja penetroijiin/aspiroijiin (PAS ≥ 3). Tutkittavista 41 prosenttia (n = 19) kuului ryhmään,

jossa nielemisen yhteydessä tapahtui penetraatiota tai aspiraatiota. Itsearviointikyselyn perusteella tutkittavasta 44 prosenttia (n = 15) raportoi nielemistoiminnon muutoksia kaksi kuukautta vammautumisensa jälkeen, 49 prosenttia (n = 18) puoli vuotta ja 47 prosenttia (n = 16) vuosi vammautumisensa jälkeen. Kun verrattiin penetroija/aspiroija- ja ei-penetroija/aspiroija-ryhmien itsearviointien tuloksia (Fisherin nelikenttätesti), havaittiin, että ryhmät eivät eronneet

Taulukko 3. Itsearviointikyselyn palan tunteen kokemusta kurkussa käsittelevät väittämät ja tutkittavien raportoimat oireet eri mittauspisteissä.

Oirekyselyn väittämät	2 kuukautta vammautumisesta (n = 34)	6 kuukautta vammautumisesta (n = 37)	12 kuukautta vammautumisesta (n = 34)
	n (%)	n (%)	n (%)
Osio 3. Palan tunne kurkussa			
Minulla ei ole palan tunnetta kurkussa.	26 (77)	28 (76)	26 (77)
Minulla on joskus palan tunnetta kurkussa.	7 (21)	8 (22)	8 (24)
Minulla on aina palan tunne kurkussa.	1 (3)	1 (3)	0 (0)



Kuvio 2. Nielemistoitinnon muutoksesta raportoineiden tutkittavien osuus (%) penetraatio-aspiraatioluokittelun (PAS) mukaan eri mittauspisteissä. PAS 1–2 = ei-penetroijat/-aspiroijat, PAS 3–8 = penetroijat/aspiroijat.

merkitsevästi toisistaan kahden kuukauden ($p = 0,082$) ja puolen vuoden ($p = 0,330$) kohdalla vammautumisen. Sen sijaan vuoden kuluttua vammautumisesta ryhmien itsearvioinnit erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p = 0,015$, $OR = 7,8$, 95 %:n luottamusväli 1,7–36,1), eli akuuttivaiheessa instrumentaalisen arvioinnin perusteella penetraatio/aspiraatioryhmään luokitellut tutkittavat raportoivat vuoden kuluttua vammautumisesta tilastollisesti merkitsevästi enemmän subjektiivisia nielemistoitinnon muutoksia kuin ei-penetroija/-aspiroijat. Subjektiivisesta nielemistoitinnon muutoksesta raportoineiden tutkittavien osuus PAS-luokan mukaan eri ajankohtina on esitetty kuviossa 2. Instrumentaalilla arvioinnilla ja tutkittavan subjektiivisella palan tunteen kokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä yhdessäkään mittauspisteessä.

Pohdinta

Tämä on ensimmäinen Suomessa ja maailmalla tehty tutkimus, jossa selvitetään kaulaydinvammapotilaiden kokemuksia nielemistoitinnostaan itsearviointikyselyn avulla vuoden seurantatutkimuksessa. Tutkimuksen vahvuutena on se, että tutkimusjoukko vastaa sukupuolijakaumaltaan, iältään, vammautumismekanismitiltaan ja vamman vaikeusasteeltaan hyvin potilasjoukkoa, jonka

Johanssonin työryhmä (2021) esitteli laajassa suomalaisten tapaturmaperäisten selkäydinvammojen epidemiologiaa käsittelevässä tutkimuksessaan. Tutkimuksen vahvuutena on myös korkea vastausprosentti eri mittauspisteissä.

Tutkittavista lähes puolet koki itsearviointikyselyn perusteella muutoksia nielemistoitinnossaan kaksi kuukautta, puoli vuotta ja vielä vuosi vammautumisen jälkeen. Kahdessa aikaisemmin julkaistussa tutkimuksessa 19–32 prosentilla kaulaydinvamman saaneista potilaista on ollut nielemisvaikeuksia yhdessä aikapisteessä toteutetun itsearviointin perusteella (Abel ym. 2004, Shin ym. 2011). Shin ja kumppanit (2011) kysyivät kaulaydinvammapotilailta ($n = 121$), oliko näillä nielemisvaikeuksia tai oliko nieleminen mahdotonta. Lisäksi kysyttiin nielemisvaikeuteen viittaavista oireista, jotka määriteltiin yskimiseksi nielemisen jälkeen ja muutokseksi puheäänien laadussa vammautumisen tai nielemisen jälkeen. Haastattelun perusteella 32 prosentilla potilaista todettiin nielemisvaikeuksia tai nielemisvaikeuteen viittaavia oireita. Tutkittavista 59 prosenttia oli leikattu etukautta, 17 prosenttia takakautta ja 9 prosentille tutkittavista oli tehty molemminpuolinen kaularankaoperaatio. Abelin työryhmän (2004) tutkittavista ($n = 73$) selvästi vähemmän, 19 prosenttia, koki subjektiivisesti nielemisvaikeutta. Tutkittavista 53

prosenttia oli leikattu etukautta, 8 prosenttia takakautta, ja 14 prosentille tutkittavista oli tehty molemminpuolinen kaularankaoperaatio. Tulosten ero johtunee siitä, että Abelin työryhmä käytti omassa tutkimuksessaan Logemannin ja kumppaneiden (1999) julkaisemaa nielemisen seulontamenetelmää, jossa potilaalta kysytään ainoastaan, onko hän tietoinen omasta nielemisvaikeudestaan. Tulokset eivät siis ole itsearviointimenetelmien ja mittausaikapisteiden epäyhtenäisyyden vuoksi keskenään tai meidän tutkimuksemme kanssa vertailukelpoisia.

Kaularankaoperaation jälkeen ilmeneviä nielemisvaikeuksia on tutkittu paljon erilaisilla itsearviointimenetelmillä. Yksi näistä menetelmistä on laajasti käytetty, mutta validoimaton, Bazazin (2002) nielemisvaikeuskysely. Kahdessa seurantatutkimuksessa, jossa sitä käytettiin, etukautta kaularankaleikatuista potilaista 32–34 prosenttia raportoi nielemisvaikeuteen viittaavista oireista kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta, 18–19 prosenttia puolen vuoden kuluttua ja vuoden kuluttua 13–15 prosenttia potilaista (Bazaz 2002, Lee ym. 2007). Bazazin nielemisvaikeuskyselyä on käytetty myös takakautta kaularankaleikattujen subjektiivisten nielemisvaikeusoireiden selvittämiseen. Radcliffin ja kumppaneiden (2013) tutkimuksen mukaan yhdeksän prosenttia takakautta kaularankaleikatuista potilaista kokee nielemisvaikeuksia kuuden viikon kuluttua leikkauksesta ja kuusi prosenttia puolen vuoden kuluttua. Meidän tutkimuksemme tulosten perusteella tapaturmaperäisen kaulaydinvamman saaneet ja kaularankaleikatut tutkittavat raportoivat selvästi enemmän nielemisvaikeusoireita vielä puolen vuoden ja vuoden kuluttua vammautumisesta kuin Bazazin nielemisvaikeuskyselyllä arvioidut kaularankaleikatut potilaat. Tämä ero saattaa kuitenkin osittain johtua Bazazin nielemisvaikeuskyselyn ja tässä tutkimuksessa käytetyn Skeppholmin itsearviointikyselyn epäyhtenäisyydestä. Skeppholmin ja kumppaneiden tutkimuksessa DSQ ja Bazazin nielemiskysely eivät korreloineet keskenään (Skeppholm ym. 2012).

Nielemistoiminnon muutosta kuvaavien oireiden kokemisessa ei tapahtunut

tilastollisesti merkitsevää muutosta kahden kuukauden ja vuoden aikavälillä. Toisin sanoen tutkittavat eivät siirtyneet tällä aikavälillä oireellisten ryhmästä oireettomien ryhmään tai päinvastoin niin usein, että muutos olisi ollut tilastollisesti merkitsevää. Vaikka lähes puolet tutkittavista koki nielemistoiminnon muutoksia vielä vuosi vammautumisen jälkeen, yleisin nielemistoimintoa koskeva oire oli subjektiivinen tunne siitä, että ruokaa takertuu silloin tällöin kiinni nieluun, jos sitä ei ollut pureskeltu riittävän huolellisesti. Tämän lisäksi vain kuusi prosenttia tutkittavista raportoi vaikeudesta niellä kiinteää ruokaa tai ohutta nestettä vuoden kuluttua vammautumisesta. Yleisin nielemisvaikeutta koskeva oire vuoden seurantapisteessä oli tuntemus, että nielaisu epäonnistuu jollakin tavalla, mutta se ei kuitenkaan aiheuta yskimisreaktiota. Yleisin kohonneeseen aspiraatorisikiin viittaava oire on yskiminen nielemisen aikana tai sen jälkeen (Mari ym. 1997), ja tässä tutkimuksessa 15 prosenttia tutkittavista koki yskimistä joskus nielemisen aikana tai sen jälkeen vielä vuoden kuluttua vammautumisesta. Tämä on merkittävä tulos, sillä se viittaa siihen, että aspiraatorisiki ei ole kaikilta tutkittavilta väistynyt vuoden seurantajakson aikana. Tämän perusteella osa tutkittavista hyötyisi puheterapeutin tekemästä kliinisestä tai instrumentaalisesta nielemisarviosta ja kuntoutuksesta vielä vammautumisen jälkeen toteutetun välittömän osastokuntoutusvaiheen jälkeenkin.

Hieman alle neljännes tutkittavista raportoi oireista, jotka liittyvät palan tunteeseen kurkussa, kahden kuukauden, puolen vuoden ja vuoden kuluttua vammautumisesta. Näissäkään oireissa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta kahden kuukauden ja vuoden mittauspisteen välillä. Palan tunteen kokemus ei välttämättä liity nielemisvaikeuteen vaan voi esiintyä myös erillisenä oireena. Palan tunteen syistä tiedetään vähän, mutta taustalla voi olla esimerkiksi refluksitauti tai muu ruokatorven rakenteeseen tai toimintaan liittyvä seikka (Järvenpää ym. 2018, Rasmussen ym. 2018, Van Daele 2020). Palan tunne kurkussa voi olla myös toiminnallinen oire (Järvenpää ym. 2018). Toisaalta

palan tunne voi aiheutua myös kaularangan alueen rakenteellisista muutoksista, kuten osteofyyteistä (Ko ym. 2012). Tapaturma-peräisen kaulaydinvamman saaneiden potilaiden palantunteen taustasyöt voivat olla monitekijäiset, eikä niiden selvittäminen ole tämän tutkimuksen puitteissa mahdollista. Olisi kuitenkin mielenkiintoista selvittää, liittyykö palan tunne tällä potilasryhmällä kaularangan alueen vamman ja/tai leikkauksen jälkitilaan ja niiden aiheuttamiin rakenteellisiin tai toiminnallisiin muutoksiin. Toisaalta tutkimustiedon perusteella kaulaydinvammapotilailla esiintyy ruokatorven yläsulkijan toiminnan häiriöitä (Neville ym. 2005), joten palan tunne voisi liittyä myös ruokatorvipäraseen syyhyn.

Tutkimuksen mielenkiintoisin tulos oli se, että Rosenbekin PAS-asteikolla penetroiiksi tai aspiroiiksi luokitellut tutkittavat raportoivat itsearviointikyselyssä tilastollisesti merkitsevästi enemmän oireita vuoden kuluttua vammautumisen kuin ei-penetroiijat tai -aspiroiijat. Tämän tuloksen syiden selvittäminen vaatii jatkotutkimusta. Onko esimerkiksi kaulaydinvammapotilailla vammautumisen alkuvaiheessa nielun alueella tuntopuutoksia, joiden vuoksi potilas ei itse tunnista muutoksia nielemistoimintansa? Toinen mahdollinen selitys voisi olla kaulaydinvamman liittyvä yskimisvoiman heikentyminen (Schilero ym. 2009). Heikentyneen yskimisvoiman takia kaulaydinvammapotilaiden kyky reagoida aspiraatioon yskimällä epäonnistuu, ja potilas ei siis itsekään saa adekvaattia palautetta nielemisen epäonnistumisesta. Onko tässä tutkimustuloksessa kyse siis siitä, että vuoden seurannan aikana yskimisvoima ja nielun sensoriikka palautuvat osittain, jolloin potilas pystyy alkuvaihetta paremmin monitoroimaan nielemiseen liittyviä tuntemuksiaan ja raportoimaan niitä tarkemmin nielemiskyselyssä?

Jatkotutkimuksessa kehitettäviä osa-alueita olisivat tälle potilasryhmälle soveltuvan luotettavan nielemistoiminnon itsearviointiin tarkoitettujen itsearviointikyselyjen huolellinen laadinta riittävän isolla potilasaineistolla. Tässä tutkimuksessa käytetty Skeppholmin työryhmän (2012) itsearviointikysely valikoitui aineistonkeruun menetelmäksi sillä

perusteella, että kyselyn kohderyhmänä olivat potilaat, joille oli tehty kaularangan alueen operaatio. Tämän lisäksi perusteluna oli myös se, että kysely oli helppo ja nopea täyttää. Kyselyä ei kuitenkaan validoitu suomen kielelle ennen aineiston keräämistä, mikä voi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Lisäksi kyselystä jouduttiin poistamaan sen kaksi viimeistä osiota kaulaydinvammapotilaiden arviointiin soveltumattomina. Tämä aiheutti sen, että tulosanalyyseissä ei pystytty käyttämään kyselyn alkuperäistä järjestysasteikollista skaalausta. On myös tärkeää huomata, että tämän tutkimuksen aineiston koko on pieni, ja sen vuoksi tuloksia voidaan pitää lähinnä suuntaa antavina. Skeppholmin ja kumppaneiden (2012) jälkeen on julkaistu ainakin kaksi uutta kyselyä, jotka on todettu luotettaviksi kaularankaleikkattujen potilaiden nielemisvaikeuksien itsearviointiin (Hughes ym. 2018, Sclafani ym. 2017). Näiden kyselyiden soveltuvuus suomenkielisten potilaiden arviointiin tulisi arvioida validoimalla kysely suomen kielelle käyttäen instrumentaalista nielemistutkimusta. Lisäksi tulisi arvioida, olisiko suomen kielelle validoitu EAT-10-nielemisvaikeusoirekysely soveltuva tämän potilasjoukon arvioimiseen (Järvenpää ym. 2021).

Potilaiden omakohtaisten nielemistoimintoon liittyvien tuntemusten selvittäminen on jo itsessään arvokasta, mutta parhaimmillaan sen avulla potilas voidaan ohjata puheterapeuttisen seurannan piiriin oikea-aikaisesti ja tehokkaasti ja siten vähentää nielemisvaikeudesta aiheutuvaa haittaa. Tulevaisuudessa olisi tärkeää kehittää kaulaydinvammapotilaiden nielemisen arvioimiseen yhtenäinen kansallinen ohjeistus, joka pitäisi sisällään potilaan itsearviointin ja puheterapeuttisen arvioinnin.

Tulosten merkitys: Vuoden kuluttua noin puolet (47 %) tutkittavista koki muutoksia nielemistoimintonsa ja alle viidesosa (15 %) koki aspiraatoriskin kohomiseen viittaavaa oiretta eli yskimistä nielemisen aikana tai sen jälkeen. Nämä potilaat hyötyisivät puheterapeutin säännöllisestä seurannasta vielä pitkään

vammautumisen jälkeen, jotta voitaisiin vähentää nielemisvaikeudesta aiheutuvaa haittaa ja terveystilaa.

Tiivistelmä

Suomessa syntyy vuosittain noin 200 uutta selkäydinvammaa tapaturman seurauksena. Näistä lähes 60 prosenttia osuu kaularangan alueelle. Nielemisvaikeus on vähän tunnettu ja tutkittu kaulaydinvamman jälkiseuraus. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka moni kaulaydinvammapotilas koki muutoksia nielemistoiminnossaan vammautumisen jälkeen ja muutui kokemus vuoden seurantaajan aikana. Lisäksi tutkimme, onko itsearvion ja objektiivisen instrumentaalisen arvon tuloksilla yhteyttä keskenään. Tutkimuksen aineisto kerättiin vuosina 2013–2016 Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimukseen osallistui 37 tapaturmapotilaista, joista suurin osa oli miehiä (87 %) ja yleisin vammamekanismi oli kaatuminen (76 %). Aineisto koostuu kuntoutumisen alkuvaiheessa tehdyn instrumentaalisen nielemisarvion tuloksista sekä tutkittavien kahden kuukauden, puolen vuoden ja vuoden kuluttua vammautumisesta täyttämien nielemistoimintoa koskevien itsearviointikyselyjen tuloksista. Tutkittavista lähes puolet koki muutoksia nielemistoiminnossaan kaksi kuukautta (44 %), puoli vuotta (49 %) ja vielä vuosi (47 %) vammautumisensa jälkeen. Nielemistoiminnon muutosta kuvaavien oireiden kokemisessa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta vuoden seurannan aikana. Akuuttivaiheessa tehdyn nielemistoiminnon instrumentaalisen arvon perusteella penetroidiksi tai aspiroidiksi luokitellut tutkittavat raportoivat itsearviointikyselyssä tilastollisesti merkitsevästi enemmän oireita vuoden kuluttua vammautumisesta kuin ei-penetroidit tai -aspiroidit. Tutkittavista 15 prosenttia koki yskimistä joskus nielemisen aikana tai sen jälkeen vielä vuoden kuluttua vammautumisesta.

Avainsanat: nielemisvaikeus, itsearviointi, itsearviointikyselylomake, selkäydinvamma, kaularanka

Abstract

Personal experiences of changes in swallowing function in patients with traumatic cervical spinal cord injuries: a one-year follow-up study

About 200 new traumatic spinal cord injuries occur in Finland every year. Of them, almost 60 percent are cervical spinal cord injuries. The aim of this study was to examine how many subjects experienced changes in swallowing function and whether the subjects' self-assessment of swallowing function changed during the one-year follow-up period. In addition, we studied whether the results of self-assessment and instrumental assessment were associated with each other. The data collection was carried out in 2013–2016 at the Tampere University Hospital. A total of 37 patients participated in the study, the majority of whom were men (87%), and the most common injury mechanism was falls (76%). The data consisted of the results of instrumental swallowing evaluation at the early stage of recovery, and answers to self-assessment questionnaires at two months, six months and one year after the injury. Almost half of the subjects experienced changes in their swallowing function two months (44%), half a year (49%) and one year (47%) after their injury. There was no statistically significant change in the experience of changes in swallowing function during the one-year follow-up. Subjects classified as penetrator / aspirators based on the instrumental swallowing assessment reported statistically significantly more symptoms in the self-assessment questionnaire one year after injury than non-penetrator / aspirators. 15% of subjects still experienced coughing sometimes during or after swallowing one year after the injury.

Keywords: dysphagia, self-assessment, self-assessment questionnaire, traumatic spinal cord injury, cervical spine

Kiitokset

Lämmin kiitos kaikille tutkimukseen osallistuneille henkilöille ja kyselylomakkeiden postittamisesta ja käsittelystä vastanneelle tutkimushoitaja Anne Simille.

Tiina Ihalainen, FT, yliopisto-opettaja, logopedian tutkinto-ohjelma, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto; Tampereen yliopistollinen sairaala (28.2.2021 asti), puheterapeutti

Teemu Luoto, dosentti, erikoislääkäri, neurokirurgian vastuuyksikkö, Tampereen yliopistollinen sairaala; lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen yliopisto

Liina Toivanen, FM, logopedian tutkinto-ohjelma, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto (28.4.2021 asti)

Anna-Maija Korpijaako-Huuhka, emeritaprofessori, logopedian tutkinto-ohjelma, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

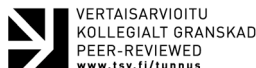
Lähteet

- Abel R, Ruf S, Spahn B (2004) Cervical spinal cord injury and deglutition disorders. *Dysphagia* 19, 2, 87 - 94. [https://doi: 10.1007/s00455-003-0511-y](https://doi.org/10.1007/s00455-003-0511-y)
- Allen J, White C, Leonard R, Belafsky P (2010) Prevalence of penetration and aspiration on videofluoroscopy in normal individuals without dysphagia. *Otolaryngology - Head & Neck Surgery* 142, 2, 208 - 213. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2009.11.008>
- Anderson KK, Arnold PM (2013) Oropharyngeal dysphagia after anterior cervical spine surgery: A review. *Global Spine Journal* 3, 4, 273 - 286. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1354253>
- Bazaz R (2002) Incidence of dysphagia after anterior cervical spine surgery: A prospective study. *Spine* 27, 22, 2453 - 2458.
- Berlowitz DJ, Wadsworth B, Ross J (2016) Respiratory problems and management in people with spinal cord injury. *Breathe* 12, 4, 328 - 340. <https://doi.org/10.1183/20734735.012616>
- Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M, . . . Clavé P (2015) Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clinical Nutrition* 34, 3, 436 - 442. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.014>
- Chen C, Saulle D, Fu K, Smith JS, Shaffrey CI (2013) Dysphagia following combined anterior-posterior cervical spine surgeries. *Journal of Neurosurgery Spine* 19, 3, 279 - 287. <https://doi.org/10.3171/2013.6.SPINE121134>
- Daggett A, Logemann J, Rademaker A, Pauloski B (2006) Laryngeal penetration during deglutition in normal subjects of various ages. *Dysphagia* 21, 4, 270 - 274. <https://doi.org/10.1007/s00455-006-9051-6>
- Ding R, Logemann JA (2008) Patient self-perceptions of swallowing difficulties as compared to expert ratings of videofluorographic studies. *Folia Phoniatrica Et Logopaedica* 60, 3, 142 - 150. <https://doi.org/10.1159/000120622>
- Edwards CC, Karpitskaya Y, Cha C, Heller JG, Laurysen C, Yoon ST, Riew KD (2004) Accurate identification of adverse outcomes after cervical spine surgery. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume* 86-A, 2, 251 - 256. <https://doi.org/10.2106/00004623-200402000-00006>
- García-Peris P, Paron L, Velasco C, de la Cuerda C, Cambor M, Breton I, . . . Clavé P (2007) Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clinical Nutrition* 26, 6, 710 - 717. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2007.08.006>
- Hughes AP, Salzmann SN, Aguwa OK, Miller CO, Duculan R, Shue J, . . . Mancuso CA (2018) HSS dysphagia and dysphonia inventory (HSS-DDI) following anterior cervical fusion: Patient-derived, validated, condition-specific patient-reported outcome measure outperforms existing indices. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume* 100, 10, e66. <https://doi.org/10.2106/JBJS.17.01001>
- Ihalainen T, Rinta-Kiikka I, Luoto TM, Koskinen EA, Korpijaako-Huuhka A, Ronkainen A (2017) Traumatic cervical spinal cord injury: A prospective clinical study of laryngeal penetration and aspiration. *Spinal Cord* 55, 11, 979 - 984. <https://doi.org/10.1038/sc.2017.71>
- Johansson E, Luoto TM, Vainionpää A, Kauppila AM, Kallinen M, Vaarala E, Koskinen E (2021) Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Finland. *Spinal Cord* 59, 761 - 768. <https://doi.org/10.1038/s41393-020-00575-4>
- Järvenpää P, Arkkila P, Aaltonen LM (2018) Globus pharyngeus: a review of etiology, diagnostics, and treatment. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 275, 1945 - 1953. <https://doi.org/10.1007/s00405-018-5041-1>
- Järvenpää P, Kuuskoski J, Pietarinen P, Markkanen-Leppänen M, Freiberg H, Ruuskanen M, Aaltonen LM (2021) Finnish version of the eating assessment tool (F-EAT-10): a valid and reliable patient-reported outcome measure for dysphagia evaluation. *Dysphagia*. Epub ahead of

- print. PMID: 34518933. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10362-9>
- Kirshblum S, Burns SP, Biering-Sorensen F, Donovan W, Graves DE, Jha A, . . . Waring W (2011) International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised 2011). *The Journal of Spinal Cord Medicine* 34, 6, 535 - 546. <https://doi.org/10.1179/204577211X13207446293695>
- Ko MT, Chen HL, Peng JP, Lin TY, Lin WC (2012) Do cervical degenerative diseases associate with foreign body sensation of the pharynx? *Dysphagia*, 27, 1, 88 - 93. <https://doi.org/10.1007/s00455-011-9342-4>
- Krassioukov A, Biering-Sorensen F, Donovan W, Kennelly M, Kirshblum S, Krogh K, Alexander MS, Vogel L, Wecht J (2012) International standards to document remaining autonomic function after spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine* 35, 4, 201 - 210. <https://doi.org/10.1179/1079026812Z.00000000053>
- Lee MJ, Bazaz R, Furey CG, Yoo J (2007) Risk factors for dysphagia after anterior cervical spine surgery: A two-year prospective cohort study. *Spine Journal* 7, 2, 141 - 147. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2006.02.024>
- Leibovitz A, Baumohl Y, Lubart E, Yaina A, Platinovitz N, Segal R (2007) Dehydration among long-term care elderly patients with oropharyngeal dysphagia. *Gerontology* 53, 4, 179 - 183. <https://doi.org/10.1159/000099144>
- Logemann JA, Veis S, Colangelo L (1999) A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia* 14, 1, 44 - 51. <https://doi.org/10.1007/PL00009583>
- Mari F, Matei M, Ceravolo MG, Pisani A, Montesi A, Provinciali L (1997) Predictive value of clinical indices in detecting aspiration in patients with neurological disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 63, 4, 456 - 460. <https://doi.org/10.1136/jnnp.63.4.456>
- Molfenter SM, Steele CM (2013) The relationship between residue and aspiration on the subsequent swallow: An application of the normalized residue ratio scale. *Dysphagia* 28, 4, 494 - 500. <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9459-8>
- Neville AL, Crookes P, Velmahos GC, Vlahos A, Theodorou D, Lucas CE (2005) Esophageal dysfunction in cervical spinal cord injury: A potentially important mechanism of aspiration. *The Journal of Trauma* 59, 4, 905 - 911. <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000188086.02488.b1>
- Papadopoulou S, Exarchakos G, Beris A, Ploumis A (2013) Dysphagia associated with cervical spine and postural disorders. *Dysphagia* 28, 4, 469 - 480. <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9484-7>
- Patel DA, Sharda R, Hovis KL, Nichols EE, Sathe N, Penson DF, . . . Francis DO (2017) Patient-reported outcome measures in dysphagia: A systematic review of instrument development and validation. *Diseases of the Esophagus* 30, 5, 1 - 23. <https://doi.org/10.1093/dote/dow028>
- Powell D, Affuso O, Chen Y (2017) Weight change after spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine* 40, 2, 130 - 137. <https://doi.org/10.1179/2045772314Y.0000000264>
- Radcliff K, Koyonos L, Clyde C, Sidhu G, Fickes M, Hilibrand A, . . . Rihn J (2013) What is the incidence of dysphagia after posterior cervical surgery? *Spine* 38, 13, 1082 - 1088. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e318287ec9f>
- Ramsey D, Smithard D, Kalra L (2005) Silent aspiration: What do we know? *Dysphagia* 20, 3, 218 - 225. <https://doi.org/10.1007/s00455-005-0018-9>
- Rasmussen ER, Schnack DT, Ravn AT (2018) A prospective cohort study of 122 adult patients presenting to an otolaryngologists office with globus pharyngeus. *Clinical Otolaryngology* 43, 3, 854 - 860. <https://doi.org/10.1111/coa.13065>
- Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB, Coyle JL, Wood JL (1996) A penetration-aspiration scale. *Dysphagia* 11, 2, 93 - 98. <https://doi.org/10.1007/BF00417897>
- Schilero GJ, Spungen AM, Bauman WA, Radulovic M, Lesser M (2009) Pulmonary function and spinal cord injury. *Respiratory Physiology & Neurobiology* 166, 3, 129 - 141. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2009.04.002>
- Sclafani JA, Ross DI, Weeks BH, Yang M, Kim CW (2017) Validity and reliability of a novel patient reported outcome tool to evaluate post-operative dysphagia, odynophagia, and voice (DOV) disability after anterior cervical procedures. *International Journal of Spine Surgery* 11, 35. <https://doi.org/10.14444/4035>
- Seidl RO, Nusser-Muller-Busch R, Kurzweil M, Niedeggen A (2010) Dysphagia in acute tetraplegics: A retrospective study. *Spinal Cord* 48, 3, 197 - 201. <https://doi.org/10.1038/sc.2009.102>
- Shin JC, Yoo JH, Lee YS, Goo HR, Kim DH (2011) Dysphagia in cervical spinal cord injury. *Spinal Cord* 49, 9, 1008 - 1013. <https://doi.org/10.1038/sc.2011.34>
- Skeppholm M, Ingebro C, Engstrom T, Olerud C (2012) The dysphagia short questionnaire: An instrument for evaluation of dysphagia: A validation study with 12 months follow-up after anterior cervical spine surgery. *Spine* 37, 11, 996 - 1002. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31823a7a5b>
- Smithard DG, O'Neill PA, Parks C, Morris J (1996) Complications and outcome after acute stroke: does dysphagia matter? *Stroke* 27, 7, 1200 - 1204. <https://doi.org/10.1161/01.STR.27.7.1200>
- Smith-Hammond C (2004) Prospective analysis of incidence and risk factors of dysphagia in spine surgery patients: Comparison of anterior cervical, posterior cervical, and lumbar procedures. *Spine* 29, 1441 - 6. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000129100.59913.ea>
- Van Daele DJ (2020) Esophageal manometry, pH testing, endoscopy, and videofluoroscopy in patients with globus sensation. *The Laryngoscope*

130, 9, 2120 - 2125. <https://doi.org/10.1002/lary.28289>

Wolf C, Meiners TH (2003) Dysphagia in patients with acute cervical spinal cord injury. *Spinal Cord* 41, 6, 347 - 353. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101440>



KUNTOUTUMINEN TOIMINTAMAHDOLLISUUKSINA – AMMATTILAISTEN KÄSITYKSET NUORTEN KUNTOUTUJIEN TOIMIJUUDESTA

Johdanto

Kuntoutuksen järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisyydestä on viime vuosikymmeninä pyritty siirtymään kohti asiakas- tai toimijakeskeisyyttä. Kuntoutumisen on katsottu edellyttävän yksilön toimijuuden vahvistumista (Jalava 2013) ja aktiivisen yksilön henkilökohtaisia tavoitteita (Järvikoski ym. 2015).

Toimijuutta korostavan asiakaslähtöisen kuntoutusparadigman nostaminen asiantuntijapainotteisen lähestymistavan rinnalle sai alkunsa vammaisliikkeen myötä 1970- ja 1980-luvuilla (Järvikoski 2013, 12, 22). Suomessa tämä painotus alkoi näkyä selonteoisissa ja lainsäädännössä 1990-luvun alussa.

Huomiota on pyritty siirtämään diagnooseista toimintakykyyn esimerkiksi WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen eli ICF:n (International Classification of Functioning, Disability and Health) myötä. Kuntoutuksen tarvetta ei enää määritä välttämättä sairaus tai diagnoosi vaan se, kykeneekö yksilö toimimaan vai ei (Jalava 2013, 149).

Kehityksestä huolimatta voidaan kuitenkin sanoa, ettei kuntoutuksen asiakas- tai toimijalähtöisyyden vahvistamisessa ole

onnistuttu (Stevanovic ym. 2020, Åkerblad & Haapakoski 2020). Kuntoutumisen tavoitteet annetaan usein ulkoapäin (Helén 2011). Asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden toimijuutta heikentää se, että kuntoutus on monimutkaisesti organisoitu (Miettinen 2011) ja aliresursoitu, erityisesti mielenterveyspalveluiden osalta (Alanko 2017).

Empiirisissä tutkimuksissa on tarkasteltu toimijuuden ja mielenterveyden kytkeytymistä yhteen. Tämän perusteella tiedetään, että kyky toimia yhteiskunnan odotusten mukaisesti helpottaa kuntoutumista. Toisaalta rakenteita vastaan toimiminen tai niistä irrottautuminen voi olla merkki toimijuudesta, mutta se johtaa yleensä pysyvään psyykkiseen ahdinkoon (Vilpola 2021, Rikala 2020). Tarvitaan kuitenkin lisää tietoa siitä, miten kuntoutusta voisi kehittää tukemaan nuorten kuntoutujien toimijuutta. Tätä varten tarkastelemme artikkelissa sitä, *mitä nuorten kuntoutujien toimijuuden muodostuminen edellyttää kuntoutuksen ammattilaisten näkökulmasta*. Kuntoutuksen ammattilaisilla on arvokasta tietoa toimijuuden tukemisen mahdollisuuksista ja esteistä. Tietoa nuorten toimijuuden mahdollisuuksista tarvitaan, jotta kuntoutuksen asiakas- ja toimijalähtöisyys vahvistaisi nykyistä paremmin nuorten

mielenterveyttä ja osallisuutta. Tämä on tärkeää, koska nuorten mielenterveyden häiriöiden ja osattomuuden lisääntyminen on herättänyt erityistä yhteiskunnallista huolta (Laaksonen ym. 2021).

Hyödynnämme Amartya Senin (2010) toimintamahdollisuuksien lähestymistapaa (*capability approach*), joka auttaa kiinnittämään huomiota siihen, miten kuntoutujien omaehtoista toimijuutta voidaan mahdollistaa. On esitetty, että tämä lähestymistapa voisi tarjota uudenlaisen näkökulman kuntoutujien toimijuuteen ja sen edellytyksiin (Järvikoski ym. 2015, Lindh & Suikkanen 2011, Saikku & Kokko 2012). Lähestymistapaa on sovellettu myös empiirisissä tutkimuksissa (Mäntyneva 2020, Tepora-Niemi 2020) esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien ammatillisen kuntoutuksen osalta (Salminen 2019). Tässä artikkelissa tarkastelemme laajemmin kuntoutumisen edellyttämiä toimintamahdollisuuksia.

Toimintamahdollisuuksien lähestymistapa: kohti omaehtoista toimijuutta

Toimijuuden käsite ja sen lähikäsitteet, kuten voimaantuminen (Helén 2011, 159) ja osallisuus (Mäntyneva 2020), auttavat tarkastelemaan kuntoutujan aktiivista roolia eri näkökulmista. Lisäksi kuntoutuksen tutkimuksessa on käytetty asiakaskeksisyyden tai -lähtöisyyden käsitteitä (Järvikoski 2013, 41).

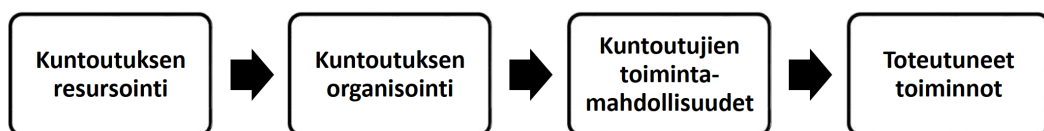
Esimerkiksi Helénin (2011) mukaan asiakaslähtöisyydestä on kuitenkin tullut iskuna, jolla ei ole edistetty ihmisten omaehtoisuutta vaan lisätty yksilöiden vastuuta oman elämänsä hallinnasta. Tällainen toimijuuskäsitys näkyy myös tutkimuksissa, joissa on

haastateltu ammattilaisia. He usein suhtautuvat kriittisesti nuorten kykyyn osallistua kuntoutukseen ja yhteiskuntaan vastuullisina toimijoina ja asiakkaina (Häikiö & Kallinen 2017). Toimijuus voi tarkoittaa ammattilaisten mukaan esimerkiksi sitä, että yksilö kykenee ottamaan vastuuta omasta taloudestaan (Salo 2019, 72).

Vastakohtana sille, että kuntoutujilta odotetaan vastuullista toimintaa, tutkijoiden piirissä jaetaan käsitys, että kuntoutuminen edellyttää omaehtoista toimijuutta (Järvikoski 2013, 21–24). Tästä näkökulmasta ammattilaisten tehtävä on tukea kuntoutujia tavoitteiden omaehtoisessa pohtimisessa ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämisessä (Aaltonen ym. 2015, 65, Wahlbeck ym. 2018).

Omaehtoisuudelle on kuitenkin nähty rakenteellisia esteitä, kuten kuntoutukseen suunnattujen resurssien vähyys (Alanko 2017). Näiden tekijöiden vaikutus on tunnistettava, jottei yksilöitä vastuullistettaisi asioista, joihin he eivät voi vaikuttaa. Myös ammattilaiset kritisoiivat ylhäältä päin säädeltyä kuntoutusjärjestelmää, joka jättää palveluiden asiakkaille vähän mahdollisuuksia toimia omalla tavallaan ja esimerkiksi osallistua palveluiden suunnitteluun (Wahlbeck ym. 2018, Aaltonen ym. 2015, 62).

Toimintamahdollisuuksien lähestymistapa auttaa jäsentämään, mitä omaehtoinen toimijuus on ja mitä se edellyttää kuntoutukselta. Kuvio 1 esittää, miten toimintamahdollisuudet muodostuvat. Lähtökohtana niiden syntymiselle ovat kuntoutuksen rakenteelliset ehdot eli resurssit sekä se, miten kuntoutus on organisoitu. Kuntoutuksen organisointi määrittää, miten resurssit muuntuvat toimintamahdollisuuksiksi (*capabilities*) eli vaihtoehtoisiksi tavoiksi toimia (Sen 2010). Lopulta osa vaihtoehtoista valikoituu



Kuvio 1. Toimintamahdollisuuksien lähestymistavan elementit kuntoutuksessa (mukailtu Robeyns 2003).

kuntoutukseen liittyviksi toteutuneiksi toiminnoksi (*functionings*), kuten terveyden-tilan paranemiseksi, opiskelun etenemiseksi, ammattitaidon kehittymiseksi tai sosiaalisten suhteiden luomiseksi.

Tästä näkökulmasta kuntoutuminen edellyttää juuri toimintamahdollisuuksia (Brunner 2017). Olennaisia eivät ole vain näkyvät toiminnot vaan kuntoutujien mahdollisuudet tehdä kuntoutumiseensa liittyviä valintoja. Kaikkien ei tarvitse kyetä samoihin toimintoihin, mutta silti esimerkiksi vakavistakin mielenterveyden häiriöistä kärsivät tarvitsevat toimintamahdollisuuksia. Toisaalta se, että yksilöille tarjotaan tasapuoliset kuntoutumista tukevat resurssit, ei vielä takaa kaikille vapauksia tehdä valintoja elämässä (Sen 2010, 253). Olennaista on, miten resurssit muuntuvat toimintamahdollisuuksiksi. Tähän vaikuttaa esimerkiksi kuntoutuksen organisointi.

Toimintamahdollisuuksien tiedetään olevan olennaisia kuntoutumisen kannalta myös empiirisen tutkimuksen perusteella. Mäntynevan (2020) mukaan se, että kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvat kokevat osallistumisen pakottavaksi, ei vahvista toimijuutta eikä tue kuntoutumista. Toisaalta Tepora-Niemen (2020) mukaan nuorena MS-tautiin sairastuneiden toimintamahdollisuudet, eli vapaus myöntää sairaus sekä osallistua kuntoutukseen itselle sopivalla hetkellä, ovat toimijuuden kannalta tärkeitä. Lisäksi Salmisen (2019) mukaan ammatillinen kuntoutus luo parhaimmillaan nuorille kuntoutusrahan saajille ammatillisia tulevaisuudennäkymiä – eli toimintamahdollisuuksia. Pahimmillaan tulevaisuus näyttää kuntoutujista kuitenkin vaihtoehdottomalta, mikä vaikeuttaa kuntoutumista.

Toimintamahdollisuuksien lähestymistapa tarjoaa uuden näkökulman keskusteluun siitä, missä määrin toimija on vapaa ja siten vastuussa toiminnastaan ja missä määrin rakenteet ohjaavat häntä (Lindh & Suikkanen 2011, 132). Tämä lähestymistapa ei ratkaise tai selitä yksilöiden ja rakenteiden välistä suhdetta. Se kiinnittää huomion rakenteisiin konkreettisina resursseina ja organisoinnin tapoina, joiden käytännöllisenä tavoitteena on toimintamahdollisuuksien lisääminen

(Abel & Frohlich 2012). Tästä näkökulmasta rakenteita ei tarvitse muuttaa heti oikeudenmukaisiksi, vaan pieneltäkin vaikuttavat toimintamahdollisuudet ovat lähtökohta muutokselle.

Aineisto ja analyysi toimintamahdollisuuksien näkökulmasta

Tutkimusta varten haastattelimme kuntoutuksen ammattilaisia neljässä ryhmähaastattelussa. Tätä ennen olimme haastatelleet nuoria kuntoutujia, jotka saivat tai olivat saaneet nuoren kuntoutusrahaa (Salminen 2019). Haastateltavaksi kutsutut ammattilaiset valikoituivat pääosin sen perusteella, että nuoret pitivät kuntoutumisensa kannalta tärkeinä. Haastatellut jaoteltiin työnkuvansa mukaan niin, että yhdessä ryhmässä teemana oli lääkinnällinen kuntoutus, yhdessä sosiaalinen kuntoutus ja kahdessa ammatillinen kuntoutus. Osallistujat työskentelevät organisaatioissaan erilaisilla nimikkeillä: mukana oli psykologeja (3 henkilöä), psykiatri, sosiaalityöntekijöitä (2 henkilöä), esimies, toiminnanohjaaja, kehittämisspäällikkö, valmentajia (2 henkilöä), ohjaaja, opettajia tai erityisopettajia (2 henkilöä), kuraattori ja asiantuntijoita (3 henkilöä). Osallistujat työskentelevät Pirkanmaalla. Ryhmähaastatteluisissa oli läsnä kaksi tutkijaa.

Haastatteluissa ei käsitelty yksittäisiä nuoria vaan kuntoutuksen käytäntöjä ja toimintatapoja. Emme määritelleet tarkkoja ikärajoja nuorille kuntoutujille. Sen sijaan halusimme ymmärtää tätä elämänvaihetta kokonaisuutena. Keskustelu ei myöskään rajoittunut teemojen tai ammattiryhmien mukaan yksittäisten kuntoutuksen kategorioiden sisälle, vaan erilaiset kuntoutuksen tavoitteet kietoutuivat toisiinsa. Puolistrukturoituja haastatteluja ohjasivat seuraavat teemat ja kysymykset: Millaisia palvelutarpeita nuorilla kuntoutujilla on ja vastataanko niihin? Miten kuntoutuspalvelut tukevat opiskelua ja työelämää kohti menemistä? Millaista on ammattilaisten välinen yhteistyö? Millaisia uusia toimintamalleja ammattilaiset kaipaavat työssään? Teemoista ja ohjaavista kysymyksistä huolimatta keskustelu kulki vapaasti. Aineistoa kertyi yhteensä

seitsemän tuntia. Aineisto litteroitiin tekstiksi, joka koodattiin ATLAS.ti-ohjelmalla.

Analyysiyksiköksi tutkimuksessa muodostui ammattilaisten toimijuuskuvaukset eli aineistokohdat, joissa ammattilaiset kertovat, millaista toimijuutta nuorilta kuntoutujilta odotetaan ja mikä sitä estää. Analyysi eteni kolmessa vaiheessa. Tunnistimme ensin konkreettiset ja ilmeiset onnistuneen kuntoutuksen edellyttämät *toteutuneet toiminnot* tai toimintakyvyt. Aineisto jäsenyi yksilön terveyttä, sosiaalisia taitoja ja suhteita sekä opintojen kautta hankittua ammattitaitoa edistäviin toimintoihin ja toimintakykyihin.

Ammattilaiset eivät kuitenkaan korostaneet nuorten kuntoutujien vastuuta vaan omaehtoisen toimijuuden merkitystä näiden toimintojen saavuttamisessa. Ymmärtääksemme tätä omaehtoisuutta hyödynsimme analyysin toisessa vaiheessa Senin (2010) toimintamahdollisuuksien lähestymistapaa. Kiinnitimme huomiota *toimintamahdollisuuksiin* eli mahdollisuuksiin tehdä valintoja erilaisten toimintojen välillä. Laadullisen tutkimuksen keinoin on mahdollista tunnistaa nämä helposti huomaamatta jäävät vielä toteutumattomat vaihtoehdot ja niiden merkitys (Zimmermann 2006).

Lopulta kysyimme, millaiset *kuntoutuksen resursointiin tai organisointiin* liittyvät tekijät estävät toimintamahdollisuuksien muodostumista ja miten kuntoutusta kannattaisi kehittää, jotta kuntoutujien toimintamahdollisuudet vahvistuisivat.

Toimijuus mahdollisuutena riittävään hoitoon ja terveyteen

Ammattilaisten haastatteluiden perusteella keskeinen kuntoutuksen tavoite on terveys. Terveys on kuntoutuksen lopputulos eli toteutunut toiminto (Sen 1993, 31). Toimijuuden kannalta olennaista on toimintamahdollisuuksien muotoutuminen eli vapaus tehdä terveyteen ja sitä tukeviin palveluihin liittyviä valintoja (Ruger 2010).

Ammattilaiset korostivat haastatteluissa, että nuorten terveyden edistämiseen liittyviä valintoja rajoittavat erityisesti puutteet kuntoutuksen resursoinnissa. Kun nuori tahoo toipua, hoitoa ei usein ole tarjolla ja hän

joutuu jonottamaan pitkiä aikoja. Tällöin nuorten toipumistavoitteet helposti vähenevät. Kun hoito järjestyy, nuorten toimintamahdollisuuksia rajoittaa palveluissa työskentelevien työtaakka ja kiire.

Ammattilaiset toivat esiin myös sen, että kuntoutuksen organisoinnin tavat estävät kuntoutujien toimintamahdollisuuksien muodostumista. Joustamattomat organisaatioympäristöt eivät tarjoa valinnanvaraa sen osalta, milloin ja missä kuntoutus toteutuu. Joustavuutta tarvittaisiin, koska toipumisen käynnistymistä ei voi pakottaa. Kuntoutuminen edellyttää sisäisen tahdon ja omien toimintamahdollisuuksien löytämistä, mikä vaatii tilaa ja aikaa.

"Mietin että mikä yksittäisessä nuoressa on se, että lähtee toipumaan. Niin, jotenkin sen näkee siitä nuoresta, että sillä joku raksuttaa tuolla. Vaikka ongelmat on ihan hirveitä, vaikka menee kolme vuotta, että sitten asioita oikeasti tapahtuu. Tai neljä, tai viisi vuotta, että aikajänne voi olla aika pitkä. [...] Sitten kun se jonkin näköinen oma tahto tulee, niin sitten asiat rupeavat menemään eteenpäin." (Pajan ohjaaja)

Haastateltavien mielestä nuorten kuntoutuksen tulisi olla ajallisesti ja tilallisesti joustavaa. Yhtäältä silloin, kun nuoren oma kuntoutumisen tahto on muodostunut, apua tulisi olla tarjolla. Toisaalta hoito tulisi organisoida tilallisesti niin, ettei se tapahdu vain terveysasemilla, sairaaloissa tai vastaanotoilla. Erään psykiatrin mukaan mielenterveysongelmia ei voi ratkaista yksinomaan vastaanottoaikana terveydenhuollon toimintaympäristössä:

"Ei mikään tämmöinen esimerkiksi psykiatrinen hoito pysty tämän tyyppiin asioihin vastaamaan. Se on korkeintaan 45 minuuttia kerran viikossa, et kaikki nämä muutkin palikat pitäisi toimia." (Psykiatri)

Terveyttä tulisi tukea kokonaisvaltaisesti ympäristöissä, joissa nuoret muutenkin ovat. Hyödylliseksi pirkanmaalaiset ammattilaiset

mainitsivat niin sanotun Turun mallin, jossa mielenterveyspalveluita on tarjottu koulussa. Heidän mukaansa hoitoa ja terapiaa voisi myös viedä koteihin niille, joiden on vaikea lähteä sieltä pois mielenterveyden häiriöiden vuoksi. Kuntoutuksen organisointi ajallisesti ja tilallisesti joustavasti lisäisi nuorten toimintamahdollisuuksia eli tilaisuuksia valita omaan tilanteeseensa sopivia palveluita. Tämä vahvistaisi ammattilaisten mukaan nuorten toimijuutta kuntoutuksessa.

Toimijuus mahdollisuutena solmia sosiaalisia suhteita

Haastatteluiden perusteella kuntoutukseen liittyy odotus sosiaalisten taitojen ja suhteiden kehittymisestä. Terveiden tavoin ne ovat kuntoutuksen lopputuloksia eli toteutuneita toimintoja. Ammattilaisten mukaan nuoret kuntoutujat kokevat kuitenkin sosiaalisia paineita, ja siksi heillä voi olla vaikeuksia saavuttaa yhteisön jäsenyyteen liittyvät taidot ja toiminnot. Sosiaaliset paineet voivat olla jopa kuntoutumisen este. Siksi onkin tärkeää tukea nuorten sosiaalisia toimintamahdollisuuksia – suhteiden solmimista omaan tahtiin.

Kaikista vähiten toimintamahdollisuuksia on niillä nuorilla, jotka eivät kykene poistumaan kotoaan. Ammattilaiset pohtivat, miten tavoittaa nämä kaikkein yksinäisimmät nuoret. Kotoa pois pääseminen avaisi nuorille uusia toimintamahdollisuuksia elämässä. Tällöin kuntoutujien toimijuus ei olisi vain vaikeiden tilanteiden välttelemistä vaan pyrkimistä oman tilanteen parantamiseen (Rikala 2020). Ammattilaiset arvelevat esimerkiksi tulonsiirtojen ehdollisuuden ohjaavan nuoria ”näyttäytymään” kodin ulkopuolella. Tämä voisi käynnistää toimintamahdollisuuksien muodostumisen. Lisäksi Kela voisi välittää tietoa toimeentuloasiakkaista kuntien sosiaalihuollon palveluihin, jotta sosiaalityö tavoittaisi kotona pysyvät nuoret.

Toimintamahdollisuuksien näkökulmasta on kuitenkin varottava, ettei nuoria yksinomaan pakoteta sosiaalisiksi toimijoiksi:

”Mikä estää kuntoutumista niin, varmaan ihan keskeisenä että asiakas tai

ihminen ei löydä itteensä siitä. Että tämä on muitten idea, ei tämä ole mun juttuni ollu. Ne pakotti minut tänne. [...] Ajattelen että mielenterveystyössä katsottaisiin enemmän sitä henkilöä, kun asiakasta lähetään hirveästi, ikään kuin pakottaan. [...] Niin olen sitä mieltä että se ei ole se mikä asiakasta tukee. Vaan se, että hänet ensin hyväksytään semmoisena kun hän on, sairautensa kanssa.” (Asumisyksikön esimies)

Nuorten kuntoutumista tukee se, että sosiaalinen yhteisö hyväksyy hänet sairautsiin. Kuntoutumista tukeva sosiaalinen prosessi on haastattelujen perusteella keskeinen nuorten toimintamahdollisuuksien muotoutumisen kannalta. Nuoret tarvitsevat tukihenkilöitä, jotka hiljalleen ja pakottamatta kannustavat heitä tekemään valintoja esimerkiksi palveluista. Tällainen tukihenkilö voisi olla esimerkiksi henkilökohtainen avustaja. Tällä hetkellä kuntoutus on kuitenkin organisoitu niin, että henkilökohtainen avustaja on vammaispalvelutoimiston näkökulmasta mahdollinen vain vammaisille eikä mielenterveyskuntoutujille.

Toimintamahdollisuuksien lisääntymisen näkökulmasta ammattilaisten haastatteluisa korostuu myös vaivihkainen vertaissuhteiden mahdollistaminen:

”Me ollaan pikkasen siinä sivussa välillä, jotta he voivat myöskin käydä keskenään, ilman että ne [asiat] menisivät kaikki jotenkin meidän läpi.” (Toiminnanohjaaja)

Nuoria esimerkiksi kutsutaan kerran viikossa matalan kynnyksen ryhmätapaamisiin, joissa he kohtaavat muita nuoria ilman erityisiä vaatimuksia tai tavoitteita. Työntekijät vetäytyvät tarvittaessa sosiaalisista tilanteista sivuun, jotta nuorille jää omaa tilaa.

Lisäksi ammattilaiset kertoivat, että kuntoutumista tukee se, että kuntoutujat saavat itse esimerkiksi asumisyksiköissä vaikuttaa ympäristöön sisustamalla. Pieneltä vaikuttavasta asiasta voi ”lähteä ajatus että nyt minä alan auttamaan itseäni” (sitaatti asumisyksikön esimieheltä).

Nuorten mahdollisuutta muodostaa sosiaalisia suhteita rajoittaa myös se, ettei kouluissa resursseja ole juurikaan varattu opettamisen lisäksi yhteisöllisyyden luomiseen. Lisäksi koulunkäynnin organisointi rajoittaa sosiaalisten toimintamahdollisuuksien muodostumista. Esimerkiksi lukio-opintojen keskeytyessä nuori ajautuu kokonaan opintojen ja koulun tarjoamien sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. Ammatillisissa oppilaitoksissa mahdollisuus hakeutua joustavasti opintoihin ympäri vuoden pirstoo kouluyhteisöjä, eikä ryhmähenkeä aina synny opiskelijoiden aloittaessa opinnot eri aikoihin.

Toimijuus mahdollisuutena ammatillisiin tulevaisuuden näkyymiin

Toimintamahdollisuuksien näkökulmasta ammatillisen kuntoutuksen ja koulutuksen tavoite ei ole vain tiedollinen tai taidollinen oppiminen vaan nuorten mahdollisuuksien vahvistaminen omaan elämäänsä liittyvien päätösten tekijöinä (Tani ym. 2019, Salmiinen 2019). Ammatillaisten mukaan nuorten toimijuus edellyttää tilaisuuksia valita ammattiin liittyvien vaihtoehtoisten tulevaisuudennäkymien välillä. Nuorilta kuitenkin odotetaan yhä nopeampaa ammattialan löytämistä ja valmistumista – toteutuneiden toimintojen saavuttamista. Liian nopea eteneminen estää toimintamahdollisuuksien ja siten aidon toimijuuden muodostumisen.

”Ihminen täytyisi saada paranemaan, että siitä nyt nops, äkkiä tonne yhteiskuntaan ja siitä töihin ja kouluun. Sillä tavalla, että on kauhea vauhti, ei anneta aikaa ihmisille.” (Asumisyksikön esimies)

Nuorilla voi olla epärealistinen käsitys esimerkiksi siitä, että valmistumisen myöhästymisen vuodelle olisi kohtalokasta. Kiireen takia nuoret kuntoutujat tekevät myös helposti vääriä valintoja. Usein jakso ammatilliseen koulutukseen valmentavassa koulutuksessa (VALMA) tai välivuosi edistää kuntoutumista, etenkin jos nuori ei tiedä, minkä alan koulutukseen hän haluaisi suuntautua.

Toimintamahdollisuuksia rajoittaa ammattilaisten näkökulmasta myös ammatillisen kuntoutuksen ja opintojen organisoinnin joustamattomuus. Erityisesti lukiossa ainoa jousto on opiskeluajan pidentäminen kolmesta vuodesta neljään vuoteen. Lukioidissa ei ole samanlaisia toimivia käytäntöjä joustavien opintopolkujen suorittamiseksi kuin ammatillisissa oppilaitoksissa. Oppilas ei voi tulla kouluun esimerkiksi parina päivänä viikossa. Opiskelijan jäädessä sairauslomalle hän jää kokonaan opintojen ulkopuolelle. Joidenkin nuorten osalta kuntoutumista yhteiskuntaan edistäisi, jos kuntouttavassa työtoiminnassa olisi mahdollista suorittaa osatutkintoja, erilaisia lupakortteja tai hygieniapassi.

Ammatillisissa oppilaitoksissa toimintamahdollisuuksia rajoittavat erityisesti yhteisten tutkinnon osien (joita ovat viestintä ja vuorovaikutusosaaminen, matemaattisluonnontieteellinen osaaminen, yhteiskunta- ja työelämäosaaminen) joustamaton toteuttaminen. Nuoret eivät voi valita itselleen sopivia oppimistapoja tai osoittaa taitojaan heille ominaisilla tavoilla. Ammatillaisten käsitys on, että yhteisten tutkinnon osien teoriapainotteinen opetus kaventaa toimintamahdollisuuksia. Joidenkin nuorten oppimista tukisi se, että esimerkiksi matemaattisia aineita opiskeltaisiin ammattiaineiden opiskelun lomassa:

”Jos on semmoinen nuori, joka haluisi vaan tehdä töitä ja tekee jo hyvin kokin töitä, nii sitten hänellä saattaa roikkua siellä kaks matikan kurssia, yks kemian kurssi. Siihen ei ole taivuttu vielä, että hän voisi vaikka ne matematiikan kurssit näyttää sillä että hän osaa tehdä kymmenen litraa keittoa ja pienentää, mutta ei. Se ei auta. Hänen pitää siinä saakelin paperille ne rustata.” (Kuraattori)

Jos opiskeltava ala osoittautuu liian vaikeaksi, nuoren toimintamahdollisuuksien tukeminen edellyttää ammattilaisten mukaan opintojen mukauttamista. Nuoren osaamisen kirjaaminen osaamispassiin mahdollistaisi ei-tutkinnon suorittaneiden nuorten

osaamisen tunnistamisen. Työnantajat saivat tietää siitä, miten opintoja on mukautettu, mitä nuori osaa ja mitä nuori voisi osata jatkokoulutuksen jälkeen. Näin vain osin suoritettujen opintojen ei pitäisi päätyä umpikujaan.

Nuorista työelämään siirtyminen voi vaikuttaa pelottavalta ja pakottavalta. Lopulta kuitenkin myös ne nuoret, joiden työllistyminen on vaikuttanut epävarmalta, voivat löytää itselleen sopivia toimintamahdollisuuksia työpaikoilla. Nuoresta, jonka toimijuutta nykyinen koulujärjestelmä ei ole tukenut, voi tulla tehtävänsä hyvin hallitseva ammattilainen hänelle soveltuvassa työympäristössä.

Ammattilaiset kritisoivat Suomea ”lupattujen tutkintojen maana”, jossa kaikilla pitäisi olla ammattitutkinto. Opintojen asettaminen kunnan kansalaisuuden ehdoksi aiheuttaa toisinaan nuorissa vastareaktioita, joiden myötä he siirtyvät yhteiskunnan reunamille, esimerkiksi hankkimaan elantonsa laittomin keinoin. Ammattilaiset kyseenalaistavat kokoaikaisen työn normin kuntoutuksen tavoitteena ja kysyvät ”tarviiko meidän kaikkien tehdä kaheksaa tuntia päivässä” (sitaatti toiminnanohjaajalta). Heidän mukaansa osatyökykyiset tarvitsevat täysipäiväisen työn teon ihanteesta poikkeavia mahdollisuuksia omaan elämäntilanteeseensa sopivan työpanoksen tekemiseksi. Kuntoutuspalvelut ovat ammattilaisten mukaan aina hyödyksi – myös silloin, jos työn tekeminen osoittautuu mahdottomaksi. Hyvä elämä ei välttämättä edellytä palkkatyötä. Kuntoutujille arvokasta voi olla vaikkapa se, että on oma koti ja pystyy itse huolehtimaan omasta arjestaan. Kaikilta ei voi odottaa kykenemistä samoihin toimintoihin, kuten kokoaikaiseen työn tekemiseen. Kaikilla tulisi kuitenkin olla toimintamahdollisuuksia eli tilaisuuksia valita oman elämän näkökulmasta arvokkaita toimintoja, kuten huolenpito kodista.

Johtopäätökset

Olemme tarkastelleet kuntoutuksen ammattilaisten näkökulmasta nuorten mielenterveyskuntoutujien toimijuuden muodostumista hyödyntäen toimintamahdollisuuksien

lähestymistapaa. Kuntoutuksen ammattilaisten haastattelujen perusteella kuntoutuminen edellyttää terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin sekä opiskeluun ja ammattiin liittyvien toimintakykyjen kehittymistä. Toimintamahdollisuuksien lähestymistapa auttaa analyttisesti erottamaan nämä toimintakyvyt tai toiminnot varsinaisesta toimijuudesta, joka edellyttää yksilöiden vastuullistamisen sijaan aitoa omaehtoisuutta (Wahlbeck ym. 2018). Toimintamahdollisuudet tukevat kuntoutumista.

Toimintamahdollisuuksien lähestymistapa auttaa kiinnittämään huomiota siihen, että toimijuuden tukeminen edellyttää rakenteellisia ratkaisuja toimintamahdollisuuksien esteiden ylittämiseksi. Toimijuuden kehittymistä ei voi asettaa yksittäisten kuntoutujien tai ammattilaisten vastuulle. Toimintamahdollisuudet eivät synny tyhjästä vaan edellyttävät resurssien kohdistamista kuntoutukseen, terveydenhuoltoon ja koulutukseen sekä uudenlaisia joustavampia tapoja organisoida kuntoutumista tukevia käytäntöjä.

Haastatteluiden perusteella kuntoutuminen edellyttää mahdollisuuksia ja tilaisuuksia tehdä toimintoihin – terveyteen, sosiaalisiin taitoihin ja suhteisiin sekä opiskeluun ja ammattia kohti menemiseen – liittyviä valintoja. Toimintamahdollisuuksia kuitenkin estävät erilaiset pakot, jotka liittyvät usein kuntoutuksen aliresursointiin tai organisoimisen ongelmiin (taulukko 1). Ammattilaiset esittävät myös ideoita toimintamahdollisuuksien eli kuntoutumiseen liittyvien vapauksien lisäämiseksi.

Tulosten perusteella nuorten mielenterveyskuntoutusta tulisi siis kehittää niin, että kuntoutujille avautuu tilaisuuksia omaan kuntoutumiseensa liittyvien valintojen tekemiseen. Vaihtoehtojen luominen edellyttää erityisesti mielenterveyspalveluiden kroonistuneen aliresursoinnin korjaamista. Mahdollisuus tehdä kuntoutumiseen liittyviä valintoja edellyttää myös sitä, että kuntoutus joustaa yksilöiden tarpeiden ja elämäntilanteiden mukaan. Palvelujärjestelmä, joka määrittää valmiiksi, miten hoito tapahtuu tai opinnot suoritetaan, ei välttämättä tue toimijuutta. Kuntoutuksesta ei ole hyötyä, jos kuntoutuva nuori ei koe toimintaa omaksi

Taulukko 1. Yhteenveto nuorten kuntoutujien toimintamahdollisuuksien esteistä ja ideoita toimintamahdollisuuksien lisäämiseksi ammattilaisten näkökulmasta.

Toiminto	Toimintamahdollisuuksien rajoitteet (pakot)	Ideat toimintamahdollisuuksien lisäämiseksi (vapaudet)
A. Hoito ja terveys	<p>Nuoret odottavat hoitoa pitkään, koska resursseja on vähän.</p> <p>Palvelujärjestelmä määrittää, koska nuoret saavat hoitoa (ajallinen joustamattomuus).</p> <p>Hoito tapahtuu muodollisissa ympäristöissä (tilallinen joustamattomuus).</p>	<p>Vaihtoehtojen luominen nuorille edellyttää lisäresursseja.</p> <p>Kun nuoren oma tahto ottaa apua vastaan on muodostunut, apua tulisi olla tarjolla.</p> <p>Nuoren terveyttä tulisi tukea arkisissa ympäristöissä kuten kouluissa tai tarvittaessa kodeissa.</p>
B. Sosiaaliset suhteet ja taidot	<p>Nuoret kokevat sosiaalisia paineita, mikä vaikeuttaa kuntoutumista.</p> <p>Kouluissa resursseja ei ole varattu yhteisöllisyyden luomiseen.</p> <p>Ammatillisissa oppilaitoksissa jatkuva haku pirstoo yhteisöllisyyttä, kun nuoret aloittavat opinnot eri aikoina.</p> <p>Lukio-opintojen keskeytyessä nuori ajautuu sosiaalisten piirien ulkopuolelle.</p>	<p>Kaveripalvelu houkuttelisi nuoria hiljalleen palveluiden piiriin.</p> <p>Matalankynnyksen palveluissa nuorille annetaan tilaa tutustua rauhassa toisiinsa.</p> <p>Nuoret saavat hallita tilaa asumisyksiköissä esimerkiksi sisustamalla.</p>
C. Opiskelu ja ammatti	<p>Nuorten mielestä työelämään siirtyminen vaikuttaa pelottavalta ja pakottavalta.</p> <p>Nuorilta kuntoutujilta odotetaan nopeaa ammattialan löytämistä ja valmistumista.</p> <p>Lukioissa ei ole joustavia opintopolkuja.</p> <p>Ammatillisissa oppilaitoksissa yhteiset tutkinnon osat eivät joustu ja opetus voi olla liian teoriapainotteista.</p>	<p>VALMA tai välivuosi voi tarjota mahdollisuuden pohtia omaa alaa rauhassa.</p> <p>Kuntouttavassa työtoiminnassa nuori voisi edistää opintoja suorittamalla osatutkintoja, erilaisia lupakortteja tai hygieniapassin.</p> <p>Nuori voisi mukauttaa opintoja ja osaamispassi kertoisi, miten mukautusta on tehty ja mitä lisäkoulutusta nuori voi tarvita.</p>

eikä kuntoutuminen tarjoa aitoja toimintamahdollisuuksia (Mäntyneva 2020, Järvikoski 2013, 24).

Tämän tutkimuksen rajoitteet liittyvät toimintamahdollisuuksien lähestymistavan rajoitteisiin. Deanin (2009) mukaan toimintamahdollisuuksien lähestymistapa keskittyy yksilön vapauksiin abstraktisti eikä ota tarpeeksi huomioon yhtäältä ihmisten välisiä riippuvuussuhteita tai toisaalta yhteiskunnallisia valta-asemia. Voidaan kysyä, hyötykö esimerkiksi kuntoutukseen osallistuva masentunut nuori siitä, että hänen valinnanvapauttaan korostetaan. Voiko yksilö välillä turvautua muihin ja antaa heidän tehdä valintoja puolestaan menettämättä kuitenkaan

toimijuuttaan? Pahimmillaan toimijuuden korostaminen asettaa kuntoutujan vastuuseen omasta tilanteestaan.

Toisaalta vaikka toimintamahdollisuuksien lähestymistapa korostaa esimerkiksi resurssien merkitystä, se ei tarjoa kovin monipuolisia työkaluja erilaisten vallan muotojen analysoimiseen (Robeyns 2003). Tästä näkökulmasta voidaan kysyä, ovatko nuoret kuntoutujat sellaisessa yhteiskunnallisessa asemassa, että olisi realistista saada lisäresursseja tai joustavuutta palveluihin. On kuitenkin tärkeää huomata, ettei vaihtoehtojen luominen aina vaadi lisäresursseja. Esimerkiksi nuorten mahdollisuus valita asumisyksikköön ostettava sohva samanhintaisten

vaihtoehtojen joukosta ei aiheuta lisäkuluja, mutta tällä on nuorille suuri merkitys. Lopullinen toiminto – sohvan hankinta – on sama, mutta toimintamahdollisuuksia syntyy vain, jos nuoret voivat vaikuttaa päätökseen. Joillekin tällainen pieneltä vaikuttava valinta voi luoda tunteen toimijuudesta, toisille se voi aloittaa prosessin, jonka lopputuloksena yksilö ”alkaa auttaa itseään” ja kuntoutuu. Prosessi voi johtaa myös muutoksiin kuntoutuksen käytäntöjä määrittävissä rakenteissa (Abel & Frohlich 2012).

Tulevaisuudessa tulisi tutkia toimintamahdollisuuksien toteutumista erilaisissa tilanteissa. Tätä varten olisi tärkeää antaa laadullisen tutkimuksen keinoin ääni erityisesti kuntoutujille itselleen (Mäntyneva 2020). Näkökulmaa voisi laajentaa ja kysyä, miten kuntoutujien elämäntilanne kokonaisuutena mahdollistaa tai estää toimintamahdollisuuksien syntymisen. Tarkastella voisi toimintamahdollisuuksien näkökulmasta kuntoutuksen lisäksi myös työmarkkinoita (Tepora-Niemi 2020) ja erilaisia tulonsiirtoja (Salminen 2019). Lisäksi tulisi tutkia, voiko kuntoutus tukea poliittista toimijuutta eli mahdollisuutta vaikuttaa oman elämän lisäksi yhteiskuntaan laajemmin (Laitio 2014, Rikala 2020, 1033).

Toimintamahdollisuuksien lisääminen edellyttää, että niiden toteutumista kyetään arvioimaan ja mittaamaan. Toimintakyky tai hyvinvointimittareiden tulisi sisältää toimijuuteen ja vapautteen liittyviä kysymyksiä (Alkire 2005, ks. Leemann ym. 2021). Esimerkiksi ICF-luokitus keskittyy kuntoutumisen näkyviin lopputuloksiin eli toimintoihin, ei toimintamahdollisuuksiin (Simon ym. 2013). Se ei myöskään ota huomioon toimijuuden ulkoisten ehtojen, kuten resurssien, välttämättömyyttä (Mitra 2006).

Kaikki eivät voi kyetä samanlaisiin toimintoihin, esimerkiksi työn tekemiseen, mutta silti kaikki tarvitsevat toimintamahdollisuuksia – kyvyn tehdä valintoja omassa elämässä omien arvojen mukaisesti (Sen 2010, 237, 261). Kuntoutus on keskeinen keino edistää kansalaisten toimintamahdollisuuksia yhteiskunnassa (Romakkaniemi ym. 2018, 20). Sen avulla ei kuitenkaan pystytä muuttamaan toimijuutta rajoittavia

rakenteita esimerkiksi työmarkkinoilla (Saiku & Kokko 2012, 14). Kansalaisten toimintamahdollisuuksien tukeminen edellyttäisi, että kuntoutus kytetään laajasti mahdollisuuksia luovan yhteiskuntapolitiikan käytäntöihin koulutuksessa, työssä ja yhteisöissä.

Tulosten merkitys: Kuntoutuminen edellyttää, että kuntoutuksen ammattilaiset luovat kuntoutujille mahdollisuuksia näiden omien toimintamahdollisuuksien vahvistamiseksi. Toimintamahdollisuudet eivät synny itsestään. Ne edellyttävät riittäviä resursseja tarpeita vastaavien palveluiden tarjoamiseksi ja nykyistä joustavampia tapoja kuntoutuskäytäntöjen organisoimiseksi.

Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, mitä nuorten kuntoutujien toimijuuden muodostuminen edellyttää kuntoutuksen ammattilaisten näkökulmasta. Laadullista tutkimusta varten haastateltiin ammattilaisia, kuten psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, opettajia ja erityisopettajia, neljässä ryhmähaastattelussa. Haastattelussa keskityttiin erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi kuntoutukseen osallistuvien nuorten toimijuuteen. Toimintamahdollisuuksien lähestymistapaa soveltamalla tutkimus osoittaa, että nuoret tarvitsevat mahdollisuuksia toimia omaehtoisesti ja tehdä omassa elämässään terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin sekä opiskeluun ja ammattiin liittyviä valintoja. Ammattilaisten näkökulmasta toimintamahdollisuuksien muodostuminen mahdollistaa kuntoutumisen ja on kuntoutuksen edellytys. Kuntoutus ei tue toimijuutta, jos se ainoastaan vastuullistaa nuoria tarjoamatta heille aitoja ja omaehtoisia valinnan mahdollisuuksia. Toisin sanoen toimintamahdollisuudet eivät ole vain yksilöstä kiinni vaan kytkeytyvät toimintaympäristöön. Tästä syystä kuntoutukseen suunnattujen resurssien vähyys ja joustamaton organisointi usein

vaikeuttavat toimijuuden ja toimintamahdollisuuksien muodostumista. Esteenä ovat esimerkiksi vähäiset resurssit terveydenhuollossa ja ammatillisessa kuntoutuksessa. Toisaalta joustamattomat tavat tarjota terveystalvveluita tai tukea nuorten oppimista ja sosiaalisia suhteita koulussa ovat esteenä toimijuuden muodostumiselle ja siten kuntoutumiselle.

Avainsanat: kuntoutus, toimijuus, toimintamahdollisuudet, ammattilaiset

Abstract

Agency of young recoverees from the viewpoint of rehabilitation professionals

In this study, we examine the requisites for agency of young recoverees from the perspective of rehabilitation professionals. For this qualitative study, professionals such as psychologists, social workers, teachers/special educators were interviewed in four group interviews. The interviews focused in particular on the agency of young people in rehabilitation due to mental and behavioral disorders. Applying the capability approach, the article suggests that young people need opportunities to act independently and make choices in their own lives related to health, social relations, education and profession. From the point of view of the professionals, this is a prerequisite for rehabilitation. Rehabilitation does not support agency if it only makes young people responsible without offering them genuine choices in life. In other words, the formation of capabilities does not depend only on the individual but also on the environment. For this reason, the scarcity of resources for rehabilitation and rigid organization often hinder agency and capabilities. Obstacles include, for example, limited resources in health care and vocational rehabilitation. On the other hand, inflexible ways of providing health care services or supporting young people's learning and social relations at

school stymies the formation of agency, and therefore, rehabilitation.

Keywords: rehabilitation, agency, capabilities, professionals

Kela on rahoittanut tutkimushanketta "Kuntoutus, palvelut ja työllistyminen - Nuorten kuntoutusrahaa saavien yhteiskunnallista osallisuutta vahvistavat käytännöt".

Jarkko Salminen, YTM, tutkija, Tampereen yliopisto

Liisa Häikiö, YTT, professori, Tampereen yliopisto

Lähteet

- Aaltonen S, Berg P, Ikäheimo S (2015) Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, Helsinki.
- Abel T, Frohlich KL (2012) Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Soc Sci Med*, 74, 2, 236–244. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.028
- Alanko A (2017) Improving mental health care: Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation. *Publications of the Faculty of Social Sciences* 60, University of Helsinki.
- Alkire S (2005) Subjective quantitative studies of human agency. *Soc Indic Res* 74, 217–260. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-6525-0>
- Brunner R (2017) Why do people with mental distress have poor social outcomes? Four lessons from the capabilities approach. *Soc Sci Med* 191, 160–167. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.016>
- Dean H (2009) Critiquing capabilities. The distractions of a beguiling concept. *Crit Soc Policy* 29, 2, 261–278. <https://doi.org/10.1177/0261018308101629>
- Helén I (2011) Asiakaslähtöisyys: eli miten mielen-terveystyön ajatus epäpolitiisoitui. Teoksessa I Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Mielen-terveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Vastapaino, Tampere.
- Häikiö L, Kallinen Y (2017) Nuorten aikuisten tarpeet ja asiantuntijoiden mahdollisuudet palveluiden suunnittelussa. Teoksessa S Aaltonen, A Kivijärvi (toim.) Nuoret aikuiset hyvinvointipalvelujen käyttäjinä ja kohteina. Nuorisotutkimusverkosto, Helsinki.
- Jalava J (2013) Kuntoutus voimaannuttavana systeeminä. Teoksessa J Jalava (toim.) Yhteiskunnan

- järjestelmät. Niklas Luhmannin ajattelu. Gaudeamus, Helsinki.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, Helsinki.
- Järvikoski A, Salminen AL, Härkäpää K (2015) Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. *Kuntoutus* 38, 2, 18–32.
- Laaksonen M, Blomgren J, Perhoniemi R (2021) Mielenterveyssyistä alkavat eläkkeet ovat yleistyneet nuorilla mutta vähentyneet vanhemmissa ikäryhmissä. *Lääkärilehti* 76, 36, 1889–1897.
- Laitio T (2014) Sukupolvi kerrallaan. *Nuorisotutkimus* 32, 2, 34–42.
- Leemann L, Martelin T, Koskinen S, Härkänen T, Iso-la A-M (2021) Development and psychometric evaluation of the Experiences of Social Inclusion Scale. *J Hum Dev Capab*, <https://doi.org/10.1080/19452829.2021.1985440>
- Lindh J, Suikkanen A (2011) Vammaisuuden teorit ja kuntoutuksen problematiikka. Teoksessa A Järvikoski, J Lindh, A Suikkanen (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi.
- Miettinen S (2011) Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1625, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Mitra S (2006) The capability approach and disability. *J Disabil Policy Stud* 16, 4, 236–247. <https://doi.org/10.1177/10442073060160040501>
- Mäntyneva P (2020) Aktiivisen sosiaalipolitiikan ytimessä. Etnografinen tutkimus kuntouttavasta työtoiminnasta. Väitöskirja (artikkeli). Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 175, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Rikala S (2020) Agency among young people in marginalised positions: towards a better understanding of mental health problems. *J Youth Stud* 23, 8, 1022–1038. <https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1651929>
- Robeyns I (2003) Is Nancy Fraser's critique of theories of distributive justice justified? *Constellations* 10, 4, 538–553.
- Romakkaniemi M, Lindh J, Laitinen M (2018) Nuorten aikuisten osallisuus ja sosiaalinen kuntoutus Lapissa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 147, Kela, Helsinki.
- Ruger JP (2010) Health capability: conceptualization and operationalization. *Am J Public Health* 100, 1, 41–49. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.143651>
- Saikkup P, Kokko RL (2012) Kuntoutuksen käytännöt Paltamon työllisyyskokeilussa. *Kuntoutus* 35, 4, 5–16.
- Salminen J (2019) Nuoren kuntoutusrahan luoma osallisuus toimintamahdollisuuksina. *Yhteiskuntapolitiikka* 84, 4, 393–402.
- Salo M (2019) Hullut mielenterveysmarkkinat. *Vas-tapaino*, Tampere.
- Sen A (1993) Capability and well-being. Teoksessa M Nussbaum, A Sen (toim.) *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press, 30–53. <https://doi.org/10.1093/0198287976.003.0003>
- Sen A (2010) *The Idea of Justice*. Penguin Books, London.
- Simon J, Anand P, Gray A, Rugkåsa J, Yeeles K, Burns T (2013) Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Soc Sci Med* 98, 187–196. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.019>
- Stevanovic M, Valkeapää T, Weiste E, Lindholm C (2020) Promoting client participation and constructing decisions in mental health rehabilitation meetings. Teoksessa C Lindholm, M Stevanovic, MO Reilly (toim.) *Joint Decision Making in Mental Health. An Interactional Approach*. Palgrave Macmillan, Cham Switzerland.
- Tani S, Kiilakoski T, Honkatukia P (2019) Toimintavalmiusajattelu nuorisotyön, kasvatuksen ja opetuksen kentillä: kokonaisvaltainen näkökulma nuorten hyvinvoinnin edistämiseen? *Kasvatus & Aika* 13, 3, 4–25.
- Tepora-Niemi SM (2020) Eriarvoisuus työelämässä ja kuntoutuksessa. Vakavasti sairastuneen ja vammaisen henkilön toimijuus elämänsäkulussa. Akateeminen väitöskirja. DIAK Tutkimus 4, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Vilpola J (2021) Toimijat, taistelijat, tipahtaneet – Koulutus- ja työtoimijuus mielenterveyskuntoutujien elämänsäkulussa. Väitöskirja. Turun yliopisto, Turku.
- Wahlbeck K, Hietala O, Kuosmanen L, McDavid D, Mikkonen J, Parkkonen J, Parkkonen J, Reini K, Salovuori S, Tourunen J (2018) Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.
- Zimmermann B (2006) Pragmatism and the capability approach. *Challenges in social theory and empirical research*. *Eur J Soc Theory* 9, 4, 467–484. <https://doi.org/10.1177/1368431006073014>
- Åkerblad L, Haapakoski K (2020) Hauras jaettu toimijuus ammatillisessa kuntoutuksessa. *Janus* 28, 3, 220–236. <https://doi.org/10.30668/janus.83335>

TUTKIMUS INSPIRE-MITTARIN KÄYTETTÄVYYDESTÄ MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Johdanto

Toipumisorientaatio (recovery-orientation) mielenterveystyössä tarkoittaa asiakkaan henkilökohtaista toipumista korostavaa toiminnan viitekehystä. Toipumista voidaan tarkastella oireiden muuttumisen, kliinisen työn tavoitteiden, palvelujen ja henkilökohtaisen kokemuksen näkökulmasta (Nordling 2018, 1476–1477). Toipumisorientaatioon liittyvän positiivisen mielenterveyden näkökulmasta mielenterveyttä tarkastellaan laajemmin kuin häiriön puuttumisena (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1759). Henkilökohtaisen toipumisen osa-alueita ovat asiakkaan voimavarat, positiivinen mielenterveys, osallisuus, toivo ja usko tulevaisuuteen, elämän merkityksellisyys ja valtaistuminen. Toipuminen on asenteiden, arvojen, tunteiden ja taitojen henkilökohtainen muutosprosessi, jossa korostuu henkilön omakohtainen kokemus mielekkästä elämästä. (Leamy ym. 2011, 448–449.)

Toipumisorientaatio on keskeinen osa mielenterveystyön strategista ohjausta, mikä näkyy useiden maiden mielenterveystyötä ohjaavissa säädöksissä ja asiakirjoissa. Se on laajassa käytössä esimerkiksi Englannissa (Leamy ym. 2011, 445) ja Norjassa

(Bejerholm & Roe 2018, 421). Suomessa kansallinen mielenterveysstrategia linjaa mielenterveyden positiiviseksi pääomaksi, jolloin pelkästään psyykkisiä oireita ei pidetä merkinä sairaudesta. Strategiassa esitetään myös sosiaali- ja terveysalan henkilöstön mielenterveysosaamisen lisäämistä. (Vorma ym. 2020, 20.)

Toipumisen käsite tai toipumisorientoitunut työskentelytapa ei ole vielä vakiintunut käytännön toimintaan, vaan se sisältää ristiriitaisuutta (Bejerholm & Roe 2018, 426–427, Schön & Rosenberg 2013, 563). Toipumisorientaatioon liittyvien työskentelytapojen omaksumisen haasteena on niiden soveltaminen erilaisissa ympäristöissä sekä erilaisille kohderyhmille. Kansalliset järjestelmät eivät välttämättä tue toipumisorientaation mukaista käytäntöä. (Lodge ym. 2017, 420–421.) Suomessa toipumisorientaation mukaiset palvelut ovat vielä niukasti käytössä (Nordling 2018, 1480). Toipumisorientoitunutta työskentelyä voidaan edistää hyödyntämällä kokemusasiantuntijoita palveluiden kehittämisessä sekä ottamalla käyttöön konkreettisia työkaluja. Työkalujen käytön opettelu toimii osana toipumisorientoituneen työskentelyn omaksumista. (Kidd ym. 2014, 247.)

Esteitä toipumisorientoituneelle työskentelylle on todettu sekä mielenterveys-työn organisaatio- että yksilötasolla (Lodge ym. 2017, 417–426). Esteitä ovat esimerkiksi mielenterveystyössä toimivien työntekijöiden asenteet sekä käytännön työssä kohdatut haasteet, kuten aikaresurssit (Brekke ym. 2018, 4–5, Gilburt ym. 2013, 5–8). Työskentelyotteen omaksuminen voi myös olla haasteellista esimerkiksi asiakkaan auttamisen ja itsenäisyyden tukemisen välisen tasapainon määrittelemiseksi (Brekke ym. 2018, 4–5). Myöskään johtaminen ei aina tue toipumisorientaation käyttöönottoa (Lodge ym. 2017, 423). Italialaisessa tutkimuksessa todettiin, että työntekijät omaksuivat toipumisorientaation mukaisesta ajattelusta parhaiten yksilön oikeuden tehdä päätöksiä sekä hänen henkilökohtaiset kiinnostuksen kohteensa ja tavoitteensa. (Giusti ym. 2019, 683.)

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että työntekijät ja johto arvioivat toipumisorientaation mukaisen toiminnan mielenterveys-työn organisaatiossa paremmaksi kuin asiakkaat (Leamy ym. 2016, 344, Coffey ym. 2019, 13). Työntekijät olivat tyytyväisiä työhönsä ja kehittyivät ammatillisesti toimissaan toipumisorientaation mukaisesti ja koikiessaan yhteistyösuhteen asiakkaan kanssa hyväksi. Nämä tekijät puolestaan lisäsivät toipumisorientaation käyttöä edelleen. (Osborn & Stein 2019, 119–121.) Asiakkaat arvioivat hoidon laadun ja terapeuttiset vuorovaikutussuhteet laadukkaiksi silloin, kun toipumisorientaatio koettiin vahvaksi organisaatiossa (Coffey ym. 2019, 14–15). Toipumisorientaatio voi myös kohentaa toipumisen ennustetta (Leamy ym. 2016, 343–344.).

Toipumisorientaation mukaisen työskentelyn edistämiseksi ja sen tuloksellisuuden arvioimiseksi tarvitaan mittaria, jonka avulla kuvataan sekä asiakkaan että työntekijän kokemukset toipumista edistävästä tuesta ja yhteistyöstä. Myös organisaatiotasolla kaivataan tietoa työntekijöiden toipumisorientaatio omaksumisesta, jotta palveluita voidaan edelleen kehittää ja osaamisen kehitystä seurata. (Gilburt ym. 2013, 7, Williams ym. 2012, 7.)

INSPIRE-mittarin avulla asiakas voi arvioida mielenterveystyön ammattilaiselta

saamaansa toipumista edistävää tukea ja yhteistyösuhdetta hänen kanssaan (kuvat 1–4, ks. liite). Mittari on kehitetty Englannissa REFOCUS-hankkeessa, jossa pyrittiin vahvistamaan toipumisorientaatiota mielenterveyspalveluissa. (Slade ym. 2017, 160–174.) Mittari on tarkoitettu aikuisväestölle ja se pohjautuu kirjallisuuskatsauksiin, joissa kartoitettiin toipumista tukevia hyviä käytänteitä (Leamy ym. 2011) sekä henkilökohtaista toipumista käsitteenä (Le Boutillier ym. 2011). INSPIRE-mittarilla on todettu olevan hyvä reliabiliteetti ja validiteetti. Eksploratiivinen faktorianalyysi muodosti Tuki-osiosta viisi faktoria (osallisuus, asiakkaan voimavarat, identiteetti, toivo ja usko tulevaisuuteen, voimaantuminen), joiden Cronbachin Alpha -arvot vaihtelivat 0.82 ja 0.95 välillä. Yhteistyösuhde-osiosta muodosti yhden faktorin, jonka Cronbachin Alpha -arvo oli 0.89. Mittarilla on hyvä sensitiivisyys muutokselle, ja toistomittauksen mukaan mittarilla on myös hyvä pysyvyys. (Williams ym. 2015, 779–782.)

INSPIRE-mittari on vapaasti käytettävissä tutkimus- ja koulutustarkoituksiin, ja se on herättänyt laajaa kansainvälistä kiinnostusta. Tällä hetkellä INSPIRE on käännetty 22 kielelle (<https://www.researchintorecovery.com/measures/inspire/>). Mittari on suomennettu vuonna 2019 (Tölli ym. 2019). Mittarin käännoistyöhön liittyy käytettävyyden ja psykometrinen ominaisuuksien testaaminen käännoksen jälkeen (Wild ym. 2005, 103). Mittarin helppokäyttöisyys vaikuttaa siihen, vakiintuuko uusi mittari kliiniseen käyttöön (Slade ym. 1999, 244–245).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida suomennetun INSPIRE-mittarin käytettävyyttä keräämällä asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä mittarista. Arviointi toteutettiin yhteistyössä erään mielenterveysalan hoito- ja kuntoutuspalveluja tarjoavan organisaation kanssa. Arviointiin osallistui organisaatiosta kolme eri yksikköä. Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on INSPIRE-mittarin käytettävyys asiakkaiden ja työntekijöiden arvioimana mielenterveystyössä?
2. Miten INSPIRE-mittari edistää

toipumisorientaatiota mielenterveys-työssä asiakkaiden ja työntekijöiden arvioimana?

INSPIRE-mittarin käytettävyyden arviointi

Käytettävyyden arviointi käynnistyi mittarin suomentajien (ST ja LK) ja arviointiin osallistuvan mielenterveysalan organisaation välisistä neuvotteluista ja suunnitelmasta. Aiheeseen perehtymisen ja osaamisen vahvistamiseksi mittarin suomentajat ja organisaation hallinto järjestivät yhteistyössä työntekijöille ja esimiehille mittarin käyttöön ja käytettävyyden arvioinnin toteutukseen liittyvän koulutuksen. Kevään 2020 aikana laadittiin suostumusasiakirjat sekä sähköiset käytettävyyden arviointipalautteet, jotka kerättiin organisaation Surveypal-työkalulla.

Yhteistyössä organisaation hallinnon ja työntekijöiden kanssa sovittiin, että kolmessa eri yksikössä työskentelevät työntekijät toteuttavat käytettävyyden arvioinnin yhden asiakkaan kanssa. Osallistuminen oli vapaaehtoista. INSPIRE-mittari oli vapaasti käytettävissä myös siinä tapauksessa, jos ei halunnut osallistua käytettävyyden arviointiin. Halukkaat työntekijät ja asiakkaat täyttivät suostumuslomakkeen osallistumisestaan. Yksiköiden palveluesimiehet vastaanottivat työntekijöiden suostumuslomakkeet ja myös säilyttivät ne. Asiakkaiden lomakkeet sisällytettiin heidän kirjallisiin asiakirjoihinsa.

Työntekijät pyysivät asiakkaita täyttämään INSPIRE-mittarin (kuvat 1–4, ks. liite). Työntekijöitä oli ohjeistettu olemaan tukena mittarin täyttämässä sekä keskustelemaan tuloksista asiakkaan kanssa. Työntekijät pisteyttivät vastaukset ohjeistuksen mukaisesti. Tämän jälkeen sekä työntekijä että asiakas vastasivat sähköiseen käytettävyyden arviointipalautteeseen. Organisaation hallintoa ja työntekijöitä muistutettiin yhden kerran käytettävyyden arvioinnista. Alkuperäistä aikataulua jatkettiin viikolla, jotta vastauksia saataisiin enemmän.

Asiakkaalle kohdistettu, käytettävyyttä arvioiva kysely koostui kuudesta strukturoidusta ja kolmesta avoimesta kysymyksestä. Taustatietojen lisäksi kysyttiin mittarin

merkityksellisyydestä asiakkaille sekä mittarin sisällölliseen käytettävyyteen liittyvistä tekijöistä, kuten mittarin pituudesta sekä kysymysten ymmärrettävyydestä. Lisäksi asiakkaita pyydettiin ilmoittamaan mittariin vastaamiseen kulunut aika sekä vastaamisessa mahdollisesti tarvittu apu. Strukturoiduissa kysymyksissä käytettiin viisiportaista Likert-asteikkoa.

Työntekijöille kohdistettu käytettävyyttä arvioiva kysely sisälsi 11 strukturoitua ja kaksi avointa kysymystä. Työntekijöiltä kysyttiin taustatietojen lisäksi heidän arviointaan mittarin merkityksellisyydestä omalle työskentelylle sekä yhteistyösuhteen kannalta keskeisiä asioita. Avoimet kysymykset koskivat samaa aihetta, esimerkiksi ”Millä tavalla mittari edisti toipumisorientaation mukaista työskentelyäsi?” Lisäksi kysyttiin mittarin pisteytyksen helppoudesta ja pisteytyksen tulokinnasta. Strukturoiduissa kysymyksissä käytettiin neliportaista Likert-asteikkoa. Asiakkaiden ja työntekijöiden kyselylomakkeissa käytettiin erilaista asteikkoa, koska työntekijöiden vastausvaihtoehdoissa haluttiin välttää keskikohtaan liittyvää tulkintaongelmaa, kun sen sijaan asiakkaiden vastaamista haluttiin helpottaa parittomilla vastausvaihtoehdoilla (Metsämuuronen 2009, 111–113).

Tutkimuksen aineisto

INSPIRE-mittarin käytettävyyden arviointi toteutettiin kolmessa Pohjois- ja Keski-Suomessa sijaitsevassa mielenterveyskuntoutujien asumisyksikössä. Käytettävyyden arviointipalautteiden kysymykset rajautuivat vain mittarin käyttöön, eivät toipumisen edistymisen arviointiin. Kysymysten muotoilussa otettiin huomioon käytettävyyteen sekä sen arviointiin liittyvät keskeiset kriteerit (Slade ym. 1999, 245–247). Käytettävyyden arviointipalautteet luovutettiin tutkijaryhmälle Excel-tiedostoina, joissa ei ollut vastaajien tunnistetietoja. Aineisto analysoitiin strukturoitujen kysymysten osalta SPSS-ohjelmistolla käyttäen kuvailevan tilastotieteen menetelmiä, kuten frekvenssejä. Avointen kysymysten vastausten analysoinnissa käytettiin sisällön analyysia. Käytettävyyden

arviointipalautteeseen vastasi yhteensä 18 henkilöä: kahdeksan työntekijää ja kymmenen asiakasta. Yksi asiakkaan vastaus oli identtinen toisinto toisen kanssa ja poistettiin.

Eettiset näkökohdat

Käytettävyyden arvioinnissa noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön ohjeita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Organisaatiosta pyydettiin lupa arvioinnille. Osallistujat päättivät osallistumisestaan vapaaehtoisesti, ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus. Asiakkaat olivat täysi-ikäisiä ja oikeustoimikelpoisia. Aineisto kerättiin osana yksiköiden tavallisia arjen toimintoja, eikä osallistumisen katsottu aiheuttavan kohtuutonta haittaa. Vastaajien henkilöllisyyksiä ei paljastunut arvioinnin tekijöille missään vaiheessa. Kirjalliset suostumuslomakkeet ja vastaukset varsinaiseen INSPIRE-toipumiso-rientaatiomittariin säilytetään osallistuneissa yksiköissä. Sähköiset kyselylomakkeet säilytetään organisaation salasanalla suojatussa pilvipalvelussa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tutkimuseettisen toimikunnan arvion mukaan tutkimukseen ei tarvittu eettistä ennakoarviointia (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488).

Tulokset

Osallistujien taustatiedot

Työntekijöiden (n = 8) ikä vaihteli 30–49 vuoden välillä ja enemmistö (5) oli naisia. Työntekijöiden työkokemuksen keskiarvo oli 12 vuotta. Pisin työkokemus oli 23 vuotta ja lyhin kaksi vuotta. Asiakastyötä kyseisessä

toimipisteessä vastaajat olivat tehneet keskimäärin kolme vuotta. Yhteistyösuhde asiakkaan kanssa oli kestänyt keskimäärin 11 kuukautta, mediaani oli kuitenkin viisi ja puoli kuukautta. Pisin yhteistyösuhde oli kestänyt kolme vuotta ja lyhin kaksi kuukautta. Kyseeseen vastanneet asiakkaat olivat keskimäärin 25-vuotiaita, iän mediaani oli 22. Kuntoutus oli kestänyt keskimäärin 14 kuukautta. Pisin kuntoutuksen kesto oli kolme vuotta ja lyhin kuusi kuukautta.

Käytettävyyden arvioinnin tulokset

INSPIRE-mittarin täyttäminen kesti keskimäärin 11 minuuttia, vaihteluväli oli kolmesta minuutista 25 minuuttiin. Taulukossa 1 on esitelty tarkemmin INSPIRE-mittarin käytettävyyden arvioinnin tuloksia. Vastanneista asiakkaista melkein puolet oli tarvinnut apua kyselyn täyttämisessä (4 henkilöä). Kysymykset mittarin täyttämisen helppoudesta ja ymmärrettävyydestä jakoivat mielipiteitä. Enemmistö vastaajista oli jokseenkin tai samaa mieltä siitä, että mittari oli sopivan pituinen. Työntekijöistä enemmistö oli mittarin pisteytyksen yksinkertaisuudesta jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Mittarin pisteytyksen tulkinnan yksinkertaisuudesta enemmistö työntekijöistä oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Yksi vastaaja työntekijä oli jokseenkin eri mieltä mittarin pisteytyksen yksinkertaisuudesta ja tulkinnasta.

Työntekijöistä seitsemän kertoi käyneensä asiakkaan kanssa keskustelun mittarin vastauksista ja yksi jätti vastauksen tyhjäksi. Työntekijöiden enemmistö (6 henkilöä) oli sitä mieltä, että INSPIRE-mittarissa kysyttiin omaohjaajan kanssa tapahtuvan yhteistyön kannalta keskeisistä ja tärkeistä asioista.

Taulukko 1. Tulokset INSPIRE-mittarin käytettävyydestä asiakkaiden arvioimana, % (vastaajien määrä).

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Mittariin vastaaminen oli helppoa	-	22 (2)	11 (1)	44 (4)	22 (2)
Mittari oli sopivan pituinen	-	-	33 (3)	44 (4)	22 (2)
Kysymykset olivat ymmärrettäviä	11 (1)	11 (1)	44 (4)	11 (1)	22 (2)
Mittarissa kysyttiin minulle merkityksellisistä asioista	-	-	11 (1)	44 (4)	44 (4)

Taulukko 2. Tulokset INSPIRE-mittarin käytettävyydestä työntekijöiden arvioimana, % (vastaajien määrä).

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Mittarissa kysyttiin omaohjaajalta saatavan tuen kannalta tärkeistä asioista	-	-	22 (2)	67 (6)
Mittarin käyttö ohjaa työskentelyäni omaohjattavien kanssa jatkossa	-	-	67 (6)	22 (2)
Koin mittarin pisteytyksen yksinkertaiseksi	-	11 (1)	44 (4)	33 (3)
Koin mittarin pisteytyksen tulkinnan yksinkertaiseksi	-	22 (2)	56 (5)	22 (2)

Taulukossa 2 on esitelty tarkemmin käytettävyyden arvioinnin sisällöllisiä tuloksia. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, ettei mittarissa kysytty yhteistyösuhteen kannalta tärkeistä asioista. Kaikki vastaajat olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että mittarin käyttö tulee ohjaaman heidän työskentelyään omaohjattavien kanssa jatkossa. Asiakkaista kahdeksan vastasi, että heidän kanssaan oli keskusteltu tuloksista. Asiakkaiden enemmistö oli samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että mittarissa kysyttiin heille henkilökohtaisesti merkityksellisistä asioista.

Avointen kysymysten osalta asiakkaiden vastauksissa yhdistäväksi pääluokaksi muodostui toimiva yhteistyösuhde, joka muodostui kahdesta alaluokasta: luottamus ja tuki. Luottamusta kuvailtiin hyvänä ja luottamuksellisena suhteena, jossa voi puhua omista asioistaan. Tuki muodostui asiakkaiden vastauksissa muun muassa siitä, että työntekijä hoitaa oman osuutensa yhteistyössä ja auttaa näkemään oman tilanteen uudesta näkökulmasta. Työntekijöiden vastauksissa pääluokaksi muodostui toipumisorientaation vahvistuminen. Tämä sisälsi neljä alaluokkaa: väline itsereflektiolle, dialogin vahvistuminen, tavoitteellisuuden lisääntyminen ja uusien tuen tarpeiden tunnistaminen. INSPIRE-mittarin koettiin edistävän työntekijän itsereflektiota. Työntekijät kokivat mittarin vahvistavan myös dialogisuutta ja palautteen saamista omasta työstään. INSPIRE-mittarissa asiakkaiden antamiin vastauksiin voidaan palata myöhemmin, mikä puolestaan lisäsi tavoitteellisuutta ja työskentelyn suuntaviivojen selkiytymistä. Mittari myös paljasti uusia tuen tarpeita nostamalla keskusteluun uusia aihepiirejä.

Pohdinta

Käytettävyyden arviointi osoitti, että INSPIRE-mittari koettiin hyödyllisenä työkaluna toipumisorientaation edistämiseksi. Työntekijöiden kokemukset INSPIRE-mittarin pisteytyksen yksinkertaisuudesta ja tulkinnasta olivat pääosin positiivisia. Erityisesti mittarin pisteytyksen tulkinta on tärkeää, jotta työntekijä ja asiakas voivat kehittää yhteistyösuhdettaan ja työntekijä ammatillisia taitojaan. Olisi myös hyödyllistä tarkastella, liittyvätkö mittarin pisteytyksen tulkinnan haasteet epäselvyyteen siitä, miten toipumisorientaation mukaista mielenterveystyötä toteutetaan (Lodge ym. 2017, 418, Brekke ym. 2018, 6).

Mielenterveyspalveluissa asiakkaan aktiivisuus omaa elämäänsä koskevassa päätöksenteossa on ollut tutkimuksen ja yhteiskunnallisen keskustelun kiinnostuksen kohteena muun muassa syrjäytymisen ja osallisuuden näkökulmasta (Laitila 2010, Rissanen 2015). Suomalaisessa toimintakulttuurissa asiakkaan toteuttama arviointi työntekijän toiminnasta on uutta. Asiakkailta kerättävä palaute voi aiheuttaa työntekijöissä epävarmuutta, mutta toisaalta säännöllinen palaute on koettu voimaannuttavana (Mahmud 2012).

Osallisuus omassa elämässä näkyy mahdollisuutena vaikuttaa yhteisiin asioihin, kuten yhteisön toimintoihin ja palveluihin sekä yksilön elämän mahdollisuuksiin ja kulkuun. Yksilön toimijuutta vahvistaa sosiaalinen osallisuus. (Isola ym. 2017, 9–19.) Toipumisorientaation laajempi ja konkreettisempi käyttö voi vahvistaa mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden osallisuutta

yhteiskuntaan. (Jääskeläinen ym. 2013, 1302–1304). Pohjimmiltaan kyse on mielen-terveyden häiriöitä sairastavien ihmisten ihmisoikeuksista: elämän laadusta ja oikeudesta yhteiskunnalliseen osallisuuteen.

Tulosten mukaan työntekijät kokivat INSPIRE-mittarin käytön vahvistavan toipumisorientoitunutta työtettä. Asiakkaat puolestaan kokivat, että mittarissa kysyttiin heille merkityksellisistä asioista, kuten toimivasta yhteistyösuhteesta. Näin ollen INSPIRE-mittari voisi olla konkreettinen väline tukemaan toipumisorientaation käyttöönottoa Suomessa. Tämän käytettävyyden arvioinnin tuloksia ei voida pitää määrällisesti yleistettävänä, mutta ne toimivat perustana INSPIRE-mittarin laajemmalle luotettavuuden arvioinnille.

Tulosten merkitys: INSPIRE-mittarin avulla asiakas arvioi ammattilaiselta saamaansa, toipumistaan edistävää tukea ja yhteistyösuhdetta hänen kanssaan. Asiakkaat ja ammattilaiset kokivat mittarin käyttökelpoisena ja hyödyllisenä työkaluna toipumisen näkökulmasta. Suomenetun INSPIRE-mittarin reliabiliteetti ja valideetti tulee jatkossa todentaa tutkimalla mittarin psykometrisiä ominaisuuksia. Tämä on käynnistynyt osana väitös-kirjaprossia.

Tiivistelmä

Toipumisorientaatio (recovery-orientation) mielenterveytyössä on asiakkaan henkilökohtaista toipumista korostavan toiminnan viitekehys. Toipumisorientaatioissa mielenterveyttä tarkastellaan laajemmin kuin häiriön puuttumisena. Toipumisella käsitetään koko henkilökohtaisten asenteiden, arvojen, tunteiden ja taitojen muutosprosessia, jossa korostuu henkilön omakohtainen kokemus mielekkästä elämästä. Yhteistyösuhteella työntekijän kanssa on tärkeä merkitys toipumiselle. INSPIRE-mittari on kehitetty yhteistyösuhteen laadun ja toipumista edistävän tuen arviointia varten.

Tässä kuvatus tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida INSPIRE-mittarin käytettävyyttä mielenterveytyössä asiakkaiden ja ammattilaisten näkökulmasta. Tavoitteena oli kuvata asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä INSPIRE-mittarin käytettävyydestä. Tutkimus toteutettiin mielenterveyskuntoutujien asumisyksikössä.

Tulokset osoittivat, että INSPIRE-mittari on hyödyllinen työkalu toipumisorientaation edistämiseksi sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta. Asiakkaat kuvasivat mittarin sisältävän kysymyksiä heille merkityksellisistä asioista, kuten toimivasta yhteistyösuhteesta. Työntekijät kokivat INSPIRE-mittarin käytön vahvistavan heidän työskentelynsään toipumisorientoitunutta työtettä. Tulosten perusteella mittarin sisältöalueet tulevat ohjaamaan työntekijöiden työskentelyä asiakkaiden kanssa. Näin ollen mittari voi osaltaan olla edistämässä mielenterveytyön henkilöstön työskentelyä kohti toipumisorientaation mukaista työtettä.

Avainsanat: toipumisorientaatio, INSPIRE-mittari, mielenterveytyö, yhteistyö, tuki

Jonna Tolonen, toimintaterapeutti yamk, tohtorikoulutettava, Elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

Sirpa Tölli, TtM, tohtorikoulutettava, Itä-Suomen yliopisto, lehtori, Oulun ammattikorkeakoulu

Liisa Kiviniemi, TtT, yliopettaja, Oulun ammattikorkeakoulu

Lähteet

- Appelqvist-Schmidlechner K, Tuisku K, Tamminen N, Nordling E, Solin P (2016) Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen Lääkärilehti 24, 1759–1764. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016072722244>.
- Bejerholm U, Roe D (2018) Personal recovery within positive psychiatry. Nordic Journal of Psychiatry 72, 420–30. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1492015>.

- Brekke E, Lien L, Nysveen K, Biong S (2018) Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative study of staff experiences in Norway. *International Journal of Mental Health Systems* 12. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0211-5>.
- Coffey M, Hannigan B, Barlow S, Cartwright M, Cohen R, Faulkner A ym. (2019) Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: A cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry* 19. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2094-7>.
- Gilbert H, Slade M, Bird V, Oduola S, Craig TK (2013) Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study *BMC Psychiatry* 13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167>.
- Giusti L, Ussorio D, Salza A, Malavolta M, Aggio A, Bianchini V ym. (2019) Italian Investigation on Mental Health Workers' Attitudes Regarding Personal Recovery From Mental Illness. *Community Mental Health Journal* 55, 680–685. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0338-5>.
- Isola A-M, Kaartinen H, Leemann L, Lääperi R, Schneider T ym. (2017) Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_978-302-917-0.pdf?sequence=1.
- Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M ym. (2013) A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 39, 1296–1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>.
- Kidd SA, McKenzie KJ, Virdee G (2014) Mental health reform at a systems level: Widening the lens on recovery-oriented care. *Canadian Journal of Psychiatry* 59, 243–249. <https://doi.org/10.1177/070674371405900503>.
- Laitila M (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 9.4.1999/488. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199, 445–52. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
- Leamy M, Clarke E, Le Boutillier C, Bird V, Choudhury R, MacPherson R ym. (2016) Recovery practice in community mental health teams: National survey. *The British Journal of Psychiatry* 209, 340–346. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160739>.
- Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M (2011) What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services* 62, 1470–6. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>.
- Lodge AC, Kaufman L, Stevens Manser S (2017) Barriers to Implementing Person-Centered Recovery Planning in Public Mental Health Organizations in Texas: Results from Nine Focus Groups. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*. 44, 413–29. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0732-7>.
- Mahmud T (2012) Better Patient Feedback, Better Healthcare. M&K Update Ltd, Englanti.
- Metsämuuronen J (2009) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: tutkijalaitos. International Methelp, Helsinki.
- Nordling E (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveytyössä? *Duodecim* 134, 1476–83. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/15/duo14435>.
- Osborn LA, Stein CH (2019) Recovery-oriented services in an inpatient setting: The role of consumers' views of therapeutic alliance and practitioner directiveness on recovery and well-being. *American Journal of Orthopsychiatry* 89, 115–23. <https://doi.org/10.1037/ort0000355>.
- Recovery Research Team and the Institute of Mental Health. Research into Recovery. Measures. INSPIRE. Luettu 24.11.2020. <https://www.researchintorecovery.com/measures/inspire/>
- Rissanen P (2015) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 88.
- Schön UK, Rosenberg D (2013) Transplanting recovery: research and practice in the Nordic countries. *Journal of Mental Health* 22, 563–569. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.815337>.
- Slade M, Bird V, Chandler R, Clarke E, Craig T, Larsen J, ym. (2017) REFOCUS: Developing a recovery focus in mental health services in England. Institute of Mental Health. Luettu 26.1.2022. <https://www.researchintorecovery.com/refocus-final-report/>
- Slade M, Thornicroft G, Glover G (1999) The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 243–249. <https://doi.org/10.1007/s001270050139>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3.
- Tölli S, Vuolukka A, Kiviniemi L (2019) Toipuminen näkyväksi mielenterveytyössä INPSIRE-mittarin avulla. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 55. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2019062521848>.
- Vorma H, Vormaa H, Rotko L, Larivaara M, Kosloff A (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille

2020–2030. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>.

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, ym. (2005) Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health* 8, 94–104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>.

Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C ym. (2012) Measures of the recovery orientation of mental health services: Systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, 1827–35. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y>.

Williams J, Lemy M, Bird V, le Boutillier C, Norton S, Pesola F ym. (2015) Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50, 777–786. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0>.

LIITE:

INSPIRE

Toipumista kuvataan monella tavalla. Yksi tapa kuvata toipumista on hahmottaa se tyydyttävänä ja toiveikkaana elämänä.

Tässä kyselyssä kartoitetaan kokemuksiasi toipumistasi edistävistä tuesta.

Jos et halua vastata johonkin kysymykseen, voit jättää sen tyhjäksi.

Vastaa kysymyksiin omahoitajaasi liittyen.
(omahoitajan nimi)

Tuki

Tässä osiossa kysytään osa-alueista, jotka voivat olla merkityksellisiä toipumisellesi, ja miten omahoitajasi tukee näitä osa-alueita.

Lue jokainen kysymys ja arvioi sen merkityksellisyyttä itsellesi. Jos ympyröit Ei, voit siirtyä seuraavaan kysymykseen. Jos vastaat Kyllä, niin ympyröi kokemustasi parhaiten vastaava vaihtoehto.

Tärkeää toipumiseni kannalta on...

Tunnen omahoitajani tukevan minua

T1 Tunne toisilta ihmisiltä saadusta tuesta	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T2 Myönteiset ihmissuhteet	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T3 Muilta vertaisilta saatu tuki	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon

INSPIRE was developed in English by Julie Williams, Mary Leamy, Mike Slade and colleagues at King's College London. Further information available from researchintorecovery.com/inspire. This version was translated into Finnish by Sirpa Tölli (sirpa.tolli@oamk.fi) and Liisa Kiviniemi (liisa.kiviniemi@oamk.fi) - Julie Williams, Mary Leamy ja Mike Slade työryhmänsä kanssa (King's College, Lontoo) ovat kehittäneet englanninkielisen INSPIREN. Lisätietoja mittarista: researchintorecovery.com/inspire. Suomeksi kääntäneet Sirpa Tölli (sirpa.tolli@oamk.fi) ja Liisa Kiviniemi (liisa.kiviniemi@oamk.fi).

1 (4)

Kuvio 1. INSPIRE-toipumisorientaatiomittarin suomennoksen sivu 1.

Tuki

Tärkeää toipumiseni kannalta on...

Tunnen omahoitajani tukevan minua

T4 Tunne yhteisöön kuulumisesta	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T5 Toiveisuus tulevaisuuteni suhteen	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T6 Usko toipumiseen	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T7 Olla motivoitunut muutosten tekemiseen	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T8 Minulla on toiveita ja haaveita tulevaisuuden suhteen	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T9 Pärjään psyykkiseen sairauteen kuuluvasta leimasta huolimatta	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T10 Suhtaudun itseeni myönteisesti	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T11 Vakaumustani kunnioitetaan	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T12 Etnistä, kulttuurista ja rotuun liittyvää identiteettiäni kunnioitetaan	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T13 Mielenterveyteen liittyvien kokemusteni ymmärtäminen	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon

INSPIRE was developed in English by Julie Williams, Mary Leamy, Mike Slade and colleagues at King's College London. Further information available from researchintorecovery.com/inspire. This version was translated into Finnish by Sirpa Tölli (sirpa.tolli@oamk.fi) and Liisa Kiviniemi (liisa.kiviniemi@oamk.fi) - Julie Williams, Mary Leamy ja Mike Slade työryhmänsä kanssa (King's College, Lontoo) ovat kehittäneet englanninkielisen INSPIREn. Lisätietoja mittarista: researchintorecovery.com/inspire. Suomenkielisen version ovat kääntäneet Sirpa Tölli (sirpa.tolli@oamk.fi) ja Liisa Kiviniemi (liisa.kiviniemi@oamk.fi).

2 (4)

Kuvio 2. INSPIRE-toipumisorientaatiomittarin suomennoksen sivu 2.

Tuki

Tärkeää toipumiseni kannalta on...

Tunnen omahoitajani tukevan minua

T14 Teen asioita, joilla on merkitystä itselleni.	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T15 Elämän rakentaminen vaikeiden kokemusten jälkeen	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T16 Hyvä elämänlaatu	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T17 Tunne elämäntilanteesta	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T18 Minulla on mielenterveyden itsehoitotaitoja	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T19 Uusien asioiden kokeilu	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
T20 Hyödynnän omia vahvuuksiani	Ei	Kyllä:	Ei ollenkaan	Ei juurikaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon

INSPIRE was developed in English by Julie Williams, Mary Leamy, Mike Slade and colleagues at King's College London. Further information available from researchintorecovery.com/inspire. This version was translated into Finnish by Sirpa Tölli (sirpa.tolli@oamk.fi) and Liisa Kiviniemi (liisa.kiviniemi@oamk.fi) - Julie Williams, Mary Leamy ja Mike Slade työryhmänsä kanssa (King's College, Lontoo) ovat kehittäneet englanninkielisen INSPIREn. Lisätietoja mittarista: researchintorecovery.com/inspire. Suomenkielisen version ovat kääntäneet Sirpa Tölli (sirpa.tolli@oamk.fi) ja Liisa Kiviniemi (liisa.kiviniemi@oamk.fi).

3 (4)

Kuvio 3. INSPIRE-toipumisorientaatiomittarin suomennoksen sivu 3.

Yhteistyösuhde

Tässä osiossa kysytään yhteistyösuhteestasi omahoitajasi kanssa.

Ympyröi omahoitajaasi parhaiten kuvaava vaihtoehto

Y1 Omahoitaja kuuntelee minua	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Y2 Omahoitaja tukee minua	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Y3 Omahoitaja ottaa toiveeni ja haaveeni vakavasti	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Y4 Omahoitaja kunnioittaa minua	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Y5 Omahoitaja kohtelee minua tasavertaisena yksilönä, ei diagnoosina tai tapauksena	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Y6 Omahoitaja tukee minua tekemään päätöksiä itsenäisesti.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Y7 Omahoitaja pitää toivoa yllä silloinkin, kun minulla menee kaikkein huonoiten.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Kiitos vastauksistasi!

INSPIRE was developed in English by Julie Williams, Mary Leamy, Mike Slade and colleagues at King's College London. Further information available from researchintorecovery.com/inspire. This version was translated into Finnish by Sirpa Töllä (sirpa.tolla@oamk.fi) and Liisa Kiviniemi (liisa.kiviniemi@oamk.fi) - Julie Williams, Mary Leamy ja Mike Slade työryhmänsä kanssa (King's College, Lontoo) ovat kehittäneet englanninkielisen INSPIREN. Lisätietoja mittarista: researchintorecovery.com/inspire. Suomenkielisen version ovat kääntäneet Sirpa Töllä (sirpa.tolla@oamk.fi) ja Liisa Kiviniemi (liisa.kiviniemi@oamk.fi).

4 (4)

Kuvio 4. INSPiRE-toipumisorientaatiomittarin suomennoksen sivu 4.

SEKSUAALISUUDEN HUOMIOON OTTAMINEN OSANA KROONISTA KIPUA SAIRASTAVIEN KUNTOUTUSTA

Johdanto

Krooninen kipu haastaa globaalisti terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. Euroopassa aikuisista noin viidenneksen arvioidaan kärsivän vähintään kuusi kuukautta jatkuneista ja yhä jatkuvista kivuista (Breivik ym. 2006, 287). Kroonisen kivun arvioitu yleisyys vaihtelee jonkin verran mittaustavan mukaan: esimerkiksi suomalaisessa väestötutkimuksessa vähintään kolme kuukautta kestäneen kivun esiintyvyyttä 15–74-vuotiailla oli 35 prosenttia (Mäntyselkä ym. 2003). Pitkäkestoisissa kivuissa fyysiset tuntemukset eivät aina ole suurin huolenaihe, vaan kipuun kietoutuu huomattavan paljon psykologisia tekijöitä. Se vaikuttaa ihmisen elämän kaikkiin osa-alueisiin. Seksuaalisuus on yksi näistä.

Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä kaikissa elämänvaiheissa, ja se muuttuu ja mukautuu elämänvaiheiden ja -tilanteiden myötä (World Health Organization 2006). Valitettavan usein ajatukset seksuaalisuudesta jäävät vain seksin toteuttamiseen ja seksistäkin penetraatiokeskeiseen penis-emätin-yhdyntään. Seksuaalisuus kattaa kuitenkin muun muassa yksilön kehollisuutta, sukupuoleen

liittyviä rooleja, monimuotoisuutta ja mahdollisuuksia sekä seksuaali-identiteettiä laajemmin. Seksuaalisuus ei ole vain seksuaalista käyttäytymistä tai toimintaa vaan myös vapautta itsemme tuntemiseen ja ilmaisuun, vuorovaikutukseen ja suhteisiin (Taylor & Davis 2006).

Terveystieteiden ammattilaiset näkevät seksuaaliterveyden olennaiseksi osaksi asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa (Sini-saari-Eskelinen ym. 2016, 290). Kuitenkin seksuaalisuuden puheeksi ottoon ja huomiointiin liittyy paljon haasteita, joiden vuoksi seksuaalisuus on edelleen pitkälle ohitettu puheenaihe käytännön työssä kuntoutuksen alalla.

Krooninen kipu ja seksuaalisuus

Sekä paikalliset että systeemiset tuki- ja liikuntaelimestön kivut ovat yhteydessä seksuaalisuuteen liittyviin haasteisiin (Rosenbaum 2010). Kipuun ja seksuaalisuuteen liittyvät tutkimukset käsittelevät usein lantion- ja genitaalialueen kipuja ja niiden ilmi-selviä vaikutuksia seksuaalisuuteen. Vaikka lantion alue voi olla tärkeä seksuaalisissa toiminnoissa, laajempi katsanto tuki- ja

liikuntaelimistön kipujen tuomiin haasteisiin seksuaalisuuden osalta olisi yhtä tärkeää.

Laajassa eurooppalaisessa tutkimuksessa 43 prosenttia kroonisista kipua kärsivistä koki seksuaalisen toiminnan vaikeutuneen, ja peräti 19 prosenttia kertoi olevansa seksuaaliseen toimintaan kykenemättömiä (Breivik ym. 2006, 287). Jopa 73 prosentilla kroonisista kipua kokevista tanskalaisista on kipuun liittyviä seksuaalisia vaikeuksia (Birke ym. 2019). Muuttunut seksuaalinen ilmaisu ja toiminta voi johtua psykologisista, fyysisistä tai lääketieteellisistä tekijöistä ja voi vaikuttaa seksuaaliseen haluun, kiihottumiseen, orgasmiin, resoluutioon sekä näiden erilaisiin yhdistelmiin.

Kivun tuomat emotionaaliset vaikutukset ja muutokset voivat olla vaikeampia käsitellä kuin itse fyysinen rajoite, ja kroonisella kivulla on runsaasti yhteyksiä psyykkiseen kärsimykseen. Laajassa meta-analyysissä kipuun liittyvä ahdistuneisuus sekä somatisaatio-oireilu olivat runsaammat kroonisesta kivusta kärsivillä kuin terveillä verrokeilla, mutta sen lisäksi esimerkiksi yleisessä ahdistuneisuus- ja masennusoireilussa sekä itsearvostuksessa oli huomattavia eroja potilaiden ja verrokkien välillä (Burke ym. 2015). Tällaiset tekijät voivat vaikuttaa haluun ja kykyyn toteuttaa seksuaalisuuttaan. Yhteys voi olla myös käänteinen: kivusta johtuvat epäonnistumiset seksuaalisuutensa toteuttamisessa voivat johtaa psyykkiseen kärsimykseen.

Ihmiset voivat kuvailla, kuinka kivulias keho tuntuu oudolta ja käyttökeltomalta, ja aktiviteeteille välttämättömät uudet toimintatavat ja niiden vaatima mielen joustavuus ja avoimuus voivat olla asiakkaille vaikeita tavoittaa (Ojala ym. 2015). Konkreettisesti seksiin liittyvään toimintaan kipu saattaa vaikuttaa asennon löytämisen vaikeutena (Rosenbaum 2010, 646). Sopivan asennon löytämiseen toki vaikuttaa, onko kyseessä partneri- vai sooloseksi ja liittyykö toimintaan esimerkiksi toive yhdynnästä. Alaselkäkipu voi huomattavasti vaikeuttaa hyvän asennon löytämistä, rentoutumista ja nauttimista, ja näin ollen seksuaalinen tyytyväisyys saattaa jäädä vähäisemmäksi, vaikka muuten seksi onnistuisikin (Bahouq ym. 2013). Huomioitavaa on, että

myös “mielen toiminnot”, kuten unelmointi, haaveileminen, fantasiointi ja suunnittelu, voivat tuoda toivon, arvon ja onnellisuuden tunteita, vaikka helposti niitä ei nähdä “tuottaviksi” toiminnoiksi (Persson ym. 2011).

Helposti ajatellaan, että elämä ilman kipua on “normaalia” ja kivun kanssa normaali elämä ei ole enää mahdollista, kun totut toimintatavat eivät onnistu. Normaalin käsitettä on kuitenkin vaikeaa määritellä, ja asiakkaita olisi hyvä ohjata huomaamaan normaaliuden käsitteen laajuus ja vaihtelu (Ojala ym. 2015). Seksiin liittyvien normien ja rutiinien purkaminen ja uusien toimintatapojen kartoittaminen on tärkeää. Kuitenkin on mahdollista, että kun monet muut toiminnot voivat olla mahdottomia kroonisen sairauden vuoksi, seksi ja seksuaalisuus voivat tarjota mahdollisuuden tuntea itsensä “normaaliksi” (Hattjar 2012, 3).

Seksuaalisuuden huomioon ottaminen kuntoutustyössä

Seksuaalisuuden ja kuntoutuksen kentän tutkimukset ovat usein pohjautuneet ajatuksen, että seksuaalisuus on tärkeä aihe ja että kuntoutustyöntekijöiden vastuuseen kuuluisen nostaminen keskusteluun, mutta ohjeiden siirtyminen konkreettisesti työotteeseen tai käytäntöön on ollut puutteellista (Areskoug-Josefsson ym. 2016, Gott ym. 2004, Haboubi & Lincoln 2003, McGrath & Lynch 2014, Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, Young ym. 2020). Esimerkiksi 80 prosenttia ortopedeistä on raportoinut, että seksuaalisuus on otettu puheeksi asiakkaan kanssa harvoin tai ei ollenkaan lonkkaleikkauksen jälkeen (Dahm ym. 2004, 237), vaikka näiden potilaiden kohdalla varsinkin asentojen ohjaaminen voi olla tarpeellista. Samoin laajassa krooniseen kipuun liittyvässä väestön tutkimuksessa vain kymmenen prosenttia vastajista oli puhunut seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (Birke ym. 2019).

Seksuaalisuuden huomioon ottamisen kuntoutustyössä ei tulisi jäädä kahdenvälisen vuorovaikutustilanteiden varaan. Tarvitaan tiimi- ja organisaatiotasoisia käytäntöjä varmistamaan, että kivullosella asiakkaalla

on todellinen mahdollisuus tulla myös seksuaalisuutensa osalta huomioon otetuksi. Kliinisen työn ohjeet koko organisaatiossa helpottavat kaikkien ammattilaisten asian esille ottamista (Mick 2007, Pieters ym. 2018, Saunamäki & Engström 2014, Young ym. 2020).

Yksi tällainen palvelujärjestelmän tarkastelua auttava työkalu voi olla Recognition-malli (Coultrick ym. 2010). Mallissa kuvataan viisi vaihetta, joiden toteutuminen tulisi hoitopolussa taata. Ensimmäinen vaihe on tunnistaa, että asiakas ylipäättään on seksuaalinen olento. Se on muutakin kuin sen hyväksymistä, että asiakkaalla voi olla seksuaalisia haluja, joihin kipu vaikuttaa: kyse on myös kyvystä validoida ja normalisoida kokemuksia. Toinen vaihe on lupa seksuaalisista askarrutuksista puhumiseen. Tällöin asiakkaan annetaan ymmärtää, että hänellä on lupa ottaa seksuaalisuuteen liittyviä asioita puheeksi, ja huolehditaan, että työryhmässä on yksi tai useampia työntekijöitä, joiden kanssa hän voi näitä asioita käsitellä. Kolmas vaihe on seksuaalisten askarrutusten varsinainen tarkastelu, jossa pyritään ymmärtämään toimintakyvyn vajauksen ja siten myös kivun merkitystä asiakkaan seksuaalisuudelle. Neljännessä vaiheessa kuntoutustyöntekijöiden tiimi työskentelee keskenään selventääkseen kullekin ammattilaiselle hänen tarkoituksenmukaisen roolinsa asiakkaan seksuaalisten askarrutusten käsittelyssä ja niihin vaikuttamisessa. Viides vaihe käsittää asiakkaan jatkohoitoon ohjaamisen silloin, kun työryhmän osaaminen tai toimintamahdollisuudet ja asiakkaan tarpeet eivät kohtaa, sekä asiantuntija-avun tarjoamisen muille tahoille.

Seuraavassa käydään läpi seksuaalisuuden huomioon ottamista kuntoutustyössä mallin vaiheiden 1–3 ja 5 avulla. Neljäs vaihe koskee ammattiryhmien spesifiä osaamista eikä kuulu tähän katsaukseen.

Asiakkaan ottaminen huomioon seksuaalisena olentona

Erilaiset stereotypiat voivat vaikeuttaa seksuaalisuuden huomioon ottamista kivulloisen asiakkaan kuntoutustyössä. Saatamme

ajatella, että seksuaalisuus ei kosketa joitain asiakasryhmiä tai se ei ole tärkeä aihe joidenkin ihmisten kohdalla esiin nostettavaksi. Erityisesti ikääntyneitä ihmisiä kohtaan on helposti edelleen ennakkooajatuksia, ettei seksuaalisuus kosketa heitä (Bauer ym. 2016, Gott ym. 2004, 533). Ennakoasenteita voi olla myös liikunta- tai kehitysvammaisia ihmisiä kohtaan.

Kuntoutuja voi jäädä huomaamatta seksuaalisena olentona kuntoutustyöntekijän omien epämukavuuden tai osaamattomuuden tuntemusten vuoksi. Asenteet ja ennakkoluulot voivat vaikuttaa negatiivisesti asiakaslähtöisyyteen sekä terapeuttiseen suhteeseen (Areskoug-Josefsson & Fristedt 2019, 6–7). Asenteidensa tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää, ja ammattilaiset ovatkin kokeneet, että se saattaa auttaa yllättävien ja moniselitteisten tilanteiden hallintaa (Kazukauskas & Lam 2010). Koulutuksissa ei ole mahdollista opettaa kaikkia mahdollisia haasteita, käyttäytymismalleja tai eteen tulevia tilanteita ammattilaisille. Relevantimpaa on opettaa ammattilaisia tunnistamaan omia epämukavuuden tunteitaan seksuaalisuuden aiheita kohtaan ja käydä läpi strategioita, joilla käsitellä niitä niiden ohittamisen sijaan (Pynor ym. 2005, 47). On arvokasta reflektoida sitä, mikä itsessä resonoi, koska se voi kehittää huomattavasti terapiaprosessia (Hedges 2010, 75).

Lupa seksuaalisista askarrutuksista puhumiseen

Yleisimpiä syitä olla puhumatta seksuaalisuudesta ovat pelot siitä, että asiakas kokee kysymisen seksuaaliseksi häirinnäksi, että kysyminen aiheuttaa nolostumista ja yksityisyyden rikkomista tai että reaktiot vaikuttavat vuorovaikutussuhteeseen negatiivisesti (Areskoug-Josefsson ym. 2016, Areskoug-Josefsson & Fristedt 2019). Myös omien taitojen ja kompetenssin puute koetaan esteeksi keskustelun aloittamiselle: pelätään, että nousee asioita, joihin ei osata vastata (Gott ym. 2004, McGrath & Lynch 2014, Young ym. 2020).

Tutkimusten mukaan tuki- ja liikuntaelimistön oireiden parissa työskentelevillä

ammattilaisilla, kuten fysiatreilla, reumatologeilla, ortopedieilla ja fysio- ja toimintaterapeuteilla, ei välttämättä ole riittävästi työkaluja seksuaalisuuden ottamiseksi puheeksi (Rosenbaum 2010, Tajar ym. 2011). Kuntoutuksen ammattilaiset kiinnittävät usein huomiota apuvälineisiin, lastoihin ja tukiin, asentohoitoon ja fyysisiin harjoitteisiin, jotka parantavat nivelkestävyyttä ja voimaa, päämääränään edistää toimintakykyä, osallistumista sekä päivittäisten toimintojen laatua (Rosenbaum 2010). Saattaa olla, että ammattilaiset kokevat kompetenssinsa näiden asioiden osalta vahvemmaksi kuin seksuaalisuuden osalta.

Kuntoutusalan ammattilaiset usein odottavat asiakkaan itse ottavan halutessaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi (Areskoug-Josefsson & Gard 2015b). Tämä voi liittyä huoleen siitä, kuinka asiakas reagoi seksuaalisista teemoista kysyttäessä. Kuntoutustyöntekijöiden on kuitenkin hyvä tietää, että asiakkaat itse toivovat kuntoutustyöntekijöiden aktiivisuutta keskustelun aloituksissa (Bahouq ym. 2013) ja että asian esille ottaminen on asiakkaillekin vaikeaa, vaikka he haluaisivat siitä puhua (Gott & Hinchliff 2003). Vaikka esimerkiksi miehet saattavat tuntea epämukavuutta emotionaalisista asioista puhumisesta, he kuitenkin arvostavat asiasta kysymistä (Ahlsen ym. 2012, 1771). Työntekijän on syytä mieltää oma roolinsa niin, että kysymysten esittämisen vastuu on ammattilaisella (Ahlsen ym. 2012).

Keskustelun voi aloittaa esimerkiksi näin (Coultrick ym. 2010): ”Koen, että monet asiakkaat haluavat keskustella kanssani suhteistaan tai heillä on seksiä tai seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Puhun mielelläni aiheesta, mikäli teillä herää jotain kysyttävää.” Näin kunnioitetaan ihmisen yksityisyyttä, mutta annetaan selkeästi lupa keskustelulle. Työntekijä ei voi tietää, kenelle asiakkaalle aihe on tärkeä, ja siksi se täytyy tarjota kaikille (Coultrick ym. 2010, 295). Odotustilan ja vastaanottotilan mahdolliset esitteet tai julisteet voivat olla helposti toteutettava sanaton viesti asiakkaan rohkaisemiseksi aiheen esille nostamiseen (Areskoug-Josefsson & Gard 2015b, Bauer ym. 2016).

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt ovat

tärkeä aihe kauttaaltaan kuntoutuksen koulutusohjelmissa, jotta yhdenvertainen hoito saavuttaisi kaikki heidän seksuaalisesta orientaatiostaan riippumatta (Areskoug-Josefsson & Gard 2015b). Yleisimpiä LBGQTQI+ ihmisten kokemuksia ovat kuntoutustyöntekijän tekemät yleistyksiset ja oletukset liittyen sukupuoleen tai seksuaalisuuteen heteronormatiivisuuden pohjalta (Ross & Setchell 2019). Vähemmistöön kuuluvat ihmiset kokevat, että jos palveluntuottaja tuo aktiivisesti esiin tietämyksensä seksuaalisuuden moninaisuudesta, se vähentää heidän vähemmistöstressiään (Grigorovich 2016).

Seksuaalisten askarrutusten tarkastelu

Haastattelu on keskeinen vuorovaikutuksen ja asiakkaan tilanteen arvioinnin väline, ja erilaiset kyselylomakkeet toimivat apuna puheeksi ottamisessa. Usein saatavilla olevat haastatteluohjeet ja -lomakkeet eivät juuri sisällä valmiita kysymyksiä seksuaalisen toiminnan tai seksuaalisuuden merkityksen kartoittamiseksi. Monille suomalaisille psykologeille tutussa *Kivun psykologia* -teoksessa (Estlander 2003) sukupuolielämä ja sen muutokset todetaan yhdeksi arvioinnin kohteeksi ja mainitaan viitteellisen haastattelurungon perhettä, ihmisuhteita ja elämänhistoriaa kartoittavassa osiossa. Haastattelurunko itsessään ei kuitenkaan sisällä yhtään seksuaalisuutta koskevaa valmista kysymystä, joten haastattelevan kuntoutustyöntekijän täytyy muotoilla sopivat kysymykset itse.

Suomessa käytettäviä kipukuntoutujien kanssa käytettyjä lomakkeita ovat yläraajan toimintakykyä mittaava DASH-kysely (Atroshi ym. 2000), kivun aiheuttamaa haittaa arvioiva Ostwestry-kysely (Fairbank & Pynsent 2000) ja Suomen kivuntutkimusyhdistyksen Kipukysely (Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen, päiväämätön). Niissä on kussakin yksi seksuaalisuuteen liittyvä kohta. Uskoa omaan toimintakykyyn kivusta huolimatta kartoittavassa PSEQ-kyselyssä (Karkkola & Kuittinen 2017) tai kroonisen kivun hyväksymistä tarkastelevassa CPAQ-kyselyssä (Ojala ym. 2013) ei kummassakaan ole seksuaalisuuteen liittyvää sisältöä.

On ymmärrettävää, että kyselylomakkeet, joilla pyritään kartoittamaan kipuun liittyvien ilmiöiden ja haittojen laajaa kirjoa, eivät voi painottaa mitään tiettyä osaluuetta. Luultavasti ne kuitenkin voivat toimia puheeksi oton apuvälineinä silloin, kun ammattilaisella on kekseliäisyyttä, harrastuneisuutta ja uskallusta kysyä myös seksuaalisuudesta laajemmin ja syvemmin kuin mihin kyselylomakkeet ulottuvat. On ammattilaisen vastuulla tarttua kyselylomakkeiden näihin kohtiin ja kysyä tarkentavia kysymyksiä, mikäli asiakas on niihin merkinnyt kivun tuomia haittoja tai haasteita.

On todettu, että ammattilaiset, jotka olivat saaneet lyhyenkin lisäkoulutuksen seksuaalisuuden aiheista, kokivat siitä keskustelemisen helpommaksi (Helland ym. 2013). Koulutusta saaneet ammattilaiset olivat enemmän aiheen kanssa sinut ja luottivat enemmän omiin taitoihinsa keskustella asiasta (Pieters ym. 2018, Saunamäki ym. 2010). Konkreettinen tiedonsaanti koulutuksissa siitä, miten seksuaalisuus muuttuu tai kuinka sairaus vaikuttaa seksuaalisuuteen, auttaa ammattilaisia asettamaan asiakkaiden hyvinvoinnin omien asenteidensa ja pelkojensa edelle (Saunamäki & Engström 2014). Lisäkoulutus ja työyhteisön yhteinen työskentely vaikuttavat oletettavasti positiivisesti ammattilaisten kompetenssiin, kokemukseen ja rohkeuteen keskustella aiheesta.

Jatko-ohjaus

Vaikka kaikki ammattilaiset eivät olisi taitavia puhumaan seksuaalisuudesta ja seksistä tai eivät halua niihin paneutua, asiakasta ei voi eikä tarvitse jättää yksin asian kanssa. Kirjallisten lähteiden antaminen voi olla hyödyllinen tapa antaa tietoa, mikäli keskustelu on vaikeaa (Areskoug-Josefsson & Gard 2015a, 520). Tärkeimpänä keinona seksuaalisuudesta keskusteluun on kuunnella asiakasta ja ohjata eteenpäin, mikäli hänellä on jotain enemmän kysyttävää (Areskoug-Josefsson & Gard 2015a, 521, Paice 2003). Ammatillinen verkostoituminen on tärkeää, ja kuntoutuksen ammattilaista voi auttaa jo tieto siitä, keneltä voi pyytää apua tai

kenelle asiakkaan voi ohjata, mikäli itse ei pysty seksuaalisuuden aiheisiin tarttumaan.

Pohdinta

Vaikka kroonisen kivun vaikutuksista seksuaalisuuteen löytyy melko vähän tutkimustietoa, erilaiset kipuun liittyvät haasteet ja ongelmat ovat tyypillisiä kuntoutuksen kentällä. Seksuaalisuus on syvimmillään sitä, mitä olemme, mitä tunnemme sekä miten olemme suhteessa itseemme ja muuhun maailmaan. Tätä kaikkea pitkäkestoinen kipu saattaa häiritä (Burke ym. 2015, Ojala ym. 2015, Valjakka 2019). Seksuaalisuuden laajemman merkityksen ymmärtäminen tuo kuntoutuksen ammattilaisille lisämerkitystä, kun pyrimme kohtaamaan asiakkaan ja hänen elämänsä kokonaisvaltaisesti ja merkityksellisesti. Ympäristön ja siinä toimivien verkostojen merkitys on jatkuvasti korostunut kuntoutuksen paradigman muutoksessa, joten verkostojen ja läheisten mukaan ottaminen on tärkeää. Seksuaalisuus voi olla tärkeä voimavara myös tästä näkökulmasta.

Ammattilaiset saattavat olettaa, että asiakas ottaa vastaanotolla esille tärkeiksi kokemiaan teemoja. Kuitenkin on huomattava, että nekin asiakkaat, jotka eivät aloita keskustelua itse, raportoi seksuaaliterveyden ongelmia suoraan tai koe siinä juuri niinä aikoina haasteita, saattavat haluta tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja kivun mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen (Ambler ym. 2001). Materiaalin, välineiden ja kyselylomakkeiden haasteet ja puutteet ovat huomattavat. Yksilölähtöiset teoriat ja vain harvoin seksuaalisuuden teemoihin ylittävät haastattelurungot tai kyselylomakkeet eivät automaattisesti johdata ammattilaisia asiakkaiden monenlaisten kontekstien ja yksilöllisten merkitysten äärelle. On myös pohdittava, onko seksuaalisuuteen liittyvien asioiden esille otto termillä ”sukupuolielämä” tarpeeksi sensitiivistä tai mahdollisuuksia avaavaa. Seksuaalisuus tai seksi eivät liity pelkästään sukupuoleen, eikä sukupuolisuutta tarvitse määritellä näistä asioista puhuttaessa. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tunnistaminen ja huomioon ottaminen asiakasryhmänä on puutteellista,

mikä voi johtaa siihen, ettei vähemmistöön kuuluva tiedä, onko hänellä ikään kuin lupa ottaa asiansa esiin. Ihmissuhteiden ja seksuaalisuuden moninaisuudelle voi antaa tilaa keskustelun avauksessa helposti niin, ettei asiakas koe asioita vain oletettavan. Myös seksiin liittyviä oletuksia on syytä tarkastella. Seksi kattokäsitteenä voi tarkoittaa ihmisille hyvinkin erilaisia asioita. On tärkeää tarkentaa asiakkaan kanssa, mitä seksi hänelle merkitsee ja minkälaisessa toiminnassa siinä hänellä mahdollisesti on kipuun liittyviä haasteita.

Kunkin oman ammattikunnan oletusten, työvälineiden sekä tiimin toiminnan lisäksi ammattilaisten kannattaa tarkastella omaa itseään. Ammattilaisten omat tarinat orientoivat heitä huomaamaan tiettyjä teemoja ja terapiasuhteessa ja vuorovaikutuksessa ja ohittamaan jopa tietämättään toisia teemoja. Asiakas saattaa sivulauseessa tuoda keskusteluun seksuaalisuuteen liittyvän teeman, ikään kuin tunnustellen aiheen sopivuutta, ja ammattilaisten vastuulla on huomata näitä pieniä keskustelun avauksia ja kysymyksiä. Ennakkoluulot ja pelot voivat näkyä asiakkaalle kehonkielen kautta, ja silloin suljetaan ovi tältä keskustelulta.

Kuntoutuksen ammattilaiset ovat erityislaatuissa asemassa asiakkaan elämässä – he työskentelevät asiakkaidensa arjessa, henkilökohtaisten asioiden äärellä ja asiakassuhteet voivat olla pitkiä. He ovat usein niitä ammattilaisia, joita asiakas näkee useimmiten, jopa viikoittain. Nämä elementit edesauttavat luottamuksen syntymistä seksuaalisuudesta keskusteluun (Pynor ym. 2005). Tilan antaminen seksuaalisuudesta keskustelemiselle voi vahvistaa vuorovaikutussuhdetta asiakkaan kanssa niin, että asiakkaan motivaatio kohenee myös muissa kuntoutuksen tavoitteissa. Seksuaalisuuden ymmärtäminen osana ihmisen kokonaisuutta voi kasvattaa yhteistyötä uudelle tasolle.

Tulosten merkitys: Kroonisen kivun vaikutuksista seksuaalisuuteen tarvitaan lisää tietoa ja keskustelua. Lantion- ja genitaalialueen kivuista ja niiden merkityksestä seksuaalisuudelle löytyy tutkimusta enemmän, mutta holistinen lähestymistapa vaatisi laajempaa ymmärrystä erilaisten kokonaisuuksien vaikutuksista toisiinsa myös kuntoutustyössä. Seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvät keskustelut jäävät kapea-alaisiksi ja yhdyntäkeskeisiksi, mikä osaltaan vaikuttaa siihen, ettei kivun vaikutuksia seksuaalisuuteen osata nähdä tarpeeksi laaja-alaisesti. Kuntoutuksen kentällä olisi tärkeää lisätä tietoa ja taitoa seksuaalisuuden huomioon ja puheeksi ottamiseksi.

Tiivistelmä

Krooninen kipu on maailmanlaajuinen ongelma, joka liittyy moniin eri sairauksiin ja tilanteisiin. Kipu näkyy monien kuntoutusalan ammattilaisten vastaanotoilla, ja kivun laaja-alaiset vaikutukset ilmenevät asiakkaan kaikilla elämän osaluilla. Kuntoutus pyrkii kohtaamaan ihmisen kokonaisvaltaisesti, ja myös ihmisen seksuaalisuuden tunnistaminen olisi tärkeää osana hyvinvoinnin edistämistä. Kroonisen kivun ja seksuaalisuuden yhteydestä löytyy kuitenkin vain vähän tutkimustietoa, erityisesti tuki- ja liikuntaelimistön kipujen osalta. Kuntoutusalan ammattilaisilla on erityislaatuista mahdollisuutta edistää asiakkaiden seksuaaliterveyttä. Katsaus kokoaa yhteen tutkimustietoa kivun yhteyksistä hyvinvointiin ja erityisesti seksuaalisuuteen. Erityisesti huomionarvoista on, että katsaus ei rajoitu yhdyntään tai lantion alueen kipuihin vaan laajemmin krooniseen kipuun. Katsauksen toisena näkökulmana on kuntoutus ja kuntoutustyöntekijöiden mahdollisuudet seksuaaliterveyden edistäjinä.

Avainsanat: krooninen kipu, kuntoutus, seksuaalisuus, puheeksi otto

**Henna Kekkonen, toimintaterapeutti YAMK,
erityistason seksuaaliterapeutti NACS,
Terapiaperhonen Oy**

Petri Karkkola, PsT, terveystieteiden erikoispsykologi, yliopistonlehtori, Itä-Suomen yliopisto

Teemu Ripatti, fysioterapeutti OMT

Lähteet

- Ahlsen B, Mengshoel AM, Solbrække KN (2012) Troubled bodies - troubled men: A narrative analysis of men's stories of chronic muscle pain. *Disabil Rehabil* 34, 21, 1765–1773. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.660601>
- Ajo R, Segura A, Inda MM, Planelles B, Martínez L, Ferrández G, ..., Peiró A (2016) Opioids increase sexual dysfunction in patients with non-cancer pain. *J Sex Med* 13, 9, 1377–1386. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.07.003>
- Ambler N, Williams AC, Hill P, Gunary R, Cratchley G (2001) Sexual difficulties of chronic pain patients. *Clin J Pain* 17, 2, 138–145. <https://doi.org/10.1097/00002508-200106000-00006>
- Areskoug-Josefsson K, Fristedt S (2019) Occupational therapy students' views on addressing sexual health. *Scand J Occup Ther* 26, 4, 306–314. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1418021>
- Areskoug-Josefsson K, Gard G (2015a) Physiotherapy as a promoter of sexual health. *Physiother Theory Pract* 31, 6, 390–395. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1023876>
- Areskoug-Josefsson K, Gard G (2015b) Sexual health as a part of physiotherapy: The voices of physiotherapy students. *Sex Disabil* 33, 4, 513–532. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9403-y>
- Areskoug-Josefsson K, Larsson A, Gard G, Rolander B, Juuso P (2016) Health care students' attitudes towards working with sexual health in their professional roles: Survey of students at nursing, physiotherapy and occupational therapy programmes. *Sex Disabil* 34, 3, 289–302. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9442-z>
- Atroski I, Gummesson C, Andersson B, Dahlgren E, Johansson A (2000) The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire: Reliability and validity of the Swedish version evaluated in 176 patients. *Acta Orthop* 71, 6, 613–618. <https://doi.org/10.1080/000164700317362262>
- Bahouq H, Allali F, Rkain H, Hajjaj-Hassouni N (2013) Discussing sexual concerns with chronic low back pain patients: Barriers and patients' expectations. *Clin Rheumatol* 32, 10, 1487–1492. <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2299-y>
- Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D (2016) Let's talk about sex: Older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health care setting. *Health Expect* 19, 6, 1237–1250. <https://doi.org/10.1111/hex.12418>
- Birke H, Ekholm O, Højsted J, Sjøgren P, Kurita GP (2019) Chronic pain, opioid therapy, sexual desire, and satisfaction in sexual life: A population-based survey. *Pain Med* 20, 6, 1132–1140. <https://doi.org/10.1093/pm/pny122>
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 10, 4, 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Burke ALJ, Mathias JL, Denson LA (2015) Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta analytic review. *Br J Clin Psychol* 54, 3, 345–360. <https://doi.org/10.1111/bjc.12078>
- Chen LW, Chen MY, Lian Z, Lin H, Chien C, Yin H, . . . Chen K (2018) Amitriptyline and sexual function: A systematic review updated for sexual health practice. *Am J Mens Health* 12, 2, 370–379. <https://doi.org/10.1177/1557988317734519>
- Couldrick L, Sadlo G, Cross V (2010) Proposing a new sexual health model of practice for disability teams: The Recognition model. *Int J Ther Rehabil* 17, 6, 290–299. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.6.48152>
- Dahm DL, Jacofsky D, Lewallen DG (2004) Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THA: A survey of members of the American association of hip and knee surgeons. *Clin Orthop Relat Res* 428, 237–240. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000137555.74475.a5>
- Estlander A (2003) Kivun psykologia. WSOY, Helsinki.
- Fairbank J, Pynsent P (2000) The Oswestry disability index. *Spine* 25, 22, 2940–2953.
- Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H (2004) "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 21, 5, 528–536. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509>
- Gott M, Hinchliff S (2003) Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: A qualitative study with older people. *Fam Pract* 20, 6, 690–695. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>
- Grigorovich A (2016) The meaning of quality of care in home care settings: Older lesbian and bisexual women's perspectives. *Scand J Caring Sci* 30, 1, 108–116. <https://doi.org/10.1111/scs.12228>
- Haboubi NHJ, Lincoln N (2003) Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil* 25, 6, 291–296. <https://doi.org/10.1080/0963828021000031188>
- Hamed S (2018) Sexual dysfunctions induced by pregabalin. *Clin Neuropharmacol* 41, 4, 116–122. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000286>
- Hattjar B (2012) Overview of occupational therapy and sexuality. Teoksessa B Hatjjar (toim.)

- Sexuality and occupational therapy: Strategies for persons with disabilities. American Occupational Therapy Association, USA.
- Hedges F (2010) *The reflexivity in therapeutic practice*. Red Globe Press, London, UK.
- Helland Y, Garratt A, Kjekén I, Kvien T, Dagfinrud H (2013) Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: Results of a survey of health professionals. *Scand J Rheumatol* 42, 1, 20–26. <https://doi.org/10.3109/03009742.2012.709274>
- Karkkola P, Kuittinen, M (2017) Kipupystyvyyskyselyn ominaisuudet tuki- ja liikuntaelinkuntoutujilla. *Psykologia* 52, 4, 276–292.
- Kazukauskas KA, Lam CS (2010) Disability and sexuality: Knowledge, attitudes, and level of comfort among certified rehabilitation counselors. *Rehabil Couns Bull* 54, 1, 15–25. <https://doi.org/10.1177/0034355209348239>
- Lorenz T, Rullo J, Faubion S (2016) Antidepressant-induced female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc* 91, 9, 1280–1286. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.033>
- Mäntyselkä PT, Turunen JHO, Ahonen RS, Kumpusalo EA (2003) Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA* 290, 18, 2435–2442. <https://doi.org/10.1001/jama.290.18.2435>
- McGrath M, Lynch E (2014) Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disabil Rehabil* 36, 8, 651–657. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.805823>
- Mick, JM (2007) Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clin J Oncol Nurs* 11, 5, 671–675. <https://doi.org/10.1188/07.CJON.671-675>
- Ojala T, Häkkinen A, Karppinen J, Sipilä K, Suutama T, Piirainen A (2015) Chronic pain affects the whole person - a phenomenological study. *Disabil Rehabil* 37, 4, 363–371. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>
- Ojala T, Piirainen A, Sipilä K, Suutama T, Häkkinen A (2013) Reliability and validity study of the Finnish version of the chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ) *Disabil Rehabil* 35, 4, 306–314. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.694572>
- Paice J (2003) Sexuality and chronic pain. *Am J Nurs* 103, 1, 87–89. <https://doi.org/10.1097/00000446-200301000-00079>
- Persson D, Andersson I, Eklund M (2011) Defying aches and reevaluating daily doing: Occupational perspectives on adjusting to chronic pain. *Scand J Occup Ther* 18, 3, 188–197. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.509810>
- Pieters R, Kedde H, Bender J (2018) Training rehabilitation teams in sexual health care: A description and evaluation of a multidisciplinary intervention. *Disabil Rehabil* 40, 6, 732–739. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1271026>
- Pynor R, Weerakoon P, Jones MK (2005) A preliminary investigation of physiotherapy students' attitudes towards issues of sexuality in clinical practice. *Physiother* 91, 1, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2004.06.012>
- Rosenbaum TY (2010) Musculoskeletal pain and sexual function in women. *J Sex Med* 7, 2, 645–653. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01490.x>
- Ross MH, Setchell J (2019) People who identify as LGBTIQ+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy: A survey. *J Physiother* 65, 2, 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.02.002>
- Saunamäki N, Andersson M, Engström M (2010) Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *J Clin Nurs* 66, 6, 1308–1316. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>
- Saunamäki N, Engström M (2014) Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *J Clin Nurs* 23, 3–4, 531–540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
- Sinisaari-Eskelinen M, Jouhki M, Tervo P, Väisälä L (2016) Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin. *Sosiaalilääk Aikak* 53, 4, 286–293.
- Suomen Kivuntutkimusyhdystys (päiväämätön) Kipukysely. Noudettu osoitteesta <https://www.skty.org/@Bin/171660/Kipukysely.pdf>
- Tajar A, O'Neill TW, Lee DM, O'Connor DB, Corona G, Finn JD, . . . McBeth J (2011) The effect of musculoskeletal pain on sexual function in middle-aged and elderly European men: Results from the European male ageing study. *Rheumatol* 38, 2, 370–377. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100604>
- Taylor B, Davis S (2006) Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand* 21, 11, 35–40. <https://doi.org/10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382>
- Valjakka A (2019) Kivun psykologia ja kroonisen kivun hoito. Teoksessa S Sinikallio (toim.) *Terveiden psykologia*. PS-Kustannus, Jyväskylä.
- World Health Organization (2006) Defining sexual health. Noudettu osoitteesta http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Young K, Dodington A, Smith C, Heck CS (2020) Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice. *Can J Occup Ther* 87, 1, 52–62. <https://doi.org/10.1177/0008417419855237>

MINUN ELÄMÄNI KIRJA – KUVALLISEN ELÄMÄNTARINAN HYÖDYNTÄMINEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSESSA

Johdanto

”Minun elämäni kirja” on narratiiviseen, ratkaisukeskeiseen ja voimauttavaan työskentelytapaan pohjautuva menetelmä, joka on kehitetty mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja tarjoavassa Hoitokoti Peltolasassa. Menetelmässä asiakkaan kanssa laaditaan elämäntarina hyödyntäen narratiivista haastattelua sekä voimauttavan valokuvan periaatteita. Kirjan työstäminen on yhteinen prosessi, jossa dialogi ja toiminta mahdollistavat asiakkaan voimaantumisen. Työskentelyn tavoitteina ovat voimaantumisen kokemusten saaminen, voimavarojen tunnistaminen sekä toiveikkuuden, itseymmärryksen, aktiivisuuden ja osallisuuden lisääntyminen. (Katajisto-Korhonen 2020.)

Valokuva on monipuolinen työväline, jota voidaan hyödyntää kuntoutuksessa usein eri tavoin. Ulla Halkola määrittelee valokuvaterapian valokuvan ja valokuvauksen menetelmälliseksi käytöksi psykoterapiassa tai terapeutisessa työssä. Menetelmiä ja niiden muodostamaa kokonaisuutta voidaan muokata asiakkaan tarpeiden ja terapiaprosessin tavoitteiden mukaan. Valokuvaterapian menetelmiä ovat Halkolan mukaan asiakkaan omaelämäkerrallisten valokuvien käyttäminen, symbolisten ja assosiativisten

valokuvien hyödyntäminen sekä uusien valokuvien ottaminen ja niiden käyttö terapeutisena välineenä. (Halkola 2009, 14–17.) ”Minun elämäni kirjaa” työstettäessä hyödynnetään asiakkaan omia albumikuvia tai projektiivisiä kuvia, jotka syventävät haastattelun avulla koottua elämäntarinaa. Menetelmässä toteutetaan yhteinen omakuvaprosessi, jossa asiakas saa voimauttavan valokuvan periaatteiden mukaisesti itse määritellä, millaisena hän haluaa tulla nähdyksi ja kuvatuksi.

”Minun elämäni kirja” soveltuu hyvin kuntoutumisen tueksi, sillä toiminta on tavoitteellista. Kuntoutumisessa korostuvat yksilön omat tavoitteet, hyvinvointi ja yhteiskuntaan osallistuminen. Asiakas nähdään aktiivisena toimijana, joka osallistuu kuntoutumisen tavoitteiden ja sisällön suunnitteluun. (Autti-Rämö & Salminen 2016.) Yhteistyössä asetettavien tavoitteiden tulee olla realistisia ja asiakkaalle merkityksellisiä. Niitä muodostettaessa on otettava huomioon asiakkaan arvot ja käsitys omista mahdollisuuksistaan. (Autti-Rämö ym. 2016.)

Ratkaisukeskeinen toimintatapa

Perinteisesti asiakkaan haasteisiin on suhtauduttu etsimällä ongelmien mahdollisia

syitä, mutta ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa niihin pyritään löytämään ratkaisuja, päämääriä ja tavoitteita. Vaikeuksien takaa löytyviin unelmiin ja toiveisiin keskittymällä voidaan löytää elämän osa-alueita, joilla haaveet jo osittain toteutuvat, sekä etsiä mahdollisuuksia elää edes pieniä osia haaveista. (Katajainen ym. 2006.) Auttamisammateissa kohdattuihin ongelmiin on harvoin olemassa vain yksi oikea ratkaisu, joten asiakkaan tilannetta tulee tarkastella monesta eri näkökulmasta. Painoarvoa annetaan sekä asiakkaan näkemyksille että työntekijän asiantuntemukselle. (De Jong & Berg 2008).

Ratkaisukeskeiseen ajattelutapaan kuuluu olennaisesti asiakkaan toiveikkuuden ja voimavarojen etsiminen ja tukeminen sekä ajatusten suuntaaminen tulevaisuuteen. Lähestymistavan olennainen piirre on asiakkaan ongelman muuttaminen tavoitteeksi, jonka hän voi oppia. Asiakkaan ongelman syntyä ei pohdita, vaan tärkeää on kiinnittää huomio asiakkaan voimavaroihin ja löytää toiveikkuus. Eteneminen tapahtuu pienin askelin, jolloin huomioidaan pienetkin onnistumiset. Asiakas saa voimaantumisen tunteen ja lisää energiaa onnistumisen tunteesta. Asiakkaalla on tieto ja keinot päästä ratkaisuihin ja tavoitteisiin. Ratkaisukeskeisessä terapiassa asiakas on tasavertainen yhteistyökumppani, jonka arvoja ja ajattelutapaa on kunnioitettava. Keskustelussa ja ajattelussa käytetään huumoria, luovuutta ja myönteisyyttä. Tavoitteisiin voi päästä monia erilaisia polkuja pitkin, joten ongelmien ratkaisuun on hyvä kokeilla erilaisia vaihtoehtoisia tapoja. (Mannström-Mäkelä & Saukola 2008.)

Ratkaisujen rakentaminen tapahtuu yhdessä asiakkaan kanssa ja alkaa ongelman kuvaamisesta. Toisin kuin ongelmakeskeisessä lähestymistavassa, ratkaisuja ei pohdita vielä tässä vaiheessa, vaan keskitytään asiakkaan kunnioittavaan kuunteluun. Asiakkaan kanssa luodaan kuvaus siitä, millainen hänen elämänsä olisi ongelmien ratkettua, ja elämästä etsitään aikoja ja tilanteita, joissa haasteet ovat olleet vähemmän vaikeita. Asiakkaalle annetaan positiivista palautetta ja hänen edistymistään kohti ratkaisuja

arvioidaan jatkuvasti. Lähestymistavassa asiakas nähdään oman elämänsä asiantuntijana, mikä soveltuu hyvin tämän päivän kuntoutuksen paradigmaan. (De Jong & Berg 2008).

Narratiivinen lähestymistapa

Ihmiset elävät kertomusten maailmassa ja jäsentävät elämäänsä usein tarinan muodossa. Kertomuksilla on siten tärkeä merkitys yksilön identiteetin muodostumiselle. (Kaasila 2008.) Tarinankerronta on myös keskeistä monista elämän vaikeuksista selviytymiselle (Wells 2011). Kokemukseen keskittyvä narratiivinen tutkimus olettaa, että tapahtumille, ajatuksille ja tunteille on olemassa yksilöllinen, sisäinen representaatio, jolle narratiivi antaa ulkoisen ilmaisun. Representaatiot vaihtelevat ajan kuluessa riippuen elämäntilanteista, joten sama ilmiö voi tuottaa hyvin erilaisen tarinan, vaikka kertoja pysyisi samana. (Squire ym. 2008.) Narratiivit rakennetaan aina niitä esitettäessä uudelleen, ja ne esitetään eri tavalla erilaisissa sosiaalisissa konteksteissa. Narratiivien voidaan tulkita edustavan sekä kokemusta että sitä todellisuutta, josta ne juontuvat. Henkilökohtaiset narratiivit edustavat yhtä monista mahdollisista narratiivisista totuuksista, ja ne pitävät sisällään sekä objektiivisen eletyn elämän että kertojan omista merkityksistä muodostuvan kerrotun tarinan. (Squire 2008.)

Narratiivit ovat jonkun jollekulle toiselle kertomia tiettyssä ajallisessa ja kulttuurisessa kontekstissa (Wells 2011). Ne ovat kertojan ja kuulijan välistä dialogia, jossa kertoja tekee itsensä näkyväksi kertomuksen kautta ja kuulija tulkitsee sitä omasta näkökulmastaan (Grant & Zeeman 2012, 1). Narratiivinen haastattelu on kertojalähtöistä, sen avulla pyritään hahmottamaan kertojan näkökulmaa sekä ymmärtämään kerrotun ilmiön subjektiivisia merkityksiä ja kertojan omaa tulkintaa. Kysymyksenasettelulla on mahdollista rajata haastattelua tai antaa enemmän tilaa henkilön omalle kerrokselle ja valinnoille. (Paananen 2008.) Narratiiveja voidaan tarkastella suhteessa tiettyyn kysymykseen, joka sen on saanut aikaan, mutta myös suhteessa haastattelijan

ja haastateltavan väliseen vuorovaikutukseen. Yhteinen rakentuminen nostaa kuitenkin esiin kysymyksen omistajuudesta. (Wells 2011.)

Narratiivisessa lähestymistavassa asiakasta itseään pidetään oman elämänsä asiantuntijana. Asiakkaan ongelmiin suhtaudutaan hänestä erillisinä asioina ja ajatellaan, että asiakkaalla on monia taitoja, kykyjä, vahvuuksia, arvoja ja uskomuksia, joiden avulla voidaan helpottaa ongelmien vaikutusta asiakkaan elämässä. Narratiivisen lähestymistavan olennainen periaate on uteliaisuus ja halu sellaisten aitojen kysymysten esittämiseen, joihin etukäteen ei ole vastausta. (Morgan 2004.)

Narratiivisessa lähestymistavassa tarinat hahmotetaan hallitsevina, vaihtoehtoisina juonina ja ajallisesti yhteen liittyneinä tapahtumina, jotka vaikuttavat menneisyyteen, nykyhetkeen ja tulevaisuuteen. Tarinat muovaavat voimallisella tavalla elämäämme. Asiakkaan kyvyt, taidot ja tietämys voidaan saattaa näkyviin ja uudestaan käyttöön, jotta asiakas voi vapauttaa elämänsä ongelman vaikutuksesta. (Morgan 2004.) Asiakkaan itse rakentamia tarinoita voidaan pitää lähtöpisteinä muutokselle, ja terapeutin tehtävä on tukea asiakasta muodostamaan uusi tarina hyödyntäen hänen valitsemiaan henkilöitä, juonta ja lopputulosta (Metcalf 2015, 5).

Narratiivinen lähestymistapa voi antaa mielenterveyskuntoutujalle mahdollisuuden olla oman elämäkertansa kirjoittaja (Fisher & Lees 2016, 610). Riippuen narratiivisen identiteetin voimavaroista ja joustavuudesta voi olla mahdollista muodostaa positiivinen uudelleenkirjoitus menneisyydestä ja nähdä tulevaisuus valoisampana. Henkilön narratiiviset voimavarat, mukautumiskyky sekä halu ja kyky rakentaa metatarinoita vaikuttavat narratiivin terapeuttisuuteen. Elämä rakentuu useista tarinoista, jotka voidaan muotoilla ja kertoa uudelleen Narratiivit toimivat elämän rikkaina kuvauksina. Vaihtoehtoinen narratiivi samasta elämäntapahtumasta voi löytyä alkuperäisen narratiivin varjoista. (Grant & Zeeman 2012, 8.)

Linearisessa narratiivissa päähenkilö ohjaa kehityskaartaan kohti positiivista suuntaa

tulevaisuudessa. Kaikilla ei ole kuitenkaan mahdollisuutta asettua yhteiskunnan asettamiin normeihin, mikä tekee tulevaisuus-orientoituneesta narratiivista kapeuttavan. (Fisher & Lees 2016, 605.) Narratiivisessa työskentelytavassa huomio voidaan suunnata tulevaisuuden sijaan hyvien ja merkityksellisten asioiden tutkimiseen tässä hetkessä (Katajisto-Korhonen 2020). Tärkeää on ajallinen orientaatio, joka mahdollistaa sekä nykyisyydestä nauttimisen sellaisena kuin se on että tulevaisuuden muuttamisen toiveikuudeksi. Avoin tulevaisuus voi auttaa asiakasta näkemään itsensä aktiivisena ja muuttavana sekä voittamaan pelkonsa epävarmaa tulevaisuutta kohtaan. Sitoutuminen nykyisyyteen, joka on suhteellinen ja perustuu avoimuuteen muutosta kohtaan, voi olla hyvinvoinnin lähde ja voi mahdollistaa positiivisen muutoksen. (Fisher & Lees 2016, 607–608.)

Valokuvan hyödyntäminen elämäntarinatyöskentelyssä

Kuten sanoin ilmaistut narratiivit, myös kuvat voivat olla sidottuja kontekstiin, niihin kytkeytyy merkityksiä ja ne voivat kertoa tarinan. Valokuvia voidaan tarkastella narratiivisina teksteinä, joita muokkaavat kuvan katselijan, kuvan neuvottelun konstruktion sekä kuvaajan tarkoituksen välinen vuorovaikutus. Valokuvat ovat sekä sosiaalisesti että teknisesti rakentuneita. Ne vaikuttavat representaatiolta jostakin, joka on aitoa ja todellista kuvaamisen hetkellä, mutta todellisuudessa ne tallentavat kulttuurisen kontekstin, joka tukee ikuistettua kuvaa. (Ketelle 2010, 549.) Valokuva on kuvaajansa rakentama näkymä, joka ei koskaan voi olla objektiivisesti totta, mutta kuvan subjektiivinen totuus perustuu siihen, että yksilö kokee tärkeäksi antaa sille totuuden painoarvon (Savolainen 2009, 212).

Valokuvat tarjoavat haastattelun rinnalle tiedonkeruumenetelmän, joka mahdollistaa dialogin ja itseilmaisun erityisesti silloin, kun asiakkaalla on haasteita ilmaista omia ajatuksiaan sanallisesti (Erdner & Magnusson 2011, 146). Ne voidaan nähdä työkaluina, jotka auttavat asiakasta löytämään

teksteistä ja keskusteluista poikkeavia uusia tapoja ymmärtää itseään (Ketelle 2010, 547). Valokuvien hyödyntäminen elämäntarina-työskentelyssä mahdollistaa voimaantumisen, sillä asiakkaalle tulee kokemus siitä, että hän on tärkeä ja hänen äänensä pääsee kuululle. Valokuva itsessään ei ole voimaantava, vaan soveltamistilanteen tulee täyttää voimaantumisen ehdot (Savolainen 2009, 211).

Juha Siitonen on määritellyt väitöskirjassaan voimaantumisen yksilöstä itsestään lähteväksi sisäiseksi prosessiksi. Kun ihminen on voimaantunut, hän on löytänyt omat voimavaransa ilman ulkoista pakkoa. (Siitonen 1999, 169.) Miina Savolainen toteaa tämän olevan keskeistä kaikessa auttamistyössä. Savolaisen kehittämässä sosiaalipedagogisessa voimauttavan valokuvan menetelmässä valokuvan totuus asetetaan yksilön identiteettityön palvelukseen, ja asiakas voi itse valita, mitkä kuvat määrittelevät hänen elämäntarinaansa tai identiteettiään. (Savolainen 2009, 212.)

Voimauttavan valokuvan menetelmässä hyödynnetään albumikuvia, valokuvaustilanteen vuorovaikutusta, omakuvaa ja arkielämän teemojen kuvaamista. Pyrkimyksenä on asiakkaan itsen ja oman elämän hyväksyminen sekä arvojen selkeyttäminen. Valokuvia ja valokuvaamista voidaan hyödyntää myös vuorovaikutuksen parantamiseen, voimavarojen esiin nostamiseen sekä tukemaan asiakkaan elämän muutosprosessia. Keskeistä kuvausprojektien ideoinnissa on asiakkaan itse tuottamien ajatusten toteuttaminen. (Savolainen 2009, 212–223.)

Valokuvan avulla voidaan Ulla Halkolan mukaan tuoda asiakkaasta esiin asioita, joihin sanat eivät yllä. Valokuvaterapeuttisessa työssä asiakkaalle merkityksellisiä valokuvia käytetään väylänä itsehavainnointiin, ymmärrykseen ja muutokseen. Valokuvien maailmaan eläytyminen mahdollistaa terapeuttisen prosessin, jossa aistit herkistyvät ja tunteet sekä muistot ovat vahvasti läsnä. Valokuvat ja kuvaaminen voivat olla silta muistoihin, tiedostamattomaan nykyhetkeen ja tuleviin toiveisiin. Valokuvien avulla tapahtuvassa terapeuttisessa vuorovaikutuksessa asiakas voi nähdä elämänsä uudessa

valossa, oppia itsestään uutta ja muuttua. (Halkola 2009, 13.) Albumityöskentelyssä kuvien avulla tutkitaan yksilön elämässään ajankohtaisiksi kokemia teemoja ja jäsenetteään ne kokonaisuuksiksi, jotka järjestävät uudella tavalla todellisuuden merkityksiä ja nostavat esiin voimavaroja (Savolainen 2009, 218).

”Minun elämäni kirjan” toteuttaminen

”Minun elämäni kirja” koostuu viidestä vaiheesta, jotka ovat elämäntarinan koostaminen haastatellen, elämäntarinan syventäminen, nykyhetkeen ja tulevaisuuteen suuntautuminen, omakuvaprosessin toteuttaminen sekä valokuvakirjan koostaminen yhteistyössä asiakkaan kanssa. Elämäntarinahaastattelussa voidaan hyödyntää esimerkiksi runkoa, joka tarjoaa vaihtoehtoja haastattelun teemoiksi. Tärkeintä haastattelussa on ratkaisukeskeinen lähestymistapa ja dialogisuus. Koska kyseessä on yksilöllinen ja asiakaslähtöinen prosessi, menetelmän vaiheita voidaan yhdistellä, toteuttaa eri järjestyksessä tai soveltaa asiakkaan tilanteen mukaan. Lopuksi asiakkailta kerätään prosessista palaute, joko kirjallisesti tai suullisesti. Opaskirjassa on mukana valmis palautelomake, mutta vaikutusten mittaamiseen soveltuvat myös muut mittarit. (Katajisto-Korhonen 2020.)

Toimintamallia pilotoitiin Hoitokoti Peltolassa mukaan ilmoittautuneiden asukkaiden kanssa. Toimintaterapeutti tapasi asiakkaita 4–8 kertaa seuraten toimintamallin ohjeistusta. Seitsemän asukkaan palautteista sekä alku- ja loppuarvioinneista koostettiin yhteenveto, jonka perusteella menetelmän tavoitteet toteutuivat keskimäärin hyvin. Vain yksi henkilö koki, ettei hän saanut työskentelystä voimaantumisen kokemuksia, kun taas muut osallistujat olivat väittämän kanssa jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Lähes kaikki osallistujat olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että he tunnistivat omia voimavarojaan ja heidän toiveikkautensa tulevaisuuden suhteen lisääntyneen. Niin ikään valtaosa osallistujista koki itseymmärryksensä lisääntyneen pilotin aikana. Arjen aktiivisuuden ja osallisuuden lisääntymisen

osalta vastauksissa oli enemmän hajontaa, mutta yleisesti osallistujat kokivat menetelmän vaikuttaneen tilanteeseensa positiivisesti. Menetelmän vaikuttavuutta mitattiin lisäksi Positive affect and wellbeing -mittarilla (PROMIS). Alku- ja loppuarvioinnin välillä asiakkaiden positiivisissa tunteissa ja hyvinvoinnissa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia, mutta elämän merkityksellisyyden kokemus lisääntyi jonkin verran samoin kuin elämän rauhallisuuden kokemus. Alku- ja loppuarvioinnin tulokset ovat kuitenkin vain suuntaa antavia, sillä yhdeltä asiakkaalta jäi puuttumaan alkutilanteen kartoitus, eikä muutamissa lomakkeissa ollut vastauksia kaikkiin kohtiin.

Lopuksi

”Minun elämäni kirja” yhdistää ratkaisukeskeisen ja narratiivisen lähestymistavan voimauttavaan valokuvatyöskentelyyn. Sekä ratkaisukeskeinen että narratiivinen lähestymistapa perustuvat oletukseen siitä, että yksilön käsitys itsestään on tulosta useista tekijöistä, kuten omista ja muiden arvoista sekä tämänhetkisestä kontekstista tai tarinasta. Konteksti ja tarina vaikuttavat tapaan, jolla yksilö on vuorovaikutuksessa muiden kanssa, havaitsee maailmaa ja elää elämäänsä. Vaihtoehtoisen tarinan avulla asiakas voi vapautua rajoittavasta leimasta ja luoda uusia lukuja elämäänsä. (Metcalf 2015, 13.)

Elämäntarinan kertominen on asiakkaan ehdoilla etenevä vuorovaikutustapahtuma, jossa työntekijä kohtaa aidosti kertojan ja hänen elämänsä (Liikanen & Kaisla 2007, 36). Valokuvan hyödyntäminen mahdollistaa sanattoman vuorovaikutuksen, joka voi perustua näköaistimukseen tai toiminnallisuuden esimerkiksi valokuvaamisen ja kuvien työstämisen kautta (Hentinen 2009, 38–39). Toivotun tulevaisuuden tutkimiselle ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa on keskeistä oman tilanteen tarkastelu ulkopuolisen henkilön silmin (Yusuf 2020). Valokuvien kautta asiakkaalle tarjoutuu luova ja turvallinen etäisyys tarkkailla itseään ja mahdollisuuksiin, mikä perinteisemmin tapahtuisi keskustelun kautta. Työskentelystä asiakkaalle jäävä konkreettinen tuotos palvelee kertomisen

ja kuulluksi tulemisen tarvetta (Liikanen & Kaisla 2007, 36).

Kuten Savolainen toteaa, tekijän omat valinnat ja tulkinnat antavat albumityöskentelyssä rakenteen yksittäisiin valokuviin sisältyville limittäisille tunteille, muistoille ja mielikuville. Prosessissa surun ja kipeiden asioiden rinnalle löytyy usein arkisia, läheisiin ihmissuhteisiin liittyviä asioita, joiden korvaamattomuutta ei arjessa aina huomaa. Kuvien kautta on mahdollista nähdä omia ja läheisten tarpeita sekä yhteisöllisyyden merkityksen oman onnellisuuden rakentamisessa. (Savolainen 2009, 218.)

Tulosten merkitys: ”Minun elämäni kirja” -menetelmän avulla pitkään sairastaneet mielenterveyskuntoutujat voivat määritellä itse, millaisina haluavat tulla nähdyiksi ja kuulluiksi. Tärkeää on asiakkaan itseymmärryksen lisääntyminen työskentelyn aikana. ”Minun elämäni kirja” antaa asiakkaalle voimavaroja, toivoa tulevaisuuteen sekä lisää arjen aktiivisuutta ja osallisuutta, jotka ovat tärkeitä teemoja kaikkien sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalan asiakkaiden näkökulmasta.

Tiivistelmä

”Minun elämäni kirja” on menetelmä elämäntarinan laatimiseen asiakkaan kanssa, ja se perustuu narratiiviseen, ratkaisukeskeiseen ja voimauttavaan työskentelytapaan. Menetelmä soveltuu kuntoutuksen ammattilaisten käyttöön monipuolisesti. Menetelmä on alun perin suunniteltu hyödynnettäväksi mielenterveyskuntoutujien parissa, mutta sitä voidaan soveltaa laajasti eri asiakasryhmille. Kuka tahansa voi ottaa menetelmän käyttöön perehtymällä oppaaseen. Menetelmän hyödyntäminen edellyttää tutustumista taustalla olevaan teoriaan, jota esitellään tässä katsauksessa. Kirjoituksessa esitellään ratkaisukeskeisen ja narratiivisen lähestymistavan perusteita sekä valokuvan mahdollisuuksia kuntoutuksessa. ”Minun elämäni kirja” koostuu viidestä vaiheesta, jotka ovat elämäntarinan koostaminen haastatellen,

elämäntarinan syventäminen, nykyhetkeen ja tulevaisuuteen suuntautuminen, omakuvaprosessin toteuttaminen sekä valokuvakirjan koostaminen yhteistyössä asiakkaan kanssa. ”Minun elämäni kirja”-menetelmässä tavoitteena asiakkaan näkökulmasta on lisätä itseyttä ja itsensä näkemistä sekä saavuttaa voimaantumisen kokemuksia ja toiveikkautta.

Avainsanat: terapeutin valokuva, elämäntarinatyöskentely, ratkaisukeskeisyys, narratiivisuus, voimaantuminen

Irina Katajisto-Korhonen, toimintaterapeutti (yamk), ammatillinen opettaja, SI-practitioner, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Emilia Laine, toimintaterapeutti (amk)

Sanna Niemelä, toimintaterapeutti (amk)

Lähteet

- Autti-Rämö I, Mikkelsen M, Lappalainen T, Leino E (2016) Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki.
- Autti-Rämö I, Salminen A-L (2016) Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki.
- De Jong P, Berg IK (2008) Ratkaisukeskeisen terapian oppikirja. Lyhytterapiainstituutti, Helsinki.
- Erdner A, Magnusson A (2011) Photography as a Method of Data Collection: Helping People With Long-Term Mental Illness to Convey Their Life World. Perspectives in Psychiatric Care 47, 145–150.
- Fisher P, Lees J (2016) Narrative approaches in mental health: preserving the emancipatory tradition. Health, 20, 6, 599–616.
- Grant A, Zeeman L (2012) Whose Story Is It? An Autoethnography Concerning Narrative Identity. The Qualitative Report 17, 36, 1–12.
- Halkola U (2009) Mitä valokuvaterapia on? Teoksessa U Halkola, L Mannermaa, T Koffert, L Koulu (toim.) Valokuvan terapeuttinen voima. Duodecim, Helsinki.
- Hentinen H (2009) Valokuva terapeutin työvälineenä. Teoksessa U Halkola, L Mannermaa, T Koffert, L Koulu (toim.) Valokuvan terapeuttinen voima. Duodecim, Helsinki.
- Kaasila R (2008) Eri lähestymistapojen integroiminen narratiivisessa analyysissä. Teoksessa R Kaasila, R Rajala, K Nurmi (toim.) Narratiivikirja:

Menetelmiä ja esimerkkejä. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi.

- Katajainen A, Lipponen K, Litovaara A (2006) Ratkaisukeskeinen ajattelutapa. <https://www.motivoivaahaastattelu.fi/docs/Ratkaisukeskeinen%20ajattelutapa.pdf> Viitattu 3.3.2021.
- Katajisto-Korhonen I (2020) Minun elämäni kirja – narratiivinen ja voimauttava elämäntarina. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/minun-elamani-kirja-narratiivinen-ja-voimauttava-elamantarina>
- Ketelle D (2010) The Ground They Walk On: Photography and narrative Inquiry. The Qualitative Report. 15, 3, 547–568.
- Liikane H-L, Kaisla S (2007) Gerontologisen sosiaalitoimen menetelmistä. Työpapereita 3. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCA. Heikki Waris -instituutti.
- Mannström-Mäkelä L, Saukkola K (2008) Voimaantumattavan ohjaamisen käsikirja. Kaaoksesta arjen hallintaan. Palmenia Helsinki University Press, Helsinki.
- Metcalf L (2015) Solution focused narrative therapy. Springer Publishing Company, New York.
- Morgan A (2004) Johdatus narratiiviseen terapiaan. Oy Formato Ab, Porvoo.
- Paananen S (2008) Saksalainen elämäntutkimusologia oppimisen tutkimuksessa. Teoksessa R Kaasila, R Rajala, K Nurmi (toim.) Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi.
- Savolainen M (2009) Voimauttava valokuva. Teoksessa U Halkola, L Mannermaa, T Koffert, L Koulu (toim.) Valokuvan terapeuttinen voima. Duodecim, Helsinki
- Siitonen J (1999) Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto, Oulu.
- Squire C (2008) Experience-centered and culturally-oriented approaches to narrative. Teoksessa M Andrews, C Squire, M Tamboukou (toim.) Doing Narrative Research. SAGE Publications, London.
- Squire C, Andrews M, Tamboukou M (2008) What is Narrative research? Teoksessa M Andrews, C Squire, M Tamboukou (toim.) Doing Narrative Research. SAGE Publications, London.
- Wells K (2011) Narrative Inquiry. Oxford University Press, New York.
- Yusuf D (2020) Lasten ja nuorten ratkaisukeskeinen coaching. Teoksessa M Ahola, J Saarnio (toim.) EVVK – Ratkaisukeskeinen työskentelyote nuorten kanssa. Lyhytterapiainstituutti, Helsinki.

TULEVAISUUDEN TYÖ ON MONIPAIKKAINEN – MITEN TUEMME OSATYÖKYKYISIÄ TYÖELÄMÄN MURROKSESSA?

Maailmanlaajuisen koronaviruspandemian vuoksi etätyö on jatkunut laajamittaisena jo kaksi vuotta siitä huolimatta, että rajoitustoimia on ajoittain purettu ja hallituksen etätyösuosituksesta luovuttu. Etätyö oli yleistymässä jo ennen koronapandemiaa (Lyyly-Yrjänäinen 2018, Sutela ym. 2019), mutta rajoitukset kiihdyttivät muutosta ja etätyötä alettiin tehdä myös tehtävissä, joissa sen aiemmin ei ajateltu olevan mahdollista.

Koronapandemia on mullistanut elämää niin työpaikoilla kuin työelämän rajapinnoillakin. Keväästä 2020 alkaen lukematon määrä ihmisiä on pyrkinyt työmarkkinoille tai hakenut uutta työtä, ollut lomautettuna, lopettanut työpaikassaan, osallistunut kuntoutukseen tai asioinut työllistymistä edistävissä palveluissa, palannut töihin tai aloittanut uudessa työpaikassa – usein etänä. Etätyö on tullut osaksi organisaatioiden arkea, mutta se koskettaa myös erilaisissa työmarkkinoiden siirtymissä olevia ihmisiä: esimerkiksi pitkäaikaissairaita tai vammaisia henkilöitä, jotka saattavat tarvita tukea työhön pääsemiseksi ja työssä jatkamiseksi.

Työllistymistä tukevat palvelut korona-aikana

Osatyökykyisten työllistyminen ja työmarkkinaosallisuus on vähäisempää kuin muulla väestöllä, ja työllistymisen esteet liittyvät usein terveydentilaan (OECD 2020). Kanadalaisen tutkimuksen mukaan pandemia on vaikeuttanut vammaisten ja pitkäaikaissairaiden tilannetta työmarkkinoilla entisestään (Maroto ym. 2021). Toistaiseksi on vähän tietoa siitä, millä kaikilla tavoilla koronapandemia on vaikuttanut osatyökykyisten tilanteeseen Suomessa. Työllistymistä tukevien palveluiden on kuitenkin täytynyt reagoida koronarajoituksiin, ja palveluita onkin toteutettu etänä ainakin osittain. On kuitenkin arvioitu, että toimintarajoitteiset ihmiset ovat kärsineet koronapandemian hoitotoimista muuta väestöä enemmän (Sainio ym. 2021).

Kelan kuntoutuspalveluissa otettiin käyttöön poikkeusmenettelyitä palveluiden turvaamiseksi. Ammatillisen kuntoutuksen palvelut pyrittiin toteuttamaan siinä ajassa, jota palvelukuvaus edellyttää. Esimerkiksi työllistymistä edistävään ammatilliseen

kuntoutukseen lisättiin mahdollisuuksia etätoteutukseen edellyttäen, että tämä sopi asiakkaalle ja työnantajalle. (Kela 2021a, b.) Kela on kehittänyt myös etäkuntoutusta osana palvelutarjontaa jo ennen koronapandemiaa, ja erilaiset etäratkaisut jäänevät palveluvalikoimaan kasvokkaisten kuntoutuspalveluiden rinnalle.

TE-palveluissa koronapandemia näyttää aiheuttaneen palveluvelkaa. Sosiaalibarometrin mukaan TE-palveluissa työllistymis- ja aktivointisuunnitelmien määrä vähentyi, ja työkokeiluja, kuntouttavaa työtoimintaa ja valmennuksia peruttiin tai siirrettiin. Palvelutarpeeseen vastaaminen on ollut haastavaa muun muassa pitkäaikaissairaiden tai vammaisten työnhakijoiden kohdalla. (Eronen ym. 2021, 30–36.) Palveluiden käyttöä ja niihin osallistumista on lisäksi vaikeuttanut riskiryhmään kuuluminen ja huoli tartunnasta.

Myös osatyökykyisille suunnatuissa palveluissa tulisi jatkossa huomioida etä- ja hybridityön yleistymisen ja se, että työelämässä muu kuin päätyöpaikalla tehtävä työ tulee olemaan monissa tehtävissä varsin yleistä. Pohdittavaksi tulee, miten hyödyntää korona-ajan opit ja miten palvelut pystytään toteuttamaan siten, että ne pysyvät saavutettavina kaikille toimintakyvystä riippumatta. Samaan aikaan on huomiotava, että työelämän murros tuo mukanaan uudenlaisia osaamisvaateita esimerkiksi digitaalisten taitojen osalta. Erityisen haasteellisessa asemassa ovat ne, jotka ovat olleet pitkään poissa työelämässä, joiden koulutus ja osaaminen ei vastaa nykytyöelämän vaatimuksia ja/tai joilla ei ole valmiuksia itsenäiseen työskentelyyn. Tarvitaankin lisää mahdollisuuksia kouluttautumiseen ja osaamiseen päivittämiseen, mutta tärkeää on muistaa myös se, että kaikille etänä työskentely ei sovi. Työllistymisen tulisi olla mahdollista myös silloin, kun omat valmiudet eivät etätöiden vaatimuksiin taivu.

Työpaikoilla kehitetty uusia keinoja tukea työkykyä etänä

Toistaiseksi on vähän tietoa siitä, miten osatyökyisten työkyvyn tuki ja käytännöt työ-

paikoilla ovat toteutuneet korona-aikana ja valtakunnallisen etätösuosituksen aikaan. Työpaikoilla etätöiden mahdollisuudet ja joustavuus voivat helpottaa osatyökykyisten työntekoa ja terveydestä huolehtimista. Etätöissä voi olla paljon työkyvyn kannalta hyviä puolia, ja etätöiden yleistymisen voi myös lisätä osatyökykyisten mahdollisuuksia työelämässä ja auttaa jaksamaan paremmin (Ruohomäki ym. 2020). Etätöissä esimerkiksi keskittyminen työtehtäviin voi olla helpompaa, samoin työn ja yksityiselämän yhteensovittaminen (Ruohomäki 2021).

Samalla ainakin jotkin työntekijäryhmät ovat kokeneet etätöiden tekemisen raskaaksi (Kaltainen & Hakanen 2021, Giovanis & Ozdamar 2021). Kun työtä tehdään työpaikalla, työpaikan rakenteet tukevat työn sujumista ja kollegat ja esihenkilöt ovat tavoitettavissa kasvokkain. Työpaikalla käymiseen liittyy myös rutiineja, jotka auttavat työn hallinnassa ja jotka voivat tukea hyvinvointia ja työkykyä. (Barnes & Zimmerman 2013, Barrientos-Gutierrez ym. 2007). Etätöiden haasteina onkin noussut esiin muun muassa lisääntyneet yksinäisyyden ja eristyneisyyden kokemukset, esihenkilöiltä ja työtovereilta saadun tuen väheneminen sekä yhteisöllisyyden rapautuminen (Ruohomäki 2021).

Työnantaja vastaa työn terveellisyydestä ja turvallisuudesta. Työnantajan tulisi huolehtia siitä, että organisaation käytännöt tukevat työntekijöiden hyvinvointia myös silloin, kun työtä tehdään etänä. Työterveyslaitoksen Etätö ja työkyky -hankkeen (Työterveyslaitos 2021) tutkimusta varten haastateltiin 45 esihenkilöä, HR-asiantuntijaa, työsuojelutoimikunnan edustajaa ja työterveyshuollon yhteyshenkilöä kuudessa eri asiantuntijaorganisaatiossa. Haastatteluhavaintojen mukaan korona-ajan laajamittaisen etätöiden myötä näkymä työntekijöiden hyvinvointiin ja työkykyyn on kaventunut.

Erityisen haasteen koronapandemia on asettanut esihenkilöille, joiden tulisi pysyä tietoisina henkilöstön hyvinvoinnin ja työkyvyn tilasta. Työpaikalla kasvokkaiset kohtaamiset ja fyysisesti samassa tilassa oleminen antavat työntekijän hyvinvoinnista sellaista informaatiota, jota on vaikeaa korvata teknologiavälitteisesti

kommunikoitaessa. Mahdollisten työkyvyn haasteiden tunnistamista vaikeutti myös se, että koronapandemian aikana sairauspoissaolot olivat vähentyneet (ks. myös Sutela & Pärnänen 2021, 120). Haastateltavat pohtivatkin, jääkö osa mahdollisesta tuen tarpeesta jatkuvan etätönnä aikana piiloon, koska työntekijöitä ei tavata kasvokkain.

Etätö ja työkyky -hankkeessa mukana olleissa organisaatioissa oli kuitenkin kyetty soveltamaan työkyvyn tuen käytäntöjä myös etätöön soveltuviksi. Työkyvyn haasteiden havainnointi ja työkyvyn tuki oli vaatinut uusien toimintatapojen ja rakenteiden luomista vuorovaikutuksen turvaamiseksi. Koska korona-aikana mahdollisuuksia kasvokkaisille kohtaamisille työpaikalla oli varsin vähän, yhteydenpito omiin lähijohdettaviin tuli turvata muulla tavoin. Usein tämä toteutui kahdenkeskisiä ja tiimien sisäisiä tapaamisia tiivistämällä ja luomalla rakenteet säännölliselle matalan kynnyksen vuorovaikutukselle. Jossain määrin työntekijöiden työkyvystä huolehtiminen vaatikin esihenkilöiltä aiempaa enemmän systemaattisuutta ja suunnittelua kuin läsnätyössä. Eräs työterveyshuollon edustaja avasi tilannetta seuraavasti:

”Nimenomaan se, että kun työpaikalla sä näät edes vilahduksen siitä työntekijästä, sä voit ohikulkiessa kysyy vähän, että miten menee tai mitä kuuluu, ni ehkä se tuntuma siihen omaan tiimiinkin on jo ihan toisenlainen, et kyllähän esihenkilöitten on pitäny nyt luoda uus toimintatapa siitä, et mitä ja miten usein mä oon mun tiimiin tai tiimiläiseen yhteydessä.”

Työkykyhaasteiden tunnistamista lukuun ottamatta korona-aikana työkyvyn tuen käytäntöjä oli pystytty soveltamaan kohtalaisen hyvin. Haastatelluissa organisaatioissa aktiivisessa käytössä olivat muun muassa työtehtävien muokkaus ja työn keventäminen, osasairauspäivärahan käyttö ja työaikajoustot. Tiukimpien koronarajoitusten aikaan työkykyneuvotteluja oli toteutettu teknologiavälitteisesti. Suuri osa haastateltavista piti kuitenkin parempana, että työkykyä koskevat

keskustelut järjestetään kasvotusten silloin, kun se terveysturvallisesti onnistuu. Kaikissa Etätö ja työkyky -hankkeessa mukana olleissa organisaatioissa myös työpaikalla työskentely oli mahdollista, jos järjestely oli työntekijän työkyvyn ja työn sujumisen kannalta parempi vaihtoehto.

Työpaikoilla olisi jatkossa hyvä arvioida, miten työkyvyn tuki etätöissä on toteutunut korona-aikana ja soveltuvatko organisaation käytännöt osatyökykyisten työn tueksi myös etätöissä. Esimerkiksi työterveyshuoltoyhteistyössä, varhaisen välittämisen mallissa, työkyvyn tuen prosesseissa, päihdeohjelmassa ja terveyden edistämisen käytännöissä olisi hyvä ottaa huomioon, että työtä tehdään jatkossakin yhä enemmän etänä ja monipaikkaisesti. Työkyvystä huolehtimisen käytännöt eivät voikaan perustua ainoastaan työpaikalla tapahtuvaan kohtamiseen ja vuorovaikutukseen.

Panostusta sosiaaliseen tukeen ja yhteisöllisyyteen

Esihenkilötyön ja työpaikkojen virallisten ja dokumentoitujen työkyvyn tuen käytäntöjen ohella työn mielekkyyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat monet muutkin tekijät. Yhteisöllisyys ja yhteen kuuluminen tukevat osaltaan henkilöstön hyvinvointia ja työkykyä. Tällä voi olla iso merkitys erityisesti silloin, kun työhön ollaan palaamassa, työtä kokeillaan tai työyhteisöön ollaan kiinnittymässä.

Vapaamuotoiset ja spontaanit kohtaamiset ovat korona-aikana vähentyneet työelämässä. Etätö ja työkyky -hankkeen haastatteluhavaintojen mukaan etätöpäivät ovat intensiivisiä ja kohtaamisissa korostuu asiapitoisuus. Myös yhteisöllisyyttä on ollut vaikeampi ylläpitää kuin työpaikalla tavattaessa. Vaikka työpaikalla työskentely on ollut mahdollista, suurin osa kollegoista on tehnyt pääsääntöisesti etätöitä, jolloin työyhteisön fyysinen läsnäolo ja tuki on jäänyt uupumaan. Eräs haastateltava pohtii tilannetta pitkältä sairauspoissaololta palaavan näkökulmasta seuraavasti:

”Siitähän jää, periaattees siit jää se työyhteisön tuki tietyllä tavalla pois

sille työhön palaavalle. Kyl mä näki-sin, et se saattaa olla ehkä hankalam-paa. Jos aatellaan, et siin kohtaa kui-tenkin tarttee vähän enemmän tukee ja opastus, ohjeistusta. Ja ihan semmonen fyysinen toisten ihmisten läsnäolo, niin vois olla ehkä parempi tilanne kun se, et sä oot yksin siellä kotona.”

Eräänlaisella inhimillisyyden rapautumisella voi olla iso merkitys osatyökykyisten näkökulmasta. Kun esihenkilöt ja kollegat ovat tavattavissa vain virtuaalisesti verkon välityksellä, voi sosiaalinen tuki olla vähäisempää ja eristyneisyyden kokemukset yleisempiä. Tämä voi vaikeuttaa esimerkiksi uusien tehtävien haltuunottoa, oman työn hallintaa ja uuteen työyhteisöön tutustumista sekä vaikuttaa kokemuksiin työelämästä.

Työpaikoilla olisi hyvä pohtia, minkälaisen kokemuksen työelämästä saavat esimerkiksi sairauspoissaolon jälkeen työhön palaavat henkilöt tai työharjoittelussa, ammatillisessa kuntoutuksessa tai työkokeilussa olevat. Miten pystytään varmistamaan myönteiset kokemukset työstä, mahdollisuudet oman osaamisen kartuttamiseen, työtovereihin tutustumiseen ja riittävään sosiaaliseen tukeen? Tämä vaatii organisaatioilta resursseja strategiseen työkykyjohtamiseen, esihenkilöiltä osaamista tukea työntekijöitään työkyvyn kysymyksissä ja kollegoilta halua tukea kaikkien osallisuutta työyhteisössä.

Etätöyön huomioon ottaminen työllistymisen tuessa ja työpaikoilla

Koronapandemia on haastanut osatyökykyisten työllistymistä tukevat palvelut ja työkyvyn tuen käytännöt työpaikoilla. Tarvitsemme lisää tietoa ja ymmärrystä siitä, miten työllistymistä edistävät palvelut sekä työkyvyn tuki ja käytännöt työpaikoilla ovat toteutuneet korona-aikana. Osatyökykyiset eivät ole yhtenäinen ryhmä. Tuen tarpeeseen ja etätöyön sujumiseen vaikuttavat monet tekijät, sairauden tai vamman ohella muun muassa oma osaaminen, työkokemus ja työn tekemisen tapa.

Tulevaisuudessa palveluita ja tukea järjestettäessä tulee ottaa huomioon se, että

etätöy jäänee vakiintuneeksi tavaksi tehdä työtä monissa tehtävissä. Työntekijöiltä saatetaan odottaa uudenlaisia etätöyvalmiuksia, kuten itseohjautuvuutta ja digitaitoja. Samalla tulisi kuitenkin varmistaa, ettei näistä tule yksi uusi lisätekijä, joka asettaa osan työnhakijoista muita heikompaan asemaan työmarkkinoilla. Osatyökykyisille suunnattujen palvelujen ja tukikeinojen tulee soveltua myös etätöy maailmaan. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota työnhakijoiden koulutukseen ja osaamisen kehittämiseen taidoissa, jotka tukevat työn sujumista myös etänä. Työpaikoilla puolestaan tulisi varmistaa, että organisaation toimintatavat sekä työkyvyn tuen käytännöt ja johtaminen tukevat osatyökykyisten työhön pääsyä ja työssä jatkamista. Näin voidaan edistää kaikkien yhdenvertaisia mahdollisuuksia tehdä työtä, olla osa työyhteisöä ja hyötyä etätöyön mukanaan tuomista mahdollisuuksista.

Mirkka Vuorento, YTM, tutkija, Työterveyslaitos

Matti Joensuu, PsT, vanhempi tutkija, Työterveyslaitos

Lähteet

- Barnes AJ, Zimmerman FJ (2013) Associations of occupational attributes and excessive drinking. *Soc Sci Med* 92, 35–42. DOI: 10.1016/j.socsci-med.2013.05.023
- Barrientos-Gutierrez T, Gimeno D, Mangione TW, Harrist RB, Amick BC (2007) Drinking social norms and drinking behaviours: a multilevel analysis of 137 workgroups in 16 worksites. *Occup Environ Med* 64, 9, 602–608. DOI: 10.1136/oem.2006.031765
- Eronen A, Hiilamo H, Ilmarinen K, Jokela M, Karjalainen P, Karvonen S, Kivipelto M, Knop J, Londen P (2021) Sosiaalibarometri 2021. Koronakriisi ja palvelujärjestelmän joustavuus. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Helsinki.
- Giovanis E, Ozdamar O (2021) Implications of COVID-19: The Effect of Working From Home on Financial and Mental Well-Being in the UK. *Int J Health Policy Manag*, 2021 Apr 21, 1–7. DOI: 10.34172/ijhpm.2021.33
- Kaltainen J, Hakanen J (2021) Etätöissä tylystymisen kasvaa 31.8.2021. Miten Suomi voi? -tutkimus. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankkeet/miten-suomi-voi> (viitattu 20.12.2021).
- Kela (2021a) Verkkosivu: Kela jatkaa koronatilanteesta johtuvia poikkeusmenettelyjä kuntoutus-

- palveluissa 30.9.2021 saakka - Ajankohtaista - kela.fi
- Kela (2021b) Verkkosivu: Ohje TEAK:in toteutuksesta korona-aikana 30.9.2021 saakka - Ajankohtaista kuntoutuksen palveluntuottajille - Yhteistyökumppanit - kela.fi
- Lyly-Yrjänäinen M (2018) Työolobarometri 2018. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2019:51, Helsinki. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161826>.
- Maroto ML, Pettinicchio D, Lukk M (2021) Working Differently or Not at All: COVID-19's Effects on Employment among People with Disabilities and Chronic Health Conditions. *Sociological Perspectives* 64, 5, 876–897. DOI: <https://doi.org/10.1177/07311214211012018>
- OECD (2020) Faces of joblessness in Finland. A People-centred Perspective on Employment Barriers and Policies. Saatavissa: <https://www.oecd.org/els/soc/OECD-2020-FoJ-Finland.pdf>
- Ruohomäki V (2021) Työn uudet muodot ja työkyvystä huolehtiminen – terveyskäyttäytyminen etätyössä. Esitys webinaarissa Korona-ajan ope- tuksista uuteen vauhtiin 23.11.2021. Työterveys- laitos. Saatavissa: <https://mb.cision.com/Public/5751/3458270/98764b3772d4e039.pdf>
- Ruohomäki V, Tuomivaara S, Mattila-Holappa P, Monni TM, Perttula P, Alanko T, Toppinen-Tanner S (2020) Etätyö koronaepidemian hallitsemis- sessä sekä vaikutukset työhyvinvointiin ja tõi- den sujumiseen. *Psykologia* 5, 388–395.
- Sainio P, Holm M, Ikonen J, Korhonen M, Nurmi- Koikkalainen P, Parikka S, Skogberg N, Väre A, Koponen P, Koskinen S (2021) Koronapandemi- an ja sen rajoittamistoimien vaikutukset toimin- tarajoitteisten ihmisten elämään. *Sosiaalilääke- tieteellinen aikakauslehti* 58, 3, 235–252. DOI: <https://doi.org/10.23990/sa.103240>
- Työterveyslaitos (2021) Työn uudet muodot ja työ- kyvystä huolehtiminen – terveyskäyttäytyminen etätyössä. Hankkeen verkkosivut. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankkeet/tyon-uu- det-muodot-ja-tyokyvysta-huolehtiminen-ter- veyskayttaytyminen-etatyossa>
- Sutela H, Pärnänen A (2021) Koronakriisin vaiku- tukset palkansaajien työoloihin. Työpaperi. Hel- sinki, Tilastokeskus. Saatavissa: https://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/ ywrrp1_202100_2021_25870_net.pdf (viitattu 20.12.2021).
- Sutela H, Pärnänen A, Keyriläinen M (2019) Digiajan työelämä – työolotutkimuksen tuloksia 1977– 2018. Loppuraportti. Tilastokeskus, Helsinki.

OSATYÖKYKYISEN TYÖNHAKIJA-ASIAKKAAN PALVELUOHJAUKSEN KEHITTÄMISEN SUUNTIA

– Pohjois-Pohjanmaan TE-toimiston työkykykoordinaattorin näkökulma

TE-toimistot toimivat työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) alaisuudessa, ja niiden toiminta on hallituksen työllisyystoimiin perustuvaa julkista työvoimapalvelua, jota säätelee laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta (2012/916). Työskentelen Pohjois-Pohjanmaan TE-toimistossa työkykykoordinaattorina. Työkykykoordinaattoreiden asiakkaiksi ohjautuu osatyökykyisiä työnhakijoita paitsi muilta TE-toimiston asiantuntijoilta, myös yhteistyökumppaneiden, kuten hankkeiden, sosiaali- ja terveystyöpalvelujen, oppilaitosten, kuntoutustoimijoiden ja järjestöjen kautta. Toimistossamme on kuusi työkykykoordinaattoria, jotka palvelevat työnhakija- ja työnantaja-asiakkaita yhteensä 30 kunnan alueella Pohjois-Pohjanmaalla.

Osatyökykyisellä asiakkaalla on käytössään kaikki TE-toimiston tarjoamat työllistämistä edistävät palvelut, esimerkiksi työkokeilu, työvoimakoulutukset, ammatinvalinnanohjaus sekä ura- ja työnhakuvalmennukset. Lisäksi TE-toimiston kautta on mahdollista saada ostopalveluna

työhönvalmentajan palvelua sekä tarvittaessa ohjaus työkyvyn arviointiin. Työnantajalle tarjottavia palveluja ovat esimerkiksi palkkatuki ja työolosuhteiden järjestelytuki. (TE-palvelut.)

Yleensä työnhakija ilmoittautuu TE-toimistoon työttömäksi työnhakijaksi saadakseen työttömyysetuutta. Työttömyysetuuden saamisen edellytyksenä on kokoaikatyön hakeminen (Työttömyysturvalaki 2002/1290). Työnhakija laatii työllistymissuunnitelman, joka päivitetään kolmen kuukauden välein. Tämänhetkisen toimintamallin mukaan työnhakija-asiakkaalla ei lähtökohtaisesti ole omaa vastuuvirkailijaa, vaan hänen asiaansa hoidetaan asiakkaan koulutuksen mukaan määritellyssä toimialatiimissä. Sen sijaan asiakkaan siirryttyä työkykykoordinaattorin asiakkuuteen työkykykoordinaattori toimii hänen vastuuvirkailijanaan. Vastuuvirkailijakäytännössä on valtakunnallisia eroja, ja joissain toimistoissa se on käytössä kaikkien asiakkaiden kohdalla. Jokaisen asiakkaan osalta palvelutarve määritellään

palvelutarvekyselyllä, jonka perusteella hänen palvelutarpeensa on joko työnvälitys, osaamisen kehittäminen tai tuetun työllistymisen palvelu. Työkykykoordinaattorin asiakkaiden palvelutarve on useimmiten tuetun työllistymisen palvelu.

Työkykykoordinaattorin työssä kohtaa millani asiakkailta tilanne on usein tavalla tai toisella sekava. He eivät ole päässeet tai eivät osaa hakeutua tarvitsemaansa sosiaali- tai terveyspalveluun, heidän tilanteensa ei saadusta hoidosta tai tutkimuksista huolimatta etene ja he ovat saattaneet olla vuosikausia kuntoutustuella. Osa asiakkaista ohjautuu palveluihin suoraan erityisoppilaitoksista siinä vaiheessa, kun he ovat valmistumassa ja aloittamassa työnhakua. Osalla taas kynnys ottaa yhteyttä työnantajaan on korkea vamman tai sairauden takia, näistä esimerkkinä dysfasia, sosiaalisten tilanteiden pelot sekä paniikki- ja ahdistuneisuushäiriöt. Lisäksi on asiakkaita, jotka eivät ole motivoituneita mihinkään palveluun, edes omaa hyvinvointiaan ja terveyttään tukevaan, saati työllistymiseen. Taustalla saattaa olla sairaus, päihdeongelma tai sosiaalinen eristäytyneisyys, jonka vuoksi omien asioiden hoito on retuperällä.

Työnhakija-asiakkaiden osatyökykyisyyden syyt ovat moninaiset. Osalla on diagnosoituja tuki- ja liikuntaelinsairauksia tai yhä yleistyviä mielenterveyden ongelmia, ja he ovat näistä syistä sillä hetkellä kokonaan tai osittain työkyvyttömiä koulutustaan ja työkokemustaan vastaavaan työhön. Osalla ei vaivoja ole vielä tutkittu tai hoidettu ollenkaan, mutta heidän työ- ja toimintakykynsä on tuntuvasti alentunut. Osalla on sairauspäivärahan 300 päivän enimmäismaksuaika täyttynyt, työkyvyttömyys jatkuu, mutta kuntoutustuesta tai työkyvyttömyyseläkkeestä on tullut kielteinen päätös. Nykyisen lainsäädännön mukaan heidän toimeentulonsa on tässä tapauksessa työttömyysetuus, ja se edellyttää vähintään terveydentilalle soveltuvan työn hakemista. Tämä asiakasryhmä on työllistymisen kannalta kaikkein huonoimmassa asemassa. Käytännössä he eivät tule terveydentilansa vuoksi työllistymään, ja heidän tulisikin olla sosiaali- tai terveyspalveluiden piirissä

työvoimapalveluiden sijaan. Asiakkainani on myös vammaisia työnhakijoita, jotka ovat kouluttautuneet työkykyään vastaavaan työhön, mutta työllistyminen on silti haastavaa. Heidän kohdallaan työllistymisen tueksi tarvitaan usein vahvempia tukitoimia, esimerkiksi työhönvalmentajaa, työn muokkausta tai työolosuhteiden muita järjestelyjä, mahdollisesti myös apuvälineitä.

Olipa asiakkaiden osatyökykyisyyden syy mikä hyvänsä edellä mainituista, heidän polkunsu työmarrkinoille on yleensä pitkä, useita vuosia kestävä matka mahdollisesti kuntoutuksen tai uudelleen kouluttautumisen kautta.

Työkykyohjelman toimenpiteet

TE-toimistoissa eletään nyt muutosten aikaa. Yksi pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelman tavoitteista on lisätä osatyökykyisten työllistymismahdollisuuksia. Tavoitteen saavuttamiseksi on laadittu työkykyohjelma, jossa on sekä työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) että sosiaali- ja terveysministeriön (STM) hallinnonalaan liittyviä toimia. Työ- ja elinkeinoministeriön toimet keskittyvät työllistymisen tehostamiseen ja pitkäaikais-työttömyyden ehkäisemiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö puolestaan keskittyy osatyökykyisten työkykyä tukevien palveluiden kehittämiseen. (STM Työkykyohjelma 2021, TEM Työkykyohjelma 2022.)

Suomessa on 15 maakunnittain palvelevaa TE-toimistoa. Kahdeksassa TE-toimistossa, Pohjois-Pohjanmaa mukaan lukien, on käynnistetty alueellisia TE-palvelupilotteja, joissa kartoitetaan ja kehitetään osatyökykyisten palveluja sekä vahvistetaan koulutuksen saatavuutta ja tarjontaa. Hankkeissa etsitään myös ratkaisuja niin sanottuun kohtaanto-ongelmaan tiivistämällä työnhakija- ja työnantajapalveluiden yhteistyötä sekä etsitään mahdollisuuksia hyödyntää järjestösektorin asiantuntijuutta ja palveluita. (TEM Työkykyohjelma 2022.)

TE-toimistoissa otetaan toukokuussa 2022 käyttöön Pohjoismainen työvoimapalvelumalli, jossa tehostetaan työnhaun tukea ja yksilöllistä palvelua työnhakijalle sekä toisaalta edellytetään aktiivista työnhakua

työttömyysturvavoikeuden säilyttämiseksi. Pohjoismainen työvoimapalvelumalli keskittyy tehostettuun asiakaspalveluun heti työnhaun alkuvaiheessa, jolloin työnhakija tapaa oman virkailijansa kahden viikon välein työnhaun kolmen ensimmäisen kuukauden ajan. Kuusi kuukautta kestäneen työnhaun jälkeen palvelu toistuu vielä kuukauden ajan. Mikäli työnhaku sen jälkeen vielä jatkuu, työnhakija haastatellaan nykyiseen tapaan kolmen kuukauden välein. (TEM Pohjoismainen työvoimapalvelumalli.) Palvelumallin toteuttamisen mahdollistamiseksi on TE-toimistoissa ja kuntakokeiluissa rekrytoitu huomattava määrä uusia asiantuntijoita.

Osatyökykyisten työllistämisen Suomen mallin tarkoituksena on vahvistaa osatyökykyisten ja muiden vaikeassa asemassa olevien henkilöiden mahdollisuuksia siirtyä avoimille työmarkkinoille sekä edistää vammaisten oikeutta palkkatukityöhön. Malli perustuu Tullin pääjohtajan Hannu Mäkisen laatimaan selvitystyöhön, joka on tehty Ruotsissa käytössä olevan Samhall-mallin pohjalta. Selvityksen perusteella hallitus on päättänyt perustaa Työkanava Oy:n, joka palkkaa osatyökykyisiä pidempikestoisiin työsuhteisiin. Tavoitteena on, että osa työntekijöistä työllistyy lopulta avoimille työmarkkinoille. (TEM, tiedote 9.2.2021.)

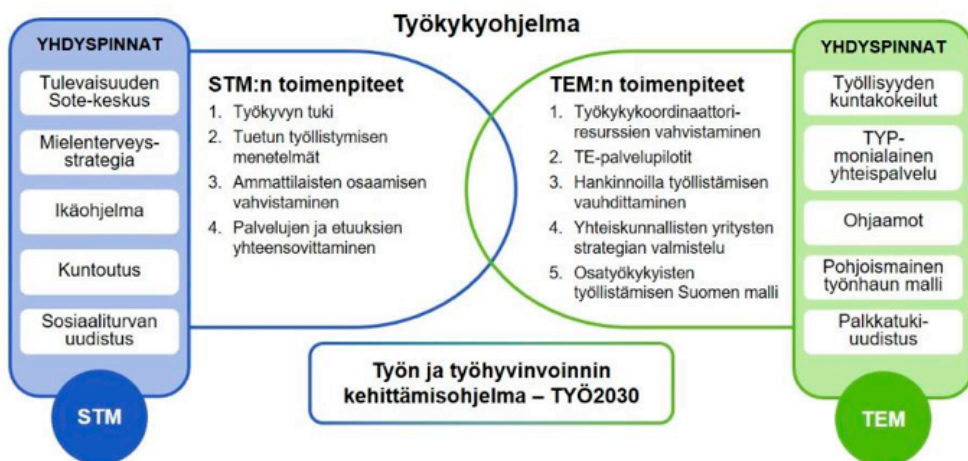
Suomen malliin liittyy kiinteästi myös valmisteilla oleva palkkatukiudistus, jonka tavoitteena on nostaa vaikeasti työllistyvien osatyökykyisten, vammaisten, pitkäaikaisyöttömien ja maahanmuuttajien palkkatuen enimmäismäärää. Palkkatukiudistusta koskeva hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle syksyllä 2022, ja uudistuksen on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2023 alusta. (TEM Palkkatuki.)

Hallituksen työkykyohjelmassa TEM:n vastuulla olevat toimenpiteet vaikuttavat suoraan TE-toimistojen käytännön työhön (kuva 1). Toimenpiteiden toteuttamiseen kuuluvat tiiviisti yhteistyö eri yhdyspintojen kanssa (kuntakokeilut, TYP, Ohjaamot) sekä toimintaprosessien (pohjoismainen työvoimapalvelumalli) ja lainsäädännön (palkkatuki) uudistaminen.

Kuntakokeilut

Työllisyyden kuntakokeilut käynnistyivät valtakunnallisesti maaliskuussa 2021. Kuntakokeiluihin siirtyivät TE-toimistoista kaikki alle 30-vuotiaat työnhakija-asiakkaat, maahanmuuttajat sekä työnhakijat, joilla ei ole oikeutta ansiosidonnaiseen työttömyysetuuteen. (TEM Työllisyyden kuntakokeilut.) Kuntakokeilukunnista TE-toimistoon jäivät asiakkaat, joilla on oikeus ansiosidonnaiseen

Työkykyohjelman toimenpiteet ja yhdyspinnat



Kuva 1. Työkykyohjelman toimenpiteet ja yhdyspinnat (TEM Työkykyohjelma 2022).

työttömyysetuuteen sekä asiakkaat, jotka ovat työvoiman ulkopuolella, esimerkiksi kuntoutustuella. Hallituksen puoliväliriihesä on päätetty, että työvoimapalvelut siirtyvät kokonaan kunnille vuoden 2024 aikana (TEM, tiedote 29.4.2021).

Kuntakokeilujen tavoitteena on tehostaa työttömien työnhakijoiden työllistymistä ja koulutukseen ohjautumista sekä kehittää uusia ratkaisuja osaavan työvoiman saataavuuteen. Lisäksi kokeilussa kehitetään työnhakijan tilanteen ja palvelutarpeen yksilöllisemmin huomioon ottavia palvelumalleja.

Keinot osatyökykyisen asiakkaan palveluohjauksessa

TE-toimiston työn raamit tulevat hallituksen päätöksistä ja lainsäädännöstä. Suuriin linjauksiin ei päivittäisessä työssä voi vaikuttaa, mutta siihen, miten asiakastyötä käytännössä tehdään, jokainen työntekijä voi itse omalla persoonallaan vaikuttaa. Oma työtapamme ja työttemme, esimiestyö ja johtaminen sekä asiakaspalveluprosessin toimeenpano ovat asioita, joista voidaan paikallisesti yhteistyössä sopia ja niitä tulee myös kehittää.

Ratkaisukeskeinen ja vuorovaikutteinen työote

Osatyökykyisten asiakkaiden palveluohjauksessa tärkeintä on aito ja hyväksyvä kohtaaminen. Lähes kaikissa tapauksissa tavoitellaan jotain muutosta asiakkaan tilanteeseen ja muutoksen aikaansaaminen edellyttää asiakkaan omaa motivaatiota muutokseen. Viranomaistyössä työn tavoite on usein jonkin konkreettisen, jopa teknisen, asian aikaansaaminen. Esimerkiksi TE-toimiston asiakastyössä tavoitteita ovat työllistymissuunnitelman laatiminen ja sen toteuttaminen määräajassa, aktiivinen osallistuminen palveluihin, työtarjouksiin vastaaminen ja niin edelleen. Työn tehokkuuden mittarit ovat useimmiten määrällisiä, ja laadullisen työn mittaristo puuttuu. Osatyökykyisen tai työkykykoordinaattorille ohjautuvan asiakkaan tilanne on aina yksilöllinen ja saattaa olla hyvinkin traaginen. Asiakkaan taustoihin

voi liittyä kokemuksia kaltoinkohtelusta, vihamielisyydestä tai siitä, ettei ole tullut kuulluksi, jolloin on erittäin tärkeää, että työntekijä kohtaa asiakkaan hyväksyvästi ja kuunnellen. Tämä edellyttää työntekijältä hyviä vuorovaikutustaitoja sekä kykyä havainnoida ja reflektoida myös omia tunteitaan (Kanninen & Uusitalo-Arola 2015, 295–297).

Haastavassa tilanteessa olevan asiakkaan motivoiminen suorittamaan byrokratian vaatimia velvoitteita vaatii työntekijältä hyvän tilannetajun lisäksi myös riittävää palvelujärjestelmän tuntemusta. Asiakkaalla voi olla elämänhallinnan vaikeuksia ja voimat kuluvat arjesta selviytymiseen. Frank Martelan (2015, 59–60, 70–72) mukaan ihminen motivoituu parhaiten silloin, kun hän nauttaa elämässään neljää psykologista perustarvetta: vapaaehtoisuutta, kyvykkyyttä, läheisyyttä ja hyväntekemistä. Viranomaisen kanssa asioiminen koetaan usein välttämättömäksi pakoksi, jopa painostavaksi. Jotta näissä tilanteissa päästään tulokselliseen yhteistyöhön, täytyy ensin löytää asiakkaan tilanteeseen eniten vaikuttava ydinsyy. Asiakkaalla voi olla hoitamattomia sairauksia tai hän voi olla jopa asunnoton. Näissä tapauksissa asiakas luonnollisesti ohjataan terveys- tai sosiaalipalvelujen piiriin. Myös viranomaistoiminnan perusteet tulee selittää riittävän selvästi, jotta asiakkaalle ei aiheudu ongelmia asioista, joita hän ei ole ymmärtänyt, saati sisäistänyt.

Tuetun työllistymisen palvelun ja samalla osatyökykyisten ja muiden vaikeassa asemassa olevin asiakkaiden palveluosaaminen tulee varmistaa kaikissa TE-toimiston asiantuntijatiimeissä. Sosiaalialan pohjakoulutus antaa tähän työhön hyvät valmiudet.

Työnantajayhteistyö

Tehokas ja proaktiivinen, ennakoiva, työnantajayhteistyö on tärkeässä asemassa, kun puhutaan etenkin osatyökykyisten työllistymisen edistämisestä. Työn muokkaus on yksi keino, jolla voidaan tukea osatyökykyisen työssä selviytymistä. Tarvittaessa voidaan työtehtäviä ja työaikaa järjestellä työntekijän terveydentilalle sopiviksi, tehdä

muutoksia työympäristössä, hankkia apuvälineitä tai järjestää työntekijälle työpari.

Myös työntekijöiden ja työnantajien kohtaanto-ongelmaa on mahdollista parantaa vahvalla TE-toimistojen ja työnantajien yhteistyöllä. Työvoimapulasta kärsivillä aloilla työnantaja voi kartoittaa jo valmiiksi työpaikalla sellaisia työtehtäviä, jotka voisivat soveltua osatyökykyisille työnhakijoille. Kaikilla työpaikoilla on tehtäviä, jotka jäävät syystä tai toisesta tekemättä. Sellaisia voivat olla erilaiset avustavat toimisto-, siivous- ja järjestelytyöt tai pienet tekniset työt tehdastyössä. Tätä asiaa on hienosti edistänyt Etelä-Suomen alueella toimiva Iisisti töihin-hanke, joka yhteistyössä työnantajayritysten kanssa kartoittaa osatyökykyisille soveltuvaa työtä sekä räätälöi heille myös uusia työtehtäviä, joita voidaan yrityksen sisällä monistaa (THL 2021).

Haasteena osatyökykyisen asiakkaan palveluuhjauksessa on yhtenäisen toimintamallin puuttuminen. Työkykykoordinaattoreiden sijoittumisessa TE-toimistojen organisaatioon on suuria valtakunnallisia eroja. Osa kuuluu työnantajapalveluihin ja osa henkilöasiakaspalveluun omine asiakasvastuineen. Pohjois-Pohjanmaan TE-toimistossa työkykykoordinaattorit työskentelevät kukin omassa toimialakohtaisessa tiimissään, oman esimiehensä työnjohdon alaisuudessa. Vastuu toiminnan kokonaisuudesta on näin ollen hajallaan ja tuo haastetta toiminnan kehittämiseen. Työkykykoordinaattoreiden määrää lisätään työkykyohjelman mukaisesti, mutta myös toiminnan kokonaisuutta, laatua ja toimintamalleja tulisi samalla pystyä tarkastelemaan ja kehittämään. Myös työkykykoordinaattoreiden sijoittumista organisaatiossa on samalla hyvä pohtia, koska palveluuhjauksen kannalta ei asiakkaan toimialaryhmällä ole suurta merkitystä. Työkykykoordinaattoreiden palvelun tulisi läpäistä koko organisaatio (ns. matriisiorganisaatio), joka sisältää myös työnantajapalvelut.

Yhteistyössä kohti parempaa tulevaisuutta

TE-toimiston perinteinen työ on murroksessa – ei yksin työkykyohjelmasta tulevien

muutosten myötä, vaan yksilöllisen palvelun tarpeen tultua näin vahvasti näkyville myös TE-asiantuntijoiden osaamista ja työtapoja on tarkasteltava kriittisesti ja pohdittava mahdollisia kehittämiskohteita. Oman työni kannalta olen tästä muutoksesta äärimmäisen iloinen, koska kohtaan asiakkaiden tuskan jokapäiväisessä työssäni osatyökykyisten parissa. Pienen varjon ilon rinnalle tuo ajatus toimenpiteiden käytäntöön saattamisesta, joka ei viranomaistoiminnassa ole aina mutkatonta. Toivon suuresti, että meidät asiakkaiden kanssa päivittäin työtä tekevät työkykykoordinaattorit ja TE-asiantuntijat otetaan mukaan käytännön toimenpiteiden lanseerauksen suunnittelussa.

On selvää, että osatyökykyisten työllistymistä edistävät palvelut ovat tulevaisuudessa yhä laajemman toimijakunnan vastuulla. Työvoimapalvelut siirtyvät kunnille vuonna 2024 ja mielestäni se parantaa ainakin osatyökykyisten palveluja, koska sosiaali- ja terveyspalvelut ja muut kunnalliset palvelut ovat asiakasta lähempänä.

Muutoksen suunta ja kehittämisen tavoitteet ovat hyviä, palveluvalikoima laajenee ja toimijoita tulee lisää. Kunhan vain toteutuksen tiimellyksessä pysyy myös tärkein osapuoli mukana – Asiakas.

Marja Tervahauta, sosionomi (AMK), työkykykoordinaattori, Pohjois-Pohjanmaan TE-toimisto

Lähteet

- Kanninen K, Uusitalo-Arola L (2015) Lyhytterapeuttinen työote. PK-Kustannus, Jyväskylä. 295–297.
- Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta 2012/916, 28.12.2012. Verkkosivu: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120916>. Viitattu 15.1.2022.
- Martela F (2015) Valonööri. Gummerus Kustannus Oy. E-kirja.
- STM Työkykyohjelma (2021) Päivitetty 6.10.2021. Verkkosivu: <https://stm.fi/tyokykyohjelma>. Viitattu 31.1.2022.
- TEM Palkkatuki. Verkkosivu: <https://tem.fi/palkkatuki>. Viitattu 14.2.2022.
- TEM Pohjoismainen työvoimapolymalli. Verkkosivu: <https://tem.fi/pohjoismainen-tyovoimapolymalli>. Viitattu 31.1.2022.
- TEM, tiedote 9.2.2021. Verkkosivu: <https://tem.fi/-/suomen-tulisi-ottaa-mallia-ruotsin-samhallista>

valityomarkkinatoimija-edistaisi-osatyökykyisten-työllistymistä-tarjoamalla-seka-työta-ettatukea. Viitattu 15.1.2022.

TEM, tiedote 29.4.2021. Verkkosivu: <https://tem.fi/-/tyoministeri-haatainen-puolivaliriihen-paatokset-osatyökykyisten-valittajasta-te-palvelujen-siirrosta-kunnille-seka-tyoperaisesta-maahanmuutosta-tukevat-työllisyyden-kasvua>. Viitattu 5.2.2022.

TEM Työkykyohjelma (2022) Päivitetty 7.1.2022. Verkkosivu: <https://tem.fi/työkykyohjelma>. Viitattu 31.1.2022.

TEM Työllisyyden kuntakokeilut. Verkkosivu: <https://tem.fi/työllisyyskokeilut>. Viitattu 10.2.2022.

TE-palvelut. Verkkosivu: <https://www.te-palvelut.fi/> Viitattu 15.1.2022.

THL (2021) Iisisti töihin. Verkkosivu: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/iisisti-toihin>. Viitattu 10.2.2022.

Työttömyysturvalaki 2002/1290, 30.12.2002, 2 luku 1 §. Verkkosivu: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20021290>. Viitattu 15.1.2022.



Kuntoutussäätiö

jamk | Jyväskylän
ammattikorkeakoulu

Kuntoutuspäivät 2022

2.-3.6.2022, Kulttuuritehdas Korjaamo, Helsinki

Kuntoutuksen uusi vuosikymmen:

Yhdenvertainen yhteiskunta, tasa-arvoinen työllistyminen

Luvassa

- Järjestöjen rooli uudella vuosikymmenellä
- Yritysyhteistyöllä töitä osatyökykyisille
- Työkykykoordinaattorien verkostotapaaminen
... ja paljon muuta!

Tutustu ohjelmaan ja ilmoittaudu!

www.kuntoutuspäivät.fi

@kuntoutussaatio

#kuntoutuspäivät



Yleisohjelmassa mukana muun muassa...



Tuula Haatainen
Työministeri
TEM



Heidi Korva
Viestintäkonsultti
Communiqué



Tuija Oivo
Johtaja
TEM



Lorenz Bakcman
Juontaja



Sirkus Magenta
Osallisuuden
edistäjä

Kuntoutus-lehti vuonna 2022

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2022 tuttuun tapaan neljänä numerona, digitaalisesti. Lehden joulukuun numero 4/2022 on teemanumero ”Erityistä tukea nuorille: nykytila ja tulevaisuus”.

Tilauksetkäytännöt ja tilaushinnat säilyvät ennallaan. Lehti luopui maksullisten ilmoitusten julkaisemisesta vuoden 2021 alussa.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdessämme!

kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi

Ilmestymisaikataulu 2022

Nro	Ilmestyy
2	viikolla 24
3	viikolla 41
4 teema	viikolla 50

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

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

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4nroa) 27 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Yhteisötilaukset 300 euroa/vuosi

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys
Kutke ry