

**ASIAKKAIDEN OSALLISUUS
KUNTOUTUSTUTKIMUSPROSESSISSA**
Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-
aikaisuudesta
Tampereen yliopistollisessa sairaalassa

Susanna Palomäki
Tampereen Yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
Sosiaalityön ammatillinen
lensiaatintutkimus
Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala
Syyskuu 2012

Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

PALOMÄKI, SUSANNA: Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa.
Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta
Tampereen yliopistollisessa sairaalassa.
Ammatillinen lisensiaatintutkimus, 133s., 18 liites.
Sosiaalityö, kuntouttavan sosiaalityön erikoisala
Syyskuu 2012

Avainsanat: kuntoutus, kuntoutustutkimusprosessi, osallisuus, oikea-aikaisuus

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimusprosessissa toteutuu asiakkaan osallisuus ja miten oikea-aikaisuus määritellään osana osallisuuspuhetta. Tutkimuskysymykseni on kaksitasoinen. Ensin tarkastelen millaisin toivein haastateltavat tulevat kuntoutustutkimukseen ja miten he kuvaavat kuntoutustutkimusprosessia osallisuuden näkökulmasta. Toisessa analyysiluvussa siirryn tarkastelemaan, millaisilla kategorioilla haastateltavat kuvaavat kohtaamiaan ammattilaisia ja mitä nämä ammattilaisten saamat kategoriat kertovat haastateltavien osallisuudesta kuntoutustutkimusprosessissa. Tutkimuksen pääaineistona on kymmenen kuntoutustutkimuspoliklinikan entisen asiakkaan teemahaastattelut. Taustoitan pääaineistoani tarkastelemalla 400 asiakkaan kuntoutussuunnitelmia (sisältävät työ- ja toimintakyvyn arvioinnin) vuoden ajanjaksolla (10/2007-10/2008 käynnistyneet kuntoutus-tutkimukset). Analysoin aineistoani laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Ensimmäisessä analyysiluvussa (luku 5) lukutapani noudattelee temaattista sisällönanalyysiä ja toisessa analyysiluvussa (luku 6) hyödynnän Harvey Sacksin kehittämää jäsenkategorisoinnin analyysiä.

Haastateltavien toiveista kuntoutustutkimusprosessin alussa on nähtävissä, että asiakkaan vointi ei välttämättä vielä mahdollista kumppanuutta ja aktiivista toimijuutta. Yksi eläkehakuisuutta ennalta ehkäisevä tekijä on tutkimusaineistoni perusteella asiakkaan voimassa oleva työsuhde. Asiakkaan eläkehakuisuus ei välttämättä johda ammatillisen kuntoutuksen epäonnistumiseen, mutta todennäköisesti hidastaa sen toteutumista.

Selvimmän osallisuuden ja osattomuuden kuvaukset ovat löydettävissä kuntoutussuunnitelman laatimista ja sisältöä koskevasta haastattelupuheesta. Kuntoutustutkimuksen päätöspalaveri ja kuntoutussuunnitelman laatiminen voivat ”kruunata” aiemmin prosessin aikana syntyneen kokemuksen osallisuudesta tai osattomuudesta. Oikea-aikaisuuteen puolestaan vaikuttaa paitsi asiakkaan sairauteen ja vammaan liittyvien hoitojen jaksottuminen myös hänen henkilökohtainen, psyykinen prosessointinsa muuttuneen elämäntilanteensa johdosta. Mikäli jompikumpi tai molemmat prosessit ovat kesken, ei valmiuksia työhön paluuseen ole. Haastattelupuheelle oli ominaista sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden toimintatapojen keskinäinen vertaileminen. Kuvaamalla lääkäriä arvovaltaisena auktoriteettinä piirrettiin samalla kuvaa helpommin lähestyttävästä ”duunari” -sosiaalityöntekijästä. Sosiaalityöntekijöiden kielenkäyttöä kuvattiin lääkäreiden kielenkäytön vastakohtana: kansankielisenä ja konkreettisenä. Haastattelupuheen perusteella sosiaalityöntekijä toimii sairaalamaailmassa ikään kuin tulkkina lääkärin ja asiakkaan välillä. Sosiaalityön vahvuuksia ovat vuorovaikutustaitojen lisäksi palvelujärjestelmien tunteminen ja yhteydenpito näiden palvelujärjestelmien edustajiin. Myös asiakkaan elämän kokonaistilanteen huomioinen toteutuu hyvin sosiaalityöntekijöiden tapaamisissa.

Ammattilaisten jäsenkategorioita vaihdellessaan haastateltavat muuttivat samalla myös omaa osallisuuden tasoaan. Kun haastateltavat arvottavat ammattilaisia, erityisosaaminen ei riitä luomaan positiivista mielikuvaa työntekijästä eikä vakuuta heitä työntekijän osaamisesta. Osallisuuden hienosäätöä on ammattilaisen kyky havaita ja purkaa ääneen lausumattomia osattomuuden ja ulkopuolisuuden kokemuksia.

University of Tampere
School of Social Sciences and Humanities

PALOMÄKI, SUSANNA: Clients' participation in the rehabilitation assessment process.
Clients' experiences of participation and the timeliness of the process in Rehabilitation Assessment Outpatient Clinic.

Professional licentiate's thesis, 133 pages, 18 appendix pages
Social work, specialization in rehabilitating social work

Keywords: rehabilitation, rehabilitation assessment process, participation, timeliness

The purpose of the research is to find out how clients' participation becomes true in specialised care services in Tampere University Hospital and how timeliness of rehabilitation assessment process is defined as part of the inclusion of speech. The research question is on two levels. At first I look what kind of wishes interviewees had before they started the rehabilitation assessment process and how they describe the process in a participation perspective. Then I try to find out how interviewees categorize professionals they have met during the process and what these categories tell us about interviewees' own participation. The main data of the research comprises ten theme interviews of Rehabilitation Assessment Outpatient Units' former clients. The background data consists of 400 individual plans for rehabilitation (rehabilitation plan contains assessment of function and working capacity) in a one year time period (time period 10/2007-10/2008).

The research method is the data-based qualitative content analysis. In one part of analysis my way of reading adheres to thematic content analysis and in the second part of analysis the analytical tool is membership categorization device, which was formulated by Harvey Sacks. The interviewees' wishes in the beginning of the rehabilitation assessment process uncover that clients' health and life situation do not necessarily make a partnership possible. The valid employment prevents clients' desire to get to the pension. That kind of desires do not necessarily lead to the failure of the vocational rehabilitation, but it slows down the coming true of it probably.

The descriptions of participation and non-participation can be found of an interview speech concerning the drawing up and contents of the rehabilitation plan the clearest. The last meeting and drawing up the rehabilitation plan can top off participation or non-participation experiences which have been composed during the rehabilitation process. Timeliness of the process consists of both the episodes of different kind of treatments and clients' personal psychic processing caused by changed life situation. If one or both of those two elements are still in process, client has no capacity to go back to work.

It was characteristic to the interview speech to use the comparison between social workers and doctors. By describing the doctor as an authoritative authority, a picture was drawn at the same time from the social worker who is more easily approached. The social workers' language was described as an opposite of the doctors' language: vernacular and concrete. On the basis of the interview speech the social worker acts as if as the interpreter between a doctor and the client in the hospital world. In addition to interpersonal skills the strengths of the social work in the hospital environment are the knowing of service systems and communication with the representatives of these systems. The social workers can also pay attention comprehensively to the customer's situation in life.

Interviewees place also the same professionals in different "member" categories. By changing these member categories of professionals interviewees change also their own level of participation. When interviewees evaluate professionals, professionals' expertise isn't enough to create a positive image or to convince them from the worker's know-how. The fine adjustment of the participation is the professional's ability to perceive and deal with the unstated experiences of non-participation and "outsiderness".

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OIKEA-AIKAISUUS KUNTOUTUKSEN HAASTEENA.....	5
2.1 Varhainen puuttuminen ja kokonaisvaltaisuus kehittämissuunnitelmien punaisena lankana	5
2.2 Sosiaalinen kuntoutuksen nelikentällä.....	8
2.3 Kuntoutuksen tutkimus ja kehittämisen haasteet	12
2.4 Kuntoutustutkimus Tampereen yliopistollisessa sairaalassa.....	16
3 OSALLISUUS TUTKIMUKSEN TOUREETTISENA NÄKÖKULMANA.....	22
3.1 Osallisuus yhteiskunnassa	22
3.2 Osallisuus palvelujärjestelmissä.....	24
3.3 Osallisuus ammatillisissa käytännöissä	27
4 TUTKIMUSASETELMA.....	33
4.1 Tutkimuskysymys	33
4.2 Tutkimuksen aineisto ja sen taustoitus	33
4.3 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä.....	39
4.4 Aineiston analyysi.....	41
4.5 Tutkimuksen eettiset valinnat	44
5 TOIVEITA JA KUVAUKSIA KUNTOUTUSTUTKIMUSPROSESSISTA	49
5.1 Haastateltavien toiveet kuntoutustutkimuspoliklinikalle saavuttaessa.....	49
5.2 Haastateltavien kuvaukset kuntoutustutkimusprosessista	59
5.3 Yhteenvetoa: Kuulluksi tuleminen tekee ihmisen olemassa olevaksi.....	81
6 KOHTAAMISIA AMMATTILAISTEN KANSSA	86
6.1 Sosiaalityöntekijä – tilanteiden ja tunteiden tulkki.....	87
6.2 Lääkäri – arvovaltainen auktoriteetti vai inhimillinen asiantuntija.....	94
6.3 Psykologi – erityisasiantuntija tutkimustensa taustalla	101
6.4 Fysioterapeutti – kannustava ja jämäkkä kuntouttaja	105
6.5 Yhteenvetoa: Aito halu auttaa on tärkeintä	109
7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	115
7.1 Tutkimuksen keskeisimmät tulokset	115
7.2 Prosessin pohdinta	121
7.3 Tutkimuksen merkitys kuntouttavalle sosiaalityölle	123
KIRJALLISUUS	126
LIITTEET	134

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimus osana kuntoutuksen nelikenttää ja kuntoutuksen tutkimusta	18
Kuvio 2. Kuntoutustutkimusprosessi	20
Kuvio 3. Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden ikäjakauma	36
Kuvio 4. Osallisuuden ja osallistumattomuuden jatkumo palvelujärjestelmissä	110

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Haastateltavien toiveet kuntoutustutkimuspoliklinikalle tultaessa	49
Taulukko 2. Kuntoutustutkimukseen liittyvät kuntoutujakategoriat ja osallisuuden kriteerit	81
Taulukko 3. Sosiaalityöntekijä - tilanteiden ja tunteiden tulkki	93
Taulukko 4. Lääkäri – arvovaltainen auktoriteetti vai inhimillinen asiantuntija	101
Taulukko 5. Psykologi – erityisasiantuntija tutkimustensa taustalla	105
Taulukko 6. Fysioterapeutti – kannustava ja jämäkkä kuntouttaja	109
Taulukko 7. Ammattilaisten jäsenkategoriat ja haastateltavien osallisuus	110

1 JOHDANTO

Tutkimuksellisenä mielenkiinnon kohteenani on selvittää, miten Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimusprosessissa toteutuu asiakkaiden osallisuus. Osallisuuspuheen myötävaikutuksella uskon pääseväni myös kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuuden jäljille. Kuntoutuksen asema terveydenhuollossa ei ole yksiselitteinen. Erityisesti yliopistosairaaloiden kuntoutustutkimusyksiköiden toimintaan suhtauduttiin 1990-luvun alkuvuosina enimmäkseen torjuvasti, kun taloudellisista resursseista käytiin muutoinkin kovaa kilpailua (Musikka-Siirtola ym. 2008, 39). Samankaltainen suuntaus on valitettavasti jatkunut, kuten Valtiontalouden tarkastusviraston lääkinnällistä kuntoutusta koskevasta tarkastuskertomuksesta (2009) ilmenee. Tarkastuksessa selvitettiin muun muassa erikoissairaanhoidossa toteutettavaa kuntoutusta haastatteleamalla seitsemässä sairaanhoitopiirissä kuntoutuksesta vastaavaa ylilääkärinä. Joissain sairaanhoitopiireissä haastatteluihin osallistui ylilääkärin lisäksi myös muita sairaanhoitopiirin kuntoutusasiantuntijoita. Kysymykset koskivat lääkinnällisen kuntoutuksen resursointia, organisointia, lainsäädäntöä ja asiakasyhteistyötä. Näissä sairaanhoitopiirien haastatteluissa tuli selkeästi esille, että resursseista neuvoteltaessa kuntoutus on aina heikommassa asemassa akuuttiin sairaanhoitoon verrattuna. Kuntoutus on se osa-alue, josta voidaan säästää, jos säästettävä on. Samaan aikaan kun sairauksien hoito on tehostunut, ovat kuntoutuksen resurssit pysyneet entisellään. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009, 24, 55.)

Tutkimukseni ajoittuu hetkeen, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on muuttumassa kokonaisvaltaisesti. Terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.5.2011 korvaten kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain. Hallituksen esityksessä eduskunnalle uudeksi terveydenhuoltolaiksi korostettiin, että palveluketjujen uudistaminen, tiedonkulun varmistaminen ja potilaan hoitaminen oikeaan aikaan oikeassa paikassa on kansantaloudellisesti tärkeää. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, palvelutarpeiden kasvu ja terveydenhuollon kustannusten hallinta edellyttävät toimivaa terveystaloustaloutta sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä. (HE uudeksi terveydenhuoltolaiksi 2008, 7; kts. myös Lauslahti 2007, 242-243, 262.) Tampereen yliopistollisen sairaalan neuroalojen ja kuntoutuksen vastualueen toimesta toteutettu

työkyvynarvioinnin mallinnukseen keskittynyt hanke (Työkyvynarvioinnin ja kuntoutus-tarveselvityksen koordinaatio – linkkinä sosiaalityö) 3-12/2009 antoi merkittävän sysäyksen tutkimuksen aihepiirin valinnalle. Hankkeen tavoitteena oli omalta osaltaan selkiyttää terveydenhuoltolain esiin nostamia kehittämiskohteita, kuten työnjaollisia kysymyksiä ja paikantaa työkyvyttömyyden uhkan tunnusmerkkejä ja työkyvynarvioinnin oikea-aikaisuutta. Hankkeen aikana kuntoutuksen ammattilaisille suunnatun lomakekyselyn osalta huomioni kiinnittyi vastaajien yksimielisyyteen työkyvynarvioinnin käynnistymisen viivästyisestä sekä työkyvyttömyyden uhkan tunnistamisen vaikeudesta. Kokonaiskäsityksen puuttuminen asiakkaan tilanteesta vaikeuttaa kyselyyn vastanneiden mielestä eniten työkyvyttömyyden uhkan tunnistamista ja on siten jarruttamassa työkyvynarvioinnin varhaisempaa käynnistymistä. (kts. Palomäki ym. 2009)

Oma kiinnostumiseni asiakkaiden osallisuuden ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuuden tematiikkaan on lähtöisin käytännön työn kautta havaituista ja asiakkaiden esiin nostamista työelämän ongelmakohdista. Asiakkailta itsellään on useimmiten selkeä käsitys siitä, milloin työkyvyn ongelmat ovat alkaneet ja seikoista, jotka ovat johtaneet työkyvyn heikentymiseen. Asiakkaiden kokemuksena on kuitenkin ollut, että heidän ongelmiaan ei ole kuunneltu tai otettu vakavasti eikä kenelläkään ole käsitystä heidän kokonaistilanteestaan. Vaikuttaa siltä, että kuntoutuksen kentän organisaatiot ovat kiinnostuneita vain omaan toimintakenttäänsä liittyvistä ongelmista ja asioista, eikä asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu ole kenenkään vastuulla. (vrt. Valokivi 2008, 66.)

Terveydenhuoltolain lisäksi sosiaaliturvan kokonaisuudistus tulee vaikuttamaan oleellisesti kuntoutuksen kenttään. Sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmisteltiin Valtioneuvoston asettaman SATA -komitean toimesta 6/2007-12/2009. SATA -komitea peräänkuulutti kuntoutuksen vahvempaa roolia työkyvyn edistämisessä ja työkyvyttömyyttä ehkäisevässä toiminnassa sekä täsmällisempää ja tehokkaampaan puuttumista työkykyä heikentäviin tekijöihin. Kuntoutukseen ohjaamisen katsottiin tapahtuneen liian hitaasti ja liian myöhään. (Suikkanen 2009, 2; Sosiaaliturvan uudistamiskomitean ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi 2009, 62-65.) Kuntoutuksen kentällä ei ole pysytty yhteiskunnallisessa muutoksessa mukana ja oman näkemykseni mukaan tämä on vähintäänkin osasyynä ennaltaehkäisyn näkökulman toteutumattomuuteen. Kuntoutusjärjestelmän sisällöllinen kehittäminen on pysähtynyt 1980-luvun alussa, vaikka samanaikaisesti yhteiskunta ja

työmarkkinat ovat muuttuneet monin tavoin ja merkittävästi (kts. esim. Suikkanen 2009, 1, 5). Nykyisellään kuntoutus ei tunnista riittävästi palkkatyömarkkinoiden ja työn muutoksia eikä kykene vastaamaan nykyajan työelämän vaatimuksiin ja yksilön tarpeisiin (emt., 2). Työkyvynarviointia koskevissa selvityksissä (kts. esim. Gould ym. 2007) on todettu ongelmia muun muassa siinä, että erilaiset kuntoutusarvioinnit ja selvitykset työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi eivät käynnisty riittävän aikaisin. Lisäksi paikallistasolla kuntoutuksen ja työkyvynarvioinnin eri toimijat eivät tee riittävää yhteistyötä, mikä on omalta osaltaan syynä kuntoutuksen käynnistymisen myöhästymiseen. Oman tutkimukseni tavoitteena on Jyrki Kataisen hallitusohjelmaa (2011, 56-58)¹ lainaten: "kuntoutujan kuntoutusprosessin selkiyttäminen ja asiakaslähtöisyyden parantaminen".

Tutkimukseni koostuu seitsemästä luvusta. Luvun kaksi alussa jatkan ajankohtaista keskustelua siitä, miten asiakkaiden osallisuutta ja varhaista puuttumista pyritään edistämään hyvinvointipalvelujärjestelmän sisällä. Samalla perustelen tutkimusaiheeni ajankohtaisuutta ja kytken sen osaksi yhteiskunnallista keskustelua. Luvun viimeiset alaluvut ovat näkökulmalukuja, joissa käsittelen muun muassa, miten sosiaalinen nähdään osana lääkinällisen kuntoutuksen toimenpidettä - kuntoutustutkimusta. Luvussa kolme kuvaan osallisuutta tutkimukseni teoreettisena lähtökohtana. Tarkastelen yksilön osallisuutta kolmella eri hierarkiatasolla: yhteiskunnassa, palvelujärjestelmissä ja ammatillisissa käytännöissä. Täysivaltainen osallistuminen oman asian käsittelyyn ja siihen perustuva osallisuuden kokemus ovat merkityksellisiä luottamuksen syntymisessä. Tällöin kuntoutuja tulee palvelujärjestelmässä kuulluksi ja pääsee osallistumaan oman kuntoutuksensa suunnitteluun. Luvussa neljä esittelen tarkemmin tutkimukseni aineiston ja analyysimenetelmät. Aineistonani on kymmenen Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan entisen asiakkaan teemahaastattelut. Tutkimukseni taustoittamiseksi olen käynyt lävitse vuoden ajanjaksolta kaikki päättyneet kuntoutustutkimukset (n= 400), joiden joukkoon myös haastateltavien kuntoutustutkimukset kuuluvat. Analysoin aineistoani laadullisen, aineistolähtöisen sisällön analyysin keinoin. Luku viisi keskittyy kuntoutujien toiveiden ja kuntoutustutkimusprosessin kuvausten tarkasteluun. Luvun kuusi tehtävänä on selvittää, minkälaista roolia haastateltavat puhuvat eri ammattilaisille ja minkälaista paikkaa nämä

¹ Hallitusohjelmassa (2011) tavoitellaan lääkinällisen kuntoutuksen työnjaon ja yhteistyön selkiyttämistä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen kanssa sekä monialaisen kuntoutuksen (mm. ammatillinen, sosiaalinen ja lääkinällinen) asiakaslähtöisyyden parantamista ja kuntoutusprosessin selkiyttämistä kuntoutujan näkökulmasta.

ammattilaisten saamat roolit määrittävät haastateltaville itselleen osallisuuden näkökulmasta. Tutkimukseni seitsemännessä ja viimeisessä luvussa esittelen tekemäni johtopäätökset, pohdin prosessin etenemistä ja tutkimuksen merkitystä kuntouttavalle sosiaalityölle.

2 OIKEA-AIKAISUUS KUNTOUTUKSEN HAASTEENA

2.1 Varhainen puuttuminen ja kokonaisvaltaisuus kehittämisohjelmien punaisena lankana

Varhaisen puuttumisen käsite tuli Suomeen melko tarkkaan vuosituhaten vaihteessa. Varhaisen puuttumisen politiikka on yksi osa näyttöperustaista sosiaalityötä, jota uusi julkisjohtaminen on viime vuosina peräänkuuluttanut. Useampien suomalaisten tietoisuuteen varhaisen puuttumisen idea levisi sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2001-2005 käynnistämän ja koordinoiman Varpu-hankkeen myötä. Varhaisen puuttumisen esitettiin turvaavan lasten ja nuorten kehitystä ja oikeuksia, lisäksi sen ajateltiin olevan hyvä keino säästää lasten ja nuorten ongelmien aiheuttamissa kuluissa. Sittemmin Varhainen puuttuminen on omaksuttu lähes kaikkea hyvinvointityötä läpäiseväksi strategiaksi esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa 2008-2011. (Satka 2010, 184-186, 188.) Vuonna 2012 kyseinen kehittämisohjelma on saanut jatkoa, kun valtioneuvosto vahvisti 2.2.2012 uuden KASTE -ohjelman vuosille 2012-2015.

KASTE -ohjelmassa 2008-2011 painotettiin ongelmien ennalta ehkäisyn ja varhaisen puuttumisen kustannustehokkuutta ja vaikuttavuuden parantamista suhteessa ihmisten elämänlaatuun. KASTE -ohjelman 2008-2011 yhtenä tavoitteena oli osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen vähentyminen. Lainsäädännön ja valvonnan ohella yhteistyön oli tarkoitus mahdollistaa tämän tavoitteen saavuttaminen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008, 29-30, 39.) Ohjelman mukaan varhainen puuttuminen on myönteinen toimintatapa, jolla on merkittävä vaikutus myös palvelujen tarpeen ja kustannusten kasvun hillintään. Ohjelmakaudella (2008-2011) pyrittiin kuntiin luomaan pysyviä johtamis- ja yhteistyörakenteita, joilla varhaisen puuttumisen ote saataisiin osaksi koko kunnan päätöksentekoa. Myös asiakkaat ja heidän läheisensä pyrittiin saamaan aiempaa vahvemmin mukaan varhaisen puuttumisen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. KASTE -ohjelman 2008-2011 ideologisena tavoitteena oli, että asiakkaan tarpeiden tunnistaminen nähtäisiin ammattilaisen ja asiakkaan tai hänen läheisensä yhteisenä tehtävänä. Tavoitteena oli oikea-aikainen asiointi asiakkaan tarpeeseen parhaiten vastaavassa, tarvittaessa hänelle räätälöidyssä palvelussa. (emt., 32, 44.) Ensimmäisen kehittämisohjelma -kauden päättymisen

jälkeen voidaan todeta, että kehittämistyö on vasta käynnistymisvaiheessa samoin kuin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon eheä kokonaisuuden muodostaminen. Varhaiseen puuttumiseen sisältyy myös omat riskinsä, kuten esimerkiksi Mirja Satka (2010) ja Johannes Kananen (2008) tuovat esiin. He kritisoivat varhaisen puuttumisen ideaa yhteiskunnallisen reformin keinona ja vastapainona kovenevalle kilpailueetokselle. Satkan (2010, 217) huolenaiheena on, että varhainen puuttuminen alkaa painottumaan yhteiskunnan suojelemaan ongelmia ja kustannuksia aiheuttavalta alaluokalta. Satkan kritiikki kohdistuu keskushallintoon, jolle varhainen puuttuminen on ollut tehokas ja käytännöllinen väline, jonka avulla päävastuu ongelmien ehkäisystä on siirretty pois julkiselta vallalta (kts. myös Kananen 2008, 239, 244-245). Varhaisen puuttumisen -käsite on siis aiheuttanut paljon keskustelua, ja kenties osittain sen myötävaikutuksella uudessa KASTE -ohjelmassa (2012-2015) hyvinvoinnin ja terveyden erojen kaventumista tavoitellaan nyt ”ehkäisevällä työllä ja varhaisella tuella”.

Sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmistelleessa SATA -komiteassa painotettiin sekä työterveyshuollon että kuntoutuksen vahvempaa roolia työkyvyn edistämässä ja työkyvyttömyyttä ehkäisevässä toiminnassa siten, että toimenpiteet kohdennettaisiin täsmällisemmin ja tehokkaasti työkykyä heikentäviin tekijöihin ja reagoitaisiin nykyistä varhaisemmin. Kuntoutukseen ohjaamisen katsottiin tapahtuneen liian hitaasti ja liian myöhään. Komitea peräänkuulutti uuden hallituksen tavoin kuntoutuksesta vastaavien tahojen työnjaon selkiyttämistä ja vastuu- ja korvauskysymysten täsmentämistä. (Sosiaaliturvan uudistamiskomitean ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi 2009, 64-65; Suikkanen 2009, 2.)

Kansaneläkelaitos on omalta osaltaan reagoinut sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoslinjauksiin käynnistämällä ajankohtaisen Kyky-hankkeen (2009-2012). Hankkeen työkykyprosessin tavoitteena on varhaisella puuttumisella estää asiakkaan työkyvyttömyyden pitkittyminen ja edistää sairauspäivärahaa saavan asiakkaan työhön paluuta. Keinoina ovat ajoissa toteutettu, vaikuttava kuntoutus, ohjaus sekä työhön paluuta edistävät tukitoimet. Sairauspäivärahaa hakevista asiakkaista halutaan löytää ne, jotka tarvitsevat erityistä tukea työhön paluuseen. Heille tarjotaan räätälöityä palvelua, jolla kartoitetaan muun muassa elämäntilannetta ja työssä suoriutumiseen liittyviä tekijöitä sekä tuetaan asiakkaan omaa

aktiivisuutta. Vakuutuspiireihin nimetään yhdyshenkilöiksi työkykyneuvoja, jotka ottavat kokonaisvastuun asiakkaiden työkykyprosessista. Työkykyneuvoja selvittää asiakkaan tutkimus- tai kuntoutustarpeen ja ohjaa hänet tarvittaessa tutkimukseen, kelan tai muun tahon järjestämään kuntoutukseen tai työttömäksi työnhakijaksi. (Rainamo 2010, 10; Rainamo 2009, 31.)

Oikea-aikainen tilanteeseen puuttuminen ja avun tarjoaminen liittyvät olennaisella tavalla ennaltaehkäisyyn näkökulmaan (Metteri 2004, 102). Yhteiskunnassamme vallitsee Metteriä lainaten ”sanojen ja tekojen välinen ristiriita”. Suomalaisen hyvinvointivaltion kehittämisspuheessa on vuosikymmenien ajan merkityksellisellä paikalla ollut ehkäisevä eli preventiivinen hyvinvointipolitiikka ja hyvinvointityö, joka on valitettavan usein kuitenkin hyvinvointipolitiikan käytännöissä unohtunut. (emt., 97.) Varhainen puuttuminen voidaan nähdä ikään kuin jatkumona tälle preventiiviselle hyvinvointipolitiikalle ja -työlle (Satka 2010, 182-183). Preventiivisestä hyvinvointipolitiikasta varhaiseen puuttumiseen siirtymisen myötä sosiaalipolitiikka muuttui liberalistiseen suuntaan ja kansalaisten tasavertaisuuden edistämisen ja köyhyyden poistamisen tavoitteet saivat väistyä. (Satka 2010, 208). Tämän sosiaalipoliittisen muutoksen myötä vajaakuntoisten henkilöiden asema työmarkkinoilla heikentyi entisestään. Palvelujärjestelmä osaa hyvin määritellä ja tunnistaa vajaakuntoisuuden lääketieteellisiä perusteita hyödyntäen, mutta uusien mahdollisuuksien etsiminen vajaatyökykyisille henkilöille muuttuneilla työmarkkinoilla on ongelmallista (Metteri 1997, 62).

Usein järjestelmät tunnistavat asiakkaan elämän kokonaisuudesta lähinnä organisaation omaan toimintakenttään liittyvät ongelmat ja asiat, vaikka asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu on pitkään ollut sosiaalityössä ideologisesti tavoiteltava työtapa (Valokivi 2008, 66). SATA-komitean jäsen, läänin sosiaali- ja terveysneuvos Elli Aaltosen (2009, 7; 2008) mukaan sosiaalialan tulisi olla laaja-alaisesti ihmisten toimintakyvystä ja osallisuudesta huolta pitävä palveluala, mutta nykyisessä muodossaan se on on-off -järjestelmä, joka ei tue ihmisen jäljellä olevaa toimintakykyä vaan kahlitsee sitä. Hänen mukaansa toimivana ja aktiivisena oleminen ei näytä koskettavan työtöntä, sairasta, eläkeläistä tai opiskelijaa. Esimerkiksi opiskelija ei voi opiskella, koska hän on sairas. Hänen pitää olla kokoaikaisesti sairas, koska järjestelmä ei tunne osa-aikaisesti sairasta opiskelijaa.

Kuntoutuksen oikea-aikaisuuden toteutumista vaikeuttaa asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaisen ymmärtämisen puuttuminen. Kuntoutus on sektoroitunut eri

hallinnonalueille ja osaksi eri palvelujärjestelmiä. Tästä johtuen merkittävä osa kuntoutujista on samaan aikaan asiakkaan useammassa kuin yhdessä palvelujärjestelmässä ja useamman kuin yhden ammattialan edustajan asiakkaana. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma 2004, 21.) Tästä taustaa vasten ei ole yllättävää, että kuntoutujan kokonaistilanteen hahmottaminen on haasteellista niin ammattilaiselle kuin kuntoutujalle itselleen.

2.2 Sosiaalinen kuntoutuksen nelikentällä

Erikoistumiskoulutukseni alkumetreiltä lähtien olen joutunut perustelemaan, miten sosiaalinen kytkeytyy osaksi lääkinnällistä kuntoutusta. Onko sosiaalisella ja sosiaalityöllä sijaa terveydenhuollossa ja erityisesti vaikeasti hahmotettavalla kuntoutuksen kentällä. Tässä alaluvussa perustelen sosiaalitieteellisen orientaation välttämättömyyttä. Oman työelämäkokemukseni perusteella voin todeta, että sosiaalityö näkyy usein selkeimmin siirtymäkohdissa, kun kuntoutuksen painopiste muuttuu tai vastuu kuntoutuksen toteutumisesta siirtyy organisaatiosta toiseen esimerkiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon.

Yhteiskunnallisen muutoksen myötä kuntoutuksen varhaisimman, lääketieteelliskäyttäytymistieteellisen orientaation rinnalle ja sen täydennykseksi on vahvasti nousemassa sosiaalisesti painottunut lähestymistapa. Tämän lähestymistavan mukaisesti kuntoutujan tilannetta pyritään ymmärtämään hänen elämäntilanteissaan, vuorovaikutus- ja ympäristösuhteissaan. Sosiaalitieteellinen orientaatio mahdollistaa kuntoutujan yhä monimutkaisemman ja riskialttiimman elämäntilanteen jäsentämisen ja huomioon ottamisen kuntoutuksen käytännöissä. Kuntoutuksen sosiaalinen näkökulma on moniulotteinen, kokijalähtöinen ja siksi vaikeasti tavoitettavissa. (Karjalainen 2004, 21-22.)

Tullakseen näkyväksi sairaalan kontekstissa sosiaalityön on tuotava esiin omaa, asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen tuntemiseen perustuvaa ja hänen tarpeistaan lähtevää sosiaalisen asiantuntijuuttaan, vahvistettava omaa toimintaansa, tiedotettava asiakkaan kannalta tärkeistä sosiaalisen asioista ja vaikutettava mahdollisten esiin tulevien epäkohtien korjaamiseen myös yhteiskunnallisella tasolla (Juhila 2008, 33). Toisin sanoen sosiaalityön olemassaolo vieraskentällä synnyttää perusteluiden ja selonteon tarvetta. Tästä syystä kuntoutuksen

kentällä on näkemykseni mukaan tarpeellista määritellä, mikä on sosiaalisen osuus ja merkitys lääkinnällisessä ja ammatillisessa kuntoutuksessa.

Perinteisesti sosiaalinen kuntoutus on Verven² kansainvälisten asioiden johtajan, Ilpo Vilkkumaan (2004, 28) mukaan sijoitettu kuntoutuksen kokonaiskenttään kahdella tavalla:

1. Sosiaalinen kuntoutus on yksi neljästä kuntoutuksen lajista, muut ovat lääkinnällinen, kasvatuksellinen ja ammatillinen kuntoutus.
2. Sosiaalinen kuntoutus on kuntoutusta yleisesti luonnehtiva kattokäsite, jonka osatekijöitä ovat muut kuntoutuksen lajit.

Ensimmäisen, perinteisen määrittelytavan avulla voidaan kuntoutuksen työnjakoa, kuntoutustoimenpiteitä ja lainsäädäntöä ryhmitellä esimerkiksi eri viranomaisten vastuualueiksi. Tässä tutkimuksessa olen päätenyt tarkastelemaan kuntoutuksen kenttää 1. vaihtoehdon mukaisesti. Vilkkumaan mainitsemat kuntoutuksen neljä lajia on kuvattu muuan muassa Kuntoutuksen ja siihen liittyvän tutkimus- ja kehittämistiedon verkkopalvelun - Kuntoutusportin -sivuilla³.

Sosiaalinen näkökulma voidaan nähdä kuntoutuksen yläkäsitteenä tai kuntoutuksen erityistoimenpiteenä. Erityistoimenpiteenä sosiaalisen kuntoutuksen voidaan katsoa olevan kuntien sosiaalihuollon ja vammaispalvelujen vastuualuetta. Sen avulla tuetaan henkilöitä, perheitä tai yhteisöjä, joilla on turvattomuutta tai toimintakyvyn ongelmia, vammaisia, kehitysvammaisia, vajaakuntoisia, päihdeongelmaisia ja vanhuksia. Toimenpiteinä ovat kuntouttavat sosiaalipalvelut, vammaispalvelut, työ- ja toimintakeskusten palvelut, päihdehuollon kuntouttava toiminta, elintapoihin ja elinoloihin vaikuttaminen ja vanhustenhuolto. Yläkäsitteenä sosiaalinen kuntoutus korostaa Vilkkumaan (2004, 28) mukaan kaikkien kuntoutustoimenpiteiden ja kuntoutumisen sosiaalista perusluonnetta, ja se on pikemminkin ideologinen kannanotto kuin käsitteellinen työväline. Tässä tutkimuksessa sosiaalinen ymmärretään lähinnä erilaisten kuntoutustoimenpiteiden yläkäsitteenä painottuen ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutuksen alueille. Tutkimukseni toimintaympäristönä on erikoissairaanhoidon yksikkö, joka tarjoaa lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen palveluita. Myös kasvatuksellisen kuntoutuksen elementti kuuluu kokonaisuuteen, koska osalla asiakkaista työ- ja toimintakyvyn rajoitteet ovat synnynnäisiä ja ovat siten olleet

² Ammatillisen kuntoutuksen palveluita tarjoava yksityinen palveluntuottaja. <http://www.verve.fi/>

³ Kuntoutusportti, Kuntoutuksen palvelujärjestelmä. <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusjarjestelma/>

määrittämässä asiakkaan koko elämänhistoriaa. Yksittäisen kuntoutujan kuntoutusprosessissa tai palvelukokonaisuudessa on toisin sanoen mukana elementtejä kaikilta kuntoutuksen osa-alueilta.

Vilkkumaa (2004, 28) mukaan kuntoutuksen kolme sosiaalisen tasoja ovat sosiaalisen perimän taso, sosiaalisen läsnäolon taso ja sosiaalisen toiminnan taso. Sosiaalisen perimän tasolla kuntoutuksen sosiaalinen ilmenee toisia ihmisiä koskevin havaintoina, mielikuvina ja vaikutuksina. Sosiaalisen läsnäolon tasolla kyse on toisten ihmisten konkreettisesta läsnäolosta ja toiminnan tasolla yhdessä tekemisestä.

Kuntoutuksessa sosiaalisen perimän ajatusmalli vaikuttaa erityisesti kahdella tavalla: kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuusharkinnassa ja kuntoutuksen yleisessä strategiassa. Perimä kertoo kuntoutustarpeen syystä ja samalla kuntoutumisen mahdollisuudesta. Kuntoutuksessa sosiaalisen läsnäolon tärkeimmät muodot löytyvät vertaiskokemuksen ja ohjauksen alueelta. (Vilkkumaa 2004, 31, 33.)

Vilkkumaa (2004, 33) ottaa selkeästi kantaa kuntoutuksen käynnistymisen ajankohtaan toteamalla, että kuntoutus pitäisi osata ja ymmärtää aloittaa sillä hetkellä ja tavalla, joka estää kuntoutustarpeen läsnäolokokemusten siirtymisen sosiaalisen perimän alueelle, ihmisen kuvitelmaksi, että sellainen hän pohjimmiltaan on. Mikäli näin on päässyt jo tapahtumaan, sosiaalisen kuntoutuksen on Vilkkumaa mukaan korjattava tapahtunut vahinko ja annettava ihmisen elää elämäänsä uudelleen, ehkä pikakelauksella. Toisin sanoen ilman oikea-aikaista väliintuloa vajavuudet tulevat osaksi ihmisen persoonaa ja identiteettiä. Mikäli näin on päässyt jo tapahtumaan, kuntoutuksen on Vilkkumaa mukaan korjattava tapahtunut vahinko. Sosiaalisen perimän tasolle siirtynyt kuntoutustarpeen läsnäolokokemus voidaan työkyvyn-arvioinneissa nähdä mm. asiakkaiden eläkehakuisuutena. Kun henkilö on orientoitunut eläkkeelle siirtymiseen, eläköitymisprosessi on jo alkanut. (Palomäki ym. 2009, 13.)

Sosiaalisen kuntoutuksen suurimmaksi strategiseksi kysymykseksi ja kuntoutuksen tavoitteeksi Vilkkumaa nostaa sellaiset toiminnot, joita ei edes voi tehdä yksin. Sosiaalinen kuntoutus ei pyri hänen mukaansa latvasta puuhun ja vaikuttamaan syihin seurausten kautta, vaan sekä katkaisemaan syrjäytymiskiirteen että etsimään uusia väyliä paremmalle elämälle. Julkinen valta ja sen palveluksessa oleva sosiaalinen kuntoutus eivät voi tehdä kaikkea

ihmisen puolesta. Eikä niiden pidäkään, siitä kuntoutuksessa pohjimmiltaan on kysymys. (Vilkkumaa 2004, 30-37; Suoninen-Erhiö 2009, 10.)

Jotta lukijalle muodostuisi kuva kuntoutuksen ”nelikentästä”, kuvaan sosiaalisen kuntoutuksen lisäksi lyhyesti myös kolme muuta kuntoutuksen osa-aluetta: lääkinnällistä, kasvatuksellista ja ammatillista kuntoutusta.

Lääkinnällisen kuntoutuksen tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa ylläpitämään tai parantamaan toimintakykyään sekä tukea hänen elämäntilanteensa hallintaa ja itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa. Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen on kuntien vastuulla. Kuntoutustarpeen selvittäminen ja kuntoutukseen ohjaaminen on myös keskeinen osa työterveyshuollon toimintaa. Tietyissä tilanteissa lääkinnällinen kuntoutus on säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitosten vastuulle. Tarkemmin lääkinnällisen kuntoutuksen erilaisia toimenpiteitä; kuten kuntoutustutkimusta, on kuvattu lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa (1015/1991, 3 §). Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimusta käsitellään tarkemmin alaluvussa 2.4.

Kasvatuksellisella kuntoutuksella tarkoitetaan vammaisen tai vajaakuntoisen lapsen tai aikuisen kasvatusta ja koulutusta, jotka usein edellyttävät erityisjärjestelyjä. Päävastuun kasvatuksellisesta kuntoutuksesta kantavat kunnat. Alan palveluja ja tutkimus- ja kehittämistoimintaa toteuttavat myös erityisoppilaitokset, vammais- ja kansanterveysjärjestöt, erityishuollon kuntayhtymät sekä yliopistojen laitokset.

Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa tai ylläpitää kuntoutujan työkykyä ja ansiomahdollisuuksia. Sen avulla tuetaan kuntoutujaa saamaan tai säilyttämään itselleen soveltuvan työn, kohentamaan hänen työkykyään ja -valmiuksiaan ja lisäämään integraatiota työhön muilla tavoilla. Ammatillista kuntoutusta toteutetaan useissa eri järjestelmissä. Vastuu ammatillisen kuntoutuksen järjestämisestä jakaantuu sosiaalivakuutuksen ja työhallinnon kesken. Ensisijaisia vastuutahoja ovat tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset, Kansaneläkelaitos, työeläkelaitokset ja työhallinto. Ammatillisesta kuntoutuksesta vastuussa oleva taho kustantaa kuntoutustoimenpiteiden ohella yleensä myös kuntoutuksen aikaisen toimeentuloturvan.

Edellä olen kuvannut, miten kuntoutus on integroitunut osaksi yleisiä palvelujärjestelmiä ja samalla sektoroitunut eri hallinnonalueille. Kuntoutusta toteutetaan useassa osajärjestelmässä, joiden työnjakoa ja toimintaa säädellään laeilla, asetuksilla ja toimintaohjeilla. Merkittävä osa kuntoutujista on samaan aikaan asiakkaana useammassa kuin yhdessä palvelujärjestelmässä, esimerkiksi työhallinnon, kansaneläkelaitoksen, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon asiakkaana. Eri organisaatioiden yhteistyö on siten kuntoutuksen tulosten kannalta keskeinen kysymys. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 21.)

2.3 Kuntoutuksen tutkimus ja kehittämisen haasteet

Tässä aluvussa paikannan tutkimustani kuntoutuksen ja kuntoutuksen tutkimuksen kentällä. Olen tietoisesti rajannut työkyky- ja vajaakuntoisuus-käsitteet oman tutkimuksen ulkopuolelle. Perustelen linjaustani sillä, että työkyky käsitteenä ei sijoitu millekään yksittäiselle tieteenalalle, joka voisi antaa sille yksiselitteisen määritelmän. Mitä enemmän työkykyä ja sen ulottuvuuksia on tutkittu, sitä moniulotteisemmaksi ja monipuolisemmaksi kuva työkyvystä on muodostunut. Samalla työkyvyn arviointi, hallinta ja kehittäminen työelämän ja sosiaaliturvan eri tarkoituksiin on tullut yhä haasteellisemmaksi. (Gould ym. 2006, 19.) Vajaakuntoisuus-käsite puolestaan korostaa enemmän perinteistä vajavuusparadigmaa, josta pyritään kuntoutuksen kentällä irrottautumaan ja korostamaan enemmän kuntoutujan aktiivista roolia ja vaikutusmahdollisuuksia. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma (2004) haastaa tutkimaan, miten hyvin kuntoutuksen käytännöt ja palveluiden käyttäjien tarpeet kohtaavat toinen toisensa ja millaiset mahdollisuudet kuntoutujalla on toimia palvelujen aktiivisena käyttäjänä.

Eläketurvakeskuksen ja Kuntoutussäätiön toteuttama Työeläkekuntoutuksen toimivuus - tutkimus on yksi esimerkki vaihtoehtoisten näkemysten esille tuomisesta. Taustatietona mainittakoon, että kuntoutuksen käynnistymisen varhentuminen kuului työeläkekuntoutuksen⁴ vuoden 2004 lakiuudistuksen tavoitteisiin, sillä kuntoutuksen varhaista aloittamista pidetään tärkeänä edellytyksenä kuntoutusprosessin onnistumiselle. (Gould ym. 2008, 46.) Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen kohderyhmänä olivat myönteisen

⁴ Työeläkekuntoutus on työikäisten yksilöllistä ja ammatillista kuntoutusta. Kuntoutuksen tarkoituksena on, että työntekijä tai yrittäjä pystyisi sairaudestaan, viastaan tai vammastaan huolimatta jatkamaan työelämässä. Tavoitteena on työkyvyttömyyden ehkäiseminen ja eläkkeelle siirtymisen myöhentäminen. Työeläkekuntoutus on ensisijainen työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. (Lähde: Eläketurvakeskus – käsitteet ja määritelmät.)

työeläkekuntoutuspäätöksen saaneet henkilöt 1.10.2004-30.6.2005 välisenä aikana. Kysely lähetettiin noin vuosi myönteisen kuntoutuspäätöksen saamisesta 1257 henkilölle, joista 839 vastasi kyselyyn. Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen aineisto koostui näin ollen 1257 henkilön asiakirjatiedoista ja 839 henkilön kyselyvastauksista. Tutkimushankkeen ensimmäisiä tuloksia käsitellyt raportti julkaistiin kesällä 2007. Tutkimustulosten valossa kuntoutuksen aloitusajankohta ei näytä varhentuneen, ja lähes kaksi kolmasosaa koki kuntoutuksensa käynnistyneen liian myöhään. Tutkimustulosten perusteella kuntoutuksen kehittämisen keskeisiä haasteita ovat mm. kuntoutuksen ajoittaminen oikea-aikaisesti. (Gould ym. 2008, 39-40.)

Kuntoutustarpeen havaitsemisen ja eri toimijoiden välisen yhteistyön ongelmat näkyvät kuntoutusprosessissa, erityisesti kuntoutuksen liian myöhäisessä käynnistymisessä. Suuri osa kuntoutujista koki kuntoutuksen alkaneen jopa useita vuosia liian myöhään. Kuntoutuksen oikea-aikaisuuden reunaehdot vaativat selkeää määrittelyä. Kuntoutuksen oikea-aikaisuus edellyttää yhtäältä riittävää työkyvyn heikkenemistä, jotta motivaatio kuntoutukseen syntyisi ja kuntoutuksen myöntämisen kriteerit täytyisivät. Toisaalta oikea-aikaisuus edellyttää riittävää jäljellä olevaa työkykyä, jotta kuntoutus voi onnistuneesti toteutua eikä kuntoutuja ole ehtinyt orientoitua työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. (Gould ym. 2008, 50-51; Vilkkumaa 2004, 33.)

Gould, Härkäpää ja Järvikoski (2008, 51) kritisoivat työeläkekuntoutuksen myöntämisen edellytyksenä olevaa, vuoden 2004 lakiuudistuksen jälkeistä kriteeriä: työkyvyttömyyden uhkaa⁵. Heidän mukaansa työkyvyttömyyden uhkan toteaminen edellyttää jo varsin pitkälle edennyttä työkyvyn heikentymistä. Artikkelin päättyykin kysymykseen: ”Onko mahdollista, että lakiuudistukseen sisältyvä työkyvyttömyyden uhkan kriteeri vaikuttaa osaltaan siihen, että kuntoutuksen koetaan alkaneen myöhään.”

Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimukseen liittyvä osatutkimus työeläkekuntoutujien kuntoutusmotivaatiosta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä nostaa keskiöön osallisuuden merkityksen ja kuntoutusprosessin oikea-aikaisuuden. Ne, jotka kokivat osallistuneensa

⁵ Työkyvyttömyyden uhkan edellytykset työeläkelaeissa tarkoittavat sitä, että henkilölle tulisi lähivuosina ilman kuntoutustoimenpiteitä myönnettäväksi työeläkelakien mukainen työkyvyttömyyseläke. Lähivuosilla tarkoitetaan noin viiden vuoden ajanjaksoa. Lisäksi edellytetään, että kuntoutuksen keinoilla työkyvyttömyyden uhka voidaan poistaa tai sitä voidaan myöhentää. (Lähde: Eläketurvakeskus – Oikeus työeläkekuntoutukseen ja kuntoutusoikeuden arviointi.)

merkittäväällä panoksella kuntoutussuunnitelmansa laadintaan sekä arvioivat suunnitelman vastanneen hyvin omia toiveitaan ja kokivat mahdollisuutensa vaikuttaa kuntoutusprosessin etenemiseen hyväksi, olivat seurantahetkellä keskimääräistä useammin erittäin motivoituneita kuntoutukseen. Myös kuntoutuksen käynnistämisen ajankohdalla oli yhteys ilmaistuun kuntoutusmotivaatioon. Erittäin motivoituneiden osuus oli suurin niillä, jotka kokivat kuntoutuksen käynnistyneen sopivaan aikaan. (Härkäpää ym. 2009, 55-56.) Tulevina vuosina kuntoutusjärjestelmän toimijoiden tulisi Lindh'n ja Suikkasen (2008, 62) mukaan keskustella paitsi kuntoutustarpeen riittävän varhaisesta tunnistamisesta, myös asiakkaan aseman vahvistamisesta kuntoutusprosessissa ja työnteon sosiaalisten esteiden ja riskien sisällyttämisestä työikäisen väestön kuntoutuksen käynnistymisen kriteereihin.

Kuntoutuksen tutkimus, jota myös oma tutkimukseni edustaa, voidaan ymmärtää kahdella eri tavalla. Se voidaan ymmärtää tutkimukseksi, jonka tutkimuskohteena ovat kuntoutuksen erilaiset käytännöt ja kuntoutukseen liittyvät ilmiöt ja diskurssit (esim. kuntoutuksen tarpeet ja edellytykset, kuntoutukseen valikoituminen, kuntoutuksen toimintamuodot, kuntoutuksen toimintaympäristöt, kuntoutuminen, kuntoutuksen vaikuttavuus). Toisenlainen tapa ymmärtää kuntoutuksen tutkimus on tulkita se tiettyjä, sille ominaisia teoreettisia tai metodologisia lähestymistapoja ja tematisointeja käyttävänä tutkimuksena. Jälkimmäisessä tapauksessa ovat eri tieteiden yhteistyönä syntyvät uudet näkökulmat tärkeitä. Ne voivat johtaa myös teoreettisesti tai menetelmällisesti uusiin innovaatioihin. Kuntoutuksen tutkimus on tähän asti kuitenkin määrittynyt ensi sijassa sen kohteen, ei tutkimusalan teoreettisen tai metodologisen erityisyyden kautta. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma 2004, 3, 27, 29.)

Kuntoutusalan tutkimusta voidaan luokitella sen pääasiallisen toiminta-alueen tai tavoitteen mukaan, näkökulman mukaan tai tarkastelutason mukaan. (emt., 39.) Itse olen päätenyt tarkastelemaan kuntoutuksen tutkimusta sen pääasiallisen toiminta-alueen tai tavoitteen mukaan, joka voidaan luokitella neljään osa-alueeseen seuraavasti:

- 1) osallisuus työhön; työssä jaksamiseen ja työllistymiseen liittyvät tavoitteet ja toiminta (työkyky ja työssä selviytyminen, työmarkkina-asema, työkykyä ylläpitävä ja ammatillinen kuntoutus)
- 2) terveyteen, hyvinvointiin ja toimintakykyyn liittyvät tavoitteet ja toiminta (toimintakykytavoitteinen kuntoutus)
- 3) sosiaaliseen osallisuuteen ja syrjäytymisen vähentämiseen liittyvät tavoitteet ja toiminta

4) teknologian, apuvälineiden ja tietoyhteiskunnan mahdollisuuksien hyväksi käyttöön liittyvät tavoitteet ja toiminta. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 39.)

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelman mukaan tutkimusta tarvitaan erityisesti kuntoutujan näkökulman avaamiseen kuntoutumisprosessin eri vaiheisiin ja tätä tutkimuksellani tavoittelen. Tutkimuksen tulisi tarjota tietoa muun muassa kuntoutujan kokemasta osallisuudesta ja vaikutusmahdollisuuksista prosessin eri vaiheissa ja erilaisissa elämäntilanteissa olevilla kuntoutujilla, sillä vaikutusmahdollisuudet näyttävät olevan yhteydessä kuntoutuksen tulokseen. (emt., 44-45.)

Kuntoutuksen tutkimuksessa näkyvimmit tieteet ovat perinteisesti olleet lääketiede ja psykologia, mutta viime vuosikymmeninä mukaan ovat vahvasti tulleet yhteiskuntatieteet, kasvatustieteet, fysioterapia ja toimintaterapia. (Järvikoski ym. 2009, 5.) Edellä mainitusta kehityksen suuntauksesta hyvänä esimerkkinä on se, että Lapin yliopistossa kuntoutustieteen oppiaine professuureineen sijaitsee yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa. Perusteluna kuntoutustieteen sijoittamiselle yhteiskuntatieteiden tiedekuntaan on sosiaalisen keskeinen merkitys kuntoutustoiminnassa samoin kuin kuntoutuksen yhteiskunnalliset kytkennät. (emt., 6.) Kuntoutuksen tutkimuksen tehtävänä on tuottaa uutta tietoa yksilön ja yhteiskunnan (ympäristön) välisestä suhteesta. (Lindh & Suikkanen 2008, 60.) Toinen vähintäänkin yhtä tärkeä tehtävä on kriittinen tehtävä. Yhteiskuntatieteellisen kuntoutuksen tutkimuksen tehtävänä ja vastuulla on kehittää uudenlaista ja ehkä osin vaihtoehtoistakin näkemystä ja ymmärrystä kuntoutuksesta ja sen käsitteistä.

Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalla yhteiskuntatieteiden painottuminen näkyy muun muassa sosiaalityöntekijä- ja psykologiresursseissa, joita on lisätty 2000-luvun aikana. Lisäksi vuonna 2009 toteutetun sosiaalityön hankkeen⁶ tuloksista käy ilmi, että lääkärit arvostavat paitsi sosiaalityöntekijöiden tietämystä sosiaaliturva- ja kuntoutusetuuksista ja verkostoyhteistyöstä myös sosiaalityöntekijän roolia kuntoutus-suunnitelmaprosessin koordinoijana ja seuraajana (Palomäki ym. 2009, 12). Lääketieteen erikoisaloista painottuvat kuntoutustutkimuspoliklinikalla fysiatria, neurologia ja työterveys-huolto. Vaikka poliklinikalla ei työskentele fysioterapeuttia eikä toimintaterapeuttia, suuri osa kuntoutujista on saanut kyseisten ammattilaisten tarjoamia palveluita. Teknologian ja

⁶ Palomäki ym. (2009) Työkyvynarvioinnin ja kuntoutustarveselvityksen koordinaatio – linkkinä sosiaalityö.

teknisten laitteiden hyödyntäminen näkyy kuntoutustutkimuspoliklinikan ja apuvälineyksikön vuosia jatkuneessa tiiviissä yhteistyössä. Kuntoutustutkimusprosessin aikana on ollut mahdollista pyytää muun muassa apuvälinetarpeen arvioita helpottamaan kuntoutujan arjessa ja työssä selviytymistä.

2.4 Kuntoutustutkimus Tampereen yliopistollisessa sairaalassa

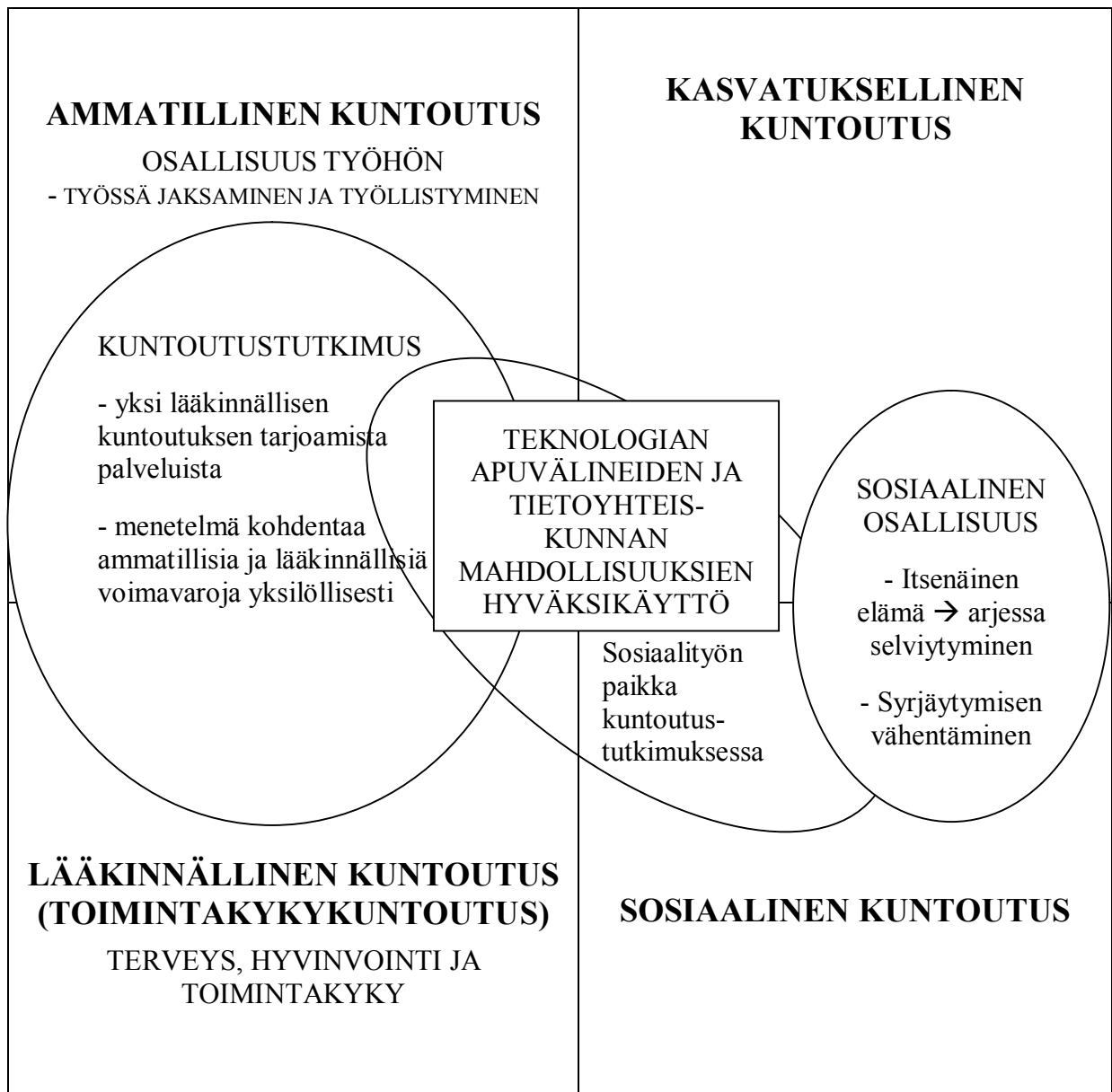
Kuntoutustutkimus on yksi lääkinällisen kuntoutuksen tarjoamista palveluista (Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 1015/1991, 3 §). Kuntoutustutkimus voidaan nähdä myös tärkeänä yksilön kuntoutumisprosessin osana, jonka tavoitteena on kuntoutumisen edellytysten selvittäminen ja sen pohjalta kuntoutussuunnitelman laatiminen työ- ja toimintakyvyn turvaamiseksi. Siihen tarvitaan lääketieteellisen tutkimuksen ohella psykologinen ja sosiaalinen selvitys. Tutkimuksella selvitetään toimintakyvyn menetykset, mutta myös jäljellä olevat voimavarat. (Musikka-Siirtola ym. 2008, 40.) Käsitteenä kuntoutustutkimus saattaa vaikuttaa epämääräiseltä, koska se sijoittuu selvästi sekä lääkinällisen että ammatillisen kuntoutuksen alueelle. Tiivistetysti ilmaisten kuntoutustutkimus on yksi lääkinällisen kuntoutuksen palveluista, jonka ensisijaisena tavoitteena on ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatiminen.

Kuntoutuksen tutkimuksen kohdealueista ja tavoitteista⁷ sijoitan sosiaalisen osallisuuden sekä kasvatuksellisen että sosiaalisen kuntoutuksen alueelle. Kasvatuksellisen kuntoutuksen piiriin kuuluvat vammaisiksi tai vajaakuntoisiksi luokitellut henkilöt, joilla ilman erityistoimenpiteitä on hankaluuksia selviytyä arjesta ja/tai he ovat vaarassa syrjäytyä yhteiskunnasta. Sosiaalisen kuntoutuksen piiriin kuuluvilla henkilöillä on pääsääntöisesti elämänhallintaan liittyviä pulmia ja heidän syrjäytymiseen liittyvä uhkansa on kiistaton. Koska ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on yksilön työelämään pääsy, siellä jaksaminen ja jatkaminen työ- ja toimintakyvyn pulmista huolimatta, sijoitan osallisuuden työhön ensisijaisesti ammatillisen kuntoutuksen tavoitteeksi ja kohdealueeksi. Toimintakyky on ilmiönä moniulotteinen ja sen voisi sijoittaa mihin tahansa kuntoutuksen nelikentällä. Kuntoutuksen tutkimuksen tavoitteissa se on kuitenkin liitetty yhteen hyvinvoinnin ja terveyden kanssa, mikä suuntaa sen

⁷ 1) Osallisuus työhön, 2) sosiaalinen osallisuus, 3) terveys, hyvinvointi ja toimintakyky sekä 4) teknologian, apuvälineiden ja tietoyhteiskunnan mahdollisuuksien hyväksikäyttö (lähde: Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 39.)

selkeimmin lääkinällisen kuntoutuksen alueelle. Kuntoutuksen tutkimuksen kohdealueista ja tavoitteista teknologia, apuvälineet ja tietoyhteiskunnan mahdollisuudet voidaan nähdä tasaisimmin koko kuntoutuksen kenttää yhdistävänä tekijänä ja sijoitankin sen kuntoutuksen nelikentän ”sydämeen”.

Sosiaalityö sijoittuu erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuksessa eniten sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen alueelle, mutta sivuaa läheisesti myös lääkinällistä ja kasvatuksellista kuntoutusta. Kasvatuksellinen ja sosiaalinen kuntoutus lähtevät selvästi liikkeelle yksilöön, hänen elinympäristöönsä ja elämänhallintaansa liittyvistä muutostarpeista käsin. Ammatillinen ja lääkinällinen kuntoutus pyrkivät näkemykseni mukaan enemmän tukemaan yksilön olemassa olevia voimavaroja ja vahvuuksia. (vrt. Lehtonen & Lönnqvist 1999, 14.) Koska sosiaalityöntekijä pyrkii erikoissairaanhoidossa hahmottamaan asiakkaan elämäntilanteen kokonaisuutena sairaalan toimintaympäristössä, hänen täytyy olla kiinnostunut koko kuntoutuksen kentästä (Palomäki 2004, 74). Toisaalta kuntoutujan kuntoutusprosessissa on lähes aina mukana elementtejä kaikilta kuntoutuksen osa-alueilta, kuten jo alaluvussa 2.2 tuon esiin. Seuraavan kuvion (kuvio 1) avulla pyrin määrittämään, miten Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimus sijoittuu kuntoutuksen perinteiselle nelikentälle (lääkinällinen, ammatillinen, kasvatuksellinen ja sosiaalinen kuntoutus) ja miten kuntoutuksen tutkimuksen tavoitteet ja kohdealueet sijoittuvat tähän yhtälöön.



Kuvio 1. Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimus osana kuntoutuksen nelikenttää ja kuntoutuksen tutkimusta.

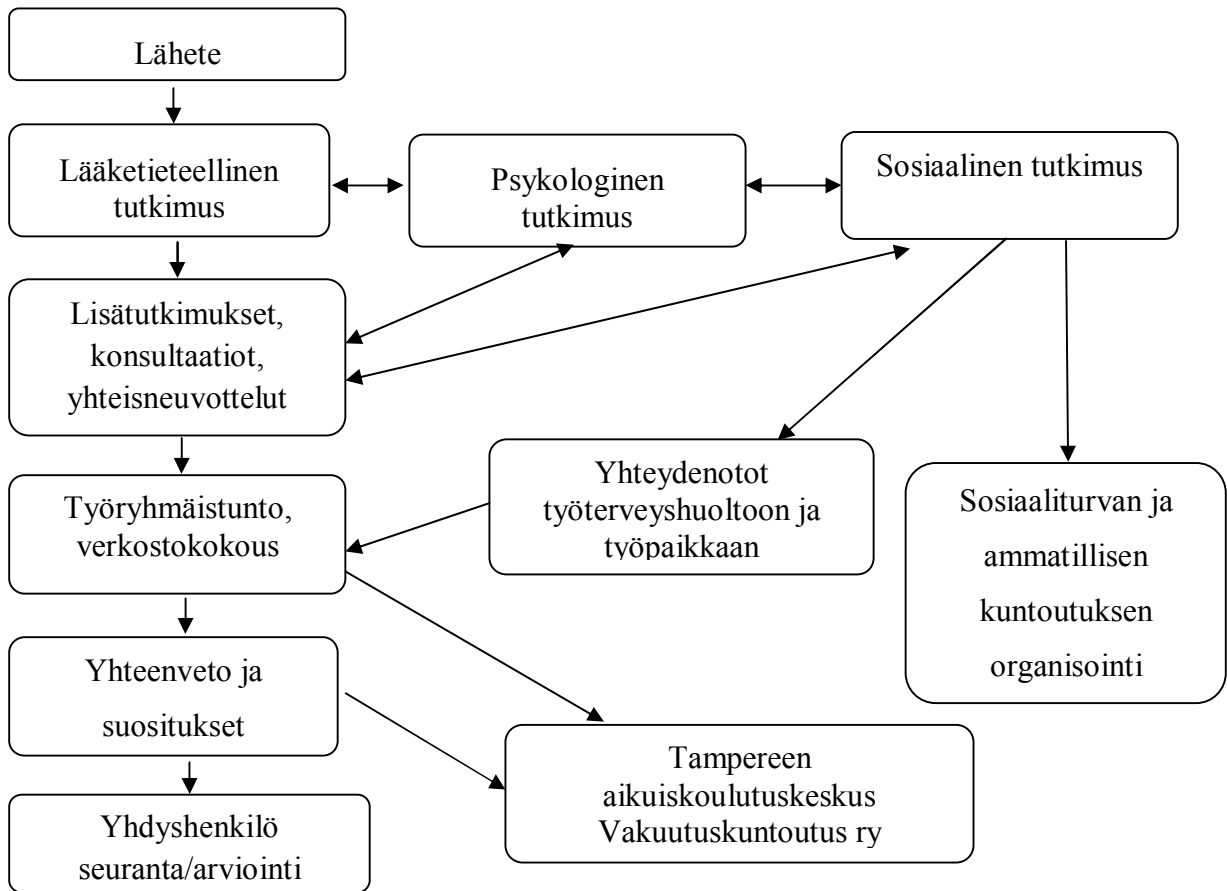
Kuntoutustutkimus voi näyttäytyä sisällöllisesti hyvin erilaiselta riippuen palveluntuottajasta. Pelkästään Kansaneläkelaitoksen palveluntuottajahaun perusteella (hakukriteerit: ammatillinen kuntoutus, kuntoutustutkimus) koko Suomesta löytyi 33 Kansaneläkelaitoksen hyväksymää kuntoutustutkimuksen yksityistä palveluntuottajaa. Näiden yksityisten kuntoutuslaitosten kuntoutustutkimusten kesto oli keskimäärin 5-15 päivää ja ne voitiin toteuttaa 1-3 jakson aikana.

Erikoissairaanhoidon sisällä kuntoutustutkimuksella on pitkät perinteet. Jokaiseen keskussairaalaan perustettiin vuonna 1984 kuntoutustutkimusyksiköt, joiden tehtäväksi tuli kuntoutustoiminnan suunnittelu, koordinointi ja koulutus (Musikka-Siirtola ym. 2008, 38). Edelleen lähes kaikista sairaanhoitopiireistä löytyy kuntoutustutkimuksia toteuttava yksikkö, vaikka yksikön sijainti lääketieteen eri osa-alueilla vaihtelee. Tampereen yliopistollinen sairaala on jaettu seitsemään eri toimialueeseen. Kuntoutustutkimuspoliklinikka sijaitsee toimialueella kolme, ja se on osa neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualuetta. Muut yksiköt samalla vastuualueella ovat akuuttineurologia, neurokirurgia ja neurologia. Kuntoutustutkimuspoliklinikka on aloittanut toimintansa 1.12.1987 ja koko toimikautensa ajan poliklinikalla on työskennellyt myös sosiaalityöntekijä. Tutkimukseni toteuttamishetkellä poliklinikan henkilökuntaa kuuluu 2½ lääkäriä, 2 sosiaalityöntekijää, 1½ psykologia, ½ kuntoutusohjaaja ja 2½ osastonsihteerä. Tavoitteena on 400 lähetettä vuodessa. Lähettäjinä ovat pääasiallisesti työterveyshuollot, terveyskeskukset, yksityislääkärit, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaalat, mielenterveystoimistot/psykiatrian poliklinikat, työ- ja elinkeinotoimistot, vakuutusyhtiöt ja Vakuutuskuntoutus⁸ ry (Heikkinen 2009, 2.) Tampereen yliopistollisen sairaalan toteuttama kuntoutustutkimus on poliklinikan entistä ylilääkäriä Arne Ylistä (2007) lainaten keskeinen menetelmä sekä ammatillisen että lääkinnällisen kuntoutuksen voimavarojen yksilöllisessä kohdentamisessa. Hänen mukaansa kuntoutustutkimus tulee tehdä kiinteässä yhteistyössä paitsi siihen terveydenhuollon kenttään, joka on asiakasta tutkinut ja hoitanut myös elävään työelämään, ammatillisen kuntoutuksen ammattilaisiin ja vakuutuslääketieteeseen.

Erikoissairaanhoidossa kuntoutustutkimuksen keston määrittely on suhteellisen hankalaa yksityisiin palveluntuottajiin verrattuna, koska kahta täysin identtistä kuntoutustutkimusprosessia ei ole olemassakaan. Tutkimukseni osa-aineistona toimivan hankkeen aikana seurattiin Pirkkalan kunnan asiakkaiden kuntoutustutkimusprosessien kestoja 1/2007-3/2009 välisenä aikana. Kyseisten asiakkaiden kuntoutustutkimusprosessit kestivät n. 26 viikkoa eli keskimäärin 6 kk. Kuntoutustutkimusprosessin keston osalta vaihteluväli oli suuri: 0-57 viikkoa. Eli toisinaan kuntoutustutkimusprosessi Tampereen yliopistollisessa sairaalassa saattaa kestää jopa yli vuoden. (Palomäki ym. 2009, 21.)

⁸ Vakuutuskuntoutus (VKK ry) on v. 1964 perustettu tapaturma-, liikenne- ja työeläkevakuutusta harjoittavien vakuutusyhtiöiden yhteinen palveluyritys. Vakuutuskuntoutus avustaa vakuutus- ja työeläkeyhtiöitä kuntoutusasioiden valmistelussa, hoitamisessa ja yhdenmukaistamisessa. Lähde: <http://www.vkk.fi/>

Kuntoutustutkimusprosessi, jonka tutkimukseni kohderyhmään kuuluvat asiakkaat ovat läpikäyneet, oli kutakuinkin seuraavan prosessikaavion kaltainen.



Kuvio 2. Kuntoutustutkimusprosessi

Kuntoutustutkimusprosessi käynnistyi edellä kuvatun mallin mukaisesti siten, että prosessin aluksi lääkäri ja sosiaalityöntekijä tapaavat asiakasta erikseen. Sosiaalityöntekijä selvittää asiakkaan koulutustaustaa, ammattihistoriaa, työskentelyä eri ammateissa, nykyisen työpaikan työnkuvausta ja muutosmahdollisuuksia. Asiakkaan näkemys sairauden ja toimintarajoitteiden vaikutuksista ansaintakykyyn selvitetään. Lisäksi kartoitetaan asiakkaan perhe- ja asumistilanne, voimavarat, sosiaalisen tuen tarve, muutosvalmius sekä aikaisemmat sosiaaliturva- ja kuntoutustoimenpiteet. Sosiaalisen selvityksen lopuksi sosiaalityöntekijä tuo esiin oman näkemyksensä asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta ja kuntoutumisedellytyksistä. Yhteydenotot lähettäjään, työpaikkaan, työterveyshuoltoon tai kuntouttajaan ovat usein tarpeen ja täydentävät kokonaiskuvausta. (Palomäki ym. 2009, 9.)

Lääkäriin vastaanotolla tehdään kokonaisvaltainen toimintakyvyn arvio ja selvitetään muun muassa missä työ- tai toimintakyvyn heikkenemiseen johtanut muutos on tapahtunut: asiakkaan terveydentilassa, työolosuhteissa vai esimerkiksi sosiaalisessa tilanteessa. Lääkärit toimivat kuntoutustutkimuspoliklinikalla kuntoutuslääkäreinä eli kaikkien lääketieteen erikoisalojen ongelmia tulee kaikille lääkäreille vastaan heidän omasta erikoistumisalastaan riippumatta. Lääkäriin tutkimuksen yhteydessä arvioidaan lisätutkimusten ja konsultaatiopyyntöjen tarve. Yksi yleisimmistä lisätutkimuksista on psykologin tutkimus ammatillisen kuntoutuksen edellytysten arvioimiseksi. (Heikkinen ym. 2009, 5, 7.)

Kuntoutustutkimusprosessin lopuksi asiakkaan kanssa olevat läheiset ja viranomaiset (esimerkiksi työpaikan, työterveyshuollon ja lähettävän tahon edustajat) kokoontuvat määrittelemään asiakkaan kanssa yhteiset tavoitteet sekä neuvottelemaan tarpeellisen tuen linjoista ja muodoista. Yhteisessä verkostotapaamisessa laaditaan vähintään vuoden pituinen kuntoutussuunnitelma, jota noudattamalla pyritään luomaan asiakasta tukeva ja sosiaalista elämäntilannetta vahvistava ympäristö. Neuvottelussa sovitaan suunnitelman seurannasta ja usein yhdyshenkilöksi tulee kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutusohjaaja tai sosiaalityöntekijä. (Palomäki ym. 2009, 9.)

Tutkimukseni osa-aineistona olevan hankkeen avulla pyrittiin paitsi työkyvynarvioinnin mallintamiseen myös erikoissairaanhoidossa toteutettavan kuntoutustutkimus-palvelun joustavuuden kehittämiseen. Hankkeen aikana (3-12/2009) siirryttiin koeluonteisesti osittain ryhmävastaanottoihin siten, että lääkäri, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja ja psykologi tapasivat yhdessä tai pareittain asiakkaita. (Palomäki ym. 2009, 25.)

Tutkimustyöni aikana (vuosina 2009-2012) kuntoutustutkimusprosessi on uudistunut ja yhteisvastaanotoista on muodostunut kuntoutustutkimuspoliklinikan pääasiallinen toimintamalli. (Kts. liite 9) Uutta kuntoutustutkimusprosessissa on esiselvitys ja asiakkaan toimintakyvyn arvioiminen ICF -viitekehyksen mukaan. Esiselvitys tai esiselvitykset toteutuvat puhelinhaastatteluina lähettävän tahon kanssa ja niiden tavoitteena on saada nopeammin käsitys asiakkaan ongelmista. Suurin rakenteellinen ja ideologinen muutos kuntoutustutkimusprosessin vanhan ja nykyisen mallin välillä on yhteisvastaanottoihin siirtyminen. Yhteisvastaanoton aikana lääkäri ja sosiaalityöntekijä miettivät yhdessä lisätutkimuksien tarvetta ja laativat asiakkaalle kuntoutussuunnitelman myös kuntoutustutkimusprosessin ajalle.

3 OSALLISUUS TUTKIMUKSEN TEOREETTISENA NÄKÖKULMANA

3.1 Osallisuus yhteiskunnassa

Tässä alaluvussa tarkastelen osallisuutta nyky-yhteiskunnassamme, jota voidaan Suikkasta ja Lindhiä (2010) lainaten kutsua työkyky-yhteiskunnaksi. Sosiaalityön ja ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta, jota erikoissairaanhoidossa toteutettava kuntoutustutkimus pitkälti edustaa, keskeisen tärkeä teema on työmarkkinoiden muutoksen ja kansalaisuuden käsitteellistämisen välinen dynamiikka. Suikkanen ja Lindh (2010, 53-54) nostavat tätä aihepiiriä käsittelevässä artikkelissaan esille työmarkkinakansalaisuuden käsitteen. Työmarkkinakansalaisuus on yhteiskunnallinen status, jonka eteen on tehtävä työtä ja johon liittyy putoamisen versus mukana pysymisen riski. Yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia on entistä vahvemmin määrittämässä yksilön sidos ja suhde työmarkkinoihin. Työmarkkinakansalaiset ovat Suikkasta ja Lindhiä (2010, 58) lainaten työelämän uusia partiolaisia, joiden periaatteena on olla ”aina valmiina”. Työkyky-yhteiskunta vaatii kansalaisiltaan ja heidän osaamiseltaan yhä syvemmälle menevää erikoistumista ja osaamisen uudistamista. Toisin sanoen kansalaisten täytyy yhä kiihtyvällä vauhdilla pystyä päivittämään ja uudistamaan työkykyään. (Helne 2002, 84; Haahtela 2006, 39.)

Kun puhutaan osallisuudesta kuntoutuksen kentällä, on lähes mahdotonta ohittaa empowerment-käsitettä. Empowerment on runsaasti käytetty käsite eri ammatillisilla ja tiedeareenoilla ja sille annetut merkitykset vaihtelevat tieteiden välillä, professioiden kesken ja käyttötarkoituksen mukaan. Ensimmäinen professionaalisen sosiaalityön advocacy & empowerment -ohjelma käynnistettiin 1970-luvun puolivälissä New Yorkin osavaltiossa Sayvillen alueella. Mirja Satka (1993) käyttää tästä Stephen M. Rosen kehittämästä lähestymistavasta tai mallista käsitettä kansalaiskeskeinen sosiaalityö. Kansalaiskeskeisen sosiaalityön tärkein käytännön periaate oli ihmisten riippumattomuuden ja itsenäisyyden vahvistaminen. Asiakkaan todellisuuden jäsentäminen hänen lähtökodistaan (contextualication) ja sen ohella etenevä yhteiskunnallistamisen prosessi oli kartoittavassa sosiaalityössä tärkeää. (Satka 1993, 23-26, kts. myös Hokkanen 2009, 315, 329.) Nyky-yhteiskunnassamme on näkemykseni mukaan varsin laaja kokoelma erilaisia

yhteiskunnallistamisen menetelmiä ja välineitä, mutta asiakkaiden todellisuuden jäsentämistä heidän omista lähtökodistaan tulisi huomioida nykyistä paremmin.

Kuntoutus on periaatteiltaan, tai ainakin sen pitäisi olla, osallistavaa yhteiskuntapolitiikkaa (kts. esim. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 25; Karjalainen 2004, 20-21; Schwaber et al 2005,11). Vaikka kuntoutuksen kentällä tavoitellaan valtaistavaa toimintamallia, silti toiminnan tasolla kuntoutusasiakkuuden kategorisointi- ja määrittelykäytännöt sisältävät syrjäyttäviä elementtejä ja mekanismeja (Helne 2002, 185; Suikkanen & Lindh 2010, 57). Asiakasta koskeva kieli on pitkälti ongelmakieltä, mikä voi johtaa siihen, että ongelma ja sen kohdannut ihminen nähdään samana. Asiakkaasta tulee ongelman kantaja, jota tarkastellaan ongelmatulkintojen läpi. Samalla hänet liitetään toiseuden kategoriaan ja luokitellaan erilaisuutensa kautta. Kun asiakas ymmärretään erilaisuuden, toiseuden tai syrjäytymisen näkökulmista, hänen tilansa kutistuu helposti kapeaksi ja hänen paikkansa osoitetaan olevan jossakin tavanomaisena pidetyn elämän reunoilla tai ulkopuolella. (Pohjola 2009, 73, 84.) Toisaalta myös se, miten ja mihin syrjäytyneiksi määriteltyjä on pyritty liittämään, voi olla heille itselleen pikemminkin syrjäyttämistä tai poissulkemista kuin sisään ottamista. Toiseuteen voidaan pakottaa ”liittämisen nimissä” ja liittäminen voi olla syrjäyttämistä. Se, mikä on meille samaan yhdistämistä, on heille toista. Helne (2002, 125) käyttää tästä ”pakkoliittamisestä” käsitettä ulossulkeva integrointi (kts. myös Suikkanen & Lindh 2010, 57).

Kuntoutukseen liittyvä ammatillinen valtaistaminen on siis vaarassa tehdä asiakkaista ”toisia”, joille tai joiden puolesta tehdään jotakin, mahdollisesti jopa vastoin heidän omia tarpeitaan ja tavoitteitaan (Kuronen 2004, 281; Helne 2002, 117, 125). Lisäksi ammatillisen kuntoutuksen varsin tiukka kriteeristö jättää osan vajaakuntoisista henkilöistä ilman Kelan tai eläkevakuutusyhtiöiden taloudellista tukea ”uusintamaan” yksin työ- ja toimintakykyisyyttään. Tämä yhteiskunnassamme tapahtunut suhteellisen nopea muutos vahvasta sosiaalivakuutusturvaan perustuneesta, kaikista huolta pitävästä hyvinvointivaltiosta yksilön omaa vastuuta korostavaan palkkatyöperustaiseen ajatteluun, koetteleekin eniten niitä, jotka eivät syystä tai toisesta kykene ”päivittämään ja uusintamaan työkykyään” (Välimaa 2011, 81; kts. myös Satka 2010, 208-210)

Kaikilla sosiaalityön kentillä keskeisiä tehtäviä ovat syrjäytymisen vastainen toiminta, syrjäytymisprosessien katkaiseminen, syrjäytyneiden kansalaisten osallisuuden vahvistaminen

ja liittäminen takaisin yhteiskuntaan (Juhila 2006, 50). Sosiaalityö on kuitenkin joutunut uusien haasteiden eteen niin sanotun aktivointilain (Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2001) myötä, sillä aktivointiin liittyy asiakkaiden priorisoiminen. Vaarana on, että aktivoiva sosiaalityö muuttuu syrjäytymistä tuottavaksi, valikoivaksi sosiaalityöksi, joka jättää heikoimmat asiakkaat heitteille keskittyessään toimintakykyisten yksilöiden työmarkkinoille pääsyn tukemiseen (Välimaa 2011, 214). Syrjäytyneet kansalaiset halutaan saada mukaan yhteiskunnalliseen toimintaan, yhteisyyteen. Liittämisyrittäykset kohdistuvat syrjäytyneiksi määriteltyihin tai syrjäytymisen riskiryhmiin luettavissa oleviin kansalaisiin, jotka eivät täytä normaalina pidetyn elämän kriteereitä, kuten työssäkäyntiä. (Helne 2002, 82; Haahtela 2006, 27.) Tämänkaltaisen syrjäytymis- ja liittämispuhe tuottaa itsessään yhteiskunnallista toiseutta määritellesään jotkut kansalaiset normaaliuden ulkopuolella oleviksi (kts. esim. Juhila 2006, 64). Toisin sanoen sekä sosiaalityön että kuntoutuksen näkökulmasta on ongelmallista modernin yhteiskunnan tuottama eriarvoisuus ja marginalisoituminen, sillä kaikilla ei ole yhtäläisiä mahdollisuuksia pysyä yhteiskunnan muutoksissa mukana ja sitä kautta kokea osallisuutta yhteiskunnassa (kts. myös Haahtela 2006, 46).

3.2 Osallisuus palvelujärjestelmissä

Nyky-yhteiskunnassa ja aikakaudessa, jossa elämämme valtautumiseen liitetään, ainakin puheen tasolla, kumppanuus ja asiakaskeskeinen ideologia. Asiakkaille tehdään yksilökohtaisia interventiosuunnitelmia, ja siihen liittyvä kehys tulkitaan yhdessä asiakkaan ja työntekijän kanssa (Haahtela 2006, 59, 61-62). Kumppanuuden vallitessa työntekijä voi liittoutua asiakkaan kanssa järjestelmän sallimissa rajoissa ja asiakasta motivoi liittoutumiseen paremman palvelun tai etuuden saaminen. Kumppanuuteen perustuvissa kohtaamisissa sekä asiakas että työntekijä käyttävät ääntään, tulevat kuulluiksi ja ovat aktiivisia toimijoita samanaikaisesti. (Valokivi 2008, 64.) Tämän ideaalin auttamistyön rinnalla elää kuitenkin tietoisuus yhteiskuntamme eriarvoistumisesta ja palvelujärjestelmän hajanaistumisesta (kts. esim. Metteri 2004, 145). Asiakkaat, joiden kanssa työskentelyn voidaan odottaa melko nopeasti tuottavan hyviä tuloksia, ovat etusijalla. Vaikeiden ja pitkäaikaisten ongelmien kanssa kamppailevat asiakkaat ovat puolestaan ei-toivottuja ja järjestelmä menettää eräällä tavalla kiinnostuksensa tämän asiakasryhmän asioiden ajamiseen. (Juhila 2009, 304; Välimaa 2011, 214; Pohjola 2009, 77.) Kuitenkin ilman asiakkaan tiedon hyödyntämistä palveluprosessissa, ei voida puhua asiakkaan osallisuudesta (Metteri & Haukka-Wacklin

2004, 54). Työntekijä ei voi onnistua työssään, jos asiakas ei lähde mukaan asioiden työstämiseen ja tuo työstämisen avuksi omia tietojaan (Juhila 2006, 138). Asiakkaan osallisuuden omaan elämäänsä voi ajatella toteutuvan siten, että sosiaalityön lähtökohtana on asiakkaan omista lähtökohdistaan esiin nostama tieto. Pelkkä toisen tiedon kuunteleminen harvoin riittää, vaikka kuulluksi ja vakavasti otetuksi tuleminen voi olla merkittävä osallisuuden kokemus. Kun asiakkaiden tiedot tulevat asiakkaiden ja sosiaalityöntekijöiden dialogin keskeisiksi elementeiksi, niitä arvioidaan ja myös muutetaan yhdessä. (Juhila 2006, 106-119.)

Heli Valokivi (2008) kuvaa tutkimuksessaan yksilön erilaisia tapoja olla osallisena palvelujärjestelmien sisällä. Valokivi esittelee osallisuuden toimintatapoja jatkumona, jonka toisessa ääripäässä on vaativa ja hyvin aktiivinen kansalaisuus ja toisessa päässä ulkopuolelle ajautunut ja palvelujärjestelmistä irtautunut kansalaisuus. Vaatimisen toimintatapaa määrittää se, että aktiiviset kansalaiset käyttävät vahvasti omaa ääntään palvelujärjestelmien kentillä. Kohtaamistilanteissa he esittävät vaatimuksia ja jopa ehtoja omien näkemystensä ja toiveidensa läpiviemiseksi. Toisessa toimintatavassa asiakkaan ja järjestelmien työntekijöiden välillä vallitsee kumppanuussuhde, jota luonnehtii dialogisuus, hyvä vuorovaikutus ja molemminpuolinen kuuleminen. Palveluiden käyttöön liittyvä osallisuus on jonkin verran vähemmän aktiivista ja vastavuoroista kuin mitä osallisuus on kumppanuudessa. Aktiivisuus liittyy lähinnä avun tarpeen ilmaisemiseen tai palvelun aloittamisvaiheeseen. Alamaisuudessa asiakkaan oma osallisuus on vielä vähäisempään kuin edellä mainituissa toimintatavoissa. Usein työntekijä on aktiivisessa roolissa asiakkaansa elämäntilanteen tukemisessa ja järjestelyissä ja asiakas on kohteen ja vastaanottajan asemassa. Passiivinen rooli voi liittyä asiakkaan toimintakyvyn vajeeseen tai omaan päätökseen alistua ja sopeutua järjestelmän asettamiin ehtoihin. Vetäytymisen toimintatavan taustalla on usein negatiivisia kokemuksia aiemmista kohtaamistilanteista. Näiden asiakkaiden suhdetta palvelujärjestelmiin ja siellä asiointiin kuvaavat voimattomuus, etäisyys ja välinpitämättömyys. Palvelujärjestelmän toimintakäytännöt ja kriteerit eivät välttämättä avaudu asiakkaalle, jolloin on helpompi jättäytyä tai ajautua järjestelmiin osallistumisen piiristä pois. Osallisuus on kaikkein vähäisintä tilanteissa, joita voi kuvata ulkopuolisuudeksi. Syynä ulkopuolisuuteen voi olla esimerkiksi rikollinen teko tai epäsosiaaliseksi luokiteltava elämäntapa. Asiakas jää tällöin työntekijöiden ja heidän edustamiensa organisaatioiden ulkopuolelle eikä hänen ääntään kuulla ollenkaan kohtaamistilanteissa. Osallisuuden jatkumon toiseen ääripäähän Valokivi on sijoittanut palvelujärjestelmistä irtautumisen. Palvelujärjestelmistä irtautuvat henkilöt voivat

olla aktiivisia toimijoita, mutta samalla irtisanoutuminen merkitsee sitä, että he ovat palvelujärjestelmiin osallistumisen näkökulmasta ulkopuolella. Huono palvelukokemus voi johtaa ratkaisuun, jossa jättäytyään kyseisen palvelujärjestelmän piiristä pois ja tarpeenmukainen palvelu etsitään muualta. Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakaskunnasta voidaan periaatteessa löytää Valokiven esittämistä osallisuuden toimintatavoista kuusi ensin mainittua. Palvelujärjestelmästä irtautuneet henkilöt eivät ohjaudu lainkaan kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiksi, koska lähetteen saaminen kuntoutustutkimukseen vaatii jo itsessään sitoutuneisuutta eri palvelujärjestelmien asiakkuuteen.

Outi Välimaa (2011, 216) toteaa, että sosiaalityön ammattieetosta kohtaan syntyneistä paineista huolimatta, työntekijät haluavat tehdä hyvää sosiaalityötä ja lisääntyvän kontrollin vaatimusten rinnalla huolenpidon ja kumppanuuden diskurssit ovat sosiaalityössä vielä tallella. Välimaan tutkimusaineisto koostuu pitkäaikaistyöttömille suunnatun projektin asiakkaiden ja työntekijöiden verkoston haastatteluista. Olennaista sekä työntekijöiden että asiakkaiden puheen analyysien tuloksissa oli Välimaan mukaan se, että tutkimusta varten syntynyt haastattelutilanne ja siinä olevat yhteiskunnan, kulttuurin ja ammattietiikan mukaiset kategoriat laukaisivat ongelmatilanteen, jota täytyi selittää. Sekä asiakkaat että työntekijät oikeuttivat pitkäaikaistyöttömyyttä muun muassa vetoamalla sairauteen, joka oikeuttaa ilman selityksiä ihmisen olemaan poissa palkkatyöstä. (Välimaa 2011, 97-98, 163, 212.) Mielenkiintoista Välimaan tutkimuksessa on juuri työntekijöiden ja asiakkaiden keskinäinen liittolaisuus ja kumppanuus (kts. myös Juhila 2006). Asiakkaat ja työntekijät ovat ikään kuin ”samassa veneessä” puolustamassa, selittämässä ja oikeuttamassa pitkään jatkunutta työttömyyttä ja purkamassa siihen kulttuurisesti ja yhteiskuntapoliittisesti liitettyä negatiivista leimaa.

Kuntoutuksen osalta tilanne ei näytä yhtä valoisaalta. Koska kuntoutusta toteutetaan useissa osajärjestelmissä, merkittävä osa kuntoutujista on samaan aikaan asiakkaana useammassa kuin yhdessä palvelujärjestelmässä. Kuntoutuksen tulosten ja asiakkaan osallisuuden kannalta keskeinen kysymys onkin eri organisaatioiden välinen yhteistyö ja toimenpiteiden yhteensovittaminen. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 21.) Kuntoutusjärjestelmän toimivuutta heikentää yhteisen koordinaation ja ohjauksen puute. Tästä syystä järjestelmän sisällä on ollut mahdollista säästää tietyn osajärjestelmän omissa menoissa siirtämällä vastuu asiakkaan asioiden hoitamisesta toiseen osajärjestelmään. (emt., 42.) Kuntoutusasiakkaiden työllisyystilanne, riittävien lääketieteellisten löydösten lisäksi,

määrittelee pitkälti käytettävissä olevia kuntoutuksen keinoja ja erityisesti niiden rahoitusta, mikä asettaa kuntoutujat lähtökohtaisesti epätasa-arvoiseen asemaan. Vajaakuntoisuuden pitkittyminen altistaa syrjäytymiselle ja asiakkaiden priorisoinnille siinä missä pitkäaikaistyöttömyyskin (vrt. Välimaa 2011, 214).

Koska yksilön oman arvion on osoitettu ennustavan varsin hyvin hänen tulevaa työkykyään ja/tai työkyvyttömyyttään, kumppanuussuhteen luominen asiakkaan kanssa on oleellisen tärkeä, kuntoutumista edistävä tekijä (Gould ym. 2006, 20). Kumppanuuteen perustuvassa sosiaalityössä on kysymys asiakkaiden osallistumisen mahdollisuuksien parantamisesta. Siihen liittyy myös näkemys asiakkaiden omasta aktiivisuudesta ja vastuullisuudesta. (Juhila 2006, 260.) Näin ollen ei voida keskittyä vain yksilön sisäiseen voimaantumiseen tai yhteiskunnalliseen valtautumiseen. Jotta yksilön valtautuminen olisi mahdollista, täytyy hänen ensin kokea sisäinen voimaantuminen. Stephen Rosen (1990) advocacy/empowerment -malli kuvaa mielestäni hyvin tätä sisäisen voimaantumisen kautta yhteiskunnalliseen valtautumiseen kulkevaa prosessia (kts. myös Satka 1993, 23-26; Simon 1994, 14).

Jotta kuntoutus olisi yksilön näkökulmasta vaikuttavaa, sen tulisi sisältää molemmat empowerment-ulottuvuudet. (Hokkanen 2009, 334; Metteri 2003a, 167-168.) Valtaistumisen ja voimaantumisen dialogisen yhteiselon vaatimuksessa on kyse siitä, että hyvä yhteiskuntapolitiikka on parasta sosiaalityötä, mutta parhainkaan sosiaalipolitiikka ei poista sosiaalityön tarvetta, sillä kukin aikakausi tuottaa marginaalinsa tai ”toisensa” (Hokkanen 2009, 332; Pohjola 2009, 79). Anna Metteri (2003b, 92) peräänkuuluttaa luottamusta, joka tulisi virittää kuntoutujan, ammattilaisen ja palvelujärjestelmän välille. Täysivaltainen osallistuminen oman asian käsittelyyn ja siihen perustuva osallisuuden kokemus ovat merkityksellisiä luottamuksen syntymisessä. Tällöin kuntoutuja tulee palvelujärjestelmässä kuulluksi ja pääsee osallistumaan oman kuntoutuksensa suunnitteluun.

3.3 Osallisuus ammatillisissa käytännöissä

Kuntoutusta toteutetaan monenlaisissa toimintaympäristöissä ja ammatillisissa käytännöissä, mikä oli yksi syy sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen erikoisalan valintaani. Pyrin tutkimuksessani tuomaan esille, mikä merkitys erikoissairaanhoidossa toteutetulla

kuntoutustutkimusprosessilla on kuntoutujien voimaantumiseen, valtautumiseen ja osallisuuden kokemuksiin.

Aikaisempien tutkimusten tarkastelu antaa käsityksen kuntoutuksen kentän moninaisuudesta, eri toimintaympäristöistä ja näiden sisäisistä, ammatillisista käytännöistä. Huolimatta erilaisista toimintaympäristöistä ja ammatillisista käytännöistä, yhteisiä elementtejä selvästi löytyy. Riikka Haahtela (2008) on tutkinut asunnottomien naisten identiteettejä ja osallisuuden odotuksia kuntoutumiseen tähtäävässä palveluketjussa. Aineisto koostui 22 asunnottoman, naistyön toiminnoissa käyvän naisen ja seitsemän työntekijän haastatteluista. Työtä voidaan Haahtelan mukaan tarkastella identiteetin muutostyönä. Asiakkaina olevat naiset päättävät itse osallisuuden tasostaan. Toisin sanoen asiakas päättää itse, haluaako omaan elämäntilanteeseensa muutosta vai ainoastaan senhetkisten perustarpeidensa tyydyttämistä. (emt., 230, vrt. Valokivi 2008, 64-65.) Kuntouttavan toiminnan avulla naisille pyritään pidemmällä tähtäimellä rakentamaan työelämään kiinnittyneitä identiteettejä. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi naisilta vaaditaan osallisuutta oman elämänsä suunnittelussa ja muutoksen tavoittelussa. (Haahtela 2008, 243, 251.) Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaat ovat vastaavanlaisten haasteiden edessä, vaikka kyse ei välttämättä olekaan sosiaalitoimen vastualueeseen kuuluvista sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaista. Asiakkaan oma motivaatio ja muutoshalukkuus ovat näkemykseni mukaan keskeisen tärkeitä elementtejä ammatillista kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Kuntoutustutkimuspoliklinikalla ei laadita, tai ainakaan ei tulisi laatia, kuntoutussuunnitelmaa ammattilaisten näkemysten pohjalta, vaan sen mukaan, mihin asiakas on valmis sitoutumaan. Jos asiakas ei koe olevansa valmis ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen, sellaista ei laadita. Ammatillisen kuntoutussuunnitelman toteutumisen näkökulmasta olisi äärimmäisen tärkeää reagoida asiakkaan tilanteeseen silloin, kun hänen työelämäsidoksensa on vielä olemassa tai se ei ole vielä kokonaan katkennut (ks. esim. Juhila 2006, 57). Jos kuntouttavassa toiminnassa edetään liian nopeasti, liian pienellä paneutumisella tai liian vähäisellä asiantuntijuudella, tehdyt interventiot saattavat tuottaa enemmän haittaa kuin hyötyä asiakkaille (Juhila 2009, 305).

Leena Luhtasela (2009, 127) on kuntouttavaan työtoimintaan sijoittuvassa tutkimuksessaan löytänyt viisi käsitettä, joilla on yhteyksiä osallisuuteen: tieto, valta, oikeudenmukaisuus, ihmisarvoinen kohtelu ja autonomia. Osallisuus rakentuu kuntouttavassa työtoiminnassa osallistujien hyvinvointia lisäävien tekijöiden avulla. Osallisuuden rakentuminen laajemmassa ympäristössä edellyttää Luhtaselan mukaan osallistujien kokemustiedon ottamista toiminnan

suunnittelun pohjaksi, vallan käytön uudelleen jakoa siten, että työntekijät ja asiakkaat käyttävät jaettua valtaa toiminnan kehittämiseksi, osallistujien ihmisarvoista ja oikeudenmukaista kohtelua ja dialogisen toiminnan menetelmien käyttöä, jotta asiakkaiden tietoisuus omasta tilanteestaan lisääntyisi. Yksilötasolla osallisuus on oman elämän haltuunottoa, yhteisötasolla se voidaan ymmärtää tietyn toimipisteen esimerkiksi työpajan tai verstaan yhteistoimintana ja yhteiskunnan tasolla aktiivisena toimintana yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä, marginaalisesta asemasta keskiöön astumisena. (Luhtasela 2009, 128-129, vrt. Haahtela 2006, 74.)

Useimmat kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaat ovat vuosien ajan kiertäneet erilaisissa palvelujärjestelmissä. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna ei ole yllättävää, että asiakkaat eivät välttämättä odota uudelta kuntouttavalta toimenpiteeltä ihmeitä. Valitettavan usein palvelujärjestelmiemme toimenpiteet keskittyvät ”tulipalojen sammutukseen” eli akuutin kriisitilanteen selvittämiseen, mutta ketään ei tunnu kiinnostavan ”jälleenrakentaminen” eli asiakkaan kuntoutuminen. Tämänkaltainen asenneilmapiiri jättää kuntoutujan yksin, ilman vaihtoehtoja, uusintamaan omaa työkykyisyyttään. Vailla vaihtoehtoja oleminen tarkoittaa Juhilan (2009, 302) mukaan vailla valtaa olemista. Osallisuuteen täytyy siis aina liittyä vaihtoehtoja ja vallankäytön jakamista, kuten Luhtasela lisensiaatintutkimuksessaan tuo esiin. Muussa tapauksessa asiakaslähtöisyyden ideologia pukeutuu piilovaltaan, jossa asiakasta koskeva kieli kyllä muuttuu, mutta järjestelmän toimintatavat säilyvät (Pohjola 2009, 88). Toisin toimiminen ja uusien mahdollisuuksien löytäminen on mahdollista vasta sitten, kun ihminen havaitsee oman valtansa ja alkaa käyttää sitä. Jotta asiakkaan on mahdollista käyttää valtaansa, hänen tulee ensin voimaantua sisäisesti ja ottaa ”oma elämä haltuun” Luhtaselan näkemystä mukaillen. Asiantuntijatiedon ohella tarvitaan kuntoutujien kokemus- ja elämismaailmaan liittyvää toista tietoa, jotta kuntoutusprosessiin saataisiin ymmärrystä ja voimavaroja (Karjalainen 2004, 22). Kokemustieto on Nylundin (2000, 37, 96) mukaan henkilökohtaisen kokemuksen ja osallisuuden kautta opittua. Se on enemmänkin tietoisuutta kuin tietoa, joka voidaan saavuttaa ja jota voidaan ymmärtää esimerkiksi kirjallisuuden tai ammatillisten opintojen avulla. Kokemusten jakaminen tarkoittaa kirjaimellisesti henkilökohtaisesti koetun luovuttamista myös toisten käyttöön. Kokemustieto haastaa, täydentää ja kiistauttaa virallista tietoa, sillä se on virallisen tiedon vastakohta ja perustuu asianosaisuuteen. (Hyväri 2005, 225; Hänninen ym. 2006, 4; Juhila 2006, 106.)

Outi Välimaa (2008) kuvaa artikkelissaan, miten työttöminä olevat ihmiset puhuvat itsestään suhteessa yhteiskunnan heille ulkoapäin antamaan pitkäaikaistyöttömien ryhmän leimattuun jäsenyyteen⁹. Välimaan aineistona on kahdentoista pitkäaikaistyöttömille suunnatun projektin asiakkaan haastattelut. Aineistossa on Välimaan mukaan paljon puhetta, jonka avulla työttömän elämäntilannetta oikeutetaan ja selitetään sairaudella tai huonolla kunnolla. Myös ikä oikeuttaa olemaan hyväksytysti työttömänä. (Välimaa 2008, 253, 256.) Suurella osalla haastatelluista oli ollut elämässään käännekohta; palkkatyön jälkeinen välivaihe ennen työttömyyttä. Käännekohdat olivat sellaisia elämän arvaamattomia tilanteita, jotka tekivät monen työttömän nykyisen elämäntilanteen ymmärrettäväksi. (emt., 253.) Pitkäaikaistyöttömien elämäntarinat ja erityisesti kertomukset käännekohdista ovat hyvin samankaltaisia kuin kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden kuvaukset työkykyään rajoittavien tekijöiden ilmaantumisesta heidän elämäänsä.

Läheisimmin omaan tutkimusasetelmaani liittyvät Riitta-Liisa Kinnin (2005), Eija Antikainen-Juntusen (2005) ja Eija Fribergin (2007) lisensointitutkimukset. Kyseiset tutkimukset sijoittuvat sairaalamaailmaan ja liittyvät sosiaaliseen lääkinnällisen kuntoutuksen kentällä. Kinni (2005) on omassa tapaustutkimuksessaan etsinyt yhden kuntoutujan ja hänen kuntoutukseensa osallistuneen työryhmän tuottamista haastattelupuheista kuntoutujan identiteettiä rakentavia kategorioita. Muiden ammattilaisten kuin sosiaalityöntekijän puheista on Kinnin (2005, 143-144) mukaan löydettävissä kuntoutujaa koskevia moraalisia kannanottoja. Sosiaalityöntekijä puolestaan korostaa kuntoutujan itsemääräämisoikeutta. Kinnin arvion mukaan edellinen havainto voidaan tulkita vallan käytön eroksi joko niin, että sosiaalityöllä ei ole valtaa tai sosiaalityöntekijä ei halua käyttää sitä. Sosiaalityön näkökulmasta huolestuttavaa on Kinnin (2005, 4, 143) tutkimuksen tuloksista ilmenevä sosiaalityön asiantuntijuuden alisteinen asema ja irrallisuus muusta työryhmästä. Sosiaalityölle ammatillisena toimintana tarvitaan selvästi lisää näkyvyyttä terveydenhuollon moniammatillisessa työssä (emt., 145).

Antikainen-Juntusen (2005) lisensointitutkimuksen aineistona on psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden ryhmäkeskustelut (kaksi ryhmää kahdesta eri kaupungista). Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa sosiaalityön tavoite ja tehtävät, niiden toteutuminen ja toteutumisen arviointiperusteet sekä kehittämistarpeet ja

⁹ Kun kategoria on kulttuurisesti jaettu ja siihen liittyy pääasiassa kielteisiä luonnehdintoja, voidaan puhua leimatusta identiteetistä (ks. esim. Juhila 2004a, 24).

mahdollisuudet psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa. Antikainen-Juntusen (2005, 146-147) tutkimuksen johtopäätökset ovat sosiaalityön näkökulmasta hyvin samankaltaisia kuin Kinnillä. Sosiaalityöntekijöiden työskentely psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa jää piiloon tai ainakin ilman julkituontia. Sosiaalityö on psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa epäselvä, näkymätön ja viimesijainen, jonka kohdentumisen tarkoituksenmukaisuudesta ei voitu olla varmoja. Osittain sosiaalityön roolin selkiytymättömyyttä ja näkymättömyyttä psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa selittää Antikainen-Juntusen mukaan sosiaalityön toissijainen asema suhteessa ensisijaiseksi koettuun hoitotyöhön. Sosiaalityön osuutta voisi hänen mukaansa selkiyttää lisäämällä tiedottamista sosiaalityön tehtävistä arvioinnissa, parantamalla sosiaalityön osuuden dokumentointia, seuranta ja tilastointia ja tuomalla esiin sosiaalityön asiantuntemusta asiakkaan kuntoutusvaihtoehtojen ja niiden mahdollisten rahoitustapojen selvittämisessä ja järjestämisessä.

Eija Fribergin lisensiaatintutkimuksen tavoitteena oli kuvata kuntoutustutkimuspotilaiden elämäntilanteen kokonaisuutta kuntoutustutkimuksen jälkeen. Hän pyrki selvittämään, olivatko kuntoutustutkimuksen läpikäyneet potilaat kuntoutuneita vai syrjäytyneitä. Fribergin tutkimus perustuu postikysely-aineistoon (n=181), josta hän on poiminut tapaustutkimus-aineistoksi ne potilaat (n=14), jotka olivat tyytymättömiä sekä työllisyystilanteeseensa että elämäntilanteeseensa kokonaisuutena. Tapaustutkimusten kautta Friberg analysoi työkyvyn arviointi- ja kuntoutusprosesseihin limittyviä köyhtymisprosesseja. Aineistonsa pohjalta Friberg oli tehnyt tulkinnan, että kilpailukyky-yhteiskunnassa ikääntyvät ja vajaakuntoiset syrjäytetään työelämästä, mikä johtaa työttömyyden kautta köyhyyteen. Hänen näkemyksensä mukaan syrjäytyminen on enemmänkin yhteiskunnan kuin yksilön ominaisuus. Sosiaaliturva- ja kuntoutusjärjestelmä on liian monimutkainen ja sirpaleinen, mikä Fribergiä (2007, 126) lainaten ”synnyttää kannustinloukkuja ja varastaa etuusviidakkoon eksyneiden ihmisten voimavaroja.” Hän peräänkuuluttaa myös inhimillisyyttä kuntoutujien kohtaamiseen: ”Työkyvyn ja kuntoutusmahdollisuuksien arvioinnissa tarvitaan hienotunteisuutta, jotta potilaan ei tarvitse törmätä töksäyttelijöihin”. Kuntoutujan tulisi hänen näkemyksensä mukaan voida luottaa siihen, että häntä uskotaan ja hänen vaikeaa elämäntilannettaan ymmärretään kokonaisvaltaisesti ja häntä luotsataan hänen kulkiessaan monimutkaisessa palvelujärjestelmässä. Vaikka Fribergin tutkimuksellinen lähtökohta on osallisuuden vastaprosessin eli syrjäytymisen esiintuomisessa, yhtymäkohtia omaan tutkimukseeni varmasti löytyy jo pelkästään yhteisen toimintaympäristön (erikoissairaanhoidon

kuntoutustutkimusyksikkö) ja yhteisten ammatillisten käytäntöjen (kuten moniammatillinen yhteistyö) vuoksi.

Aikaisempien tutkimusten valossa huoleni herää sekä kuntoutuksen asemasta terveydenhuollossa että sosiaalityön asemasta kuntoutuksen kentällä. Ensinnäkin kuntoutus vaikuttaa olevan terveydenhuollossa, erityisesti erikoissairaanhoidossa marginaalin asemassa; se on jotain josta säästetään, jos säästää täytyy. (Kts. esim. Musikka-Siirtola 2008, 39; Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009, 55.) Lisäksi kuntoutus on sektoroitunut usealle eri hallinnonalalle ja eri palvelujärjestelmien sisälle, joten sen hahmottaminen ja tutkiminen on haasteellista. Aikaisempien lisensiaatintutkimusten valossa sosiaalityö näyttäisi olevan moniammatillisessa tiimityössä marginaalissa tai jopa sen ulkopuolella. Eli sosiaalityö kuntoutuksessa on sidottu edellä kuvatuilla sidoksilla marginaaliin, josta käsin sen tulisi kyetä näkemään kuntoutujan elämäntilanteen ja työelämän realiteetit.

Toimintaympäristönä kuntoutustutkimuspoliklinikka eroaa perinteisemmistä sosiaalisen kuntoutuksen toimintaympäristöistä, kuten kuntouttavasta työtoiminnasta ja asunnottomille suunnatusta kuntouttavasta toiminnasta. Työelämäkokemukseni pohjalta voin todeta, että kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaat edustavat varsin tasaisesti eri yhteiskuntaluokkia ja kuntoutustutkimuspoliklinikalle ohjaaminen tapahtuu pääsääntöisesti asiakkaiden suostumuksella. Toisaalta yhteiskunnan ja palvelujärjestelmien muuttuminen sekä ammatillisen kuntoutuksen palveluita tarjoavien yksityisten palveluntuottajien lisääntyminen ovat vaikuttaneet erikoissairaanhoidon ohjautuneiden asiakkaiden ”valikoitumiseen”. Tällä tarkoitan sitä, että yksityiset palveluntuottajat ovat selkeästi kiinnostuneita kuntoutujista, joiden ammatillista kuntoutusta rahoittava taho on tiedossa ja joiden ”työelämäsidos on vielä olemassa” (Juhila 2006, 57). Tämän kehityskulun seurauksena ja myötävaikutuksella kuntoutustutkimuspoliklinikalle ohjautuu entistä enemmän asiakkaita, jotka eivät täytä edellä mainitsemiäni yksityisten palveluntarjoajien ehtoja tai kriteereitä. Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden ongelmat ovat lähes poikkeuksetta pitkäkestoisia ja moniulotteisia. Lisäksi asiakkaat ovat usein kiertäneet sosiaali- ja terveydenhuollon ja työvoimahallinnon palveluiden piirissä pidemmän aikaa, mikä on ollut omiaan heikentämään heidän työelämäsidostaan.

4 TUTKIMUSASETELMA

4.1 Tutkimuskysymys

Asiakkaan mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa oman kuntoutussuunnitelman sisältöön ja kuntoutusprosessiin sekä kuntoutuksen käynnistymisen oikea-aikaisuus vaikuttavat olevan keskeisiä onnistuneen kuntoutustutkimuksen elementtejä aikaisempien tutkimusten valossa. Tutkimukseni tarkoituksena onkin selvittää, miten Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutustutkimuksissa toteutuu asiakkaan osallisuus ja ajoittuuko kuntoutustutkimus asiakkaan näkökulmasta oikeaan aikaan. Osallisuuspuheen myötävaikutuksella uskon pääseväni kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuuden jäljille.

Tutkimuskysymykseni on kaksitasoinen. Ensiksi tarkastelen, *millaisin toivein asiakkaat tulevat kuntoutustutkimukseen ja miten asiakkaat kuvaavat kuntoutustutkimusprosessia ja omaa osallisuuttaan siinä* (luku 5). Näiden kysymysten kautta saan kokemukseräistä tietoa kuntoutustutkimusprosessista, joka ”kehystää” päätutkimuskysymystäni.

Toisessa analyysiluvussa (luku 6) tutkimuskysymyksekseni tarkentuu ja syventyy, kun siirryn haastattelupuheen lähilukuun. Kiinnostukseni kohdistuu siihen, miten haastateltavat kategorisoivat kuntoutustutkimusprosessin aikana kohtaamansa ammattilaiset, ja mitä ammattilaisten saamat kategoriat kertovat haastateltavien osallisuudesta kuntoutustutkimusprosessissa. Tutkimuskysymyksekseni on tässä luvussa muotoutunut: *Minkälaista roolia asiakkaat puhuvat eri ammattilaisille ja minkälaista paikkaa ammattilaisten saamat roolit määrittävät asiakkaille itselleen osallisuuden näkökulmasta?*

4.2 Tutkimuksen aineisto ja sen taustoitus

Tutkimukseni aineistona on kymmenen Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan entisen asiakkaan teemahaastattelut. Tutkimukseni on pitkälti asiakkaiden kertomien kokemuk kuvausten tutkimista. Asiakkaan kokemuksia tutkittaessa tutkimusasetelmassa on tärkeää Marianne Nylundin (2005, 204) mukaan pohtia, miten ihmiset rekrytoidaan tutkimukseen, kenen intresseistä kysymykset muodostuvat ja mikä on

tutkittavien halu ja motivaatio osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden motivaatio, vapaaehtoisuus sekä mielestäni myös tutkimukseni eettisyys on varmistettu siten, että lähestyin potentiaalisia haastateltavia kirjeitse ja sovin haastatteluajankohdan niiden henkilöiden kanssa, jotka palauttivat suostumuskaavakkeen minulle takaisin.

Tutkimuksessani haastateltavien valintaa vaikuttavia kriteereitä olivat:

1. haastateltavan kuntoutustutkimus on päättynyt vähintään vuotta ennen haastatteluajankohtaa
2. haastateltavat edustavat kuntoutustutkimuspoliklinikan nuorimpia ikäluokkia
3. haastateltavalle on kuntoutustutkimuksen aikana laadittu ammatillinen kuntoutussuunnitelma.

Kuntoutustutkimuksen yleisenä tavoitteena on vajaakuntoisten henkilöiden työurien pidentäminen. Jos ammatillista kuntoutussuunnitelmaa ei ole kuntoutustutkimuksen aikana kyetty laatimaan, kyseessä on yleensä työkyvyttömyyseläkeratkaisuun päättynyt kuntoutustutkimus. Tutkimukseni taustoittamista varten selvitin, kuinka monta ammatillista kuntoutussuunnitelmaa on tehty sen vuoden aikana, jolloin haastateltavien kuntoutustutkimukset ovat päättyneet. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tietopalvelu teki atk-poimintoja kuntoutustutkimusten määrästä ja tutkimukseen osallistuneista asiakkaista kuntoutustutkimuksen käynnistymisajankohdan toimiessa hakukriteerinä aikavälillä 9.10.2007-28.10.2008. Kuntoutustutkimuksen päättymisajankohtaa ei ollut mahdollista ohjelmoida poimintakriteeriksi tietoteknisistä syistä. Aikaväli, jolla poiminta tehtiin, oli hieman vuotta pidempi ajanjakso. Käytännössä poiminnan aikaväli on kuitenkin noin vuoden luokkaa, sillä poliklinikka on vuosittain suljettuna yhden kesäkuukauden ajan. Poimintavälillä (9.10.2007-28.10.2008) oli käynnistynyt yhteensä neljän sadan (400) asiakkaan kuntoutustutkimusprosessi. Aivovammapoliklinikka oli poiminta-aikavälillä (9.10.2007-28.10.2008) vielä osa kuntoutustutkimuspoliklinikan toimintaa, mutta kuitenkin siitä selkeästi eriytynyttä, sillä kyseisellä poliklinikalla työskentelivät ainoastaan aivovammoihin erikoistuneet työntekijät. Aivovammapoliklinikasta tuli oma taseyksikkönsä 1.4.2010. Edellä mainitusta syystä päädyin poistamaan aivovammapoliklinikan asiakkaat potentiaalisten haastateltavien kohderyhmästä. Haastateltavien rekrytointi on aloitettu nuorimmasta ikäluokasta ylöspäin. Koska haastateltavien rekrytointi osoittautui varsin haasteelliseksi, haastattelut on pääsääntöisesti toteutettu vuoden 2011 alussa. Tässä vaiheessa kuntoutustutkimusten päättymisestä oli kulunut aikaa noin 2-3 vuotta. Tutkimukseni aineiston keruu

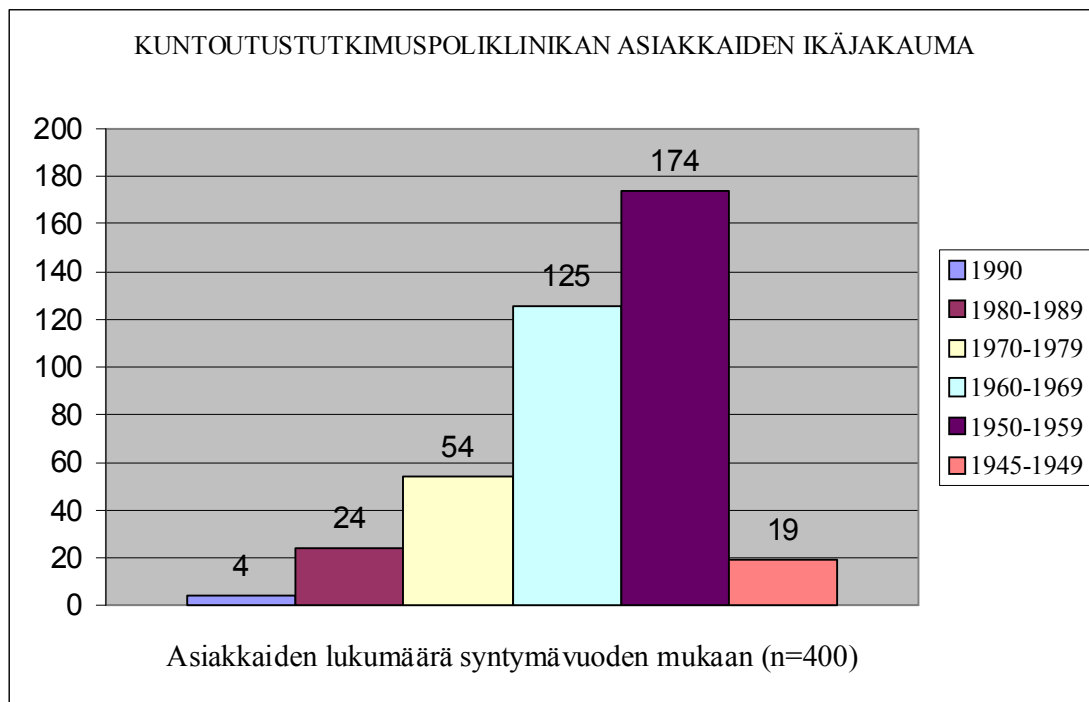
ajoittui 10/2010-2/2011 väliselle ajanjaksolle. Koska tutkimukseni kytkeytyi aineiston osalta Tampereen yliopistollisen sairaalan neurologian ja kuntoutuksen vastuualueelle, kuuluin yhteiseen tutkimusryhmään kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutusylilääkäri Eeva Leinon kanssa.

Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaat vuoden tarkastelujaksolla

Tutustuin Tampereen yliopistollisen sairaalan sähköistä potilaskertomusjärjestelmää (MD-Miranda) apuna käyttäen niiden kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden kuntoutussuunnitelmiin, joiden kuntoutustutkimus on käynnistynyt aikavälillä 9.10.2007- 28.10.2008.

Poliklinikan 400 asiakkaasta naisia oli 227 (56,75 %) ja miehiä 173 (43,25 %). Oman kokemukseni perusteella kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden sukupuolijakauma on vuosittain hyvin samantyyppinen kuin edellä mainitulla tarkasteluvälillä eli suurta eroa sukupuolijakauman osalta ei ole.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan nuorin asiakas oli syntynyt vuonna 1990 ja vanhin vuonna 1945. Molemmat ääripäät (1980-1990-luvulla ja 1940-luvulla syntyneet) ovat varsin pieniä ikäluokkia. Suurin osa (74,75 %) kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaista on syntynyt 1950-luvulla (43,5 %) tai 1960-luvulla (31,25 %), kuten alla olevasta kaaviosta (kuvio 3) käy ilmi.



Kuvio 3. Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden ikäjakauma

Tarkastelujaksolla kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiksi ohjautuneista henkilöistä kymmenen (10) oli kuollut. Kuolleisuusprosentti oli 2,5 %, mikä on selvästi koko työikäisen väestön kuolleisuusprosenttia (0,3 %) korkeampi. (Kuolemansyytilasto, Tilastokeskus 2009.) Kaikki kuolleet olivat miehiä ja he olivat syntyneet vuosina 1951-1967. Heistä neljälle henkilölle oli laadittu ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma.

Ammatillinen kuntoutussuunnitelma kuntoutustutkimuksen pääasiallisena tavoitteena

Ammatillinen kuntoutus on ensisijainen vaihtoehto työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Kuntoutustutkimuksen ja siellä laadittavan ammatillisen kuntoutussuunnitelman tavoitteena on edistää ansiotyössä pysymistä tai sinne palaamista ja näin vähentää tai ainakin myöhentää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen tarvetta. Pääasiallisena tavoitteenani tutkimukseni taustoitusta ajatellen oli selvittää, kuinka monta ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmaa on laadittu vuoden ajanjaksolla kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Kuntoutussuunnitelma laaditaan vähintään yhdeksi (1) vuodeksi eteenpäin kuntoutustutkimuksen päättymisajankohdasta lukien. Jos asiakkaalle on laadittu ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma kuntoutustutkimuspoliklinikalla tai suunnitelman laatiminen on ajankohtaista vuoden tarkasteluvälillä kuntoutustutkimuksen päättymisestä, olen tulkinnut, että kyseiselle

asiakkaalle on laadittu ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma. Mikäli edellä mainitut kriteerit eivät täyty, ammatillista suunnitelmaa ei ole kyetty laatimaan.

Tarkasteluvälillä ammatillinen kuntoutussuunnitelma oli laadittu 257 asiakkaalle (64,25 %). Näin ollen 143 asiakkaalle (35,75 %) ei kyetty laatimaan ammatillista kuntoutussuunnitelmaa. Henkilöt, joille ammatillista kuntoutussuunnitelmaa ei laadittu, olivat pitkillä sairauslomilla ja osalle haettiin työkyvyttömyyseläkettä joko määräajaksi tai toistaiseksi.

Haastateltavien rekrytointi

Haastattelin tutkittavia henkilöitä johtajylilääkärin luvalla ja tutkittavien henkilökohtaisella suostumuksella. Eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon (18.1.2010) jälkeen, lähestyin tutkittavia henkilöitä kirjeitse. Saatuani suostumuksen haastateltavaksi lupautuneilta henkilöiltä, otin heihin puhelimitse yhteyttä haastatteluajankohdan sopimiseksi. Haastateltavien rekrytointi osoittautui kuitenkin haasteellisemmaksi kuin olin osannut odottaa. Aloitin haastateltavien rekrytoinnin lokakuun alussa vuonna 2010 ja kyseisen vuoden loppuun mennessä olin saanut haastattelupyyntöihini ainoastaan kaksi myönteistä vastausta. Vuoden 2011 alussa muutin asiakkaille suunnatun kirjeen sisältöä. Lähetin asiakkaille itse laatimani tiedotteen, jossa lupauduin muun muassa tekemään haastattelut asiakkaalle parhaiten soveltuvassa haastatteluympäristössä. Aikaisemmin olin lähettänyt asiakkaille ainoastaan eettisen toimikunnan tutkimustiedote-lomakkeen varsinaisen suostumuskirjeen lisäksi. Loppujen haastateltavien rekrytointi sujui ongelmitta.

Haastattelut ajoittuivat ajanjaksolle 10.12.2010-21.2.2011. Alkuperäisen suunnitelman mukaan haastattelut oli tarkoitus toteuttaa kuntoutustutkimuspoliklinikan tiloissa, joka oli kaikille haastateltaville tuttu ympäristö. Haastateltavien toivomukset huomioiden suoritin haastattelut lopulta viidessä eri paikassa: kirjastossa (1), asiakkaan työpaikalla (1), asiakkaan kotona (4), tutkijan toimipisteessä (1) ja kuntoutustutkimuspoliklinikan tiloissa (3). Haastattelut kestivät keskimäärin 1,5 tuntia. Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 15 tuntia 31 minuuttia ja litteroituja sivuja oli 229 (1,5 rivivälillä).

Alkuperin tavoitteenani oli haastatella alle 25-vuotiaita kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaita, koska alle 25-vuotiaiden työttömyys oli korkeissa lukemissa erikoistumiskoulutukseni (2009-2012) aikana: ajoittain jopa 40000 nuorta oli vaille

työpaikkaa. Lisäksi alle 35-vuotiaita on eläköitynyt viime vuosina noin 4000. Aloitin haastateltavien rekrytoinnin nuorimmasta ikäluokasta ylöspäin ja etenin järjestelmällisesti asiakkaiden kronologisen iän mukaan samalla huomioiden, että asiakkaille on myös laadittu ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma.

Haastateltavista (N=10) puolet oli naisia ja puolet miehiä. Haastatteluhetkellä vanhin haastateltavista oli 45-vuotias ja nuorin 21-vuotias. Vaikka haastateltavien ikäriteeri (alle 25 v.) ei toteutunutkaan, haastateltavat edustavat tästä huolimatta kuntoutustutkimuspoliklinikan nuorimpia ikäluokkia. Suurin osa (66,75 %) kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaista oli haastateltavia iäkkäämpiä.

Neljän haastateltavan tavoitteena oli entiseen työhön palaaminen. Niin ikään neljä haastateltavaa pyrki löytämään uuden työpaikan muun muassa koulutuksen keinoin ja kahden haastateltavan tavoitteena oli tukityön/kuntouttavan työtoiminnan kautta avoimille työmarkkinoille pääsy.

Kuntoutustutkimusprosessin jälkeen entiseen työhönsä oli palannut kaksi haastateltavaa ja uuden työpaikan oli löytänyt kolme haastateltavista. Lisäksi yksi haastateltava oli tukityöllistettynä kolmannen sektorin palveluksessa. Ammatilliseen koulutukseen oli hakeutunut kaksi haastateltavaa. Kuntoutustutkimuksen päättymisestä lähtien yhtäjaksoisella sairauslomalla oli ollut kaksi haastateltavaa. Haastateltavista seitsemän (70 %) oli sitä mieltä, että kuntoutustutkimuspoliklinikalla heille laadittu ammatillinen kuntoutussuunnitelma oli toteutunut.

Haastatteluhetkellä neljä haastateltavaa oli työelämässä, yksi heistä oli tukityöllistettynä. Kaksi haastateltavaa oli ammatillisessa aikuiskoulutuksessa, molemmat valmistuivat ammattiin vuoden 2011 aikana. Yksi haastateltavista oli haastatteluhetkellä työttömänä, mutta työllistymisnäkyvät vaikuttivat lupaavilta entisen työnantajan palveluksessa. Kolme haastateltavista oli pitkähköllä sairauslomalla; yksi oli sairauspäivärahaudella ja kaksi määräaikaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä.

4.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Valitsin teemahaastattelun aineistonkeruumenetelmäksi, koska se nostaa keskiöön ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset, samoin kuin sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska yksi haastattelun aspekti, haastattelun aihepiirit ja teema-alueet, ovat kaikille samat. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.) Tyypillistä teemahaastattelulle on, että kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu (Hirsjärvi ym. 1997, 204-205). Haastateltaville annetaan tällä tavoin mahdollisuus puhua asioista omin sanoin. Laadulliselle tutkimukselle luonteenomaista onkin ilmaisullinen rikkaus, monitasoisuus ja kompleksisuus. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa on kerätä aineistoa, joka tekee mahdolliseksi mahdollisimman moninaiset tarkastelut. (Alasuutari 1999, 84.)

Teemahaastattelussa on oleellista, että haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48). Teemahaastattelun aihepiirejä valittaessa kannattaa pohtia, miten hyvin valitut teemat kuvaavat keskeisintä tutkimusongelmaa. Toisaalta vaikka teemahaastattelun yksi tai useampi kysymys sivuaisi suoraan keskeisintä tutkimusongelmaa, haastateltavien vastaukset eivät sellaisinaan kelpaa tutkimustuloksiksi. Se, mitä kyetään näkemään tai kuulemaan ovat vain havaintoja, joita voidaan käyttää johtolankoina ja todisteena tutkimustuloksia esiteltäessä. (Alasuutari 1999, 155-156.)

Teemahaastattelun avulla pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. Teemojen sisältämien kysymysten suhde tutkimuksen viitekehyyksessä esitettyyn vaihtelee intuitiivisten ja kokemusperäisten havaintojen sallimisesta varsin tiukasti etukäteen tiedetyissä kysymyksissä pitäytymiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Tutkimukseni teemahaastattelukysymykset olen rakentanut väljästi, jotta haastateltavien ääni kuuluisi ja näkyisi tutkimuksessani mahdollisimman selkeästi. (kts. liite 1)

Itselleni luontaisin tapa toimia oli avoin ja joustava suhtautuminen teemahaastattelun kysymyspatteristoon ja pyrin haastattelutilanteessa antamaan haastateltavien omalle kerronnalle mahdollisimman paljon tilaa. Haastattelun teemat (liite 1) synnyttivät haastateltavissa runsaasti tunteikasta kerrontaa eri ammattiryhmien tavasta puhua ja olla

vuorovaikutuksessa sekä kuvauksia eri ammattiryhmien edustajista ja näiden kohtaamisten merkityksestä haastateltavalle itselleen. Haastattelut etenivät paikoitellen narratiivisten haastatteluiden suuntaan. (kts. Kulmala ym. 2003, 126.)

Holsteinin ja Gubriummin (1995, 4) näkemyksen mukaan kaikki haastattelut voidaan tulkita aktiivisiksi ja yritykset riisua haastatteluja niiden vuorovaikutuksellisista aineosista ovat hyödyttömiä. Vuorovaikutuksella on tärkeä osuus siinä, millaisia merkityksiä sanoilla ja teoilla kulloinkin rakennetaan. Tästä huolimatta vuorovaikutus otetaan herkästi itsestään selvänä asiana, kuten useimmissa haastattelututkimuksissa tapahtuu. (Suoninen 1999, 101.) Steinar Kvale (1996) näkee vuorovaikutustilanteen laadullisen tutkimushaastattelun peruspiirteenä ja vahvana puolena. Haastatteluprosessi voi olla molempia osapuolia ”voimaannuttava” tuottamalla osapuolille uusia näkemyksiä ja tietoisuutta. Vuorovaikutukseen kannattaa Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 84, 86) mukaan panostaa jo haastattelijoiden valintatilanteessa sekä haastatteluajankohtaa ja -paikkaa sovittaessa. Esimerkinomaisesti mainittakoon, että pääaineistooni kuuluvasta kymmenestä teemahaastattelusta ainakin kaksi olisi jäänyt kokonaan toteutumatta, jos olisin pitänyt tiukasti kiinni suunnitelmastani toteuttaa haastattelut kuntoutustutkimuspoliklinikan tiloissa. Haastattelutilanteissa kiinnitin huomiota siihen, että haastateltavien oli helppo puhua minulle valitsemassaan haastatteluympäristössä. Toisaalta itselleni haastatteluympäristöjen vaihdokset olivat haasteellisia, koska en ollut itselleni ”tutulla maaperällä”. Henkilökohtainen, puhelimitse tapahtunut kontakti haastateltavien kanssa helpotti kuitenkin varsinaisten haastattelujen aloittamista.

Koska haastattelutilanteen toteutuminen perustui haastateltavien vapaaehtoiseen osallistumiseen ja haastattelutilanteissa oli tilaa haastateltavien ”ei aihepiiriin liittyvälle” kerronnalle ja kysymyksille, heillä oli motivaatiota luovuttaa henkilökohtaisesti koettu tutkijan käyttöön ja kuntoutustutkimuspoliklinikan toiminnan kehittämiseen. (ks. esim. Hyväri 2005, 225.)

Teemahaastattelumetodin avulla pyrin saavuttamaan haastateltavien itsensä kertomia kokemuskuvauksia kuntoutumisprosessista. Nämä kokemuskuvaukset voidaan nähdä diskurssin tyyppinä, kognitiivisena rakenteena, elämisenä, olemisena ja vuorovaikutuksen muotona. Kokemiskuvausten eri olomuodot tai funktiot on hyödyllistä nähdä toisiaan täydentävinä aspekteina eikä toistensa kilpailijoina. (vrt. Hyvärinen 2006.) Kerronnan kautta

voidaan Hyvärisen mukaan ymmärtää ja hallita menneisyyttä ja toisaalta kerronta suuntaavat toimijoita myös kohti tulevaisuutta. Toisin sanoen haastatteluhetkellä on läsnä asiakkaiden menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus, aika ennen terveydellisiä ongelmia ja aika niiden ilmaantumisen jälkeen. (ks. esim. Hyväri 2005, 224.) Kokemusten muuttaminen kertomuksiksi tuottaa Bardyn ja Känkäsen (2005, 203) mukaan alkuja ja loppuja muutoin päättymättömältä tuntuvaan tapahtumien virtaan.

4.4 Aineiston analyysi

Tarkastelen tutkimukseni aineistoa sekä fakta- että näytenäkökulmasta. (kts. esim. Alasuutari 2007a; Alasuutari 2007b.) Tutkimukseni taustoitus edustaa selkeimmin fakthanäkökulmaa. Tarkastelen teemahaastatteluaineistoa lähinnä näytenäkökulmasta, haastateltavien kokemuksina ja haastattelutilanteessa tuotettuina konstruktioina. Haastateltavien käsitykset kokemuksistaan tulevat uudelleen konstruoiduksi aikaan ja paikkaan sidotussa haastattelutilanteessa, jolloin haastateltavat suuntaavat kommentoinnin kuntoutustutkimusprosessista ja ammattilaisten kohtaamisista haastattelijalle ja tutkimusaineiston lukijoille. (kts. esim. Valokivi 2008, 35.) Toisin sanoen liikun tutkimukseni analyysissä fakthan, kokemuksen ja konstruktion välimaastossa, jälkimmäiseen painottuen.

Tutkimukseni analyysissä nojaudun laadulliseen sisällönanalyysiin ja luvussa 6 sen yhteen muotoon; jäsenkategorisoinnin analyysiin (ks. Roivainen 1999, 26). Analyysin ensimmäinen osuus (luku 5) keskittyy teemoitteluun ja haastateltavien kokemusten suoraan luentaan. Jälkimmäisessä analyysiluvussa siirryn hienovaraisempaan ja diskursiivisempaan kokemusten luentaan, jolloin kokemukset nähdään haastattelussa tuotettuina selontekoina. Analysoin haastattelupuhetta ensin ”harvempiikkisellä kammalla” temaattista sisällön analyysiä hyödyntäen, jonka jälkeen lisään piikkien määrää tarkentaen aineistosta esiin nousseita asioita jäsenkategorisoinnin analyysin avulla.

Tavanomaisesti yhteiskuntatieteiden sisällä haastatteluaineiston sisältö tematisoidaan uudelleen ”tutkija-analyytikon” toimesta, joka paloittelee aineiston, luokittelee sen ja ryhmittelee sen erilaiseen muodostelmaan. Jäsenkategorisoinnin analyysi avaa oven haastatteluaineiston erilaiseen käsittelyyn. (Baker 2004, 162-163.) Jäsenkategorisoinnin analyysin näkökulmasta haastattelu ymmärretään vuorovaikutuksellisenä tapahtumana, jossa

puhujat hyödyntävät kulttuurista tuntemustaan, mukaan lukien tietoansa siitä, miten tiettyjen kategorioiden jäsenet rutiininomaisesti puhuvat. Kysymykset ovat keskeinen aineiston osa eikä niitä voi tarkastella neutraaleina kutsuina puhumiseen – ennemminkin ne muokkaavat sitä, miten ja minkä kategorian jäsenenä vastaajien tulisi puhua. (Baker 2004, 163.) Koska haastattelijan kysymykset ovat osa analysoitavaa aineistoa, niitä ei puhdisteta aineistosta lukijan silmiltä piiloon (Nikander 2010, 255). Olen pyrkinyt tutkimuksessani mahdollisuuksien mukaan säilyttämään haastattelulainauksissa haastattelijan kysymyksen ja haastateltavan vastauksen lisäksi myös haastattelulainaukseen liittyvän asiayhteyden. Haastatteluvastaukset ymmärretään kategoriaryhmän jäsenen toimintoihin liittyvinä selontekoina. Jäsenkategorisoinnin analyysiä hyödynnettäessä olennaista on analysoida sitä, miten molemmat tai kaikki yhdessä osallistuvat sosiaalisen todellisuuden rakentamiseen kategorioiden ja toiminnan kuvausten avulla, ja mihin tarkoitukseen niitä kulloinkin käytetään. Kiinnitän analyysissäni erityistä huomiota siihen, mitä haastateltava jollain tietyllä kuvauksella ja kategorisoinnilla tekee puheyhteydessä. (Baker 2004, 163; Nikander 2010, 248, 259.)

Ihmisten keskinäisessä kommunikaatiossa, kuten haastattelutilanteessa, kollektiivisia merkityssisältöjä kantavat kategoriat saavat vuorovaikutustilanteissa tilannesidonnaisia merkityksiä, jolloin on tarkoituksenmukaisempaa puhua kategorioiden asemasta kategorisoinnista (Roivainen 1999, 24). Diskursiivista lähestymistapaa edustavat tutkijat ovat kiinnostuneita siitä, kuinka kategoriat ovat ryhmittyneet arkipuheessa. Keskeinen painoarvo asetetaan erityisille, tilannesidonnaisille, indeksikaalisille¹⁰ merkityksille. Kuten Edwards (1991, 538) kiteyttää: ”Me emme voi, kuten psykologit ja kielitieteilijät, katsoa todellisuutta osallistujien yläpuolelta ja ratkaista asioita heidän puolestaan: me voimme ainoastaan osallistua keskusteluun”.

Jäsenkategorisoinnin analyysin (MCD eli Membership Categorization Device) pioneerinä pidetään Harvey Sacksia. Sacksille tärkeä lähtökohta ja kritiikin kohde oli sosiaalitieteilijöiden tapa käyttää vakiintuneita arkikielen kategorioita niitä problematisoimatta. Hänen mukaansa kiinnostavampaa ja perustellumpaa olisi tutkia sitä, miten ihmiset itse käyttävät kategorioita jokapäiväisessä elämässään, millä tavoin puhutussa

¹⁰ Indeksikaalisuudella tarkoitetaan sitä, että ihmisten teot, niin kielelliset kuin ei-kielellisetkin, ovat aina monimerkityksellisiä ja siksi niiden merkitys on ymmärrettävissä ainoastaan osana esittämisyhteyttään (Juhila 2004, 162).

vuorovaikutuksessa käytetyt kategoriat ovat relevantteja vuorovaikutuksen osallistujille itselleen. Häntä kiinnosti, miksi ja millaisessa prosessissa ihmiset valitsevat lukuisten mahdollisten kategorioiden joukosta tietyn kuvatessaan jotakuta tietyssä tilanteessa.

Suomalaisessa ja kansainvälisessä tutkimuksessa jäsenkategorisoinnin analyysiä on käytetty sosiaali- ja terveydenhuollon instituutioissa tehtävien kategorisointien tarkasteluun. Analyysimenetelmää hyödyntäen voidaan porautua hierarkkisten instituutioiden, kuten sairaalamaailman, kategorisointivaltaan. (Kinni 2011, 22.) Kinnin arvion mukaan kategoriapiirteet paljastavat, kenellä haastateltavien mielestä on valta tosiasioita kuvaavien tai ainakin toimenpiteisiin johtavien kategorisointien tekemiseen (emt., 30).

Sacksin kuvailema jäsenyyuskategorisointi-väline (Membership Categorization Device) tarkoittaa kokoelmaa kategorioita sekä joukkoa sääntöjä, joilla näitä kategorioita sovelletaan. (Ruusu vuori 2005, 393-395.) Hyödynnän tutkimuksessani tästä välineistöstä lähinnä jäsenkategorian, kategoriaparin, kategoriasidonnaisten toimintojen ja kategoriapiirteiden käsitteitä aineistoni luokittelun välineinä. Selvitän, millaisiin jäsenkategorioihin haastateltavat asettavat kuntoutustutkimusprosessin aikana kohtaamansa ammattilaiset, ja mitä ammattilaisten saamat jäsenkategoriat puolestaan kertovat haastateltavien omasta roolista osallisuuden näkökulmasta. Jäsenkategoriat löytyvät haastattelupuheesta kategoriasidonnaisten toimintojen ja kategoriapiirteiden avulla, jotka ovat lähinnä valittua jäsenkategoriaa kuvaavia verbejä ja adjektiiveja. (kts. esim. Kinni 2011, 24.) Esimerkinomaisesti voisin luokitella itseni aviovaimoksi, sijaisvanhemmaksi ja tämän tutkimuksen myötä myös tutkijaksi. Kun kategoriaparin toinen osapuoli mainitaan, toinenkin on ikään kuin läsnä. Oman luokitteluni mukaisia kategoriapareja olisivat aviovaimo-aviomies, sijaisvanhempi-sijaislapsi, tutkija-tutkittava. Kategoriapiirre (category-bound feature) on esimerkiksi aviovaimo-aviomies kategoriaparin osalta se, että pari on naimisissa. Jäsenkategoria ja siihen liittyvät piirteet ja toiminnot valitaan useimmiten yhtä aikaa (co-selection). 'Kategoriapiirre' on Lena Jayyusin (1984) laajennus Sacksin käsitteestä kategoriasidonnaiset toiminnot (category-bound activities).

Laadullinen sisällönanalyysi, sekä temaattisena sisällönanalyysinä että jäsenkategorisoinnin analyysiä hyödyntäen, soveltuu mielestäni hyvin tutkimukseni aineiston analyysimenetelmäksi. Kategoriat ovat sosiaalityön vuorovaikutuksessa olennaisia ja samalla ne ovat myös institutionaalisen vuorovaikutuksen olennainen osa. Institutionaalisuus syntyy, kun

jossakin organisaatiossa kohtaavat ihmiset orientoituvat tietynlaisiin identiteetteihin. (Juhila 2004b, 170.) Paikka ja aika vaikuttavat siihen, mitä ihmiset ajattelevat, millaisia mielipiteitä he esittävät ja millaisia arvoja he pitävät tärkeinä. Samalla tavoin se, miten ihminen näkee itsensä ja millainen hän on toisille ihmisille, on ajan ja tilanteen mukaan vaihtelevaa. (Ylijoki 2005, 243; Salonen 2005, 312.) Tätä taustaa vasten voitaneen todeta, että sairaalamaailma synnyttää ”omannäköistä” kerrontaa. Se, millaisiin kategorioihin asiakas eri alojen ammattilaiset asettaa, kertoo käänteisesti myös siitä, millaiseksi hän näkee ja kokee oman paikkansa kuntoutustutkimusprosessissa. Maallikkojen kategorisointityö jää usein vaille analyttistä huomioita tai se leimataan helposti toissijaiseksi tiedon versioksi tieteeseen nähden. Voin yhtyä Järviluoman ja Roivaisen (1997, 23) toteamukseen: ”Jäsenkategorisoinnin analyysi on oivallinen kompassi tutkijalle, joka haluaa suunnistaa arkipäivän merkitysten maailmaan”. Jäsenkategorisoinnin analyysiä ovat väitöstutkimuksissaan aiemmin hyödyntäneet muun muassa Aino Ritala-Koskinen (2001), Irene Roivainen (1999), Pirjo Nikander (2002) ja Outi Välimaa (2011). Kategoria-analyysiä ja sen käyttöä on käsitelty myös metodipainotteisissa teksteissä (Kts. Nikander 2010; Jokinen ym. 2012).

4.5 Tutkimuksen eettiset valinnat

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän eettinen toimikunta antoi 18.1.2010 puoltavan lausunnon (liite 8) koskien lisensointitutkimukseni tutkimussuunnitelmaan ja siihen liittyviä asiakirjoja (liitteet 2-7). Eettinen toimikunta totesi lausunnossaan tutkimussuunnitelman ja siihen liittyvien asiakirjojen olevan eettisesti hyväksyttävissä ja täyttävän lääketieteellisen tutkimuslain (488/1999, muut 295/2004) ja asetuksen (986/1999, muut 313/2004) vaatimukset. Eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon jälkeen neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualuejohtaja Juha Öhman myönsi tutkimukselleni tutkimusluvan 8.2.2010. Tutkimukseni alkumetreillä, Eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon ja tutkimusluvan saamisen jälkeen, ajattelin virheellisesti, että tutkimukseni ”eettisesti raskain vaihe” on nyt ohitettu. Jälkikäteen arvioiden, eettinen työskentelyni oli tuolloin vasta alkamassa.

Tutkimuksen eettiset valinnat alkoivat realisoitua mielessäni tutkimusaineistoni keruuvaiheessa. Olin aikaisemmin pro gradu -työssäni haastatellut Tampereen yliopistollisen sairaalan pioneerisosaalityöntekijöitä, mutta sairaalan asiakaskunnan tutkimushaastatteluista minulla ei ollut lainkaan kokemusta. Haastateltavien rekrytointi osoittautui varsin hankalaksi,

kun yritin aluksi tavoittaa potentiaalisia haastateltaviani ainoastaan Eettisen toimikunnan asiakirjoja hyväksikäyttäen. Onnekseni eräs haastattelusta kieltäytynyt henkilö kirjoitti kieltäytymisviestinsä yhteyteen palautteen, jossa hän totesi lähettämieni asiakirjojen olevan ”maallikolle täysin mahdottomia ymmärtää”. Kyseisen henkilön palautteesta viisastuneena laadin tiedotteen tutkimuksestani omin sanoin, minkä jälkeen haastateltavien rekrytointi sujui ongelmitta. Olin ajatellut kuntoutustutkimuspoliklinikan olevan haastateltaville sopivin haastatteluympäristö, mutta tässäkin kohtaan oletukseni oli virheellinen. Lopulta haastattelin ainoastaan kolmea henkilöä kuntoutustutkimuspoliklinikan tiloissa ja seitsemän haastattelua toteutin neljässä eri paikassa: haastateltavien kotona (4), kirjastossa (1), tutkijan toimipisteessä (1) ja haastateltavan työpaikalla (1).

Haastattelujen toteuttamisen jälkeen pohdintani kulminoitui kolmeen eettiseen dilemmaan. Ensiksi kuvaan omaa eettistä pohdintaani yhden haastattelutapahtuman kautta, jossa jouduin miettimään, milloin haastateltava on "riittävän hyvä kunnossa" voidakseen osallistua ja ymmärtää haastattelun merkityksen. Toiseksi pohdin, miten turvata haastateltavan anonymiteetti, kun haastattelupuhe sisältää runsaasti yksityiskohtaista kuvausta haastateltavan henkilökohtaisesta elämästä. Lopuksi käsittelen, miten suhtautua ammattilaisiin kohdistuvaan voimakkaaseen kritiikkiin. (vrt. Tiittula ym. 2005, 17; Rauhala ym. 2011, 241.)

Kahden haastateltavan terveydellinen tilanne oli siinä määrin heikko, että haastattelujen toteuttaminen kodin ulkopuolella olisi ollut lähes mahdotonta. Heistä toisen psyykinen vointi osoittautui varsin hauraaksi, mitä en ollut haastatteluajankohtaa ja -paikkaa sopiessani ymmärtänyt. Varsin pian haastateltavan kohtaamisen jälkeen sain tietää, että hänellä ei ollut juuri lainkaan kodin ulkopuolisia ihmissuhteita. Hän kertoi avoimenoloisesti siitä, miten oli erakoitunut kotiinsa ja joutunut taistelemaan elämänhalunsa säilyttämisen puolesta. Tuolloin mietin kuumeisesti, onko haastattelun toteuttaminen eettisesti oikein, ja miten haastattelu tulee vaikuttamaan hänen vointiinsa. Haastateltava muuttui haastattelun edetessä koko ajan vapautuneemmaksi ja hän ihmetteli ääneen muutamia kertoja, miksi hän puhuu näin paljon. Huomasin, että hänellä oli mielessään kysymyksiä, joihin hän toivoi sosiaalityöntekijän kannanottoa ja ohjeistusta. Vastasin hänen kysymyksiinsä ja sain sitä kautta jonkin verran helpotusta eettiseen dilemmaan, joka vaivasi mieltäni lähes koko haastattelun ajan. Varsinaisen haastattelutilanteen päättymisen jälkeen haastateltava kertoi keskustelleensa puolisonsa kanssa edellisenä iltana tulevasta haastattelusta ja voimavaroistaan osallistua siihen. Tietoisuus tämänkaltaisen keskustelun käymisestä ennen haastattelutilannetta ”vapautti

minut” hyödyntämään tätä kerronnaltaan rikasta haastatteluaineistoa. Kun haastattelun päätyttyä huomasin haastateltavan vapautuneen olotilan ja tiesin vastanneeni joihinkin häntä askarruttaneisiin kysymyksiin, en enää kyseenalaistanut haastattelun eettisyyttä. (Rauhala ym. 2011, 238.) Ian Shaw (2008, 409) puhuu petetyksi tulemisen vaarasta tai riskistä, joka suurenee pienempien näytteiden ominaisuuksien käytön ja yksityiskohtien korostamisen myötä. Tutkijan ja tutkimukseen osallistuvan henkilön välille voi muodostua läheinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jolloin tutkittava voi ”avautua liikaa” ja myöhemmin kokea, että hänen kertomaansa väärinkäytetään. (Shaw 2008, 404-405, 409.) Haastattelun litterointivaiheessa palasin vielä tunnetasolla samojen kysymysten äärelle. Huomasin muun muassa miten oma puheääneni vaihteli haastateltavan tunnetilojen mukaan. Kun haastateltava toi esille kipeimpiä kokemuksiaan ja muistojaan, oma ääneni hiljeni ja hidastui.

Kolme haastateltavista oli minulle entuudestaan tuttuja aikaisemman asiakassuhteen kautta, ja lisäksi minulla oli mahdollisuus tutkimuslupani turvin tutustua kaikkien haastateltavien kuntoutustutkimusprosessia koskeviin asiakastietoihinsa. Se, että tutkija kuuluu itse tutkimansa toimintayksikön henkilökuntaan, ei ole eettisesti ristiriidaton tilanne. (Shaw 1996, 110.) Tällöin tutkittavat eivät välttämättä miellä antavansa tutkimukseen osallistumista koskevaa suostumustaan tutkijalle vaan tuntemalleen ammattilaiselle. (Rauhala ym. 2011, 240.) Oman tutkimukseni kohdalla en näe aikaisempaa asiakassuhdetta ongelmallisena, sillä haastateltavien kuntoutustutkimuksista oli kulunut aikaa 2-3 vuotta, mikä varmasti oli tuonut tarvittavaa etäisyyttä tutkijan ja tutkittavan välille. Haastattelut avasivat minulle huomattavasti enemmän haastateltavien aiempaa elämänhistoriaa, senhetkistä elämäntilannetta ja ammattilaisten kohtaamisiin liittyviä kokemuksia kuin saatavilla olevat potilaskertomustiedot.

Haastateltavien anonymiteetin suojeleminen huolestutti minua tilanteissa, joissa haastateltavat kertoivat seikkaperäisesti elämänhistoriaansa kuuluvista arkaluonteisista asioista ja tapahtumista, kuten erilaisten päihteiden väärinkäytöstä, rikoksista ja itsetuhoisista ajatuksista tai -teoista. Päädyin siihen, että en juurikaan näitä kuvauksia tutkimuksessani käsittele, koska ne eivät olleet tutkimuskysymysteni kannalta välttämättömiä. Joissakin hyvin tarkoissa kuvauksissa, esimerkiksi asiakkaan työpaikkaa liittyen, olen muuttanut joitakin yksityiskohtia tunnistamisen vaikeuttamiseksi. Lisäksi yhden haastateltavan kanssa sovimme, että tiettyjä arkaluonteisia asioita hänen elämästään en tutkimuksessani käsittele. (Kts. myös Tiittula ym. 2005, 17.)

Haastatteluaineisto sisältää paikoitellen voimakasta kritiikkiä yhtä kuntoutustutkimuspoliklinikan keskeistä yhteistyötahoa kohtaan. Koska kyseinen yksikkö on mittasuhteiltaan varsin pieni ja yksittäisen työntekijän tunnistettavuus on täysin mahdollista, käytän tästä yksiköstä nimitystä x-yksikkö. Haastateltavien kritiikin esiin tuominen oli eettisesti kenties tutkimukseni vaikein ratkaisu, vaikka kritiikki ei ole omaani enkä ole haastattelijana pyrkinyt sellaista tuottamaan. Vaikka haastateltavien kritiikki ei kohdistu sosiaalityön ammattilaisen toimintatapoihin, on ammattietiikka myös yhteisöllinen asia. Sosiaalialan ammattilaisen eettisten ohjeiden (Arki, arvot...2010, 6, 11) mukaan minun tulisi tutkijana ja sosiaalityön ammattilaisena pyrkiä edistämään asiakaslähtöisyyttä organisaation kaikilla tasoilla ja toimia havaitsemieni epäkohtien poistamiseksi. Asiakkaan oman äänen ja toimijuuden tärkeyttä korostavan ideologian ohjaamana ammattilaisen tulisi antaa mahdollisimman paljon tilaa asiakkaan omalle kerronnalle ja tulkinnoille (Juhila 2004b, 174). Asiakkaita loukkaavan käytöksen, ja ammatilliseen toimintaan liittyvien epäkohtien esiinnostaminen, on samalla myös mahdollisuus ammatillisten käytäntöjen kehittämiseen. (kts. myös Kuusisto-Niemi ym. 2011, 258.) Kokevien subjektien äänen kuuleminen ja kuullun esiintuominen on myös tutkimuseettisesti kestävä tietoa (Rauhala ym. 2011, 251). Sosiaalityön tutkimuksessa tutkija joutuu väistämättä tekemään räätälöityjä ratkaisuja, sillä kaikkia tutkimusprosessin aikana esiinnousevia tekijöitä on mahdotonta ennakoida (emt., 243). Tiedostan, että omalle vastuulleni jää, miten eettisesti ongelmallisissa tilanteissa menettelen. Itse en voinut ohittaa haastateltavien kertomaa.

Olen työskennellyt sosiaalityöntekijänä lastensuojeluun liittyvässä hanketyössä, sairaalan sosiaalityöntekijänä aikuis- ja nuorisopsykiatrian yksiköissä sekä kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Työskentelyn onnistuminen perustuu näissä toimipisteissä pitkälti luottamuksellisen keskusteluyhteyden luomisen ja ylläpitämisen varaan. Ammatillisen ja tutkimuksellisen etiikan yhdistämisellä on kuitenkin omat etunsa ja haittansa. (Shaw 2008, 403, 411.) Se, mikä on ammatillisesti eettistä, ei välttämättä ole tutkimuseettisesti tarkoituksenmukaista. Haastattelutilanteiden jälkeen kummastelin sitä, miten luontevalta haastattelujen tekeminen itsestäni tuntui ja miten innostunut olin. Kohtaamiset muistuttivat paljon asiakastapaamisia ja olivat tunnelmaltaan ”tiiväitä”. Olen tiedostanut, että sosiaalityön tutkimusta tehdään usein ihmisten kanssa, joiden itsemääräämisen ja tilanteiden arvioinnin kyky on heikentynyt tilapäisesti tai pitkäaikaisesti, mikä altistaa heitä ”liikaa avautumiselle”. (Rauhala ym. 2011, 242; Shaw 2008, 404-405.) Mietin kohtaamisten jälkeen paljon sitä,

olenko itse käyttänyt omaa ammatillista osaamistani oikein haastattelutilanteissa. Sosiaalityöntekijät ovat vuorovaikutukseen erikoistuneita ammattilaisia, mikä varmasti näkyy myös omassa tavassani toimia käytännön tutkijana. (Arki, arvot... 2010, 26.) Vaikka omana intressinäni on koko ajan ollut tutkimusaineiston kerääminen, olen kyennyt haastattelutilanteissa myös antamaan itsestäni jotakin haastateltaville. (vrt. Rauhala ym. 2011, 238.) Varsin usein haastattelutilanteen yhteydessä haastateltavat tiedustelivat minulta, miten heidän kannattaisi sen hetkisessä elämäntilanteessaan toimia. Katsoin ammatilliseksi velvollisuudekseni vastata näihin kysymyksiin. Vaikka osasin odottaa haastateltavilta sensitiivistä kerrontaa, silti kerronnan ”syvyysaste” yllätti minut. Tutkijana olen kiitollinen haastateltavien avoimuudesta ja toivon, että he eivät ole jälkikäteen kokeneet avautuneensa liikaa. Olen omalta osaltani pyrkinyt toimimaan ja hyödyntämään tutkimusaineistoani eettisesti kestäväällä tavalla.

5 TOIVEITA JA KUVAUKSIA KUNTOUTUSTUTKIMUSPROSESSISTA

5.1 Haastateltavien toiveet kuntoutustutkimuspoliklinikalle saavuttaessa

Ennen kuntoutustutkimuspoliklinikalle ohjautumistaan useimmat haastateltavat olivat vuosien ajan olleet terveydenhuollon eri toimipisteiden asiakkaita. Seitsemän haastateltavaa tuli kuntoutustutkimuspoliklinikalle hoitavan lääkärinsä lähettämänä. Näistä läheteistä kaksi tuli työterveyshuollosta, yksi perusterveydenhuollosta ja neljä Tampereen yliopistollisen sairaalan eri osastoilta ja poliklinikoilta. Kaksi haastateltavista tuli kuntoutustutkimukseen työ- ja elinkeinotoimiston lähettämänä ja yksi työeläkelaitoksen läheteellä. Näistä kolmesta haastateltavasta, jotka tulivat muun tahon kuin terveydenhuollon läheteellä, kahdella oli vakituinen hoitosuhde jonkun olemassa olevan sairauden vuoksi. Näiden taustatietojen valossa haastateltavien työ- ja toimintakykyä rajoittavat tekijät eivät vaikuta olevan yksiselitteisiä ja helposti ratkaistavissa olevia.

Haastattelun aluksi tiedustelin haastateltavilta, minkälaisin toivein ja odotuksin he tulivat kuntoutustutkimuspoliklinikalle. Osalla haastateltavista oli kuntoutustutkimuspoliklinikalle saapuessaan useampia toiveita ja odotuksia. Tästä syystä haastateltavien toiveiden (taulukko 1) lukumäärä (n=15) ei täsmää haastateltavien määrän (n=10) kanssa.

Taulukko 1. Haastateltavien toiveet kuntoutustutkimuspoliklinikalle tullessa

ASIAKKAIDEN TOIVEET	LUKUMÄÄRÄ
Työkuntoiseksi tuleminen ja työelämään pääsy	4
Ei tiennyt, minne oli tulossa	4
Apua kipuihin	2
Eläkkeelle pääsy	2
Saada tietoa ja kliinisiä tutkimuksia	2
Aikaisempien kliinisten tutkimustulosten kyseenalaistaminen	1
YHTEENSÄ	15

Seuraavaksi käsittelen tarkemmin sitä, mitä nämä haastateltavien esiin nostamat toiveet ja odotukset pitävät sisällään ja mitä ne merkitsevät kuntoutustutkimusprosessin näkökulmasta. Tutkimuksen analyysiyksikkönä on luvussa 5.1 haastateltavien toiveet kuntoutustutkimus-

poliklinikalle tultaessa. Luku 5.1 toimii samalla haastateltavien tarkempaan esittelyyn ja eräänlaisena johdantona luvulle 5.2. Käsittelen haastateltavien toiveita edellisen taulukon mukaisessa järjestyksessä. Haastateltavien käyttämät ilmaisut olen erottanut suorissa haastattelulainauksissa kursivoinnin avulla ja tekstin keskellä "sitaattimerkkejä" hyödyntäen.

Työkuntoiseksi tuleminen ja työelämään pääsy

Kuntoutustutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on asiakkaan työelämässä pysyminen tai sinne pääseminen. Seitsemällä haastateltavalla oli kuntoutustutkimukseen tulohetkellä voimassa oleva työsuhde, silti työkuntoiseksi tuleminen ja työelämään pääsy olivat vain neljän haastateltavan toiveina kuntoutustutkimuspoliklinikalle saavuttaessa.

Kun asiakas ei tiedä, mitä kuntoutustutkimus on ja mihin sillä pyritään, päätelmiä tehdään muun muassa poliklinikan nimen perusteella, kuten kaksi haastateltavista toi esiin.

H¹¹: Minkälainen tilanne oli kun sä tulit tänne (kuntoutustutkimuspoliklinikalle)? Mitä sä odotit näiltä käynneiltä täällä?

A: Mulla ei ollut käytännössä mitään tietoa, että mikä tää koko juttu on. Kyllä mä aattelin, että kun nimi on kuntoutustutkimuspoliklinikka, se ohjaisi minut sellaiseen kuntoutukseen, joka johtaisi siihen, että minusta tulee työkuntoinen. Se odotus ei kyllä mun mielestäni kovin hyvin täytynyt. Se oli enemmän puhetta kuin sitä, että ohjattaisiin johonkin, josta mä saisin sitten avun. (Haastattelu 3, 11)

Vaikka haastateltava ei tiennyt, minne hän oli tulossa, hän odotti pääsevänsä kuntoutukseen, jonka myötä hänestä tulisi "työkuntoinen". Haastateltavan odotukset työkuntoiseksi tulemisesta eivät kuitenkaan toteutuneet, koska kuntoutustutkimus oli haastateltavan sanoja lainatakseni "enemmän puhetta" kuin käytännön tekoja. Tehdessään johtopäätöksiä poliklinikan nimen perusteella, molemmat haastateltavat keskittyivät kuntoutus -muotojen pohdintaan. Sitä, mitä tutkimus kuntoutus-sanan perässä merkitsee, ei synnyttänyt haastateltavissa odotuksia kuntoutustutkimusprosessia kohtaan.

Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että ihmisen subjektiivinen arvio omasta työkyvystään ennustaa hyvin hänen tulevaa työkykyään tai työkyvyttömyyttään. Myös asiakkaan oman asenteen ja motivaation kuntoutustutkimusta kohtaan on todettu vaikuttavan

¹¹ H= haastattelija, A=kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakas

selkeästi kuntoutustutkimuksen lopputulokseen. Edellisen haastateltavan myönteinen asenne ja motivaatio kuntoutustutkimusprosessia kohtaan eivät kuitenkaan johtaneet haastateltavaa tyydyttävään lopputulokseen, sillä "odotus ei kovin hyvin täyttynyt". Tyytymättömyys kuntoutustutkimusprosessia kohtaan sai alkusysäyksensä haastateltavan odotuksista, jotka eivät toteutuneet.

Asiakkaan oma motivaatio ja aktiivisuus ovat tärkeitä kuntoutustutkimusprosessin onnistumisen näkökulmasta, kuten seuraavasta haastattelulainauksesta ilmenee.

H: Kun tulit kuntoutustutkimukseen, niin oliko sulla mitään odotuksia tai minkälainen oma motivaatio oli silloin, kun tulit?

A: Tulin satasella sinne, koska mä itsekin pyysin kiirehtimään sinne pääsyä, että halukkuus ja motivaatio oli tosiaan korkealla, että mä haluan takaisin työelämään ja että saan sitten tavallaan nää elämänlangat taas sujumaan, että oli semmoinen lähtökohta itellä, että tuli sellaisella mielellä. Ja niinhän siinä sitten kävikin, että sen avun sieltä sain. (Haastattelu 5, 15)

Haastateltava kertoo, miten myönteinen ajattelu siirtyy toiminnan tasolle ja johtaa haluttuun lopputulokseen. Haastateltavan "korkea motivaatio, halu päästä takaisin työelämään ja saada elämänlangat taas sujumaan" olivat merkityksellisiä tekijöitä kuntoutustutkimuksen myönteistä lopputulosta ajatellen: hän koki saaneensa kuntoutustutkimuksesta "sen avun", jota oli lähtenyt hakemaan. Yleisesti ammattilaisten keskuudessa ajatellaan, että asiakkaan elämäntilanteen tasapaino on edellytys onnistuneelle kuntoutustutkimukselle. Toisaalta myös työelämään pääsy voi ratkaista asiakkaan elämän ongelmakohtia, kuten edellisen haastateltavan kohdalla tapahtui.

Ei tiennyt, minne oli tulossa

Neljä haastateltavaa toi esille, että he eivät tieneet kuntoutustutkimuspoliklinikalle saapuessaan, minne he olivat tulossa. Silti kolmella heistä oli jonkinlaisia odotuksia kuntoutustutkimusprosessia kohtaan tai oletuksia siitä, mitä kuntoutustutkimus heidän kohdallaan tulisi tarkoittamaan.

Vaikka lähetteen tehneet lääkärit pääsääntöisesti tietävät, mitä kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehdään, he eivät silti perustelleet riittävän hyvin haastateltaville lähetteen tekemisen syitä ja kuntoutustutkimuspoliklinikan toimintaa.

Yksi kuntoutustutkimuspoliklinikalle lähettämisen syy on asiakkaan hidas toipuminen leikkaustoimenpiteestä tai leikkauksen tehneen lääkärin arvio siitä, että asiakas ei kykene enää palaamaan entiseen työhönsä ja tarvitsee tukea uudenlaisen työuran löytämiseen.

H: Oliko se sulle ihan selkeätä, että mihin sä olet tulossa tai mitä siellä (kuntoutustutkimuspoliklinikalla) tehdään?

A: Ei se (lähetteen tehnyt lääkäri) selittänyt sen kummemmin, ei mulla ollut kyllä hajuakaan, että mihinkä mä olen menossa. Mä luulin, että siellä väännellään ja vatvotaan mun niskaani tai joku kuntoutus, niin mä ymmärsin sen.

H: Että tämmöistä fyysistä enemmän?

A: Niin. Että siellä nyt jotain tyyliin hierotaan tai voimistellaan tai jotain liikkeitä tehdään, mä käsitin se niin. Mutta se olikin noin tommonen kokonaisvaltainen juttu. (Haastattelu 10, 6)

Haastateltavalle oli tehty leikkaus niskan alueelle ja hän kertoo odottaneensa, että kuntoutustutkimus olisi yksi konkreettinen, fyysisen kuntouttamisen toimenpide, kuten leikkaustoimenpiteen jälkeinen fysioterapia. Kuntoutustutkimukseen lähettämisen syynä ei ollut haastateltavan kohdalla ainoastaan kuntoutuksen tehostaminen vaan leikkaustoimenpiteen jälkeinen kiputilanne ja kyvyttömyys palata takaisin entiseen työhön. Toisin sanoen lähettänyt lääkäri oli arvioinut, että haastateltava on kyvytön palaamaan takaisin aikaisempaan, fyysisesti raskaaseen työhön ja lähettänyt hänet kuntoutustutkimuspoliklinikalle työkyvynarviointia varten. Hän ei kuitenkaan ollut selittänyt haastateltavalle, minkälainen paikka kuntoutustutkimuspoliklinikka on ja miksi lähete sinne tehtiin.

Toisinaan vakavasta sairaudesta toipuminen voi vaatia asiakkaalta useita vuosia kestävän kuntoutuksen pitkän sairausloman lisäksi. Erilaiset kuntouttavat tahot tulevat näille asiakkaille hyvin tutuiksi. Esimerkinomaisesti erästä haastateltavaa oli kuntoutettu kahden vuoden ajan sekä kaupungin sairaalassa että erikoissairaanhoidossa. Hän ajatteli kuntoutustutkimuksen liittyvän automaattisesti kaikkien samankaltaisesta sairaudesta toipuvien henkilöiden kuntoutusprosessiin, tähän viittaa haastateltavan toteamus ”mä kuvittelin, että se kuuluu tähän (kuntoutus) ohjelmaan”.

Apua kipuihin

Asiakkaan odotukset ja toiveet kuntoutustutkimusta kohtaan kumpuavat usein henkilökohtaisesta elämäntilanteesta ja erityisesti tyydyttämättömistä tarpeista. Tarpeiden tyydyttämättömyys voi johtaa pitkään jatkuessaan henkisten voimavarojen hiipumiseen, kuten seuraavan haastateltavan kohdalla oli tapahtunut.

H: Oliko sulla minkäänlaisia odotuksia, kun sä tulit sinne kuntoutustutkimuspoliklinikalle? Toivoitko sä, että siellä joitakin asioita selviäisi tai ratkeaisi vai oliko se tilanne siinä vaiheessa semmoinen, että ei osannut enää odottaa mitään?

A: Mä taisin olla aika lailla neutraali, just kun oli tää lääkitys, niin ei paljon mikään asia hetkauttanut suuntaan eikä toiseen. Mä olin varmaan silloin kaikista eniten tokkuraisin. Odotukset oli semmoiset, että saisi jotain apua just siihen, että ei silloin tajunnut, että oli lääkityksessä ja masentunut, ajatteli vaan, että saisi jostain apua näihin kipuihin. (Haastattelu 7, 9-10)

Haastateltava oli kuntoutustutkimusprosessin alkaessa lääkityksen vuoksi ”tokkurassa”. Tokkuraisessa mielessään hänellä oli ainoastaan yksi ajatus ”saada apua kipuihin”.

Valtaosa kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaita kärsii voimakkaista kivuista, joita ei ole onnistuttu lievittämään. Tästä syystä kuntoutustutkimuspoliklinikka tekee tiivistä yhteistyötä muun muassa yleissairaalapsykiatrian osaston kanssa, jossa tehdään kivuntutkimusjaksoja.

Asiakkaat eivät usein tiedä kuntoutustutkimuspoliklinikalle saapuessaan, että henkilökunta on kiinnostunut muustakin kuin heidän terveydentilastaan. Jotta kuntoutujan omat henkilökohtaiset voimavarat saataisiin paremmin käyttöön, työskentely kuntoutustutkimuspoliklinikalla perustuu biopsykososiaaliseen ymmärrykseen ihmisestä. Tämän näkemyksen mukaan ihminen on enemmän kuin ”osiensa (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen) summa”.

H: Minkälainen kuva siitä kokonaisuudesta jäi? Oliko se jotenkin hajanainen tai epämääräinen vai tiesitkö sä koko ajan, mitä seuraavaksi tulee ja mihin sillä koko jutulla tähdätään?

A: Olihan se alku semmosta, että oli vähän tosiaan mihinkä mä nyt tuun. Sitä varmaan haki apua siihen kipuunkin. Ei osannut ajatellakaan, että sehän onkin niin kokonaisvaltainen juttu. (Haastattelu 5, 5-6)

Haastateltavan kipukierre oli alkanut onnettomuuden seurauksena 1990-luvun puolivälissä. Kun kivutonta hetkeä ei ollut ollut yli kymmeneen vuoteen, on haastateltavan toive kiputilanteen lievittymisestä hyvinkin ymmärrettävää. Kun haastateltava oli saanut apua kiputilanteeseensa, hän alkaa ymmärtää, mitä kaikkea kuntoutustutkimus pitää sisällään. Haastateltavan kokemukset tuovat esiin eräänlaisen "marssijärjestyksen", joka vaikuttaa toistuvan muidenkin haastateltavien kokemuskuvauksissa: tyydyttämättömiin tarpeisiin tulisi kyetä vastaamaan ennen kuin asiakas on valmis pohtimaan pidemmälle tulevaisuuteen suuntautuvaa ammatillista kuntoutusta.

Eläkkeelle pääsy

Kaksi haastateltavista saapui kuntoutustutkimuspoliklinikalle eläkehaavein. Kummallakaan "eläkehakuisista" haastateltavista ei ollut kuntoutustutkimuksen alkaessa voimassa olevaa työsuhdetta ja molemmat olivat työ- ja elinkeinotoimiston asiakkaita.

Toisen haastateltavan eläke -toiveen taustalla oli "työvoimatoimiston riesasta" eroon pääseminen. Keskustelun jatkuessa hän paljastaa lisää tulevaisuuden suunnitelmistaan, jotka olivat varsin epäedullisia kuntoutustutkimuksen perustehtävää ajatellen.

H: Että motivaatio tullessa ei ollut mikään paras mahdollinen, jos työllistymistä ajatellaan?

A: Ei ollut eikä kait lähtiessäkään. "Ei ole kovin motivoitunut päivätyöhön." (Haastateltava lukee suoraan lääkärin tekstiä kuntoutus-lehdeltä).

H: Lääkäri on kirjoittanut niin?

A: (Haastateltava jatkaa lääkärin tekstin lukemista) "Toisaalta ei ole kovin innostunut ollut sitoutumaan säännölliseen päivätyöhön tai vaihtoehtoihin". Olin tämmöisen elämänvalinnan tehnyt, että jos jostain sais kymppitonnin, niin jonkun purkukuntoisen mörskän ostais jostain mettästä ja sinne. (Haastattelu 2, 12)

Kuntoutustutkimuspoliklinikan työllistymistavoite on selvästi nähtävissä haastateltavan siteeraamista sairauskertomuksen otteista "ei ole kovin motivoitunut päivätyöhön" ja "ei ole kovin innostunut sitoutumaan säännölliseen päivätyöhön tai vaihtoehtoihin". Jos pitkäaikais-työtön henkilö lähetetään työ- ja elinkeinotoimiston läheteellä kuntoutustutkimuspoliklinikalle, hänellä on aina myös terveydellisiä ongelmia. Haastateltava halusi päästä eroon kaikista yhteiskunnan asettamista velvoitteista ja sitoumuksista, ei ainoastaan työ- ja

elinkeinotoimistosta. Eläkkeelle pääsyn pyrkimykset voivat kertoa myös asiakkaan mielialan laskusta ja luovuttamisen mentaliteetista.

H: Minkälaiset odotukset sulla oli tai minkälainen motivaatio sulla oli tulla silloin sinne kuntoutustutkimuspoliklinikalle?

A: Odotukset varmaan sillä hetkellä oli suurin piirtein, että mä haluan eläkkeelle. (nauraa) Silloin oli niin jotenkin ottaantunut elämän kiemuroihin, että kaikkea on yrittänyt ja mikään ei natsannut ja tuli vähän semmoinen fiilis, että mä haluan heittää pyyhkeen kehään, en mä jaksa enää yrittää mitään. (Haastattelu 8, 10)

Haastateltavan eläkehaaveiden taustalla oli kokemus epäonnistumisesta eri elämänalueilla, minkä seurauksena hän ”ei jaksanut enää yrittää mitään”. Haastateltavan puheessaan käyttämät ääri-ilmaukset ”kaikkea yrittänyt, mikään ei natsannut” ja toteamus ”haluan heittää pyyhkeen kehään”, vahvistavat hänen esiintuomaansa luovuttamisen mielialaa. Hän naurahtaa puhuessaan eläkehaaveistaan, vaikka samalla kuvaa elämäntilanteensa olleen hyvin kuormittava. Naurun avulla hän kenties pyrkii keventämään muutoin varsin synkältä vaikuttavaa elämäntilannettaan. Haastateltava kertoo olleensa ”silloin” eli kuntoutustutkimusprosessin prosessin käynnistyessä ”otautunut elämän kiemuroihin”, mikä puolestaan antaa kuulijalle käsityksen siitä, että tilanne on nyt toisenlainen.

Kuntoutustutkimuspoliklinikalle saavuttaessa kaksi työttömänä ollutta henkilöä halusi päästä eläkkeelle ja eläkkeellä olleet henkilöt halusivat puolestaan päästä takaisin työelämään. Nuorelle henkilölle työkyvyttömyys on jotakin odottamatonta ja yllättävää. Eräs haastateltavista kuvasi mielestäni osuvasti eläkkeellä olemiseen liittyvää häpeää toteamalla ”Mä en ole työtön enkä työssäkäyvä, sitä on vaan joku eläkeläinen. Mä en kehtaa sanoo kellekään, että mä saan jotain eläkettä. Sehän kuullostaa ihan kamalalta.” Työssä käyminen tai työttömänä oleminen on haastateltavalle jotain tavanomaiseen elämään kuuluvaa, eläkkeellä oleminen sitä vastoin ei. Mainittakoon, että molemmat haastateltavat, jotka toivoivat kuntoutustutkimusprosessin aluksi eläkeratkaisua, olivat haastatteluhetkellä ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta aktiivisia: toinen heistä oli työelämässä ja toinen koulutuksessa.

Saada tietoa ja kliinisiä tutkimuksia

Haastateltavat olivat kuntoutustutkimuspoliklinikalle saapuessaan tiedonjanoisia, vaikka ainoastaan kaksi haastateltavista kertoi odottavansa kuntoutustutkimukselta nimenomaan ”tietoa ja tutkimuksia”. Suurin osa vastasi odotuksia koskevaan tiedusteluuni ilmoittamalla, mikä hänen oma henkilökohtainen tavoitteensa oli koko kuntoutustutkimusprosessia ajatellen. Oletuksenani on, että muutkin haastateltavat odottivat erilaisia tutkimuksia, joiden myötävaikutuksella heidän olisi mahdollista saada asianmukaista hoitoa ja saavuttaa oma henkilökohtainen tavoitteensa. Perustelen oletustani haastateltavien osoittamalla turhautumisella lähettänyttä ja/tai hoitotahoaan kohtaan, koska nämä eivät olleet kyenneet ratkaisemaan heidän työ- ja toimintakykyään rajoittaneita pulmia.

H: Oliko sulla mitään ennakkokäsityksiä tai odotuksia, että mitä sä ajattelin, että mitä se (kuntoutustutkimus) tarkoittaa?

A: Odotus oli, että joku vihdoinkin sanoo, että mikä tässä (kädessä) ensinnäkin on vikana ja miten tästä eteenpäin. (Haastattelu 1, 3)

Haastateltava koki terveydellisen ongelman nimeämättömyyden johtaneen siihen, että vaivaa ei myöskään kyetty hoitamaan. Tästä puolestaan seurasi turhautuminen ja kykenemättömyys orientoitua tulevaisuuteen ja työhön paluuseen. Haastateltava palasi uudelleen turhautumisteemaan haastattelun edetessä, toteamalla, että ”kukaan ei tehnyt mitään ja mikään asia ei edennyt”. Turhautumisen taustalla oli myös pelkoa siitä, että hän 30-vuotiaana ”joutuu oikeasti jäämään eläkkeelle”. Kuntoutustutkimuspoliikkia hän kuvaa paikaksi, jossa selvitetään ”miten tässä eletään ja ollaan”. Samaan hengenvetoon hän toteaa kahdesti, miten ”helpottavalta” tuntui, kun hänen kertomiinsa asioihin vihdoinkin tartuttiin. Samaan aihepiiriin palaaminen vahvistaa hänen kokemustaan ja piirtää kuvan kuntoutustutkimuksesta eräänlaisena vedenjakajana turhautumisen ja helpotuksen välillä.

Toinen tutkimukseen pääsyä odottaneista haastateltavista kertoi jo heti haastattelun alkumetreillä, että todellinen syy hänen työllistymisvaikeuksiinsa oli päihdeidenkäyttö. Tämä oli mielenkiintoinen haastattelun aloitus, sillä kuntoutustutkimuspoliklinikalle saavuttaessa asiakkaalla ei saisi olla akuuttia päihdeongelmaa. Mikäli päihdeongelma paljastuu kuntoutustutkimusprosessin aikana, on päihdekuntoutus ensisijainen vaihtoehto ennen ammatillisen kuntoutussuunnitelman pohtimista. Kaksi haastateltavista ilmoitti kuntoutustutkimus-

poliklinikalle lähettämisen syyksi päihteidenkäytön, vaikka todellisuudessa molemmilla oli lähettämisen ”virallisena” syynä jokin muu fyysinen ja/tai psyykinen sairaus. Kyseiset haastateltavat näkivät kuitenkin päihteidenkäytön vaikeuttavan eniten työelämään pääsyä.

H: Onko sulla itse käsitystä tai muistatko, että minkä takia sä kuntoutustutkimuspoliklinikalle tulit asiakkaaksi? Mistä se oikein lähti?

A: Käytin päihteitä ja mä en saanut omaa elämää järjestykseen ja se, että mä pääsisin tätä kautta töihin, että tehtäis kaiken maailman tutkimuksia tai jotain. (Haastattelu 4, 1)

Myöhemmin haastattelun edetessä käy ilmi myös haastateltavan mittavat oppimiseen liittyvät ongelmat. Tätä taustaa vasten on helppo ymmärtää lisätutkimusten tarve, joiden avulla selvitellään haastateltavan koulutus- ja työelämäedellytykset.

H: Olitko sä koulussa ihan normaalilla luokalla vai pienryhmässä?

A: Mä olin ensimmäisestä ysiin saakka erityisluokassa.

H: Oliko sulla erilainen opetusohjelma kuin muilla?

A: Oli semmonen kymmenen ryhmä meitä. En mä tiedä, oliko kaikki niin vaikeita, samanlaisia kuin mä.

H: Pääsitkö sä peruskoulun kuitenkin läpi yhdeksässä vuodessa?

A: Pääsin, ihme kyllä. Mutta sekin, että todistuksiin tuli tähtiä.

H: Tuliko paljon tähtiä?

A: Aika paljon.

H: Ne oli niitä mukautuksia?

A: Ymm. Oikeastaan koko päättötodistus oli täynnä tähtiä.

(Haastattelu 4, 4)

Haastateltava kategorisoi itsensä ”vaikeisiin oppilaisiin” ja arvelee olleensa vaikeiden oppilaiden ryhmässä yksi vaikeimmista. Hän tiedostaa, että paras meriitti työnhakua ajatellen ei ole ”päättötodistus täynnä tähtiä”.

Aikaisempien kliinisten tutkimustulosten kyseenalaistaminen

Pääsääntöisesti asiakkaat tulevat kuntoutustutkimuspoliklinikalle vapaaehtoisesti. Kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan suhtautuneet positiivisella asenteella kuntoutustutkimusprosessin alkamiseen eivät olleet motivoituneita työelämään. Toisinaan asiakas voi myös kokea joutuneensa kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaaksi, kuten seuraavasta haastattelulainauksesta käy ilmi.

H: Mitkäs asiat johti siihen, että sä tulit kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaaksi? Minkälaiset asiat oli myötävaikuttamassa siihen?

A: Jaa-a, sen kun tietäisi. Tässä on nyt kymmenen vuotta mennyt tän kaiken sähläämisen keskellä. En mä voi sanoa, että mä tiesin, että mihin tulin. Kyllä se tuli aika paljon yllätyksenä. Se, miksi mä jouduin kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaaksi oli se, että sen uupumisen jälkeen rupesi tulemaan tuloksia niin hitaasti, että eläkelaitos hermostui ja tilas, käytännössä pakotti menemään sinne.

H: Eläkevakuutusyhtiön kautta on tullut se lähete sitten meille.

A: Taikka aloite siitä, ja mun käsittääkseni se myös maksoi tän lystin.

H: Työterveyslääkärikö sen sitten oikeasti teki sen virallisen lähetteen?

A: Mä en tiedä sitä kuviota. Käytännössähän se meni sillai, että mä muodollisesti jouduin anomaan sitä eläkelaitokselta ja ne sitten tietysti antoi rahoituspäätöksen.

(Haastattelu 9, 2)

Kun haastateltavan sairausloma alkoi pitkittyä, työeläkelaitos halusi saada kuntoutusalan ammattilaisten arvion hänen työ- ja toimintakyvystään. Ensisijaista työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden on aina ammatillisen kuntoutusreitien löytäminen, mikä useimmiten tarkoittaa sitä, että vakuutusyhtiö kustantaa asiakkaalleen työkokeilun joko entisessä tai uudessa työpaikassa tai sitoutuu maksamaan tälle ammatillisen uudelleen koulutuksen. Edellisen haastateltavan syy kuntoutustutkimuspoliklinikalle ”joutumiseen” oli uupumuksessa, josta haastateltava ei ollut toipunut odotusten mukaisesti.

H: Sä koit vähän, että sä jouduit sinne (kuntoutustutkimuspoliklinikalle) ja sanoit, että eläkevakuutusyhtiö päätti, että nyt mennään kuntoutustutkimukseen. Mutta oliko sulla silti jotain omia odotuksia tai mitä sä ite ajattelit?

A: Kyllä mä toisaalta odotin, olin vähän innostunut aiheesta, että josko nyt sitten vihdoin viimein joku kyseenalastais sen, mitä siellä alussa on tehty, että oikeesti löytyisi sellaisia asioita, joittenka varaan pystyisi rakentamaan, mutta tota ei. (Haastattelu 9, 10)

Haastateltavan sairaushistoria oli kestänyt kymmenen vuotta ja lähes koko sairastamisensa ajan hän oli toivonut, että joku kyseenalastaisi sen, mitä sairastumisen alkumetreillä oli hänen sairaudestaan päätelty silloisten tutkimustulosten perusteella. Haastateltavan lisäksi myös monet lähettäneet tahot ja työnantajat kaipaavat ammattilaisten varmistusta vajaakuntoisten henkilöiden tilanteesta oman päätöksentekonsa tueksi.

Haastateltavat odottivat kuntoutustutkimukselta täysin vastakohtaisia lopputulemia, kuten työelämään pääsyä ja eläkeratkaisua. Kuntoutustutkimuksen ensisijainen pyrkimys on etsiä asiakkaille keinoja päästä työelämään joko ensimmäistä kertaa tai löytää uusi reitti asiakkaan tultua työkyvyttömäksi aikaisempaan ammattiinsa. Eläkeratkaisu ei useimmiten ole realistinen

vaihtoehto tai ratkaisu asiakkaan ongelmiin. Vaikka lähettämisen syynä on poikkeuksesta fyysinen ja/tai psyykinen sairaus, vika tai vamma, haastateltavat saattoivat nimetä lähettämisen syyksi esimerkiksi päihteidenkäytön. Tämänkaltaisiin elämänhallintaan liittyviin ongelmiin tulisi kyetä löytämään tyydyttävä ratkaisu ennen työelämään liittyvien haasteiden tarkempaa pohtimista. Toisaalta työelämään pääsy voi jo itsessään olla avain asiakkaan elämää lukkiuttaviin tilanteisiin. Luvun 5.1 keskeisin sanoma lienee kuitenkin se, että haastateltavien heikko motivaatio työllistyä ja osallistua kuntoutustutkimukseen ei johtanut kuntoutustutkimusprosessin epäonnistumiseen ja käänteisesti: yhteistyöhaluiset ja -kykyiset sekä työelämään motivoituneet haastateltavat eivät välttämättä päässeet takaisin työelämään kuntoutustutkimusprosessiin osallistumisen myötä.

5.2 Haastateltavien kuvaukset kuntoutustutkimusprosessista

Pyrin haastatteluissa selvittämään, minkälaiset tekijät ovat vaikuttaneet haastateltavien käsityksiin kuntoutustutkimusprosessista ja ammattilaisten kohtaamisista sekä miten he ovat päässeet vaikuttamaan kuntoutussuunnitelmansa sisältöön. Tässä luvussa analyysiyksikkönä ovat haastateltavien käsitykset kohtaamistilanteista ja kuntoutustutkimusprosessista. Osallisuus- ja oikea-aikaisuus -tematiikka ovat suunnanneet haastatteluaineiston luentaa ja käsittelyä. Näiden haastatteluteemojen kautta tutkimuskysymykseksi on tässä luvussa: Miten haastateltavat kuvaavat kuntoutustutkimusprosessia ja omaa osallisuuttaan siinä?

Haastateltavien kerronta on hyvin dikotomista, sillä kuvaukset kuntoutustutkimusprosessista ovat pääsääntöisesti joko myönteisiä tai kielteisiä, minkä olen pyrkinyt havainnollistamaan numeroimattomissa alaotsikoissa. Haastateltavien käyttämät ilmaisut olen erottanut muusta tekstistä sitaattimerkkien avulla.

Kokonaisvaltaista vai suppeaa liukuhihnatyötä?

Osa haastateltavista kuvasi kuntoutustutkimuspoliklinikan toimintaa sanalla kokonaisvaltainen tai perusteellinen. Kokonaisvaltaisuudella he tarkoittivat muun muassa ammattilaisten ”asiallista suhtautumista” ja sitä, että asiakkaan ”kertomat asiat otetaan todesta”. Vertailukohtana haastateltavilla oli esimerkiksi työterveyshuolto, jonka toimintaa kohtaan neljä haastateltavista osoitti kritiikkiä.

H: Miten sä aattelet, miten se niin kuin meni tai eteni se aika siellä?

A: Kyllä mun mielestä ihan kartotettiin niin kuin kokonaisuutena asiaa. Että suhtauduttiin ehkä hieman asiallisemmin koko asiaan kuin työterveydessä. Joskus tuli vähän sellainen olo, työterveydessä varsinkin, että ne ei ota ihan todesta. Tuolla (kuntoutustutkimuspoliikklinikka) ei niin kuin mun mielestä sillai joutunut kohtaamaan mitään semmoista. (Haastattelu 1, 6)

Haastateltava käyttää puheensa vakuutena kontrastiparia: ”asiallisesti” asiakkaisiinsa suhtautuva kuntoutustutkimuspoliikklinikan henkilökunta ja työterveyshuolto, jossa asiakasta ”ei oteta todesta”. Haastateltava kommentti ”ehkä hieman asiallisemmin” saattaa antaa väärän kuvan siitä, mitä hän todella tarkoitti. Haastatteluhetkellä hän ilmaisi asiansa varsin ironiseen sävyyn antaen ymmärtää, että kuntoutustutkimuspoliikklinikan henkilökunta kohteli asiakkaitaan paljon asiallisemmin kuin työterveyshuollon henkilökunta. Myöhemmin haastateltava tarkentaa, miksi oli tyytymätön työterveyshuoltoon ja työterveyslääkäreihin.

Työterveydessä työskenteli haastateltavan mielestä ”hirveesti nuoria lääkäreitä, joilla ei ollut kiinnostusta” hoitaa asiakkaidensa asioita. Lisäksi haastateltava arvioi, että työterveydessä ajatellaan yleisesti ”kaupungin työntekijöiden aina valittavan”. Kaupungin työntekijät voidaan nähdä haastateltavan puheessa valittajina, joiden kertomaa ei tarvitsekaan ottaa todesta.

Pitkittyessään terveydelliset pulmat vaikeuttavat haastateltavien taloudellista pärjäämistä. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna ”kokonaisvaltainen, perusteellinen tutkimus” ja hoito pitää sisällään myös sairastuneen henkilön etuusasioista huolehtimisen. Kuntoutustutkimuspoliikklinikan ja työterveyshuollon toimintaa vertailtiin myös etuusasioiden hoitamisen näkökulmasta. Kuten eräs haastateltavista asian ilmaisi ”työterveyslääkäri lähettää paperit aina liian myöhään ja sitten mä oon aina muutaman kuukauden ilman rahaa, mutta kyllähän ne sieltä sitten joskus”.

Haastateltava kertoo taloudellisesti hankalasta tilanteestaan keveänoloisesti. Haastateltavan toteamus ”kyllähän ne sieltä sitten joskus” ja toistuvat, muutaman kuukauden rahattomat jaksot eivät vaikuta ole sopusoinnussa keskenään. Toisaalta haastateltavan toteamus voidaan nähdä jonkinlaisena ironiana kohtuutonta tilannetta ja sen aiheuttanutta tahoja kohtaan. Tilanne näyttäytyy kohtuuttomana, koska muutaman kuukauden rahattomuus on ollut toistuva

kokemus haastateltavan elämässä. Tilanteen toistumiseen viittaa haastateltavan käyttämät ääri-ilmaisut ”aina liian myöhään ja aina muutaman kuukauden ilman rahaa”.

Kokonaisvaltaisen työotteen omaava ammattihenkilö kykenee huomioimaan asiakkaan elämäntilanteen kokonaisuutena tai kuten eräs haastateltavista asian ilmaisi ”kuntoutustutkimuspoliklinikalla sai korvien välistä purkaa vähän kaikennäköisiä tunteuksia”. Kokonaisvaltainen työote mahdollistaa kaikenlaisten tunteiden esiintuomisen, myös psyykkisen kuormituksen.

Kymmenen haastateltavan pienessä otteessa on jo havaittavissa lähettämisen syiden laaja kirjo: päihde- ja elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat, pitkittynyt kiputilanne sekä psyykinen ja/tai fyysinen sairastaminen. Muistellessaan kuntoutustutkimusprosessia haastateltavat ajoittain etäännyttivät itsensä kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakaskunnasta ja puhuivat poliklinikan toiminnasta ikään kuin ulkopuolisen henkilön silmin. Itsestä etäännyttäminen vapauttaa haastateltavan selvityksenantovelvollisuudesta, mikä voi olla merkki haastateltavan varauksellisuudesta tai ainakin varovaisuudesta.

Kokonaisvaltaisuuden lisäksi kuntoutustutkimusta kuvattiin myös ”perusteelliseksi”. Perusteellisessa kuntoutustutkimuksessa kiinnitetään haastateltavien mukaan huomiota muun muassa siihen, ”minkä takia asiakkaat ovat ohjautuneet kuntoutustutkimukseen”. Kokonaisvaltaisen ja perusteellisen työotteen omaksunut terveydenhuollon ammattilainen on haastateltavien mielestään kiinnostunut fyysisen tilanteen lisäksi myös ”ihmisen sosiaalisesta tilanteesta ja toimeentulosta”.

Pitkälle ajanjaksolle ulottuvat yksittäiset käynnit saattavat vaikeuttaa kokonaiskäsityksen muodostamista kuntoutustutkimusprosessista. Kuntoutustutkimusprosessia kuvattiin ”pitkäksi ja hajanaiseksi” ajanjaksoksi. Liian pitkän prosessin aikaansaama hajanainen kuva ei välttämättä täsmenny, vaikka prosessin kulusta kerrotaan suullisesti ja haastateltava vakuuttaa tietävänsä, mikä on yksittäisten käyntien tarkoitus.

H: Jäikö niistä (ammattilaisten kohtaamisista) joku erityisesti mieleen vai oliko ne vaan semmoisia yksittäisiä käyntejä ?

A: Hyvin paljon just sitä, että se oli yksittäinen käynti. Sitä kokonaisuutta ei hahmottanut niin hyvin, tuntui että ne oli kaikki vähän hajallaan siellä täällä, että kyllähän mä nyt tiesin tosiaan, että minkä takia mä kävin kylläkin. (Haastattelu 8, 2)

Haastateltava pyrkimykset vakuutella ”kyllähän mä hyvän käsityksen sain” saattavat kertoa paitsi haastattelun alkupuolelle sijoittuvasta varovaisuudesta myös haastateltavan pyrkimyksestä hälventää kuulijan mahdollisia epäilyjä siitä, että prosessin hahmottamiseen liittyvät ongelmat johtuisivat haastateltavasta itsestään. Kyse ei ollut haastateltavan arvion mukaan hänen vaikeudestaan ymmärtää kuntoutustutkimusprosessin kokonaisuutta vaan prosessi on itsessään huonosti toimiva. Koska samankaltaista vakuuttelua esiintyi muissakin haastatteluissa, syynä saattaa olla myös haastattelijan kaksoisrooli tutkijana ja kuntoutustutkimuspoliklinikan entisenä työntekijänä.

Toisinaan kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakaspalvelu näyttäytyy liukuhihnamaisena, jota eräs haastateltava kuvasi seuraavasti ”asiakas tulee ja toinen menee”. Liukuhihnamaisessa asiakaspalvelussa todellista kohtaamista ei ammattilaisen ja asiakkaan välillä tapahdu ja vastuu asioiden selvittämisestä on asiakkaalla itsellään. Tähän viittaa saman haastateltavan toteamus ”Jos mulla on jotain asioita ja mä haluan kysyä, niin mä kysyn”.

Kuntoutustutkimusprosessi voi typistyä ”suppeaksi” muun muassa tiedossa olevan työntekijävaihdoksen myötä. Eräs haastateltavista kuvasi siirtymävaiheessa olevan työntekijän työskentelyä seuraavasti ”hän ei enää ollut henkisesti läsnä siinä hommassa”. Asiakkaat ovat herkkiä vaistomaan, jos työntekijä on poissaoleva kasvokkaisessa kohtaamisessa.

Kuntoutustutkimusprosessin ”liian varhainen päätökseen saattaminen” ei tee oikeutta asiakkaan tilanteelle. Kuntoutustutkimusprosessi näyttäytyy tällöin ”kiireisenä, hätäisesti kokoon kyhättynä, liukuhihnamaisena tutkimuksena”. Kiire näkyy haastateltavien arvion mukaan kuntoutustutkimusprosessin kaikissa vaiheissa ja valitettavasti myös puutteet vaikuttavat kertaantuvat prosessin edetessä. Suppeassakin kuntoutustutkimuksessa tutkimuksia tehdään, mutta niistä ”ei anneta asiakkaalle palautetta”.

Kuulluksi ja ymmärretyksi tulemista vai kokemusten kyseenalaistamista?

Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen näyttäisi olevan vedenjakaja sen suhteen, minkälainen käsitys kuntoutustutkimusprosessista haastateltaville muodostuu. Seitsemän haastateltavaa koki tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi kuntoutustutkimusprosessin aikana. Kolme

haastateltavaa toi esiin tyytymättömyyttään saamaansa kohteluun ja huomioimiseen kuntoutustutkimusprosessin jossain vaiheessa. Yhdellä haastateltavista kuulluksi tulemisen tematiikka läpäisi koko haastattelun siten, että tarina täsmentyi ja tunnelma tiivistyi haastattelun edetessä. Tästä syystä olen antanut kyseisen haastateltavan tarinalle runsaasti tilaa tässä alaluvussa.

H: Mikä sun mielestä oli hyvää (kuntoutustutkimuksessa) ?Ja oliko muuta huonoa paitsi se, että kirurgi ei tullut sinne palaveriin?

A: Hyvin mua tutkittiin ja siis mua uskottiin ja tota, että luotettiin siihen, mitä mä sanon ja mitä mä tunnen, että ei tullut semmosta fiilistä, että tota esimerkiksi mut pakotetaan takaisin töihin taikka tämmöstä näin. (Haastattelu 5, 7)

Haastateltavan tyytyväisyys kuntoutustutkimusprosessiin syntyy useammasta eri tekijästä, joista ammattiin liittyvä erityisosaaminen ”tutkiminen” on vain yksi osa-alue. Muut vähintäänkin yhtä tärkeät osa-alueet ovat työntekijän ”luottamus siihen, mitä asiakas sanoo ja tuntee” sekä se, että työntekijä kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ”ei pakota takaisin töihin”. Haastateltavan kuvaamassa luottamuksellisessa suhteessa hänen kokemustaan ei mitätöidä eikä kyseenalaisteta. Työntekijä ei pakota häntä mihinkään, mihin hän ei ole valmis sitoutumaan.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan toimintaperiaatteet ja -tavat ovat monelle asiakkaalle entuudestaan tuntemattomia. Tästä syystä ei voida liikaa korostaa tiedon jakamisen tärkeyttä. Haastateltavat kokivat tulleet hyvin kohdelluiksi, kun heille kerrottiin, ”mitä kuntoutustutkimus pitää sisällään ja millaisessa aikataulussa se etenee”. Tärkeää haastateltaville oli myös tutkimusten perusteleva ammattilaisten taholta.

A: Jos mietitään, että mikä oli hyvää ja huonoa tässä, niin huonoa oli ainakin se, että oli väärä ajoitus. (Pari riviä myöhemmin haastateltava jatkaa) Yhteiskunta halusi, että olis nyt jo valmis, mutta minä en ollut.

H: Koitko jotenkin, että siinä oli jotain painostusta siihen suuntaan, että pitäisi olla nyt jotenkin jo valmis tai?

A: Ei suoranaista painostusta, mutta välillä tuli semmonen olo, että kukaan ei ymmärrä mitä mä sanon ja mikä on mun kokemukseni, niin se on helppo kyseenalaistaa tilastoilla tai käyrillä tai jollakin. Siitä jäi välillä semmonen olo, että ei tullut kuulluksi. (Haastattelu 3, 5-6)

Asioiden ilmoittaminen numeerisessa muodossa luo yleensä mielikuvan yksiselitteisestä, ristiriidattomasta ja selkeästä tiedosta, mikä on omiaan lisäämään asian uskottavuutta. Tilastot

ja käyrät eivät kuitenkaan vakuuttaneet edellistä haastattavaa. Hän koki, että työntekijä mitätöi ja kyseenalaisti hänen kokemuksensa käyttämällä tilastoja ja käyriä mitätöinnin välineinä.

Haastateltavan käyttämä ääri-ilmaus ”kukaan ei ymmärrä” vahvistaa kokemuksen mitätöinnin turmiollista vaikutusta koko prosessin kulun kannalta, vaikka myöhemmin paljastuu, että mitätöinti oli tapahtunut yhden työntekijän kohtaamisen aikana.

H: Se oli hyvää se YSP:n (yleissairaalapysykiatrian osasto) jakso, mutta oliko jotain muuta hyvää?

A: Mun on kauheen vaikea muistaa sitä prosessia tarkkaan. Mun kohdaltahan se rajoittui psykologin testeihin ja siihen yhteispalaveriin työnantajan kanssa. Työnantajan kanssa palaverihan oli ihan ok, mutta vaan väärä aika. Psykologin testejä hiukan kritisoin voimakkaasti. Siinä voisi enemmän kuulla sitä, että mitkä on ne omat kokemukset ja ehkä työnantajankin kokemukset sitten taas tai työtovereiden, että löytyisi se todellisuus tilaston takaa. (Haastattelu 3, 7-8)

Asiantuntijatiетoon vetoaminen ja ammattilaisen tutkimusmenetelmin saama tietous haastateltavan tilanteesta eivät vakuuttaneet haastattavaa itseään. Koska haastateltavan oma kokemus ja tietous omasta tilanteestaan oli kyseenalaistettu ja mitätöity, hän nostaa henkilögalleriastaan esiin työnantajat ja työtoverit vahvistamaan kokemuksensa oikeellisuutta. Ammattilaisen tutkimusmenetelmin saama tietous ei ole haastateltavan arvion mukaan riittävä muodostettaessa kokonaiskäsitystä hänen elämästään. Elämäntilanteen todellisuutta ei voida hänen arvionsa mukaan paikantaa ja hahmottaa kuulematta häntä ja hänen sosiaalista verkostoa. Myöhemmin haastateltava tiivistää kokemuksensa toteamalla ”se itse testi oli tärkeämpi kuin minä”.

Toisin sanoen haastateltava koki, että tutkimusväline oli tutkijalle tärkeämpi kuin hän tutkittavana. Se, että haastateltava palaa uudelleen ja uudelleen haastattelun eri vaiheissa tähän kokemukseensa, vahvistaa torjutuksi ja mitätöidyksi tulemisen kokemusta.

Tutkimustiedon hankkiminen asiakkaan työ- ja toimintakyvystä on välttämätöntä, jotta kuntoutussuunnitelman sisältö olisi toimiva ja huomioisi asiakkaiden yksilölliset tuen tarpeet. Haastateltava myöntää, että ammattilaisilla on professionensa liittyen ”keinonsa arvioida” asiakkaiden tilannetta, mutta ilman kuulluksi ja ymmärretyksi tulemistä tieto ei siirry

toiminnan tasolle. Ammattilaisiin suuntautuvan kritiikin jälkeen haastateltava vetoaa omaan ”maallikon” kategoriaansa. Maallikkona hänellä on oikeus odottaa inhimillistä kohtaamista. Hän nostaa ”kuulluksi tulemisen” tärkeimmäksi asiaksi työntekijän ja asiakkaan välisessä kohtaamisessa, ohi työntekijän professioon perustuvan osaamisen.

Polilla tiedetään ja ylhäältä määrätään

Ammattilaisten arvioinnit asiakkaiden työ- ja toimintakykyisyydestä herättivät haastateltavissa keskustelua puolesta ja vastaan. Lähinnä haastateltavat pohtivat, mihin ammattilaisten arvioinnit perustuvat ja kenellä on oikea tieto asiakkaan tilanteesta; asiakkaalla itsellään vai ammattilaisella.

H: Mitä sä ajattelet, että antoko kuntoutustutkimus ja nää kaikki yhteenvedot, antoko ne sun tilanteesta realistisen kuvan vai oliko se vain jotain vanhan toistoa tai jäikö siitä jotain oleellista uupumaan?

A: Uupumaan ei varmaan jäänyt mitään. Tossa paperilla näyttää niin kuin sanoin huonommalta kuin mitä mä ite koen. Niin se alkoholinkäyttö kuin masennuksen osalta. Keskivaikea, mutta ei selkeitä viitteitä vaikeasta masennuksesta (haastateltava lukee suoraan paperista, joka hänellä oli mukanaan haastattelutilanteessa). Mun mielestä keskivaikea tai vaikeasti masentunut ihminen on semmonen ettei tee muuta kuin makaa sängyssä. Joka päivä aina pyrin joissain käymään. Että en aamulla ala tenuttelemaan. Ei voi sanoa, että mä putkeen joisin jatkuvasti. Kyllä aina varmaan nollilla käy. En mä oikein tykkää edes aamusta alkaa. (Haastattelu 2, 15)

Lääketieteelliset diagnoosit perustuvat tiettyjen kriteereiden ja edellytysten täyttymiseen. Vaikka haastateltavalla ei ole lääketieteellistä asiantuntemusta arvioida diagnostisia kriteereitä tai niiden täyttymistä, hänellä on ennakkokäsitys siitä, millainen tietyn diagnoosin omaava henkilö on ja miten hän käyttäytyy. Hän vertaa ja arvioi omaan käyttäytymistään suhteessa tähän ennakkokäsitykseen, joka poikkeaa lääkärin arviosta. Edeltävä haastattelulainaus vilisee ääri-ilmauksia ”joka päivä, aina, jatkuvasti”, mikä viestittää haastateltavan voimakkaasta tarpeesta puolustautua ammattilaisen argumentteja vastaan. Huolimatta lääkärin hänelle tarjoilemasta keskivaikeasti masentuneen henkilön kategoriasta, hän pyrkii ”joka päivä” poikkeuksetta ”aina käymään jossain”. Toisaalta hän oikeuttaa omaa juomistaan normalisoimalla sitä ”ei juo putkeen jatkuvasti” ja ”promillelukemat käyvät aina nollilla”.

Osa haastateltavista kyseenalaisti ammattilaisten arvioita omasta terveydellisestä tilanteestaan ja osa nojautui vahvasti ammattilaisen parempaan tietämiseen. Ammattilaisten tietämykseen

nojautuneiden haastateltavien mukaan ammattilaisen asiantuntijatiетoon sisältyy ”kokemus vastaavanlaisten asiakastapausten hoitamisesta” sekä ”ymmärrys työolosuhteista ja työn vaatimuksista”. Haastateltavat luottavat ammattilaisen parempaan tietämykseen eivätkä kyseenalaista sitä. Eräs haastateltavista palasi useampia kertoja haastattelun aikana ”kyllä ammattihenkilöt tietää” -teemaan, mikä vahvistaa hänen luottamustaan ammattihenkilöiden parempaan tietämiseen. Mielenkiintoiseksi haastateltavan vahvan tukeutumisen tarpeen tekee se, että hänellä on itsellään selkeä käsitys siitä, mihin hänen työ- ja toimintakykynsä riittää. Hän antaa haastattelun aikana työ- ja toimintakyvyilleen selkeän numeerisen arvon ”vähintäänkin 80 prosenttia”, mikä on yksi vakuuttamisen keino. Se, miksi haastateltava on näin varma omasta arviostaan selvisi haastattelun edetessä. Hän oli testannut omaa työkykyään oma-aloitteisesti kotona. ”Mä aloin ensin kattomaan, että mun pitää olla päivä jalkeilla ja istua konttorituolissa. Kotona käytin tietokonetta ja se tuntui melkein normaalilta.” Huolimatta työolosuhteiden harjoittelusta ja omasta vahvasta kokemuksesta, haastateltava luottaa ammattilaisten arviointikykyyn ja on valmis muuttamaan omaa käsitystään näiden arvioiden perusteella. Hän toteaa huolettomanoloisesti ”Mä tiesin, että ne siellä polilla tietää ne asiat, niin en mä nyt siitä kantanut kai paljon huolta”.

Tämänkaltainen vahva tukeutuminen ammattilaisten parempaan tietämykseen saattaa johtaa siihen, että asiakas siirtää vastuu kuntoutustutkimusprosessin onnistumisesta ammattihenkilöille. Haastateltavan kohdalla näin ei kuitenkaan käynyt. Asiantuntijatiетo saatetaan hyväksyä myös näennäisesti ilman avointa neuvottelua tai oman vastakkaisen näkemyksen esiintuomista, kuten seuraavan haastateltavan kohdalla tapahtui.

H: Kun sä sanoit, että tuli vähän semmoinen yksinäinen olo niin kuin ulkopuolelta tehdään sun elämää koskeva suunnitelma. Tuntuiko, että se enemmän laski sitä motivaatiota kuin lisäsi sitä?

A: No, en mä tiedä, ei se varmaan. Kyllä mä varmaan henkisesti kiehuin ihan yksikseni niin kuin kirosin taas elämää, mutta kun olen ihminen, joka on kiltti ja taipuu siihen, mitä ylhäältä määrätään, niin en mä olisi osannut pistää hanttiinkaan. (Haastattelu 8, 12)

Haastateltava hyväksyi ammattilaisten ehdotukset kuntoutussuunnitelman sisältöön liittyen, koska ei osannut tai uskaltanut tuoda eriävää mielipidettään julki. Hänen toteamuksensa ”kirosin taas elämää” viittaa siihen, että kokemus ei ollut hänen elämässään ensimmäinen laatuaan. Aiemminkin ”ylhäältä oli määrätty” hänen elämänsä suuntaviivoja. Tämänkaltaisten

asiakkaiden kohdalla ei ole tapahtunut voimaantumista eikä valtaistumista ja näin ollen asiakkaat eivät myöskään ole aktiivisia toimijoita omien asioidensa hoitamisessa.

Terveystieteiden tutkimuksessa työskentelevät ammattilaiset saattavat myös omien toimintakäytäntöjensä kautta tuottaa asiakkaille osattomuuden kokemuksia. Kun osattomuuden kokemuksia tulee riittävän paljon, haastateltava yleistää kokemuksensa koko terveydenhuoltoon koskeviksi toimintamalliksi.

H: Miten sä koit, että sua huomioitiin siellä kuntoutustutkimuspoliklinikalla tai kohdeltiin?

A: Ymm, miten terveydenhuollossa ihmisiä kohdellaan.

H: Miten siellä kohdellaan?

A: No, sä oot siellä rajan toisella puolella.

H: Mä olen vähän rajan toisella puolella.

A: Tota, no ehkä mä tässä venytän termin asiallisesti merkitystä, mutta se ehkä sitten kuitenkin parhaiten kuvaa sitä.

H: Että kohdeltiin, sanoitko sä asiallisesti?

A: Asiallisesti.

H: Silti jotenkin se, siinä ei ole semmoinen myönteinen kaiku.

A: Aivan. Mutta ei myöskään negatiivinen kaiku.

H: Sä olisit kaivannut toisenlaista kohtaamista kuitenkin?

A: Öö, sanotaanko, että toisenlaista kohtaamista mä en osannut edes odottaa.

H: Sen verran terveydenhuollossa ollut.

A: Sen verran oli juu taustaa, että tota ja kyllähän sen nyt tietysti ymmärtää, että vieraita ihmisiä ja muuta, että eihän ne voi lähteä siihen mukaan, asialinjallahan niitten on sitä työtään joka tapauksessa tehtävä, että tulosvastuullisesti. Ei siellä ole mahdollisuus missata resursseja siihen, että ihmiset pystyisivät keskustelemaan asioista niin kuin me tässä ja nyt. (Haastattelu 9, 11)

Haastateltava koki, että kohtelu kuntoutustutkimuspoliklinikalla oli samanlaista kuin terveydenhuollossa yleensä. Keskustelu asiakastapaamisissa etenee haastateltavan mukaan ”asiallisesti”, mutta todellista, osallisuuden mahdollistavaa kohtaamista ei haastateltavan mielestä tapahdu ”eihän ne voi lähteä siihen mukaan”. Haastateltavan käyttämä termi ”asiallinen” antaa ensivaikutelmana myönteisemmän kuvan tilanteesta kuin se lopulta onkaan. Haastateltava perustelee näkemyksensä vetoamalla organisaation ”tulosvastuuseen” ja ”resursseihin”, jotka estävät aidon kohtaamisen. ”Ei siellä ole mahdollista missata resursseja, että ihmiset pystyisivät keskustelemaan asioista niin kuin me tässä ja nyt”. Haastateltava vertaa kuntoutustutkimuspoliklinikan asiallista kohtaamista haastattelutilanteeseen, jossa haastattelijalla ja haastateltavalla on aikaa keskustella. Näin hän kontrastiparia apuna käyttäen vahvistaa ja vakuuttaa omaa kokemustansa.

Kansankielellä konkreettisesti vai arvokkaasti ohi ymmärryksen

Haastateltavat vertasivat toisiinsa lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden käyttäytymistä, tapaa olla vuorovaikutuksessa ja ammattiryhmien erilaista kielenkäyttöä. Kuntoutustutkimusprosessi alkoi haastateltavien kohdalla lääkärin ja sosiaalityöntekijän tapaamisella, mikä ainakin osittain selittää haastattelupuheessa ilmenevää ammattiryhmien välistä vertailuasetelmaa.

H: Mutta jäikö kuntoutustutkimuksesta mieleen jotain hyvää tai jotain huonoa, mitä jäit myöhemmin miettimään tai sillä hetkellä?

A: Tosiaan ei kauheasti jäänyt mieleen. Mutta se mulla on jäänyt mieleen kaikista positiivisin, minkä mä muistan oli se sosiaalityöntekijä. Se oli meille hirveen suureksi avuksi ja sitten se myöhemminkin lupasi ja auttoi mua. Mutta sen mä muistan, että mä en oikein saanut tästä lääkäristä, mä en saanut sen puheesta mitään käsitystä ja mun mieskin oli vähän sillai, että ei se aina ymmärtänyt, vaikka se oli siinä mukana ja sillai ihan skarppi ihminen, mutta ymmärtänyt ja tiennyt, että mitä se tarkoittaa ja mitenkä asiat tästä eteenpäin menee. Sitten just tää sosiaalityöntekijä, joka kertoi ne ihan konkreettisesti ja ilman lääketieteellisiä nimityksiä. (Haastattelu 7, 4-5)

Yksi haastateltavien esiin nostama kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen elementti oli riittävä tiedon saaminen kuntoutustutkimusprosessista. Tiedon saaminen itsessään ei haastateltavien mielestä riitä, jos se tapahtuu ammattikielellä, jota he eivät ymmärrä. Edellinen haastateltava ei ollut ymmärtänyt lääkärin puhetta, koska se piti sisällään liikaa lääketieteellisiä termejä. Hän vahvistaa omaa kokemustaan vetoamalla mieheensä, joka oli ollut lääkärin tapaamisessa läsnä. Vaikka haastateltavan omaa arviota lääkärin puheen ymmärtämisen vaikeudesta voitaisiin selittää heikentyneellä terveydentilalla, ”skarpin miehen” kohdalla asia ei ollut näin. Myöhemmin haastateltava palaa samaan aihepiiriin useita kertoja, mikä vahvistaa hänen kokemustaan lääkärin puheen ymmärtämisen vaikeudesta. Hän toivoo, että ”voitaisiin selvittää nää asiat paremmin kansankielellä, että mitä tehdään, missä aikataulussa ja minkä takia”. Aikaisemmissakin lääkäreiden tapaamisissa haastateltava oli huomannut, että ”kuntoutuspotilaille ei ole helppoja tilanteita ja paljon tulee asiaa”.

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla kielenkäyttö painottuu lääketieteelliseen terminologiaan. Lääketieteellisestä terminologiasta johtuen edelliselle haastateltavalle jäi lääkärin kohtaamisen jälkeen epäselväksi kuntoutustutkimusprosessin kulku. Haastateltava päätyy vertailemaan sosiaalityöntekijän ja lääkärin toimintatapojen ja kielenkäytön eroavaisuuksia.

Hän näkee sosiaalityöntekijän toimivan kuntoutustutkimuspoliklinikalla tulkkina lääkärin ja asiakkaan välillä. Sosiaalityöntekijän puhetapa on haastateltavan kuvauksessa lääkärin puhettavan vastakohta ”konkreettinen ja kansankielinen”. Haastateltava pyrkii lieventämään negatiivissävytteistä lääkäri -kuvaustaan käyttämällä monikkomuotoa ”he” ja mainitsemalla, että ”lääkärit ovat kiireisiä”. Toisaalta haastateltava myös häivyttää omia ymmärtämisen ongelmiaan vetoamalla muihin ”kuntoutuspotilaisiin”.

Samalla, kun asiakkaan kuntoutussuunnitelman seurantavastuu siirtyy hoitotaholta toiselle, myös avoimiksi jääneet kysymykset siirtyvät eteenpäin. Ongelmat eivät pääty kuntoutustutkimuksen päätöspalaveriin vaan kertautuvat ajan kuluessa, kuten seuraavasta haastattelukatkelmasta ilmenee.

H: Sitten (haastateltava mainitsee ammatillisiin kuntoutuspalveluihin erikoistuneen yksityisen palveluntuottajan nimen) et tykännyt. Oliko siellä monta käyntiä?

A: Maksimissaan jotakin kymmenen. Alkuun se oli ihan asiallinen ja mä pääsin siellä heidän lääkärinkin kanssa juttelemaan. Kun mulle ei oikein auennut teillä siellä kuntoutustutkimuspoliklinikalla sen lääkärin ne jutut, niin se (yksityissektorin lääkäri) yritti sitten mulle vääntää oikein rautalangasta, että mitä mulla on siellä selässä vikana ja näytti luurangosta kaikki ne jutut, mutta en mä nyt oikein sitä vieläkään hahmota ja joku asia vieläkin kaivelee siinä. Se oli kuitenkin hyvä, että jotain pääsi tajuamaan ittekin, että mistä mikäkin johtuu. (Haastattelu 8, 6)

Haastateltava ei syytä ymmärtämisiongelmissa ainoastaan ammattilaisia vaan ottaa osan ymmärtämiseen liittyvistä ongelmista myös omalle vastuulleen. Hän tuo esiin, että terveydentilaan liittyvät ongelmat piti selvittää hänelle ”rautalangasta vääntäen”. Rautalanka-metaforaa käytetään usein halventavassa mielessä. Tässä kyseisessä tapauksessa haastateltava on ollut omasta mielestään hidaskäyttäjä ja hänelle on tarvinnut yksinkertaisin sanavalinnoin asiaa selventää.

Ennen kuntoutustutkimuspoliklinikalle saapumistaan suurin osa asiakkaista on tavannut lukuisia lääkäreitä, joten heille on muodostunut käsitys siitä, minkälainen ammattikunta lääkärit ovat. Pääsääntöisesti lääkärit näyttäytyvät haastateltavien puheessa ”kiireisinä ja arvovaltaisina” henkilöinä, joita ei ole helppo lähestyä. Edellinen haastateltava kuvaa myöhemmin haastattelun edetessä lääkäreitä ”arvokkaina henkilöinä, joille ei uskalla avautua” ja sosiaalityöntekijät ovat ”duunareita” kuten haastateltava itsekin.

Kaikilla haastateltavilla oli kuntoutustutkimuspoliklinikalle saapuessaan jonkinlaisia odotuksia tai oletuksia siitä, mitä kuntoutustutkimus heidän kohdallaan tulisi tarkoittamaan. Toisinaan yksi epäonninen ammattilaisen kohtaaminen voi vaikuttaa koko kuntoutustutkimusprosessin kulkuun ja murentaa asiakkaan innostuksen. Toisaalta myös yksi hyvä kohtaaminen voi kääntää asiakkaan arvion kuntoutustutkimusprosessista myönteiselle puolelle. Tämänkaltaiset luottamuksen murtumakohdat tuodaan haastattelupuheessa selkeästi esiin.

A: Olin vähän innostunut aiheesta, että josko nyt sitten vihdoin viimein joku kyseenalaistais sen, mitä alussa on tehty, että oikeesti niin kuin löytyisi sellaisia asioita, joittenka varaan pystyisi rakentamaan, mutta tota ei.

H: Oliko se sillai, että sä tiesit sen heti jo ekalla käynnillä, että tää ei johda...

A: No, sen jälkeen, kun mä olin tavannut sen lääkärin, että siinä kohtaa niin kuin tää meni, että ei, ei mitään vaihtoehtoa. (Haastattelu 9, 9)

Kasvokkainen kohtaaminen ammattilaisen ja asiakkaan välillä on herkkä hetki, jossa asiakas ikään kuin koettelee ja tunnustelee ammattilaisen aitoa kiinnostuneisuutta hänen tilannettaan kohtaan. Lyhytkin kohtaaminen voi olla merkityksellinen ja vaikuttaa oleellisesti sekä kuntoutustutkimusprosessin kulkuun että asiakkaan osallisuuden tai osattomuuden kokemuksiin. Haastateltava toivoi, että sairastumiseen johtaneita asioita voitaisiin uudelleen arvioida kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Lääkärin tapaamisen jälkeen hän on vakuuttunut siitä, että asiat eivät tulisi muuttumaan. Myöhemmin haastattelun loppupuolella haastateltava palaa takaisin saman aiheen käsittelyyn, mikä vahvistaa hänen kokemustaan luottamuksen murentumisesta ja osattomuuden kokemuksesta. Samalla hän myös tarkentaa, mitkä tekijät vaikuttivat tähän kokemukseen. Sosiaalityöntekijän vastaanotolla oli käyty lävitse haastateltavalle tärkeitä asioita ja hän oli olettanut lääkärin palaavan samojen asioiden käsittelyyn. Kun lääkäri ei enää palannut aiemmin käsiteltyihin asioihin, haastateltava oli hämmentynyt ja epätietoinen siitä, mitä sosiaalityöntekijän kirjaamille asioille oli tapahtunut. Hän jäi kertomansa mukaan pohtimaan, oliko aiemmin ”papereihin kirjatut asiat menneet perille vai oliko ne ohitettu”.

Kuntoutustutkimuksesta ei muodostunut haastateltavalle johdonmukaisesti etenevää prosessia, sillä hänelle jäi epäselväksi, mitä eri ammattilaisten kohtaamisissa esiin nostetuilla asioilla tehdään. Koska lääkäri ei enää palaa sosiaalityöntekijän ja haastateltavan kohtaamisessa

käsiteltyihin asioihin, koko prosessin mielekkyys kärsii eräänlaisen inflaation ja haastateltava päätyy toteamaan ”en saanut mitään vastakaikua”.

Toimenpiteiden kohde vai aktiivinen toimija

Kuntoutustutkimus päättyy palaveriin, jossa laaditaan asiakkaalle kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelman laatimiseen osallistuu aina asiakas ja moniammatillisen tiimin jäseniä sekä tarvittaessa asiakkaan sosiaalista verkostoa ja yhteistyötahojen edustajia. Kuntoutussuunnitelman laatiminen voi olla asiakkaalle parhaimmillaan voimaannuttava kokemus, kuten seuraava haastateltava tuo esiin.

H: Jäikö kuntoutustutkimuksesta mieleen jotain hyvää tai jotain huonoa, mitä jäit myöhemmin miettimään tai sillä hetkellä?

A: Jälkeenpäin mä olin oikein innoissani, kun olin lääkkeitä selvinnyt ja vieroituksesta ja oli se suunnitelma. Aika selkeä suunnitelma, semmoinen että kuinka edetään ja mä olin aivan innoissani ja sain siitä hirveesti voimaa. Kun mulle oli tosi tärkeää, että olisin halunnut takaisin sinne töihin, että se oli kauhean hyvä suunnitelma ja sitä sitten toteutettiin.

Pari riviä myöhemmin haastateltava jatkaa:

A: Se oli tavallaan mun tavoitelistalla, miten edetään seuraava askel ja mä sain siitä hirveesti voimaa ja kuntoutuinkin aika hyväksi. (Haastattelu 7, 5)

Kuntoutustutkimuksen päätavoitteena on asiakkaiden työelämässä pysyminen tai sinne pääseminen joko ensimmäistä kertaa tai uudelleen. Kuntoutussuunnitelmaan sisältyvillä lääkinnällisillä ja ammatillisilla kuntouttavilla toimenpiteillä pyritään edistämään tämän päätavoitteen toteutumista. Edellinen haastateltava on sisäistänyt ja sitoutunut hänelle laadittuun kuntoutussuunnitelmaan. Hän näkee kuntoutussuunnitelman vaihe vaiheelta johdonmukaisesti etenevänä ”tavoitelistana”, jonka päämäärä; työelämään paluu on selvä. Haastateltavan kuvauksessa on nähtävissä myös hänen henkinen kuntoutusprosessinsa; ensin hän ”on innoissaan ja saa kuntoutussuunnitelmasta voimaa” ja sen myötä ”kuntoutuinkin aika hyväksi”.

Asiakas voi myös itse omalla toiminnallaan vaikuttaa kuntoutussuunnitelman sisältöön varsinaisen kuntoutustutkimusprosessin päättymisen jälkeen. Yksi haastateltavista oli saanut

uuden työpaikan toimialalta, joka oli hänelle entuudestaan tuntematon. Koska uusi työnantaja ei tarjonnut haastateltavan mielestä riittävän hyvää perehdytystä ja koulutusta, hän päätti hakeutua alan koulutukseen työn ohessa. Ennen koulutussuunnitelman toteuttamista haastateltava oli ottanut yhteyttä työeläkevakuutusyhtiöönsä ja tiedustellut, rahoittaisiko vakuutusyhtiö koulunkäynnistä aiheutuvia kustannuksia. Haastateltava sai vakuutusyhtiön virkailijalta myönteistä palautetta oma-aloitteisuudesta ja myöhemmin myös myönteisen kuntoutuspäätöksen.

Näennäisesti pienet asiat saattavat saada asiakkaan kokemaan ulkopuolisuuden ja osattomuuden tunteita kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa, vaikka itse suunnitelman sisältö tyydyttäisikin häntä. Yksi tämänkaltainen haastateltavan kokemus liittyi kuntoutustutkimuksen päätöspalaveriin ja työntekijöiden väliseen keskusteluun haastateltavaa koskevien papereiden lähettämistä eteenpäin. Haastateltava ei ymmärtänyt, mistä tilanteesta oikein sovittiin. Työntekijöiden välisen työnjaollisen keskustelun aikana hän koki ulkopuolisuutta ollen ikään kuin kolmas pyörä pienimuotoisessa päätöspalaverissa.

Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa keskustellaan erilaisista lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtoista, joiden avulla asiakkaiden työhön paluuta voitaisiin edistää. Edeltävästi eri ammattilaisten kohtaamisissa on mietitty paitsi työ- ja toimintakykyä kartoittavia tutkimuksia myös vaihtoehtoisia kuntoutuksen reittejä yhdessä asiakkaan kanssa.

H: Miten sitten et tykännyt olla siellä (yksityinen kuntouttava taho)? Oliko siellä monta käyntiä?

A: Mitähän niitä olisi ollut. Maksimissaan jotakin kymmenen. Alkuun se oli ihan asiallinen ja pääsin siellä heidän lääkärikin kanssa juttelemaan, kun mulle ei oikein auennut siellä kuntoutustutkimuspoliklinikalla sen lääkäriin ne jutut. Mulla oli vähän sen kuntoutustutkimuksen viimeinen palaveri oli vähän semmoinen että, mitä nyt tässä itte on (sosiaali- ja terveysalan) koulutusta opiskellut, kuullut siitä kuinka potilas otetaan mukaan näihin asioihin, vähän mulle tuli semmoinen ulkopuolinen olo, että mulle vaan sanottiin, että joo tällätteitä voitaisiin tässä kokeilla, että onko näin hyvä. Tuli vähän puskan takaa se viimeinen istunto, missä päätettiin, mitä mulle nyt sitten tehdään. (Haastattelu 8, 6)

Haastateltava oli tyytymätön ammatillisia kuntoutuspalveluja tarjoavan yksityisen palveluntuottajan kuntoutusneuvontaan ja ohjaukseen, vaikka yksityissektorin lääkäri olikin kyennyt selittämään paremmin hänen terveydellisiä rajoitteitaan. Edeltävästi haastateltava kertoi kyseisen paikan olevan ”paska paikka”, koska siellä hänet leimattiin ”työtä

vieroksuvaksi”. Toisaalta hän oli tyytymätön myös kuntoutustutkimuksen päätöspalaveriin, josta oli muodostunut erilaisten kuntoutusvaihtoehtojen esittelytilaisuus, eikä haastateltavalla ollut todellista mahdollisuutta punnita erilaisia vaihtoehtoja mielessään.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan työntekijöiden lisäksi myös asiakkailta saattaa olla ammatillisen taustansa vuoksi tietoa siitä, miten heitä asiakkaina tulisi kohdella ja ottaa mukaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Haastateltava vetoaa koulutuksen kautta saatuun tietämykseen siitä, ”kuinka potilas otetaan mukaan”. Kuntoutustutkimuksen päätöspalaverissa haastateltavalle tarjottiin ammattilaisten valmiiksi miettimiä kuntouttavia toimenpiteitä ”tällätteitä voitaisiin kokeilla”, jotka hyväksyttiin haastateltavalla tiedustelemalla ”onko näin hyvä”. Haastateltavan viimeinen lause ”missä päätettiin, mitä mulle nyt sitten tehdään”, kiteyttää hänen kokemuksensa. Haastateltava on kuntoutustutkimuksen päätöspalaverissa toimenpiteiden kohteena, ei toimijana omassa asiassaan.

Myöhemmin haastateltava kuvaa kuntoutussuunnitelman olevan hänelle pitkälle tulevaisuuteen suuntautuva, ”henkilökohtaista elämää koskeva päätös”. Ammatillisilla on tietoa erilaisista kuntoutuksen keinoista ja vaihtoehdoista sekä kykyä arvioida, mistä asiakkaat saattaisivat hyötyä. Tämän tietämyksen jakamiseen ja erilaisten vaihtoehtojen pohdintaan tulisi löytää oikea keskustelufoorumi, jossa haastateltavan peräänkuuluttamaa ”infoa” olisi mahdollista antaa ja vastaanottaa. Vaikka haastateltava oli aiemmin tuonut esille ammatillisen koulutuksen kautta saavuttamaansa tietämystä siitä, ”miten potilas tulisi ottaa mukaan”, hän seuraavassa yhteydessä vetoaa ”tavallisen taatelin tallajaan” kategoriaan, joka ei voi tietää kuntoutuksen ”keinoista ja mahdollisuuksista”. Tavallisen ihmisen kategorian valinta on yleistä negatiivisten kategorioiden yhteydessä, joista henkilö haluaa irrottautua. Haastateltava kritisoi ammattilaisten tapaa toimia ja tuo tavallisen ihmisen kategorian kautta julki käsityksensä siitä, että vastuu tiedon jakamisen oikea-aikaisuudesta ja asiakkaan osallisuudesta itseään koskevassa päätöksenteossa on ammattilaisella. Haastateltavan kohdalla kuntoutustutkimuksen pääasiallinen lopputulos oli osattomuuden kokemus. Aivan haastattelun loppumetreillä hän kiteyttää kuntoutustutkimusprosessin aikana kehittyneen ja vahvistuneen osattomuuden kokemuksensa toteamalla ”Mä en päässyt jyvälle, että missä se mun rooli oli”.

Osallisuuden ulkopuolelle jääminen on prosessi siinä missä osallisuuskin. Haastateltava ei maallikkona tiedä kuntoutuksen keinoista ja omista mahdollisuuksistaan. Kun häntä ei

tiedoteta vaihtoehtoisista kuntoutusmuodoista ennen päätöspalaveria on lopputuloksena se, että haastateltava ottaa kritiikittömästi ja ilman neuvottelua vastaan ammattilaisten hänelle tarjoaman kuntoutuspaketin.

Seuraava haastateltava tarkentaa, mitä osattomuusprosessissa tapahtuu.

A: Joo, liukuhihnatyötähän se oli. Kyllä, siltä tuntui, että semmoista.

H: Kaikki kohtaamiset olivat vähän samantyyppisiä?

A: En mä siis, no, tommosten toimenpiteiden kohteena, niin ei sitä nyt sitten itse osaa arvioida eikä kiinnitä hirveesti siihen huomiota, että miltä se varsinaisesti tuntuu tai mitä se tekee. Sitä vaan menee siinä virran mukana. (Haastattelu 9, 4)

Haastateltavaa lainaten toimenpiteiden kohteena oleva henkilö menee eräällä tavalla toimintakyvyttömäksi ”ei osaa arvioida mitään eikä kiinnitä huomiota siihen mitä tapahtuu”. Haastateltavan käyttämä vertaus ”virran mukana menemisestä” piirtää kuvan henkilöstä, joka ei ota kantaa mihinkään vaan ottaa asiat sellaisina kuin ne hänelle tarjoillaan. Hän ainoastaan reagoi ympäristön tuottamiin ärsykkeisiin.

Toimenpiteiden kohteen asemaan itsensä kategorisoinut haastateltava sai osattomuudestaan huolimatta prosessista jotakin hyvää - eräänlaisena ”sivutuotteena”.

H: Vaikuttiko se (kuntoutustutkimus) siihen sun olemiseen huonontavasti vai vaikuttiko se mitenkään? Sulla oli kuitenkin odotuksia, mitkä ei toteutunut.

A: Omalla tavallaan se oli kyllä positiivista, että mä sain houkutelua sinne palautetilaisuuteen mun työnantajan edustajan, jonka leivistä mä olin lähtenyt lentävästi. Jos siitä (kuntoutustutkimus) nyt positiivista haluaa kaivaa, niin se on just semmonen tekosyy ottaa niitä semmoisia sidosryhmiä mukaan, jotka ei luonnollisesti siihen millään muulla tavalla nivelly. (Haastattelu 9, 11)

Ajoittain sairastumistilanteissa jää sairastuneen henkilön ja lähi-ihmisten välille paljon puhumattomia ja käsittelemättömiä asioita. Kuntoutustutkimuksen prosessiin osallistuva ”sidosryhmän” jäsen voi saada prosessin kautta lisävalaistusta tuntemansa henkilön tilanteesta. Kuntoutustutkimus keskustelufoorumina voi olla asiakkaalle ja hänen sidosryhmiinsä kuuluville henkilöille vapauttava ja ilmapiiriä puhdistava kokemus, kuten haastateltavan kohdalla oli tapahtunut. Tutun ihmisen vapautuminen oli haastateltavaa lainaten ”arvokas asia” ja hänen hyvinvointiinsa välillisesti vaikuttavaa.

Kuntoutustutkimukseen liian aikaisin vai liian myöhään

Vaikka en kysynyt haastateltavilta suoraan ajoittuiko kuntoutustutkimus heidän mielestään oikeaan aikaan, haastateltavat ottivat aihepiirin oma-aloitteisesti esille. Oikea-aikaisuus -puhe syntyi osallisuuspuheen myötävaikutuksella, kuten olin olettanut.

Kuten jo aiemmin toin esiin, haastateltavien aikaisempaa hoitoa ja kuntoutusta koskeva kritiikki kohdistui pitkälti työterveyshuoltoon. Tämä selittyy sillä, että ennen kuntoutustutkimuspoliklinikalle saapumistaan työelämässä olleet haastateltavat olivat pääsääntöisesti työterveyshuollon asiakkaita. Suurin osa haastateltavien kritiikistä liittyi sairauslomien pitkittymiseen ja asianmukaiseen hoitoon pääsyn viivästymiseen.

Kuntoutustutkimuspoliklinikalle pääsyn ajankohtaa voidaan spekuloida monestakin näkökulmasta ja aina ei voida yksiselitteisesti arvioida, onko kuntoutustutkimus toteutunut asiakkaan tilanteen kannalta liian aikaisin vai liian myöhään.

A: 2003 mä loukkaannuin, niin siitä lähtien mä olin varmaan joka vuosi vähintään puoli vuotta sairauslomalla leikkausten ja muiden hoitojen takia. Ja sitten päätettiin. Se on varmaan 2006, kun mä oon jäänyt kuntoutustuelle (määräaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle).

H: Yhtäjaksoisesti oot ollut pois sieltä jostain 2006 vuodesta?

A: Niin. (Haastattelu 3, 2)

Useimmilla haastateltavilla terveyteen liittyvät ongelmat olivat alkaneet vuosia ennen kuntoutustutkimusprosessin käynnistymistä. Seitsemän haastateltavaa mainitsee tarkasti sairastumisen alkamisajankohdan vähintään kalenterivuoden tarkkuudella ja yksi haastateltava jaksottaa elämänsä kulkua hänelle tehtyjen leikkausten mukaisessa järjestyksessä. Ongelmien pitkäkestoisuudesta kertoo se, että kolmen haastateltavan terveydelliset ongelmat olivat alkaneet 1990-luvun puolella. Huomionarvoista on mielestäni se, että ne haastateltavat, jotka eivät maininneet sairastumisen alkamisajankohtaa, eivät olleet työelämässä ennen kuntoutustutkimusprosessin käynnistymistä.

H: Miten sä ajattelet sitä kokonaisuutta nytten, miten se eteni?

A: Mun mielestä (kuntoutustutkimus) ajoittui väärin. Koko prosessi oli täysin kesken hoitojen puolesta. Mulla ei ollut mitään valmiuksia töihin menoon siinä kohtaa. Ensinnäkään

psykkisen prosessin takia, että kun en tiennyt, minkä kanssa sitä loppuelämänsä elää. On aika raskas prosessi omassa päässä sopeutua siihen, tilanteisiin, että kaikki on auki edelleen. Mulla täytyisi olla joku, mistä ottaa kiinni ja mihin asennoitua ja sopeutua saadakseen sen tilanteen jollain tavalla haltuun. Se mua eniten harmittaa, että se meni tavallaan ohi multa se koko prosessi. (Haastattelu 3, 4)

Haastateltava määrittelee oikea-aikaisuuden reunaehdoiksi ”hoitojen” ajoittumisen ja henkilökohtaisen ”psykkisen prosessin”. Mielenkiintoista haastateltavan kohdalla oli se, että hän oli ollut pätkittäin kolmen vuoden ajan työelämässä leikkausten ja hoitojen välillä ennen kuntoutustutkimuspoliklinikalle ohjautumista. Yhtäjaksoinen sairausloma oli alkanut kolme vuotta onnettomuuden jälkeen ja noin vuosi ennen kuntoutustutkimusprosessin käynnistymistä. Kysymys, joka omassa mielessäni väistämättä herää on se, miksi lähete tehtiin vasta neljä vuotta onnettomuuden jälkeen.

Asiakkaille kerrotaan kuntoutustutkimusprosessin käynnistyessä, että poliklinikan toiminnan keskeisiä tavoitteita ovat työelämään palaaminen ja arjen sujuminen. Näiden tavoitteiden tiedostaminen saattaa aiheuttaa ahdistuneisuutta, jos asiakas kokee, että hänellä ei ole riittäviä resursseja tavoitteiden saavuttamiseen. Eräs haastateltavista vakuutti ymmärtävänsä, että ”kuntoutustutkimuksen tarkoituksena on saada ihmiset nopeasti työelämään ja pysymään arjessa kiinni”. Saman puheenvuoronsa aikana hän alkaa yllättäen puhua kuntoutustutkimuksen sijaan ”yhteiskunnasta, joka halusi hänen olevan jo valmis” työelämään. Tällä tavoin hän etäännyttää itsestään ristiriitoja aiheuttavan tilanteen: kuntoutustutkimuspoliklinikan tavoitteet ja omien resurssien puuttumisen.

Edeltävästi haastateltava oli pohtinut, että haastatteluhetkellä ”olisi oikea hetki kuntoutustutkimusta ajatellen”, ei 2-3 vuotta aiemmin. Erehdyin haastattelijana tulkitsemaan haastateltavan kertoman liian myönteisenä ja seuraavan puheenvuoronsa aikana hän kiirehtii korjaamaan, että terveydellinen tilanne ”ei näytä hyvältä”. Haastateltava vakuuttaa ymmärtäneensä kuntoutustutkimusprosessin tarkoituksen toistamalla samansisältöistä lausetta. Kuitenkin haastateltavan kokema epätietoisuus oman fyysisen ja henkisen toimintakyvyn palautumisesta vaikeuttaa lähtökohtaisesti kuntoutussuunnitelman laatimista. Haastateltava kiteyttää kokemansa ristiriidan, toteamalla ”Kun ei tiedä, mihin pitäisi sopeutua, on vaikeaa tehdä pitkälle tulevaisuuteen vaikuttavia valintoja”. Lopulta haastateltava päättyy

toteamaan, että ”kuntoutustutkimuspoliklinikalla ei voida tietää, mitä mun pään sisällä tapahtuu” ja että näitä ”sisäisiä tapahtumia on vaikea aikatauluttaa”.

Kuntoutussuunnitelmassa suositeltujen lääkinnällisten ja ammatillisten kuntoutusmuotojen toteutumisaikataulu ei aina riipu kuntoutustutkimuspoliklinikan toiminnan tehokkuudesta tai tehottomuudesta vaan niistä tahoista, jotka näitä palveluita tuottavat. Toisin sanoen kuntoutussuunnitelman toteutuminen on riippuvainen monista väliin tulevista muuttujista. Osa kuntoutussuunnitelman sisällöstä on suosituksia ja päätökset niiden toteutumisesta ja toteutumisaikatauluista tehdään muualla; esimerkiksi kelan tai vakuutusyhtiöiden toimesta.

Kuntoutussuunnitelman laatiminen vasta kuntoutustutkimuksen päätöspalaverissa voi haastateltavien kokemuksensa mukaan hidastaa hoitoon ja kuntoutukseen pääsyään, kuten eräs haastateltavista asian ilmaisi ”kaikkein kriittisin aika oli jo mennyt ohitse”. Vaikka osa kuntoutus- ja hoitosuosituksista tehdään ennen kuntoutustutkimuksen päättymistä ja kuntoutussuunnitelman laatimista, siitä huolimatta päätös hoitojen alkamisajankohdasta saatetaan tehdä useita kuukausia suositusten laatimisen jälkeen. Kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuutta paikannettiin hyvin monenlaisin sanakääntein. Selkeimmin mieleeni on jäänyt haastateltava, joka määritteli oikea-aikaisuutta omalla kohdallaan kolmen tekijän kautta ”ennen lääkemyrkytystä, vuosia aiemmin ja neljän leikkauksen jälkeen”. Kun sairaus- ja/tai kipukierre on kestänyt vuosia, ei ole poikkeuksellista, että asiakkaiden psyykkinen vointi heikkenee. Ajoittain kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaista yli puolet lähetetään kuntoutustutkimusprosessin aikana psykiatrin arvioon.

Kuntoutustutkimusprosessi voi itsessään venyä jopa yli vuoden mittaiseksi. Tämänkaltaisissa tilanteissa asiakkaan kuntoutusprosessiin on liittynyt esimerkiksi leikkaustoimenpide, psykologin tutkimukset tai osasto-olosuhteissa tapahtunut tutkimusjakso tai -jaksoja. Kuntoutussuunnitelmaa ei ole mielekästä laatia keskeneräisten hoito- ja/tai tutkimuksellisten toimenpiteiden aikana, koska asiakkaan työ- ja toimintakyky saattaa näyttäytyä täysin erilaisena kyseisten toimenpiteiden jälkeen.

Eräs haastateltavista kertoi eläneensä kahden ja puolen vuoden ajan ”sairauslomaelämää”, jonka rinnalla kulkivat erilaiset kuntouttavat toimenpiteet ja työ- ja toimintakykyä säännöllisin väliajoin arvioivat tutkimukset, kuten kuntoutustutkimus. Haastattelun aluksi haastateltava ei halua arvioida kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuutta kovin selvästi, mutta

haastattelun edetessä hänen näkemyksensä tarkentuu ja lopulta hän toteaa ”Omasta mielestäni puoli vuotta aikaisemmin, mutta hyvä, että pääsin töihin sitten vielä”.

Haastateltava aloittaa toteamalla, että ”kuntoutustutkimus kesti kauan”. Sitten hän tarkentaa ”olisi voinut tulla työhön aikaisemmin” ja päätyy lopulta toteamaan ”puoli vuotta aikaisemmin”. Sairausloman pitkittyessä haastateltavan huoli työhön paluun mahdollisuuksista kasvaa. Kun hänen oma toimintakykynsä ja voimavaransa lisääntyvät, työhön paluun odottaminen alkaa tuntua pitkältä. Haastateltavan viimeinen lause ”hyvä, että pääsin töihin sitten vielä” paljastaa hänen suurimman huolenaiheensa - sairausloman pitkittyessä työhön palaamisen todennäköisyys heikkenee.

Sairauslomalla olemiseen voi haastateltavan näkemyksen mukaan ”rutinoitua”. Toipumisjaksosta tuli haastateltavan kohdalla pysyvämpi elämisen muoto ja hän alkoi vieraantua työelämästä. Sairausloman pitkittyessä haastateltava alkaa huolestua omasta ”laiskistumisesta, totumisesta sairauslomalla olemiseen ja rutinoitumisesta” siihen, että ”elämässä ei ole selkeää aikataulua”. Oman elämäntilanteensa vertailukohteeksi hän valitsee yhteiskunnassamme negatiivisesti leimatun kategorian ”pitkäaikaistyöttömät”, jotka ovat haastateltavaa lainaten ”tottuneet työttömänä olemiseen”.

Kuntoutussuunnitelman vai elämäntilanteen seuranta?

Kuntoutustutkimuspoliklinikan työskentelyote on tutkimuksellinen, ei hoidollinen. Tästä syystä asiakkaiden hoitava taho pysyy ennallaan myös kuntoutustutkimusprosessin aikana. Asiakkaille kerrotaan kuntoutustutkimusprosessin aluksi, että kyseessä on eräänlainen tutkimusjakso, joka alkaa, päättyy ja johtaa yksilöllisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen, jonka seuranta-aika on puoli vuotta kuntoutustutkimuksen päätöspalaverista lukien. Alun tiedottamisesta huolimatta intensiivisen kuntoutustutkimusprosessin nopea päättäminen hämmentää asiakkaita, kuten seuraava haastateltava tuo esiin.

A: Joudun hoitamaan itse sitä (työelämään paluuasias) ja mulla ei ole siihen välttämättä sellaisia valmiuksia kuin mitä mä ajattelen täällä kuntoutustutkimuspolilla on. Niin semmosessa toivois sitä tukea saavansa.

H: Ainakin sitä seuranta jatkettais riittävän kauan?

A: Kyllä mä ymmärtäisin niin, että se olis kaikkien etu, että mä menisin töihin sekä yhteiskunnan että oma etu. Mun mielestä näin, että seurataan niin kauan, että tehdään joku lopullinen päätös. Että nyt musta tuntuu, että tää oli vaan yksi prosessi prosessin keskellä,

jossa todettiin, että ei voi auttaa. Tai lopputulema, koska se ei johtanut sitten mihinkään. (Haastattelu 3, 16)

Haastateltava ei ollut mieltänyt, että sovitun seurantajakson jälkeen poliklinikka ei enää tarjoa palveluita entisille asiakkailleen. Ristiriitaa aiheuttaa se, että kuntoutustutkimusprosessi on aikarajoihin sidottu prosessi, toisin kuin haastateltavan henkilökohtainen toipumisprosessi.

Asiakkaille lähetetään kirjallisesti kuntoutustutkimuksen aikaiset sairauskertomustekstit mukaan lukien kuntoutustutkimuksen päätöspalaverissa sovitut asiat, joista ilmenee kuntoutustutkimuksen päättyminen. Nämä edellä mainitut asiakkaille suunnatut tiedoksiannot ovat haastattelujen valossa osoittautuneet selvästi riittämättömiksi. Asiakkaiden elämässä on useimmiten ylimääräistä henkistä kuormitusta, mikä ei ole omiaan helpottamaan kuntoutustutkimuspoliklinikan toimintaperiaatteiden sisäistämistä. Haastateltavien toivomuksena ja kehittämisehdotuksena on, että seuranta voitaisiin jatkaa niin kauan kuin asiakkaana olevan henkilön tilanne sitä vaatii tai ainakin seurantamielessä ottaa asiakkaaseen yhteyttä määrätyn ajan kuluttua kuntoutustutkimusjakson päättymisestä.

Kuntoutustutkimusjakson pituus, intensiivinen työskentelyote ja pitkittyneet ongelmat eivät olleet haastateltavien arvion mukaan sopusoinnussa lyhyehkön seuranta-ajan kanssa. Erityisesti palaaminen kuntoutustutkimuspoliklinikalta takaisin hoitavan tahon seurantaan koettiin hankalana, vaikka hoitovastuu ei missään vaiheessa siirry pois lähettäneeltä taholta.

H: Minkälaisiin asioihin sä ajattelet, että olisi hyvä kiinnittää tulevaisuudessa huomiota, jos mieltii sitä poliklinikan toimintaa ihan yleisesti?

A: Se siirtyminen tapahtuisi, ettei jäisi sellaista tunnetta, että mut heivattiin tänne (hoidosta vastaava taho) ja sitten heivataan sieltä, vähän sellainen kyllä niitä lapsia tehdään, mutta niistä ei huolehdi, semmoinen joku kiva loppu- tai jatkotapaaminen tai joku kysely. (Haastattelu 10, 29)

Intensiivisen tutkimusjakson jälkeen paluu arkeen sai haastateltavan kokemaan turvattomuuden tunteita. Kuntoutussuunnitelma on laadittu, mutta sen toteutumista ei kukaan osaa ennustaa. Yleensä kuntoutussuunnitelma laaditaan vähintään vuodeksi eteenpäin ja seuranta kestää puoli vuotta. Haastateltavia mietityttää, kenen vastuulla kuntoutussuunnitelman toteutuminen tai toteutumattomuus on puolen vuoden seurannan jälkeen. Edellinen haastateltava kertoo tulleen ”ulos heivatuksi” ja vahvistaa kokemustaan

sanonnalla ”kyllä niitä lapsia tehdään, mutta niistä ei huolehdi”. Sanonta kuvaa velvollisuuksien laiminlyöntiä ja moitetta kuntoutustutkimuspoliklinikan toimintakäytäntöjä kohtaan.

Sairastuminen tai vammautuminen saa aikaan isoja muutoksia monella eri elämäalueella. Asiakkaat saattavat joutua vaihtamaan ammattia, asuntoa ja työpaikkaa, lisäksi ihmissuhteet ovat koetuksella. Haastattelupuheesta suorastaan huokuu tiiviin tuen tarve. Eräs haastateltavista vertasi kuntoutustutkimuksen päättymistä ”kananlento”, mikä kertoo prosessin äkillisestä ja epätydyttävästä päätöksestä.

Kuntoutussuunnitelman laatimisen yhteydessä sovitaan, kuka seuraa kuntoutussuunnitelman toteutumista ja keneen asiakas voi ottaa yhteyttä kuntoutustutkimuksen päättymisen jälkeen. Useimmiten yhteydenottaminen jää asiakkaan omalle vastuulle ja kokemuksena saattaa olla, että ”kukaan ei seuraa tai valvo kuntoutussuunnitelman toteutumista” seuranta-aikana. Kuntoutustutkimuspoliklinikan toiminta nähtiin ajoittain näennäisen tehokkaana. ”Vakuutusyhtiölle yritetään kovasti selittää, että joo kyllä täällä tehdään hommia, mutta kukaan ei valvonut tai seurannut mitenkään kuntoutussuunnitelman toteutumista jälkikäteen”, kuten eräs haastateltavista asian ilmaisi. Haastateltavan näkemyksen mukaan maksavalle taholle pyritään antamaan kuva vastuullisesta yhteistyökumppanista, vaikka samanaikaisesti asiakkaan tilanteesta ei kukaan ole kiinnostunut kuntoutustutkimuksen päättymisen jälkeen.

Kuntoutustutkimuksessa esiinnousseet asiat eivät ole lopullinen, muuttumaton totuus ihmisen elämäntilanteesta. Haastateltavat ovat oman kokemuksensa kautta hyvin tietoisia tästä tosiseikasta. He olisivat olleet valmiita luopumaan puolen vuoden seuranta-ajasta, jos tilalle olisi tullut esimerkiksi jälkitarkastuskäynti kaksi vuotta kuntoutustutkimusjakson päättymisen jälkeen tai useissa eri jaksoissa tapahtuvaa kuntoutussuunnitelman seuranta, joka sisältäisi tarvittaessa lisätutkimuksia ja suunnitelman täydentämistä. Tämänkaltaisen seurannan noudattaminen tarkoittaisi asiakassuhteen pitämistä avoimena.

Seurannan merkitys korostui yksin elävien tai yksinhuoltajana toimivien haastateltavien puheessa sekä niiden henkilöiden kohdalla, joiden terveydentila oli epävakaalla pohjalla haastatteluhetkellä. Haastateltavista seitsemän asui yksin tai toimi yksinhuoltajana. Haastatteluhetkellä työelämässä olleet haastateltavat, mukaan lukien yksinelävät henkilöt, eivät puhuneet seurannasta mitään.

5.3 Yhteenvetoa: Kuulluksi tuleminen tekee ihmisen olemassa olevaksi

Seuraavassa taulukossa (taulukko 2) olen koonnut yhteen haastattelupuheesta esiinnousseet kategoriat: asiakas toimenpiteiden kohteena ja aktiivisena/aloitteellisena toimijana sekä haastateltavien osallisuuden ja osattomuuden kuvaukset suhteessa niihin. Molempia kategoriaita kuvaavat osallisuuden ja osattomuuden kriteerit on poimittu haastattelupuheesta. Asiantuntijatiedon ja asiakkaan kokemustiedon sekä seurannan osalta osallisuuskuvaukset sisältävät jonkin verran omaa tulkintaani. Muilta osin ne ovat suoria lainauksia haastattelupuheesta.

Taulukko 2. Kuntoutustutkimukseen liittyvät kuntoutujakategoriat ja osallisuuden kriteerit.

Asiakas toimenpiteiden kohteena	Asiakas aktiivisena/aloitteellisena toimijana
Kuntoutustutkimusprosessi on suppeaa liukuhihnatyötä.	Kuntoutustutkimusprosessi on kokonaisvaltainen.
Oman kokemuksen mitätöinti ja/tai kyseenalaistaminen.	Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen
Asiakas tukeutuu liikaa asiantuntijatietoon tai vaihtoehtoisesti ammattilainen mitätöi asiakkaan kokemuksen asiantuntijatiedon avulla.	Kuntoutustutkimusprosessin aikana hyödynnetään sekä asiantuntijatietoa että asiakkaan kokemuksiin perustuvaa tietoa.
Ammattilainen käyttää kieltä, jota asiakas ei ymmärrä. Asiakkaalle syntyy kokemus, että ammattilainen asettuu hänen yläpuolelleen.	Ammattilainen puhuu kansankielellä konkreettisesti. Ammattilainen kohtaa ja kohtelee asiakasta tasavertaisena kumppanina.
Kuntoutussuunnitelma on ulkoapäin annettu.	Kuntoutussuunnitelma on voimaannuttava tekijä.
Kuntoutustutkimus ajoittuu väärin asiakkaan elämäntilanne huomioiden – joko liian aikaisin tai liian myöhään.	Kuntoutustutkimus ajoittuu oikein.
Seuranta on puutteellista tai puuttuu kokonaan	Seuranta on puutteellista tai puuttuu kokonaan/ Seuranta on toimivaa tai sitä ei tarvita.

Kymmenestä haastateltavasta seitsemän koki kuntoutustutkimusprosessin olleen varsin onnistunut interventio heidän senhetkisessä elämäntilanteessaan. Kolmen haastateltavan osalta kokemukset eivät olleet yhtä hyviä. Huomionarvoista oli kuitenkin se, että selvästi tyytymättömyytensä ilmaisseista kolmesta haastateltavasta kaksi olisi halunnut myöhemmin tulla uudestaan kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaaksi. Haastateltavien tyytymättö-

myyteen vaikuttivat muun muassa kokemus kuntoutustutkimuksen väärästä ajankohdasta tai kuntoutustutkimusprosessin liian nopea tai hidaskäynninen.

Haastateltavat kuvasivat kuntoutustutkimusprosessia dikotomisesti joko kokonaisvaltaiseksi tai suppeaksi liukuhihnatyöksi. Parhaimmillaan kuntoutustutkimus on kokonaisvaltaista ja perusteellista. Tällöin ammattilainen suhtautuu asiakkaaseensa asiallisesti ja huomioi hänen elämäntilanteensa kokonaisuutena. Vertailukohtana haastateltavilla oli muun muassa työterveyshuolto, jonka toimintaa neljä haastateltavista kritisoi. Työterveyshuoltoon kohdistuneen kritiikin kautta on mahdollista saada tarkempi kuva kokonaisvaltaisesta kuntoutustutkimuksesta, jossa asiakkaan kertomat asiat otetaan todesta, työntekijä on kiinnostunut hoitamaan asiakkaan asioita ja pitää huolta hänen etuusasioidensa ajan tasalla pysymisestä.

Haastateltavien kokemuksena on, että kuntoutustutkimusprosessin liian varhainen päätökseen saattaminen tai prosessin pitkittyminen eivät tee oikeutta asiakkaan tilanteelle. Kuntoutustutkimusprosessi näyttäytyy tällöin ”hajanaisena, vaikeasti hahmotettavana” tai ”kiireisenä, hätäisesti kokoon kytähtynä, liukuhihnamaaisena” tutkimuksena. Luottamus työntekijää ja koko prosessia kohtaan kärsii, jos työntekijä ei ole ”henkisesti läsnä” kasvokkaisessa kohtaamisessa, ”ei perustele” suosittelunsa tutkimus- ja hoitomuotoja ”eikä anna tutkimustuloksista” selkokielistä ”palautetta” asiakkaalle. Toisin sanoen luottamuksellinen suhde ammattilaisen ja asiakkaan välillä edellyttää kuntoutustutkimusprosessin sisällöstä ja aikatauluista tiedottamista sekä tutkimuksellisten valintojen perustelemisesta. Tyytyväisyys kuntoutustutkimukseen syntyy useammasta eri tekijästä, joista työntekijän ammatillinen erityisosaaminen on vain yksi osa-alue.

Haastateltavien näkemyksen mukaan asiakas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi, kun hänen kertomaansa ja kokemaansa luotetaan eikä ammattilainen pakota häntä mihinkään, mihin hän ei ole valmis sitoutumaan. Haastateltavat eivät kyseenalaista asiantuntijatieta, mutta kritisoivat sen käyttöä asiakkaan kokemuksen mitätöinnin välineenä. Asiantuntijatietaon sisältyy haastateltavien mukaan kokemus vastaavanlaisten asiakastapausten hoitamisesta sekä ymmärrys yksilöllisistä työolosuhteista ja työn vaatimuksista. Asiantuntijatieta saatetaan hyväksyä myös näennäisesti ilman avointa neuvottelua tai oman vastakkaisen näkemyksen esiintuomista. Ainoastaan asiantuntijatietaon ja ammattilaisten esittämiin vaihtoehtoihin perustuva kuntoutussuunnitelma ei ole useinkaan asiakkaan kannalta onnistunut.

Haastatteluaineisto sisälsi runsaasti vertailua eri ammattiryhmien välillä. Eniten haastateltavat vertailivat toisiinsa kuntoutustutkimuspoliklinikan lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden käyttäytymistä, tapaa olla vuorovaikutuksessa ja ammattiryhmien erilaista kielenkäyttöä. Kuntoutustutkimusprosessi alkoi haastateltavien kohdalla lääkärin ja sosiaalityöntekijän tapaamisella, mikä osittain selittänee näiden ammattiryhmien välistä vertailua. Toisaalta haastatteluaineistosta on havaittavissa, että vertailevat kuvaukset syntyivät useimmiten tilanteissa, joissa haastateltavat kertoivat kohtaamisen kokemuksista sosiaalityöntekijän vastaanotolla. Vertailuasetelman käyttö paikantaa sosiaalityöntekijän asemaa asiakkaan ja lääkärin välimaastossa. Sosiaalityöntekijä jäsenyy tällöin asiakkaan kuvauksissa ”konkreettisenä” ja ”kansankielisenä” ammattihenkilö, joka ymmärtää molempien kieltä. Saman vertailuasetelman avulla lääkärit ja sosiaalityöntekijät on nähtävissä esimerkkeinä arvovaltaisista ja vähemmän arvovaltaisista ammattihenkilöistä. Myös luottamuksen rakentumista edistäneissä ja murentaneissa ammattilaisten kohtaamiskuvauksissa hyödynnetään vertailua.

Kuntoutustutkimus päättyi kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa näennäisesti pienet asiat saattavat saada asiakkaan kokemaan ulkopuolisuuden ja osattomuuden tunteita. Esimerkkinä mainittakoon erään haastateltavan kuvaus työntekijöiden välisestä työnjaollisesta keskustelusta, jossa työntekijät sopivat keskenään asiakkaan potilasasiakirjojen ja lääkärinlausuntojen lähettämisestä eri tahoille. Asiakas koki tilanteessa ulkopuolisuuden tunteita, koska ei ymmärtänyt mitä tilanteessa käytännössä sovittiin, vaikka oli muuten tyytyväinen kuntoutussuunnitelmansa sisältöön. Kun asiakasta ei riittävästi tiedoteta vaihtoehtoisista kuntoutusmuodoista ennen kuntoutussuunnitelman laatimista, lopputuloksena voi olla se, että asiakas hyväksyy kriitikittömästi ja ilman neuvottelua ammattilaisten tarjoilemat vaihtoehdot. Tällöin asiakas kokee ammattilaisten ehdottamat kuntouttavat toimenpiteet valmiina kuntoutuspakettina, joka vain hyväksytetään hänellä. Tämänkaltaisissa tilanteissa asiakas on osaton itseään koskevassa päätöksenteossa ja kuntoutussuunnitelma perustuu ainoastaan asiantuntijatietoon.

Asiakkaan epätietoisuus oman fyysisen ja henkisen toimintakyvyn palautumisesta vaikeuttaa lähtökohtaisesti kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuuden arviointia ja kuntoutussuunnitelman laatimista. Hoitojen suhteen oikean ajankohdan arvioiminen on helpommin ammattilaisten saavutettavissa, mutta yksilön sisäisen prosessin arviointi on huomattavasti haasteellisempaa.

Ei ole poikkeuksellista, että vuosia jatkuneen sairausloma- ja kipukierteen jälkeen asiakkaiden psyykkinen vointi heikkenee. Ajoittain kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaista yli puolet lähetetään kuntoutustutkimusprosessin aikana psykiatrin arvioon. Haastateltavista kolme oli ollut yleissairaalapsykiatrian osastolla tutkimusjaksolla ja kaksi oli tavannut psykiatria poliklinikkakäynnin yhteydessä. Lisäksi kahdella haastateltavista, jotka eivät tavanneet psykiatria kuntoutustutkimusprosessinsa aikana, oli pitkäkestoinen psykiatrinen hoitosuhde jo ennen kuntoutustutkimuspoliklinikalle saapumistaan. Kuusi haastateltavaa kertoi pohtineensa koko elämisen mielekkyyttä. Jos itselle rakkaita lähiomaisia, ymmärtäväistä työnantajaa ja työtovereita tai voimakasta tulevaisuuteen liittyvää unelmaa ei olisi ollut, elämänhalu olisi voinut sammua kokonaan.

Kuntoutustutkimusjakson pituus, intensiivinen työskentelyote ja asiakkaiden pitkittyneet ongelmat eivät olleet haastateltavien arvion mukaan sopusoinnussa lyhyehkön (6 kk) seuranta-ajan kanssa. Vaikka kuntoutussuunnitelman laatimisen yhteydessä sovitaan, kuka seuraa kuntoutussuunnitelman toteutumista, haastateltavien kokemuksena oli, että kukaan ei todellisuudessa seurannut eikä valvonut kuntoutussuunnitelman toteutumista edes seuranta-aikana. Lisäksi haastateltaville oli jäänyt epäselväksi, kenen vastuulla kuntoutussuunnitelman toteutuminen tai toteutumattomuus on puolen vuoden seuranta-ajan jälkeen. Haastateltavien toivomuksena ja kehittämisehdotuksena on, että seurantaa voitaisiin jatkaa niin kauan kuin asiakkaana olevan henkilön tilanne sitä vaatii. Kokonaisuutena seurannan merkitys korostui yksin elävien, yksinhuoltajien ja niiden henkilöiden puheessa, joiden terveydentila oli epävakaalla pohjalla haastatteluhetkellä. Seurannan tarve ei näin ollen liittynyt suoranaisesti haastateltavien osallisuuden kokemuksiin vaan muihin elämäntilanne-tekijöihin.

Haastateltavat, jotka kokivat kuntoutustutkimusprosessin ajoittuneen oikein ja olleen kokonaisvaltainen prosessi, olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä prosessin kaikkiin vaiheisiin. Päinvastaisessa tilanteessa kuntoutustutkimus näyttäytyy haastateltavien puheessa suppeana liukuhihnatyönä, jossa ammattilaisten kohtaamiset ovat olleet epätydyttäviä, kuntoutussuunnitelma on perustunut ainoastaan asiantuntijatietoon ja kuntoutustutkimus on ajoittunut väärin. Luonnollisesti kuntoutustutkimusprosessin kuvaukset eivät olleet haastateltavien kertomina näin mustavalkoisia. Kolmen haastateltavan epätydyttäviin kuntoutustutkimusprosessin kuvauksiin liittyy myös onnistuneita ja haastateltavia tyydyttäviä elementtejä ja kohtaamisia. Tärkeintä haastateltaville oli kuulluksi tuleminen ja se, että kuultu otettiin vastaan ammattilaisten taholta. Seuraava haastattelulainaus porautuu

mielestäni hyvin osallisuuden ytimeen ja kiteyttää kaiken edellä mainitun. ”Kyllähän ammatti-ihmisillä on keinonsa arvioida toista ihmistä, kun sitä vaan maltetaan kuulla. Kuulluksi tuleminen on ihmiselle niin tärkeää ja sitä tärkeempää ei oikeestaan oookkaan. Se tekee ihmisen olemassa olevaksi. Jo pelkästään se, että tajuaan, että mut otetaan vakavasti on aika parantava tekijä.”

6 KOHTAAMISIA AMMATILAISTEN KANSSA

Kysyin haastateltavilta, mikä oli heidän näkemyksensä kuntoutustutkimusprosessista kokonaisuutena sekä eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta ja roolista kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Kysymykset synnyttivät haastateltavissa tunteikasta puhetta eri ammattiryhmien tavasta olla vuorovaikutuksessa sekä kuvauksia ammattilaisten kohtaamisista ja kohtaamisten merkityksestä haastateltavalle. Tutkimuskysymykseni tässä luvussa ovat: Minkälaista roolia haastateltavat puhuvat eri ammattilaisille? Ja käänteisesti: Minkälaista paikkaa ammattilaisten saamat roolit määrittävät haastateltaville itselleen osallisuuden näkökulmasta?

Analyysiprosessini on edennyt yleisistä kuntoutustutkimusprosessia koskevista odotuksista ja kuvauksista (luku 5) yksityiskohtaisempiin kohtaamisen kuvauksiin. Tässä luvussa analyysiyksikkönä ovat ammattilaisten saamat kategoriat, jotka olen tunnistanut haastattelupuheesta kategoriasidonnaisten toimintojen ja kategoriapiirteiden avulla eli lähinnä ammattilaisiin liitettyjen adjektiivien tai heidän toimintaansa kuvaavien verbien avulla. Työntekijöiden kohtaamisiin liittyvien kuvausten tarkastelun myötä pääsen myös haastateltavien osallisuus -kokemusten jäljille. Se, mihin jäsenkategoriaan haastateltava asettaa työntekijän, kertoo samalla hänen oman asemansa suhteessa työntekijään ja osallisuuden reunaehdot.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan henkilökuntaan kuuluu lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja osa-aikaisena työskentelevä kuntoutusohjaaja. Haastateltavien moninaisista terveydellisistä ja elämäntilanteeseen laajemminkin kytkeytyvistä pulmista johtuen, myös x-yksikön¹², yleissairaалapsykiatrian poliklinikan ja osaston henkilökunnan edustajat esiintyvät haastateltavien puheessa toistuvasti. Tästä syystä olen huomionut myös edellä mainittujen toimipisteiden ammattilaisia koskevat kuvaukset tässä analyysiluvussa.

Kaikki kymmenen haastateltavaa ovat tavanneet sekä sosiaalityöntekijän että lääkärin kuntoutustutkimusprosessin aikana ja jokainen heistä myös kuvailee puheessaan sosiaalityöntekijän ja lääkärin toimintaa ja roolia osana kuntoutustutkimusprosessiaan.

¹² Käsittelen Kuntoutustutkimuspoliklinikan yhtä keskeisintä yhteistyötahoa x-yksikön nimikkeellä, koska osa haastateltavista puhuu hyvin kriittiseen sävyyn tämän yksikön lääkäreistä.

Kahdeksan haastateltavaa kymmenestä oli tavannut psykologin ja viisi haastateltavaa fysioterapeutin. Vaikka kuntoutustutkimuspoliklinikalla ei työskentele yhtään fysioterapeuttia, monet asiakkaat tapaavat fysioterapeuttia kuntoutustutkimusprosessinsa aikana. Fysioterapeutit, joista haastateltavat puhuvat, työskentelevät työterveyshuolloissa, Tampereen yliopistollisessa sairaalassa ja yksityissektorilla. Koska kuntoutustutkimus tehdään kiinteässä yhteistyössä sen terveydenhuollon kentän kanssa, joka on asiakasta aiemmin tutkinut ja hoitanut, on yhteydenpito fysioterapeuttien kanssa kuntoutustutkimuspoliklinikan työskentelyyn oleellisesti kuuluvaa (kts. esim. Ylinen 2007). Lisäksi kuntoutustutkimuksen aikana lääkäri laatii usein lähetteen, suosituksen tai maksusitoumuksen fysioterapiaa varten ja fysioterapeutti voidaan kutsua mukaan kuntoutustutkimuksen päätöstapaamiseen, jossa asiakkaalle laaditaan kuntoutussuunnitelma. Koska fysioterapeutti näyttäytyy haastateltavien puheessa merkityksellisenä ammattihenkilönä, olen huomionnut tässä luvussa myös fysioterapeutit ammattiryhmänä.

Eri ammattiryhmiä koskevien alalukujen lopuksi, olen koonnut yhteen jäsenkategoriat, kategoriaparit, kategoriasidonnaiset toiminnot/kategoriapiirteet taulukoiksi, jotka toimivat samalla kyseisten lukujen yhteenvetoina. Taulukoissa mainitut kategoriasidonnaiset toiminnot tai kategoriapiirteet ovat suoria lainauksia haastattelupuheesta. Kuten analyysimenetelmiä käsittelevässä luvussa tuon esiin, jäsenkategoria ja siihen liittyvät piirteet ja toiminnot valitaan useimmiten samanaikaisesti. Jäsenkategoriat löytyvät harvoin suoraan aineistosta sellaisenaan, mutta niiden jäljille pääsee kategoriasidonnaisten toimintojen ja kategoriapiirteiden avulla. Ammattilaisia kuvaavat jäsenkategoriat olen tunnistanut haastattelupuheesta kategoriapiirteiden (lähinnä toimintaa tai toimijaa koskevia verbejä ja adjektiiveja) avulla.

6.1 Sosiaalityöntekijä – tilanteiden ja tunteiden tulkki

Muihin ammattiryhmiin verrattuna sosiaalityöntekijää kuvattiin haastattelupuheessa eniten persoonana. Persoonakuvauksen lisäksi haastateltavat kuvailivat sosiaalityöntekijän toimenkuvaa ja arvioivat sosiaalityöntekijän tapaa olla vuorovaikutuksessa. Haastattelupuheessa vertailtiin erityisesti sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden toimintatapoja ja rooleja.

Näennäisesti pienet asiat vaikuttivat mielikuvaan työntekijästä ja sitä kautta koko kuntoutustutkimusprosessista, kuten seuraavasta haastattelulainauksesta ilmenee.

H: Mitä se sosiaalityöntekijä tekee siellä (kuntoutustutkimuspoliklinikalla) tai tarvitaanko sitä sosiaalityöntekijää yleensä?

A: Kyllä mun mielestä. Just sen takia, että saa esimerkiksi ne paperiasiat rullaamaan ja sä tiedät etuuksista ja mihin sulla on mahdollisuus. Eihän lääkäri sulle semmosia... tässä on huomattu... ainakaan kerro. Ja koulutusmahdollisuuksista ja kaikista ja muutenkin elämisen eteenpäin menemiseen muutakin kuin raha-asioita.

H: Se oli kohtaamisena ihan hyvä?

A: Joo. Mä en osaa suhtautua silleen, että mitä toi täällä tekee.

H: Joku mielikuva aina kohtaamisista, vaikka olisi pitkänkin aikaa mennyt niin aina.

A: Rempseä tyyppi.

H: Se jäi ulkoisesti mieleen sitten ainakin?

A: En mä ulkonäköä saa päähän, mutta just se, että rempseä tyyli oli.

H: Se oli kohtaamisena ihan hyvä?

A: Joo. (Muutama rivi myöhemmin haastateltava jatkaa) Rempseä tyyppi. Ulkonäköä en saa päähän, mutta rempseä tyyli oli. Mulla oli lapsi mukana ja se otti sen hirveesti huomioon. Jutteli sille ja tälle. Suhtautui siihen silleen asiallisesti. Ei haitannut, vaikka se oli mukana. (Haastattelu 1, 8)

Haastateltava kertoo saavansa sosiaalityöntekijältä tietoja palvelujärjestelmien tarjoamista mahdollisuuksista sekä konkreettista apua ja neuvontaa näiden etuuksien ja palveluiden hakemiseksi. Hän rakentaa sosiaalityöntekijän roolia suhteessa lääkärin rooliin toteamalla ”Eihän lääkäri sulle semmoisia ... tässä on huomattu... ainakaan kerro” Haastateltavan sanat viittaavat näin hänen kokemuseräiseen tietoonsa siitä, että lääkäreiden kohtaamistilanteissa ”ei paperiasioita saada rullaamaan” tai lääkärit eivät ”ainakaan kerro” näistä asioista.

Myöhemmin haastattelun edetessä haastateltava alkaa kuvata sosiaalityöntekijää henkilönä, joka osaa tulkita vuorovaikutustilannetta ja ottaa tilanteen haltuunsa. Haastateltava esittää, että lapsen läsnäolo olisi saattanut tuoda jännitteitä asiakkaan ja työntekijän kohtaamistilanteeseen, mutta näin ei kuitenkaan käynyt ”ei haitannut, vaikka se (lapsi) oli mukana”. Haastateltava mainitsee, että hän ei kykene muistamaan työntekijän ulkonäköä, vaikka haastattelijana virheellisesti näin päättelinkin. Työntekijän kyky olla kohtaamistilanteessa on sen sijaan jäänyt selvästi haastateltavan mieleen. Hän kuvaa sosiaalityöntekijää ”rempseäksi” neljä kertaa lyhyessä ajassa.

Samaan kohtaamiseen liittyvän kuvauksensa aikana haastateltava puhuu sosiaalityöntekijästä sekä neuvonantajana ja organisoijana että inhimillisenä ihmisenä.

H: Minkälainen kuva siitä kokonaisuudesta jäi, että oliko se jotenkin hajanainen tai epämääräinen vai tiesitkö koko ajan, mitä seuraavaksi tulee?

A: Se eteneminen siinä, jos aattelee koko prosessia, mun kohdalla oli niin ihana ihminen tää (mainitsee sosiaalityöntekijän nimeltä), joka sitten oli mun niin sanottu oikea käteni siinä. Hän kyllä piti mua ajan tasalla. (Haastattelu 5, 5-6)

Kuntoutustutkimusprosessin hahmottaminen on haastateltavalle haasteellinen tehtävä. Haastateltava kuvaa sosiaalityöntekijän olleen hänelle ”oikea käsi, joka piti häntä ajan tasalla”. Lisäksi sosiaalityöntekijä oli haastateltavan näkemyksen mukaan ”ihana ihminen”. Haastateltava asettaa sosiaalityöntekijän liittolaisen kategoriaan tilanteessa, jossa hän pohtii koko kuntoutustutkimusprosessinsa etenemistä.

Vaikka asiakas tiedostaisikin omat oikeutensa, hän ei välttämättä kykene puolustamaan oikeuksiaan, kuten eräs haastateltava totesi ”sosiaalityöntekijät on tosi tärkeitä, koska ei ihmiset jaksa painia oikeuksiensa perässä”. Usein näillä oikeuksilla tarkoitetaan sosiaalietuuksia ja -palveluita. Taloudellisten asioiden merkitys on keskeisessä roolissa työ- ja toimintakyvyn rajoitteista kärsivän ihmisen elämässä. Kaikki haastateltavat sivuavat kommentissaan sosiaalietuuksia ja/tai -palveluita jollakin tasolla ja puolet heistä kertoo joutuneensa ”taistelemaan” toimeentulonsa puolesta.

H: Mitä sosiaalityöntekijä kuntoutustutkimuspoliklinikalla tekee ja minkälainen työkuva sillä on? Ja mitä sä aattelet, että tarvitaanko sitä siellä?

A: Tarvitaan, ehdottomasti tämmöisenä kontakti-ihmisenä ja ihmisenä, joka pitää ne nauhat käsissään, että ja on sen potilaan tuki ja turva. Se neuvonta, että mitä pitää tehdä ja mihin pitää olla yhteydessä ja just olla rehellinen siinä, että minkälaisia lausuntoja. Sosiaalityöntekijällä on kontakteja näihin eläkeyhtiöihin ja kelaan. Hän on luonteeltaan, omaa sellaisen luonteen, että pystyy potilasta lukemaan vähän jopa rivien välistä, että mikähän tolle olisi oikein hyväksi ja hyödyksi tässä tapauksessa. Kyllä se on ensimmäinen kontakti siellä mun mielestä. (Haastattelu 5, 11)

Sosiaalityöntekijä näyttäytyy haastateltavan puheessa paitsi ”kontakti-ihmisenä” ja neuvonantajana, myös paljon henkilökohtaisemmalla tasolla ”tukena ja turvana”. Haastateltavan käyttämä metafora ”lukea rivien välistä” kuvaa asiakkaiden elämän kompleksisuutta. Kaikkia ongelmia ei kyetä pukemaan sanoiksi, vaikka työntekijälle annetaan kohtaamistilanteessa vihjeitä siitä, että ”rivien välissä” olisi asioita, joihin tarvitaan apua.

Haastateltavan toteamus ”mikä tolle olisi hyväksi ja hyödyksi tässä tapauksessa” viittaa siihen, että jokaista asiakasta ja hänen avuntarvettaan tulee arvioida yksilöllisesti ja tapauskohtaisesti. Haastattelulainaus kuvaa myös sosiaalityöntekijöiden suuntautumista sairaalan ulkopuolelle. Sosiaalityöntekijä ei ainoastaan tunne palvelujärjestelmiä vaan hänellä on myös ”kontakteja” eri palvelujärjestelmien edustajiin.

H: Mitä sä itse ajattelet nyt, kun sä olet käynyt sekä sosiaalityöntekijän että psykologin luona, että oliko niillä jokin merkitys koko siinä yhtälössä vai olisiko se toiminut ilman sitäkin?

A: Mä luulen, että sosiaalityöntekijän rooli oli vähän enemmän sellainen, että se keräsi kokoon kaikki jutut. Tykkäsin olla sosiaalityöntekijän tykönä. Siellä oli hyvä käydä ja jutella niistä omista asioista, että sitä kiinnostti kokonaisuus eikä vaan se, että mitä mun päässäni liikkuu, mikä mua ahdistaa ja tällai. Se kokonaisuus pitäisi mun mielestä huomioida paremmin. Siellä psykiatrialla ja psykologilla kävin niin, se oli justiin vaan, että mitä mun päässäni liikkuu, mitä ajatuksia ja tällai, että mentiin sille tasolle pelkästään. Ihan sama niin kuin fysiatri vaan mun kroppaani ajatteli. Sosiaalityöntekijä kattoi sitä kokonaiskuvaa, että mitä mun elämässäni on kotona. Kun ihminen on kuitenkin kokonaisuus. Kyllä täytyy olla semmoinen, joka ajattelee ihmistä kokonaisena, kokonaiskuvaa. (Haastattelu 8, 8-9)

Haastateltava vertailee sosiaalityöntekijän toimintatapoja kahden erikoislääkärin ja psykologin toimintaa, joiden hän kuvaa olleen kiinnostuneita vain omaan erikoistumisalaansa liittyvistä seikoista. Erityisasiantuntijuus ei siis itsessään riittänyt vakuuttamaan haastateltavaa kohtaamisen onnistumisesta, mihin viittaa hänen toteamuksensa ”mentiin sille tasolle pelkästään”. Sillä tasolla haastateltava viittaa työntekijän erityisosaamisalueeseen eli sen arvioimista, ”mitä hänen pään sisällä liikkuu” tai hänen ”kroppansa ajattelua”. Haastateltavan elämän kokonaistilanteen huomioiminen ja erityisesti kiinnostuneisuus hänen elämästään kotona jäsenyi olennaisimpana asiana haastateltavan puheessa.

Haastateltavien puheessa sosiaalityöntekijän rooliin sisältyi kiinnostus sekä asiakkaan elämän kokonaisuudesta että kuntoutustutkimusprosessin etenemisen seuraamisesta. Haastateltavan kokonaistilanteen huomioiminen mahdollisti työntekijän ja haastateltavan välisen liittoutumisen ja kumppanuuden.

Terveystieteiden työkentelevien sosiaalityöntekijöiden ei katsota kuuluvan terveydenhuollon ammattihenkilöstöön. Sairaalassa työskentelevä sosiaalityöntekijä voidaan asiakkaan taholta nähdä keskeisessä roolissa hänen henkilökohtaisessa kuntoutumisprosessissaan, kuten seuraavasta haastattelulainauksesta ilmenee.

*H: Mikä sun mielestä on sosiaalityöntekijän rooli kuntoutustutkimuspoliklinikalla?
Tarvitaanko sosiaalityöntekijää poliklinikalla?*

A: No, sähän et varmaan tiedä ohjelmistokehitysprosesseista mitään?

H: No, kuten arvaat, niin en kauheasti.

A: Näissä nykyisissä ketterissä tavoissa tehdä sitä, on olemassa sellainen rooli kuin scrum-master. Hän on oikeastaan henkilö, joka omistaa sen prosessin. Yhdistäisin sosiaalityöntekijän roolin tommosessa paikassa siihen scrum-masterin rooliin.

H: Eli prosessin omistajan rooliin?

A: Niin. Sosiaalityöntekijä on oikeastaan henkilö, joka omistaa sen prosessin, vastaa siitä. Siellä tarvii olla joku henkilö, joka pitää se prosessin kasassa. (Pari riviä myöhemmin haastateltava jatkaa)

Semmoinen organisoijan rooli, joka kuuntelee ihmisten ongelmia ja ohjaa ihmisiä itse ratkaisemaan niitä taikka hankkii jostain apuja ja kattoo, että siellä on ihmiset oikeassa paikassa oikeaan aikaan. (Haastattelu 9, 4)

Haastateltava hyödyntää useita kertoja haastattelun aikana oman akateemisen uransa kautta hankittua asiantuntijuuttaan. Tämänkaltaisissa tilanteissa hän ottaa selvästi haastattelun vetäjän roolin paremmin tietämisen turvin. Hän vertaa kuntoutustutkimusta ohjelmistokehitysprosessiin ja sosiaalityöntekijän hän sijoittaa ”prosessinomistajan” rooliin. Prosessinomistajuuden myötä haastateltava sijoittaa sosiaalityöntekijän palveluohjaajan jäsenkategoriaan ja itsensä kuntoutujaksi, joka voi luottaa kuntoutumisprosessinsa etenemiseen palveluohjaajan valvonnassa. Perinteisesti prosessinomistajalta edellytetään prosessin kokonaisuuden hyvää hahmottamiskykyä. Haastateltavan jäsenyydessä prosessinomistajan tai palveluohjaajan kategoriaan sijoitettu sosiaalityöntekijä ei tee asioita asiakkaidensa puolesta vaan ”ohjaa heitä itse ratkaisemaan” elämänsä ongelmatilanteita.

H: Jäikö kuntoutustutkimuksesta mieleen jotain hyvää tai jotain huonoa, mitä jäit myöhemmin miettimään tai sillä hetkellä?

A: Kaikista positiivisin, minkä mä muistan oli sosiaalityöntekijä. Se oli hirveen suureksi avuksi ja myöhemminkin lupasi ja auttoi mua. Selvitti näitä asioita, koko prosessia ja lähinnä just näitä sosiaalipuolen asioita. Se puhuu niin kuin ihminen ihmiselle ja selittää, eikä mitenkään paheksu eikä halveksu, vaikka samaa asiaa joutuu kysymään monta kertaa, kun ne on niin monimutkaisia, että niitä ei aina ihan kerrasta ymmärrä. En ole varmaan ikinä tavannut niin ihanaa sosiaalityöntekijää. (Haastattelu 7, 4-5)

Saman haastattelulainauksen aikana haastateltava sijoittaa sosiaalityöntekijän kahteen eri kategoriaan. Hän näkee sosiaalityöntekijän sekä palveluohjaajana, joka ”lupasi, auttoi, selvitti asioita ja koko prosessia” että ihmisenä, joka ”ei paheksu eikä halveksu” häntä. Haastateltava nosti puheessaan keskeiseksi sosiaalityöntekijän tehtäväksi ammatillisen avun tarjoamisen ja aidon ihmisten välisen kohtaamisen. Ihmisen kategoriassa sosiaalityöntekijä puhuu asiakkaalle samalta tasolta ”ihmisenä ihmiselle”.

Haastateltavan puhe sosiaalityöntekijästä hänen ”asioiden selvittelijänä” ei luo kuvaa tasavertaisesta työntekijän ja asiakkaan välisestä kumppanuussuhteesta. Sosiaalityöntekijää koskevan kuvauksensa myötä haastateltava piirsi samalla kuvan itsestään henkilönä, joka kaipaa paitsi palvelutarpeensa tyydyttämistä, myös inhimillistä kohtaamista.

Sosiaalityöntekijän ja lääkärin tapaa olla vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa vertailtiin useaan otteeseen. Lääkärinä kuvautuu seuraavassa haastattelulainauksessa arvovaltaisena auktoriteettina ja tätä taustaa vasten piirretään kuvaa helpommin lähestyttävästä sosiaalityöntekijästä.

H: Mitä sä itse ajattelet nyt, kun olet käynyt sekä sosiaalityöntekijän että psykologin luona, että oliko niillä jokin merkitys koko siinä yhtälössä vai olisiko se toiminut ilman sitäkin?

A: Sosiaalityöntekijä keräsi kokoon ne kaikki jutut. Tykkäsin olla sosiaalityöntekijän tykönä. Siellä oli hyvä käydä ja jutella niistä omista asioistaan. Kyllä täytyy olla semmoinen, joka tavallaan ajattelee sitä ihmistä kokonaisuutena, kokonaiskuvaa. (Muutama rivi myöhemmin haastateltava jatkaa)

Ainahan sitä pidetään lääkäriä, että se on suurin piirtein toinen Jumala, että ei sille uskalla kunnolla avautua, mitä sä todella ajattelet ja kunhan mä en kauheesti vaivaisi tota arvokasta ihmistä tai ettei vie turhaan aikaa. Sosiaalityöntekijän rooli oli enemmän sellainen, että se oli vähän niin kuin duunareiden tasolla. (Haastattelu 8, 8)

Edeltävästi ennen kuvausta sosiaalityöntekijän roolista, haastateltava puhuu siitä, miten sosiaalityöntekijä ottaa huomioon asiakkaan ”elämän kokonaisuuden”. Jatkokertomuksessa sosiaalityöntekijä näyttäytyy tavallisena työläisenä ”duunarina” siinä, missä hän itsekkin. ”Arvokkaita” lääkäreitä koskeva haastateltavan kuvaus paikantaa käänteisesti sosiaalityöntekijän roolia. Tavallista ”duunaria” on helpompi lähestyä kuin ”arvokasta ihmistä”. Sosiaalityöntekijän näkeminen duunarina mahdollistaa tasavertaisen kumppanuussuhteen luomisen ja liittoutumisen työntekijän kanssa.

Seuraavan taulukon (taulukko 3) avulla olen pyrkinyt luomaan kokonaiskuvan siitä, miltä sosiaalityöntekijän huoneentaulu kuntoutustutkimuspoliklinikalla näyttää hyödyntäen haastattelupuhetta navigointivälineenä. Haastattelupuheen perusteella sosiaalityöntekijä näyttäytyy selkeimmin asiakkaan oikeuksien puolustajana, kuntoutustutkimusprosessin ja asiakkaan henkilökohtaisen elämäntilanteen kokonaisuuden ymmärtävänä organisoijana, tavallisena työläisenä ja läheisenä ihmisenä. Jäsenkategorioiden ja kategoriasidonnaisten toimintojen/kategoriipiirteiden perusteella sosiaalityöntekijän osaamisalueeseen kuuluu haastateltavien näkemyksen mukaan vuorovaikutustaidot, kokonaisvaltainen työote, kyky

nähdä lähelle ”asiakkaan arkeen ja elämään kotona” ja toisaalta myös kauemmas palvelujärjestelmien tasolle ja näiden ”kontaktien” käyttäminen. He näkivät sosiaalityöntekijän helposti lähestyttävänä henkilönä, jonka kanssa oli helppo liittoutua, koska hänet koettiin tavallisena ”duunarina”.

Sosiaalityöntekijöiden saamat roolit ja jäsenkategoriat kertovat haastateltavien kokemuksista kuntoutujina. Haastattelupuheen perusteella heidän on ollut vaikea puolustaa oikeuksiaan ja saada omaa ääntään kuuluville. Vaikeus ymmärtää kuntoutusjärjestelmän toimintaa on saanut aikaa tietovajetta. Haastateltavien terveyteen ja elämäntilanteeseen liittyvät pulmat ovat moniulotteisia eivätkä kuntoutuksen ammattilaiset ole kyenneet huomioimaan heidän elämäntilanteidensa kokonaisuutta. Ammattilaisten kohtaamisista on puuttunut inhimillisyyttä ja välittämistä, mikä on saanut kuntoutujat kokemaan turvattomuutta.

Taulukko 3. Sosiaalityöntekijä - tilanteiden ja tunteiden tulkki

Jäsenkategoria	Kategoriaparit	Kategoriasidonnaiset toiminnot/Kategoriapiirteet
prosessinomistaja/ organisoija/ kontaktihenkilö	palveluohjaaja – kuntoutuja	<ul style="list-style-type: none"> - vastaa siitä, että ihmiset ovat oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja prosessi etenee - kerää kokoon kaikki jutut - kiinnostunut kokonaisuudesta - ohjaa ihmisiä itse ratkaisemaan ongelmiaan - pitää nauhat käsissään
asianajaja/ neuvonantaja/ oikeuksien puolustaja	asianajaja – asiakas	<ul style="list-style-type: none"> - kuuntelee ihmisten ongelmia - oikea käsi - pitää ajan tasalla - henkilö, jonka kanssa hoitaa asioitaan - saa paperiasiat rullaamaan - tiedottaa etuuksista ja koulutusmahdollisuuksista
ihminen	ihminen – ihminen	<ul style="list-style-type: none"> - ei paheksu eikä halveksu - läheinen, potilaan tuki ja turva - ihana ihmisenä, kullanarvoinen - pystyy lukemaan ihmistä vähän jopa rivien välistä - pitää huolta, haluaa aidosti auttaa
duunari	"duunari – duunari"	<ul style="list-style-type: none"> - helposti lähestyttävä - yhteinen kieli (kansankieli) - kiinnostunut arjesta, elämästä kotona - kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen - duunareiden tasolla

6.2 Lääkäri – arvovaltainen auktoriteetti vai inhimillinen asiantuntija

Lääkärit näyttäytyivät kaikkein ristiriitaisimpana ammattikunta haastateltavien kerronnassa. Haastattelupuheessa on lukuisia kuvauksia eri lääkäreistä työterveyshuolloissa ja erikoissairaanhoidon sisällä. Olen analysoinut tässä luvussa ainoastaan kuntoutustutkimuspoliklinikan ja keskeisimpien yhteistyötahojen (x-yksikön ja yleissairaalapsykiatrian poliklinikan ja osaston) lääkäreitä koskevia kuvauksia. Työterveyshuollon lääkäreiden osuutta olen sivunnut luvussa 5.2. Haastattelulainauksen yhteydessä tuon esille, koskeeko kuvaus kuntoutustutkimuspoliklinikan lääkäriä vai jonkun yhteistyötahon lääkäriä, mikäli se ei asiayhteydestä muutoin ilmene.

Sekä kuntoutustutkimusprosessin alussa että lopussa lääkäri on keskeisessä roolissa. Kuntoutustutkimuksen alussa hän päättää asiakkaalle tehtävistä lisätutkimuksista ja päätöspalaverissa kokoaa yhteen tutkimustulokset ja eri ammattilaisten kohtaamisista saadut tiedot. Toisin sanoen asiakkaan kuntoutustutkimusprosessin sisältö luodaan pitkälti lääkärin vastaanottokäynnin perusteella.

Yksi onnistunutta lääkärin kohtaamista määrittävä tekijä on kiireettömyys, kuten seuraavasta haastattelulainauksesta ilmenee.

H: Miten niin kuin huomioitiin tai kohdeltiin ihan yleisesti?

A: Kyllä mua kohdeltiin ihan hyvin. Sillä lääkäriillä, mun mielestä se oli tos hyvä lääkäri (kuntoutustutkimuspl), ei sillä ollut kiire, ei ainakaan silloin, kun minä siellä olin. Ei tuntunut olevan kiire eikä tota, kyllä se ihan tosissansa tutki ja perusteellisesti. (Haastattelu 10, 27)

Lääkärin kiireettömyys ja perusteellinen tutkiminen vakuuttavat haastateltavan lääkärin ammattitaidosta ja saavat hänet toteamaan, että ”se oli tosi hyvä lääkäri”. Lääkärin teki hyväksi se, että ”sillä ei ollut kiire”. Lauseen toistaminen vahvistaa asian merkityksellisyyttä haastateltavalle. Kiireettömyys mahdollisti myös perusteellisen paneutumisen haastateltavan tilanteeseen.

Haastateltavien näkemykset erikoislääkäreiden kohtaamisista vaihtelivat melkoisesti. Lääkärin kohtaamista arvotettiin haastattelupuheessa paitsi kohtaamisen sisältöön liittyvien asioiden osalta myös oman tiedontarpeen näkökulmasta,

H: Mitä sä ajattelet, että mikä rooli tässä systeemissä (kuntoutustutkimuksessa) oli näillä ei työntekijöillä? Mitä sä ajattelet?

A: Tää sisätautilääkäri oli tän loppulausunnon tehnyt. Kokoava voima siinä.

H: Jäikö sulle jokin tietty kohtaaminen erityisesti mieleen näistä neljästä, jotka olet tavannut?

A: Kyllä se tää päihdepsykiatri oli. Ei semmoiseen joka poika pääse. Sisätaudeilla käy jokainen.

H: Päihdepsykiatrilla ei kovin moni. Mikä susta siinä oli niin kuin parasta tai miksi se oli sun mielestä paras kokemus? Seurasiko siitä jotain?

A: Ei siitä oikein mitään taitanut seurata. Itseäkin jotenkin vähän kiinnosti se, että mikä sen juomisen syy sitten on. Kertailtiin tota elämää vissiin peruskoulusta asti, taikka ala-asteelta asti.

(Haastattelu 2, 5-6)

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla lääkäri voidaan haastattelupuheessa nähdä erilaisten näkemysten ja tutkimusten kokoonpanijana tai ”kokoavana voimana” edellistä haastateltavaa lainaten. Kaikista ammattilaisten kohtaamisista merkittävimmäksi haastateltava nostaa kuitenkin päihdepsykiatrin tapaamisen. Vaikka haastateltavalla oli aiempaa kokemusta päihdehoidoista, päihdepsykiatrin tapaaminen oli jotain, minne ”joka poika ei pääse”. Kohtaamisen merkityksellisyys rakentui haastateltavan kuvauksessa paitsi omasta motivaatiosta, myös päihdepsykiatrin kiinnostuksesta haastateltavan aiempaa elämänhistoriaa kohtaan ”kertailtiin elämää ala-asteelta asti”.

Vaikka lääkäri on asiakkaan kuntoutustutkimusprosessin sisältöön oleellisesti vaikuttava ja ylintä päätösvaltaa käyttävä ammattihenkilö, hänet halutaan nähdä myös inhimillisenä ihmisenä, joka kykenee samaistumaan asiakkaansa tilanteeseen.

H: Jäikö sulle joku tietty kohtaaminen erityisesti mieleen tai hyvänä tai huonona muistona?

A: Tää fysiatri oli tosi positiivinen sillai, että otti asiat oikein ja hän teki testinsä ja kaikki muutkin. Hän näki oikeasti, että ihminen on kipeä. (Haastattelu 5, 8)

Haastateltava esittää tulleen kohdatuksi paitsi tutkittavana potilaana, myös ihmisenä. Tärkeää haastateltavalle ei ollut ainoastaan lääkärin tutkimus, vaan ensisijaisesti se, miten lääkäri suhtautui hänen kokemuksiinsa. Tähän viittaa haastateltavan toteamukset ”otti asiat oikein ja näki oikeasti, että ihminen on kipeä.”

Lääkärin ihmissuhdetaidot, tai ”asioiden oikein ottaminen” kuten edellinen haastateltava asian ilmaisi, punnitaan erityisesti tilanteissa, joissa asiakkaan kokemat oireet ja lääketieteellisin

menetelmin saadut tutkimustulokset eivät täsmää, kuten seuraavasta haastatteluotteesta ilmenee.

H: Jos pitäisi tällaiset kuuluisat viimeiset sanat sanoa, niin mitä sä sanoisit?

A: Joo, nyt heitit pahan. En saanut ketään lääkäriä kirjoittamaan lappuun (haastateltava viittaa lääkärinlausuntoon), että minä en sovi tähän ammattiin Ei ihmistä saa kohdella jonain paperin palana, että täytyy ajatella vähän sitä ihmisen kokonaisvaltaista pitäisi ajatella enemmän eikä niin...

H: Onko lääkäreillä liikaa valtaa ihmisen elämään?

A: No, on joo. Ihmisestä saattaa tuntua kivut pahemmilta kuin lääkäri olettaa esimerkiksi kuvasta, kun näkee, että tällä on tämmöinen pieni vaiva vaan. Silti se ei voi tietää, että miten se ihminen kokee kivut. (Haastattelu 8, 16)

Haastateltava esittää, että lääkäri antaa liikaa painoarvoa lääketieteelliselle tutkimustulokselle ja auktoriteettiasemaansa hyödyntäen mitätöi hänen kokemuksensa kivusta. Kuvantamistutkimukset paljastivat kivun aiheutuvan ”vain pienestä vaivasta”, mutta haastateltava koki ”kivut pahempina” kuin vaivan suuruudesta voisi päätellä. Asiayhteydestä ilmenee, että haastateltava jatkaa oman tarinansa kertomista, vaikka siirtyykin ”minä” -muotoisesta kerronnasta haastattelijan käyttämään ilmaisuun ”ihminen”. Haastateltava koki tulleen työkyvyttömäksi aikaisempaan ammattiinsa kiputilanteensa vuoksi, mutta lääkärit eivät olleet valmiita vahvistamaan hänen kokemustaan. Tähän viittaa haastateltavan toteamus ”En saanut ketään lääkäriä kirjoittamaan lappuun, että minä en sovi tähän ammattiin.” Lääkärit perustelivat kantaansa muun muassa vetoamalla kuvantamistutkimukseen, josta ”näkee”, että kyseessä on ”tämmöinen pieni vaiva vaan”. Lääkäri ei tue asiakkaan kokemaa työkyvyttömyyden uhkaa, mikäli sitä ei kyetä todentamaan lääketieteessä hyväksytyjä tutkimusmenetelmiä apuna käyttäen. Lääkäreiden pitäytyminen lääketieteellisiin tutkimusmenetelmin saatavassa tiedossa, saa haastateltavan kokemaan, että lääkärit eivät ajattele riittävästi ”ihmisen kokonaisvaltaista” elämäntilannetta eivätkä voi näin ollen tietää, ”miten ihminen kokee kivut”, jotka ”tämmöinen pieni vaiva” voi saada aikaan.

Kun työntekijä käyttää ammattikieltä, asiakas ei kykene ymmärtämään kuntoutustutkimusprosessin etenemistä, kuten seuraavasta haastattelulainauksesta ilmenee.

H: Jäikö kuntoutustutkimuksesta mieleen jotain hyvää tai jotain huonoa, mitä jäit myöhemmin miettimään tai sillä hetkellä?

A: Kaikista positiivisin, minkä mä muistan oli se sosiaalityöntekijä. (Muutama rivi myöhemmin haastateltava jatkaa)

Mä en oikein saanut tästä lääkäristä, mä en saanut sen puheesta mitään käsitystä. Ymmärtänyt ja tiennyt, että mitä se tarkoittaa ja mitenkä asiat tästä eteenpäin menee, mutta sitten tää sosiaalityöntekijä, joka ihan kertoi ne konkreettisesti ja ilman lääketieteellisiä nimityksiä. (Haastattelu 7, 4-5)

Haastateltava nostaa ymmärtämiseen liittyvä ongelmat keskeiseen asemaan, keskusteltaessa siitä, mitä hänelle jäi mieleen koko kuntoutustutkimusprosessista. Haastateltava selventää lääkärin puheen ymmärtämisen vaikeutta vertaamalla kahden eri ammattilaisen - lääkärin ja sosiaalityöntekijän - kielenkäyttöä keskenään. Sosiaalityöntekijää koskeva kuvaus siitä, kuinka hän ”kertoi konkreettisesti ja ilman lääketieteellisiä nimityksiä”, kuvaa käänteisesti, mikä lääkärin kohtaamisessa oli ongelmallista. Lääkärin puheen ymmärtämisen vaikeus johti siihen, että haastateltava ”ei ymmärtänyt, mitä lääkäri tarkoittaa ja mitenkä asiat tästä eteenpäin menee”. Haastateltavan kuvauksessa sosiaalityöntekijä toimii ikään kuin tulkkina lääkärin ja haastateltavan välillä ja vastaa samalla lääkärin vastaanotolla avoimeksi jääneisiin kysymyksiin.

Asetelma ei lääkärin ja asiakkaan kohtaamisessa ole lähtökohtaisesti tasa-arvoinen, koska ainoastaan lääkäriellä on ammatin suoma valta tehdä hoitoa koskevia päätöksiä. Asiakkaalla on kuitenkin päätösvalta itseään koskevissa asioissa, mikä tekee kohtaamisen tasa-arvoisemmaksi.

H: Minkälainen kuva siitä kokonaisuudesta jäi, että oliko jotenkin hajanainen tai epämääräinen vai tiesitkö koko ajan, mitä seuraavaksi tulee ja mihin sillä koko jutulla tähdätään?

A: Hyvin perusteltiin mulle se psykiatrinen kivuntutkimusjakso, koska silloin mulla vähän nousi karvat pystyyn, että eihän mulla päässä vikaa ole. Tää fysiatri perusteli justtiinsa, että se (psykiatrinen kivuntutkimusjakso) kuuluu tähän kuntoutustutkimukseen ja on itseni kannalta tosi hyödyksi, että kannattaa kyllä käydä läpi. Ihan hyvä olikin ja sai varmistusta omille tuntemuksilleen. (Haastattelu 5, 5-6)

Haastateltava kertoo reagoineensa ensin lääkärin ehdottamaan psykiatriseen kivuntutkimusjaksoon negatiivisesti, mutta yhteisymmärrys löytyi, kun lääkäri osasi ”perustella” ehdottamansa tutkimuksen. Ammattilaisen jäsenkategoriaan sijoitettu lääkäri osaa perustella tutkimusjakson tarpeellisuutta asiakkaalle sekä kuntoutustutkimusprosessin että henkilökohtaisen elämän näkökulmista.

Haastateltava nostaa edellä kuvatun tilanteen keskiöön kuntoutustutkimusprosessin kokonaisuudesta keskusteltaessa. Kivuntutkimusjaksolle osallistuminen oli haastateltavan kuntoutustutkimusprosessissa merkityksellinen interventio, jonka aikana hän ”sai varmistusta omille tuntemuksilleen”.

H: Mitä sä itse ajattelet nyt, kun olet käynyt sekä sosiaalityöntekijän että psykologin luona, että oliko niillä jokin merkitys koko siinä yhtälössä vai olisiko se toiminut ilman sitäkin?

A: Sosiaalityöntekijä keräsi kokoon ne kaikki jutut. Tykkäsin olla sosiaalityöntekijän tykönä. (Muutama rivi myöhemmin haastateltava jatkaa)

Ainahan sitä pidetään lääkäriä, että se on suurin piirtein toinen Jumala, että ei sille uskalla kunnolla avautua, mitä sä todella ajattelet ja kunhan mä en kauheesti vaivaisi tota arvokasta ihmistä tai ettei vie turhaan aikaa. Sosiaalityöntekijän rooli oli enemmän sellainen, että se oli vähän niin kuin duunareiden tasolla. (Haastattelu 8, 9)

Keskustelu lääkärin ”arvokkuudesta” lähtee liikkeelle haastattelijan tiedustellessa haastateltavan näkemystä sosiaalityöntekijän ja psykologin tapaamisten merkityksellisyydestä kuntoutustutkimusprosessissa. Vertailuasetelman avulla haastateltava ikään kuin paikantaa lääkärin asemaa kuntoutustutkimusprosessissa. Haastateltavan toteamus ”ainahan sitä pidetään lääkäriä”, viittaa kulttuuriseen ymmärrykseen lääkäreiden ammattikunnasta. Ääri-ilmaisu ”aina” viittaa jonkun toiminnan säännönmukaisuuteen, jolla halutaan samalla korostaa ja oikeuttaa omaa kokemusta. Lääkäri näyttäytyy haastateltavan puheessa arvovaltaisena ja kiireisenä auktoriteettina, jolle haastateltava ”ei uskalla avautua” eikä häntä omilla näkemyksillään ”vaivata”.

Asiakkaat ohjautuvat kuntoutustutkimuspoliklinikalla pääsääntöisesti sen lääkärin vastaanotolle, jolla on erityisosaamisensa puolesta parhaimmat mahdollisuudet arvioida asiakkaan terveydellistä tilaa ja edellytykset vastata lähettäjätahon esittämiin kysymyksiin. Asiakas saattaa tulkita lääkärin erityisosaamisen kielteisesti, kuten seuraavasta haastattelulainauksesta ilmenee. Mainittakoon, että käytän saman haastateltavan lainausta kahdesti peräkkäin, sillä lainauksesta ilmenee, miten haastateltava hyödyntää vertailuasetelmaa eri ammattiryhmien aseman paikantamisen välineenä.

H: Mitä sä itse ajattelet nyt, kun olet käynyt sekä sosiaalityöntekijän että psykologin luona, että oliko niillä jokin merkitys koko siinä yhtälössä vai olisiko se toiminut ilman sitäkin?

A: Sosiaalityöntekijä tavallaan keräsi kokoon kaikki jutut. (Muutama rivi myöhemmin haastateltava jatkaa)

Mitä nyt siellä psykiatrilla ja psykologilla kävin, niin se oli justiin vaan, että mitä mun päässäni liikkuu, että mentiin sille tasolle pelkästään. Ihan sama niin kuin fyysiatrini vaan mun kroppaani ajatteli. (Haastattelu 8, 9)

Haastateltavan näkökulmasta tarkasteltuna erityisasiantuntijana (psykiatria- ja fysiatriaan erikoistuneet lääkärit) toimiminen ei vakuuta häntä työntekijän osaamisesta. Haastateltava tuo esiin, että psykologien ammattiryhmän lisäksi erikoislääkärit olivat kiinnostuneita vain pienestä osasta hänen elämänsä kokonaisuutta ”mentiin sille tasolle pelkästään”.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan lääkärit näyttäytyvät haastattelupuheessa vahvimmin asiantuntijoina ja ammattilaisina. Osa lääkäreistä leimautuu haastateltavien puheessa myös autoritaarisiksi ja vaikeasti lähestyttäviksi ammattihenkilöiksi.

Haastattelupuheen kaikkein ristiriitaisimmat lääkäreiden toiminnan kuvaukset eivät koskenee kuntoutustutkimuspoliklinikan lääkäreitä. Koska voimakkaimman kritiikin kohteeksi joutunut toimintayksikkö on kuntoutustutkimuspoliklinikan työskentelyn näkökulmasta keskeinen, en halunnut ohittaa haastateltavien kertomaa.

Eräs haastateltavista kuvasi x-yksikössä toimivaa lääkäriä henkilöksi, jonka ”ego kasvoi valkoinen takki päällä”. Myöhemmin haastateltava tarkentaa, että henkilökemiat eivät toimineet heti ensi tervehdyksestä lähtien. Missään haastattelun vaiheessa haastateltava ei kyseenalaista lääkärin ammattitaitoa, vaan päinvastoin toteaa tämän olleen ”ammattitaitoinen”. Haastateltava tunnustaa lääkärin ammattitaidon, mutta kuvaa lääkärin käyttävän ammatillista asemaansa ja arvovaltaansa väärin, ”vähättelemällä” hänen kokemustaan.

Haastateltavan kuvaus lääkärin toimintatavoista täydentyy haastattelun edetessä. Lääkäri näyttäytyy haastateltavan jatkotarinnassa ”kylmäkiskoisena”, ylimielisenä ja hänen kokemustaan mitätöivänä ammattihenkilönä.

Toinen haastateltava kuvasi yksityiskohtaisesti tilanteen, jossa x-yksikön lääkäri tulee tapaamaan häntä sairaalan osastolle. Haastateltava kertoo olleensa tuolloin vielä psyykkisesti ”toipumisvaiheessa”. Haastateltavan odotukset lääkärin kohtaamisen suhteen karisevat nopeasti, kun lääkäri ”pamauttaa päin naamaa, että ei ole mitään, millä hänen vointiaan kyettäisiin lievittämään.” Haastateltava kertoo ”romahtaneensa täysin ja itkeneensä kaksi

viikkoa yhtäsoittoa”. Haastateltava hakee tukea omalle kriittiselle kannanotolleen vetoamalla siihen, että ”puoliso oli samaa mieltä” ja kritiikkiään pehmentääkseen hän tuo esille, että täydellisen romahtamisen taustalla oli paljon muutakin kuin pettymys lääkärin käyttäytymiseen. Haastateltavan kuvaus kyseisestä lääkäristä on lähes kolme vuotta ensitapaamisen jälkeen, hyvin suoraviivainen ”Hän ei sovi ollenkaan lääkäriksi”.

H: Mitkä asiat johti siihen, että se lähete tehtiin? Sä kerroit, että käden ongelmat oli ollut jo pitkäaikaisesti sieltä onnettomuudesta lähtien. Ne oli vaivannut sua, oliko se melkein 10 vuotta?

A: Joo, se oli 1996 se onnettomuus, josta sitten lähti. Onneksi pääsin sinne (x-yksikköön), että itellä on ainakin hyvät kokemukset sieltä, että sain mielestäni avun sieltä. Kaiken huippu oli se, kun (x-yksikön lääkäri) sai mun käteni, ihmemedio sai mun käteni sillai, että ei nyt tietysti semmoseen kuntoon kun terve käsi on, mutta niitä kipuja hellitettyä semmosella infuusiolla, joka laitettiin mulle käteen. (Haastattelu 5, 5)

X-yksikön lääkärit näyttävät haastattelupuheessa asiantuntijoina, ammattilaisina ja ajoittain lähes ihmeiden tekijöinä. Toisaalta heidät nähdään selvästi negatiivisesti leimatuissa kategorioissa: auktoriteetteina ja alistajina.

Yleissairaalapsykiatrian osasto ja x-yksikkö tekevät yhteistyötä asiakkaiden tutkimukseen ja hoitoon liittyen. Välillä tähän yhtälöön liittyy myös kuntoutustutkimuspoliklinikka, kuten neljän haastateltavan kohdalla. Tampereen yliopistollisen sairaalan eri osastojen ja poliklinikoiden välinen yhteistyö kuntoutustutkimusprosessin aikana kertoo asiakaskunnan työ- ja toimintakyvyn pulmien pitkäkestoisuudesta ja moninaisuudesta.

Yleissairaalapsykiatrian lääkäreistä haastateltavat kertovat lähinnä toteavaa sävyyn. Yksi haastateltavista valitsi sanan ”neutraali” kuvaamaan kohtaamistaan yleissairaalapsykiatrian lääkärin kanssa. Psykiatrit näyttävät haastattelupuheessa huomattavasti vähemmän kuin ”suuria tunteita” herättäneet x-yksikön lääkärit, vaikka haastateltavat olivat tavanneet useammin psykiatreja.

Seuraavassa taulukossa olen koonnut yhteen haastattelupuheessa esiin nostetut kategoriat ja niihin liittyvät toiminnan kuvaukset kuntoutustutkimuspoliklinikan, x-yksikön ja yleissairaalapsykiatrian osaston ja poliklinikan lääkäreistä. Ainoa taulukon kategoria, joka ei kosketa kuntoutustutkimuspoliklinikan ja yleissairaalapsykiatrian osaston tai poliklinikan

lääkäreitä on alistajan kategoria. Kyseinen kategoria oli löydettävissä ainoastaan x-yksikön lääkäreitä koskevasta haastattelupuheesta.

Taulukko 4. Lääkäri – arvovaltainen auktoriteetti vai inhimillinen asiantuntija

Jäsenkategoria	Kategoriaparit	Kategoriasidonnaiset toiminnot/Kategoriapiirteet
asiantuntija neuvonantaja kokoonpanija	asiantuntija – asiakas	- kuntoutustutkimus-prosessin kokoava voima - kuuntelee, neuvoo asiakasta
ihminen	ihminen – ihminen	- näkee, että ihminen on kipeä - ottaa asiat oikein, positiivinen
ammattilainen	ammattilainen – maallikko	- perustelee ehdottamansa hoitovaihtoehdot - tutkii tosissaan, kiireetön
alistaja	alistaja – alistuja	- valkoinen takki päällä ego kasvaa - ei sovi lääkäriksi - kylmäkiskoinen - laukoo suustaan mitä tahansa, vähättelee - ei kunnioita asiakkaan itsemääräämisoikeutta
auktoriteetti	auktoriteetti – alamainen	- vaikeaa väittää vastaan, olla eri mieltä - puhuu kieltä, jota asiakas ei maallikkona ymmärrä - ei kyseenalaista/ perustelee tekemiään päätöksiä - arvokas, kiireinen - ei uskalla avautua - ei tiedä eikä huomioi, miten asiakas kokee kivun
erityisasiantuntija	erityisasiantuntija-maallikko	- kapea-alainen - on kiinnostunut vain omaan erikoistumisalaansa liittyvistä asioista

6.3 Psykologi – erityisasiantuntija tutkimustensa taustalla

Kenties mielenkiintoisin havainto haastatteluaineistoa tarkasteltaessa on psykologien ammattiryhmän ”huono näkyvyys” aineistossa. Kahdeksan haastateltavaa oli tavannut psykologin henkilökohtaisesti kuntoutustutkimusprosessinsa aikana. Tästä huolimatta

kommentit psykologista ammattihenkilönä olivat hyvin niukkoja. Haastattelupuheessa kuvattiin enemmän psykologin testejä tai tutkimuksia kuin psykologia itseään.

Psykologin kohtaamisesta tiedusteltaessa haastateltavat ryhtyivät puhumaan oma-aloitteisesti ”muistitesteistä, palikkatesteistä, psykologisista testeistä, tehtävistä” tai ”testeistä”. Kuntoutustutkimuspoliklinikan psykologin vastaanotolla toiminta keskittyy psykologin suorittamiin muistia ja oppimiskykyä kartoittaviin tutkimuksiin, joilla pyritään saamaan tietoa asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen edellytyksistä. Tarkoituksena on, että testitilanne on mahdollisimman häiriötön ja rauhallinen, jotta asiakas kykenee paremmin keskittymään. Testitilanne ja psykologin kenties hieman passiivinen rooli tulkittiin haastateltavien taholta ajoittain oman kokemuksen mitätöintinä, kuten seuraavasta haastattelulainauksesta ilmenee.

A: Toivois, että ihmiset kuulis mitä sanoo. Siitä jäi välillä semmonen olo, että ei tullut kuulluksi.

H: Tuleeko sulla mieleen joku tietty tilanne, joku tietty ammattiryhmä tai henkilö vai oliko se kaikkien yhteinen ongelma? Kuka ei erityisesti kuullut?

A: No YSP:llä (yleissairaalapsykiatrian osastolla) kyllä kuultiin ja se oli mulle hirveen tärkeitä. Onneksi sattui semmoinen omahoitaja, joka ei päästänyt mua helpolla. Se pisti mut kyllä koville ja hyvä niin. Koska en mä mennyt sinne hakemaan sairaan papereita vaan etsimään sitä, että miten mä pääsen tästä eteenpäin ja siinä se oli kyllä todella taitava ja hyvä. Se oli paras kokemus tästä talosta kaiken kaikkiaan. Muutama rivi myöhemmin haastateltava jatkaa: Muistitesti on mun mielestä aivan sieltä ja syvältä, koska ne tehdään hiljaisessa huoneessa ja saa keskittyä täysin rauhassa, mikä ei vastaa ainakaan mun työn todellisuutta millään tavalla. Siinä mä koin, että mun empiirinen havaintoni mitätöitiin ehkä kaikista tehokkaimmin.

H: Eli sä pärjäsit toisin sanoen ”liian hyvin” psykologin testeissä?

A: Jos mä vertaan tilannetta työmaailmassa siihen testitilanteeseen niin, mulla on kaksi ihan eri tilannetta ja juttua.

H: Painotettiinko sitä liikaa sitten sitä tulosta, mikä tuli siitä?

A: Joo, mää olin vähän liian terve hallitsemaan kokonaisuuksia tän prosessin mielestä, vaikka totuus on niin toisenlainen. Sen näki työkaverit esimerkiksi selkeästi. (Haastattelu 3, 6-7)

Haastateltava kertoo psykologin kohtaamiseen liittyvästä pettymyksestään käänteisesti onnistuneen kohtaamisen taustaa vasten. Onnistuneeseen kohtaamiseen liittyvän kuvauksen aikana haastateltava kertoo, että ”hyvä ja todella taitava” ammattilainen ”ei päästä helpolla”. Samalla haastateltava kuvaa itseään henkilönä, joka ei halua sijoittaa itseään ”sairaana” kategoriaan. Taitavan ammattilaisen kuvauksen ja oman eteenpäin pyrkivän kuntoutujan - kategoriansa myötä haastateltava hälventää tehokkaasti kuulijan mahdolliset epäilyt siitä, että haastateltava haluaisi päästä helpolla ja välttää työelämään pääsyn.

Psykologin tutkimukset olivat haastateltavaa lainaten ”tehokas”, hänen ”empiirisen havaintonsa mitätöinnin” väline. Haastateltava kuvaa kyyneensä ”keskittymään hyvin hiljaisessa huoneessa”, mihin testitilanteessa pyritäänkin. Haastateltavan toteamus ”ei vastaa mun työn todellisuutta” kertoo, että haastateltava odotti psykologisten testien huomioivan paremmin työpaikan työolosuhteita. Keskustelun alussa haastateltavan omakuva eteenpäin pyrkivästä kuntoutujasta on hieman ristiriidassa suhteessa siihen, että psykologin tutkimustulosten pohjalta hän koki tulleen luokitelluksi ”vähän liian terveeksi”. Oman kokemuksensa vahvistamiseksi haastateltava vetoaa työtovereihin, jotka ”näkevät selkeästi” hänen työkykynsä pulmat.

Myöhemmin haastattelun edetessä käy ilmi, että haastateltavaa oli jäänyt harmittamaan muutkin asiat kuin testin ja työelämän realiteettien kohtaamattomuus.

H: Miten sä koit, että sua huomioitiin täällä tai kohdeltiin?

A: Toivoisin, että se, mitä itte sanoo, että sillä ois oikeesti merkitystä. Että nyt esimerkiksi psykologin testeissä, musta tuntui, että mua ei todellakaan kuultu. Se itse testi oli paljon tärkeämpi kuin minä. Muistan sen tunteen, kun sieltä lähdin ja ajattelin, että tää ei ole todellista. Että se oli ihan sama mitä sanoin, niin se vaan ”testi, testi, testi”, se oli se ainoa merkityksellinen asia.

(Haastattelu 3, 15)

Psykologin pitäytyminen testipatteristonsa määrittämässä rajoissa, saa haastateltavan tulkitsemaan, että psykologi ei kuuntele eikä ymmärrä häntä. Haastateltavan tunne oman kokemuksen mitätöimisestä on läpi haastattelun kulkeva teema. Viimeisessä käyttämässään puheenvuorossa haastateltava toteaa ”Ihminen on tärkein. Ihmistä ei sovi ohittaa prosessin takia”.

Haastateltavan kokemuk kuvausten pohjalta psykologi näyttäytyy ensisijaisesti erityisasiantuntijana, joka on kiinnostunut ammatillisen työvälineistönsä käyttämisestä ja testitilanteen häiriöttömyydestä. Haastateltava tuo esiin, että kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa psykologin tutkimustulokset ovat merkittävässä roolissa ja antavat hänestä toimintakykyisemmän kuvan kuin mikä on hänen oma kokemuksensa.

Haastateltavien mielikuvat psykologin tapaamisen tarkoituksesta osana kuntoutus-tutkimusprosessia vaihtelevat huomattavasti.

H: Mites psykologi sitten?

A: En mä nyt muista tähän hätään.

H: Testit jäi mieleen paremmin sitten?

A: No, niin no..

H: Antaako ne sun mielestä mitään tietoa ne testit nehän on muisti- ja oppimiskykytestejä aika pitkälle?

A: Ei ne mulle antaneet yhtään mitään, että ei ne paljastaneet todellisia syitä, että minkä takia mä ylipäättään jouduin sinne (kuntoutustutkimuspoliklinikalle) tai ylipäättään jouduin käymään läpi tän koko prosessin, että kyllä ne syyt on jossain muualla. (Haastattelu 9, 4-5)

Haastateltava oli aikaisemmin kertonut hyvin seikkaperäisesti sosiaalityöntekijän roolista kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Kun pyydän häntä kertomaan psykologin tehtävänkuvasta, haastateltava ”ei muista tähän hätään”. Koska aikaisemmat haastateltavat olivat keskittyneet psykologisten testien kuvaamiseen, kysyn haastateltavalta suoraan, muistaako hän psykologin testeistä jotain. Vasta tarkentavan kysymyksen jälkeen haastateltava kertoo oman näkemyksensä asiasta.

Kun asiakas ei ymmärrä psykologisten testien käyttötarkoitusta, myös usko testin luotettavuuteen kärsii, kuten seuraavasta haastattelulainauksesta ilmenee.

H: Mitä sä itse ajattelet, kun olet käynyt sekä sosiaalityöntekijän että psykologin luona, että oliko niillä jokin merkitys siinä yhtälössä vai olisiko se toiminut ilman sitäkin?

A: Sosiaalityöntekijä keräsi kokoon ne kaikki jutut. (Muutama rivi myöhemmin haastateltava jatkaa)

Psykologillahan ne tehtävät nyt vissiin kertoo jotain, mutta en mä nyt niihin kauheesti luota. (Haastattelu 8, 9)

Haastateltavan toteamus siitä, että ”psykologilla tehtävät vissiin kertoo jotain”, tuo esiin testien sisältöön ja tarkoitukseen liittyvää epävarmuutta, mistä on seurauksena se, että haastateltava ”ei niihin kauheesti luota. Kuten jo edellisessä aluvuossa lääkäreitä koskevasta haastattelupuheesta ilmenee, erityisasiantuntijana toimiminen ei riittänyt vakuuttamaan haastateltavia työntekijän osaamisesta.

Psykologisten tutkimusten tulokset antavat tietoa sekä ammattilaisille että asiakkaalle itselleen siitä, mitkä ovat asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen edellytykset ja jäljellä olevat voimavarat, joiden perustalle kuntoutussuunnitelma sisällöllisesti rakennetaan.

A: Psykologia mä en kauheesti muista kyllä, en muista yhtään minkä näköinenkään se oli.

H: Kun käyt kertaalleen, niin ethän sä voi enää muistaa.

A: Mä paneuduin niihin (psykologin testeihin), ne oli jotenkin jänskiä, että hyvä, kun hengittämään uskalsi. Kuunteli, kun se luetteli niitä numeroita ja samat toisinpäin ja semmoinen jotenkin skarppina piti olla. Hyvä testi, että tiesi, että en mä nyt ihan luupää voi olla. (Haastattelu 10, 14-15)

Psykologin suorittamat tutkimukset voivat olla asiakkaalle myös voimaannuttava kokemus ja luottamus omiin kykyihin palautuu, kuten edellinen haastateltava kuvaa. Psykologin tutkimusten myötävaikutuksella haastateltava rakentaa itselleen vahvempaa identiteettiä ”tiesi, että en mä ihan luupää voi olla”.

Erityisasiantuntijan jäsenkategorian lisäksi psykologi voidaan haastattelupuheen perusteella nähdä myös tutkijan roolissa. Tällöin tutkijan ja tutkittavan kohtaamisen ”hierarkiataso” säilyy. Tällä tarkoitan sitä, että testien suorittaminen etenee tutkijalähtöisesti tietyn tutkimuspatteriston mukaisesti.

Taulukko 5. Psykologi - erityisasiantuntija tutkimustensa taustalla

Jäsenkategoria	Kategoriaparit	Kategoriasidonnaiset toiminnot/Kategoriapiirteet
tutkija	tutkija – tutkittava	<ul style="list-style-type: none">- ei kuuntele tutkittavaa tutkimustilanteessa- mitätöi tutkittavan kokemuksen tilastoilla ja käyrillä- ei herätä luottamusta eikä vakuuta tutkittavaa- testi on tärkeämpi kuin ihminen- tutkittavan pitää olla skarppina ja kuunnella
erityisasiantuntija	erityisasiantuntija - maallikko	<ul style="list-style-type: none">- kapea-alainen- vahvistaa ajatusta siitä, että ”ei ole ihan luupää”- on kiinnostunut vain siitä, mitä asiakkaan ”päässä liikkuu”

6.4 Fysioterapeutti – kannustava ja jämääkää kuntouttaja

Vaikka kuntoutustutkimuspoliklinikalla ei työskentelekään fysioterapeutteja, puolet haastateltavista käsittelee puheessaan kohtaamisia fysioterapeuttien kanssa. Mielenkiintoista

näissä kuvauksissa oli se, että fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät sijoitettiin haastattelupuheessa hyvin samankaltaisiin jäsenkategorioihin.

Kuten jo tämän luvun alussa mainitsin, fysioterapeutit, joista haastateltavat puhuivat, työskentelivät työterveyshuolloissa, erikoissairaanhoidossa poliklinikoilla ja osastoilla sekä yksityissektorilla. Pysin haastattelulainauksen yhteydessä tuomaan esiin, missä haastateltavan mainitsema fysioterapeutti työskentelee, mikäli se ei asiayhteydestä muutoin ilmene.

Työterveyshuolloissa työskentelevät fysioterapeutit käyvät muun muassa työrajoitteisten asiakkaidensa työpaikoilla arvioimassa toimipisteen ergonomiaa edeltävästi ennen työtilaa ja -välineitä koskevien ratkaisujen tekemistä tai vaihtoehtoisesti, jos asiakkaan toimipisteen tilaratkaisuja joudutaan muokkaamaan sairastumisesta johtuen.

A: Työfysioterapeutti ei ole kauhean innostunut aiheesta.

H: Mikäs siinä on, että työfysioterapeutti ei ole innostunut?

A: Huono ergonomia.

H: Työfysioterapeutti on käynyt tossa sun toimipisteessä. Mitä se tuumas, mihin se ei ollut tyytyväinen siellä?

A: Ei mihinkään, seinätkin pitäisi kaataa, kun se tila on niin ahdas.

(Haastattelu 1, 5)

Työfysioterapeutti arvioi työtilan toimivuutta asiakkaan hyvinvoinnin näkökulmasta. Haastateltavan kohdalla työfysioterapeutti oli ottanut kantaa hänen toimipisteensä puutteisiin. Kun haastattelija ei heti ymmärrä kysyä lisää haastateltavalle tärkeästä aihepiiristä (työergonomiasta), hän palaa asiaan neljästi haastattelun eri vaiheissa, kunnes haastattelija esittää tarkentavan kysymyksen. Lähes samansisältöisen lauseen toistaminen vahvistaa asian tärkeyttä haastateltavalle.

Yleissairaalapsykiatrian osastolla fysioterapeutin työskentelyote on täysin erilainen kuin esimerkiksi työterveydessä työskentelevällä fysioterapeutilla.

A: Yksi maailman ihanimmista ihmisistä, joita mä tunnen, oli tää fysioterapeutti. Ilman sitä mä en varmaan olisi ikinä selvinnyt.

H: Mikä siitä kohtaamisesta teki semmoisen, kun sanoit, että et olisi ikinä selvinnyt ilman häntä?

A: Olin fyysisesti niin huonossa kunnossa ja psyykkisesti ja se aina katto mun sen hetkisen tarpeen.

Mä sain voimaa, niitä psyykkisiä voimavaroja sieltä ja sitten aloitettiin tää fyysinen kuntoutuminen lempeesti. Se oli aina, osasi katsoa, mitä mä tarvin sillä hetkellä ja ei ollut mitään, että tänään tehdään tätä taikka tätä, että hän on suunnittelut. Hän katsoi, että mikä on mun vointi ja mieliala ja oli ihanan kannustava, mutta jämäkkä. Mä itkin ja nauroin siellä ihan hirveesti. Se oli kyllä ihan uskomaton tapaus. Se oli mun voimavara siellä.

H: Ne on olleet tärkeitä kohtaamisia.

A: Joo, että se oli mun voimavara siellä ja toinen oli tää mun mies, se kävi siellä melkein päivittäin mua kattomassa. (Haastattelu 7, 9-10)

Haastateltava kertoo, että fysioterapeutti ”osasi katsoa, mitä hän tarvitsi sillä hetkellä” ja oli valmis joustamaan omista suunnitelmistaan ja etenemään hänen ehdoillaan. Haastateltava kuvaa, miten työntekijän kyky joustaa ja muuntautua hänen vointinsa mukaan, oli yhteistyön onnistumisen tärkein edellytys. Fysioterapeutin toimintatavat mahdollistivat haastateltavan psyykkisen voimaantumisen ”se oli mun voimavara siellä”. Haastateltava toteaa kahdesti fysioterapeutin olleen hänen ”voimavaransa” ja sijoittaa tämän puolison kanssa samalla viivalle ”toinen oli tää mun mies”. Näin hän esittää vahvan kuvauksen fysioterapeutin merkityksellisyydestä kuntoutumisprosessissa. Fysioterapeutti voidaan nähdä edellisessä haastattelulainauksessa sekä ”kannustavana ja jämäkkänä” kuntouttajana että ”ihanana ihmisenä.”

Tässä yhteydessä on hyvä muistaa, että fysioterapeuttia koskevat kuvaukset ovat pääsääntöisesti asiakkaiden hoitoa, ei tutkimusta, kuten muita ammattiryhmiä koskevat kuvaukset. Edellisen haastateltavan kuvaukset fysioterapeutin kohtaamisista ovat samalla kuvausta myös tietynlaisesta fysioterapiamuodosta; psykofyysisestä fysioterapiasta.¹³ Yksi haastateltavista oli tutustunut psykofyysiseen fysioterapiaan yleissairaалapsykiatrian osastolla ja toinen yksityissektorilla.

H: Minkälainen tilanne oli kun sä tulit tänne? Mitä sä odotit koko tältä, näiltä käynneiltä täällä?

A: Mulla ei ollut käytännössä mitään tietoa, että mikä tää koko juttu on. Muutama rivi myöhemmin haastateltava jatkaa: Fysioterapeutti on ihminen, joka on mua ehkä eniten auttanut tässä prosessin aikana. Pari riviä myöhemmin haastateltava tarkentaa: Ei tarvitse selittää pohjatietoja kaikkeen vaan voi luottaa siihen, että toi ihminen tietää, että kuka mä oon ja mikä mä oon. Tuntee mun fysiikkani hyvin, se tietää, mitkä on fysiikan rajoitukset ja ongelmakohdat ja tekee töitä auttaakseen niissä. (Haastattelu 3, 12)

¹³ Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, joka on kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyön tuloksena ja sillä tavoitellaan muun muassa kipujen lievittymistä, stressinhallintaa, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntymistä. (Lähde: Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys, <http://www.psyfy.net/>)

Haastateltavan kuvauksessa fysioterapeutti näyttäytyy asianajajana, joka ”tuntee asiakkaansa fyysiikan hyvin”, tietää kuntouttavan toiminnan reunaehdot eli asiakkaansa ”fyysiikan rajoitukset ja ongelmakohdat ja tekee töitä auttaakseen niissä”. Asianajajan roolinsa ohella fysioterapeutti on haastateltavalle myös ihminen. Fysioterapeutin kohtaamisista kertoessaan haastateltava nimittää fysioterapeuttia ”ihmiseksi” kahdesti, mikä korostaa hoitosuhteen henkilökohtaisuutta ja läheisyyttä.

H: Jos haluaisit sanoa kuuluisat viimeiset sanat, mitä haluaa sanoa yleisesti vaikka päättäjille tai järjestelmää kun ajatellaan ihan kokonaisuutena. Mikä olisi niin kuin viesti heille?

A: (Kysymys saa haastateltavan käyttämään niistä pitkän puheenvuoron. Aivan puheenvuoronsa lopuksi hän palaa arvioimaan eri ammattilaisten kykyä auttaa.) Ne, jotka on aidosti halunnut auttaa, niin ei ne ole ainakaan olleet lääkäreitä. Kyllä olen joltain fysioterapeutteja tai sosiaalityöntekijöitä taikka joku mielenterveystoimistossa joku ihminen, kenen kanssa voi jutella ja syntyy hyvä hoitosuhde. Semmoiset on vilpittömästi koittaneet auttaa ja on auttaneetkin. (Haastattelu 7, 21, 23)

Haastateltavan toteamus niistä, ”jotka on aidosti halunnut auttaa”, viittaa siihen, että auttajia ja auttamistahoja on ollut useampia. Haastateltavalla on ollut omat kriteerinsä, joiden perusteella hän on arvottanut auttajansa niihin, jotka ovat auttaneet ikään kuin ammattinsa puolesta ja niihin, jotka ovat ”aidosti halunneet auttaa”. Aito kohtaaminen edellyttää haastateltavan mukaan ”ihmistä, kenen kanssa voi jutella” eli ammattilaisen kanssa halutaan puhua muustakin kuin vastaanotolle tulositystä. Hyvän hoitosuhteen syntyminen edellyttää siis aitoa kohtaamista työntekijän ja asiakkaan välillä. Vaikka kuntoutustutkimus on eräänlainen tutkimusjakso, ei hoitava taho, silti haastateltava koki, että joidenkin työntekijöiden kanssa oli syntynyt ”hoitosuhde”.

Fysioterapeutit yleissairaalapsykiatrian osastolla ja yksityissektorilla näyttäytyvät haastattelupuheessa ennen kaikkea kuntouttajina, joita kiinnostaa asiakkaan toimintakyvyn fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Fysioterapeutin ammattitaitoon kuuluu kyky joustaa ja muuntautua asiakkaan sen hetkisen voinnin mukaan. Ammattilaisen ihmisyyden, *aito halu auttaa*, vaikuttaa olevan asiakkaille tärkeintä, jopa tärkeämpää kuin itse kuntoutuksen lopputulos.

Työterveyshuollossa työskentelevä fysioterapeutti näyttäytyy haastattelupuheessa enemmän asiakkaan asianajajana, joka ajattelee ensisijaisesti asiakkaan hyvinvointia tehdessään arviointeja työergonomiasta ja tilaratkaisuista.

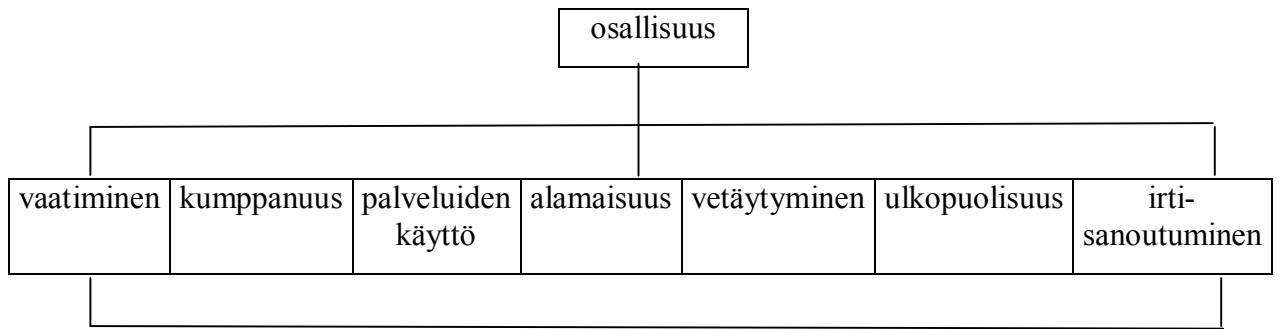
Edellä mainitut fysioterapeutin jäsenkategoriat ja niihin liittyvät toiminnan kuvaukset on koottu yhteen seuraavassa taulukossa (taulukko 6).

Taulukko 6. Fysioterapeutti – kannustava ja jämäkkä kuntouttaja

Jäsenkategoria	Kategoriaparit	Kategoriasidonnaiset toiminnot/Kategoriapiirteet
kuntouttaja	kuntouttaja – kuntoutuja	<ul style="list-style-type: none"> - fyysinen kuntouttaminen on lempeää - osaa arvioida asiakkaan tarpeet tilannekohtaisesti - mahdollistaa psyykkisten voimavarojen lisääntymisen - kannustava, mutta jämäkkä
ihminen	ihminen - ihminen	<ul style="list-style-type: none"> - ihana ihminen - voimavara - luotettava - haluaa aidosti, vilpittömästi auttaa - henkilö, jonka kanssa voi jutella ja syntyy hyvä hoitosuhde
asianajaja	asianajaja – asiakas	<ul style="list-style-type: none"> - arvioi työpaikan tilaratkaisuja ja ergonomiaa asiakkaan hyvinvoinnin näkökulmasta - tuntee asiakkaan fyysiset rajoitukset ja työskentelee auttaakseen niissä - ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon

6.5 Yhteenvetoa: Aito halu auttaa on tärkeintä

Heli Valokivi (2008) on tutkimuksessaan kuvannut asiakkaan asemassa olevan kansalaisen osallisuutta palvelujärjestelmissä jatkumona, jonka toisessa päässä on vaativa ja hyvin aktiivinen kansalaisuus ja toisessa päässä ulkopuolelle ajautunut ja palvelujärjestelmistä irtisanoutunut kansalaisuus (emt., 62). Olen kuvannut Valokiven kehittämän osallisuuden ja osallistumattomuuden jatkumon tarkemmin luvussa 3.2.



Kuvio 4. Osallisuuden ja osallistumattomuuden jatkumo palvelujärjestelmissä. (Lähde: Valokivi, Heli (2008) Kansalainen asiakkaana.)

Valokiven jatkumoa hyödyntäen olen koonnut yhteen ammattilaisten haastattelupuheessa saamat jäsenkategoriat ammattiryhmittäin ja niiden kautta haastateltaville määrittyneen osallisuuden tason. Taulukossa (taulukko 7) on ensin kuvattu ne jäsenkategoriat, joissa osallisuus on vahvinta eli kumppanuus-suhteen mahdollistaneet kategoriat ja lopuksi alistajan kategoria, joka jättää asiakkaan täysin osallisuuden ulkopuolelle.

Taulukko 7. Ammattilaisten jäsenkategoriat ja haastateltavien osallisuus

Ammattilaisten jäsenkategoriat	Ammattiryhmät, jotka edustavat näitä jäsenkategorioita	Ammattilaisten jäsenkategorioiden kautta haastateltaville määrittyvä osallisuuden taso
ihminen	sosiaalityöntekijä lääkäri fysioterapeutti	kumppani
”duunari”	sosiaalityöntekijä	kumppani
ammattilainen	lääkäri	kumppani
palveluohjaaja	sosiaalityöntekijä	palveluiden käyttäjä
kuntouttaja	fysioterapeutti	palveluiden käyttäjä
asianajaja	sosiaalityöntekijä fysioterapeutti	palveluiden käyttäjä
asiantuntija	lääkäri	palveluiden käyttäjä
auktoriteetti	lääkäri	alamainen
erityisasiantuntija	lääkäri psykologi	alamainen
tutkija	psykologi	alamainen
alistaja	lääkäri	ulkopuolinen

Haastattelupuheelle oli leimallista eri ammattiryhmien toimintatapojen ja roolien keskinäinen vertaileminen. Näennäisesti pienet asiat, esimerkiksi työntekijän kyky huomioida vastaanottotilanteessa mukana olevaa lasta, vaikuttivat mielikuvaan työntekijästä. Erityisesti sosiaalityöntekijän kohtaamiskuvauksia tarkastellessani huomioni kiinnittyi siihen, että samaan kohtamiseen liittyvän kuvauksensa aikana haastateltavat voivat sijoittaa työntekijän eri jäsenkategorioihin. Samalla he muuttavat omaa osallisuuden tasoaan esimerkiksi palveluiden käyttäjästä kumppaniksi.

Haastattelupuheessa on nähtävissä myös sosiaalityöntekijöiden suuntautuminen sairaalan ulkopuolelle. Haastateltavat näkevät sosiaalityöntekijän palveluohjaajana, joka tuntee palvelujärjestelmät ja on yhteydessä eri palvelujärjestelmien edustajiin. Ammatillisen avun tarpeensa lisäksi haastateltavat peräänkuuluttavat aitoa ihmisten välistä kohtaamista. Kuvaamalla lääkäriä arvovaltaisena auktoriteettinä piirrettiin samalla kuvaa helpommin lähestyttävästä ”duunari” -sosiaalityöntekijästä. Sosiaalityöntekijä "duunareiden tasolla" työskentelevänä henkilönä, mahdollistaa avun tarpeiden esiintuomisen, avun saamisen ja vastaanottamisen. Sosiaalityöntekijän ja lääkärin tapaa olla vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa vertailtiin useaan otteeseen. Haastateltavien kohtaamiskuvausten kautta on siis mahdollista laajentaa ymmärrystä muustakin kuin yhden ammattilaisen ja asiakkaan välisestä suhteesta.

Asiakkaan vointi kuntoutustutkimukseen tulohetkellä ei välttämättä mahdollista kumppanuutta työntekijän ja asiakkaan välillä. Mutta mikäli asiakas voimaantuu kuntoutustutkimusprosessin aikana, myös hänen osallisuutensa voi laajentua prosessin edetessä, kuten joidenkin haastateltavien kohdalla tapahtui. Kuntoutustutkimuspoliklinikalla lääkäri voidaan haastattelupuheessa nähdä erilaisten näkemysten ja tutkimusten kokoonpanijana tai ”kokoavana voimana” erään haastateltavan sanoja lainatakseni. Elämänhistorian ja elämäntilanteen huomioimisen tärkeys ei vaikuta olevan sidoksissa työntekijöiden ammatilliseen taustaan, vaikka siihen liittyviä kuvauksia löytyykin eniten sosiaalityöntekijöitä koskevasta kerronnasta. Vaikka lääkäri on asiakkaan kuntoutustutkimusprosessin sisältöön oleellisesti vaikuttava ja ylintä päätösvaltaa käyttävä ammattihenkilö, hänet halutaan nähdä myös inhimillisenä ihmisenä, joka kykenee samaistumaan asiakkaansa tilanteeseen. Tärkeää haastateltaville ei ollut ainoastaan lääkärin tutkimus, vaan ensisijaisesti se, miten lääkäri suhtautui heidän kokemuksiinsa.

Kaikkia asiakkaan kipuja tai fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia rajoituksia ei kyetä paikantamaan ja lääketieteellisillä tosiseikoilla perustelemaan. Näissä tilanteissa haastateltavat kokivat, että lääkäri antaa liikaa painoarvoa lääketieteelliselle tutkimustulokselle ja auktoriteettiasemaansa hyödyntäen mitätöi heidän kokemuksensa kivusta. Sosiaalietuuksien saaminen riippuu siitä, millaisia lääketieteellisiä perusteluita kivuille ja toimintakyvyn laskemiselle kyetään löytämään. On tärkeää, että lääkäri kertoo asiakkaalle rehellisesti perusteet, joilla tiettyjä sosiaalietuuksia on mahdollista saada.

Lääkärin puheen ymmärtämisen vaikeutta kuvattiin vertailemalla kahden eri ammattilaisen, lääkärin ja sosiaalityöntekijän, kielenkäyttöä keskenään. Sosiaalityöntekijän kielenkäyttöä kuvattiin haastateltavien taholta ”kansankieliseksi ja konkreettiseksi”. Tämä sosiaalityöntekijöiden kielenkäyttöä koskeva kuvaus kertoo samalla käänteisesti, mikä lääkärin kohtaamisessa oli ongelmallista. Haastattelupuheessa sosiaalityöntekijä toimii ikään kuin tulkkina lääkärin ja haastateltavan välillä. Toisin sanoen hän näyttäytyy henkilönä, joka ymmärtää molempien kieltä. Yhteisen kielen puuttuminen voi pahimmassa tapauksessa tehdä asiakkaan täysin osattomaksi itseään koskevassa päätöksenteossa ja vaarantaa koko kuntoutustutkimusprosessin onnistumisen.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan lääkärit näyttäytyvät haastattelupuheessa vahvimmin asiantuntijoina ja ammattilaisina. Osa lääkäreistä puolestaan leimautuu haastateltavien puheessa autoritaarisiksi ja vaikeasti lähestyttäviksi ammattihenkilöiksi. Ammattilaisen ja ihmisen jäsenkategoriat mahdollistavat parhaiten lääkärin ja asiakkaan välisen kumppanuuden ja asiakkaan osallisuuden itseään koskevassa päätöksenteossa. Sen sijaan erityisasiantuntijan ja auktoriteetin kategorioissa asiakas on selvästi paremmin tietävän henkilön toiminnan kohteena. Tällöin asiakas alistuu lääkärin tahtoon neuvottelematta ja kritiikittä, mikä on kuntoutustutkimusprosessin onnistumista uhkaava tekijä. Myös kiireettömyys toimii eräänlaisena signaalina asiakkaalle siitä, että lääkäri on aidosti kiinnostunut hänen elämäntilanteestaan kokonaisuutena ja siitä, miten hän itse kokee vointinsa. Lääkärin osoittama erityisosaaminen kasvokkaisessa vuorovaikutustilanteessa saattaa asiakkaan näkökulmasta saada kuitenkin kielteisen leiman: työntekijä on ”kiinnostunut vain pienestä osasta elämänsä kokonaisuutta”. Kaikkein ristiriitaisimmat lääkäreiden kohtaamiskuvaukset koskevat X-yksikön lääkäreitä. X-yksikön lääkärit näyttäytyvät haastattelupuheessa toisaalta asiantuntijoina, ammattilaisina, lähes ihmeiden tekijöinä ja toisaalta alistajina. Alistajan

kanssa asioiminen saa asiakkaan toimenpiteiden kohteen asemaan kyseisen toimintayksikön sisällä.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan psykologin vastaanotolla toiminta keskittyy psykologin suorittamiin muistia ja oppimiskykyä kartoittaviin tutkimuksiin, joilla pyritään saamaan tietoa asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen edellytyksistä. Haastattelupuheesta ilmenee, että psykologin pitäytyminen testipatteristonsa määrittämässä rajoissa, voi saada asiakkaan kokemaan, että psykologi ei kuuntele eikä ymmärrä häntä. Haastateltavien kokemukkuvausten perusteella psykologi näyttäytyy ensisijaisesti erityisasiantuntijana, joka on kiinnostunut oman ammatillisen työvälineistönsä käyttämisestä ja testitilanteen häiriöttömyydestä. Psykologin työväline - psykologiset tutkimukset - edustavat asiakkaalle erityisasiantuntijuutta, johon hänellä ei ole pääsyä. Toisaalta psykologin tutkimusten myötävaikutuksella asiakas voi vakuuttua omista ammatillisen kuntoutuksen edellytyksistään. Sekä lääkäreiden että psykologien kohdalla on nähtävissä, että erityisasiantuntijana toimiminen ei riitä vakuuttamaan asiakasta työntekijän osaamisesta. Erityisasiantuntijan jäsenkategorian lisäksi psykologi voidaan haastattelupuheen perusteella nähdä myös tutkijan roolissa. Tässäkin jäsenkategoriassa tutkijan ja tutkittavan välinen hierarkiataso säilyy. Tällä tarkoitan sitä, että testien suorittaminen etenee tutkijalähtöisesti.

Haastateltavat olivat kohdanneet fysioterapeutteja työterveyshuolloissa, erikoissairaanhoidossa poliklinikka- ja osasto-olosuhteissa ja yksityissektorilla. Fysioterapeutit erikoissairaanhoidossa ja yksityissektorilla näyttäytyvät haastattelupuheessa ennen kaikkea kuntouttajina, joita kiinnostaa asiakkaan toimintakyvyn fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Kun fysioterapeutti kykenee arvioimaan kohtaamisissa asiakkaansa sen hetkisen tilanteen ja huomioimaan työskentelyotteissaan tämän vaihtelevat voimavarat, asiakkaan voimaantuminen ja osallisuus mahdollistuvat. Työterveyshuollossa työskentelevä fysioterapeutti näyttäytyy haastattelupuheessa enemmän asiakkaan asianajajana, joka ajattelee ensisijaisesti asiakkaansa hyvinvointia tehdessään arviointeja työergonomiasta ja tilaratkaisuista.

Fysioterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä luonnehdittiin haastattelupuheessa hyvin samankaltaisilla jäsenkategorioilla. Yhteistä näille ammattiryhmille oli haastattelupuheen perusteella asiakkaan asianajajana toimiminen sekä ihmisyyys. Myös kuntouttajan ja palveluohjaajan jäsenkategoriat ovat hyvin lähellä toisiaan. Vaikka lääkäreiden

ammattikuntaan liittyvistä kokemukuvauksista on myös löydettävissä ihmisen jäsenkategoria, sosiaalityöntekijöiden ja fysioterapeuttien tapa olla vuorovaikutuksessa eroaa selvästi lääkäreiden ja psykologien toimintatavoista. Tästä kertoo lääkäreiden ammattikuntaa koskevien kokemuskuvausten ja niiden myötävaikutuksella muodostuneiden jäsenkategorioiden varsin laaja kirjo. Asianajajana toimiva sosiaalityöntekijä tai fysioterapeutti puolustaa ennen kaikkea asiakkaansa oikeuksia ja toimii tarvittaessa tämän edustajana esimerkiksi suhteessa työnantajaan. Asiantuntijuus, jota lääkäreiden ammattikunta edustaa, voidaan ymmärtää joko laajasti tai suppeasti. Laajasti ymmärrettynä asiantuntija on kiinnostunut asiakkaastaan ja tämän elämäntilanteesta kokonaisuutena, mikä mahdollistaa asiakkaan aktiivisen toimijuuden ja osallisuuden palveluiden käyttäjän ominaisuudessa. Suppeasti ymmärrettynä asiantuntija on kiinnostunut vain oman ammattialansa sisällön osaamisesta ja tämän osaamisen esille tuomisesta. Tällöin ammattihenkilö näyttäytyy auktoriteettina, erityisasiantuntijana tai psykologien ammattiryhmään viitaten tutkijana, rakentaen samalla asiakkaalle osattomuutta ja alamaisen asemaa.

7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimuksen keskeisimmät tulokset

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, miten erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuksessa toteutuu asiakkaan osallisuus ja miten kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuutta määritellään osana osallisuuspuhetta. Tutkimukseni aineistona oli kymmenen Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan entisen asiakkaan teemahaastattelut. Tarkastelin tutkimusongelmaani kaksitasoisen tutkimuskysymyksen avulla. Ensin selvitin, millaisin toivein haastateltavat tulivat kuntoutustutkimukseen ja miten he kuvasivat kuntoutustutkimusprosessia ja omaa osallisuuttaan siinä. Tarkastelin aineistoa lähinnä haastateltavien kokemuk kuvauksina soveltamalla laadullista sisällönanalyysiä. Toisessa analyysiluvussa siirryin kategoria-analyysiä hyödyntäen haastattelupuheen lähilukuun – tarkastelemaan, minkälaista roolia haastateltavat puhuvat eri ammattilaisille ja minkälaista paikkaa ammattilaisten saamat roolit määrittävät haastateltaville itselleen osallisuuden näkökulmasta. Peilasin haastateltavien osallisuuden tasoa Valokiven (2008) osallisuuden ja osallistumattomuuden jatkumoon.

Tutkimukseni ajoittuu yhteiskunnallisesti hetkeen, jolloin terveydenhuoltolaki korvasi kansanterveystlain ja erikoissairaanhoidon ja sosiaaliturvan kokonaisuudistusta suunniteltiin ja toteutettiin. Varhainen puuttuminen, osallisuuden tematiikka ja työurien pidentäminen ovat läsnä niin kehittämissuunnitelmissa ja -hankkeissa kuin valtionhallinnossa ja päätöksentekijöiden puheissa. Asiakkaiden työelämässä pysyminen tai sinne pääseminen on myös kuntoutustutkimuksen ensisijainen tavoite. Seitsemällä haastateltavalla oli kuntoutustutkimuspoliklinikalle saapuessaan voimassa oleva työsuhde ja kolme haastateltavista oli työttömiä työnhakijoita. Työkuntoiseksi tuleminen ja työelämään pääsy olivat kuitenkin vain neljän haastateltavan toiveena kuntoutustutkimuksen alkaessa.

Ilpo Vilkkumaan (2004, 33) näkemyksen mukaan kuntouttavat toimenpiteet tulisi aloittaa hetkellä, jolloin asiakkaalla on vielä halua päästä takaisin työelämään eikä vajavuuksista ole tullut osa ihmisen persoonaa ja identiteettiä. (kts. myös Gould ym. 2008, 50-51; Juhila 2006, 57.) Vilkkumaan kriteeristön valossa kuuden haastateltavan työkyvyttömyys oli jatkunut liian pitkään, koska työelämään pääsy ei ollut enää heidän ensisijaisena tavoitteenaan. Kaksi

haastateltavaa oli nuoresta iästään huolimatta ehtinyt jo orientoitumaan työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Molemmat eläkehaavein kuntoutustutkimukseen saapuneet haastateltavat olivat työttömiä työnhakijoita, joilla ei ollut voimassa olevaa työsuhdetta. Vaikuttaa siltä, että voimassa oleva työsuhde ennalta ehkäisee sairastuneen henkilön eläkehakuisuutta. (Kts. myös Palomäki ym. 2009, 11.) Kuntoutustutkimusprosessin alussa eläkehakuiset haastateltavat olivat haastatteluhetkellä varsin hyvässä tilanteessa kuntoutustutkimuspoliklinikan työllistymistavoitteen näkökulmasta. Eläkehakuisuus kuntoutustutkimusprosessin aikana ei siis välttämättä johda ammatillisen kuntoutuksen epäonnistumiseen.

Kuntoutustutkimusprosessia kuvattiin haastattelupuheessa joko kokonaisvaltaiseksi tai suppeaksi liukuhihnatyöksi. Kokonaisvaltaisen työotteen omaksunut työntekijä ottaa asiakkaansa kertoman todesta, on kiinnostunut hoitamaan asiakkaan asioita ja pitää huolta hänen etuasoidensa ajan tasalla pysymisestä. Tämä haastateltavien tekemä tulkinta kokonaisvaltaisuudesta on lähes identtinen Eija Fribergin (2007) tutkimuksessaan tekemien johtopäätösten kanssa. Kokonaiskäsitteen muodostaminen asiakkaan elämäntilanteesta on muuttunut entistä haasteellisemmaksi palvelujärjestelmien sirpaloitumisen ja ammattilaisten pitkälle viedyn erikoistumisen myötä (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 21; Valokivi 2008, 66). Kuva suppeasta, liukuhihnataimaisesta kuntoutustutkimuksesta syntyy silloin, kun kuntoutustutkimusprosessi saatetaan päätökseen liian varhain tai prosessi pitkittyy (Kts. myös Juhila 2009, 305.)

Ilman kuulluksi ja ymmärretyksi tulemista asiakkaan elämäntilanteen arviointi jää yksinomaan asiantuntijatiedon varaan, mistä seuraa asiakkaan kyvyttömyys sitoutua hänelle laadittuun kuntoutussuunnitelmaan. Tällöin asiakas on Valokiven (2008, 66) osallisuuden ja osallistumattomuuden jatkumolla alamaisten asemassa, jonka ei ole mahdollista ottaa aktiivisen toimijan roolia omien palvelutarpeidensa esiin nostamisessa tai täyttämässä. Työntekijä päättää toimenpiteet ja asiakkaan tehtävänä on toimia annettujen ohjeiden mukaan ja sopeutua tilanteeseen. Toisaalta myös liiallinen luottamus asiantuntijatietoon vähentää asiakkaan omaa toimijuutta ja saattaa johtaa siihen, että asiakas siirtää vastuun kuntoutustutkimusprosessin onnistumisesta ammattihenkilöille (vrt. emt., 65).

Selvimmän haastateltavien osallisuuden ja osattomuuden kuvaukset ovat löydettävissä kuntoutussuunnitelman laatimista ja sisältöä koskevasta haastattelupuheesta.

Kuntoutussuunnitelma on terveydenhuollossa työskenteleville ammattilaisille työväline. Asiakkaille se on haastattelupuheen perusteella paljon enemmän. Kuntoutussuunnitelmaa kuvattiin muun muassa henkilökohtaiseksi tavoitelistaksi tai elämää koskevaksi päätökseksi, johon latautuu odotuksia ja toiveita. Kuntoutustutkimuksen päätöspalaveri ja kuntoutussuunnitelman laatiminen voivat ”kruunata” aiemmin prosessin aikana syntyneen kokemuksen osallisuudesta tai osattomuudesta. Tällä tarkoitan sitä, että osattomuus on prosessi siinä missä osallisuuskin. Jos asiakasta ei riittävästi tiedoteta vaihtoehtoisista kuntoutusmuodoista ennen kuntoutussuunnitelman laatimista, lopputuloksena voi olla se, että asiakas hyväksyy kritiikittömästi ja ilman neuvottelua ammattilaisten tarjoamat vaihtoehdot. Tällöin asiakas kokee ammattilaisten ehdottamat kuntouttavat toimenpiteet valmiina kuntoutuspakettina, joka vain ”hyväksytetään” hänellä. Vailla vaihtoehtoja oleminen tarkoittaa asiakkaan näkökulmasta vailla valtaa olemista (Juhila 2009, 302). Osallisuuteen täytyy aina liittyä vaihtoehtoja ja vallankäytön jakamista, muussa tapauksessa asiakaslähtöisyyden ideologia pukeutuu Pohjolaa (2009, 88) lainaten piilovaltaan, jossa asiakasta koskeva kieli kyllä muuttuu, mutta järjestelmän toimintatavat säilyvät. Kuntoutustutkimuksen päätöspalaveriin ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen osallistuminen voi toimia asiakkaalle ja hänen sidosryhmiinsä kuuluville henkilöille keskustelufoorumina, jossa on mahdollista tuoda esiin esimerkiksi sairastumiseen liittyviä käsittelemättömiä asioita.

Oikea-aikaisuuteen, joka oli tutkimukseni toinen, keskeinen teema, vaikuttaa paitsi asiakkaan sairauteen ja vammaan liittyvien hoitojen jaksottuminen, myös hänen henkilökohtainen, psyykkinen prosessointinsa muuttuneen elämäntilanteen johdosta. Mikäli jompikumpi tai molemmat prosessit ovat kesken, ei valmiuksia työhön paluuseen ole. Vaikka ennaltaehkäisevä hyvinvointityö on elänyt sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisten huulilla jo vuosikymmeniä ja varhainen puuttuminenkin vuosituhaten vaihteesta lähtien, oikea-aikainen kuntoutukseen ohjaaminen ei ota onnistuakseen (Metteri 2004, 97; Satka 2010, 188; Suikkanen 2009, 2). Haastateltavien terveydelliset ongelmat olivat alkaneet pääsääntöisesti vuosia ennen kuntoutustutkimusprosessin käynnistymistä (vrt. Gould ym. 2008, 39-40, 50-51). Ongelmien pitkäkestoisuudesta kertoo se, että kolmen haastateltavan terveydelliset ongelmat olivat alkaneet 1990-luvun puolella. Aineiston perusteella keskeisimpiä, liian myöhään tapahtuvan intervention seurannaisvaikutuksia ovat fyysisten vammojen ja sairauksien pahentuminen, psyykkisen voinnin romahtaminen ja pitkittynyt työkyvyttömyys.

Kun tarkastelen kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakaskuntaa vuositasolla, huomioni kiinnittyy erityisesti kahteen huolestuttavaan havaintoon: työikäisten miesten korkeaan kuolleisuusprosenttiin (2,5 %) ja henkilöiden määrään, joille ei kyetty laatimaan ammatillista kuntoutussuunnitelmaa (35,75 %). Sanomattakin on selvää, että näihin prosenttilukuihin kuuluvat henkilöt ovat jääneet monen palvelujärjestelmän sisällä vaille riittävää huomiota tai he elävät kokonaan palvelujärjestelmien ulkopuolella (Kts. myös Juhila 2009, 304; Pohjola 2009, 77; Välimaa 2011, 214). Mediassa ja valtionhallinnon huipulla ollaan kovasti huolissaan kansalaisten syrjäytymisestä. Samanaikaisesti kuntoutuksesta säästetään ja sitä aliarvostetaan, vaikka sen avulla kyettäisiin kenties parhaiten ratkaisemaan työikäisten henkilöiden ennen aikainen eläköityminen (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009, 55; Musikka-Siirtola 2008, 39).

Kuntoutustutkimusprosessi on aikarajoihin sidottu, tutkimuksellinen prosessi, toisin kuin haastateltavan henkilökohtainen kuntoutumisprosessi. Vaikka asiakkaita tiedotetaan kuntoutustutkimuksen määräaikaisesta luonteesta, silti kuntoutustutkimuksen päättyminen puolen vuoden seuranta-ajan jälkeen pääsääntöisesti yllättää asiakkaat. Seurannan merkitys korostui yksinelävien tai yksinhuoltajana toimivien haastateltavien sekä niiden henkilöiden puheessa, joiden terveydentila oli epävakaalla pohjalla. Haastatteluhetkellä työelämässä olleet haastateltavat, mukaan lukien yksinelävät henkilöt, eivät puhuneet seurannasta mitään. Seurannan tarve ei näin ollen liity suoranaisesti haastateltavien osallisuuden tai osattomuuden kokemuksiin, vaan muihin elämäntilannetekijöihin. Elämäntilannetekijöiden huomioimisen tärkeyttä ei voida kuitenkaan sivuuttaa, koska se kuuluu oleellisesti kokonaisvaltaiseen työskentelyotteeseen (kts. esim. Valokivi 2008, 66).

Haastateltavat, jotka kokivat kuntoutustutkimusprosessin ajoittuneen oikein ja olleen kokonaisvaltainen prosessi, olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä prosessin kaikkiin vaiheisiin: ammattilaisten kohtaamisiin, kuntoutussuunnitelman sisältöön ja kuntoutustutkimuksen ajoittumiseen (kts. myös Härkäpää ym. 2009, 55-56). Tärkeintä haastateltaville oli kuulluksi tuleminen ja se, että kuultu otetaan vastaan ammattilaisen taholta.

Haastattelupuheelle oli leimallista sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden toimintatapojen ja roolien keskinäinen vertaileminen. Kuvaamalla lääkäriä arvovaltaisena auktoriteettina piirrettiin samalla kuvaa helpommin lähestyttävästä ”duunari” -sosiaalityöntekijästä. Samuus eli tässä tapauksessa ”duunarius” syntyy toiseutta eli ”auktoireetteja” konstruoimalla, kuten

Tuula Helne (2002, 53) asian ilmaisee. Samaan kohtaamiseen liittyvän kuvauksensa aikana haastateltavat voivat paitsi rakentaa kontrasteja ja erontekoa vertailemalla ammattilaisia toisiinsa myös sijoittaa saman ammattihenkilön eri jäsenkategorioihin, esimerkiksi ihmisen ja asianajajan jäsenkategorioihin (vrt. Valokivi 2008, 181). Samalla haastateltavat muuttavat omaa osallisuuden tasoaan esimerkiksi kumppanista palveluiden käyttäjäksi. Kohtaamiskuvauksista on löydettävissä kolmenlaisia vastakkainasetteluja esimerkiksi kahden eri ammattilaisen ja asiakkaan väliset kategoriaparit auktoriteetti-alamainen ja duunari-duunari sekä kahden ammattilaisen välinen, varsin jännitteinen kategoriapari auktoriteetti-duunari. Tieto on aina tietoa jostain asemasta käsin, kuten Helne (2002, 19) asian ilmaisee. Ammattilainen voi selvästi valita tiedollisen asemansa ja asenteensa suhteessa omaan työhönsä ja asiakkaaseensa (vrt. Metteri 2003c, 93). Tiedollisen aseman tai asemoitumisen valinnanmahdollisuus on nähtävissä eri ammattiryhmien jäsenkategorioiden eroissa, mutta erityisesti saman ammattiryhmän sisäisissä jäsenkategoriaeroissa. Samanlaisella professionaalilla tiedolla ”varustetut” ammattilaiset voivat käyttää ammatillista tietämystään täysin eri tavoin. Tällöin myös kohtaamisten lopputulos on erilainen: asiakas voi olla joissakin kuntoutustutkimuksen kohtaamisissa osallinen ja toisissa ulkopuolinen tai osaton (vrt. Valokivi 2008, 62; Helne 2002, 190).

Kaikki haastateltavat sivuavat kommentteissaan sosiaalietuuksia ja -palveluita jollakin tasolla ja puolet heistä kertoo joutuneensa ”taistelemaan” toimeentulonsa puolesta. Asiakkaan elämän kokonaistilanteen huomioiminen ja erityisesti kiinnostuneisuus hänen elämästään kotona mahdollistavat parhaiten työntekijän ja asiakkaan välisen liittoutumisen ja kumppanuuden (vrt. Juhila 2006). Haastattelupuheen perusteella sosiaalityöntekijä näyttäytyy vahvimmin eri palvelujärjestelmien asiantuntijana. Sosiaalityöntekijä ei ainoastaan tunne palvelujärjestelmiä vaan hän on myös yhteydessä sairaalan ulkopuolelle eri palvelujärjestelmien edustajiin. Useissa haastattelukuvauksissa sosiaalityöntekijä näyttäytyykin organisoijana, kontaktihenkilönä tai prosessinomistajana. Prosessinomistajana sosiaalityöntekijä ei tee asioita asiakkaansa puolesta vaan ohjaa häntä itse ratkaisemaan elämänsä ongelmatilanteita. (Satka 1993, 23-26, Hokkanen 2009, 334; Metteri 2003a, 167-168.)

Olennaiseksi asiakkaan toimintakykyä vahvistavaksi tekijäksi nousee asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus; toimiva asiakas-työntekijä -suhde. Toimivaa asiakas-työntekijä -suhdetta kuvaavia tekijöitä ovat Valokiven (2008, 181) mukaan molemminpuolinen

luottamus, avoimuus ja läheisyys. Ihmisen jäsenkategoria onkin haastattelupuheen ainoa ulottuvuus, joka yhdistää lääkäriä, sosiaalityöntekijää ja fysioterapeuttia. Kuntoutuja kaipaa ammattilaiselta professionaalisen tietotaidon lisäksi aitoa välittämistä (Kts. myös Martin 2012, 207, 234).

Asiakkaan elämänhistorian ja -tilanteen huomioimisen tärkeys ei vaikuta olevan sidoksissa työntekijän ammatilliseen taustaan. Haastateltavat odottivat, että lääkäriellä olisi aikaa kuunnella, kyky ymmärtää asiakasta ja keskustella asiakkaan kanssa. Kiireettömyys ja perusteellinen tutkiminen vakuuttivat haastateltavat lääkärin ammattitaidosta. Lääkärin ihmissuhdetaidot punnitaan tilanteissa, joissa lääketieteellisten ”löydösten” ja haastateltavien kokeman kivun tai toimintakyvyn rajoitteiden välistä yhteyttä ei kyetä toteennäyttämään. Haastateltavien kuvaukset omien kokemusten mitätöinnistä liittyivät useimmiten tämänkaltaisiin tilanteisiin. (vrt. Metteri 2004, 143; Metteri 2003c, 93.)

Haastateltavien näkemyksen mukaan yksi lääkäreille ominainen tapa ohittaa asiakkaan kertomat asiat, on käyttää ammattikieltä, jota asiakas ei kykene ymmärtämään. Kielen käyttämisellä on aina seurauksena; sillä voidaan päästä ihmistä lähelle tai pitää häneen etäisyyttä: rakentaa yhteisyyttä tai raja-aitoja (vrt. Helne 2002, 20). Professionaalisen kielen käyttäminen voidaan nähdä myös yhtenä alistamisen keinona (Satka 1993, 25). Monet lääkäreiden ammattikuntaa koskevat jäsenkategoriat eroavat vain ”hiuksen hienosti” toisistaan. Vedenjakajana näiden jäsenkategorioiden välillä on lääkärin kyky perustella ehdottamansa hoitovaihtoehdot ja tekemänsä päätökset. Lääkärin osoittama erityisosaaminen saattaa kasvokkaisessa vuorovaikutustilanteessa saada asiakkaan näkökulmasta kielteisen leiman: työntekijä on kiinnostunut vain pienestä osasta hänen elämänsä kokonaisuutta. Kun haastateltavat arvottavat ammattilaisia, erityisosaaminen ei yksin riitä luomaan positiivista mielikuvaa työntekijästä. (vrt. Friberg 2007, 126.)

Psykologeja koskevasta haastattelupuheesta ilmenee, että työntekijän tiukka pitäytyminen työvälineistönsä määrittämässä rajoissa, voi saada asiakkaan kokemaan, että työntekijä ei kuuntele eikä ymmärrä häntä. Kun asiakas ei ymmärrä tutkimusten käyttötarkoitusta, myös usko tutkimustulosten luotettavuuteen kärsii. Psykologi näyttäytyy haastattelupuheessa ensisijaisesti erityisasiantuntijana ja tutkijana, joka on kiinnostunut ammatillisen työvälineistönsä käyttämisestä ja testitilanteen häiriöttömyydestä. Tästä on seurauksena se, että asiakas kyllä osallistuu psykologisiin tutkimuksiin osana kuntoutustutkimustaan, mutta

kahden ihmisen välinen kohtaaminen jää tapahtumatta. Metteri (2004, 71) kuvaa tämänkaltaista toimintamallia asiantuntija- tai järjestelmäkeskeisyydeksi, jolle on ominaista vastavuoroisuuden puute. Toisaalta psykologin suorittamat tutkimukset voivat olla asiakkaalle myös voimaannuttava kokemus, jonka avulla luottamus omiin kykyihin palautuu.

Haastattelupuheen perusteella fysioterapeutin ammattitaitoon kuuluu kyky joustaa ja muuntautua asiakkaan sen hetkisen voinnin mukaan. Fysioterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä luonnehdittiin haastattelupuheessa hyvin samankaltaisilla jäsenkategorioilla. Yhteistä näille ammattiryhmille on asiakkaan asianajajana toimiminen sekä ihmisyyys. Myös jäsenkategoriat fysioterapeutti kuntouttajana ja sosiaalityöntekijä palveluohjaajana ovat hyvin lähellä toisiaan. Asiakkaan osallisuuden ja kohtaamisen peruselementit tiivistyvät neljän K-kirjaimen sisälle: kielenkäyttö, kiireettömyys, kuunteleminen ja kokonaisvaltaisuus. Osallisuuden hienosäätöä on ammattilaisen kyky havaita ääneen lausumattomat, purkamatta jääneet osattomuuden ja ulkopuolisuuden kokemukset.

7.2 Prosessin pohdinta

Sosiaalityön ammatillisen roolin ja tutkijan roolin yhdistäminen on ollut minulle yllättävän kivulias kasvuprosessi. Olen työskennellyt sosiaalityöntekijänä yli kahdeksan vuotta yhtäjaksoisesti. Näistä kahdeksasta vuodesta kuusi vuotta olen toiminut sosiaalityöntekijänä Tampereen yliopistollisen sairaalan palveluksessa. Oma tapani työskennellä sosiaalityöntekijänä on selvästi vakiintunut, mikä ei tutkimustyötä ajatellen ole ollut pelkästään myönteinen asia.

Analyysin alkumetreillä karikoksi uhkasi muodostua havaintoyksikön valinta, joka on yksi tärkeä luokittelun lähtökohta (Ruusuvuori ym. 2010, 20). Havaintoyksikkönä ei ole tutkimuksessani yksilö vaan haastattelupuheesta esiinnousseet asiat (Suoninen 1999, 29). Aineiston raaka-analyysi; luokittelu ja aineistonäytteiden sijoittaminen luokittelun mukaisesti ”eri lokeroihin” oli johtaa havaintoyksikön hämärtymiseen (Ruusuvuori ym. 2010, 19). Kun aineistonäytteissä on jatkuvasti esillä haastateltava eli yksilö, aineiston analyysi jatkui ikään kuin huomaamatta yksilötasolla.

Omassa työssäni en pääsääntöisesti kyseenalaista asiakkaiden kokemuksia ja kerrontaa, vaikka samalla tiedostan, että absoluuttista totuutta on mahdotonta saavuttaa. En ole varmasti mitään asiaa niin hyvin työurani aikana oppinut kuin sen, että ihmiset kokevat samankin tilanteen täysin eri tavoin. Silti asiakkaan kokemus on hänelle totta. Jouduin tekemään runsaasti pääni sisäistä muutostyötä, että sain ajatteluni pois asiakkaan kokemusten käsittelemisestä faktoina. Jouduin toistuvasti muistuttamaan itseäni siitä, että en ole tutkimassa asiakkaiden autenttisia kokemuksia vaan puhetta, joka on tuotettu tietyssä tilanteessa, tiettyä tarkoitusta varten.

Alunperin ajatukseni oli hyödyntää neuroalojen ja kuntoutuksen hanketta osa-aineistona ja keskustelukumppanina teemahaastatteluaineistolleni. Oletin, että kuntoutusalan toimintakäytäntöjen uudistamiseen keskittynyt hanke ja kymmenen asiakkaan teemahaastattelut mahdollistaisivat vuoropuhelun kuntoutusalan ammattilaisten ja asiakkaiden välillä esimerkiksi sosiaalityön asemaan ja työkyvynarvioinnin oikea-aikaisuuteen liittyen. Tutkimuksen viimeistelyvaiheessa huomasin, että hankkeen ja teemahaastatteluaineiston välinen "keskusteluyhteys" jää odotettua niukemmaksi ja päätin jättää hankkeen pois tutkimusaineistostani.

Tämän tutkimusmatkani varrella olen kokenut monia yllätyksiä, joita en osannut odottaa. Ensinnäkin olen hämmentynyt siitä, miten paljon eettistä pohdintaa tämän työn loppuunsaattaminen on vaatinut. Erityisesti toisia ammattiryhmiä koskevan kritiikin esiintuominen on ollut haasteellista. Osasin odottaa, että haastateltavien kerronnassa tulee esiin asioita, joissa heidän anonymiteettiaan tulee suojella. Omassa tutkimusaineistossani jouduin yllättäen suojelemaan eniten toisen ammattilaisen anonymiteettia.

Toiseksi, oletin, että sosiaalityöntekijä ja psykologi yhteiskuntatieteilijöinä olisivat olleet haastateltavien kuvauksissa ammatillisesti lähempänä toisiaan. Näin voimakas eronteko ammattiryhmien välillä selittynee pitkälti poliklinikan aiempien toimintakäytäntöjen¹⁴ ja psykologin työvälineistön kautta.

¹⁴ Vuoden 2011 aikana psykologien työnkuva on pyritty kehittämään yhä enemmän kuntoutustutkimus-poliklinikan prosessia ja asiakkaiden tarpeita vastaavaan suuntaan. Tutkimusten ja psykologisen arvioinnin ohella on asiakastyössä pyritty hyödyntämään psykologisten mini-interventioiden ja kuntoutuksen keinoja. (Lähde: Toimintakertomus 2011)

Kolmanneksi, en osannut odottaa, että fysioterapeutit ammattiryhmänä ylipäättään näyttäytyisivät aineistossani tai että sosiaalityöntekijöiden ja fysioterapeuttien toimintatavat olisivat haastateltavien kuvaamina näin samankaltaisia. Yhteistä näille ammattiryhmille vaikuttaa olevan ihmistä lähelle pyrkivä ja kokonaisvaltaisesti heidän elämäntilannettaan huomioiva työskentelyote (kts. myös Martin 2012, 206).

7.3 Tutkimuksen merkitys kuntouttavalle sosiaalityölle

Mietin pitkään, miten kuvata sosiaalityön merkitystä sairaalamaailmassa. Piispa Wille Riekkinen on mielestäni onnistunut tavoittamaan ja sanoittamaan olennaisimman: "Kaipaamme tutkijoita, jotka ylittävät erityisosaamisensa alan ja näkevät ihmisen kokonaisuutena, holistisesti. Tarvitsemme sellaisia koulutettuja ihmisiä, jotka ymmärtävät yhteiskunnan rakenteiden ja ihmisen hyvinvoinnin yhteyden, kognitiivisen minän ja somaattisen sairauden yhteyden. Ja jos voi vielä toivoa, tarvitsemme niitä, jotka tämän tietonsa pohjalta nousevat puhumaan." (Riekkinen 2012, 109.)

Sosiaalityössä yhdistyy tieto ja ymmärrys yhteiskunnallisten rakenteiden ja ihmisten yksilöllisten elämänkulkujen välisestä ristiriidasta. Tiedostan, että erilaisia asiakkuuksia ja sosiaalityön prosesseja on vaikeaa saada haltuun ja näkyväksi. Näkyväksi tekemisen haasteita ei lievitä lainkaan se, että sosiaalityöntekijöiden puhe työstään näyttäytyy arkipuheena, jolle ei tahdo löytyä toimintaa perustelevaa akateemista tietopohjaa (Hussi 2005, 144). Kaikkein haasteellisin asia, jota olen joutunut työstämään tämän tutkimusmatkani aikana, on sosiaalityön ammattitaidon riittävyys suhteessa terveydenhuoltoalan ammattilaisiin. Ammatillinen erikoistuminen, tutkiminen ja erilaisten tutkimusmenetelmien ja -välineiden käyttö ovat erikoissairaanhoidossa jotain, mitä arvostetaan ammattilaisten keskuudessa. Näillä kriteereillä tarkasteltuna sosiaalityö edustaa lähinnä arjen ja yleisen asiantuntijuutta, joka kaikessa epämääräisyydessään ei vakuuta moniammatillista tiimiä, kuten aikaisemmat sairaalamaailmaan sijoittuvat lisensiaatintutkimukset osoittavat (kts. esim. Kinni 2005; Antikainen-Juntunen 2005).

Kuormittavaa vieraskentällä työskentelyssä on myös sosiaalityön näkemyksen ymmärretyksi tekeminen. Sosiaalityön kohteena on vuorovaikutus ihmisen ja hänen ympäristönsä välillä. Voidaan jopa sanoa, että sosiaalityöntekijät ovat vuorovaikutukseen erikoistuneita

ammattilaisia (kts. esim. Arki, arvot ...2010, 7, 26). Toivon, että tutkimukseni avulla kykenen osoittamaan, että sosiaalityöntekijöiden erikoistuminen vuorovaikutukseen ei ole jäänyt vain puheen asteelle vaan näkyy myös käytännön tekoina asiakastilanteissa. Sosiaalityön ammatillisista taidoista tai välineistä on hankalaa käydä keskustelua saati vertailla niitä esimerkiksi sairaalan perustustyötä tekevien ammattiryhmien kanssa. Näistä näkyväksi tekemisen ja määrittelyn pulmista huolimatta, jotain tärkeää on välittynyt juuri sinne, minne pitääkin eli asiakkaalle.

Tätä taustaa vasten tutkimukseni tulokset ovat omalle sosiaalityöntekijyydelleni merkityksellisiä ja kuntouttavan sosiaalityön näkökulmasta rohkaisevia. Haastateltavien ja ammattilaisten kriteerit hyvälle asiakassuhteelle eroavat selvästi toisistaan. Ammattilaisten keskuudessa arvostetaan erityisosaamista ja tutkimuksellisten työvälineistöjen käyttöä. Erityisosaamisen esille tuominen kohtaamistilanteessa ei kuitenkaan yksin riitä vakuuttamaan asiakasta työntekijän osaamisesta. Sosiaalityön selviä vahvuuksia sairaalaympäristössä ovat kasvokkaisen asiakastyön lisäksi palvelujärjestelmien tunteminen ja yhteydenpito näiden palvelujärjestelmien edustajiin (kts. myös Palomäki ym. 2009, 12). Haastattelupuheen perusteella sosiaalityöntekijän tapaamisissa toteutuu hyvin myös asiakkaan elämän kokonaistilanteen huomioiminen.

Kenties mielenkiintoisin havainto oli kuitenkin sosiaalityöntekijöiden kielenkäytön merkitys asiakaskohtaamisissa. Sosiaalityöntekijöiden kielenkäyttöä kuvattiin lääkäreiden kielenkäytön vastakohtana: kansankielisenä ja konkreettisenä. Haastattelupuheen perusteella sosiaalityöntekijä toimii sairaalamaailmassa ikään kuin tulkkina lääkärin ja asiakkaan välillä. Vaikka sosiaalityöntekijät eivät kuulu terveydenhuollon ammattihenkilöihin, he vaikuttavat silti ymmärtävän sekä lääkäreiden että asiakkaiden kieltä. Sosiaalityössä tämänkaltainen "kielitaito" ei ole ilmiönä uusi. Sosiaalityössä on totuttu liikkumaan rajoilla, toimimaan tulkkina erilaisten ammattiryhmien välillä ja sovittamaan omaa asiantuntijuutta muiden toimintaan (Karvinen 1996, 36). Lisäksi vieraskentällä, kuten terveydenhuollossa, sosiaalityö joutuu ikään kuin hiottavaksi ja sen on toistuvasti perusteltava oman olemassaolonsa oikeutusta (Heinonen 2007, 87; Palomäki 2004). Dialogisuuden näkökulmasta koetukselle joutuminen ei sinällään ole huono asia, sillä eri näkökulmien keskellä oleminen kehittää parhaiten asiantuntijuutta (Mönkkönen 1996, 54).

Kun haastateltavat puhuivat sosiaalityöntekijästä selkokielisenä ja heidän elämänsä kokonaistilanteen ymmärtävänä organisoijana, tiesin kuullesseni nämä toteamukset jo vuosia aikaisemmin. Hetken pohdinnan jälkeen kaivoin esiin oman pro gradu -työni vuodelta 2004, jonka aineistona oli yhdeksän Tampereen yliopistollisen sairaalan sosiaalityöntekijän teemahaastattelut. Kyseiset sosiaalityöntekijät olivat aloittaneet työuransa sairaalan palveluksessa pääsääntöisesti 1960- ja 1970- luvuilla. Huomasin, että nämä pioneerisosiaalityöntekijät olivat selvästi tietoisia "tulkin" tehtävästään ja kokonaisvaltaisesta työskentelyotteestaan. (Palomäki 2004, 74.)Vaikuttaa siltä, että heidän työskentelyotteensa on siirtynyt perintönä myös nuoremmille sosiaalityöntekijä -sukupolville.

Kokonaisvaltaista käsitystä asiakkaan elämäntilanteesta ei tavoiteta kiireessä eikä ainoastaan erityisosaamista esiintuomalla vaan pysähtymällä kuuntelemaan. Vaikka sosiaalityöntekijöillä ei ole selkeitä sairaalamaailmaan siirrettäviä tutkimuksellisia työkaluja, ”kohtaamisen kielioppi” on hallinnassa.

KIRJALLISUUS

- Arki, arvot, elämä ja etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet (2010) 4. painos. Helsinki: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry.
- Aaltonen, Elli (2009) Euroja kehään! Sosiaalivakuutus 3/2009. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 4-7.
- Aaltonen, Elli (2008) Sosiaalialan tulevaisuuden mahdollisuudet. Sosiaalialan asiantuntijapäivät Helsingissä 12.-13.3.2008. Saatavilla www-muodossa: http://www.talentia.fi/files/4248_ElliAaltonenSosiaalialantulevaisuudenmahdollisuudet2008.ppt [tarkistettu 18.10.2009]
- Alasuutari, Pertti (1999) Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere:Osuuskunta Vastapaino.
- Alasuutari, Pertti (2007a) Mitä on laadullinen tutkimus? Laadullinen tutkimus, yleinen teoria. Oulun yliopiston tohtorikoulutuksen kurssi ”Laadullinen tutkimus, yleinen teoria” (4 op) 7.-9.11.2007. Saatavilla www-muodossa: http://wwwedu oulu.fi/tohtorikoulutus/jarjestettava_opetus/Alasuutari/Mita_laadullinen_tutkimus_on.pdf [tarkistettu 1.12.2011]
- Alasuutari, Pertti (2007b) Fakta- ja näytenäkökulmat. Laadullinen tutkimus, yleinen teoria. Oulun yliopiston tohtorikoulutuksen kurssi ”Laadullinen tutkimus, yleinen teoria” (4 op) 7.-9.11.2007. Saatavilla www-muodossa: http://wwwedu oulu.fi/tohtorikoulutus/jarjestettava_opetus/Alasuutari/Fakta_ ja _nayte_uusi .pdf [tarkistettu 1.12.2011]
- Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015. Saatavilla www-muodossa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911015> [tarkistettu 9.8.2011].
- Antikainen-Juntunen, Eija (2005) Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Tampereen yliopisto. Saatavilla www-muodossa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/lisuri00035.pdf> [tarkistettu 16.8.2011].
- Baker, Carolyn (2004) Membership categorization and interview accounts. Teoksessa David Silverman (toim.) Qualitative research. Theory, Method and Practice. Second edition. London:Sage Publications, 162-176.
- Bardy, Marjatta & Känkänen, Päivi (2005) Tarinat yksilön ja yhteisön suhteissa. Teoksessa Mirja Satka, Synnöve Karvinen-Niinikoski, Marianne Nylund & Susanna Hoikkala (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki:Palmenia-kustannus, 201-217.
- Edwards, Derek (1991) Categories are for talking: On the cognitive and discursive bases of categorization. Theory and Psychology 1(4): 515–542.
- Eläketurvakeskus – käsitteet ja määritelmät. Saatavilla www-muodossa http://www.etk.fi/fi/service/k%C3%A4sitteet_ ja _m%C3%A4ritelm%C3%A4t/689/k%C3%A4sitteet_ ja _m%C3%A4ritelm%C3%A4t [tarkistettu 16.8.2011]
- Eläketurvakeskus – oikeus työeläkekuntoutukseen ja kuntoutusoikeuden arviointi. Saatavilla www-muodossa <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/index.php?asiakirjanumero=14275> [tarkistettu 26.6.2012]

- Friberg, Eija (2007) Kuntoutuneita vai syrjäytyneitä? Seurantatutkimus Etelä-Karjalan keskussairaalan kuntoutumispoliklinikan potilaista vuosilta 1998-1999. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Jyväskylän yliopisto.
- Gould, Raija, Härkäpää, Kristiina, Järvikoski, Aila, Laisola-Nuotio, Annika, Lehikoinen, Tuula & Saarnio, Leena (2007) Miten ja minkälaiseen työeläkekuntoutukseen? Työeläkekuntoutuksen toimivuus – tutkimuksen taulukkoraportti. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2007:2. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavilla [www-muodossa: http://62.236.128.117/Binary.aspx?Section=42845&Item=59772](http://62.236.128.117/Binary.aspx?Section=42845&Item=59772) [tarkistettu 17.8.2011].
- Gould, Raija, Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila (2008) Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina. Kuntoutus-lehti 1/2008. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 39-53.
- Gould, Raija, Ilmarinen, Juhani, Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.) (2006) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos.
- Haahtela, Riikka (2008) Asunnottomien naisten identiteetit ja osallisuuden odotukset kuntoutumiseen tähtäävässä palveluketjussa. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 224-252.
- Haahtela, Riikka (2006) Osallisuuskeskustelut sosiaalityössä. Neljä näkökulmaa sosiaalityössä tuotettuihin asiakkaan osallisuusmahdollisuuksiin. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Hallituksen esitys uudeksi terveydenhuoltolaiksi. Teoksessa Uusi Terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. Saatavilla [www-muodossa \[tarkistettu 29.10.2008\] http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/pr1214211442205/passthru.pdf](http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/pr1214211442205/passthru.pdf)
- Heikkinen, Virpi (2009) Kuntoutustutkimuksen prosessi. Tays, kuntoutustutkimuspoliklinikka. Julkaisematon lähde.
- Heikkinen, Virpi & Pekki, Anu & Viitanen, Jorma (2009) Lääkärin työ Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalla 4.3.2009. Julkaisematon lähde.
- Heinonen, Hanna (2007) Kohti syvempää ymmärrystä sosiaalityössä. Tutkiva ja arvioiva työote sosiaalityöntekijöiden jäsentämänä. SOCCAn ja Heikki Waris –instituutin julkaisusarja nro 16, 2007. Saatavilla [www-muodossa \[viitattu 8.11.2011\]: http://www.socca.fi/files/72/Tutkiva_arvioiva_tyote_sosiaalityontekijoiden_jasentamana.pdf](http://www.socca.fi/files/72/Tutkiva_arvioiva_tyote_sosiaalityontekijoiden_jasentamana.pdf)
- Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) (2005) Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments, and Actions. Canadian Scholar's Press. Toronto.
- Helne, Tuula (2002) Syrjäytymisen yhteiskunta. Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 123. Helsinki: Stakes. Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2001) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2001) Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (1997) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.

- Hokkanen, Liisa (2009) Empowerment valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina. Teoksessa Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus, 315-335.
- Hostein, James.A. & Gubrium, Jaber.F. (1995) The active interview. Qualitative research methods series 37. London:Sage.
- Hussi, Taina (2005) Sosiaalinen raportointi kokemusten käsitteellistäjänä. Teoksessa Mirja Satka, Synnöve Karvinen-Niinikoski, Marianne Nylund, Susanna Hoikkala (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia, 144-158.
- Hyväri, Susanna (2005) Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa Marianne Nylund & Anne Birgitta Yeung (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere:Osuuskunta Vastapaino, 214-235.
- Hyvärinen, Matti (2006) Kerronnallinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen verkko-opetuskokonaisuus. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi) (Tampereen yliopiston käyttäjätunnukset omaaville henkilöille)[tarkistettu 28.4.2010]
<http://www.uta.fi/laitokset/sospol/luennot/laatu/kerronn.htm>
- Hänninen, Sakari, Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) (2006) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Helsinki: Stakes.
- Hänninen, Vilma, Partanen, Jukka & Ylijoki, Oili-Helena (toim.) (2005) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 225-251.
- Härkäpää, Kristiina, Järvikoski, Aila & Gould, Raija (2009) Työeläkekuntoutujien kuntoutusmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Kuntoutus-lehti 2/2009. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 55-56.
- Jayyusi, Lena (1984) Categorization and the Moral Order. International Library of Phenomenology and Moral Sciences. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (toim.) (2008) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, Arja, Huttunen, Laura & Kulmala, Anna (toim.) (2004) Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2012) Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Johdatus kategorianalyysiin. Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1999) Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Juhila, Kirsi (2009) Sosiaalityön selontekovelvollisuus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus 4/2009, 296-312.
- Juhila, Kirsi (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 14-47.
- Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi (2004a) Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa Arja Jokinen, Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.) Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus, 20-32.

- Juhila, Kirsi (2004b) Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. Historiaa ja nykysuuntauksia. Janus-lehti 2/2004, s.155-183. Saatavilla www-muodossa [tarkistettu 31.10.2009]
http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0204/artikkeli2_0204.pdf
- Järvikoski, Aila, Hinkka, Katariina & Härkäpää, Kristiina (2009) Kehittykö kuntoutuksen tutkimus? Kuntoutus-lehti 2/2009. Helsinki:Kuntoutussäätiö, 5-9.
- Kananen, Johannes (2008) Kilpailukyky ja tuottavuus 2000-luvun sosiaalipoliitikassa. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):3, 239-249.
- Karjalainen, Vappu (2004) Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) (2004) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki:Stakes, 11-25.
- Karvinen, Synnöve (1996) Hajoaako sosiaalityö? Havaintoja sosiaalityön ammatillisesta asiantuntijuudesta. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Oy Edita Ab, 32-50.
- Kinni, Riitta-Liisa (2011) Jäsenkategoriat palvelutarpeen määrittelyssä. Sosiaalipoliitikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus 1/2011, 20-35.
- Kinni, Riitta-Liisa (2005) Oma arki kotona – riittävä apu laitoksessa. Vanhus kuntoutujana sairaalan moniammatillisessa työssä. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatin tutkimus. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos, Kuopion yliopisto.
- Kulmala Anna, Vanhala Anni & Valokivi Heli (2003) Sosiaalityön kohtaamia asiakkaiden kertomana. Teoksessa Mirja Satka, Anneli Pohjola & Marketta Rajavaara (toim.) Sosiaalityö ja vaikuttaminen. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2. Jyväskylä: SoPhi, 125-146.
- Kuolemansyyt (2009) Vuosikatsaus. Liitetaulukko 2a. 15 - 64-vuotiaiden kuolleisuus syöpiin, iskeemisiin sydäntauteihin, alkoholisyihin, itsemurhiin ja tapaturmiin maakunnittain 2009, molemmat sukupuolet 1) (22.2.2011) Saatavilla www-muodossa [tarkistettu 1.8.2011]
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_tau_004_fi.html
- Kuntoutusportti. Kuntoutuksen ja siihen liittyvän tutkimus- ja kehittämistiedon verkkopalvelu. Kuntoutusjärjestelmä. Saatavilla www-muodossa [tarkistettu 25.6.2012]
<http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusjarjestelma/>
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Saatavilla www-muodossa [tarkistettu 22.9.2009]
<http://pre20090115.stm.fi/pr1076939223163/passthru.pdf>
- Kuronen, Marjo & Granfelt, Riitta & Nyqvist, Leo & Petrelius, Päivi (toim.) (2004) Sukupuoli ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kuusisto-Niemi, Sirpa & Rissanen, Sari & Saranto, Kaija (2011) Asiakastiedon käyttö sosiaalityön tutkimuksessa - eettinen näkökulma. Teoksessa Aini Pehkonen ja Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja. Jyväskylä:PS-kustannus, 257-274.
- Kvale, Steinar (1996) InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks, California: Sage.
- Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) (2010) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) (2009) Tabujen kahleet. Tampere:Vastapaino.

- Lauslahti, Sanna (2007) Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinot ja niiden käyttämisen esteet. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Saatavilla [www-muodossa \[tarkistettu 21.10.2008\]](http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-6881-0.pdf)
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-6881-0.pdf>
- Lehtonen, Johannes & Lönnqvist, Jouko (1999) Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen, Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 1999:13–18.
- Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (2008) Ammatillinen kuntoutus pysyvässä muutoksessa. Kuntoutus-lehti 1/2008. Helsinki:Kuntoutussäätiö, 59-63.
- Luhtasela, Leena (2009) Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen lisensiaattitutkimus. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos, valtiotieteellinen tiedekunta.
- Martin, Marjatta (2012) Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen yksilöllinen vaikuttavuus. Teoksessa Anneli Pohjola, Tarja Kemppainen ja Sanna Väyrynen (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 201-242.
- Metteri, Anna (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki:Edita.
- Metteri, Anna & Haukka-Wacklin, Tuula (2004) Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) (2004) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki:Stakes, 53-68.
- Metteri, Anna (toim.) (2003a) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdistusta kehittämisehdotuksiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita.
- Metteri, Anna (toim.) (2003b) Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita.
- Metteri, Anna (2003c) Kohtaamiset kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Luottamuksen rakentumisen näkökulma. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki:Edita, 92-103.
- Metteri, Anna (1997) Työelämän, kuntoutuksen ja eläkejärjestelmien väliin putoaminen. Teoksessa Marjatta Musikka-Siirtola (toim.) Kuntoutuksen haasteita ja näköaloja. Suomen lääkinnällisen kuntoutuksen yhdistys r.y.. Helsinki: Kuntaliitto, 60–69.
- Metteri, Anna (toim.) (1996) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Musikka-Siirtola, Marjatta (toim.) (1997) Kuntoutuksen haasteita ja näköaloja. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Musikka-Siirtola, Marjatta, Siirtola, Taisto & Wikström, Juhani (2008) Lääkinnällisen kuntoutuksen kehitys ja haasteet tulevaisuudelle. Kuntoutus-lehti 4/2008. Helsinki:Kuntoutussäätiö, 35-46.
- Mäntysaari, Mikko, Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) (2009) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä:PS-kustannus.
- Mönkkönen, Kaarina (1996) Asiantuntijasta asiantutkijaksi. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Oy Edita Ab, 51-66.

- Nikander, Pirjo (2010) Jäsenkategoria-analyysi ja haastattelun kulttuuriset järjestykset. Teoksessa Johanna Ruusuvaori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 242-268.
- Nikander, Pirjo (2002) Age in Action: Membership Work and Stage of Life Categories in Talk. Helsinki: Finnish Academy of Science and Letters.
- Nylund, Marianne (2005) Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Marianne Nylund & Anne Birgitta Yeung (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere:Osuskunta Vastapaino, 195-213.
- Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta (toim.) (2005) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere:Osuskunta Vastapaino.
- Nylund, Marianne (2000) Varieties of Mutual Support and Voluntary Action. A Study of Finnish Self-Help Groups and Volunteers. Helsinki:The Finnish Federation for Social Welfare and Health.
- Palomäki, Susanna (2004) Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä. Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Tampere:Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Palomäki, Susanna & Havukainen, Pirjo & Vanhala, Anni & Apponen, Eevi (2009) Työkyvynarvioinnin ja kuntoutustarveselvityksen koordinaatio – linkkinä sosiaalityö. Tampere: Tays, Neuroalat ja kuntoutus.
- Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.) (2011) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja. Jyväskylä:PS-kustannus.
- Pohjola, Anneli (2009) Tabut auttamisen paradoksina. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Tabujen kahleet. Tampere:Vastapaino, 69-89.
- Pohjola, Anneli & Kempainen, Tarja & Väyrynen, Sanna (toim.) (2012) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. Saatavilla www-muodossa [tarkistettu 27.7.2011] <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>.
- Rainamo, Maija (2010) Työkykyprosessin kehittämisohjelma. Asiakkaan kanssa – ajoissa ja aktiivisesti. Kuntoutuksen palveluntuottajien työkokous 27.-28.2.2010. Saatavilla www-muodossa [tarkistettu 19.3.2012] [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/88DD0C90FBC14913C22576BE003AE632/\\$file/KYKY-esitys%2027-%2028.1.2010.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/88DD0C90FBC14913C22576BE003AE632/$file/KYKY-esitys%2027-%2028.1.2010.pdf)
- Rainamo, Maija (2009) Ajoissa ja aktiivisesti tukea työhön paluuseen. Sosiaalivakuutus 3/2009. Helsinki:Kansaneläkelaitos, 30-31.
- Rauhala, Pirkko-Liisa & Vironkannas, Elina (2011) Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Aini Pehkonen ja Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja. Jyväskylä:PS-kustannus, 235-256.
- Riekkinen, Wille (2012) Ilveilijän toinen hartauskirja. Helsinki: WSOY.
- Ritala-Koskinen, Aino (2001) Mikä on lapsen perhe? - Tulkintoja lasten uusperhesuhteista. Tampere: Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 38/2001.

- Roivainen, Irene (1999) Sokeripala metsän keskellä. Lähiö sanomalehden konstruktiona. Helsingin kaupungin tietokeskus, tutkimuksia 1992:2.
- Roivainen, Irene, Nylund, Marianne, Korkiamäki, Riikka & Raitakari, Suvi (toim.) (2008) Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla? Jyväskylä:PS-kusannus.
- Rose, Stephen M. (1990) Advocacy/Empowerment : An Approach to Clinical Practice for Social Work. *Journal of Sociology & Social Welfare* vol 17 (1990), 41-51.
- Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) (2010) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Ruusuvuori, Johanna (2005) Arkielämän metodit ja keskusteluanalyysi. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. 2. painos. Tampere:Vastapaino, 383-405.
- Salonen, Marko (2005) Ajattelun retoriikka ja ideologisuus. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. 2. painos. Tampere:Vastapaino, 299-322.
- Satka, Mirja (2010) Varhainen puuttuminen ja sosiaalityö. Teoksessa Merja Laitinen ja Anneli Pohjola (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus, 181-218.
- Satka, Mirja, Karvinen-Niinikoski, Synnöve, Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna (toim.) (2005) *Sosiaalityön käytäntötutkimus*. Helsinki:Palmenia-kustannus.
- Satka Mirja, Pohjola Anneli & Rajavaara Marketta (toim.) (2003) *Sosiaalityö ja vaikuttaminen. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2*. Jyväskylä: SoPhi.
- Satka, Mirja (1993) Kansalaiskeskeinen sosiaalityö - utopia ja vaihtoehto. *Sosiaalityöntekijä* 3/1993, 23- 26.
- Schwaber Kerson, Toba, McCoyd Judith & Chimchirian, Joanne (2005) *Spanning Boundaries: An Enriched Ecological Perspective for Social Workers Practising in Health and Mental Health Care*. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri (toim.) *Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments, and Actions*. Canadian Scholar's Press. Toronto, 8-25.
- Shaw, Ian (2008) Ethics and the Practice of Qualitative Research. *Qualitative Social Work* 7/2008, 400-414.
- Shaw, Ian (1996) *Evaluating in Practice*. England: Arena. Simon, Barbara Levy (1994) *The Empowerment Tradition in American Social Work*. New York:Columbia University Press.
- Simon, Barbara Levy (1994) *The Empowerment Tradition in American Social Work*. New York: Columbia University Press.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.
- Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62. Saatavilla [www-muodossa \[tarkistettu 19.3.2012\]](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-10834.pdf)
- http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-10834.pdf

- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari (2010) Työmarkkinakansalaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen luova tuho. *Kuntoutus-lehti* 2/2010, Helsinki:Kuntoutussäätiö, 53-62.
- Suikkanen, Asko (2009) Kuntoutuksen ideaa etsimässä – onko se kadonnut. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueellinen koulutuspäivä: Kuntoutusta – miksi ja miten? Tampereella 10.3.2009.
- Suoninen, Eero (1999) Vuorovaikutuksen mikromaiseman analysoiminen. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen (1999) *Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina.* Tampere:Osuuskunta Vastapaino, 101-125.
- Suoninen-Erhiö, Lea (2009) Eettiset perusteet puntariin. *Sosiaalitieto-lehti* 10/2009. Helsinki:Huoltaja-säätiö, 8-10.
- Tiittula, Liisa & Ruusuvuori, Johanna (2005) Johdanto. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus.* Tampere:Vastapaino, 9-21.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* 5. uudistettu painos. Helsinki:Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Törrönen, Maritta (2012) *Sosiaalityö ja arkinen hyvinvointi. Vastavuoroisuuden dialektiikka.* *Janus* 2/2012, 182-191.
- Uusi terveydenhuoltolaki. *Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio.* Helsinki 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28.
- Valokivi, Heli (2008) *Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista.* Akateeminen väitöskirja. Tampere:Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009. *Lääkinnällinen kuntoutus.* Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavilla [www-muodossa \[tarkistettu 17.8.2011\].: http://www.vtv.fi/files/1837/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf](http://www.vtv.fi/files/1837/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf)
- Vilkkumaa, Ilpo (2004) Kolme tapaa nähdä sosiaalinen kuntoutuksessa. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen.* Helsinki:Stakes, 27-38.
- Välimaa, Outi (2011) *Kategoriat ongelman selontekoina. Pitkäaikaistyöttömyydestä neuvottelemisen ja sen rakentuminen haastattelupuheessa.* Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1589.
- Välimaa, Outi (2008) *Oikeutetusti työtön? Neuvottelu pitkäaikaistyöttömien ryhmän leimatusta jäsenyydestä.* Teoksessa Irene Roivainen, Marianne Nylund, Riikka Korkiamäki, & Suvi Raitakari (toim.) *Yhteisöt ja sosiaalityö.* Jyväskylä:PS-kustannus, 245-260.
- Ylinen, Aarne (2007) *Kuntoutus -keskeisistä tavoitteista ja yhteistyökohteista – Pitkäaikaissairaat ja vammaiset.* Kuntoutusasioiden neuvottelukunta 26.11.2007. Saatavilla [www-muodossa \[tarkistettu 30.11.2009\] http://www.kunk.fi/aineistoja/ylinen07.ppt](http://www.kunk.fi/aineistoja/ylinen07.ppt)
- Ylijoki, Oili-Helena (2005) *Toimijuus, kieli ja moraali.* Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen, & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä.* 2. painos. Tampere:Vastapaino, 225-251.

LIITTEET

LIITE 1

LISENSIAATINTUTKIMUKSEN TEEMAHAASTATTELUKYSYMYKSET

I Kuntoutustutkimuksen käynnistyminen

Miten olet tullut kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaaksi?

(Mitkä asiat johtivat siihen, että lähete tehtiin kuntoutustutkimuspoliklinikalle/käynnistivät kuntoutustutkimusprosessin?)

II Kuntoutustutkimusprosessin kulku

Miten kuntoutustutkimusprosessi omasta mielestä eteni?

Mikä oli hyvää ja mikä huonoa?

Mikä oli mielestäsi eri ammattiryhmien osuus/rooli – lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä/

Mikä on mielestäsi sosiaalityöntekijän rooli kuntoutustutkimusprosessissa?

III Odotukset ja kuntoutusmotivaatio

Millaisia odotuksia sinulla oli kuntoutustutkimusta kohtaan?

Minkälainen oma motivaatiosi oli kuntoutustutkimukseen tullessa?

Entä sen aikana tai sen jälkeen?

IV Kuntoutujan osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa

Miten sinua huomioitiin kuntoutustutkimuspoliklinikalla?

Miten hyvin kuntoutussuunnitelman sisältö vastasi omia odotuksia/toiveita/tarpeita?

Miten kuntoutussuunnitelma on toteutunut?

V Kehittämisehdotuksia

Minkälaisiin asioihin kuntoutustutkimuksessa olisi hyvä kiinnittää tulevaisuudessa huomiota?

Mikä tai mitkä asiat kuntoutustutkimusprosessissa ovat jäänyt päällimmäisenä mieleesi?

TUTKIJAN OMA ARVIO TUTKIMUKSEN EETTISISTÄ NÄKÖKOHDISTA

- Licensiaattitutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutustutkimuksissa toteutuu asiakkaan osallisuus ja ajoittuuko kuntoutustutkimus asiakkaan näkökulmasta oikeaan aikaan. Tavoitteenani on haastatella kymmentä Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikan entistä asiakasta. Oman ja yliopiston ohjaajieni arvion mukaan kymmenen haastateltavan otoskoko on riittävä tutkimusongelmani näkökulmasta. Tutkijana lähestyn tutkimusongelmaani laadullisen tutkimuksen keinoin ja asiakaslähtöisesti. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusotoksen koko ei ole ratkaiseva, sillä yksikin tutkittava henkilö tai tapaus voi olla riittävä tutkimuksen aineistoksi. Osallisuutta tutkittaessa asiakaslähtöinen ote on tärkeä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on voitu osoittaa, että henkilön oma arvio työkyvystään ennustaa vahvasti hänen tulevaa työkykyisyyttään tai työkyvyttömyyttään. Lisäksi osallisuudella ja kuntoutuksen käynnistymisen oikea-aikaisuudella on todettu olevan yhteys henkilön kuntoutusmotivaatioon.
- Valitsin teemahaastattelun aineistonkeruumenetelmäksi, koska se nostaa keskiöön ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset. Haastattelun aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. Teemahaastattelu mahdollistaa haastateltavien vapaan kerronnan, mutta tietyissä aihepiireissä pitäytyen. Koska tutkimuksen kohteena on osallisuus ja oikea-aikaisuus, teemahaastattelu mahdollistaa keskustelun edellä mainituista aihepiireistä.
- Kaikki haastateltavat henkilöt ovat täysi-ikäisiä ja täysivaltaisia (ko. henkilöillä ei ole edunvalvojaa) Pirkanmaalla asuvia henkilöitä.
- Tutkimus toteutetaan johtajaylilääkärin luvalla ja potilaan kirjallisella suostumuksella. Eettisen toimikunnan myönteisen päätöksen jälkeen potilaille lähetetään kirje, jossa tiedustellaan heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Mikäli potilas haluaa osallistua tutkimukseen, hän lähettää allekirjoituksellaan varustetun suostumuskirjeen takaisin tutkijalle vastauskuoreessa. Suostumuskirjeen palautumisen jälkeen tutkija ottaa puhelimitse yhteyttä potilaaseen hänelle sopivan haastatteluajankohdan sopimiseksi.
- Tutkimukseen osallistuville henkilöille tutkimus aiheuttaa haittoja lähinnä matkoihin ja haastattelu-aikaan liittyen. Tutkimukseen osallistuva henkilö matkustaa omakustanteisesti vapaa-ajallaan Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikalle ja osallistuu haastatteluun, joka kestää noin 1-1 1/2 tuntia.
- Tutkittavien turvallisuus on taattu potilasvakuutuksen avulla. Myös lääkärin vastuuvakuutus on tutkimuksessa huomioitu.
- Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Manuaalinen aineisto säilytetään tutkijan lukitussa kaapissa. Tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa. Tutkimusrekisteri arkistoidaan ilman tunnistetietoja PSHP:n arkistoon ja hävitetään säädetyn säilytysajan kuluttua.

Eeva Leino
Kuntoutusylilääkäri
Tutkimuksen vastuuhenkilö

Tutkimushankkeen tarkoitus

<input type="checkbox"/> Väitöskirja	<input type="checkbox"/> Syventävä opinnäyte	<input type="checkbox"/> Muu tutkimustyö	<input type="checkbox"/> Esitelmä, meeting tms.
<input type="checkbox"/> Toiminnan kehittäminen	<input type="checkbox"/> muu, mikä		
<input type="checkbox"/> Lisäys / muutos tutkijoihin			

Tutkimushankkeen nimi

KUNTOOUTUSTUTKIMUKSEN OIKEA-AIKAISUUTTA JA ASIAKKAIDEN OSALLISUUTTA ETSIMÄSSÄ - Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikalla.		
<input checked="" type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan myönteinen lausunto	pvm 18.1.2010	ETL- koodi
<input type="checkbox"/> Tutkimusta ei käsitellä eettisessä toimikunnassa		
Henkilörekisteri- seloste <input checked="" type="checkbox"/> on toimitettu eettiselle toimikunnalle <input type="checkbox"/> ohessa liitteenä johtajaylilääkärille <input type="checkbox"/> ei tarvita		

Tutkimuksen/hankkeen vastuuhenkilö

Nimi Eeva Leino	Puhelin 03-31164731	Sähköposti eeva.leino@pshp.fi
Nimike kuntoutusylilääkäri	Vastuualue Neuroalat ja kuntoutus	

Asiakirjojen/tietojen käsittelijät

Nimi Susanna Palomäki	Nimike sosiaalityöntekijä	Puhelin 03-31169171	Sähköposti susanna.palomaki@pshp.fi

Tutkimus alkaa (pvm) 18.1.2010

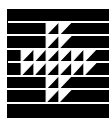
Tutkimus päättyy (pvm) 31.12.2011

Anomus jatkoajasta ja uusi tutkimustyön
päättymispäivämäärä _____

Tarvittavat manuaaliset tiedot

Potilaskertomusten kokonaismäärä 400 kpl
Potilaskertomusten lisätarve _____ kpl
Osoitetarrat kyllä ei
Tutkimuksen aikana halutaan
potilaskertomuksien välissä säilyttää
tilapäisesti tutkimusasiakirjoja (liite) kyllä ei
Valokopioita tarvitaan kyllä ei
Röntgenkuvat _____ kpl
Muut potilasasiakirjat, mitkä:
_____ Kpl

TAYS nro LP164c 4.07



PIRKANMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI
Yhdessä terveyttä

2 (2)

Tarvittavat sähköiset tiedot

Tutkija tarvitsee tietoja seuraavista tietojärjestelmistä (luettelo tutkittavista potilaista liitteeksi):

- MD-Miranda -potilaskertomusjärjestelmä
 Kovis -skannattuihin potilaskertomukset
 PACS -röntgenkuvajärjestelmä
 muu järjestelmä,

mikä: _____

Tulosteita tarvitaan kyllä ei

Tarvitaan tietopalvelun tekemiä ATK-poimintoja

kyllä ei

Poimintojen määrittely ja rajausta (tarvittaessa eri liitteellä):

3/2008-3/2009 päätyneiden kuntoutustutkimusten määrä ja kuntoutustutkimuksen päätyneiden henkilöiden nimet ja henkilötunnukset. Tutkimuksen taustoittamiseksi tarvitaan tietoa siitä, kuinka monessa päätyneessä kuntoutustutkimuksessa on tehty ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma vuoden aikana.

HUOM!

Käyttöoikeudet tietojärjestelmiin haetaan erikseen vastuualueen atk-yhdys henkilön kautta.

P-levyasemalle perustettavan potilasrekisterin ohjeistus on tietohallinnon intranetsivuilla.

Allekirjoitukset

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvitys

Eeva Leino

Päiväys ja vastuualueen johtajan allekirjoitus ja nimenselvitys

Juha Öhman

Johtajaylilääkärin/johtavan lääkärin/vastuualuejohtajan päätös

Hyväksytty Hylätty

Päivämäärä

Päätösnumero

Allekirjoitus ja nimenselvitys

TIETEELLISEN TUTKIMUKSEN REKISTERISELOSTE

Henkilötietolaki (523/99)

10 §

Laatimispvm: 14.12.2009

Huom!

Lomake on muokattu erityisesti tieteellistä tutkimusta varten ja se on laajuudeltaan informatiivisempi kuin tavallinen rekisteriseloste. Täyttöohjeet ohessa. Käytä tarvittaessa erillistä vastausliitettä.

Rekisterinpitäjän on pidettävä rekisteriseloste jokaisen saatavilla.

<p>1a. Tutkimusrekisterinpitäjä (tutkimuksen toteuttaja) - organisaatio/yksityinen tutkija, jonka käyttöä varten rekisteri perustetaan ja jolla on oikeus määrätä rekisteristä (jos on kyseessä yhteistyöhankkeena tehtävä tutkimus, luetellaan osapuolet, sekä määrittellään eri osapuolten vastuut ja velvoitteet myös henkilötietojen käsittelyn kannalta)</p>	<p>Nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin...)</p> <p>Susanna Palomäki sosiaalityöntekijä TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka Z2-talo, 4. kerros PL 2000 33521 TAMPERE puh: 03-31169171</p>
<p>1b. Tutkimuksen vastuullinen johtaja tai siitä vastaava ryhmä</p>	<p>Eeva Leino Kuntoutusylilääkäri TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka</p>

<p>1c. Tutkimuksen suorittajat - merkitään kaikki ne tutkimukseen osallistuvat tutkijat tai muut hlöt, joilla tutkimuksen kuluessa on oikeus käsitellä rekisteritietoja</p>	<p>Eeva Leino Kuntoutusylilääkäri TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka Susanna Palomäki Sosiaalityöntekijä TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka</p>
<p>2. Tutkimusrekisteriasioista vastaava henkilö ja/tai yhteyshenkilö</p>	<p>Nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin...) Susanna Palomäki sosiaalityöntekijä TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka Z2-talo, 4. kerros PL 2000 33521 TAMPERE Puh: 03-31169171</p>
<p>3. Tutkimuskohde/ tutkimustarkoitus - tutkimusrekisterin/ tutkimuksen nimestä tulee ilmetä tutkimuksesta muodostuvan rekisterin yksilöity tarkoitus</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> kertatutkimus, nimi: 18.1.2010-31.12.2011 <input type="checkbox"/> seurantatutkimus, nimi: tutkimuksen kesto:</p>
<p>4. Rekisterin tietosisältö - hlön yksilöintitiedot (esim. hlön nimi, hlötunnus, syntymäaika) - tutkimustiedot</p>	<p>Tutkimussuunnitelman mukainen</p>
<p>5. Mistä tutkimusaineisto muodostuu - keneltä, mitä tietoja ja millä perusteella</p>	<p>Johtajaylilääkäriin lupa Potilaan kirjallinen suostumus</p>

<p>6. Tutkimus tehdään</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> kansallisena</p> <p><input type="checkbox"/> EU/ETA -alueen sisäisenä</p> <p><input type="checkbox"/> EU/ETA -alueen ulkopuolisena</p>
<p>7. Rekisterin suojauksen periaatteet</p> <p>- kuvataan suojaustapa eri käsittelyvaiheiden osalta</p> <p>- tutkimuksessa muodostuvaan rekisteriin kuuluvat sekä manuaalisesti kerättävä että atk:lla oleva aineisto (looginen rekisteri)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> tiedot ovat salassapidettäviä</p> <p>Manuaalinen aineisto: Tutkijan lukittu kaappi</p> <p>ATK:lle talletetut tiedot:</p> <p><input type="checkbox"/> käyttäjätunnus</p> <p><input type="checkbox"/> salasana</p> <p><input type="checkbox"/> käytön rekisteröinti</p> <p><input type="checkbox"/> kulun valvonta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa</p> <p><input type="checkbox"/> Aineisto analysoidaan tunnistetiedoin, koska (peruste tunnistetietojen säilyttämiselle):</p>
<p>8. Tutkimusaineiston hävittäminen/arkistointi</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusrekisteri hävitetään</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusrekisteri arkistoidaan</p> <p style="padding-left: 40px;"><input checked="" type="checkbox"/> ilman tunnistetietoja</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> tunnistetiedoin</p> <p>Mihin: PSHP:n arkisto</p>

TIEDOTE TUTKITTAVALLE

TUTKIMUKSEN NIMI

KUNTOUSTUTKIMUKSEN OIKEA-AIKAISUUTTA JA ASIAKKAIDEN OSALLISUUTTA ETSIMÄSSÄ - Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikalla.

Pyydämme teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää toteutuuko TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutustutkimuksissa asiakkaan osallisuus ja ajoittuuko kuntoutustutkimus asiakkaan näkökulmasta oikeaan aikaan. Tutkittavien valintaa ovat vaikuttaneet seuraavat seikat: 1.) tutkittavan kuntoutustutkimus on päättynyt noin vuotta ennen haastatteluaikaa ja 2.) tutkittavalle on kuntoutustutkimuksen aikana laadittu ammatillinen kuntoutussuunnitelma. Mikäli olette tähän tiedotteeseen perehtymisen jälkeen suostuvainen haastateltavaksi ko. tutkimukseen, pyydämme teitä lähettämään suostumuskirjeen siihen varatussa vastauskuoressa.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää toteutuuko TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutustutkimuksissa asiakkaan osallisuus ja ajoittuuko kuntoutustutkimus asiakkaan näkökulmasta oikeaan aikaan. Tutkimuksen pääaineistona on kymmenen TAYS:n kuntoutustutkimus-poliklinikan entisen asiakkaan teemahaastatteluaineisto. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

TUTKIMUKSEN KULKU

Tutkimus toteutetaan johtajaylilääkärin luvalla ja asiakkaan suostumuksella. Eettisen toimikunnan puoltavan kannanoton jälkeen tutkittaville lähetetään kirjeitse kutsu osallistua edellä kuvattuun tutkimukseen eli tässä tutkimuksessa haastatteluun. Haastattelut toteutetaan TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikalla tutkijan työhuoneessa, joka on paikkana entuudestaan tuttu kaikille tutkittaville. Mikäli kutsun saanut tutkittava haluaa osallistua tutkimukseen, tutkittava postittaa allekirjoituksellaan varustetun suostumuskirjeen tutkijalle. Suostumuskirjeen saapumisen jälkeen tutkija ottaa yhteyttä tutkittavaan henkilöön yhteisen haastatteluajan sopimiseksi. Haastatteluteemat ovat kaikille tutkittaville samat. Haastattelu on kertaluonteinen ja siinä ovat läsnä yksi tutkittava ja tutkija. Haastattelu kestää noin 1-1½ tuntia. Haastattelut nauhoitetaan kasetille ja litteroidaan eli kirjoitetaan tekstimuotoon sana sanalta.

TUTKIMUKSEEN LIITTYVÄT HYÖDYT JA RISKIT

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille välitöntä hyötyä, mutta teidän kokemuksistanne kuntoutustutkimuksesta on hyötyä työtä kehitettäessä, esimerkiksi pohdittaessa, miten asiakkaiden osallisuutta voitaisiin kuntoutustutkimuksessa lisätä. Haittoja teille aiheutuu tutkimukseen osallistumisesta lähinnä matkojen ja ajankäytön suhteen. Tutkittavat osallistuvat tutkimustilanteeseen omalla vapaa-ajallaan eikä matkakustannuksia korvata.

LUOTTAMUKSELLISUUS, TIETOJEN KÄSITTELY JA SÄILYTTÄMINEN

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkittavien henkilöllisyys ei missään vaiheessa paljastu tutkimusaineistoa käsiteltäessä. Tutkimusaineiston eri haastattelut numeroidaan tallennusvaiheessa (haastattelu 1, haastattelu 2 jne). Aineistoa säilytetään tutkimuksen ajan lukitussa kaapissa tutkijan työhuoneessa. Tutkimuksen jälkeen haastatteluaineistoa säilytetään ilman tunnistetietoja PSHP:n arkistossa ja aineistot hävitetään niille erikseen määrätyn säilytysajan jälkeen. Tutkimuksella ei ole ulkopuolista rahoittajaa.

VAPAAEHTOISUUS

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoon. Mikäli keskeytätte tutkimuksen, teistä kerätyt tiedot hävitetään, jos niin haluatte.

VAKUUTUKSET JA KORVAUKSET

Tutkittavat henkilöt on vakuutettu potilasvahinkovakuutuksen mukaisesti. Tutkimus kuuluu myös lääkärin vastuuvakuutuksen piiriin.

TUTKIMUSTULOKSISTA TIEDOTTAMINEN

Tutkimuksen haastattelut ovat sosiaalityöntekijä Susanna Palomäen lisensiaattitutkimuksen pääaineisto. Tutkimustyön on määrä valmistua v. 2012 ja lisensiaattitutkimuksen tarkastustilaisuuden jälkeen ko. työhön on mahdollista tutustua internetissä Valtakunnallisen sosiaalityön yliopistoverkoston sivuilla www.sosnet.fi.

LISÄTIEDOT

Pyydämme teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta sosiaalityöntekijä Susanna Palomäelle.

TUTKIJOIDEN YHTEYSTIEDOT

Eeva Leino
Kuntoutusylilääkäri
TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka
poliklinikka

Z2-talo, 4. krs
PL 2000
33521 TAMPERE
Puh: 03-3116 4731

Susanna Palomäki
Sosiaalityöntekijä
TAYS/Nuorisopsykiatrian

Itsenäisyydenkatu 17 B, 5. krs
PL 2000
33521 TAMPERE
Puh: 03-3116 5907

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

KUNTOOUTUSTUTKIMUKSEN OIKEA-AIKAISUUTTA JA ASIAKKAIDEN
OSALLISUUTTA ETSIMÄSSÄ – Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja
kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikalla

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella ____.____.2010

Tampereella ____.____.2010

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

Susanna Palomäki

TUTKIMUKSEN LAUSUNTOHAKEMUS

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta

1. Viranomaisen täyttää		
Saapumispäivä		Vastaanottopäivä
Diaari-/rekisterinumero	Kokouskäsittelevä päivämäärä	Tutkimukselle annettu ETL-koodi
2. Tutkimuksen luonne		
<input type="checkbox"/> Laitetutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Muu (mikä?) Yhteiskuntatieteellinen lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Lääketieteellinen tutkimus <input type="checkbox"/> Hoitotieteen tutkimus		
3. Tutkimuksen laajuus		
<input checked="" type="checkbox"/> Kansallinen tutkimus <input type="checkbox"/> Kansainvälinen tutkimus		
4. Tutkimuksen protokollanumero		
5. Tutkimuksen nimi (myös suomeksi tai ruotsiksi)		
KUNTOUTUSTUTKIMUKSEN OIKEA-AIKAISUUTTA JA ASIAKKAIDEN OSALLISUUTTA ETSIMÄSSÄ - Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikalla		
6. Tutkimuksen toimeksiantaja / rahoittaja		
Tutkija itse		
7. Tutkimuksen yhteyshenkilö ja yhteystiedot		
Susanna Palomäki, sosiaalityöntekijä. TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka, Z2-talo, 4. kerros, PL 2000, 33521 TAMPERE. Puhelin: 03-31169171		
8. Tutkimuksesta kansallisesti vastaava henkilö ja yhteystiedot		
Eeva Leino, kuntoutusylilääkäri. TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka, Z2-talo, 4. kerros, PL 2000, 33521 TAMPERE. Puh: 03-31164731.		

9. Lyhyt yhteenveto tutkimussuunnitelmasta

Lisensiaattitutkimuksen tarkoituksena on selvittää toteutuuko TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutustutkimuksissa asiakkaan osallisuus ja ajoittuuko kuntoutustutkimus asiakkaan näkökulmasta oikeaan aikaan. Tutkimuksen pääaineistona on kymmenen TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikan entisen asiakkaan teemahaasteluaineisto. Aineiston analyysissä tutkija hyödyntää jäsenkategorisoinnin analyysiä (MCD), joka edustaa laadullista sisällönanalyysiä. Tutkimus ajoittuu 18.1.2010-31.12.2011 väliselle ajanjaksolle. Tutkimusryhmään kuuluu kuntoutusylilääkäri Eeva Leino ja sosiaalityöntekijä Susanna Palomäki TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikalta.

Tutkittavia henkilöitä haastatellaan johtajaylilääkäriin luvalla ja tutkittavien henkilökohtaisella kirjallisella suostumuksella. Eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon jälkeen, tutkija ottaa kirjeitse yhteyttä tutkittaviin henkilöihin. Saatuaan kirjallisen suostumuksen tutkittavilta henkilöiltä, tutkija ottaa heihin yhteyttä haastatteluajankohdan sopimiseksi. Haastattelut toteutetaan Taysin kuntoutustutkimuspoliklinikalla, joka on tutkittaville entuudestaan tuttu paikka.

10. Tutkimuksen arvioitu alkaminen ja päättyminen

18.1.2010-31.12.2011

11. Tutkimuskeskukset ja tutkijat

TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka: Eeva Leino, kuntoutusylilääkäri ja Susanna Palomäki, sosiaalityöntekijä.

12. Tutkimusrekisterin laatiminen ja ylläpito

Liitteenä

13. Tutkittavat henkilöt

terveitä vapaaehtoisia alaikäisiä raskaana olevia/imettäviä
 vajaakykyisiä vankeja ei erityisryhmiä

muita, mitä: potilaita

Tutkittavien ikäjakauma:
18-65

Tutkittavien määrä tässä sairaanhoitopiirissä: 10

Tutkittavien määrä Suomessa:
10

Tutkittavien määrä koko tutkimuksessa: 10

14. Palkkiot ja korvaukset

Ei makseta.

15. Vakuutukset

potilasvakuutus

muu, mikä: Lääkärin vastuuvakuutus

16. Haetaan vapautusta lausuntomaksusta

kyllä

17. Päiväys, allekirjoitus ja yhteystiedot

(tutkimuksesta kansallisesti ja/tai alueellisesti vastaava henkilö)

Aika ja paikka

14.12.2009 Tampereella

Allekirjoitus ja nimen selvennys sekä arvo / tehtävä

Eeva Leino

Kuntoutusylilääkäri

TAYS/Kuntoutustutkimuspoliklinikka

Yhteystiedot

PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRIN
KUNTAYHTYMÄ

LIITE6

Nro 1/2010

Eettinen toimikunta

18.1.2010

TIEDE 6 §

R09248 Leino Eeva

Tutkijat

Palomäki Susanna, Leino Eeva

Tutkimuspaikat

TAYS

Tutkimus

Kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuutta ja asiakkaiden osallisuutta etsimässä-
Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-
aikaisuudesta TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikalla

Tutkimusaika

18.1.2010 - 31.12.2011

Tutkimuksen laajuus

10

Toimitettu materiaali

Lausuntohakemus (14.12.2009), tutkijan arvio tutkimuksen eettisistä
näkökohdista, tiedote tutkittavalle ja suostumus, rekisteriseloste (14.12.2009),
tutkimussuunnitelman tiivistelmä, tutkimussuunnitelma.

Lausunto

Eettinen toimikunta päätti antaa tutkimuksesta puoltavan lausunnon todeten,
että tutkimussuunnitelma ja siihen liittyvät asiakirjat ovat eettisesti hyväksyttävät
ja täyttävät lääketieteellisen tutkimuslain (488/1999, muut. 295/2004) ja
asetuksen (986/1999, muut. 313/2004) vaatimukset.

Lausuntomaksu

Ei lausuntomaksua

Esittelijä

Pasternack Amos

Jakelu

Palomäki Susanna
22 4 krs
Kuntoutustutkimuspi

PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPUOLUN
KUNTAYHTYMÄ

OYK PÖYTÄKIRJASTA Nro 1/2010

Eettinen toimikunta

19.1.2010

HUOM

Pöytäkirjassa mainittua ETL-koodia (R00xxx, aiemmin vuosiluku+xxx) on käytettävä aina silloin, kun on kyse tutkimukseen liittyvästä asiasta. Tutkimukseen tehtävistä muutoksista ja tutkimuksen päättämisestä on tehtävä ilmoitus eettiselle toimikunnalle.

**PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRIN
KUNTAYHTYMÄ**

OTE PÖYTÄKIRJASTA

Nro 1/2010

Eettinen toimikunta

19.1.2010

KOKOUSTIEDOT

Aika 18.1.2010 klo 12.00-14.35
Paikka FM V Tiedekeskus 3 krs

OSALLISTUJAT

Pasternack Anns	LKT, professori (emer.)	puheenjohtaja
Alanen Seija	osastonhoitaja	varajäsen
Arvola Ferit	apulaisylilääkäri	
Hildenhoivi Hannele	THT, ylihoitaja	
Jolma Pasi	erikoisääkäri	varajäsen
Kivistö Kar	LKT, professori	varapuheenjohtaja, läsnä 1-35, 09.495158-64§
Kotisaari Marja-Liisa	toimitusjohtaja	maallikkojäsen
Kuusela Anne-Leena	ylilääkäri	läsnä 3-6/§
Laitinen Minna	apulaisylilääkäri	
Laurikka Jari	dosentti	varajäsen
Lehtinen Klaus	toimialuejohtaja	
Lindgren Leena	professori	läsnä 1-35§
Saarinen Jukka	apulaisylilääkäri	
Sipola Antti	sairaalaosastonhoitajan johtaja	maallikkojäsen
Vuorio Risto	erikoisääkäri	
Kohonen Kirsi	TtM toimikuntasihteerin	sihteerin

POISSA

Hietaharju Aki
Mettila Elina

--

TIEDE 6 §

ETL-koodi R09248

Tutkimus

Leino Eeva

Lausunto

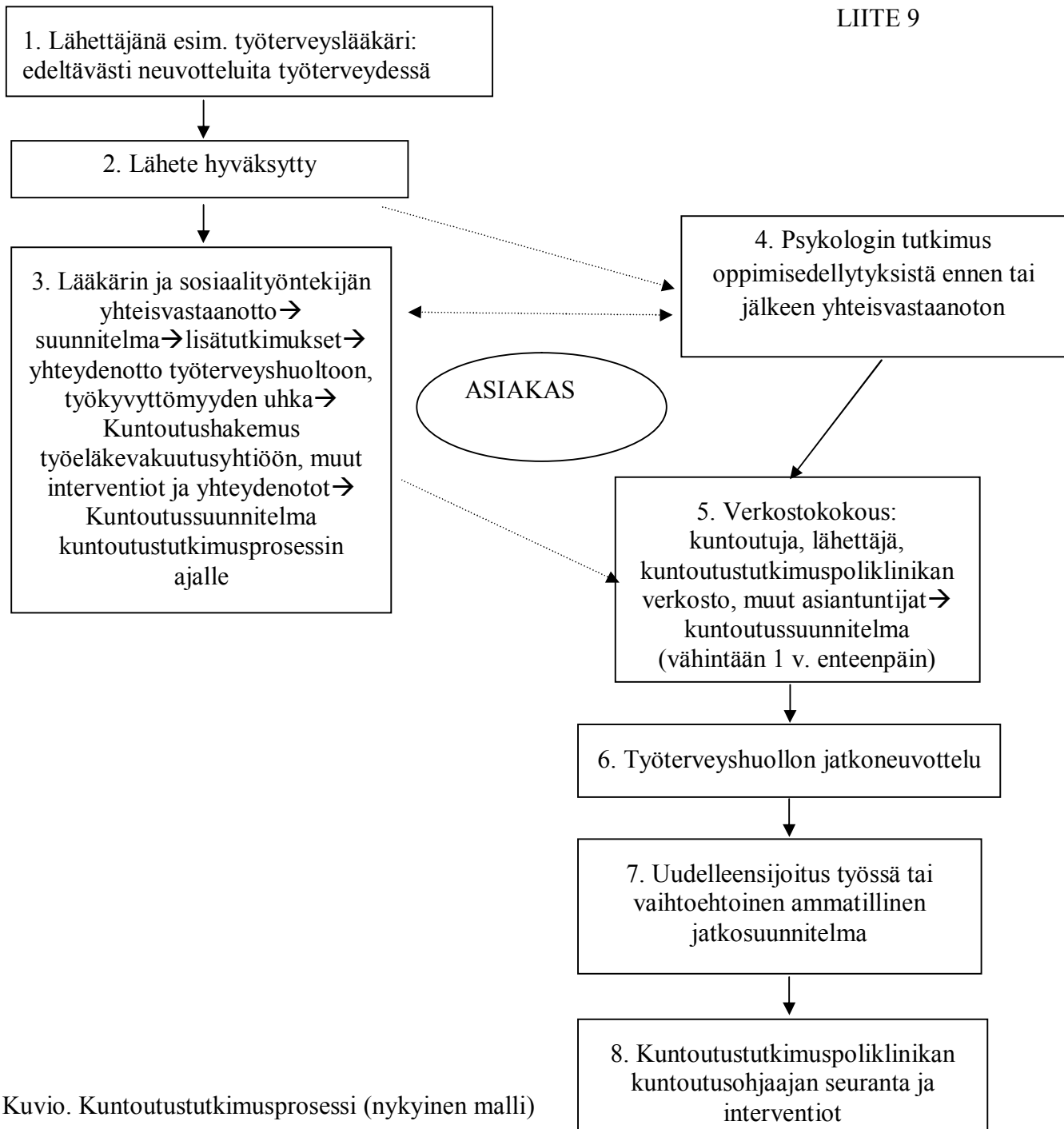
Eettinen toimikunta päätti antaa tutkimuksesta puoltavan lausunnon todeten, että tutkimussuunnitelma ja siihen liittyvät asiakirjat ovat eettisesti hyväksyttävää ja täyttävät lääketieteellisen tutkimuslain (488/1999, muut. 295/2004) ja asetuksen (986/1999, muut. 313/2004) vaatimukset Liite 6.

--

Pöytäkirjan oikeaksi todistaa



Kirsi Kohonen
sihteerin



Kuvio. Kuntoutustutkimusprosessi (nykyinen malli)