



TIEDONKULUN KEHITTÄMINEN OSANA TOIMIVAA KUNTOUTUSKETJUA

- Tavoitteellisuus Kelan järjestämässä kuntoutustutkimuksessa

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Kuntoutuksen koulutusohjelma
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö/ylempi AMK
syksy 2013
Tuula Sahiluoto

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kuntoutuksen koulutusohjelma

TUULA SAHILUOTO

Tiedonkulun kehittäminen osana toimivaa kuntoutusketjua

- Tavoitteellisuus Kelan järjestämässä kuntoutututkimuksessa

Opinnäytetyö 95 sivua, 1 liitesivu
syksy 2013

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli Kelan ja kuntoutuksen palveluntuottajan välisen yhteistyön kehittäminen kuntoutujalle merkityksellisten kuntoutustulosten edistämiseksi. Tästä yhteistyöstä käytin nimitystä kuntoutusketjun toiminta. Opinnäytetyön tavoitteena oli aikaansaada kehittämisohjeita Kelan ja kuntoutuksen palveluntuottajan välisen tiedon kulun parantamiseksi.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksellisesti kuntoutustutkimuksen palveluntuottajien, Kelan kuntoutuksen etuusvastaavien ja kuntoutuksen etuuskäsittelijöiden kanssa työpajoissa ja yhteistyössä toimien. Lisäksi tarkasteltiin tavoitteiden ilmenemistä viiden Kelan järjestämän kuntoutustutkimustapauksen asiakirjoista. Teoreettisena viitekehyksenä kuntoutuksen kokonaisvaltaisen tarvearvion ja tavoitteiden osalta olivat International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ja Goal Attainment Scaling (GAS).

Keskeisinä tuloksina olivat, että asiakkaan osallisuus ei juuri näy kuntoutusta varten laadituissa lausunnoissa, kuntoutujalla on liian vähän tietoa kuntoutustutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta kuntoutuksen alkaessa, palveluntuottajat saavat liian vähän tietoa Kelan maksusitoumuksen mukana, GAS-menetelmän ideologia on vasta jalkautumassa ja yhteistoimintaa tarvitaan yhteisen ymmärryksen aikaan saamiseksi. Myös ICF:n käyttö käytännön työn viitekehyksenä on vielä melko vieras.

Tulosten pohjalta laadittiin kehittämisohjeita tiedonkulun parantamiseksi. Keskeisiä olivat käytännönläheinen yhteistyö asiakkaan verkoston kanssa rajapintoja ylittävän osaamisen syventämiseksi, asiakasta osallistavan toiminnan korostaminen ja asiakashaastattelulla tavoitteiden ja asiakkaan valintojen varmentaminen.

Asiasanat: GAS, ICF, Kelan järjestämä kuntoutustutkimus, kokonaisvaltaisuus tavoitteellisuus, yhteistyö

Master's Thesis in Rehabilitation, 95 pages, 1 appendix
Autumn 2013

ABSTRACT

The aim of this diploma work was to develop the co-operation between Finnish Social Insurance Institution (Kela) and a Vocational Rehabilitation Service provider. The focus is to provide rehabilitation outcomes which are relevant and realistic for customers. The goal of this thesis was to bring about development proposals that can improve the information transfer between Kela and the Vocational Rehabilitation Service provider.

The development task was conducted as action research. We had workshops with the Vocational Rehabilitation Service provider and Kela's rehabilitation clerks. In addition it examined the expression of through five vocational rehabilitation clients. The theoretic framework is about comprehensive need of rehabilitation and the goals were Classification of Functioning, Disability and Health (ICF and Goal Attainment Scaling (GAS).

The results were that customers' participation in the rehabilitation plan is too minimal and customers have little information about vocational rehabilitation when the rehabilitation process starts. Vocational Rehabilitation Service providers need more information by Kela with the decision about rehabilitation. The ideology of GAS and ICF is not part of good practice yet.

On the basis of the results, some development suggestions for improving the exchange of information were made. The client had a central role in all of them. Some of the important suggestions were increased hands-on cooperation with the client's network, emphasis on clients' involvement in the process of rehabilitation, and securing that the clients' objectives are met and choice fulfilled.

Key words: GAS, ICF, Social Insurance Institution, vocational rehabilitation, comprehensive goal, cooperation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1	Kohdeorganisaatio	9
2.2	Aiheen valinta	12
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE	16
4	TAVOITTEELLISUUS TOIMIVAN KUNTOUTUSKETJUN KESKIÖSSÄ	17
4.1	Toimiva kuntoutusketju	17
4.2	Toimivan kuntoutusketjun haasteita	18
4.3	Kelan järjestämä kuntoutustutkimus yhtenä osana kuntoutusketjua	19
4.4	Kelan järjestämän kuntoutustutkimuksen palvelun hankinta ja kuntoutuspäätökset	22
4.5	Tavoitteet Kelan järjestämässä kuntoutustutkimuksessa	23
4.6	Kokonaisvaltainen arviointi ja ICF kuntoutuksen tarpeiden ja tavoitteiden taustalla	28
4.7	Goal Attainment Scaling (GAS) tavoitteiden laatimisen ja arvioimisen menetelmänä	33
5	KUNTOUTUKSESTA MONIAMMATILLISENA JA – ALAISENA YHTEISTYÖPROSESSINA	37
5.1	Moniammatillisen ja -alaisen yhteistyön tarpeesta	37
5.2	Moniammatillista ja -alaista yhteistyötä tavoitteiden laatimisessa ja arvioimisessa	38
6	TOIMINTATUTKIMUKSELLINEN LÄHESTYMINEN KEHITTÄMISESSÄ	45
7	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	48
7.1	Suunnitteluvaihe	49
7.2	Toimintavaihe	62
7.3	Havainnointivaihe	70
7.4	Arviointivaihe	73
8	KEHITTÄMISEHDOTUKSET	76
9	POHDINTA	79
9.1	Eettisyys ja luotettavuus	79
9.2	Kehittämishankkeen eteneminen ja jatkokehittämistarpeet	81

LÄHTEET

86

LIITE

95

1 JOHDANTO

Kansaneläkelaitoksen (Kelan) järjestämään kuntoutustutkimukseen hakeutuvien asiakkaiden toimintakykyyn ja – rajoitteisiin vaikuttavat tekijät ovat usein monisyisiä ja niitä on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Kuntoutustutkimuksessa olleiden kuntoutujien työkykyyn liittyvät ongelmat ovat varsin usein niin sanottuja ilkeitä ongelmia. Nämä ovat usein sellaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, joilla ei ole nähtävissä selkeää alkua tai loppua. Ilkeille ongelmille on tyypillistä useiden syiden, oireiden ja seurausten yhteenkietoutumat, jonka vuoksi selkeää syytä ei ole löydettävissä. Ongelmien syihin voi olla myös erilaisia tulkintoja näkökulmista riippuen. (Lindh 2013, 67.) Kelan järjestämä kuntoutustutkimus on lakisääteistä ammatillista kuntoutusta ja sen tavoitteena on työelämässä pysyminen tai työelämään pääseminen (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksesta ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566, 6 §). Kuntoutustutkimuksen tuloksena pitäisi syntyä toteuttamiskelpoinen yksilöllinen ammatillinen kuntoutussuunnitelma kuntoutusvaihtoehtoineen. (Kelan avo- ja laitoismuotoisen kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen palvelulinja 2011, 1.) Kuntoutustutkimuksen asiakkaille suunnatun kyselyn mukaan kuntoutustutkimuksen kautta päädytään kuitenkin useammin eläkkeelle kuin työelämään (Lindh 2013, 66).

Toimiva kuntoutusketju on hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen edellytys. Se on osa asiakkaan ongelmia ja voimavaroja tunnistava osa hoitoketjua, jossa on selkeästi sovittu suunnitelmasta, vastuista, etenemisestä ja seurannasta. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen, Autti-Rämö 2011, 35, Järvikoski & Karjalainen 2008, 89.) Siirtymävaiheet toimijalta toiselle voivat olla kriittinen vaihe kuntoutusprosessin tavoitteellisessa etenemisessä. Kuntoutuksen järjestäjänä tässä opinäytetyössä on Kela ja toteuttajana Kelan kanssa kuntoutuksen toteuttamisesta sopimuksen tehnyt kuntoutustutkimuksen palveluntuottaja. Kuntoutustutkimusasiakkaiden kohdalla on usein tarpeen selvittää kokonaistilannetta eri toimijoiden välisessä yhteistyössä ja sopia yhdessä miten on tarkoituksenmukaista edetä. Koska toimijoita on useita, tiedonkulku on tärkeä osa yhteistyötä ja yhteisen suunnan varmistamista.

Kelan strategisia painopisteitä vuosina 2012 – 2015 ovat asiakasymmärryksen syventäminen, luottamuksen vahvistaminen ja asiointiprosessin laadun ja tehokkuuden kehittäminen. Laajassa Kohti Uutta Kelaa – ohjelmassa on useita hankkeita, joissa muun muassa kehitetään palvelumalleja erilaisiin tarpeisiin parhaiten soveltuvaksi. (Hyssälä, 2012.) Kela uudistaa palveluitaan asiakkaiden toiveiden mukaisesti esimerkiksi kehittämällä verkkoasiointia. Monimutkaisissa, asiakkaille vaikeasti avautuvissa asioissa asiakkailta on mahdollisuus varata aika asiainsa hoitamiseksi Kelassa. (Kela uudistaa palvelujaan 12.5.2013.) Tärkeää on, että asiakkaan palvelukanava ja prosessin etenemiseksi tarkoituksenmukaiset välineet ja keinot ovat riittävän yksilölliset, että asiakas hyötyy toiminnasta tavoitteidensa suuntaan.

Opinnäytetyössäni ICF- luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on toimivan kuntoutusketjun tavoitteellisuuden tarkastelun viitekehyksenä. ICF -luokitukseen käytön tarkoituksena on parantaa viestintää eri toimijoiden välillä (ICF 2004, 5). ICF-viitekehyksen huomioiminen mahdollistaa asiakkaan elämäntilanteeseen liittyvän tarpeiden ja tavoitteiden kokonaisvaltaisen huomioimisen. ICF on käytössä useilla eri aloilla esimerkiksi terveydenhuollossa, vakuutuslalla, sosiaaliturva-alalla, työvoimahallinnossa ja opetuslalla. Se soveltuu monenlaisiin käyttötarkoituksiin. (ICF 2004, 5-6.) Kelalla on isoja vahvuuksia kuntoutustoiminnan järjestäjänä, mutta myös haasteita. Isot haasteet liittyvät muun muassa asiakkaiden kuntoutuksen parempaan kohdentamiseen, tietojen syventämiseen kuntoutujan tarpeista, kuntoutustarpeen varhaiseen havaitsemiseen ja kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen sekä yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa sujuvien asiakasprosessien aikaansaamiseksi (Kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015, 7).

Goal Attainment Scaling-menetelmä (GAS) on otettu käyttöön Kelan järjestämän kuntoutustutkimuksen toteutuksessa vuoden 2011 alusta lukien (Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen palvelulinja 2011, 3). GAS on menetelmänä asiakaslähtöinen ja osallistava, jolloin asiakkaan tarpeet ja päämäärät ohjaavat tavoitteiden asettamista. Kuntoutuja laatii itse omat konkreettiset tavoitteensa ja saa niistä itselleen palautteen, joka edesauttaa hänen omaa

oppimisprosessiaan (Smith, 1994, 12.) Kuntoutuksen oikea kohdentuminen edellyttää, että kuntououtustoimenpide vastaa kuntoutujan ajankohtaisia tarpeita ja tavoitteita.

Kuntoutujan prosessissa kuntoutustutkimus on yksi osa suurempaa kokonaisuutta, jossa on mukana useita toimijoita. Kuntoutustutkimuksen osalta toimijoina prosessissa ovat ainakin asiakas, terveydenhuolto, Kela ja kuntoutustutkimuksen palveluntuottaja. Tämän vuoksi on tärkeää, että dokumentoidulla tiedonkululla osaltaan tuetaan kuntoutujaa oppimisprosessissaan ja varmistetaan prosessin jatkuvuus sekä yhteinen ymmärrys kuntoutuksen tarpeesta ja tavoitteista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kelan ja kuntoutuksen palveluntuottajan välistä yhteistyötä kuntoutujalle merkityksellisten kuntoutustulosten edistämiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä Kelan Terveysosaston kuntoutusryhmälle kehittämisehdotuksia tiedonkulun parantamiseksi asiakaslähtöisen tavoitteellisen kuntoutusketjun aikaansaamiseksi kun on kyseessä Kelan järjestämä kuntoutustutkimus.

Opinnäytetyössäni tarkastelin kuntoutustutkimuksen palveluntuottajan näkökulmaa kuntoutuksen toteuttajana työpajatyöskentelyssä palveluntuottajien kanssa, kuntoutustutkimuksen palveluntuottajavierailulla ja tekemällä kyselyn työpajatyöskentelyyn osallistuneille. Lisäksi tarkastelin kuntoutustutkimusprosessia kuntoutuksen järjestäjän päätöksenteon näkökulmasta työpajatyöskentelyssä Kelan kuntoutuksen etuusvastaavien kanssa ja yhteistyössä Kelan vakuutuspiirin kuntoutuksen etuuskäsittelijöiden kanssa (yhteistyötapaamiset, verkkoalusta). Kehittämishankkeen toteutettiin toimintatutkimuksena. Työn eri vaiheita kuvaan toimintatutkimuksellisinä sykleinä.

2 KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

Kela on useimmille suomalaisille jossain määrin tuttu, mutta hallinnollisesti organisaation toiminta ja palveluverkko tuntuvat usein jäävän hämäräksi Kelan kanssa yhteistyötäkin tekeville. Kuvaan organisaatiota, meidän kaikkien Kelaa, mahdollisimman selkeästi mutta kuitenkin riittävän yksityiskohtaisesti, että lukija pääsisi mukaan opinnäytetyöni maailmaan helpommin. Kuvaan myös omaa positiotani Kelassa tuodakseni ilmi omaa intressiäni aiheeseen.

2.1 Kohdeorganisaatio

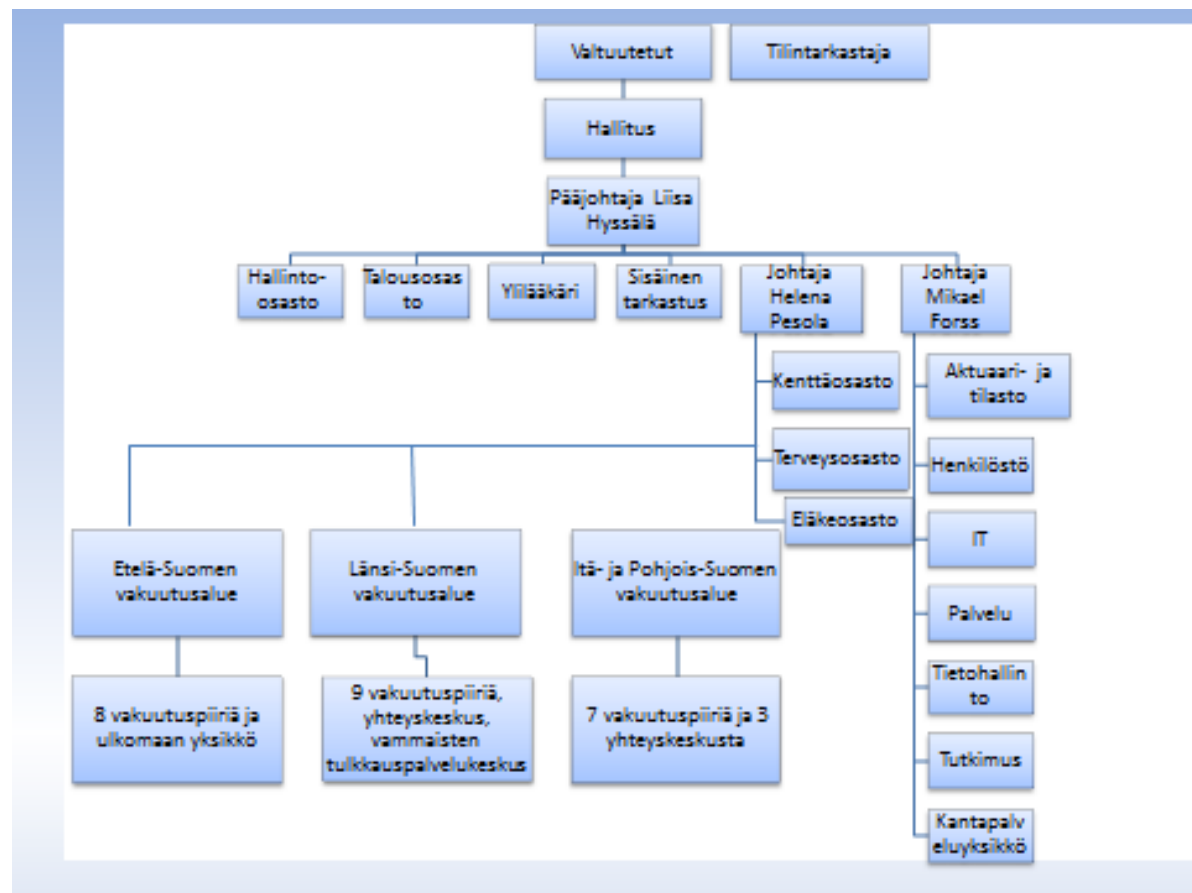
Kela on itsenäinen julkisoikeudellinen laitos. Sen hallintoa ja toimintaa valvovat eduskunnan vaalikautensa ensimmäisillä valtiopäivillä koko vaalikaudeksi valitsemat 12 valtuutettua. Valtuutettujen toimintaa ohjaa eduskunnan hyväksymä johtosääntö. Valtuusto valitsee enintään 10 jäsentä hallitukseen 3 vuodeksi. Tasavallan presidentti määrää valtuutettujen esityksestä. Kelaan pääjohtajan ja enintään viisi johtajaa Kelan toimialaan kuuluvista sosiaaliturvaan liittyvistä tehtävistä säädetään erikseen etuuksia koskevissa laeissa. . (Laki Kansaneläkelaitoksesta 17.8.2001/731, 1,2,4, 6 ja 9 §.) Kelan organisaatio on kolmiportainen.

Kelan keskushallinto sijaitsee pääosin Helsingissä ja osittain Jyväskylässä. Keskushallinnossa toimii useita osastoja, joista Terveysosasto on yksi. Terveysosastolla on yhteensä 11 eri ryhmää, jossa työskentelee noin 280 toimihenkilöä, joista valtaosa toimii erilaisissa suunnittelu- ja asiantuntijatehtävissä. Yhtenäisen ratkaisukäytännön varmistamiseksi Kelan keskushallinto antaa ohjeita etuuksien käsittelemiseksi. (Laki Kansaneläkelaitoksesta 17.8.2011/731, 20 §.) Kuntoutuksen etuustoimintaa koskevat ohjeistukset vakuutuspiireihin laaditaan Terveysosaston kuntoutusryhmässä (www.kela.fi/keskushallinto_terveysosasto). Myös osa kuntoutuspalvelujen hankinnoista tehdään kuntoutusryhmässä. (www.kela.fi/hankinnat.)

Kela on jaettu valtakunnallisesti kolmeen vakuutusalueeseen joita ovat Etelä-Suomen vakuutusalue, Itä- ja Pohjois-Suomen vakuutusalue ja Länsi-Suomen vakuutusalue. Kelan toiminnan tehostamiseksi ja selkeyttämiseksi on tehty esitys eduskunnalle Kelan siirtymisestä kolmiportaisesta organisaatiosta kaksiporaiseen organisaatioon. Käytännössä tämän on tarkoitus toteuta vuoden 2015 alusta lukien, jolloin vakuutusaluejako ja aluekeskukset lakkautetaan. (Hallituksen esitys eduskunnalle 184/2013.)

Paikallishallinnon muodostavat vakuutuspiirit. Vakuutuspiirejä on yhteensä 24. Jokaisessa vakuutuspiirissä on yksi tai useampi toimisto. (Laki Kansaneläkelaitoksesta 17.8.2001/731, 10 §.) Kelan palveluverkon kehitykseen on kuulunut toimistojen määrän vähentyminen viime vuosina. Vuonna 2012 toimistoja oli 215 ja vuoden 2013 alusta lukien niitä oli 199. Toimistoasiointien määrä on vähentynyt ja verkkoasiointien määrä verkkopalvelujen kehityksen myötä puolestaan lisääntynyt (Toimintakertomus 2012, 20.)

Asiakkaiden Kelan etuuksia koskevat etuuspäätökset tehdään ja annetaan toimistoista, joissa asiakkaat asioivat joko sähköisesti, postitse tai asioimalla toimistossa (www.kela.fi/toimistot). Vakuutuspiirien puhelinpalvelunumerot alueellisille yhteistyökumppaneille ovat vakuutuspiirikohtaisia (www.kela.fi/yhteystiedot – yhteistyökumppanit). Asiakkaiden puhelinpalvelu on valtakunnallisesti keskitetty yhteyskeskuksiin (www.kela.fi/palvelunumerot). Kuviossa 1 olen kuvannut Kelan nykyisen organisaation.



KUVIO 1. Kelan organisaatio 1.1.2013 alkaen

Kelan strategia

Kelan strategisena tavoitteena vuosille 2012–2015 on mm. tuottaa asiakkaiden elämäntilanteisiin myönteisesti vaikuttavia ratkaisuja ja parantamalla prosessi- maista yhteistyötä kumppaneiden kanssa lisätä palvelu- ja suorituskykyä. Tässä opinnäytetyössä prosessi- maista yhteistyötä tarkastellaan asiakkaan kuntoutustarpeiden ja tavoitteen näkyvyytenä kuntoutustutkimusprosessissaan toimivien eri osapuolten välillä. Tämä perustuu muun muassa ajatukseen palveluketjusta palvelu- tarpeeseen kohdistuvana suunnitelmallisena ja yksilöllisesti toteutuvana prosessi- en kokonaisuutena (Pohjola, Kääriäinen & Kuusisto-Niemi 2010, 213). Kelan strategisena tavoitteena on tuottaa aktiivista ja ennakoivaa palvelua asiakkaiden tarpeisiin, kestävää, yhteiskunnallisesti ja yksilöön vaikuttavaa toimintaa yhteis-

työssä kumppaneiden kanssa. Tärkeä strateginen tavoite on asiakkaiden tarpeiden ymmärtämisen lisääntyminen, luottamuksen vahvistaminen olla inhimillisesti muutoksissa tukena ja luottamuksen lisääntyminen, Tavoitteena on palvelujen ja ohjauksen kehittäminen niin, että jokainen asiakas saa tulevaisuudessa parasta palvelua itselleen sopivassa palvelukanavassa. Strategiaa viedään käyttöön laajoissa kehittämishankkeissa. (Kelan toimintakertomus 2012, 36.) Verkkopalvelu on yksi keskeinen kehittämisen kohde. Osa ihmisistä, elämäntilanteestaan riippuen, voivat kuitenkin tarvita henkilökohtaista palvelua. Myös tämä uudistustarve huomioidaan kehittämistyössä. (Kela uudistaa palveluitaan.)

Kelan kuntoutuksen kehittämisohjelma

Kelan kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015, Kuntoutus – Tie parempaan elämään, periaatteet pohjautuvat koko Kelan strategiaan linjauksiin. Kehittämisohjelman mukaan asiakkaaseen liittyviä haasteita ovat muun muassa kuntoutuksen parempi kohdentuminen, tietojen syventäminen kuntoutuksen kohderyhmistä ja kuntoutujien tarpeista, kuntoutustarpeen varhainen havaitseminen, kuntoutuksen oikea-aikainen aloittaminen, kuntoutussuunnitelmien parantaminen, kuntoutuksen vaikuttavuuden parantaminen, yhdenvertaisuuden vahvistaminen kuntoutuksessa ja kuntoutuspalvelujen kehittäminen vastaamaan kuntoutujien tarpeita sekä yhteiskunnan ja työelämän muutoksia. Kuntoutustoiminnan visiona on mm. kuntoutujan yksilöllisten tavoitteiden vaikutus palvelujen toteutukseen ja Kelan kuntoutuspalvelujen kytkeytyminen vaivattomasti asiakkaan kuntoutuksen kokonaisuuteen. Tavoitteena on kehittää asiakkaan yksilöllisen kuntoutusprosessin toimivuutta ja tuloksellisuutta. Haasteena on asiakkaan aseman parantaminen ja tähän osallistavien toimintatapojen luominen. (Kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015.)

2.2 Aiheen valinta

Mielenkiintoni tavoitteellisen kuntoutusketjun tarkastelussa kohdistui kuntoutustutkimuksen toimenpiteeseen. Tämä johtui siitä, että työurallani Kelan vakuutuspiirissä kuntoutuksen etuuskäsittelijänä ja kuntoutuksen etuusvastaavana ja useissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmissä Kelan asiantuntijana toimineena olin

nähty varsin usein asiakkaiden ja asiantuntijoiden neuvottomia tilanteita, joissa tutuksi tuli kuntoutustutkimukseen ohjattaessa lausahdus ”jotainhan täytyy tehdä”. Asioiden ytimeen on usein vaikea päästä enää kun asiat ovat vuosien varrella pitkittyessään mutkistuneet ja asiakkaan voimavarat ja käsitys omasta kyvystä hallita elämää on heikentynyt. Usein taustalla voi ollaviranomaisten ja asiakkaan välillä ristiriitainen käsitys työkyvystä. Työkyvyttömyyseläke on usein hylätty. Kelan tutkimusosaston tekemän haastavia Kelan asiakkuusprosesseja selvittävän tutkimuksen mukaan Kelan toimintatavoista ja sosiaaliturvan joustamattomuudesta kärsivät eniten muun muassa hylätyn työkyvyttömyyseläkepäättökseen saaneet pitkäaikaissairaat ja kuntoutuspäätöstä pitkään odottamaan joutuneet. Heistä osa on ns. järjestelmän ulkopuolelle tippuneita tai heidän asiansa ei tule riittävästi huomioiduksi nykyisessä järjestelmässä. (Heinonen, Tervola & Laatu 2011, 56.) Näissä haastavissa asiakkuusprosesseissa lienee kuntoutustutkimuksen asiakkuuksia. Tämä asiakasryhmä vaatii erityistä paneutumista eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön.

Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa (VAKE-hanke) laadittiin suosituksia hyvistä kuntoutuskäytännöistä Kelan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen osalta. Suositusten tavoitteena on varmistaa nykytiedon mukainen asiakaslähtöinen, oikea-aikainen, oikein kohdennettu ja vaikuttava kuntoutus. (Paltamaa ym. 2011, 3.) Jos henkilö tarvitsee sellaista kuntoutusta, joka ei ole kunnan järjestämisvelvollisuuden piirissä, tulee kunnan ohjata asiakas tarvitsemaansa kuntoutukseen (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/10, 30 §, Valtiontalouden tarkastuskertomus 2013, 15). Mm. VAKE-hankkeessa tehdyn laajan asiakaskyselytutkimuksen (n. 3000 asiakasta) nousi esille, että keskeisiksi esteiksi kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa nousivat kiire ja rutiininomaisuus julkisen terveydenhuollon toiminnassa (Järvikoski, Hokkanen, Härkäpää, 2009, 286). VAKE-hankkeen kohderyhmänä olivat Kelan järjestämän vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaat. Ei kuitenkaan liene syytä epäillä, että samat asiat eivät olisi tärkeitä myös muussa kuin vaikeavammaisen lääkinnällisessä kuntoutuksessa.

Kuntoutusprosessin toimivuuden kannalta lienee selvää, että pelkkä ohjaaminen toimijalta toiselle ei riitä varmistamaan asiakaslähtöistä, oikea-aikaista ja vaikut-

tavaa kuntoutusta myöskään ammatillisen kuntoutuksen asiakkuuksissa. Lisäksi tarvitaan kokonaisvaltaista tarpeiden ja tavoitteiden tarkastelua ja toimivaa tiedonkulkua kuntoutusketjun saumattomuuden varmistamiseksi.

Tavoitteellisuuden merkitystä on aina korostettu Kelan järjestämässä kuntoutuksessa, mutta yhtenäistä strukturoitua viitekehystä tavoitteille ei ole ollut käytössä. Tavoitteellisuus ei ole siis uusi asia, mutta strukturoidun yhdenmukaisen menetelmän käyttö on uutta. Kela on ottanut GAS-menetelmän käyttöön kuntoutuksen tavoitteiden laatimisen ja arvioimisen yhtenäiseksi menetelmäksi vuoden 2011 alusta. Osittain uuden, osittain vanhan asian sisäistäminen ja sen uuden asian merkityksen näkeminen voi luonnollisesti olla haasteellisempaa kuin kokonaan uuden oppiminen.

Olin mukana lokakuussa 2011 GAS-menetelmään liittyvän koulutuksen järjestämisessä. Koulutus oli suunnattu Etelä-Suomen vakuutusalueella toimiville Kelan vakuutuspiirien kuntoutuksen etuuskäsittelijöille. Koulutuksessa vahvistui käsitykseni siitä, että GAS – menetelmän ideologiasta on jatkettava yhteistyötä yhteisen käsityksen muodostamiseksi asiakkaalle merkityksellisen tavoitteellisen kuntoutusprosessin kehittämiseksi. GAS-menetelmän merkitys tavoitteiden laatimisen ja arvioimisen välineenä ei avaudu ilman käytännön tasolla tapahtuu yhdessä oppimisen mahdollisuutta. Asiakkaan ohjaaminen tarvitsemansa kuntoutuksen piiriin vaatii kokonaisvaltaista tarvearviota jonka perusteella tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa asetetaan. Saumattoman kuntoutusketjun toteutumiseksi on tarpeen pohtia myös tiedonkulun merkitystä.

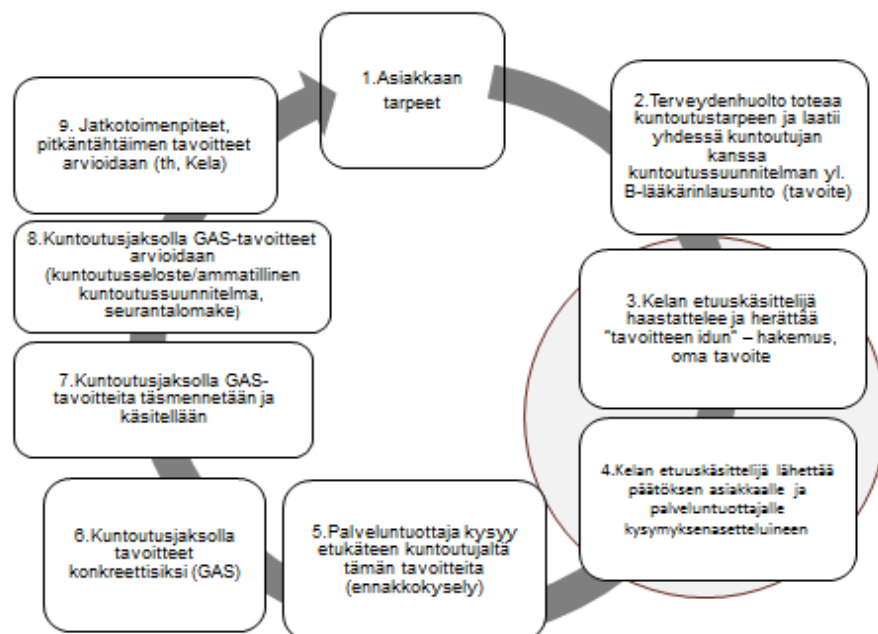
GAS -menetelmän ovat kehittäneet psykologi Kiresuk ja tilastotieteilijä Sherman 1960 – luvulla USA:ssa alun perin mielenterveyskuntoutujien tavoitteiden laatimiseen. Sittemmin menetelmää on käytetty hyvin erilaisissa interventioissa, erilaisille kohderyhmille ja erilaisina versioina. Menetelmä on asiakaslähtöinen, jossa kuvataan selkeitä, tunnistettavia ja kuntoutujalle itselleen merkityksellisiä tavoitteita, joille asetetaan realistinen aikataulu. Useat tutkimukset osoittavat, että psyykinen hyvinvointi vaikuttaa yksilön motivaatioon eli siihen, millaisia henkilökohtaisia tavoitteita hän itselleen asettaa ja miten hän niitä arvioi. Huonosti saavutettavat, itseen suuntautuvaa vellovaa ja junnaavaa ajattelua ylläpitävät, tavoit-

teet voivat johtaa itsearvostuksen vähenemiseen, masentuneisuuteen ja elämäntyytyväisyyden vähentymiseen. Ne voivat olla noidankehä kohti negatiivisia tavoitteita. Tavoitteiden ja hyvinvoinnin välinen yhteys voi olla myös oravanpyörä kohti itsearvostuksen ja psyykkisen hyvinvoinnin lisääntymistä, joka jatkossa johtaa tehtävään ja ympäristöön liittyvien uusien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen. Abstraktit itseen liittyvät tavoitteet on todettu olevan yhteydessä hyvinvoinnin ongelmiin kun taas konkreettiset, saavutettavissa olevat tavoitteet ovat yhteydessä hyvinvointiin. (Salmela-Aro & Nurmi 2005, 168–169.) Tavoitteiden konkreettisuuteen ja saavutettavuuteen voidaan saada osaltaan apua GAS – menetelmästä.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kelan ja kuntoutuksen palveluntuottajan välistä yhteistyötä kuntoutujalle merkityksellisten kuntoutustulosten edistämiseksi. Tästä yhteistyöstä käytin nimitystä kuntoutusketjun toiminta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä kehittämissuhteita Kelan ja kuntoutuksen palveluntuottajan välisen tiedonkulun parantamiseksi (Kuvio2, vaiheet 3-4). Terveystieteiden arvioidaan kuntoutustarve ja tehdään suunnitelma. Suunnitelma on yleensä laadittu B-lääkärintoimintomakkeelle. Tästä suunnitelmasta pitäisi tulla ilmi kuntoutuksen tavoitteet perusteluineen. Kelassa etuuskäsittelijä arvioi kuntoutuksen tarvetta ja tavoitetta asiakkaan kanssa ja tekee kuntoutuspäätöksen asiakkaalle. Kuntoutuksen palveluntuottaja saa päätöksen maksusitoumuksiksi. Maksusitoumuksen mukana etuuskäsittelijä lähettää kuntoutuksen toteuttamiseksi tarpeelliset tiedot kuntoutuksen palveluntuottajalle. Kehittämisen kohteena oli kuntoutuksen tavoitteiden ja perusteiden näkyminen Kelan maksusitoumuksessa palveluntuottajalle. Koko prosessissa on tärkeää asiakkaan osallistumisen näkyvyys asiakaslähtöisen toiminnan varmistamiseksi.



KUVIO 2. Kuntoutustutkimus kuntoutusketjun yhteistyöprosessina ja siinä kehittämisen kohteena olevat vaiheet 3 ja 4 (mukaellen Sukula 2011)

4 TAVOITTEELLISUUS TOIMIVAN KUNTOUTUSKETJUN KESKIÖSSÄ

Kuntoutuksen määritelmässä on jo 1950-luvulta lähtien painotettu toiminnan tavoitteellisuutta ja prosessimaisuutta. Erilaiset toimenpiteet ja kuntoutuksen interventiot ovat osa toimenpiteiden kokonaisuutta ja sinänsä tärkeitä, mutta vahvasti rinnalla kulkee kuntoutujan oma oppimisprosessi, jonka vuoksi kuntoutujan mukaan ottaminen kuntoutuksen suunnitteluun on ollut ydinkysymyksiä. (Järvikoski, Kokko & Ala-Kauhaluoma, 2000, 87.)

4.1 Toimiva kuntoutusketju

Hyvän kuntoutuskäytännön mukainen kuntoutus on oikea-aikaista, oikein kohdennettua ja vaikuttavaa. Tämän saavuttaminen edellyttää suunnitelmallista, tavoitteellista ja tuloksellista toimintaa. (Alaranta, Lindberg & Holma 2008, 647 – 648.) Suunnitelmallinen toiminta perustuu selvityksiin siitä, mikä on nykytilanne, millaista tulevaisuutta tavoitellaan ja mitkä ovat keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutuksen erottaa yksittäisistä toimenpiteistä tai palveluista, hoidosta, koulutuksesta tai työhönsijoituksesta tavoitteellinen kokonaissuunnitelma. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 35.) Hyvän kuntoutuspalvelun yksi tunnusmerkki on, että eri työvaiheet ja – prosessit nivELYVÄT saumattomasti toisiinsa koko kuntoutuksen ajan (Alaranta, Lindberg & Holma 2008, 648). Tästä voidaan käyttää nimitystä toimiva kuntoutusketju, jossa eri toimijoiden välisen yhteistyön ja toiminnan tavoitteena on kuntoutujalle merkityksellisten kuntoutustulosten saavuttaminen (Paltamaa ym.2011, 18).

Kuntoutujan vahva osallistuminen elämän suunnitelmiansa laatimiseen on tärkeää hänelle merkityksellisten kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamiseksi (Lindh 2007, 17). Erilaiset kuntoutusinterventiot käsitetään kuntoutujien mukaan kuntoutusta edistäviksi silloin kun kuntoutujan aktiivisuutta ja autonomiaa kunnioitetaan (Kokko 2010, 3, 201). Asiakaslähtöisyys merkitsee kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden ja keinojen määrittelyä asiakkaan lähtökohdista. Kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamiseksi on tärkeää kuntoutujan autonomian vaaliminen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 53.)

Tärkeää kuntoutuksen suunnittelussa on huomioida, että tavoitteet ovat kuntoutujan kannalta optimaalisesti asetettuja. Niiden ei tule olla kuntoutujalle liian helpposti tai liian vaikeasti saavutettavia. Eivätkä ne myöskään saa olla kuntoutujalle merkityksettömiä. Silloin ne eivät ole riittävän kiinnostavia eivätkä tavoittelemisen arvoisia. Loppujen lopulta alkuvaiheen suurempi ajallinen panostus ja vaivanäkö säästävät myöhemmin aikaa ja johtaa paremmin tavoitteiden saavuttamiseen. (Bovend'Eerdt, Botell, Wade 2009, 352–361.)

4.2 Toimivan kuntoutusketjun haasteita

Kuntoutujan osallistuminen suunnitelmien laatimiseen jää kuntoutusta varten laadituissa lääkärinlausunnoissa usein pintapuoliseksi. (Lindh, 2007, 17).

Valtiontalouden tarkastusviraston raportissa todettiin, että vastuu kuntoutujasta on lainsäädännössä epäselvä silloin kun toimijoita on useita. Tämä voi aiheuttaa tarpeettomia viiveitä, asiakkaan ”pallottelua”, ja kokonaistaloudellisesti tehotonta toimintaa. (Valtiontalouden tarkastuskertomus 2013, 28.)

Kuntoutuksen monikanavaisuudesta johtuen kuntoutuksen järjestäminen kaipaa selkeyttä, ymmärrettävyyttä, saumattomuutta, viivytyksettömyyttä ja kuntoutuksen kokonaisvaltaisen otteen kehittämistä. Kuntoutus kokonaisuudessaan on monimuotoinen, vaikeasti hahmotettava ja hallittava kokonaisuus (Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Jonsson, Keskimäki, Kokko, Kärkkäinen, Widström & Vuorenkoski 2010, 5, 83,84). Eri työvaiheiden ja – prosessien nivelyminen saumattomasti yhteen ei ole siis itsestään selvyys. Koska kuntoutus on asiantuntijoiden näkemyksen mukaan vaikeasti hahmotettava ja hallittava kokonaisuus, ei liene epäilystäkään ettei se ole sitä asiakkaiden näkökulmasta tarkasteltuna. Toimiva kuntoutusketju vaatii siis vahvaa koordinaatiota myös asiakkaan kannalta.

Kuntoutuksen koordinaation puute lisää kuntoutujien pelkoa tulevaisuudesta, epävarmuus ja epätietoisuus ovat mieltä ahdistavia ja estävät tulevaisuuden suunnitelmien tekemisen (Koukkari 2010, 208). Kuntoutuksen koordinaation ja ohjauksen puuttuminen on todettu olevan kuntoutumista hidastava tekijä. Tärkeää on,

että kuntoutuja on mukana tavoitteellisten suunnitelmien laatimisessa ja että eri järjestelmien suunnitelmat muodostavat kokonaisuuden. (Kokko 2010, 3, 201.) Usein ammatillisessa kuntoutuksessa korostuvat erilaiset selvittelyt, tutkimukset ja kokeilut, joiden tavoitteena on tilanteiden tilanteiden kartoitus, mutta ei niinkään mahdollisuuksien luominen (Lindh 2013, 53). Toimivan kuntoutusketjun edellyttämän asiakaslähtöisen eli asiakkaan lähtökohdista lähtevän neuvottelusuhteen sijaan toiminta näyttäytyy usein asiantuntijakeskeisenä tiedon, vallan ja ammattikielen punoksena (Kokko 2010, 235).

Syrjäytymisvaarassa olevien vajaakuntoisten nuorten kuntoutustarpeen arviointia koskevan hankkeen loppuraportissa todetaan, että kuntoutustutkimuksessa olleilla nuorilla aiemmin tehdyt ammatilliset suunnitelmat eivät olleet toteutuneet, ja nuoret olivat kokeneet toistuvia pettymyksiä. Tavoitteet saattoivat olla liian vaativia, tai ilman arviointia oli tehty vääriä valintoja. (Halonen, Aaltonen, Hämäläinen, Karppi, Kaukinen, Kervilä, Lehtinen, Pere, Puukka, Siitonen, Silvennoinen & Talo 2007, 68 – 69.)

Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnille esitetään luonnollisesti vaatimuksia ja velvoitteita. Ongelmallista on kuitenkin, että ei ole yhtenäistä käsitystä siitä, mitä kuntoutuksen vaikuttavuus on. Eri tieteenalat, ammattilaiset ja hallinonalat ymmärtävät vaikuttavuuden eri tavoin. Kuntoutuksen vaikutuksia voidaan arvioida muun muassa palvelujärjestelmän kykyä aikaan saada vaikutuksia, toimenpiteiden seurauksena, suhteena tarpeisiin tai tavallisimmillaan vaikuttavuus voi olla sitä, miten hyvin jokin palvelu, interventio tai toiminto saavuttaa sille asetetut tavoitteet. (Rajavaara 2006, 69.)

4.3 Kelan järjestämä kuntoutustutkimus yhtenä osana kuntoutusketjua

Ammatillista kuntoutusta työssä oleville vajaakuntoisille järjestävät työeläkelaitokset (Tela), työterveyshuollot, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset (Vakuutus kuntoutus VKK) ja Kela. Työttömille vajaakuntoisille ammatillista kuntoutusta järjestävät työ- ja elinkeinohallinto ja Kela. Kokonaisuudessaan ammatilliseen kuntoutukseen voi sisältyä eri toimijoiden tehtävien mukaisesti ammatinvalin-

nanohjausta, kuntoutustutkimusta, työ- ja koulutuskokeiluja, työhön valmennusta, ammatillista koulutusta, työvoimaneuvontaa ja työhönsijoitusta, elinkeinotukea, työn ja opiskelun apuvälineitä sekä työolosuhteiden järjestelytukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, Kuntoutuspalvelujen järjestäminen.) Kuten muussakin kuntoutustoiminnassa, hyvin toimiessaan kuntoutustutkimus on osa saumattomasti toimivaa hoito- ja kuntoutuskokonaisuutta eikä irallinen osa jolla ei ole liittymää asiakkaan koko prosessiin (Alaranta, Lindberg & Holma 2008, 648).

Kelalla on Suomessa suuri rooli kuntoutuksen järjestäjänä. Kuntoutuspalvelupäättöksiä Kela teki vuonna 2012 yhteensä 141 254 kappaletta, joista myönteisiä päättöksiä oli 74,6 %. Kuntoutuspalvelujen saajia oli vuonna 2012 yhteensä 91 148 henkilöä. Vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutustoimenpiteitä kustannettiin vuonna 2012 yhteensä 18 357 toimenpidettä. Näistä kuntoutustutkimusten osuus oli 1353 toimenpidettä. (Kelasto 2013.) Kuntoutustutkimuksessa ei siis ole kysymys suuresta määrästä verrattuna Kelan kuntoutuksen kaikkiin toimenpiteisiin.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/2005 määrittelee miten Kela järjestää ja korvaa kuntoutusta. Tähän lainsäädäntöön hyvä kuntoutuskäytäntö on kirjattu vaikeavammaisen lääkinnälliseen kuntoutuksen osalta (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksesta ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/2005, 10 §). Ammatillisessa kuntoutuksessa ei hyvästä kuntoutuskäytännöstä ole mainintaa. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksesta ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/2005, 6 §). Kelan järjestämä kuntoutus voi olla joko lakisääteistä tai lakiin perustuvaa. Kelan järjestämä ammatillinen kuntoutus on lakisääteistä. Lakisääteinen kuntoutus tarkoittaa sitä, että lain edellytysten täytyessä määrättyllä toimijataholla on velvollisuus järjestää tarpeelliseksi arvioitu kuntoutus. Tällöin eduskunta ei siis osoita toimintaan erillistä määrärahaa, kuten se osoittaa esimerkiksi lakiin perustuvan Kelan järjestämän harkinnanvaraisen kuntoutuksen järjestämiseksi. (Hallituksen esitys 105/2006.)

Kelan järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen on oikeus silloin kun suunniteltu kuntoutus on tarpeen työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi. Henkilöllä arvioidaan olevan asianmukaisesti todetun sairauden, vian tai vamman vuoksi *todennäköisesti* uhka joutua hoidosta ja kuntoutuksesta huoli-

matta lähivuosina työkyvyttömyyseläkkeelle ilman ammatillista kuntoutusta. *Tarkoituksenmukaista* ammatillista kuntoutusta järjestetään myös jos työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat olennaisesti heikentyneet asianmukaisesti todetun sairauden, vian tai vamman vuoksi. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksesta ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/2005, 6 §.)

Kelan Terveysosaston kuntoutusryhmän tekemän vuosiraporttikokeilun mukaan kuntoutujat olivat keskimäärin 65–90 prosenttisesti oikeassa kuntoutusmuodossa. Harvemmin oikeassa kuntoutusinterventiossa olivat kuntoutustutkimukseen ohjautuneet kuntoutujat. (www.kela.fi/yhteistyökumppanit, lomakkeet ja raporttipohjat/vuosiraportit.) Mikäli kuntoutuja ei ole oikeassa kuntoutusmuodossa on luonnollisesti mahdotonta asettaa kuntoutusintervention alkaessa kuntoutukselle tavoitteita, jotka ovat kuntoutujalle merkityksellisiä ja joihin kyseisellä kuntoutusmuodolla voidaan vaikuttaa.

Kelan ammatillista kuntoutusta tarkastelevan tutkimuksen mukaan merkittävä osa ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneista (N=10 371 vuosilta 1998 – 2006) oli siirtynyt ammatillisen kuntoutuksen jälkeen työvoiman ulkopuolelle. Suurin osa (51 %) tutkimukseen ja selvityksiin osallistuneista olivat parhaassa työiässä olevia 25–44 -vuotiaita, joilla oli suhteellisen hyvä koulutustaso (64 % vähintään keskiasteen tutkinto). Työvoimaan kuuluvia heistä oli ennen kuntoutuksen alkamista (vuonna 1998) 81,4 % ja kuntoutuksen jälkeen 40,6 – 43 %. Kelan ammatillisen kuntoutuksen asiakkaiden kohdalla kyse on monimutkaisesta ilmiöstä, johon osaltaan vaikuttavat todennäköisesti samanaikaisesti toimenpiteiden eri asiakaskriteerit, pitkälle edenneet terveys- ja työkykyongelmat, myöhään käynnistyneet kuntoutusprosessit ja kuntoutustoimenpiteiden riittämättömyys. (Suikkanen, Lindh & Linnakangas, 2010, 21–36.) Kuntoutustutkimuksessa ammatillinen suunnittelu ja kuntoutuksen koordinointi jäävät kuntoutuksen palveluntuottajilta vähäisemmällä huomiolla verrattuna työkyvyn arviointiin. Kuntoutuksen tilaajan ja tuottajan välinen vuorovaikutus näyttää enimmäiseen tapahtuvan muodollisena viranomaisyönä. (Lindh 2013, 69.)

4.4 Kelan järjestämän kuntoutustutkimuksen palvelun hankinta ja kuntoutuspäätökset

Kelan ammatillisen kuntoutuksen palveluiden hankinnoissa käytetään hankintamenettelyä avointa tarjouskilpailua, neuvottelumenettelyä, suoraankintaa tai yhteisrahoitusmenettelyä (kehittämishankkeet). Palvelujen hankinnat pohjautuvat EU:n hankintadirektiiveihin ja lakiin julkisista hankinnoista

30.3.2007/348.(www.kela.fi/ hankinnat.) Kelan Terveysosaston kuntoutusryhmä järjesti avoimen tarjouskilpailun ammatillisen kuntoutuksen hankinnoista viimeksi vuosille 2011- 2013. Tarjouskilpailun perusteella Kela ja tarjouskilpailussa menestyneet kuntoutuksen palveluntuottajat tekivät sopimuksen palvelujen tuottamisesta Kelalle. Keskeisiä sopimukseen liittyviä asiakirjoja ovat yleinen ja palvelulinjakohtainen standardi, jotka määrittelevät kyseisen sopimuksen palvelun sisällöllisen laadun. Kuntoutuksen palveluntuottaja sitoutuu noudattamaan standardia tehdessään sopimuksen Kelan kuntoutustutkimuksesta. Kelan kuntoutuspalveluissa palveluntuottajalla tarkoitetaan yksityistä yritystä, laitosta, säätiötä tai vammaisjärjestöä joka tuottaa yllä mainitun sopimuksen puitteissa Kelan järjestämän kuntoutuksen tarkoittamia kuntoutuspalveluja (Kelan avo- ja laitostenmuotoisen kuntoutuksen standardi, yleinen osa, voimassa 1.1.2011 alkaen, 40).

Tarjouskilpailun perusteella sopimuksen kuntoutustutkimuksen palvelun tuottamisesta Kelan kanssa teki vuosille 2011–2013 (lisäksi mahdollinen optiovuosi) 33 palveluntuottajaa. Sopimukset tehtiin vakuutusalueittain. Kukaan sopimuksen tehnyt vakuutusalue tekee kuntoutujien päätökset omalle sopimusalueellensa. Palveluntuottajia on Etelä-Suomen vakuutusalueella 9, Itä-Suomen vakuutusalueella 7, Lounais-Suomen vakuutusalueella 7, Länsi-Suomen vakuutusalueella 5 ja Pohjois-Suomen vakuutusalueella 5. (Kelan kuntoutuksen palveluntuottajarekisteri.) Tulevaisuudessa ammatillisen kuntoutuksen sopimukset tullaan tekemään käyttäen hankinta-alueina yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueiden rajoja (ERVA-alueet). Tähän vaikuttaa muun muassa se, että Kelan vakuutusalueet poistuvat kokonaan vuonna 2015. (Kelan Terveysosaston Kuntoutusryhmän tiedote 19.12.2012.)

4.5 Tavoitteet Kelan järjestämässä kuntoutustutkimuksessa

Kelan järjestämän kuntoutuksen laatuvaatimukset määritellään standardeissa. Standardien tavoitteena on turvata kuntoutujalle palvelun laatua ja varmistaa kuntoutujan oikeuksia ja kuntoutuksen oikea-aikaisuutta (Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi, yleinen osa, 1.) Standardin mukaan kuntoutustutkimuksen tavoitteena on kuntoutujan työelämässä pysyminen tai työelämään pääseminen. Terveystilan ja yksilöllisen elämäntilanteen perusteella arvioidaan yhdessä ammatillisia kuntoutusmahdollisuuksia, motivaatiota, kuntoutuksen tarpeen ja toteutuksen oikea-aikaisuutta. Kuntoutustutkimus tulisi toteuttaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja kuntoutuksen tavoitteiden kannalta sopivassa vaiheessa. Kuntoutustutkimus voi olla tarpeen kun paikallisten toimijoiden, esimerkiksi terveydenhuollon, työterveyshuollon tai opetustoimen asiantuntemus ja keinot eivät ole riittäviä ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja tarvitaan moniammatillista työotetta. Kuntoutustutkimuksessa työryhmä koostuu moniammatillisesti. (Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen palvelulinja 1.1.2011 alkaen, 1-2.)

Kuntoutuksen *järjestäjätaho*, eli tässä opinnäytetyössä Kela, arvioi osaltaan tavoitteita tarkoituksenmukaisen kuntoutustoiminnan järjestämiseksi. Kelan toimistossa etuuskäsittelijä selvittää asiakkaan, Kelan asiantuntijalääkäriin ja mahdollisesti vielä suosituksen tehneen tahon kanssa eri kuntoutusvaihtoehtoja ja kuntoutuksen tavoitteita pyrkien varmistamaan kuntoutusprosessin oikea-aikaisuutta, oikeaa kohdentumista ja asiakkaan sitoutumista yhdessä asetettuihin tavoitteisiin. (Kuntoutuksen avo- ja laitospuotoinen standardi, yleinen osa, päivitetty 1.12.2010, 8.) Kelan järjestämää kuntoutusta koskevan lain mukaan sopivaa ammatillisen kuntoutuksen interventiota pohdittaessa vajaakuntoisuuden määrittelyn lisäksi tulee ottaa huomioon kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus.

Ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta ja työkyvyn sekä ansiomahdollisuuksien olennaista heikentymistä arvioitaessa tulee ottaa huomioon asiakkaan ikä, ammatti, aikaisempi toiminta, koulutus, sosiaaliset ja taloudelliset seikat sekä se, johtaako haettu kuntoutus todennäköisesti hakijan terveydentilaan sopivassa työssä jatkamiseen taikka hänen terveydentilaansa sopivaan työhön palaa-

miseen tai työelämään siirtymiseen. (Laki Kelan järjestämästä kuntoutuksesta ja kuntoutusrahalaki 15.7.2005/566, 6 §.) Tarkoituksenmukaisen kuntoutuksen arvioimiseksi tarvitaan siis sujuvaa monialaista ja ammatillista yhteistyötä, johon viranomaisia asian kulloinkin vaatimassa laajuudessa veloitetaan (Hallintolaki 6.6.2003/424, 10). Lisäksi se edellyttää asiakkaan näkökulman vahvaa huomioimista ja tilanteen arviointia yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan tarpeet ja motivaatiotekijät vaikuttavat siihen, millaisia valintoja asiakas muun muassa tavoitteidensa osalta tekee. Tässä mielessä kuntoutuksellinen oppimisprosessi alkaa jo ennen kuntoutustoimenpiteeseen siirtymistä. Kuntoutus on oppimisprosessi, jossa kuntoutuja tarvitsee eri asiantuntijoita lisäämään hänen omia kompetenssejaan tehdä valintoja erilaisten vaihtoehtojen välillä. Asiantuntijoiden tehtävänä on antaa ymmärrettävää tietoa vaihtoehtoista, että tavoitteet ja kuntoutustoimenpiteet kohtaavat mahdollisimman optimaalisesti. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 56–57.)

Hakemusten ratkaisuprosessissa etuuskäsittelijä valmistelee asian asiantuntijalääkärille, joka antaa oman arvionsa asiassa. Etuuskäsittelijä tekee päätöksen, joka lähetetään kuntoutujalle ja maksusitoumukseksi kuntoutuksen palveluntuottajalle, ja usein tiedoksi myös kuntoutujan hoidosta vastaavalle taholle eli käytännössä lausunnon kirjoittaneelle lääkärille. Jokaisessa Kelan vakuutuspiirissä on pääosin yksi kuntoutuksen etuusvastaava. Isoissa vakuutuspiireissä etuusvastaavia voi olla kaksi. Etuusvastaavan tehtävänä on huolehtia osaltaan annettujen ohjeistusten mukaisesta ratkaisutoiminnan laadusta vakuutuspiirissään tehtäväkseen määriteltujen etuusasioiden osalta. He muun muassa perehdyttävät, ohjaavat ja neuvovat kuntoutuksen etuusratkaisutyötä tekeviä etuuskäsittelijöitä. Keskushallinto huolehtii osaltaan etuusvastaavien koulutuksesta ja etuusvastaavat ottavat myös itse tarvittaessa yhteyttä keskushallintoon linjauksikysymysten tarkistamiseksi.

Terveystieteiden tutkimuskeskus tekee suosituksen ja asiakas tekee kuntoutushakemuksen Kelaan. Kelan etuuskäsittelijöille antaman ohjeistuksen mukaan asiakas haastatellaan ja hänelle kerrotaan kuntoutustutkimuksen sisällöstä ja asetetaan yhdessä tutkimukselle tavoitteet (Kelan sisäinen ohje etuuskäsittelijöille, ammatillisen kuntoutuksen etuusohje 3.10.2013). Kelassa tehdään kuntoutustutkimuksesta päätös, joka lähetetään asiakkaalle, kuntoutuksen palveluntuottajalle ja asiakkaan hoidosta vastaavalle taholle, joka on laatinut lääketieteellisen selvityksen kuntoutustutki-

mukseen hakemiseksi. Kuntoutustutkimuksen kesto on kokonaisuudessaan enintään 18 päivää, joista on enintään 15 päivää tutkimuspäiviä ja yhdestä kolmeen seurantapäivää/-käyntiä. Tavanomaisesti tutkimuspäiviä on 12 päivää. Kuntoutustutkimuspäätöksen yhteydessä myönnetään aina yksi seurantapäivä ja tarvittaessa palveluntuottajan esityksestä seurantapäiviä/-käyntejä voidaan myöntää vielä kaksi. (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen palvelulinja 1.1.2011 alkaen, 3.)

Kuntoutuksen *toteuttajataho* eli tässä opinnäyetyössä kuntoutuksen palveluntuottaja laatii asiakaskohtaisesti asiakkaan kanssa käytännön tavoitteet kuntoutustutkimukselle käyttäen GAS-menetelmää apuna. Ennen kuntoutuksen aloittamista palveluntuottaja selvittää kuntoutujan tavoitteita ja toiveita kuntoutujalle lähetettävällä ennakkokyselylomakkeella tai haastatteleamalla kuntoutujaa. (Kuntoutuksen avo- ja laitosmuotoinen standardi, yleinen osa, päivitetty 1.12.2010, 8.)

Tutkimuspäivät

Kuntoutustutkimus toteutetaan 1-3 jaksossa kolmen kuukauden aikana aloituksesta, joka tapahtuu noin neljän viikon kuluessa päätöksen saamisesta. Tutkimuspäivien alkaessa ensimmäisenä päivänä palveluntuottaja esittelee kuntoutujalle tutkimuksen tavoitteen ja toteutuksen yleisesti. Aloituskeskustelussa tarkennetaan yhdessä tutkimuksen tavoitteita ja ohjelmaa. Yksilöhaastatteluissa selvitetään kuntoutujan kiinnostuksen kohteita ja vahvuuksia ja missä asioissa kuntoutujalla on tuen tarvetta. Alkuvaiheen haastattelujen pohjalta sovitaan yksilökohtaiset kuntoutustutkimuksen tavoitteet GAS -menetelmää käyttäen yhteistyössä kuntoutujan sekä omaohjaajan tai muun moniammatillisen työryhmän jäsenen kesken. Tavoitteita asetettaessa on tarpeen pohtia myös keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Kun alkuvaihe päättyy, laaditaan kirjallinen ohjelma jatkosta. Huomion arvoista on, että asetettuja tavoitteita on tarpeen käsitellä ja mahdollisesti täsmentää kuntoutusjakson aikana. Tässä käytetään hyväksi GAS -menetelmää. (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen palvelulinja 1.1.2011 alkaen, 5, 8.)

Tutkimuspäivien jatkojakson tai – jaksojen toteutuksessa huomioidaan terveydel-
lisen, sosiaalisen, ammatillisen tilanteen ja psyykkisten voimavarojen selvittämi-
sen tarve suhteessa ammatillisiin tavoitteisiin ja toiveisiin. Samalla tehdään tar-
peelliset tutkimukset ja mittaukset sekä arvioidaan osaamista ja työssä selviyty-
mistä suhteessa terveyteen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn. Kelan järjestä-
män kuntoutustutkimuksen aikana tehdään mittaukset käyttäen aina työterveyslaitok-
sen työkykyindeksiä (TKI) ja elämänlaadunmittarina 15-D, Rand-36 tai WHOQOL-
BREF – kyselyä. Lisäksi käytetään aina BDI- tai RBDI-mielialakyselyä tai DEPS-
seuraa. (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen
palvelulinja 1.1.2011 alkaen, 5-8.) Mittaukset voivat toimia osaltaan apuna tavoittei-
den tunnistamisessa ja arvioimisessa.

Päätösvaiheessa kuntoutustutkimuksessa tehdään kirjallinen ammatillinen kuntou-
tussuunnitelma, josta ilmenee

- Asiantuntijoiden tutkimukset, arvio ja kuntoutujan oma näkemys
- Vaihtoehdot
- Mahdolliset erilaiset näkemykset
- Vastaukset Kelan esittämiin kysymyksiin
- Keskeiset tutkimustulokset
- Yksilölliset tavoitteet ja niiden toteutuminen (GAS) arvioidaan
- Seuranpäivien tavoitteet asetetaan (GAS) ja toteutus suunnitellaan
- Liitetään kuntoutusselosteeseen joka toimitetaan Kelaan

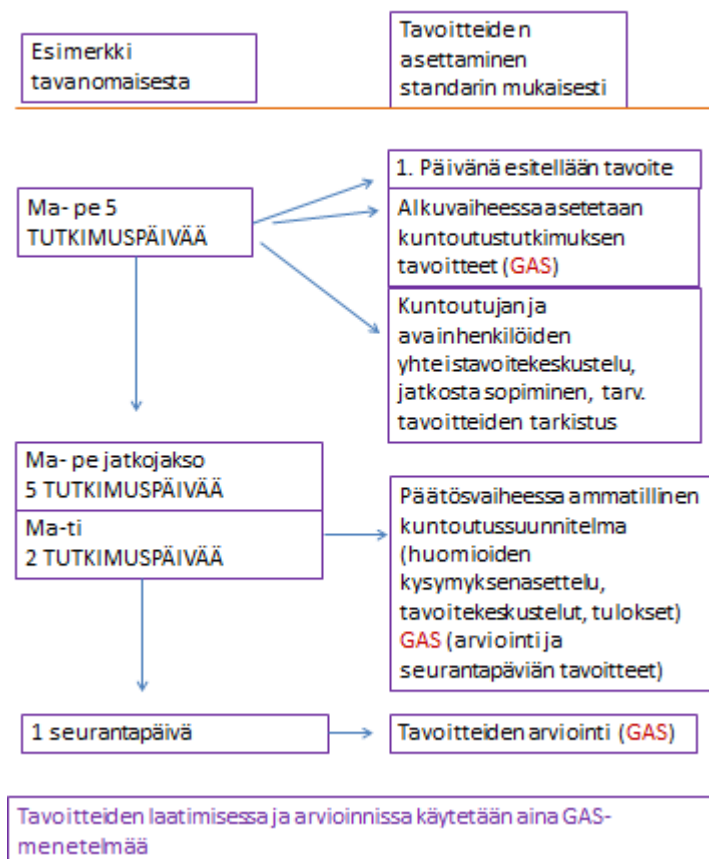
Päätösvaiheessa kuntoutujan omaohjaaja ja/tai kuntoutuja itse hoitaa jatkuvuuden
varmistumiseksi tarpeelliset yhteydet kotipaikkakunnan hoito- ja kuntoutustahoi-
hin, työterveyshuoltoon, työnantajaan ja Kelaan. (Kelan avo- ja laitosmuotoisen
kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen palvelulinja 1.1.2011 alkaen, 7.)

Seurantapäivät - käynnit

Seurantapäivien tai – käyntien aikana tehdään ammatillisen suunnitelman toteu-
tumisen ongelmien kartoitus ja tuetaan kuntoutujaa suunnitelmansa toteuttamises-
sa. Tuolloin kuntoutuja täyttää seurantalomakkeen, jota käytetään kuntoutustut-

kimuksessa tehtävän ammatillisen kuntoutussuunnitelman toteutumisen seurannassa. Kuntoutuja täyttää seurantalomakkeen viimeisenä päivänä. Kuntoutuja ja kuntoutuslaitoksen kuntoutustutkimustyöryhmän jäsen arvioivat kuntoutuksen jatkon toteuttamista ja jatkotoimenpiteitä vastausten pohjalta. Seurantapäivistä tai – käynneistä toimitetaan Kelalle lyhyt seloste, seurantalomake ja GAS-lomake. (Kelan avo- ja laitostuotoisen kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen palvelulinja 1.1.2011 alkaen, 5-8.) Kuviossa 3 kuvaan esimerkinomaisesti edellä sanallisesti kuvatun kuntoutustutkimuksen rakenteen sekä tavoitteen asettamisen ja arvioimisen jaksojen aikana.

Yleensä enintään 12 tutkimuspäivää, palveluntuottajan esityksestä enintään 15, lisäksi 1-3 seurantapäivää



KUVIO 3. Kuntoutustutkimuksen tavanomainen rakenne ja tavoitteiden asettaminen ja arviointi jaksojen aikana

Kuntoutusasiakkaiden ja kuntoutustyöntekijöiden haastattelu- ja kyselytutkimuksen keskeisenä tuloksena todetaan, että kuntoutustutkimuksen tavoitteena oleva

ammattilliseen kuntoutussuunnitelmaan päästään harvemmin kuin alun perin on ollut tarkoitus. Palveluntuottajien keinot ja resurssit ammatilliseen suunnitteluun ja kuntoutuspalvelujen koordinointiin ovat vähäisemmän kuin työkyvyn arviointiin. Asiantuntijatyö painottuukin työkyvyn arviointiin. Kuntoutusprosessien tulisi toimia tehokkaammin verkostoituen raja-aidat ylittävästi kokonaisvaltaisen suunnitelman ja tarvittavien kuntoutustoimien koordinoimiseksi. (Lindh, 2013, 4.)

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisen, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä Kelan olemaan yhteistyössä keskenään ja myös muiden kuntoutusta järjestävien yhteisöjen kanssa kun se on tarpeen. Yhteistyön tarkoituksena on edistää kuntoutujan asemaa ja osallisuutta auttamalla häntä saamaan tarvitsemansa kuntoutuspalvelut tilanteessa, joka edellyttää useiden kuntoutusta järjestävien tahojen toimenpiteitä. (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyötä 13.6.2003/497.)

4.6 Kokonaisvaltainen arviointi ja ICF kuntoutuksen tarpeiden ja tavoitteiden taustalla

Maailman terveysjärjestö WHO hyväksyi vuonna 2001 Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen, ICF:n (International Classification of Functioning, Disability and Health), jonka suomenkielinen laitos ilmestyi vuonna 2004. ICF-luokituksen tavoitteena on mm. luoda yhteinen kieli kuvaamaan toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. ICF-luokituksen tarkoituksena on parantaa viestintää eri toimijoiden välillä. (ICF 2005, 5.)

ICF määrittelee terveyden osatekijöitä ja eräitä terveyteen liittyviä hyvinvoinnin osatekijöitä. Nämä terveyden aihealueet ICF esittää ruumiin/kehon, yksilön ja yhteisön näkökulmasta kahtena Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden perusluettelona:

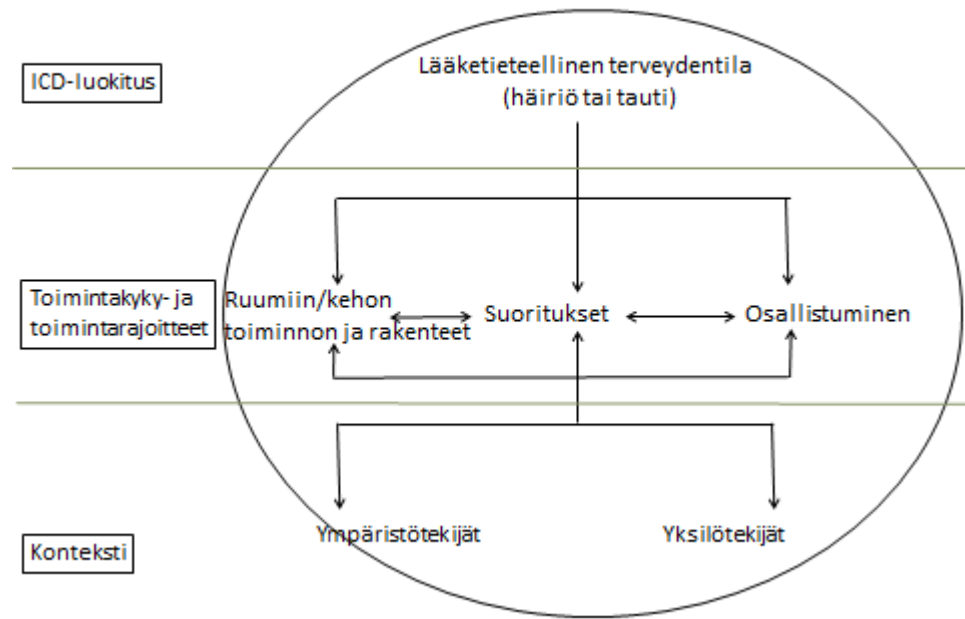
1) Ruumiin/Kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet (elinjärjestelmän fysiologiset toiminnot, joihin luetaan myös psykologiset toiminnot) ja

2) Suoritukset (tehtävä tai toimi, jonka yksilö toteuttaa) ja osallistuminen (osallisuutta elämän tilanteisiin)

(ICF 2005, 12–14). Toimintakykyyn vaikuttavat edellä mainittujen osa-alueiden lisäksi lääketieteellinen terveydentila ja ympäristö- sekä yksilötekijät eli kontekstuaaliset tekijät (ICF 2005, 18). Lääketieteellistä terveydentilaa määrittelemään käytetään Maailman terveysjärjestön (WHO) ICD-10 – tautiluokitusta. ICD-luokitus on ollut Suomessa käytössä vuodesta 1996. Tämän alun perin sairastavuuden ja kuolemansyyn tilastointiin tarkoitetun tautiluokituksen käyttö on laajentunut usein myös kansallisten hoitosuosituksen, alueellisten ja paikallisten hoitoketjujen määrittelyyn ICD-10 diagnoosien pohjalta. (Tautiluokitus ICD-10, 2011, 3.) Ympäristötekijät ovat se fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Yksilötekijöitä eli ihmisen henkilökohtaisia ominaisuuksia ei ole ICF-luokituksessa, koska niihin liittyy varsin laaja sosiaalinen ja kulttuurinen vaihtelu (ICF 2005, 60).

Toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset osa-alueet muodostavat keskenään dynaamisessa vuorovaikutuksessa olevan toimintakyvyn tason ja laajuuden (ICF 2005, 19). Muutos yhdellä osa-alueella voi merkitä muutosta myös muissa osa-alueissa eivätkä vaikutukset ole välttämättä ennustettavia (ICF 2005, 18-19, Järvikoski ym. 2008, 82).

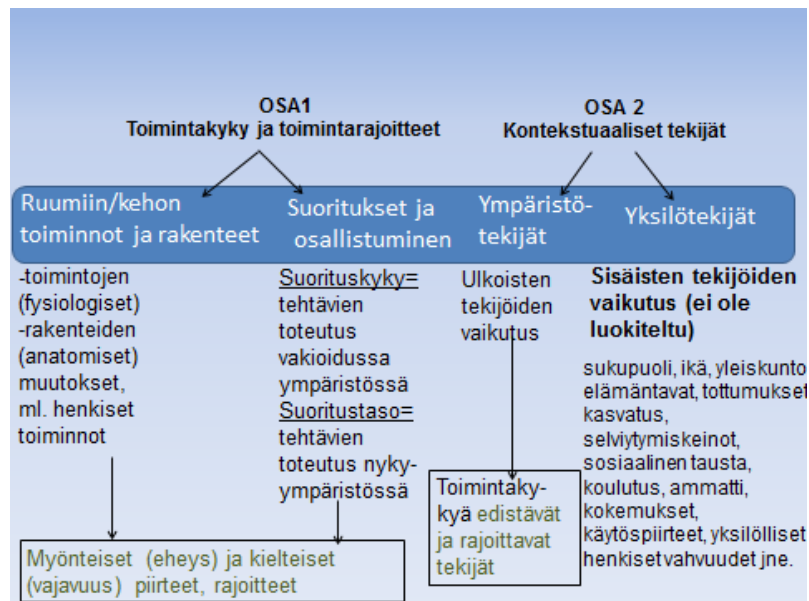
ICF-luokituksen eri osa-alueet painottuvat lääke- ja terveystieteiden eri vastuualueille. Voidaan myös väittää, että suoritusten ja osallistumisen osa-alueiden tarkastelu edellyttää tyypillisesti monialaista lähestymistä. Ihmisen selviytymistä ei tulisi tarpeettomasti pilkkoa osiin, vaan kokonaisvaltainen tarkastelu edellyttää eri toimijoiden välistä saumatonta yhteistyötä. (Järvikoski ym. 2008, 84.) Tärkeää on, että kuntoutustarvetta arvioitaessa ja tavoitteita laadittaessa tulevat huomioiduksi fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Myös ulkoisesti näkymättömät oireet, esim. käyttäytymisen ja tunne-elämän muutokset, ajattelun ja tiedonkäsittelyn rajoitteet sekä rajatun kieleen liittyvät toiminnot on tarpeen tunnistaa (Paltamaa ym. 2011, 227.) Suoritukset ja osallistumisen osa-alueiden huomiointi aiempaa paremmin voinee tuoda esiin näitä ulkoisesti näkymättömiä oireita ja auttaa osaltaan arvioimaan tarkoituksenmukaisen tuen tarvetta. Kuviosta 3 ilmenee ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet, joista ihmisen elämänlaadun voidaan ajatella koostuvan.



KUVIO 3. ICF – luokituksen osa-alueet ja vuorovaikutussuhteet (mukaellen ICF 2005, 11)

ICF-luokituksen käsitteiden osa-alueilla voidaan huomioida toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden myönteiset ja kielteiset piirteet ja kontekstuaalisten tekijöiden edistävät ja rajoittavat tekijät. Ympäristötekijöissä on hyvä huomioida sekä edistävät että rajoittavat tekijät. Myönteisiä ja kielteisiä piirteitä voidaan kuvata ICF:ssä tarkenteiden avulla. Näin saadaan esille rajoitteen aste tai merkitys tai missä määrin ympäristötekijät toimivat edistävänä tai rajoittavana tekijänä. (ICF 2005, 11.) ICF:n toimiessa kokonaisvaltaisen kuntoutuksen viitteellisenä kehyksenä on tärkeää, että ICF-luokituksen tarjoama monipuolinen näkökulma huomioidaan kokonaisvaltaista arviointia tehtäessä. Viitekehyksenä toimiessaan ei ole tarvetta koodaamiseen ja tarkenteiden määrittelyyn, mutta eri tekijöiden huomiointi on tärkeää. Esimerkkinä ympäristötekijöistä asenteet vaikuttavat käyttäytymiseen ja saattavat synnyttää joko positiivista, kunnioittavaa käytäntöä tai negatiivista syrjivää käytäntöä. Tämä voi ilmetä leimaamisena, laiminlyöntinä tai vastaavana toimintana. Mikäli kuntoutujan ympäristössä on enemmän edistäviä kuin rajoittavia asenteita, on kuntoutumisen mahdollisuudet luonnollisesti paremmat kuin jos tukea ei löydy (ICF 2005, 187.) Vajavuuskeskeisyydestä aktiivisesti kun-

toutujan voimavaroja huomioivaan käytäntöön siirtymiseksi on tarpeen kehittää organisaatioiden sisäisiä ja välisiä kuntoutuksen toimintamalleja yhteisillä käsitteillä. ICF ei ole organisaatioon tai ammattialaan sidottu. (ICF 2005, 207–211.) ICF huomioi toimintakyvyn rajoitteiden lisäksi ihmisen resurssit ja edistävät tekijät kuvion 4 mukaisesti. (ICF 2005, 11, 22, 19, 207–210, Matinvesi 2010, 57–60, Anttila 2012.)



KUVIO 4. ICF-luokituksen käsitteiden avulla kohti eri toimijoiden välistä yhteinäistä kokonaisvaltaista kuntoutustarpeen arviointia? (ICF 2005, 11,19, 207–210, Matinvesi 2010, 57–60)

ICF:aan on yhteydessä useita eri teorioita. Systemiteorian mukaan ihminen koostuu eri systeemeistä, jotka ovat vuorovaikutussuhteessa toisten systeemien kanssa. Adaptaatioteorian mukaan ihminen on jatkuvassa vuorovaikutussuhteessa ympäristönsä kanssa. Ihminen sopeutuu yksilökohtaisten ominaisuuksiensa mukaan elämäänsä kohtaaviin stressitekijöihin kuten sairauksiin. Motivaatioteorian mukaan kuntoutumismotivaatioon vaikuttaa monet eri tekijät mm. ympäristö- ja yksilötekijät. Myös rooliteoria on yhteydessä ICF:aan (vammainen, perheenjäsen jne.). (Davis 2006, 31–33.)

Kuntoutuksen tutkimuksen ongelmana pidetään tutkijoiden mukaan sitä, että tutkimuksesta puuttuu yhteinen, kaikkialla yleispätevä, teoria. Whyten (2006) mu-

kaan kuntoutus on liian laaja ja monialainen ilmiö yhteisen teorian muodostamiseksi. Hän pitää mielekkäänä koota pieniä mikroteorioita esim. neuropsykologiasta, sosiaalipsykologiasta ja biomekaniikasta ja käyttää näitä yhdistävänä viitekehystenä ICF-luokitusta. (Koukkari 2010, 24–25.) ICF-luokituksen käytön erilaisia mahdollisuuksia tutkitaan Suomessa ja kansainvälisesti. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan ICF-luokituksen aihealueita olisi mahdollista käyttää kuntoutuksen tuloksellisuuden arvioinnissa (Kohler, Connolly, Sakaria, Stendara & Mojaddidi, 2013). ICF-osa-alueet (ruumiin/kehon toiminnot (body function) ja ruumiin rakenteet (body structures), suoritukset (activities) ja osallistuminen (participation), ympäristötekijät (environmental factors) ja yksilötekijät (luokittelematon) koostuvat joukosta aihealueita, jotka puolestaan ovat ICF-luokituksen koodattuja kuvauskohteita (ICF 2005, 10–11, 209).

ICF tarjoaa systemaattisen apuvälineen kuntoutustarpeen ja tavoitteiden kokonaisvaltaiseen arvioimiseen. ICF ei ole toimintakyvyn arvioimisen menetelmä, mutta se tarjoaa kokonaisvaltsien viitekehysten toimintakyvyn yhdenmukaiseen arvioimiseen. (Paltamaa ym. 2011, 40.) Toimintakyvyn arvioimisen menetelmien yhdenmukaistamisen ja kehittämisen tarve on suuri. Arviointikäytännöt ovat kansallisesti epäyhtenäisiä. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämä TOIMIA – verkosto tuottaa tietoa mittauksen ja arvioimisen menetelmistä ja yhtenäistää käsitteistöä mm. kokoamalla mittaripankkiin suosituksia ja käyttöohjeita ICF-pohjaisista toimintakyvyn arvioimisen menetelmistä. (www.toimia.fi) ICF-luokitukseen pohjautuvat toimintakykyä arvioivat menetelmät voivat olla tukena kuntoutustarpeen kokonaisvaltaisessa arvioimisessa ja tavoitteiden laatimisessa. Kokonaisvaltaiset arviointimenetelmät voivat edistää myös kuntoutuksen edellyttämää moniammatillista yhteistyötä (Harra, Aralinn, Heikkilä, Korkiatupa, Löytönen & Onkalo-Okkonen 2007, 556.)

ICF:n pohjalta on laadittu useita kymmeniä ydinaihealuelistauksia eri terveydentiloista ja eri tarpeisiin muun muassa ammatilliseen kuntoutukseen sekä yleinen, niin sanottu. geneerinen listaus (checklist) (www.icf-research-branch.org). Ydinaihealuelistauksista voidaan käyttää myös nimitystä coreset, keskeisten kuvauskohteiden luettelo tai ydinkohteiden listaus (Paltamaa ym. 2011, 40, 110). Näihin

listauksiin on lueteltu eri tarkoituksia varten ideaali- ja minimisuosituksia ICF-luokituksen mukaisesti pääluokittain ja aihealueyryhmittäin tai aihealueittain.

Kelan kuntoutuksessa on sitouduttu ICF:n viitekehykseen. ICF tarjoaa eri toimijoiden välille yhteisen kielen ja käsitteet ja auttaa kokonaisvaltaisen näkökulman huomioimisessa kuntoutuksen tarpeiden ja tavoitteiden määrittelyssä ja arvioimisessa. ICF-luokituksen käytöllä viitekehyksenä tarkoitetaan tässä yhteydessä kokonaisvaltaista kuntoutujan tarpeista lähtevää kuntoutustarpeen arviointia. (Paltamaa ym. 2011, 228.) ICF:n sitoutuminen tarkoittaa luonnollisesti, että eri toimijoiden tulee ymmärtää mistä ICF:ssä on yleisellä tasoalla kysymys kun edellytetään kokonaisvaltaista tarkastelua kuntoutustarpeen ja tavoitteiden määrittelyssä ICF-viitekehystä.

4.7 Goal Attainment Scaling (GAS) tavoitteiden laatimisen ja arvioimisen menetelmänä

Ongelmalliseksi on nähty, että Suomessa ole ollut yhtenäistä systemaattista tapaa tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. Tavoitteiden asettaminen antaa mahdollisuuden arvioida tavoitteiden toteutumista ja tavoitteiden asettamisen näkökulmasta arvioida kuntoutuksen vaikuttavuutta. (Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula & Louhenperä 2010, 3.) Tavoitteita on vaikea käyttää saavuttamisen arvioinnin lähtökohtana silloin kun ne ovat ristiriitaisia, epämääräisiä, abstrakteja, laajoja, määrittelemättömiä tai heikosti mitattavia (Rajavaara 2006, 38–39).

Tavoitetta asetettaessa on huomioitava, että kuka tahansa kuntoutujan prosessissa mukana oleva toimija kykenee tarvittaessa arvioimaan tavoitteiden saavuttamisen tasoa kun se on ajankohtaista (Autti-Rämö ym.2010, 11). Yhteisen systemaattisen tavan ja käsitteiden tarve siis korostuu silloin kun on kysymyksessä useiden toimijoiden yhteistyötä edellyttävä monialainen toiminta. Tavoitteiden saavuttamista arvioivien indikaattoreiden tulee siis olla riittävän yksiselitteiset. Vuoden 2011 alusta alkaen on Kelan kanssa sopimuksen tehneiden kuntoutustutkimusta toteuttavien palveluntuottajien välisissä sopimuksissa edellytetty, että palveluntuottajat käyttävät valtaosassa Kelan järjestämää kuntoututusta tavoitteiden laatimisessa ja arvioimisessa Goal Attainment Scaling (GAS) – menetelmää (Kelan avo- ja lai-

tosmuotoisen kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen palvelulinja 1.1.2011). Käyttöönoton tarkoituksena Kelalla on, että menetelmä yhtenäistää käytäntöjä tavoitteiden laatimisessa ja arvioinnissa sekä selkeyttää kuntoutujan tavoitteellista kokonaisprosessia. (Vainiemi 2010, 4).

GAS -menetelmä perustuu asiakaslähtöiseen ideologiaan. Tavoitteiden tulee olla SMART – periaatteen mukaisia eli yksilöllisiä (specific), mitattavissa olevia (measurable), saavutettavissa (achievable), realistisia/merkityksellisiä (realistic/relevant) ja mahdollisia aikatauluttaa (timed). (Autti-Rämö ym. 2010, 8.) GAS-menetelmän käyttöönoton myötä on syytä tarkastella miten koko kuntoutujan prosessi tukee ”SMARTisti” tavoitteellista kuntoutusta. Taulukossa 1 olen kuvannut miten tavoitteen suuntaa kuvataan GAS-asteikolla. 0-taso tarkoittaa tavoitetta joka on yksilöllisesti kuntoutujan kanssa yhteistyössä asetettu muutoksen tasoksi, joka on siis kyseisen kuntoutusintervention keinoin ja aikana mahdollista saavuttaa. Tavoite ei kuitenkaan saa olla liian helppo ollakseen mielekäs. GAS:n käyttöä ammatillisessa kuntoutuksessa koskevan tutkimus- ja kehittämishankkeen mukaan ammatillisia tavoitteita asetetaan vähän ja ne ovat yleisluonteisia. Pääasiassa tavoitteet asetetaan terveyteen ja liikuntaan, joihin alueille niitä on helppo asettaa. (Ylisassi 2011, 17.) Tavoitteiden asettamiseen valittua osa-alueita ei saisi ohjata yksinomaan myöskään se mihin niitä on helppo asettaa.

Tavoitteiden laatimisessa on tärkeää huomioida, että tapahtunutta muutosta arvioitaessa on sen oltava mitattavissa. Esimerkiksi kahta muuttujaa ei voi asettaa muutoksen indikaattoriksi, koska toisen muuttuessa ja toisen pysyessä ennallaan ei muutos ole GAS-asteikolla arvioitavissa. Lähtötasona pidetään -2 tasoa, koska on tärkeää, että muutos on lähtökohtaisesti positiiviseen suuntaan. Tärkeää on kuntoutujan kanssa keskustellen yhdessä todeta hänen elämänsä kannalta tärkeimmät muutostarpeet, että asetetut tavoitteet ovat varmasti kuntoutujalle merkityksellisiä. Tärkeää on huomioida myös, että suunnitellulla kuntoutuksella voidaan tavoitteiden suuntaan vaikuttaa. (Autti-Rämö ym. 2010, 8-9.) Tavoitteiden arvioinnissa voidaan laskea tunnusluku, joka kuvaa kaikkien kuntoutujalle asetettujen tavoitteiden suuntaa. Tunnusluku eli niin sanottu T-lukuarvo saadaan laskemalla yhteen toteutuneiden tavoitteiden pistemäärät ja katsomalla summa T-lukuarvotaulukosta. T-lukuarvon ollessa 50 tavoitteet on keskimäärin saavutettu, ja alle 50 on jääty

alle tavoitetason. T-lukuarvon avulla voidaan tehdä myös ryhmätason analyysejä tavoitteista. (Autti-Rämö ym.2010, 11–12.) T-lukuarvo voi toimia myös tavoitteiden asettamisen arvioimisen välineenä. Lukuarvoja voidaan käyttää esimerkiksi oman toiminnan kehittämiseksi. Mikäli lukuarvot ovat toistuvasti olleet kovin alhaisia, voidaan miettiä siihen syitä ja vaikuttamis keinoja. Esimerkiksi onko syytä ollut, että asetetut tavoitteet ovat olleet liian vaikeita saavuttaa. Voidaan myös pohtia onko kyseinen kuntoutustoimenpide ollut oikea suhteessa asetettuihin tavoitteisiin.

TAULUKKO 1. GAS-asteikko, tavoitteen suunta GAS-asteikolla ja jakauma prosentteina (Sukula 2013, Cardillo & Smith 1994, 199)

Muutoksen suunta	GAS-asteikko		Muutoksen laatu	Normaalijakauma %- osuutena
	-2	Selvästi odotettua matalampi	Muutoksella ei ole merkitystä, tilanne ennallaan (tai huonontunut)	7
	-1	Jonkin verran odotettua matalampi	Muutos odotettua vähäisempi, mutta oikean suuntainen	21
	0	Tavoitetaso	Realistisesti saavuttavaksi arvioitu muutos	43
	+1	Jonkin verran odotettua korkeampi	Muutos on odotettua suurempi, mutta vielä realistinen	21
	+2	Selvästi odotettua korkeampi		7

Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimuksissa on todettu, että jos kuntoutuja on sitoutunut ammatilliseen suunnitelmaan, on onnistuneesti päätyneiden prosessien osuus suuri. Ammatillisen kuntoutuksen toimeenpanoa ja vaikuttavuutta on kuitenkin Suomessa tutkittu varsin vähän verrattuna muuhun kuntoutuksen osa-alueisiin. Muissa maissa, mm. Yhdysvalloissa tutkimusta on tehty jonkin ver-

ran, mutta tulokset eivät ole yleistettävissä muihin maihin. (Järvikoski 2002, 51–53.)

Kela on sopinut ammattikorkeakoulujen kanssa, että nämä järjestävät vähintään viisi GAS-menetelmäkoulutusta vuosina 2011 – 2015 ammattikorkeakouluissa. Ennen ammattikorkeakoulujen koulutusten alkamista Kelan terveystieteiden tutkimusryhmä järjesti koulutuksen ammattikorkeakoulujen opettajille. Koulutuksen tavoitteena oli, että opettajat tietävät koulutuksen jälkeen mikä GAS-menetelmä on, osaavat laatia kuntoutuksen tai hoidon tavoitteita, tarkistaa ja arvioida tavoitteiden toteutumista GAS-menetelmää käyttäen, osaavat perustella menetelmän käyttöä ja soveltaa sitä erilaisiin kuntoutusmuotoihin.

5 KUNTOUTUKSESTA MONIAMMATILLISENA JA – ALAISENA YHTEISTYÖPROSESSINA

Viimeisin valtioneuvoston eduskunnalle laatima kuntoutusselonteko (2002) määrittelee kuntoutuksen suunnitelmalliseksi ja monialaiseksi, usein pitkäjänteiseksi toiminnaksi, ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi jonka tavoitteena on toimintakyvyn, hyvinvoinnin, itsenäisen selviytymisen ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutuksen avulla ihminen voi hallita paremmin elämäänsä. (Kuntoutusselonteko 2002, 3.)

5.1 Moniammatillisen ja -alaisen yhteistyön tarpeesta

Suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä vastuu kuntoutuksen järjestämisestä jakaantuu useille eri toimijoille. Terveystieteiden tutkimuksessa tehdään tarvearvio. Tämän perusteella mahdollisesti toinen taho arvioi kuntoutuksen järjestämistä omalta osaltaan ja kolmas taho toimii kuntoutuksen toteuttajana. Kuntoutujan suunnitelmallisen kuntoutuksen etenemiseksi on tärkeää edistää eri toimijoiden välisessä viestinnässä yhteistä kieltä, jolloin kuntoutujan epävarmuutta toiminnan päämäärästä ja tavoitteista on mahdollisuus vähentää. Tällaiset epävarmuustekijät vähentävät sitoutumista ja siten voivat jarruttaa kuntoutusprosessin etenemistä. Kokonaisvaltainen kuntoutus on lähtökohta kuntoutumisen tavoitteellisuuden toteutumiselle. Kehittämishaasteena on kuntoutuksen koulutuksen kehittäminen niin, että löydetään yhteinen viitekehys kuntoutustieteen teorioiden ja mallien kautta. Näin löydetään ratkaisuja kuntoutujan kokonaisvaltaisen elämänhallinnan edistämiseen. (Koukkari 2010, 209.)

Hajanaisesta järjestelmästä ja asiakkaiden monimuotoisista usein varsin haastavista tilanteista johtuen tarvitaan päätösten tekemisen pohjaksi usein varsin laaja-alaista tiedonmuodostusta. Tituksen (1985) ja Larsonin ym. (2004) mukaan tieto on usein jakautuneena niin, että kukaan ei voi yksin löytää parasta vaihtoehtoa tai oikeaa ratkaisua. (Isoherranen, 2012, 45.) Moniammatillisella- ja alaisella toimintakentällä on tarvetta verkostoitumiseen tarkoituksenmukaisella tavalla. Toimivan moniammatillisen ja –alaisen verkostoitumisen onnistumisen taustalla on kulloinkin tarkoituksenmukaisella tavalla toimivat kumppanuudet. Kumppanuussuh-

teen toimimattomuus johtuu usein tavoitteiden epäselvyydestä, resurssien riittämättömyydestä, vallan eriarvoisesta jakaantumisesta, näkemyseroista ja/tai organisaattiorakenteisiin liittyvistä ongelmista. (McQuaid 2000, 22.)

Kuntoutustutkimuksen tarpeessa olevat ja sitä hakevat ihmiset ovat usein monien järjestelmien asiakkaita eikä selväpiirteistä ammatillista toteutuskelpoista suunnitelmaa ole useistakaan yrityksistä huolimatta saatu aikaan. Syrjäytymisvaarassa olevien vajaakuntoisten nuorten kuntoutustarpeen arviointia koskevan hankkeen tutkimustulosten perusteella suositellaan jatkossa entistä parempaa yhteistyötä eri viranomaisten välillä ja eri viranomaisten lisäksi koordinoivaa tukihenkilöä, jonka kanssa nuori voi asioida keskitetysti. (Halonen ym. 68–69.)

5.2 Moniammatillista ja -alaista yhteistyötä tavoitteiden laatimisessa ja arvioimisessa

Moniammatillista ja –alaista verkostotyötä voidaan käyttää hyödyksi kuntoutujan tavoitteista ja voimavaroista lähtevää suunnitelmaa laadittaessa. Kuntoutujan verkoston vuorovaikutuksessa ja ilmaisemalla ajatukset ääneen voidaan varmistaa, että tavoitteet ovat kuntoutujan koko verkoston tiedossa. Näin voidaan parhaiten tukea kuntoutujaa oppimisprosessissaan. (Kokko 2007, 5, 19.) Kuntoutussuunnittelussa on suurelta osin kysymys tiedon keräämisestä, analysoimisesta ja välittämisestä. Kuntoutuksen tilaajan ja tuottajan välillä vuorovaikutus tapahtuu pääasiassa muodollisena viranomaistyönä. Tiedon parempi hyödyntäminen edellyttää organisaatio- ja järjestelmätason vuorovaikutuksen säännöllisyyttä, vastavuoroisuutta ja luottamuksellisuutta. Nykymuodossa kuntoutustiimien asiantuntijat työskentelevät asiakkaan asiassa usein oman asiantuntijatehtävänsä kautta. Kuntoutustutkimuksen resurssit menevät nykymuodossaan osin hukkaan ammatillisen suunnittelun näkökulmasta. Kuntoutustutkimuksessa tiedontuotanto tapahtuu nimenomaan tilaajan tarpeita varten asiakkaan tarpeiden jäädessä toissijaiseksi. (Lindh 2013, 69–70.)

Leathard (2003) nostaa moniammatillisen yhteistyön määrittelyssä esille vuorovaikutuksen ulottuvuuden. Hänen mukaansa käsitteellä moniammatillinen yhteis-

työ tarkoitetaan eri ammateissa toimivien henkilöiden välistä vuorovaikutteista työskentelyä, jossa on yhteiset tavoitteet vaikka toimijoilla on erilaiset taustat. (Pärnä 2007, 52.) Moniammatillisessa työskentelyssä asiantuntijoilla on yhteinen tavoite tai tehtävä. Tavoitteen saavuttamiseksi tai tehtävän toteuttamiseksi tarvitaan tiedon ja osaamisen yhdistämistä. Yhteisen kielen löytäminen ja ammattirajojen ylittäminen on tärkeää moniammatillisen työskentelyn etenemiseksi kohti yhteistä päämäärää (Isoherranen 2008, 33–35). Kuntoutuksen solmukohtien on todettu usein liittyvän yhteistyöhön eri toimijoiden välillä, jolloin yhteisten tavoitteiden määrittäminen ja sitoutuminen niihin on vaikeaa (Mäkinen, Anttila, Ilmanen, Klemetilä, Lehtimäki, Suikkanen 2005, 3). Lähtökohtana kuntoutusinterventiolle on kuntoutujan omien tarpeiden ja tavoitteiden ymmärtäminen ja niiden yhdistäminen asiantuntijan näkemykseen (Paltamaa ym. 2011, 225).

Terveydenhuoltolain, joka tuli voimaan 1.5.2011, mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveystalon asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Yksikön keskeisenä tehtävänä on perusterveydenhuollossa tehtävän tieteellisen tutkimuksen sekä hoito- ja kuntoutusketjujen laatimisen ja alueellisen täydennyskoulutuksen koordinointi yhteistyössä eri tahojen kanssa. Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 35 §.) Tästä voitaneen osaltaan saada tukea kuntoutusketjujen kehittämiseen toimivammiksi tulevaisuudessa.

Ne moniammatilliset ryhmät, jotka pystyvät parhaiten määrittelemään yhteisen päämäärän, kykenevät parhaiten yhteistoimintaan tietojen, taitojen, tehtävien, kokemusten ja toimivallan jakamisessa organisaatioiden sisäisessä tai välisessä yhteistyössä. Yhteistyö turhauttaa, mikäli ryhmällä on vaikeuksia määrittellä toimintansa tavoitteita ja selkeitä konkreettisia ongelmia. Tällöin yhteistyöneuvottelujen kohde ei ole selvillä. (Määttä 2006, 569–582.) Seuraavasta Engeströmin (2004)

kumppanuuden tunnuspiirteiden määrittelystä löytyy selkeitä yhteyksiä toimivan moniammatillisen – ja alaisen yhteistyön perustaksi:

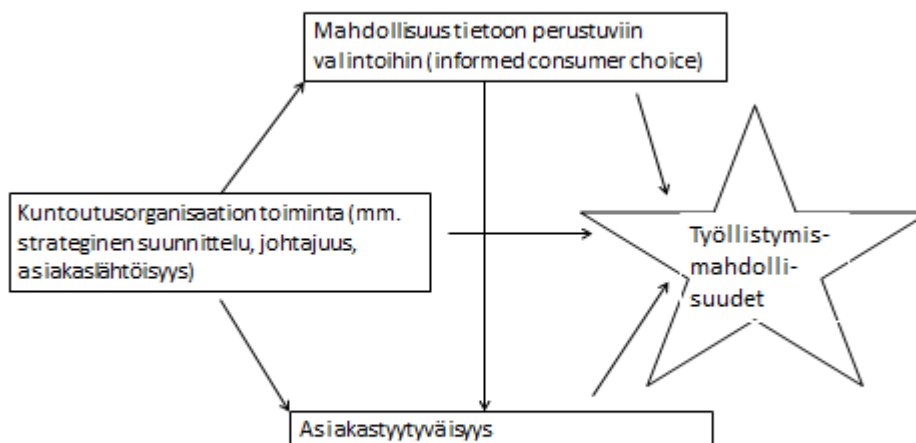
1. Kumppanuus voidaan määrittellä *pitkäaikaiseksi* yhteistoimintamalliksi, joka edellyttää yhteistä pitkän aikavälin strategiaa, visiota sekä kumppanuuden saavutusten seuranta.
2. Kumppanuuden muodostavat *yhdenvertaiset* osapuolet, joilla on toisiaan täydentäviä kompetensseja ja resursseja. Kumppanuutena ei voida pitää yhden osapuolen ylivaltaa.
3. Kumppanuuden kohteena on laaja *strateginen haaste*, joka on tärkeä kaikille kumppaniorganisaatioille. Kumppanuustyöskentelyn oleellisena osana voidaan pitää yhteisen haasteen jatkuvaa kuvaamista ja täsmentämistä.
4. Kumppanuuden edellytyksenä on rajojen ylittäminen ja läpinäkyvyys.
5. Kumppanuudessa toiminnan kehittäminen on kaikkien osapuolten vastuulla. Kaikki osapuolet tarvitsevat ajan tasalla olevaa tietoa ja palautetta toiminnan tuloksista sekä heikkouksista, jotta toimintaa voidaan kehittää.
6. Kumppanuudessa tarvitaan yhteisiä tiedonhallinnan ja neuvottelun välineitä, joiden avulla pyritään varmistamaan kaikille osapuolille riittävä ja ymmärrettävä tieto.
7. Kumppanuus pitää sisällään usein ennakoivia sopimuksia, joilla määritellään yhteistoiminnan tavoitteet ja toimintamuodot sekä eri osapuolten velvollisuudet. Ennakoivat sopimukset muistuttavat yhteisiä suunnitelmia, mutta niihin sisältyy myös kumppanuusosapuolten etuja turvaavia sitoumuksia.

Edellä mainittujen määrittelyjen perusteella lienee selvää, että kumppanuuksien tulee toimia, niitä pitää kehittää ja jatkuvasti ylläpitää aidon asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi. Asiakkaan on vaikea, jollei mahdotonta, toteuttaa elämänsä suunnittelua yhteiskunnan tarjoamien vaihtoehtojen osalta, mikäli hän ei voi aidosti

osallistua kuntoutuksen suunnitteluun ja valintoihin. Koscieluk (1999) kuvaa asiakaslähtöisyyttä seuraavasti:

1. Kuntoutujan mahdollisuus kontrolloida sitä millaisia palveluja tarvitaan ja millä tavoin, kenen toimesta ja milloin niitä annetaan
 2. kuntoutujan mahdollisuus tehdä valintoja vaihtoehtoisen palvelujen välillä
 3. kuntoutujan mahdollisuus sellaisen tiedon ja tuen saamiseen, jonka avulla hän voi hyötyä järjestelmän palveluista
 4. kuntoutujan mahdollisuus osallistua kuntoutustoimintaa koskevaan suunnitteluun ja kuntoutuspoliittiseen keskusteluun.
- (Härkäpää, Järvikoski & Gould 2011, 73–74.)

Kosciulekin (2007) mukaan ammatillisessa kuntoutuksessa asiakastytyväisyydellä ja asiakkaan mahdollisuuksilla tietoon perustuviin valintoihin on yhteys työllistymistuloksiin (kuviokuva 5). Tämä pitää sisällään kuntoutujan mahdollisuuden osallistua kuntoutuksen suunnitteluun ja valintoihin. Oikeudenmukaista ei ole, että osallisia ovat vain he, joilla on enemmän kompetenssia. Tuen ja ohjauksen tarve tulee varmistaa prosessin eri vaiheissa. (Härkäpää ym.2011, 73–74.) Eri toimijoiden yhteistyötä vaativissa prosesseissa, kuten Kelan järjestämä kuntoutustutkimus, tietoon perustuvien valintojen varmistamiseksi on tärkeää, että asiakkaan osallisuus valintoihin näkyy myös dokumentaatioissa ja tiedon kulussa toimijalta toiselle. Se on tärkeää yhteisen ymmärryksen varmistamiseksi ja kuntoutujan tukemiseksi omassa prosessissaan.



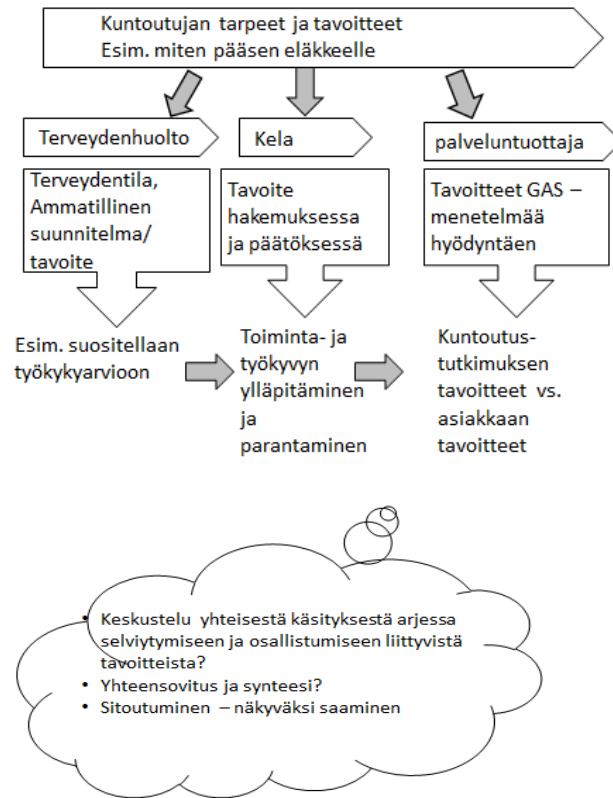
KUVIO 5. Kosciulekin (2007) mukaan tietoon perustuva valinta ammatillisessa kuntoutuksessa (Härkäpää, Järvikoski & Gould 2011, 74)

Suomen hallitusohjelmassa seuraavan hallituskauden suuntaviivoiksi on asetettu terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja kuntoutuksen eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen sellaiseksi, että muodostetaan asiakkaiden kannalta tavoitteelliset ja toiminnalliset, kokonaiskustannusten osalta järjestämisvastuussa olevien tahojen hallinnassa olevat hoito- ja palveluketjut. Tarkoituksena on parantaa rahoituksen läpinäkyvyyttä ja eri toimintojen sekä niistä muodostuvan kokonaisuuden vaikuttavuuden seuranta. Hallitusohjelman mukaan tavoitteena on parantaa monialaisen kuntoutuspalvelujen (mm. ammatillinen, sosiaalinen, lääkinnällinen) asiakaslähtöisyyttä ja selkiyttää kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuita sekä kuntoutusprosessia kuntoutujan näkökulmasta. (hallitusohjelma 22.6.2011, 56–58.) Koska kuntoutusprosessissa on useita toimijoita mukana, on suunnitelmallisen kuntoutuksen toteutumisen haasteena miten sujuvaa on vuorovaikutus myös eri toimijoiden välillä. Ilman sujuvaa yhteistyötä kuntoutustutkimusprosessilla on vaarana jäädä irralliseksi toimenpiteeksi muiden toimenpiteiden joukossa. Tavoitteellisessa verkostotyössä tulisi onnistua kääntämään erilaiset intressit samansuuntaisiksi, jolloin voidaan saada aikaan uusi toimintaverkosto,

jossa vallitsee vahvistunut ja valtaistunut rakenteinen järjestys. Mm. Callonin ja Lawn mukaan järjestys on kuitenkin aina väliaikainen. Se on aina rakennettava uudelleen erilaisiin konteksteihin soveltuvaksi. (Lindh 2013, 5, 81.)

Kuntoutuksen solmukohtien on todettu usein liittyvän yhteistyöhön eri toimijoiden välillä, esimerkiksi kuntoutujan ja kuntoutustutkimusyksikön sekä kuntoutujan kotipaikkakunnan on vaikea määritellä yhteiset tavoitteet ja sitoutua niihin (Mäkiniemi ym. 2005, 5). Kuviossa 6 esitän kuntoutujan tavoitteiden asettamista eri toimijoiden kanssa. Todellisten asiakaslähtöisten tavoitteiden asettaminen voi olla haasteellista, jollei toimivalla verkostoyhteistyöllä varmisteta yhteistä käsitystä tavoitteista. Yhteinen käsitys pitää saada myös näkyväksi, muuten tavoite voi olla jokaisella erilainen. Kuntoutujalle voi olla tärkeintä saada selvyys miten hän voisi päästä eläkkeelle, kun taas terveydenhuolto näkee hänellä olevan ammatillisia mahdollisuuksia. Kelalle tehdyssä hakemuksessa ja Kelan tekemässä päätöksessä tavoitteet voivat näyttäytyä erilaisena. Kuntoutuspäätöksen mukaisella toimenpiteellä on myös omat lainsäädäntöön ja palvelun sisältöön liittyvät tavoitteet joita järjestäjätaho eli tässä tapauksessa Kela pyrkii toteuttamaan (ks. luku 4.3).

Kuntoutuksen tavoitteiden asettamisen haasteet vaikuttavat kuntoutujan kohdalla myös palvelujen saatavuuteen. Palvelujen saatavuuteen vaikuttavia tekijöitä on useita ja yksi niistä on palvelujärjestelmään liittyvät käytännöt: tarvearviointi, lähetekäytännöt (tässä opinnäytetyössä suositus kuntoutukseen, b-lääkäriinlausunto tai vastaava lääketieteellinen selvitys), päätöksenteon käytännöt ja tiedonkulun käytännöt (tässä opinnäytetyössä Kelan päätöksenteko ja tiedon välittäminen palveluntuottajalle) (Pulkki 2012, 19–20). Tavoitteisiin sitoutuminen edellyttää eri näkökulmista tarkasteltujen tarpeiden ja tavoitteiden synteisiä (Jeglinsky-Kankainen & Sipari 2011).



KUVIO 6. Kuntoutuja asettaa tavoitteita eri toimijoiden kanssa – milloin tehdään synteesi – tehdäänkö? Yhteinen prosessi, kieli – onko? – jääkö kuntoutusinterventiot irralliseksi asiakkaan arjesta ja asiakkaan muusta verkostosta?

6 TOIMINTATUTKIMUKSELLINEN LÄHESTYMINEN KEHITTÄMISESSÄ

Opinnäytetyössäni on toimintatutkimuksellinen lähestymistapa. Toimintatutkimuksessa peräkkäiset syklit muodostavat kehittämisen kehän ja osallistujien ymmärrys kehitettävästä aiheesta syvenee vähittäin. Toimintatutkimukselle on tyypillistä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja arvioinnin jatkuvaluonteisella useiden syklien muodostamalla spiraalimaisella kehittämisellä saada aikaan uutta ajattelua kehitettävästä toiminnasta. (Heikkinen, Rovio, Kiilakoski 2010, 80 – 82.) Toimintatutkimus on asenne tai lähestymistapa, ei varsinaisesti tutkimusmenetelmä (Heikkinen 2010, 37). Toimintatutkimus on käytäntöä ja teoriaa soveltavaa tutkimusta, joka tuottaa tietoa toiminnasta ja pyrkii sosiaalisten käytäntöjen kehittämiseen. Tieteen ja käytännön elämän välille pyritään luomaan sellainen yhteys, jossa tutkimus edistää yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden toimintaa. (Kuusela 2005, 57.)

Toimintatutkimuksen tyypit juontavat juurensa Jürgen Habermasin tiedonintressiteoriaan. Tällöin tiedonintressit jaetaan kolmeen kategoriaan. Ne voivat olla teknisiä, jolloin päämääränä on toiminnan tehokkuus ja vaikuttavuus sekä ammatillinen kehittyminen. Tiedonintressit voivat olla myös praktisia tiedonintressejä, jolloin päämääränä on edellisten lisäksi toimijoiden parantunut itseymmärrys ja uudenlaisen tiedon kehkeytyminen. Ihmisen toimintaa tulee ymmärtää syyseuraussuhteiden lisäksi ihmisten itselleen ja yhteisöilleen asettamien päämäärien kautta. Tähän tietämisen tapaan tulee välineitä hermeneutiikasta, ja tästä syystä siitä käytetään myös nimitystä hermeneuttinen tiedonintressi. Usein tehokkuuden ja tuloksellisuuden tavoitteeseen ohjaavan teknisen intressin lisäksi toimintaa ohjaa ihmisten keskenään tuottamat merkitykset, jolloin sosiaalisessa toiminnassa itseymmärrys lisääntyy ja kehkeytyy uudenlaista tietoa. (Heikkinen, Kontinen, Häkkinen 2010, 43.)

Habermasin mukaan tiedon tehtävä on vapauttaa ihminen epärationaalisesta ja oikeutetusta vallankäytöstä. Tätä tehtävää toteuttaa kriittis-emansipatorinen tiedonintressi. Joskus toiminnassa, joka on alkanut praktisesta tiedonintressistä, tiedon lisääntyessä huomataan tarve vaikuttaa asioihin syvemmin. esimerkiksi näh-

dään tarve vapautua itsestään selvinä pidetyistä ajatusmalleista ja ideologioista tai tarve muuttaa organisaatiota. Toimintatutkimus palvelee usein teknisiä, praktisia ja kriittis-emansipatorisia tiedonintressejä. Edellä kuvatut tiedonintressit, tutkijan ja osallistujien omat intressit sekoittuvat helposti eikä niitä voi helposti erottaa toisistaan. (Heikkinen ym. 2010, 43 – 49.) Taulukossa 2 on määritelty teknisen, praktisen ja kriittis-emansipatorisen tiedonintressin päämäärät, tutkija rooli ja tutkijan ja osallistujien suhde toimintatutkimuksessa. Taulukosta kuvautuu hyvin miten päämäärä laajenee siirryttäessä teknisestä orientaatisota kriittis-emansipatoriseen orientaatioon. Tässä kehittämishankkeessa oli pyrkimyksenä osallistavalla toiminnalla ja yhteisellä vastuulla kehittämisestä saada aikaan uutta ajattelua ja muutosta toiminnassa.

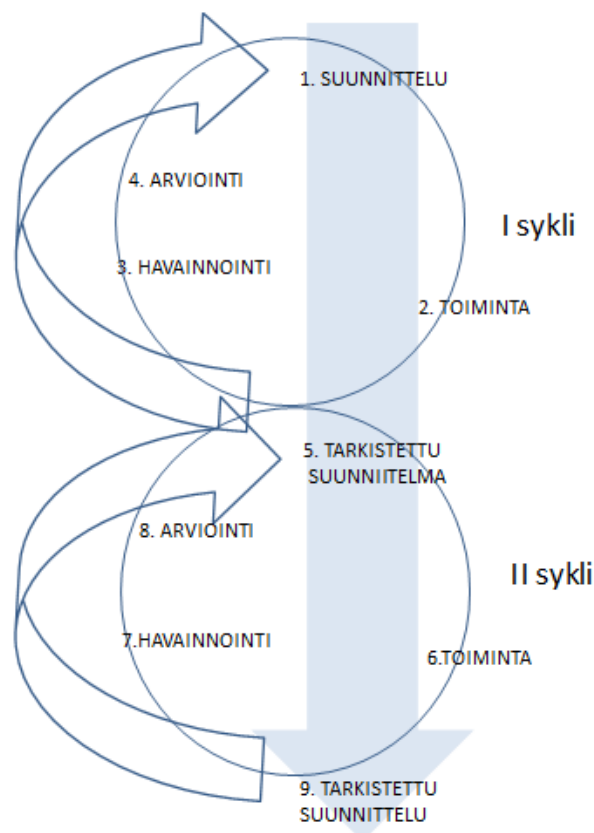
TAULUKKO 2. Toimintatutkimuksen tyypit kriittisessä teoriassa (Heikkinen ym. 2010, 47)

Orientaatio	Päämäärä	Tutkijan rooli	Tutkijan ja osallistujien suhde
Tekninen	<ul style="list-style-type: none"> – Toiminnan tehokkuus ja vaikuttavuus – Ammatillinen kehittyminen 	Toimii ulkopuolisena asiantuntijana	Riippumattomuus
Praktinen	<ul style="list-style-type: none"> yllä olevien lisäksi – Toimijoiden parantunut itseymmärrys – Uudenlaisen tietoisuuden kehkeytyminen 	Rohkaisee osallistujia osallistumaan ja reflektomaan omaa toimintaansa.	Yhteistyö
Kriittis-emansipatorinen	<ul style="list-style-type: none"> yllä olevien lisäksi – Vapautuminen perinteisiin kiteytyneistä, pakottavista ja itsestään selvinä pidetyistä ajatusmalleista ja ideologioista – Byrokratian kritiikki – Pyrkimys muuttaa organisaatiota 	Käynnistää muutoksen, koordinoi yhteistoimintaa ja osallistujia, jakaa vastuun yhdessä muiden kanssa	Yhteisvastuullisuus

Suunnitteluvaihe on toimintatutkimuksessa ajatustyötä ja keskustelua vaativa vaihe, jossa toimintaa reflektoidaan. Tämä johtaa laajempiin ja yleisempiin kysymyksiin. Toimintavaiheessa kokeillaan toimintaa, tehdään havaintoja ja kerätään havaintoaineistoa. Suunnittelu- ja toimintavaihe ovat eteenpäin suuntautuvia niin

sanottuja konstruoivia vaiheita. Toteutunna toimintaa havainnoidaan ja arvioidaan. Nämä ovat taaksepäin suuntautuvia jolloin toteutunutta toimintaa havainnoidaan ja arvioidaan. Tämän jälkeen seuraa tarkistettu suunnitelma, toiminta, havainnointi ja niin edelleen. Käytännössä syklit, suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi lomittuvat, ja niitä on vaikea vaikea paikantaa täsmällisesti. Toimintatutkimuksen malli kuvaa ymmärtämisen vähittäistä etenemistä, jossa avautuu uusia ulottuvuuksia. Malli ei välttämättä kuvaa inhimillisen toiminnan monimutkaisuutta ja ennakoimattomuutta, mutta se kuvaa tutkimusprosessia jäsenetysti. (Heikkinen ym. 2010, 78–80.)

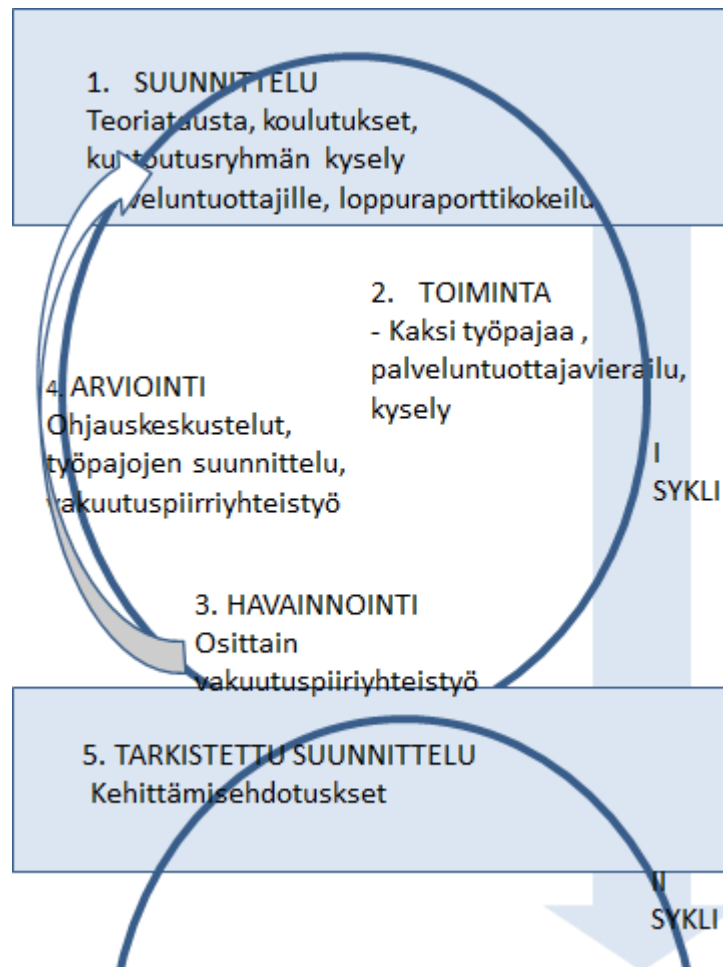
Toimintatutkimukselle on ominaista, että se johtaa jatkuvasti uusiin kehittämisideoihin. Toimintatutkimus osallistavuudessaan avaa kehittämistyössä jatkuvasti uusia erilaisia ulottuvuuksia. (Heikkinen ym. 2010, 80 – 81.) Kuviossa 7 toimintatutkimus hahmotetaan sykleinä, joissa lähtökohtana on käytännön toiminnassa esiintyvä ongelma, jota ryhdytään kehittämään. Tutkimus voi lähteä yksityiskohdan pohtimisesta, ja edetessään johtaa laajempiinkin kysymyksiin.



KUVIO 7. Toimintatutkimuksen syklit (mukaellen Linturi 2003, Heikkinen ym. 2010, 79–81)

7 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

Opinnäytetyössäni toimin tutkijana osin ulkopuolisena asiantuntijana ja työpajoissa yhteistoiminnan koordinoijana. Täysin ulkopuolisena en kuitenkaan ollut, koska olen Kelassa työssä. Kohti Uutta Kelaa ohjelman periaatteita noudattaen olen pyrkinyt irti itsestään selvistä ajatusmalleista ja ideologioista, että mahdollistuisi aito yhteistyö ja luottamus toimijoiden välillä asiakkaan eduksi. Yhteistyössä palveluntuottajien ja Kelan etuuskäsittelijöiden kanssa on ollut päämääränä syventää sekä omaa että toiminnassa mukana olevien asiantuntemusta toimivasta kuntoutusketjusta. Osallistavalla toimintatutkimuksellisella lähestymistavalla oli tarkoituksena mahdollistaa aktiivisten osallistujien ammatillinen kehittyminen. Opinnäytetyössäni lähestyin Kelan ja palveluntuottajan välistä tiedon kulkua kokonaisuudessaan useista eri näkökulmista mahdollisimman monipuolisen käsityksen saamiseksi kehittämisen tarpeista. Vuorovaikutteisesti työpajoissa työskennellen tapahtui luontevasti itsearviointia ja tiedon tuottamisen vastuun jakamista osallistujien kesken. Kuviossa 8 kuvaan opinnäytetyöni toimintatutkimuksellisina vaiheina.



KUVIO 8. Kehittämishankkeen vaiheet toimintatutkimuksellisena syklinä

7.1 Suunnitteluvaihe

Kehittämishankkeen suunnitteluvaiheessa keräsin aineistoa 1.1.2011 – 31.1.2012. Suunnitteluvaiheen aineistoa olivat opinnäytetyön teoreettinen tausta (luvut 4 ja 5), ammattikorkeakoulujen opettajille järjestetty GAS-koulutus 31.3.2011, opettajien reflektiokokous tammikuussa 2012, viiden 1.1.2011- 31.8.2011 aikana toteutuneen kuntoutustutkimusprosessin asiakirjat, Kelan Terveysosaston kuntoutusryhmän kysely palveluntuottajille lokakuussa 2011 ja loppuraporttikokeilun kuntoutustutkimusta koskevat tiedot.

GAS- koulutus ammattikorkeakouluissa ja reflektiokokous

Olin mukana ammattikorkeakoulujen opettajille järjestetyn koulutuksen toisena päivänä 31.3.2011. Koulutus oli vuorovaikutteinen. Koulutuksessa nostettiin esille kokemuksia GAS-menetelmän haasteista. Havaintojeni mukaan haasteita koettiin olevan paljon. Esille nostetut haasteet olen jaotellut yleisiin tavoitteiden määrittämisestä koskeviin haasteisiin ja GAS-menetelmää koskeviin haasteisiin. Tekemistäni havainnoista poimin tämän opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen kannalta keskeisiä asioita. Oletukseni on, että samanlaisia haasteita voidaan kokea tavoitteiden asettamisessa missä tahansa kuntoutusprosessin vaiheessa kuin opettajien koulutuksessa on ilmennyt olevan.

Kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen liittyviä haasteita olivat muun muassa

- mille ajalle tavoitteet asetetaan
- miten saadaan asiakkaan ääni esille niin, että tämä itse varmasti ymmärtää osallisuutensa (helposti lähdetään ohjailemaan) ja on mukana tavoitteen asettamisessa
- asiakkaan kognitiivisten ja psyykkisten tekijöiden huomioiminen asiakkaan osallisuutta rajoittavana tekijänä koettiin haastavaksi. Minkä verran saa/täytyy vaikuttaa
- kuka hallitsee kokonaisuutta kun on moniongelmainen asiakas, tai jolla on iso verkosto, että kaikki pyrkivät samaan isompaan tavoitteeseen esim. reisihihaksen vahvistaminen ei kokonaisuuden kannalta tärkeä, mutta yksi osa kokonaisuutta. Entä kun asiakkaan ja organisaation tavoitteet eivät kohtaa.
- tavoitteiden priorisoiminen. Entä jos asiakkaan tarvetta vastaavaa toimintaa ei ole järjestettävissä. Entä jos asiakkaan ongelmat ovat kovin moninaisia ja hänellä on monia itselleen tärkeitä tavoitteita.
- miten GAS-menetelmä markkinoidaan asiakkaalle, että se ei muodostu vuorovaikutuksen esteeksi ja GAS-lomake itsetarkoitukseksi
- tavoitteiden asettamisen haaste etenevissä sairauksissa
- onko dialogille käytännössä riittävästi aikaa, että asiakas ja työntekijä varmasti ymmärtävät tavoitteet yhdenmukaisesti

GAS-menetelmän vahvuutena tuotiin esille tavoitteiden laatiminen eri asiantuntijoiden moniammatillisena yhteistyönä, joka on edellytyksenä tavoitteisiin sitoutumiseksi. Sitoutuminen edellyttää eri näkökulmien yhteensovittamista ja synteisiä yhteisen tavoitteen määrittämiseksi (Jeglinsky-Kankainen & Sipari 2011). Parhaimmillaan kaikille osapuolille tulee selvyys siitä mitä tehdään ja miksi, ketkä

ovat toimijat, kenen näkökulmasta tavoite asetetaan (esim. asiakas, perhe, organisaatio, asiantuntija), asiakkaan toiveiden, voimavarojen ja ongelmien huomioiminen, käytännönläheisyys arjen konkreettisten esimerkkien kautta, mitä on tehty ja miten on edistytty tähän mennessä, mikä on auttanut edistymisessä.

Tammikuussa 2012 olin mukana Lahden ammattikorkeakoululla järjestetyssä GAS-koulutusta järjestävien oppilaitosten opettajien GAS-koulutusten reflektiokokouksessa, johon osallistui Kelan keskushallinnosta myös Terveysosaston kuntoutusryhmästä suunnittelija. Kymmenen eri ammattikorkeakoulua esitteli järjestämiään koulutuksia. Kokouksessa tuotiin esille, että GAS-menetelmä on koettu pääosin hyvin positiivisesti, tosin menetelmänä varsin haastavaksi. Kelan GAS-käsikirjan päivitystä odotetaan mm. sillä ohjeet on koettu ristiriitaisiksi ja epäselviksi tavoitetason määrittelyn osalta. Haasteellisena on koettu tavoitteiden asettaminen mielenterveyskuntoutujille ja etenevissä sairauksissa. Mielenterveyskuntoutujien osalta toivotaan esimerkkejä GAS-käsikirjaan. Etenevissä sairauksissa tavoitteiden asettamiseen toivotaan myös lisää tietoa. Millaisia tavoitteita voidaan asettaa, että ne ovat realistisia ja tukevat kuntoutujaa.

Havainnot viiden kuntoutustutkimusprosessin aineistosta

Opinnäytetyössä tarkastelun kohteena olleet kuntoutustutkimusjaksot olivat alkaneet vuoden 2011 aikana ja päättyneet vähintään kaksi viikkoa ennen aineiston keräämistä. Aineistoon valikoituminen edellytti, että kuntoutustutkimusjaksot olivat kokonaisuudessaan toteutuneet ja kaikki asiakirjat olivat käytettävissä. Tämä rajaus oli tarpeen, koska GAS-menetelmän käyttö tuli velvoittavaksi kyseisiin kuntoutuspalveluihin 1.1.2011 alkaen ja koska Kelan standardi velvoittaa, että kuntoutusseloste tulee olla Kelassa viimeistään kaksi viikkoa kuntoutuksen päättymisestä. Näin varmistan, että aineistoon tulee tiedon saannin kannalta oikeita tapauksia. Aineiston poimin Kelan sähköisestä tietojärjestelmästä (SAHA/OIWA) siten, että hain sieltä palveluntuottajat, joilla on Kelan kanssa sopimus kuntoutustutkimuksen toteuttamisesta. Sen jälkeen listasin näille palveluntuottajille tehdyt asiakaskohtaiset kuntoutuspäätökset. Päätöksistä poimin kriteerit täyttävät tapaukset järjestyksessä, kuitenkin vain yksi/palveluntuottaja. Tällä pyrin saamaan näkyväksi erilaiset toimintatavat tavoitteiden asettamisessa, jos niitä ilmeni.

Kelan kuntoutuksen kehittämisohjelman mukaisesti tärkeää on nähdä kuntoutuspalvelujen kytkytyminen vaivattomasti asiakkaan kuntoutuksen kokonaisuuteen (Kelan kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015). Siksi ei ole tarkoituksenmukaista kuvata vain Kelan osuutta kuntoutuskokonaisuudesta irrallisena vaikka kehittämisen kohteena onkin Kelan toiminnan kehittäminen. Kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavat kaikkien asiaan osallistuneiden toimijoiden osuudet.

Käytännössä keräsin alla kuvatusta aineistosta kohdat, joista oletin annettujen ohjeistusten (standardi yleinen ja kuntoutustutkimuksen palvelulinjakohtainen osa, lääkärinlausunnon ohje, GAS) mukaisesti kuntoutuksen tavoitteiden ilmenevän. Aineistona kävin läpi viiden asiakkaan toteutuneen kuntoutustutkimuksen asiakirjat. Asiakirjoja olivat kyseistä kuntoutustutkimusta varten Kelaan toimitetut asiakirjat:

- terveydenhuollossa laaditun lausunnon/kuntoutussuunnitelman/B-lääkärinlausunnon kohta toimintakyky ja ammatillinen kuntoutussuunnitelma (näissä tapauksissa käytetty B1 – lomaketta, lausunnon kohta 2.3)
- Kuntoutustutkimuksen hakemuksesta ETK/Kela 8.2008 kohdat 4 ja 5
 - Työeläkekuntoutuksen suunnitelma. Mikä on ammatillisen kuntoutuksenne tavoite ja
 - Kelan ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma, Mikä on ammatillisen kuntoutuksenne tavoite
- Kelan valmistelutiedoista haastattelutiedot
- Kelassa tehty kuntoutuspäätös ja kysymyksenasettelu palveluntuottajalle
- GAS-lomake ja
- kuntoutusseloste (täältä osin arviointimenetelmät)
- tilanne syksyllä 2013

Käytännön kokemukseni mukaan kuntoutujat eivät aina erota työeläkekuntoutuksen ja Kelan kuntoutuksen suunnitelmaa toisistaan, ja tästä syystä huomioin kuntoutujan hakemuksesta myös työeläkekuntoutuksen suunnitelmaan kirjatun tavoitteen. Taulukossa 3 kuvaan esimerkinomaisesti yhden aineiston keruun. Taulukosta ilmenee edellä mainittujen asiakirjojen sisällöstä eriteltyinä kehittämishankkeen kannalta keskeiset asiat. Taulukon jälkeen on tarkemmin kuvattu mihin ohjeistuk-

siin odotukset asioiden ilmenemisestä prosessin eri vaiheissa perustuvat. Erityisesti huomioitavat asiat ovat tässä tapauksessa, että tuki- ja liikuntaelinvaivat olivat kuntoutustarpeen taustalla, asiakasta ei haastateltu eikä päätöksessä ollut yksilöllistä perusteltua kuntoutuksen tarpeesta ja tavoitteista kuntoutujalle eikä palveluntuottajalle. Kuntoutustutkimusjaksolla tavoitteiden taustalla oleva tarve ilmeni olevan mielentoimintojen alueella, jonne tavoitteet asetettiin. Tavoitteita ei saavutettu. Tässä esimerkkitapauksessa on nähtävissä kokonaisvaltaisen tarpeen arvioimisen, asiakkaan osallistamisen ja näistä asioista dokumentoidun tiedonkulun merkitys toimivan kuntoutusketjun kannalta. Tässä prosessissa toisiinsa saumattomasti niveltävät vaiheet eivät dokumentaation valossa ole nähtävissä. Tässä on nähtävissä toimivan kuntoutusketjun haasteita käytännössä (ks. kpl 4.2).

- perustelut ja tavoitteet haettavalle kuntoutukselle (Kelan avo- ja laitospuolittaisen kuntoutuksen standardi, yleinen osa, voimassa 1.1.2011 alkaen.)

B1 – lausunnon kohta 2.3 ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma ohjataan kirjaamaan seuraavasti:

(esim. työjärjestelyt työpaikalla, työkokeilu, työklänikka- tai muu kuntoutustutkimus, ammatillinen koulutus tai valmennus) tai suunnitelman laadittaminen. Arvio ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta ja mahdollisuuksista. Kuntoutussuunnitelman laatija tai ehdotus laatijasta. Tutkittavan osallistuminen suunnitelmien laatimiseen ja suunnitelmien toteuttajataho, suunnitelmien tavoite ja aikataulu.

Kaikkissa terveydenhuollon laatimissa lausunnoissa oli määritelty työ- ja toimintakykyä heikentävä sairaus ja kannanotto sen vaikutuksesta aikaisemmissa työtehtävissä tai ammatissa selviämiseen. Kahdessa lääkärintlausunnossa oli kuvattu tuki- ja liikuntaelinvaivojen aiheuttaman kivun vaikuttavan asiakkaan fyysisesti raskaassa työssä selviämiseen ja toisessa näistä myös astman vaikutusta työssä selviämisen ongelmiin. Ensin mainitussa suositeltiin kuntoutustutkimusta työkyvyn arvioimiseksi. Aiemmista asiakirjoista ilmeni, että asiakas tarvitsee lääkärintlausunnon työkyvyttömyyseläkkeen tueksi koska eläke on hylätty. Yhdessä lausunnonssa suositeltiin tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi kouluttautumista esim. sosiaalialalle, koska entiset fyysisesti raskaat työt eivät sovellu. Yhdessä lausunnonssa oli kuvattu sekä henkisen että fyysisen toimintakyvyn ongelmia työssä selviämiseen. Tässä suositeltiin kuntoutustutkimukseen, koska fyysisesti ja henkisesti raskaat työt eivät sovi ja uuden oppiminen on vaikeaa henkisen sairauden vuoksi.

Kahden lausunnon mukaan työelämässä selviämisen ongelmat olivat yksinomaan henkisiä. Yhdessä lausunnonssa oli otettu kantaa suositeltavaan kuntoutustutkimuksen toteuttajatahoon. Kahdessa lausunnonssa asiakas arvioitiin määräaikaaisesti työkyvyttömäksi. Yhdessä asiakas määriteltiin toistaiseksi työkyvyttömäksi, mutta suositeltiin Kelan järjestämään kuntoutustutkimukseen. Kahdessa lausunnonssa oli kuvattu työkyvyn ongelmaa suoriutumisen ongelmana (oppiminen ja työn vaatimien tehtävien tekeminen). Muuten ongelmat oli kuvattu ruumiin/ kehon toimintoina (kipu, hengitystoiminnot, tuki- ja liikuntaelinvaivat, mielentoiminnot).

Kahdesta lausunnosta puuttui kuntoutukseen vaikuttavat muut pitkäaikaiset sairaudet tai sairaudet, jotka vaikuttavat kuntoutustarpeeseen ja kuntoutuksen toteutukseen. Nämä sairaudet ilmenivät myöhemmin, toisessa tapauksessa Kelassa ja toisessa kuntoutusjaksolla. Tapausten lausunnoissa ei tullut ilmi asiakkaiden elämäntilanne, kuntoutujan ja tämän perheen tarpeet ja voimavarat eikä kuntoutujan yksilötekijät. Edellä mainituin perustein lausunnoista syntyi vaikutelma, että niitä ei ollut laadittu moniammatillisesti. Asiakkaan osallistuminen suunnitelman laatimiseen ei näkynyt missään tarkastelluista lausunnoista.

Asiakkaan hakemus kuntoutustutkimukseen

Kelan järjestämää kuntoutustutkimukseen pääsemiseksi hakemus toimitetaan Kelan toimistoon. Hakemuksen tekee asiakas. Sekä Kelan asiantuntijoiden että palveluntuottajien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella on käynyt ilmi, että Kelan järjestämä kuntoutustutkimus sekoitetaan varsin usein työkyvyn selvittämiseen, jota Kelasta ei haeta. Kela voi tarvittaessa määrätä henkilön työkyvyn selvitykseen silloin kun tämä hakee sairauspäivärahaa tai työkyvyttömyyseläkettä Kelasta eikä työkyvyttömyys tai työkykyisyys ole selvää. Työkyvyn selvittäminen on lähtökohtaisesti terveydenhuollon tehtävä. Ei ole kovin harvinaista myöskään, että hoitotahon laatima lääkärinlausunto tulkitaan hakemukseksi, ja tällöin asiakkaan kokemaa painoarvo hakemukselleen jää vähäiseksi. Tämä tuli ilmi myös Kelan etuusratkaisijoiden ja kuntoutuksen palveluntuottajien kanssa käydyissä työpajoissa.

Yhdessä hakemuksessa työkyvyn ongelmat oli tuotu esiin mielentoimintojen ongelmia ja nämä olivat yhtenäisiä lääkärinlausunnon kanssa. Tämän hakemuksen osalta etuuskäsittelijän valmistelutiedoista ilmeni, että suunnitelman oli tehty asiakkaan hoitajan kanssa. Mahdollisesta haastattelusta ei ollut dokumentaatiota. Yhdessä hakemuksessa lääkärinlausunnon mukaan työkyvyn ongelmina oli tuki- ja liikuntaelinvaivat ja näistä johtuen lääkäri suositteli kouluttautumista sosiaalialalle, tuli asiakkaan tekemästä hakemuksesta ilmi, että masennus ja paniikkihäiriö alentavat hänen työkykyään. Tästä hakemuksesta ei tullut ilmi asiakkaan tavoitte. Mahdollisesta haastattelusta ei ollut dokumentaatiota.

Yksi tuki- ja liikuntaelinongelmien vuoksi kuntoutustutkimusta hakenut oli kirjannut tavoitteekseen saada selville pystyykö hän entiseen työhön tai johonkin työhön jalka- ja selkävaivojen vuoksi. Haastattelutiedoista ei löytynyt tietoa.

Yhdessä hakemuksessa asiakkaan tavoitteeksi oli kirjattutyöeläkekuntoutuksen suunnitelma – kohtaan terveydentilan selvittäminen ja mitä pystyn tekemään ja Kelan suunnitelma – kohdassa oli kysymysmerkki. Haastattelutietoja ei ilmennyt.

Yhdessä hakemuksessa, jossa ongelmat olivat mielentoimintojen alueella, tavoitteena oli paluu työhön jos sellaista löytyy. Tässä tapauksessa kävi ilmi, että etuus-käsittelijä oli haastatellut asiakkaan. Asiakas toi esiin motivoituneisuuttaan työelämässä jatkamiseen ja tiedostavan, että hänellä ei ole mahdollisuutta päästä vielä työkyvyttömyyseläkkeelle.

Kuntoutuspäätös ja kysymyksenasettelu palveluntuottajalle

Jokaisessa viidessä Kelan laatimassa kuntoutuspäätöksissä oli perusteluksi kirjattu ns. fraasipäätös ”Kela järjestää tarkoituksenmukaisen ammatillisen kuntoutuksen työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi henkilölle, jolle sairaus, vika tai vamma todennäköisesti aiheuttaa uhkan tulla työkyvyttömäksi lähivuosina tai jonka työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet.” Fraasitekstin lisäksi päätöksiin ei ollut kirjattu yksilöllistä perustelua. Neljä viidestä päätöksestä oli tehty 12 vuorokauden ajalle. Yksi päätös oli tehty 13 vuorokauden ajalle. Päätöksistä ei näkynyt, että kuntoutustutkimukseen liittyy vähintään 1 seuranta-päivä. Päätösasiakirjoista ei tullut ilmi, että Kelasta olisi lähtenyt yksilöllistä kysymyksenasettelua kuntoutuksen palveluntuottajalle päätöksen yhteydessä.

Tavoitteiden asettaminen ja arvioiminen kuntoutustutkimuksessa

Vaikka kehittämishankkeen tavoitteena on tehdä kehittämissuhteita tiedonkulun parantamiseksi Kelan ja kuntoutuksen palveluntuottajan välillä on tärkeää myös nähdä kokonaisuutta hieman pidemmälle kuin tiedon välittämisen vaihee-

seen (ks kuvio 3, vaihe 3-4). Kehittämisen kannalta on tärkeää pyrkiä syventämään tiedon jakamisen merkitystä. Kuntoutuksen tavoitteiden asettamisen tulisi olla kokonaisvaltaisesti eteenpäin vievä prosessi ja eri toimijoiden tukea asiakasta tavoitteellisessa kuntoutuksessa. Tämän vuoksi avasimme työpajoissa ja vakuutuspiiriyhteistyössä myös kuntoutustutkimuselle asetettuja tavoitteita esimerkkien valossa.

Kaikki kuntoutustutkimuksessa GAS-lomakkeelle kirjatut tavoitteet löytyvät ammatillisen kuntoutuksen coresetistä (Comprehensive ICF Core Set for Vocational Rehabilitation 2013). Jokaisessa tapauksessa tavoitteita oli asetettu kaksi. Kaikkien tapausten tavoitteet oli asetettu kerran, kolmessa tapauksessa kolmen päivän kuluessa aloituksesta ja yhdessä tapauksessa seitsemäntenä päivänä. Yhdessä tapauksessa ei ilmennyt milloin tavoitteet oli asetettu. Yhdessä tapauksessa, jossa sekä lääkärinlausunnossa, hakemuksessa että asian käsittelyssä olivat esillä tuki- ja liikuntaelinvaivat (vajavuudet olivat aistitoiminnot ja kipu pääluokassa) oli GAS-tavoitteet asetettu mielentoimintojen alueelle (unitoiminnot ja henkinen energia).

Taulukossa 4 kuvaan millaisia tavoitteita kuntoutustutkimuksessa on asetettu. Taulukosta näkyy, että kuusi tavoitetta oli asetettu ICF-luokituksen ruumiin ja kehon toimintojen alueelle ja neljä suoritukset ja osallistuminen osa-alueelle. Merkityksellistä kehittämishankkeen osalta on huomioida asetettujen tavoitteiden relevanttius huomioiden, että kysymyksessä on Kelan järjestämä kuntoutustutkimus, jossa tavoitteena on ammatillisen suunnitelman laatiminen. Huomioin arvoista on pohtia onko asetetut tavoitteet mahdollista saavuttaa kyseisen kuntoutustoimenpiteen keinoin ja kyseisen kuntoutuksen aikana. Tiedonkululla kuntoutuksen palveluntuottajalle voitane edistää tavoitteiden asettamista kuntoutustoimenpiteen mukaiseen suuntaan. Taulukosta ilmenee myös tavoitteiden saavuttaminen GAS-asteikon mukaisesti (ks. taulukko 1). Tavoitteiden jääminen odotettua alhaisemmaksi voinee osaltaan tukea ajatusta asiakkaan paremmasta orientaation tarpeesta ennen kuntoutukseen ohjaamista.

Kolmessa tapauksessa GAS-tavoitteet jäivät saavuttamatta. Yhdessä tapauksessa molemmat asetetut tavoitteet ylitettiin. Tässä tapauksessa hakija oli tehnyt hake-

muksen hoitajansa kanssa. Hakemuksessa ei ilmennyt tavoitteita. Yhdessä tapauksessa toinen tavoite ylitettiin ja toinen jäi saavuttamatta. Tämä oli ainoa tapaus jossa asiakas haastateltiin hakemuksen yhteydessä. Tässä kuntoutustarpeen taustalla olevat toimintakykyrajoitteet ja tavoitteet olivat yhtenevästi koko prosessin ajan mielentoimintojen alueella.

Yhdessä tapauksessa tavoitteiden saavuttaminen oli arvoitu kahdesti. Neljässä tapauksessa tavoitteiden saavuttaminen näkyi arvioidun kerran, joista kolmessa viimeisenä kuntoutustutkimuspäivänä eli seurantapäivänä ja yhdessä toisella jaksolla (12 vrk:n viimeisenä päivänä).

Yhdessäkään tapauksessa tavoitetta ei ollut muutettu GAS-lomakkeelle kuntoutustutkimusprosessin aikana. Seurantapäivä toteutui noin 5-6 kuukautta jaksojen toteutuksesta. Yhdessä tapauksessa oli toteutettu kaksi seurantapäivää. Seurantapäiville ei ollut määritelty GAS- tavoitetta eikä aiemmin asetun tavoitteen arviointi seurantapäivinä ilmennyt asiakirjoista.

TAULUKKO 4. Kuntoutustutkimusjaksolla GAS-menetelmällä asetetut kuntoutujan tavoitteet ICF osa-alueittain, pää- ja alaluokittain ja tavoitteen saavuttaminen

Tavoitteet (yhteensä 10, jokaisella kaksi)	Osa-alue Ruumiin/kehon toiminnot (b)	Tavoitteen saavuttaminen
	pää- ja alaluokka	
Hyvin nukkuminen	b1 Kokonaisvaltaiset mielentoiminnot b134 Unitoinnot	- 2
Henkinen jaksaminen (kolmella henkilöllä)	b1 Kokonaisvaltaiset mielentoiminnot b130 Henkinen energia ja viettitoiminnot	- 2 +1 - 1 (3 kk:n päästä sama)
Kivun väheneminen	b2 Aistitoiminnot ja kipu b280 Kipuaistimus	- 2
Saada selvyys omista vahvuuksista	b1 Kokonaisvaltaiset mielentoiminnot b130 Henkinen energia ja viettitoiminnot	+2
	Osa-alue: Suoritukset ja osallistuminen	

	(d)	
Sopiva työala	d8 keskeiset elämänalueet d850 Vastikkeellinen työ	- 1
Ammatillisen tulevaisuuden selkiytyminen (kahdella) <ul style="list-style-type: none"> työharjoittelupaikan/työhönvalmennuspaikka 	d 8 Keskeiset elämänalueet d840 Oppisopimuskoulutus (työhönvalmennus)	0 - 2
Toimeentulon järjestyminen	d Keskeiset elämänalueet d870 Taloudellinen omavaraisuus	- 1

Näiden tapausten T-lukuarvot olivat 25 (pistemäärä -4), 25 (pistemäärä -4), 50 (pistemäärä 0), 62 (pistemäärä 2) ja 44 (pistemäärä -1). Tavoitteet olivat siis keskimäärin saavutettu yhdessä tapauksessa, yhdessä ylitetty ja kolmessa tavoitteet jäivät odotettua alhaisemmaksi.

Kuntoutusselosteiden mukaan tavoitteiden saavuttamisen arvioinnit perustuivat kuntoutujan kanssa seurantapäivänä käytyyn yksilölliseen keskusteluun. Toimintakyvyn arviointimenetelmiä käytettiin mm. elämänlaatumittareita 15-d ja RAND-36 ja useita psykologisten tutkimuksen menetelmiä. Menetelmien käytön yhteyttä tavoitteiden laatimiseen tai arviointiin en havainnut selosteista. Taulukossa 4 kuvaan esimerkinomaisesti miten keräsin aineistosta tiedot. Tiedonkeruun eteni prosessin mukaisesti (ks. kuvio 3).

Kysely kuntoutuksen palveluntuottajille

Kelan terveystieteiden kuntoutusryhmä teki syyskuussa 2011 kyselyn GAS-lomakkeen käytöstä kuntoutuksen palveluntuottajille, Kelan ratkaisutyötä tekeville toimihenkilöille ja asiantuntijalääkäreille. Kysely sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Avoimissa vastauksissa Kelan toimihenkilöt kokivat, että heillä ei ole riittävästi tietoa GAS-menetelmästä, ja he toivoivat lisää koulutusta. Palveluntuottajien vastausten mukaan (40 vastausta) valtaosa (93 %) palveluntuottajista koki GAS-menetelmän hyväksi työvälineeksi, puolet vastanneista piti menetelmää kuntoutustyötä konkretisoivana. Tavoitteiden laatimiseen arvioitiin kuluvan aikaa 1 tunti ja arvioimiseen 45 minuuttia. Mainitussa kyselyssä oli esityksestäni kaksi kuntoutustutkimusta koskevaa kysymystä:

1. Saatteko Kelan päätösasiakirjojen mukana riittävästi tietoa asiakkaan kanssa terveydenhuollossa ja Kelassa asetetuista odotuksista ja tavoitteista palvelun suhteen?

Vastaajia oli 13/14 palveluntuottajaa, joista 5 sai riittävästi tietoa ja 8 ei saanut riittävästi tietoa.

2. Mikäli vastasitte ei (kysymys 1), onko pääasiallisena syynä (useita vaihtoehtoja)
 - a. lääketieteellisten tietojen vähäisyys
 - b. Kelan esittämien kysymysten puuttuminen
 - c. Jokin muu, mikä

Kuusi kymmenestä vastaajasta piti Kelan esittämien kysymysten puuttumista suurimpana syynä riittämättömän tiedon saannissa. Kahden näkemys oli, että lääketieteelliset tiedot ovat riittämättömät. Muuta syytä ei avattu vastauksissa.

7.2 Toimintavaihe

Toimintavaiheessa syntyi erilaista aineistoa kehittämisehdotusten pohjaksi työpajasta kuntoutustutkimuksen palveluntuottajien kanssa, kyselystä työpajaan osallistuneille ja työpajasta Kelan kuntoutuksen etuusvastaavien kanssa. Aineistoa täydensi kaksi vierailua kuntoutuslaitoksessa. Vierailuilla tein havaintoja tekemistäni tulkinnoista. Seuraavaksi kuvaan toimintavaiheita ja niistä syntyneitä havaintoja yksityiskohtaisemmin.

Kuntoutustutkimuksen palveluntuottajien työpaja ja kysely työpajaan osallistuneille

Kelan Terveysosaston kuntoutusryhmä järjesti 30.11.2011 ammatillisen kuntoutuksen palveluntuottajille työkokouksen, jossa työskenneltiin osittain työpajoissa. Yksi työpajoista oli kuntoutustutkimuksen palveluntuottajille kohdennettu, ja sen valmistelussa ja työpajassa olin mukana. Kuntoutustutkimuksen työpajaan osallistui 11 kuntoutustutkimuksen palveluntuottajaa 10 eri kuntoutuslaitoksesta. Helmikuussa 2012 tein vielä sähköpostitse kyselyn työpajaan osallistuneille (liite1). Näin halusin varmistaa, että kaikki työpajaan osallistuneet voivat osallistua kehittämiseen. Osaltaan kyselyllä varmistin myös työpajasta kirjaamiani tulkintoja. Työpajassa keskustelu oli kovin aktiivista ja sen vuoksi tällä kyselyllä pyrin vähentämään riskiä, että en tullut työpajassa kuulemaani huomioineeksi riittävästi. Vastauksia sain 20.3.2012 mennessä neljältä työpajaan osallistuneelta.

Työpajassa pyrimme yhteistyössä etsimään vastauksia tavoitteellisen kuntoutustutkimusprosessin kehittämiseksi. Pohjustin alussa keskustelua kuvaamalla kuntoutustutkimuksen tavoitteellisuutta palveluntuottajan ja Kelan välisen sopimuksen standardin mukaisesti ja lisäksi asiakasesimerkillä kuntoutusprosessista. Kävimme yhdessä kuntoutustutkimusprosessin vaiheita lävitse esimerkin avulla. Keskeiseksi nousseita haasteita kirjattiin ylös.

Usein palveluntuottajat saavat Kelasta *riittämättömästi tietoa* kuntoutustutkimuksen käynnistymisvaiheessa. Palveluntuottajalle jää usein epäselväksi mistä prosessi on lähtenyt liikkeelle, miksi kuntoutujalle on tehty kuntoutustutkimuspäätös ja

esimerkiksi miksi eläke on hylätty. Useissa tapauksissa taustalla on eläkkeen hylkääminen. Näiden asiakkaiden intressissä voi usein kuntoutustutkimuksen aloitusvaiheessa olla lisävahvistuksen saaminen eläkkeen myöntämiseksi. Heillä ei ollut välttämättä lainkaan kuntoutustutkimukseen tullessaan ajatuksissa ammatillisen suunnitelman laatiminen tai ylipäänsä työelämään suuntautuneita tavoitteita. Tämä aiheuttaa isoja haasteita kuntoutustutkimuksen ammatillisten tavoitteiden asettamiselle. Työpajassa tuotiin esille, että usein kuntoutujat kertovat saavansa kuntoutustutkimusjaksolla ensimmäistä kertaa tietoa ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehdoista ja mahdollisuuksista. Palveluntuottajat korostivat palvelun tilaajan roolin merkitystä kuntoutujan orientaatioissa palvelun valinnan suhteen. Vastaukset täydensivät tätä havaintoa.

”Edelleen on melko tavallista, että kuntoutuja ei itse tiedä, minkälaiselle jaksolle on tulossa ja mitä varten. Asioiden läpikäyminen esim hakemusvaiheessa voisi olla paikallaan.”

”Ehkäpä kuntoutujalle voisi päätöskirjeen mukana ”avata” jo valmiiksi mistä esim. kuntoutustutkimuksessa on kyse ja mikä on kuntoutujan sitoutumisen tarve, jotta prosessi voi saada kuntoutujan näkökulmasta parhaan/realistisen mahdollisen tuloksen. Reorientaatio ei koskaan ole haitaksi.”

”On varmasti vaikeaa kuvata asiakkaalle kuntoutustutkimuksen tarkoitusta ja sisältöä, mutta siihen pitäisi panostaa.”

”Heillä on käsitys, että kuntoutustutkimus on ensisijaisesti terveydentilaa selvittävä jakso ja odottavat usein jaksolta kirjoitettavan B-lausunnon työkyvyttömyyseläkettä varten”.

”Kaikkein tärkeintä on motivointi kuntoutustutkimuksen tavoitteisiin. ”

Päätökseen toivottiin yksilökohtaisia perusteluja kuvaamaan tutkimuksen tarkoitusta. Toivotaan myös kysymyksenasettelua kuten standardissa mainitaan. Kysy-

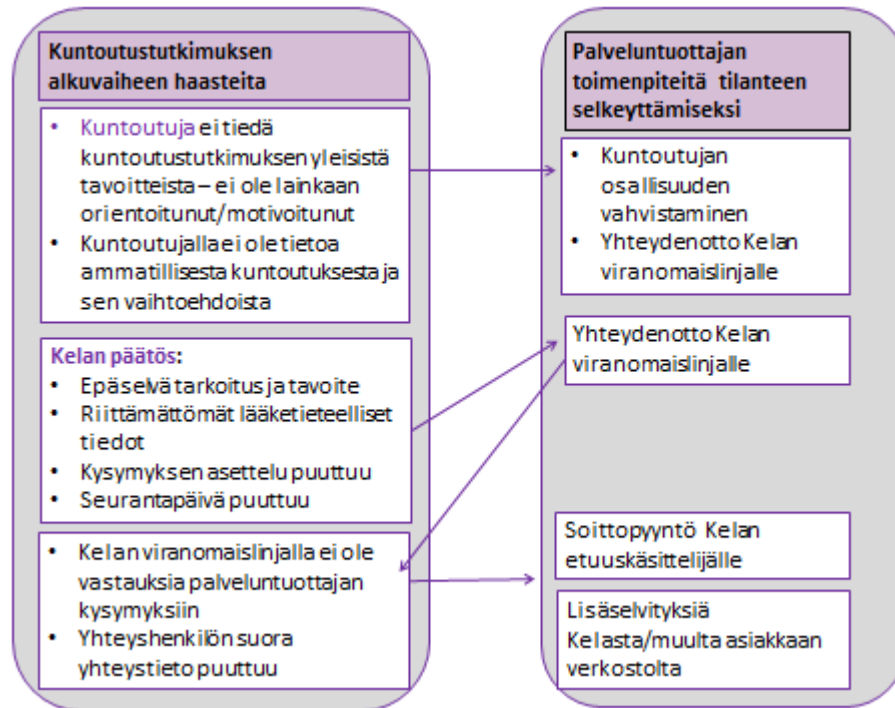
myksenasettelussa toivotaan tulevan ilmi mitä asioita pitää painottaa tämän asiakkaan kohdalla ja mitä erityisesti toivotaan selvitettävän. Kuntoutuspäätösasiakirjoissa tavoite on pääasiassa yleisellä tasolla, asiakaskohtaista tavoitetta ei tule esille.

Kuntoutuja voi joskus luulla tulevansa fyysispainotteiselle kuntoutuskurssille, ja orientoituminen ammatillisiin tavoitteisiin on silloin varsin haastavaa. Silloin kun kuntoutuja ei tiedä kuntoutustutkimukseen mennessään kuntoutustutkimuksen yleisistäkään tavoitteista aikaa kuluu kuntoutujan osallisuuden vahvistamiseen. Seurantapäivistä ei ole aina myöskään päätöksissä mainintaa. Palveluntuottajat toivat esille, että päätösten mukaan heille tulee toisinaan Kelan etuuskäsittelijän asian valmistelutiedot ja asiantuntijalääkärin arvio asiasta. Tämä koettiin hyväksi käytännöksi varmistamaan tutkimuksen taustaa ja tarkoitusta. Ongelmana koettiin, että kaikissa päätöksissä näitä tietoja ei ole mukana.

Tiedot asiakkaan sairauspäivärahan ja työkyvyttömyyseläkkeen hakemisesta, myöntämisestä tai hylkäämisestä olisi hyvää taustatietoa osana asiakkaan ajankohittaisen tilanteen ymmärtämistä. Näistä myös Kelan asiantuntijalääkärin kommentteja toivottiin toimitettavaksi palveluntuottajalle. Tulkkitarve olisi hyvä olla myös tiedossa. Lääkkeiden ostotietoja toivottiin, erityisesti sairauksissa, joissa lääkehoito on olennainen osa. Kelan käytössä olevat lausunnot esim. aikaisemmista kuntoutuksista, neuropsykologin tai psykologin lausunnot ovat tärkeitä esitietoja. Myös olemassa olevat hoitosuhteista olisi tärkeä saada tieto. Tuotiin esille, että arvio kuntoutujan sosiaalisesta toimintakyvystä ja toimintaympäristöstä puuttuu. B-lausunnossa on kuvattuna kuntoutujan tilanne lääketieteen näkökulmasta. Kuntoutustutkimuksessa on oleellista tiedostaa kuntoutujan toimintaympäristö, sen haasteet sekä sosiaaliset suhteet vaikutuksineen. Kuntoutustutkimuksen alkuvaiheessa kokonaistilanteen selvittämiseksi tarpeellisia selvityksiä pyydetään usein myös muulta asiakkaan kuntoutusprosessiin liittyvältä verkostolta kuin Kelalta. Työpajassa nousi esille palveluntuottajan käsitys siitä, että Kelalla on huonot tiedonsaantimahdollisuudet terveydenhuollosta ja siksi Kelasta palveluntuottajalle lähetetyt lääketieteelliset tiedot ovat usein riittämättömät.

Palveluntuottajat ehdottivat, että tilanteissa, joissa kuntoutustutkimuksen tarve ja tavoite on kovin epäselvä, olisi tarpeen harkita kuntoutustarveselvitystä kuntoutustutkimuksen sijaan. Kuntoutustarveselvityksessä kokonaistilanne hahmottuu asiakkaalle ja asiantuntijoille ja kuntoutuja saa tietoja tavoitteiden asettamisen pohjaksi.

Epäselvien tilanteiden, esimerkiksi miksi kuntoutuspäätös on tehty, selkeyttämiseksi palveluntuottaja soittaa usein Kelan viranomaislinjalle, koska yhteyttä päätöksen tehneeseen toimihenkilöön on vaikea saada. Viranomaislinjalta saatu tieto on usein liian pintapuolista. Viranomaislinjalta jätetään soittopyyntö kuntoutuksen etuuskäsittelijälle. Palveluntuottajat toivoivat, että Kela lähettää aiempaa paremmin tietoa miksi kuntoutujalle on tehty maksusitoumus kuntoutustutkimukseen. He toivoivat Kelalta kysymyksenasettelua ja Kelan haastattelu- ja asian valmistelutietoja. Toivottiin myös, että Kelalla olisi yhteyshenkilö asian hoitamisessa, johon voisi tarvittaessa olla yhteydessä. Yhteyshenkilö voisi olla kuntoutujan haastatellut ja kuntoutuspäätöksen tehnyt henkilö, joka tuntee asiakkaan kokonaistilanteen parhaiten. Kuviossa 9 kuvaan kuntoutustutkimuksen palveluntuottajien työpajassa tehtyjä havaintoja keskeisistä haasteista joihin on tarpeen yhteistyötä kehittämällä vaikuttaa. Kuvioista näkyy myös palveluntuottajan toimenpiteet nykytilanteessa asian korjaamiseksi.



KUVIO 9. Kuntoutustutkimuksen työpajassa esiin nousseita keskeisiä haasteita ja palveluntuottajan toimenpiteitä tilanteen selkeyttämiseksi

Keskusteluissa nousi esille myös palveluntuottajan epäselvyys siitä, mille ajalle kuntoutuksen tavoitteet tulee asettaa, koko kuntoutustutkimuksen ajalle, jokaiselle jaksolle erikseen vai pidemmälle. Työkokouksesta saatujen kirjallisten palautteista huomioni kiinnittyi erityisesti toiveeseen vuorovaikutuksellisesta toiminnasta jatkossakin GAS-menetelmän käytön yhdenmukaistamisessa. Työpajoihin käytettyä aikaa toivottiin jatkossa enemmän, käytännön esimerkkien avulla keskustelu aiheesta koettiin jatkossakin tärkeäksi. Samantyyppistä jatkotyöskentelyä toivottiin. Saatu palaute koski kaikkia työpajoja eikä siitä ollut kuntoutustutkimuksen työpajan palaute erotettavissa.

Palveluntuottajien näkemyksen mukaan Kelan standardin mukaisista toimintakyvyn arvioimisen menetelmistä nostettiin esille, että RAND-36 on soveltuva arviointimentelmä. Muiden menetelmien osalta tuotiin esille, että niistä ei juuri ole hyötyä. Varsinkin työkykyindeksin käyttö (TKI) nähtiin ongelmalliseksi, koska

Kelan järjestämän kuntoutustutkimuksen asiakkailla ei yleensä ole työtä, johon työkykyindeksiä voisi arvioida. Mittaamisen ja arvioinnin menetelmien käytön riskinä tuotiin esille myös aidon vuorovaikutuksen heikkeneminen, asiakkaat voivat kokea arviointimenetelmät ulkoiseksi, eivät osallisuutta lisääväksi. Työpajassa keskustelu oli kovin aktiivista ja tarkoituksemme edetä keskustelussa tavoitteista keinoihin ja arviointiin jäi tästä syystä kovin vähäiseksi.

Työpajassa tekemiäni havaintoja täydentääkseni tein kaksi vierailua yhden kuntoutuslaitoksen kahdessa eri toimipisteessä. Tapaamiset järjestyivät joulukuussa 2011 ja tammikuussa 2012. Tapasin näillä käynneillä yhteensä viisi kuntoutustutkimuspalvelun moniammatillisen työryhmän asiantuntijaa. Toisessa tapaamisessa olivat keskustelussa samanaikaisesti läsnä ammatinvalintapsykologi, sosiaalityöntekijä ja palvelupäällikköä ja toisessa työelämävalmentaja ja psykologi. Keskustelu käytiin vapaamuotoisesti. Sain käsitystä moniammatillisen työryhmän toimintatavoista kuntoutustutkimusjakson tavoitteiden asettamisessa. Moniammatillisen työryhmän jäsenet käyttävät asiakkaiden yksilöhaastatteluissa taustatietona Kelalta maksusitoumuksen mukana saamia tietoja ja asiakkaalta saamia ennako- ja alkukyselyn tietoja. Myös yksilökeskustelujen tietoja voidaan jakaa asiantuntijoiden kesken tarvittaessa tai käyttää kuntoutujan kanssa tavoitekeskustelussa taustatietona. Toimintakyvyn arvioimiseksi on vakiintuneesti käytössä standardin edellyttämät menetelmät.

Moniammatillisen työryhmän edustajien mukaan joskus yhteisessä tavoitekeskustelussa tuntuu aluksi siltä, että käsityksiä tavoitteista on yhtä monta kuin keskustelijaakin. Tämä lienee luonnollista, koska esim. Lindhin (2007, 24) mukaan jokainen asiantuntija tarkastelee ja arvioi asiakasta oman erikoisalansa näkökulmasta. Hyvin toimivassa moniammatillisessa tiimissä pyritään varmistamaan, että kaikki ymmärtävät käytettyä kieltä (Isoherranen, Rekola, Nurminen 2008, 73). Asiaksluottamuksen kannalta nostettiin tärkeäksi, että asiakas tietää mitä tietoa hänestä on käytetty kuntoutuspäätöstä tehtäessä. Joskus palveluntuottajalle tulee päätöksen mukana sellaista tietoa kuntoutujasta (esim. tutkimustietoja), jota on ollut Kelassa, mutta kuntoutuja ei ole tiennyt sitä käytetyn kuntoutuspäätöksen teossa.

Työpaja Kelan vakuutuspiirien kuntoutuksen etuusvastaavien kanssa

Terveysosaston kuntoutusryhmä järjesti 21.3.2012 valtakunnallisen Kelan kuntoutuksen asiantuntijakoulutuksen teemalla ”Kuntoutuksen ajankohtaiset aiheet ja yhteistyö”. Koulutus oli suunnattu Kelan vakuutuspiirien kuntoutuksen etuusvastaaville. Päivän tavoitteena oli antaa etuusvastaaville tietoa ajankohtaisista aiheista jota etuusvastaavat voivat käyttää omassa ohjaus- ja neuvontatyössään. Lisäksi tavoitteena oli vahvistaa osaston ja etuusvastaavien välistä yhteistyötä kuntoutuksen etuusohjauksessa. Noin puolet päivästä toteutettiin työpajatyöskentelyä. Työpajat toimivat cafe learning – tyyppisesti, työpajoja oli viisi, joissa kaikissa kävi 5-7 hengen ryhmä. Kussakin ryhmässä oli 5-7 kuntoutuksen etuusvastaavaa keskustelemassa. Yhden työpajan viitekehystenä oli kuntoutujan tavoitteellisen kuntoutusproessin kehittäminen. Toimin tässä työpajassa jokaisen ryhmän keskustelun alustajana. Alustuksissa hyödynsin tietoa palveluntuottajien kuntoutustutkimuksen työpajasta ja opinnäytetyön teoreettisesta taustasta. Ryhmät kokosivat keskusteluissa syntyneet keskeiset asiat fläppitaululle. Teemoina ryhmässä olivat:

- GAS-menetelmä kuntoutuskäsittelijän työssä
- GAS – menetelmän käyttö kuntoutuksen rajapintojen häivyttämiseksi
- miten edetä GAS-menetelmän mukaista SMART:ia tavoitetta kohti kun asiakas hakee kuntoutustutkimusta, ns. tavoitteen ”idun” herättäminen,
- yhteistyökäytännöt, -tarpeet ja – mahdollisuudet, miten kuntoutuspäätös voi osaltaan tukea tavoitteellisen kuntoutuksen toteutumisessa eli miten voidaan osaltamme varmistaa tavoitteellista etenemistä sekä 30.11.2011 järjestetyn kuntoutustutkimustyöpajassa esiin nousseita haasteita kuntoutuksen alkaessa palveluntuottajan toteuttamana.
- jatkotoimenpiteiden ja pitkän tähtäimen arviointia kuntoutuksen päätyttyä.

Työpajan ryhmässä nostettiin kehittämiskohteiksi mm. asiakasta motivoiva haastattelu. Se koettiin haasteelliseksi. Asiakkaita haastatellaan liian vähän, haastattelut tehdään pääasiassa puhelimitse, jolloin jää paljon tietoa saamatta. Pohdittiin onko aitoa dialogia ja motivoivaa haastattelua edes mahdollista käydä puhelimitse.

Se, että asiakkaan kuntoutusasioiden valmistelutietoja (etuuskäsittelijän tekemät valmistelutiedot Kelan asiantuntijalääkärille ja asiantuntijalääkärin arvio asiasta) ei lähetetä palveluntuottajalle, koettiin ongelmalliseksi, koska tästä syystä haastattelutiedot jäävät usein kokonaan lähettämättä palveluntuottajalle ja kuntoutuksen

palveluntuottaja jää ilman tärkeää tietoa. Lisäksi esiin nostettiin, että asiakasläheisen työotteen varmistaisi ”yhden käsittelijän” periaate. Asiakkaan kuntoutusprosessissa tulisi olla sama etuuskäsittelijä koko kyseisen kuntoutusprosessin ajan.

Aikaa tulisi käyttää keskusteluun asiakkaan tavoitteista ja kuntoutustoimenpiteelle määritellyistä tavoitteista. Tämä varmistaisi oikeaan kuntoutusinterventioon ohjautumisen, esim. kuntoutustutkimuksen tavoite versus asiakkaan oma tavoite. Alussa annettu ajankäyttö tulisi takaisin yhden käsittelijän periaatteella, koska samoihin asioihin ei tarvitse palata myöhemmin ja yhteistyötahotkin voisivat saada yhteyshenkilön jonka kanssa asioida epäselvyyksissä. Nykykäytännössä Kelan toimintamallit eivät tue riittävästi ”yhden käsittelijän” periaatetta vaikka se joissain tilantessa olisi tarpeen. Tavoitteiden realistisuuden, merkityksellisyyden varmistaminen ja asiakkaan sitoutuminen on vuorovaikutteinen prosessi, joka nähdään tärkeäksi kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Etuusvastaavat toivat esille yhteistyötarpeiden olevan käytännössä usein kuntoutujakohtaisia. Yhteistyössä on tärkeää muistaa, että asiakkaalle tulee antaa aikaa prosessoida omaa asiaansa ja eri toimijoiden välisessä yhteistyössä pitää edetä asiakkaan mukaisesti. Asiakkaan aidolle omalle pohdinnalle tilan antaminen tarkoittaa myös sitä, että hänelle tulisi antaa mahdollisuus jäädä pohtimaan asiaa ja esim. varata uusi aika kun on siihen valmis. Ei tarvitse päättää asioista välittömästi. Nopeutta tärkeämpää tässä vaiheessa on, että valinnat ovat perusteltuja. Näin toimivat käytännöt palvelevat varmemmin kuntoutuksen oikeaa kohdentumista ja oikea-aikaisuutta.

Koulutustarpeita nostettiin myös esille. Tarvetta koettiin käytännönläheiseen GAS- ja ICF-koulutukseen kokonaisvaltaisen tavoitteellisen kuntoutuksen kehittämiseksi. GAS on menetelmänä osittain tuttu, mutta vahvistusta GAS menetelmän ideologiasta tavoitteen asettamisessa kaivataan. Koulutusta toivotaan motivoivasta, ratkaisukeskeisestä, kuntoutujan pystyvyyskäsitystä ylläpitävään ja parantavaan haastatteluun. Toimintatapoja- ja – mahdollisuuksia toivotaan kehitettävän siten, että asiakas on aidosti keskiössä ja vajavuuksien sijaan nousisivat kuntoutujan voimavarat ja mahdollisuudet esiin paremmin.

Tärkeää on, että tieto kulkee samanlaisena kuntoutusprosessissa mukana oleville esim. asiakas, Kela, palveluntuottaja. Päätös olisi tarpeen antaa tiedoksi myös

kuntoutujan hoitotaholle, siis terveydenhuollon yksikölle mistä suositus Kelaan on tehty. Aina näitä hoitotahon yhteystietoja ei ole saatavilla, joten tiedonkulussa voi tästäkin syystä olla puutteita. Kysymystä herätti onko tarkoituksenmukaista kirjata päätökseen aiempaa yksilöllisemmät tavoitteet ja kysymykset palveluntuottajalle. Haasteeksi tässä tapauksessa koettiin myös päätösten kieliasu.

Palveluntuottajien laatimiin kuntoutuselosteisiin perehtymiseen tarvitaan enemmän aikaa ja selosteet toivotaan ratkaisun tehneen etuuskäsittelijän nähtäväksi. Selosteista saa tietoa asiakkaan prosessin onnistumisesta ja palautetta omasta työstä ja siten tulee mahdollisuus kehittää omaa osaamista itsearviointin pohjalta. Kuntoutuselosteiden perusteella olisi mahdollista myös ottaa yhteyttä palveluntuottajaan, ja kehittää prosessin tavoitteellisuuden näkyvyyttä tiedonkulussa puolin ja toisin. Kuntoutusvalmistelijoiden työn ei tulisi olla pirstaleista, esimerkiksi vain päätöksen tekemistä näkemättä miten prosessi on edennyt. Kuntoutuselosteiden sisällössä ja laadussa koettiin olevan paljon vaihtelevuutta.

7.3 Havainnointivaihe

Tässä kehittämishankkeessa määrittelin pääasialliseksi havainnointivaiheeksi yhden Kelan vakuutuspiirin kanssa osan helmi-syyskuussa 2012 tekemästäni yhteistyöstä. Havainnointivaiheessa esittelin vakuutuspiirille kehittämishankkeesta tähän asti kokoamaani aineistoa. Tämä ajoittui helmi- huhtikuulle 2012. Tällöin sovimme vakuutuspiirin kanssa yhteistyöstä puhelimitse ja sähköpostitse. Lisäksi tapasimme kaksi kertaa, toinen oli yhteistyön suunnittelua ja toinen huhtikuussa toteutettu puolen päivän koulutus- ja keskustelutilaisuus.

Koulutus- ja keskustelutilaisuuteen osallistuivat vakuutuspiirin kuntoutuksen etuuskäsittelijöitä ja heidän esimiehiään. Osallistujia oli kaksitoista. Materiaalina käytiin läpi kehittämishankkeen aineistoa, kehittämisen taustaa, GAS-menetelmän ideologiaa tavoitteellisen kuntoutuksen vahvistajana, tavoitteellista kuntoutusketjua prosessina, ICF:n ideologiaa tavoitteelliseen kuntoutuksen viitekehyksenä. Keskeistä olivat kehittämisen kohteena olevat rajapintojen haasteet tiedon kulussa Kelan ja kuntoutustutkimuksen palveluntuottajan välillä. Olin tehnyt yhteistyössä

keskusteltavaksi ja kehitettäväksi tavoitteellista kuntoutustutkimusta kuvaavasta prosessikuvauksesta luonnoksen. Tätä maaliskuussa 2012 tekemääni prosessikuvauksesta päivitin yhteistyön pohjalta huhti- ja toukokuussa 2012. Prosessikuvauksessa kuntoutusketjun toimivuuden tarkastelussa oli erityisesti kuntoutuksen etuuskäsittelijän tehtävät, tuotokset ja tavoitteet toimivan kuntoutusketjun parantamiseksi.

Kevään 2012 aikana vakuutuspiiriyhteistyössä nostettiin esille seuraavia kehittämistarpeita toimivan kuntoutusketjun kehittämiseksi:

Toimintavaiheessa todettujen kehittämistarpeiden osalta tuotiin esille, että kuntoutustutkimuksen palveluntuottajalle ja asiakkaalle menevän päätösten mukaan on tarpeen lähettää paremmin jäsenneltyä tietoa Kelan odotuksista kuntoutustutkimuksen suhteen.. Haasteeksi koettiin, että Kelan antamaa ohjeistusta palveluntuottajalle *välttämättömistä* tiedoista on tulkittu etuuskäsittelijöiden keskuudessa eri tavoin. Tästä syystä, kuten palveluntuottajatkin toivat ilmi, Kelasta lähetetään erilaisia tietoja. Toisinaan Kelan päätösten mukana lähetetään palveluntuottajille asian valmistelutietoja. Erilaisten käytäntöjen vuoksi selvitin asiaa Kelan terveysosaston kuntoutusryhmän lakimieheltä. Lakimieheltä saamani vastauksen mukaan on tärkeää huomioida, että Kelan kuntoutuslain tietosuojaa noudatetaan (ks. KKRL 63 §) Välttämättömiksi tiedoiksi Kelan etuosohjeen mukaan ei katsota kuuluvan Kelan sisäinen harkinta etuuden myöntämisessä. Sisäiseen harkintaan liittyviä tietoja ovat asian käsittelyyn liittyvät valmistelutiedot Kelassa. Automaattisesti Kelan käsittelyyn kuuluvia tietoja ei tulisi luovuttaa palveluntuottajalle. Tärkeää on huomioida onko niistä hyötyä sellaisenaan. *Ns. hyvä tietää – tyyppisiä tietoja* ei voida tietosuojalain vuoksi asiakkaasta palveluntuottajalle toimittaa.

Kuntoutujalle tulee antaa riittävästi aikaa tehdä omia valintojaan, hänellä pitää olla käytössään riittävästi tietoa valintojensa tueksi. Kuntoutujan pystyvyyttä voidaan tukea kuuntelemalla aidosti sitä mikä on hänelle tärkeää. Kuunteleminen vaatii aitoa läsnäoloa ja kiinnostusta asiakkaalle merkityksellisten asioiden edistämistä. Sitä ei voi tehdä niin sanottuna muodollisena viranomaistyönä. Aikaa pitää siis olla ja lisäksi ymmärrystä, että motivaatio ei ole pysyvä tila. Kuntoutujan motivaatio nähdään tärkeäksi ja sitä arvioidaan lähinnä asenteena ja tahtona

työelämään paluun suhteen. Henkiset ja/tai fyysiset voimavarat voivat kuntoutujan yksilöllisestä tilanteesta johtuen olla vaihtelevat.

Asiakkaalle pitäisi antaa mahdollisuus jäädä prosessoimaan itselleen merkityksellisiä valintoja ja varata uusi aika keskustelulle ennen kuntoutushakemuksen jättämistä Kelaan. Prosessia ei voi kiirehtiä asiantuntijoiden tarpeiden mukaisesti esimerkiksi tuloskortin käsittelyaikojen ja resurssien käyttöön perustuvien määreiden. Kun asiakkaisiin otetaan yhteyttä, voi joskus olla parempi, että kirjeen mukana ei lähetetä hakemusta, koska se voi ohjata ajatuksia suuntaan jota ei ole yhdessä varmistettu oikeaksi. Asiakas voi laittaa hakemuksen vireille ”*koska minua kehoitettiin niin tekemään*” ajattelematta tarkemmin omaa osuuttaan asiassa. Asiakkaan ohjaamiseen tulee käyttää riittävästi aikaa, koska huomioitava on myös hylkäävien päätösten mahdollinen kuntoutumista estävä tai hidastava vaikutus.

Haastattelu käsitteenä voi myös olla valta-asetelmaa ja byrokratiaa kuvaavaa ja ylläpitävää. Voisimmeko käyttää haastattelu - sanan sijaan keskustelu – sanaa, joka ilmentäisi tasavertaisuutta välttämällä byrokratiaa ja kunnioittaen asiakkaan autonomiaa. Keskustelukutsuun voisi jo ennakolta antaa pohdittavaksi joitain asiaan perehtyneen kutsun lähettäjän näkökulmasta tärkeitä asioita ja ohjata tutustumaan kuntoutustutkimukseen Kelan järjestämänä kuntoutustoimenpiteenä. Kutsussa voidaan jo alustavasti kertoa GAS – menetelmästä kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja arvioimisessa.

Vuorovaikutuksen välineitä olisi tarpeen kehittää, esimerkiksi sähköisen viestinnän välineiden käyttöön tulisi kannustaa, esimerkiksi Lync – viestintä ja sähköinen keskustelualusta aktiivisempaan käyttöön.

ICF-viitekehystä voisi käyttää huoneentauluna muistuttamaan kokonaisvaltaisuu-den huomioimisesta kuntoutusprosessia pohdittaessa.

Kuntoutuksen käsittelijöiden ja palveluntuottajien tapaamiset voisivat auttaa elävöittämään kuntoutusprosessia kokonaisuutena osaltaan. Kuntoutus tulisi tällöin eri näkökulmista aidosti tutummaksi kuin vain kurssijärjestelmän ja esitteiden varassa.

Tärkeänä pidettiin, myös, että asiakas voi saada kirjallista informaatiota Kelan järjestämästä kuntoutustutkimuksesta, että asiakas voi itse orientoitua ja tehdä valintoja itselleen tarpeellisesta kuntoutuksesta. Luottamuksellisuutta lisää avoimuus, ja tässä nostettiin esille myös se, että asiakkaan kanssa on tärkeää sopia mitä asiakirjoja kuntoutuksen palveluntuottajalle hänestä lähetetään Kelan maksitoumuksen mukana. Toimivan kuntoutusketjun kannalta on tärkeää, että myös terveydenhuollolla on yhtenäinen käsitys siitä mihin tarpeisiin Kelan järjestämällä kuntoutustutkimuksella on mahdollisuus vastata. Tähän sidosryhmäyhteistyöhön toivotaan vakuutuspiireihin valmiiksi tehtyjä muokattavia diapohjia käyttöön. Hoitotaholla on joskus epätietoisuutta Kelan järjestämän kuntoutustutkimuksen periaatteista.

7.4 Arviointivaihe

Kehittämishankkeen arviointi tapahtui tekemällä havaintoja hankkeen jokaisessa vaiheessa. Kyselyillä ja palveluntuottajavierailuilla käydyissä keskusteluissa arvioin eri vaiheissa nousseiden kehittämistarpeiden tärkeyttä toimivan kuntoutusketjun kannalta. Tärkeää on arvioida kaikkea kehittämishankkeessa koottua tietoa, pohtia tuloksia ja kehittämistarpeita tulevaisuudessa (Toikko & Rantanen 2009, 67). Kehittämishankkeen arviointia tapahtui vertaamalla jokaisessa vaiheessa saatua tietoa keskeisistä kehittämisen haasteista ja ehdotuksista kehittämiseksi.. Kehittämistyötä ohjasi toimivaa kuntoutusketjua kuvaava taustateoria ja tutkimustieto. Nämä toimivat mielestäni hyvin käsitteellisenä viitekehyksenä eri toimijoiden välisessä yhteistyössä ja vahvasti osaltani näkemystä yhteisten käsitteiden tarpeesta asiakaslähtöisesti toimivan kuntoutusketjun kehittämiseksi. Esimerkiksi kokonaisvaltainen ihmiskäsitys ICF-viitekehyksessä auttaa meitä hahmottamaan kuntoutuksen tarpeen aidosti kokonaisvaltaisempana. Selkeä, koordinoitu tavoitteellinen kuntoutusprosessi tukee kuntoutujaa eteenpäin omassa oppimisprosessissaan. Sen vuoksi tavoitteellisuuden käsitteellistäminen yhtenäisellä ja mahdollisimman konkreettisella tavalla on merkityksellistä useiden toimijoiden osallistuksessa kuntoutukseen. Kuntoutujan osallistuminen tavoitteellisten suunnitelmien laatimiseen eri järjestelmien suunnitelmien mudoostuminen kokonaisuudeksi on tärkeää. (Kokko 2010, 3, 201.)

Kehittämishankkeen tavoite täsmentyi suunnittelu- ja toimintavaiheessa. Alun perin suunnitelmana ollut GAS-menetelmän käyttö Kelan kuntoutuksessa muuttui kuntoutusketjun varhaisemman vaiheen tarkasteluun. Tavoitteen muuttumisen syynä oli, että tiedonkulussa eri toimijoiden välillä jo ennen kuntoutustutkimuksen alkamista ilmeni ongelmia, jotka on tarpeen ensin ratkaista. Tavoitteeksi muotoutui kehittämis ehdotusten tekeminen Kelan ja kuntoutustutkimuksen palveluntuottajan välisessä tiedonkulussa. Tavoitteen muutosta tuki suunnitteluvaiheessa tehtyjen aineistohavaintojen lisäksi toimintavaiheessa havainnot kuntoutustutkimuksen palveluntuottajien työpajassa, työpaja kuntoutuksen etuusvastaavien kanssa ja vakuutuspiirin etuuskäsittelijöiden kanssa tehdyn yhteistyön havainnot.

Kuntoutustutkimuksen palveluntuottajien työpajasta koottua aineistoa arvioitiin ja täydennettiin kuntoutustutkimuksen ja etuusvastaavien työpajasta sekä etuuskäsittelijöiden kanssa tehdyn yhteistyön muodostaman aineiston ja heiltä saadun palautteen perusteella. Arviointia tapahtui luontevasti työpajoihin valmistautuessa yhteistyössä kehittämishankkeen Kelan ohjaajan ja muun työpajojen valmisteluun ja pitämiseen osallistuvien Terveysosaston kuntoutusryhmän edustajien kanssa. Kaikkien osallistujien näkökulmat toivat oman lisänsä hankkeen edetessä vaiheesta toiseen laajentaen ainakin omaa näkemystäni asioiden tilasta.

Yhtenä arvioimisen välineenä toimi vakuutuspiiriyhteistyö ja siihen tehty verkkoalusta. Verkkoalustalle tehdyllä keskustelualueella oli tarkoitus mahdollistaa keskustelua 1.5. – 30.9.2012 erityisesti Kelan etuuskäsittelijän asiakashaastattelun sekä päätöksen antamisesta asiakkaalle ja maksusitoumuksen antamisesta palveluntuottajalle. Verkkoalustalle olin vienyt keskustelun ja kehittämisen pohjaksi materiaalia; kevään 2012 vakuutuspiiritapaamisten muistiot, työpajojen ja etuuskäsittelijöiden yhteistyössä nousseiden tarpeiden pohjalta laaditun Tavoitteellisen kuntoutustutkimuksen prosessikuvauksen, teoriaa ICF:stä, GAS-menetelmästä, Kelan etuuskäsittelijän tueksi apukysymyksiä haastatteluun ja Kelan tutkimusosastolta saamani diasarjan Motivaatio ja tavoitteita tunnistava haastattelu (ks. kuvio 2, kohta 3).

Osallistujina verkkoalustalla olivat kevään 2012 puolen päivän yhteistyökokoukseen osallistuneet kuntoutuskäsittelijät ja esimiehet vakuutuspiiristä. Verkkoalustalla ei syntynyt keskustelua. Sama asia on ilmennyt arjen työssä muihinkin verkkokouluihin ja verkkokeskusteluihin osallistumisessa. Jo keväällä 2012 vakuutuspiirin kanssa suunniteltaessa yhteistyötä tuli ilmi rerussien rajallisuus keskusteluun osallistumiseen. Sinänsä toivottiin kyllä mahdollisuutta työn kehittämiseen esimerkiksi LYNC:n ja verkkoalustakeskustelun avulla. Aika ei vain riitä. Arjen työ menee luonnollisesti kehittämistoiminnan edelle. Halukkuutta työn kehittämiseen tuntui sinällään olevan ja yhteistyössä niin sanotun ”hiljaisen tiedon” jakamisen mahdollisuuksia toivotaan. Kelan sisäiset organisaatiouudistukset ja sen mukanaan tuomat uudet haasteet arjen työssä asettivat haasteita aktiiviselle toiminnalle kehittämishankkeessa tässä vaiheessa. Kesän 2012 aikana otin yhteyttä vakuutuspiiriin muutamaa otteeseen puhelimitse ja yritin jonkin verran aktivoida keskustelua verkkoalustalla. Jatkossa vastaavaa keskustelua käynnistettäessä on tilannetta tarpeen arvioida ja keskustella toiveista alustan suhteen enemmän.

Muutamana satunnaisesti tarkastelemani vakuutuspiirin kuntoutustutkimuspäätöksen mukaan tietoa palveluntuottajalle ei mennyt aiempaan yksilöllisempänä. Vakuutuspiiristä kerrottiin, että palveluntuottajan kanssa käydään kyllä puhelimitse keskustelua kuntoutujan tavoitteista ja Kelan tarkoituksesta kuntoutukselle. Tämä tieto ei tule välttämättä dokumentoiduksi ja sitä on siksi myöhemmin vaikea arvioida. Kehittämishankkeessa mahdollistui opinnäytetyöni puitteissa I syklin toteuttaminen. Kehittämissuhteiden perusteella on mahdollisuus tehdä tarkistettu suunnitelma ja jatkaa kehittämistä.

8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Kehittämishankkeen tavoitteena oli tehdä kehittämisehdotuksia Kelan ja kuntoutuksen palveluntuottajan välisen tiedonkulun parantamiseksi. Kehittämisen kohteena ovat kuntoutuksen tavoitteiden ja perusteiden näkyminen Kelan kuntoutuksen palveluntuottajalle lähettämässä maksusitoumuksessa. Olen koonnut kehittämishankkeen aikana yhteistyössä nousseiden kehittämistarpeiden ja pohjalta seuraavia kehittämis kohteita (kehyksessä) ja niihin kehittämisehdotuksia seuraavasti:

Kuntoutujat tarvitsevat enemmän tietoa Kelan järjestämän kuntoutustutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta.

- Etuuskäsittelijöiden resursointi asiakaslähtöiseen aitoon dialogiin perustuvaan keskusteluun on tarpeen mahdollistaa aina kun kuntoutuksen kokonaisvaltainen tarvearvio ja kuntoutuksen tavoitteet ovat epäselvät/epäselvästi ilmaistut.
- Tarvittaessa, mikäli niin sanotut kuntoutuksen normaaliprosessit eivät voi edellä mainittuun tarpeeseen vastata, on tarpeen ohjata monisyisissä tilanteissa joissa syy-seuraussuhteet ovat epäselviä, asiakas Kelan erityispalvelujen piiriin (www.kela.fi/erityispalvelut)
- Asiakkaalle on annettava aikaa prosessoida ja sisäistää saamaansa informaatiota ennen hakemuksen jättämistä. Ammatillisen kuntoutuksen esitteen käyttöön ottaminen asiakastyössä on tarpeen.
- Yhteyshenkilön nimeäminen kuntoutustutkimuksen asiakkaille on tarpeen

Kuntoutustutkimusta varten laadituista lääkärinlausunnoissa on tarpeen tulla esille asiakkaan osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun. Lääkärinlausuntojen taso on kirjava. Kuntoutukselliset tavoitteet tulisi ilmetä lausunnoista paremmin. Lääkärinlausunnossa kuvattu kuntoutuksen tarpeen peruste ja kuntoutusjaksolla asetetut tavoitteet eivät aina näytä kohtaavan.

- Vakuutuspiireissä tehtävässä paikallisessa sidosryhmäyhteistyössä on tärkeää käydä keskustelua terveydenhuollon kanssa asiakkaan osallisuuden merkityksestä Kelan järjestämän kuntoutustutkimuksen onnistumiselle.
- Kuntoutustutkimuksen standardissa on määritelty asioita, joita ammatillista kuntoutusta varten laaditussa lääkärinlausunnossa pitää olla. Yhteistyöllä olisi hyvä varmistaa onko hoitotaho tietoinen näistä odotuksista ja sitoutuuko se näihin.
- Sidoryhmäyhteistyötä varten vakuutuspiirit toivovat muokattavia diapohjia keskushallinnosta.
- Työpajatyypin ja virtuaalisen yhteistyön kehittäminen on tarpeen
- Käsite Kelan järjestämä kuntoutustutkimus versus työkyvyn tutkimus kaipaavat edelleen selkeyttämistä

Palveluntuottajat tarvitsevat enemmän tietoa kuntoutustutkimuksen päätöksen perusteena olevista tekijöistä. Käytännöt tiedon välittämisessä vaihtelevat. Palveluntuottajalle ei ole selvää miksi Kela on tehnyt kuntoutuspäätöksen kuntoutujalle. Aikaa kuluu tarvittavien taustatietojen keräämiseen ja tästä syystä tavoitteiden asettaminen viivästyy. Kelan kysymyksenasettelu puuttuu lähes systemaattisesti.

- Pelisääntöjä palveluntuottajalle lähetettävästä tarpeellisesta tiedosta on tarpeen ohjeistuksella selkeyttää ja yhdenmukaistaa
- Yhteiseen toimintatapaan sitoutumiseksi edellä mainitun ohjeistuksen suunnitteluun on tarpeen miettiä etuuskäsittelijöitä osallistava toimintatapa
- Kelan kysymyksenasettelua palveluntuottajalle on tarpeen kehittää ja luoda siihen työn apuvälineitä.
- Kelan palveluntuottajalle lähettämässä maksusitoumusasiakirjoista ja asiakkaalle lähettämässä päätöksessä on tarpeen näkyä selkeästi, riittävän yhdenmukaisella tavalla ja yksilöllisesti miksi Kela on myöntänyt kuntoutustutkimuksen.
- Päätös on tarpeen lähettää tiedoksi kuntoutustutkimusta suosittaneelle taholle seurannan varmentamiseksi.
- Yhteyshenkilöt on tarpeen sopia.
- Paikallista yhteistyötä asiakkaan verkoston välillä on tarpeen kehittää (työpajat, virtuaaliset työvälineet, yhteyshenkilöt myös muualta kuin Kelasta)
- Kuntoutujasta ei voi lähettää sellaista tietoa palveluntuottajalle mikä ei ole kuntoutujalla tiedossa.

GAS – menetelmän käyttöä on tarpeen kehittää edelleen.

- Tarvitaan käytännön läheistä koulutusta esim. osallistavan oppimisen verkosto (työpajat, virtuaaliset välineet).
- Asiakkaan osallisuutta ja sen näkyvyyttä kuntoutuksen tavoitteiden laati- misessa ja arvioimisessa on edelleen tarpeen kehittää.
- GAS-käsikirjan päivittäminen käytännön läheisemmäksi on ajankohtaista (mm. etenevät sairaudet, lyhytkestoiset kuntoutusjaksot, GAS-tavoite ver- sus keinot (kuntoutusintervention mahdollisuudet)

ICF-ideologiaa ja luokitusta kuntoutuksen monialaisena ja koko- naisvaltaisena viitekehyksenä on tarpeen kehittää edelleen

- ICF-luokituksen käytöstä kokonaisvaltaisen arvioinnin viitekehyksenä tar- vitaan käytännönläheistä oppimisverkostoa
- Vajavuuksien lisäksi ympäristötekijöiden edistävät ja rajoittavat tekijät se- kä arjen osallistumisen ongelmien lisäksi myönteiset tekijät huomioon (voimavaralähtöisyys)
- Kuntoutustavoitteiden taustalla olevien ICF-osa-alueiden huomioiminen

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kelan ja kuntoutuksen palveluntuottajan välistä yhteistyötä kuntoutujalle merkityksellisten kuntoutustulosten edistämiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä Kelan Terveysosaston kuntoutusryhmälle kehittämisehdotuksia tiedonkulun parantamiseksi asiakaslähtöisen tavoitteellisen kuntoutusketjun aikaansaamiseksi kun on kyseessä Kelan järjestämä kuntoutus-tutkimus. Menetelmällisenä lähestymistapana oli toimintatutkimus, joka osallistavuutensa vuoksi soveltuu tähän kehittämishankkeeseen hyvin. Toimintatutkimuksellisessa lähestymisessä kehittämistä eri osapuolten ymmärrys syvenee rajapintoja ylittävässä yhteistyössä, jolloin kuntoutusketjun irrallisista palasista on mahdollisuus kehittyä ehjä kokonaisuus.

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistoiminnassa eettiset kysymykset korostuvat, koska toiminnasta voi olla seuraamuksia kehittämisen kohteelle ja toiminnalle tulevaisuudessa. Ihmisiin liittyvä kehittämistoimintaa vaatii erityistä eettistä huomioimista. (Vilkkä 2006, 56-63.) Kehittämishankkeen ideointivaiheessa olin yhteydessä Kelan Terveysosaston kuntoutusryhmään ja Kelan tutkimusosastoon selvittääkseni toimivan tavoitteellisen kuntoutusketjun kehittämisen tarvetta. Samalla selvitin tarvetta Kelan eettisen toimikunnan lupamenettelyyn asiassa. Tutkimusluvan sain Kelan Palveluosastolta. Lupa koski Kelan tietojen käyttöä kyseisen opinnäytetyön osalta sillä edellytyksellä, että tietoja käytetään Kelan terveystieteiden tutkimusryhmän ohjauksessa. Ohjaus olikin jo järjestetty kuntoutusryhmästä. Luvan saamisen yhteydessä sitouduin, että en käytä väärin saamiani yksityisiä henkilöitä koskevia tietoja (Laki viiranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999 säännökset 22, 23, 24, 35 §). Tiedot säilytin oman työhuoneeni kaapissa.

Luotettavuutta pyrin varmistamaan viiden asiakastapauksen osalta siten, että valikoin rajatusta aineistosta systemaattisessa järjestyksessä ensimmäiset kriteerit täyttävän tapauksen/kuntoutuksen palveluntuottaja. Aineiston valintaan ei vaikut-

tanut tavoitteiden laatiminen, tavoitteiden arviointi tai muut tutkimuksen sisällölliset kysymykset (ks. kappale 6.2). Siten aineiston sisältö ei johdatellut tulkintoja. Aineiston osalta luotettavuuteen voi vaikuttaa rajoittavasti se, että rajasin aineistosta tarkasteltavia kohtia vain niihin osioihin, joissa oletin annettujen ohjeistusten perusteella löytyvän kuntoutuksen tavoitteita koskevaa tietoa. Tavoitteisiin liittyviä asioita voi jossain määrin ilmetä myös kohdissa, joihin niitä ei suoranaisesti ole ohjattu kirjaamaan.

Luotettavuus asiakkaalle merkityksellisten tavoitteiden saavuttamisen osalta rajoittuu teoreettiseen tietoon asiakkaalle merkityksellisistä tavoitteista. Luotettavuutta lisäisi asiakkaan osallistuminen yhteistyöhön.

Esimerkkeinä työpajoissa käytettyjä asiakastapauksia muokkasin siten, että ne eivät olleet tunnistettavissa (sukupuoli, ikä, ammatti, terveydentila ym. henkilöä yksilöiviä tietoja). Sisällöllisesti pidin kuitenkin huolen, että tapauksissa säilyi niiden kehittämisen kannalta tärkeiden asioiden todenperäisyys esim. asetetut tavoitteet ja niiden arvioiminen.

Tähän raporttiin kirjatut kehittämissuositukset muotoutuivat useiden eri vaiheiden kautta. Tutkijana olen ne kirjannut raporttiin siten kuin olen ne tulkinut. Tutkijaa johdattaa kuitenkin aina oma tausta, oman tietämisen mahdollisuudet ja rajoitteet (Heikkinen ym. 2010, 152). Oma taustani kuntoutuksen etuuskäsittelijänä ja ratkaisijana ja käsitykseni kuntoutustutkimuksen asiakkuuksista on luonnollisesti voinut olla vaikuttamassa tulkintoihini. Tulosten ja niistä syntyneiden kehittämishdotusten luotettavuutta on osaltaan varmentanut monipuolinen taustateoria, toimintatutkimuksellinen lähestymistapa ja riittävän yksityiskohtainen raportointi. Kehittämissuositusten luotettavuutta voisi kuitenkin vielä lisätä kysymällä toimintaan osallistuneiden näkemystä tulkintojen oikeellisuudesta. Se voisi olla seuraavan kehittämissyklin ensimmäinen vaihe.

9.2 Kehittämishankkeen eteneminen ja jatkokehittämistarpeet

Tämän kehittämishankkeen kautta tuli konkreettisesti esiin, että toimivan kuntoutusketjun kehittämistä tarvitaan. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite täsmentyi hankkeen edetessä. Toimintatutkimukselle tyypillistä on, että sille ei voida etukäteen kirjoittaa täsmällistä tutkimussuunnitelmaa eikä sen tiedonhankinnan etene- mistä voi kuvata tarkasti (Heikkinen ym. 2010, 86). Tässä suhteessa opinnäyte- työni on varsin tyypillinen toimintatutkimus. Kehittämishankkeen suunnitteluvai- heessa ajatuksena oli tarkastella GAS-menetelmän käytön jalkautumista palvelun- tuottajan toiminnassa. Viiden tapausaineiston valossa ja kuntoutustutkimuksen palveluntuottajien työpajassa vahvistui, että tavoitteiden laatimisen onnistumisek- si on tavoitetta tarpeen tarkentaa. Tiedonkulussa palveluntuottajalle näytti olevan kehittämistä.

Suomi on vuonna 2008 saanut OECD:ltä huomautuksen monimutkaisesta amma- tillisesta kuntoutusjärjestelmästä (OECD 2008). (Pulkki 2012, 41.) Järjestelmän ollessa vaikeaselkoinen, usein asiantuntijoidenkin vaikeasti hahmotettavissa, on luonnollisesti kuntoutujan vaikeassa elämäntilanteessaan melkein kohtuuttoman vaikeaa siinä selviytyä ilman tukea. Tämän kehittämishankkeen valossa näyttää siltä, että kuntoutustutkimuksen asiakkaiden usein vaikeasti hahmotettavaa tilan- netta pitäisi hoitaa aiempaa tehokkaammin yhteistyössä koko kuntoutujan verkos- ton kanssa. Valtiontalouden tarkastusraporttiin perustuvan tiedotteen mukaan Suomen kuntoutusjärjestelmää ollaan sosiaali- ja terveysministeriön hankkees- saselkeyttämässä, koska järjestelmä on epäselvien vastuusuhteiden johdosta liian monimutkainen asiakkaille (Valtiontalouden tarkastusviraston tiedote 2013). Tämä on mielestäni positiivinen viesti siitä, että sektoroituneesta toiminnasta on siirryttävä kokonaisvaltaiseen yhteiseen tarkasteluun asiakkaan näkökulmasta.

Tavoitteiden laatimisen ja arvioimisen selkeyttä on tarkoitus kehittää Kelan terveysosaston kuntoutusryhmässä myös päivittämällä GAS-käsikirjaa. Tähän työhön olisi tältä kehittämistehtävältä odotettu osaltaan panostusta. Valitettavasti se ei tässä aikataulussa ollut mahdollista, joten se jää myöhemmin kuntoutusryh- mälle toteutettavaksi.

Opinnäytetyön aineistona olleissa viidessä tapauksessa voi huomion arvoista olla, että viidestä tapauksesta kahdessa kuntoutuja siirtyi kuntoutuksen jälkeen työelämään tai opiskelemaan. Näistä toisessa kuntoutujalla oli vahva sosiaalisen ympäristön tuki ja yhteyshenkilö tukena. Yhdessä viidestä tapauksesta kävi ilmi, että kuntoutuja oli haastateltu Kelassa hakemuksen käsittelyn yhteydessä. Yhdessä tapauksessa kuntoutujan tilanne jatkui samanlaisena kuin ennen kuntoutusta, työttömänä työnhakijana. Kahdessa tapauksessa kuntoutuja päätyi työkyvyttömyyseläkkeelle, toisessa näistä määräaikaiselle eli kuntoutustuelle. Kahdessa tapauksessa tuli ilmi vasta prosessin edetessä, että vajavuuksia aiheuttavia tekijöitä oli myös mielentoimintojen alueella eikä vain ruumiin ja kehon toimintojen alueella kuten lääkärinlausunnoista ilmeni. Vaikka otos on kovin pieni, tukee se osaltaan opinnäytetyössä esitettyä teoriataustaa (esim. Lindh 2013, 4, 53, BovendÉerd ym. 2009, 352–361) ja kehittämisosion tuloksista nousseita kehittämis ehdotuksia toimivan kuntoutusketjun kehittämistarpeista.

Vakuutuspiirin kanssa tehdyssä yhteistyössä verkkoalustalle tehty yhteisen oppimisen alusta ei sellaisena toiminut. Vaikka käytännön kohtaamisissa oltiin varsin innostuneita ja kehittämishaluisia, ei aktiivisuus riittänyt verkkoalustalla keskusteluun. Verkkoalustalla aktiivisuus vaatii kehittelyä. Sama ilmiö näyttyy kokeumukseni ja useilta verkkokoulujen ylläpitäjiltä kuulemani mukaan muissakin verkkoalustalle tehdyissä kursseissa ja keskustelualustoissa. Verkkoalustojen käyttökelpoisuutta voisi olla tarpeen selvittää ja kehittää. Resurssia ei kannata hukata sellaiseen mille ei ole syystä tai toisesta riittävästi käytännön edellytyksiä toimia. Yhteistyössä ilmeni myös viitteitä siihen, että totutuissa toimintatavoissa ei olla välttämättä kovin nopeasti halukkaita tekemään muutoksia mm. liittyen palveluntuottajille maksusitoumuksen lähettämisen yhteydessä annettavan tiedon luonteeseen. Totuttujen toimintatapojen muuttaminen vaatii asiaan sitoutumista, jota ei ilman osallistumista kehittämiseen helposti tapahdu.

Terveysosaston kuntoutusryhmä järjesti Kelan etuuskäsittelijöille lokakuussa 2012 koulutuksen aiheesta jossa sain opinnäytetyöni osalta tehdä yhteistyössä osion ICF Kelan kuntoutustyössä – Tavoitteellinen kuntoutus – teemalla. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen vetämä ICF-verkosto suunnittelee laajempaa ja syvempää kansallista ICF-koulutusta, joten asia ICF:n käytön laajentamisen osalta

etenee. ICF-ideologian sisäistäminen erityisesti Kelan terveystieteisissä etuuk-
sissa tukee osaltaan Kelan strategista tavoitetta asiakasymmärryksen syventämi-
seksi. Yksittäinen, mielestäni huomion arvoinen seikka ammatillisen kuntoutuks-
sen ydinlistuksen (ICF Core Set for Vocational Rehabilitation 2013) käytössä
lienee, että siinä ei ole suoritukset ja osallistumisen pääluokkaa kotielämä (d6).
Ammatillisen kuntoutuksen valmiuksia arvioitaessa voinee olla merkitystä esi-
merkiksi sillä kykeneekö henkilö esim. valmistamaan ruokansa itse. (d630)(ICF
2004, 152.)

Koko Kelan toimintaa kehittävässä Kohti Uutta Kelaa – ohjelman hankkeissa on
kehitetty työvälineitä palvelutarpeen kartoittamiseksi (mm. työkykyneuvonnan
haastattelu ja henkilökohtaisen Kela-neuvonnan tarpeen kartoitus). Tarkoituksen-
mukaista on varmasti yhdistää voimavaroja huomioiden mitä välineitä on jo kehi-
tetty asiakkaan kokonaistilanteiden kartoittamiseksi. Kokonaisvaltainen yhtenäi-
nen tarpeiden ja tavoitteiden en kartoitus voi palvella useissa tilanteissa parhaiten
asiakaslähtöisesti. Kartoituksen tarvetta arvioitaessa moniongelmaisessa tilantessa
on tarpeen huomioida myös yhteistyön tarve muiden toimijoiden kanssa (mm.
Halonen ym.2007, 56). Kartoituksen tarkoitus ei ole uuvuttaa vaan osallistaa. Kar-
toituksen avulla mahdollistuu asiakkaan osallisuuden vahvistuminen aidosti. Se
edellyttää kuitenkin aitoa sitoutumista järjestelmälähtöisestä, toimenpide- ja vaja-
vuuskeskeisestä toiminnasta kokonaisvaltaiseen asiakaslähtöiseen dialogiseen
toimintaan. (vrt. Lindh, 2013, 3). Palvelutarvetta kartoittavan työvälineen ohjeis-
tuksessa tulee korostaa, että välineiden käyttö ei saa muodostua vuorovaikutuksen
esteeksi.

Opinnäytetyössä ”sivutuotteena” esiin noussut palveluntuottajien kuntoutusselos-
teiden kirjavuus ylläpitää osaltaan toiminnan tehottomuutta. Strukturointi voisi
tehostaa mahdollisuuksia selosteiden seuraamiseen. Tavoitteiden asettamisessa ja
arvioimisessa käytettyjen menetelmien käyttö ja niiden avaaminen johtopäätöksi-
neen yhdenmukaisella tavalla voisi kenties avata toiminnan objektiivisuutta. Kun-
toutustarpeiden ja tavoitteiden ja menetelmien käytön yhteyden näkyminen voisi
osaltaan olla tarkastelemisen arvoinen asia. Tässä opinnäytetyössä menetelmien
käyttö kuntoutustarpeiden, tavoitteiden laatimisen ja arvioimisen välineenä ei oi-

kein tullut esille sen enempää lääkärinlausunnoissa, kuntoutusselosteissa kuin työpajoissakaan.

Kehittämishankkeessa palveluntuottajien kuntoutustutkimusasiakkaalle lähettämä ennakkokysely ei ollut tarkastelussa. Palveluntuottajavierailulla esiin nousi, että moniammatillisen työryhmän jäsenet käyttävät kuntoutujien yksilöhaastatteluissa ja tavoitekeskusteluissa taustatietona Kelalta maksusitoumuksen mukana saamiensa tietojen lisäksi asiakkaalta saamiaan ennako- ja alkukyselyn tietoja.

Ennakkokyselyn huomioiminen jatkokehittelyssä on tarpeen. Kuntoutujan kannalta on tärkeää, että koko palveluketju toimii saumattomasti. On hyvä jos kaikki toimivaa kuntoutusketjua tukeva dokumentoitu tieto saadaan tukemaan asiakkaan koordinoitua prosessia. Tämä vahvistaisi ja lisäisi luottamusta siitä, että kaikki toimivat yhteistyössä asiakkaan asiassa. Ennakkokyselyn mahdollisuuksien tarkastelu kokonaisprosessin tukena voisi olla myös jatkokehittämisen kohde. Päälekkäistä kyselyä ja selvitystyötä asiakkaalta on syytä välttää.

Kumppanuusyhteistyön välineitä on tarpeen kehittää, että yhteistyö olisi mahdollisimman joustavaa ja sujuvaa, esimerkiksi virtuaaliset tapaamiset kuntoutujan yhteistyöprosessin kehittämiseksi ja yksittäisten asiakkaiden kuntoutuksen suunnittelussa voisivat kenties olla toimivia. Asiakkaiden kokemuksia kuntoutustutkimuksen toimivuudesta on tarpeen koota esim. pyytämällä aktiivisesti asiakaspalautetta, keräämällä ja analysoimalla tästä saatua tietoa jatkokehittämisen tueksi.

Tässä kehittämistehtävässä fokus oli Kelan järjestämässä kuntoutustutkimuksessa ja sen tavoitteellisuudessa. Tulokset eivät ole siirrettävissä sellaisenaan muuhun kohteeseen. Kelan järjestämä kuntoutustutkimus on tämän opinnäytetyön kaltaisena toimenpiteenä jäämässä pois Kelan kuntoutuksen toimenpidevalikoimasta vuoden 2014 lopussa. Tällä hetkellä on kommentoitavana tilalle tulevan kuntoutuspalvelun standardi. Siihen toimivan kuntoutusketjun kehittämiseksi nousseiden kehittämis ehdotusten kohdentumista voidaan nähdäkseni tarkastella. Toimintatapa tavoitteellisen kuntoutusketjun kehittämiseksi on nähdäkseni kuitenkin sovellettavissa muihinkin ns. monisyisiin, vaikeasti määriteltäviin ja siksi moniammatillista ja – alaista lähestymistä vaativiin kuntoutusprosesseihin. Tätä perustelen sillä, että tässä on kysymys paljon ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa synty-

västä tiedosta, sen dokumentoinnista ja välittämisestä toimijoiden välillä (vrt. Määttä 2006, 569–582) Vastuun ollessa lainsäädännössä epäselvä silloin kun toimijoita on useita (Tuloksellisuuskertomus 2013, 28), pitäisi se ”pallottelun” sijaan haastaa asiantuntijoita yhteiseen vastuuseen missä säännöt on sovittu yhdessä.

LÄHTEET

- Alaranta, H., Lindberg, H. & Holma, T. 2008. Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A., toim. Kuntoutus. Duodecim. Helsinki. 645 – 657.
- Anttila, H. 2012. Toimintakyky ja ICF Innopaja 5.9.2012. diaesitys Toimintakyky ja ICF, Esimerkki ICF Core setin käytöstä MS-tautia sairastavan asiakkaan kuntoutuksessa [Viitattu 19.9.2013]. Saatavissa: www.innokyla.fi.
- Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. 2010. GAS - menetelmä, Käsikirja, versio 2., Kela [Viitattu 1.5.2012]. Saatavissa: http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf
- Bovend'Eerd, T., Botell, R., & Wade, D., *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 352-361
- Cardillo J. E. & Smith, A. 1994, Psychometric Issues. Teoksessa Kiresuk., T. J., smith, A., Cardillo, Jo. E., Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, And Measurement. Hillsdale, New Jersey. Erlbaum Associates. 173 – 212.
- Davis, S. 2006. Rehabilitation. The use of theories and models in practice. Elsevier. Churchill Livingstone.
- Engeström, Y. 2004. Kumppanuus organisaatioiden välisen yhteistoiminnan mallina ja oppimishaasteena. Helsingin yliopisto, Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö. [Viitattu 1.12.2011]. Saatavissa www.ktl.fi/attachments/suomi/yrjon_kumppanuuspaperi.doc.
- Gould, R., Ilmarinen, J., Jarvisalo J., Koskinen, S., 2006. Työkyvyn ulottuvuudet, Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia .ETK.Kela.KTL.TTL. Hakapaino Oy. Helsinki.
- Hallintolaki 6.6.2003/434
- Hallituksen esitys 184/2013 Eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksesta annetun lain 10 §:n muuttamisesta

Hallituksen esitys 3/2005 Eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista

Hallitusohjelma 22.6.2011

Halonen, J-P., Alltonen, T., Hämäläinen, A., Karppi, S-l., Kaukinen, J., Kervilä, A., Lehtinen, M., Pere, E., Puukka, P., Siitonen, V., Silvennoinen, S., Talo, S., 2007, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia/73. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Harra, T., Aralinna, V., Heikkilä, M. Kokiratupa, R. Löytönen, K., Onkalo-Okkonen, R. 2006. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. Lääkärilehti Duodecim. 3.2006, 554–562. Helsinki.

Heikkinen, H.L.T., Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H, L.T., Rovio, E., Syrjälä, L.(toim.). 2010. Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint Oy. Vantaa.16 – 38.

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. Kiilakoski, T. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H, L.T., Rovio, E., Syrjälä, L.(toim.). 2010. Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint Oy. Vantaa.78–93.

Heikkinen, H.L.T., Kontinen, T., Häkkinen, P. 2010.Toiminnan tutkimisen suuntauokset. Teoksessa Heikkinen, H, L.T., Rovio, E., Syrjälä, L.(toim.). 2010. Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint Oy. Vantaa. 39- 75.

Heinonen, H-M., Tervola, J., Laatu, M., Haastavat asiakkuusprosessit Kelassa. Tutkimus haastavista asiakasryhmistä ja sosiaaliturvan (toimeenpanon) ongelmista. Helsinki 2011. Kelan tutkimusosasto.[Viitattu 20.9.2013]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24597/Nettityopapereita20.pdf?sequence=4>

Hyssälä, L. 2012. Kelan uudistunut strategia 2012 – 2015: tavoitteet ja keinot [viitattu 3.2.2013] Saatavissa: http://www.kela.fi/documents/10180/12149/hyssala_kuumat_perunat.2012.pdf

Härkäpää, K. Järvikoski, A. Gould, R., 2011. Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa. Esimerkkinä työeläkekuntoutus. Teoksessa Järvikoski, A., Lindh, J & Suikkanen A (toim). Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistopaino. 73 - 78.

ICF 2005, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4.Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

ICF Core Set for Vocational Rehabilitation, 2013. [luettu 17.4.2013] Saatavissa: [://www.icf-research-branch.org/images/stories/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive](http://www.icf-research-branch.org/images/stories/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive)

Isoherranen, K., 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, Kaarina, Rekola, Leena & Nurminen Raija. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY. Oppimateriaalit Oy, 26–48.

Isoherranen, K., 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

Jeglinsky-Kankainen, I., Sipari, S. Kelan järjestämän GAS-koulutus ammattikorkeakoulujen opettajille 31.3.2011. Ei saatavissa.

Järvikoski, A. 2002. Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Julkaisussa: Aalto, A-M., Hurri, H., Järvikoski, A. Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen T., Rissanen P.(toim.). Kannattaako Kuntoutus, Asiantuntijakatsau eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267.2002. Stakes. Helsinki.

Järvikoski, A., Hokkanen, L., Härkäpää, K., 2009. Asiakkaan äänellä – Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiö. Helsinki.

Järvikoski, A., Härkäpää, K.2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen.Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A., toim. Kuntoutus. Duodecim. Helsinki. 51-58.

Järvikoski, A., Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja – alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A., toim. Kuntoutus. Duodecim. Helsinki. 80–92.

Järvikoski, A., Kokko, R-L., Kauhaluoma-M., 2000. Kuntoutuvan asiakkaan palveluketju. Julkaisussa: Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P., Kiikkala, I., 2000., toim. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere. 87–98.

Kelan ammatillisen kuntoutuksen etuosohje etuuskäsittelijöille 3.10.2013. Kela. Terveysosasto. Kuntoutusryhmä. Ei saatavissa.

Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi, kuntoutustutkimuksen palvelulinja 1.1.2011 alkaen [Viitattu 1.2.2012] Saatavissa:
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/030903104122KM>

Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi, yleinen osa, päivitetty 1.12.2010. [Viitattu 1.2.2012] Saatavissa:
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/030903104122KM>

Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillisen kuntoutus selvityksen palvelulinja. Voimassa 1.1.2015 alkaen. Luonnos. [Viitattu 7.11.2013] Saatavissa:
http://www.kela.fi/documents/10180/1170079/LUONNOS_Ammatillinen_+kuntoutus selvitys.pdf/5e439b8e-9c9a-43f5-bfbb-0fbfa4ccb483

Kela uudistaa palveluitaan.video. [Viitattu 12.5.2013] Saatavissa: www.kela.fi/
 Kela uudistaa palveluitaan

Kelan kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015. [Viitattu 10.9.2013] Saatavissa:
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/0408101044AK/\\$File/Kuntoutusohjelma 2015/ pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/0408101044AK/$File/Kuntoutusohjelma%202015/pdf)

Kelan kuntoutuksen palveluntuottajarekisteri.[Viitattu 19.1.2012]. Saatavissa: www.kela.fi/Kuntoutuspalvelut.

Kelan Terveysosaston Kuntoutusryhmän tiedote 19.12.2012.[Viitattu 20.9.2013]. Saatavissa:

http://www.kela.fi/documents/10180/601120/tiedote_kelan_hankinta_alueet_2013.pdf

Kelan toimintakertomus 2012. Kela.

Kelasto.Kela.[viitattu 12.9.2013] Saatavissa:

[http://uudistuva.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/020413123645MV/\\$File/Kunto_12.pdf](http://uudistuva.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/020413123645MV/$File/Kunto_12.pdf)

Kohler, F., Connolly, C., Sakaria, A., Stendara, K. & Mojaddidi, M., 2013. Can the ICF be used as a rehabilitation outcome measure? A study looking at the inter- and intra-rater reliability of ICF categories derived from an ADL assessment tool. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2013;45, 881-887.

Kokko, R-L., 2007. Toiveikkuutta ja voimavaroja dialogisesta verkostotyöstä. *Kuntoutus* 2007:3, 5-23.

Koukkari M., 2010. Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta.. Rovaniemi. Lapin yliopistokustannus.

Kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015, Kuntoutus – tie parempaan elämään [Viitattu 11.6.2013] Saatavissa:

http://www.kela.fi/documents/10180/12149/kuntoutusohjelma_2015.pdf

Kuntoutuspalvelujen hankinnat.[viitattu 30.3.2013]. Saatavissa www.kela.fi/hankinnat

Kuntoutusjärjestelmä [viitattu 10.3.2013]. Saatavissa

<http://www.kunnet.fi/index.asp?tz=-2&link=4039>

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvosto.

Kuusela, P., 2005. Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Raporttisarja 2005/2. Työturvallisuuskeskus. Helsinki.

Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista
15.7.2005/566

Laki kansaneläkelaitoksesta 17.8.2001/731

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 13.6.2003/497

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999

Leathard, A., 2003. *Interprofessional Collaboration: From policy to practice in health and social care*. New York: Brunner & Routledge.

Lindh, J., 2007. Ammatillisen kuntoutussuunnitelun vuorovaikutteisuuden ja toteutumisen haasteet. *Kuntoutus* 2007:4, 4-25.

Lindh, J. 2013. Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakenteistumiseen. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 126. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.

Linturi, H. 2003. Toimintatutkimus. [viitattu 22.9.2013]. Saatavissa <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464158778/1194360111832/1194360447229.html>

Matinvesi, S. 2010. *Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa – ICF:n tulkintaa*. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto.

McQuaid, R. 2000. *The theory of partnership: why have partnerships?* Teoksessa S. Osborne (toim.): *Public-Private Partnerships: theory and practice in international perspective*. Routledge, 9–35. London.

Mäkinieniemi, E., Anttila, E., Ilmanen, I., Klemettilä, M., Lehtimäki, P. & Suikkari, A., 2005. *Kuntoutussuunnitelman ja sen toteutumisen arviointi: kolme esimerkkitapausta*. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Määttä, M. 2006. Poikkihallinnolliset ryhmät ja perheiden ongelmiin puuttuminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2006:6 [viitattu 10.3.2013]. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117290>

Paltamaa, J., Karhula, M. , Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta – Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Sastamala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Jonsson, Keskimäki, Kokko, Kärkkäinen, Widström & Vuorenkoski 2010, Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Pohjola, A. Kääriäinen A. & Kuusisto-Niemi S.(toim.) 2010. Sosiaalityö, tieto ja teknologia. Juva. PS-Kustannus.

Pulkki, J. 2012. Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Pärnä, K. 2007. Moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudet varhaisen tuen työssä. Teoksessa Remsu, Niina & Törrönen, Maritta (toim.) Varhainen vastuunotto. Helsinki. Painotalo Miktor, 49–59.

Rajavaara, M. 2006. Yhteiskuntaan vaikuttava Kela. Katsaus vaikuttavuuden käsitteisiin ja arviointiin, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia.

Salmela-Aro, K. Nurmi, J-E 2005. Henkilökohtaiset tavoitteet ja hyvinvointi. Julkaisussa: Salmela-Aro, K. Nurmi, J-E. (toim.). Mikä meitä liikuttaa, Modernin motivaatiopsykologian perusteet. PS-Kustannus. Keuruu. 158–172.

Smith, A., 1994. Introduction and Overview. Teoksessa Kiresuk, T.J., Smith, A., Cardillo, J.E. Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement. Hillsdale, New Jersey. L.Erlbaum Associates. 1- 14.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntoutuspalvelujen järjestäminen [viitattu 22.9.2013] Saatavissa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus/palvelujen_jarjestaminen

Stakes, 2005, ICF, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, Stakes, Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Helsinki.

Standardit. [Viitattu 17.9.2013]. Saatavissa www.kela.fi/standardit

Suikkanen, A., Lindh, J., Linnakangas, R., 2010. Ammatillisen kuntoutuksen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle? Kelan vajaakuntoisten ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden henkilöiden asema työmarkkinoilla vuosina 1998 – 2006. Kuntoutus 4/2010. 31–36.

Sukula, S. 2013. Esitys ammatillisen kuntoutuksen palveluntuottajille 8.2.2013. Näkökulmia kuntoutuksen vaikutusten arviointiin. [Viitattu 9.2.2013]. Ei Saatavissa.

Tautiluokitus ICD-10, Klassifikation of sjukdomar, 2011, Luokitukset termistöt ja tilasto-ohjeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Koodistopalvelu. [Viitattu 4.10.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19>

Tavoitteellinen kuntoutus - GAS – koulutus terveydenhuollolle 10.5.2011. [Viitattu 10.6.2011]. Saatavissa: www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301210130755SV

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Toikko, T. & Rantanen, T., 2009. Tutkimukselliseen kehittämistoimintaan. 3. korjattu painos. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuloksellisuustarkastuskertomus 2013. Kuntoutus työurien pidentäjänä. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 2/2013 [Viitattu 22.9.2013]. Saatavissa: http://www.vtv.fi/files/3447/2_2013_Kuntoutus_tyourien_pidentajana_NETTI.pdf

Tuulio-Henriksson, A-M. 2011. Motivaatio ja tavoitteita tunnistava haastattelu. GAS-koulutus 31.3.2011. Dia-sarja. [Viitattu 1.4.2012] Ei saatavissa.

Vainiemi, K., 2010. Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S., Louhenperä, A. 2010. Gas-menetelmä, käsikirja, versio 2. [Viitattu 20.3.2012]. Saatavissa: http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf

Valtiontalouden tarkastusviraston tiedote 2013. Työkykyä ylläpitävä kuntoutusjärjestelmä on monimutkainen ja osin tehoton. [Viitattu 16.5.2013]. Saatavissa: http://www.vtv.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tyokyky_yllapitava_kuntoutusjarjestelma_on_monimutkainen_ja_osin_tehoton.4887.news

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski. Tammi.

www.kela.fi/erityispalvelut [Viitattu 8.12.2013]

www.kela.fi/hankinnat [Viitattu 1.3.2013]

www.kela.fi/keskushallinto_terveysosasto [Viitattu 1.3.2013]

www.kela.fi/organisaatio [Viitattu 1.3.2013]

www.kela.fi/palvelunumerot [Viitattu 1.3.2013]

www.kela.fi/toimistot [Viitattu 30.11.2013]

[www.kela.fi/yhteistyokumppanit, lomakkeet ja raporttipohjat/vuosiraportit](http://www.kela.fi/yhteistyokumppanit_lomakkeet_ja_raporttipohjat_vuosiraportit) [Viitattu 10.2.2012] Ei saatavissa.

www.stm.fi. Kansaneläkelaitoksen vakuutusalueita esitetään lakkautettavaksi.

Tiedote 215/2013.7.11.2013 [Viitattu 30.11.2013]. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1867492>

www.toimia.fi [Viitattu 1.9.2013] Saatavissa: <http://www.toimia.fi/backgr.html>

Ylisassi, H. 2011. GAS:n (Goal Attainment Scaling) käyttö ammatillisessa (työhön liittyvässä) kuntoutuksessa. Tutkimus- ja kehittämishanke ASLAK –kuntoutuksessa. [Viitattu 12.9.2012] Saatavissa: http://www.kela.fi/documents/10180/12149/verve-loppuraportti_12.4.2011.pdf

LIITE

17.2.2012 KUNTOUTUSTUTKIMUKSEN TYÖPAJAAN 30.11.2011
OSALLISTUNEILLE PALVELUNTUOTTAJILLE LÄHETETTY
SÄHKÖPOSTIKYSELY,

Osallistuite 30.11.2011 Kelan järjestämään ammatillisen kuntoutuksen työkokoukseen ja siellä kuntoutustutkimuksen työpajaan.

Työpajassa tuli yhtenä asiana esille, että palveluntuottajilla on toiveita Kelan suuntaan paremman tiedonkulun osalta. Lokakuussa 2011 kuntoutusryhmän palveluntuottajille tekemän kyselyn mukaan 8/13 vastaajasta koki saaneensa liian vähän tietoa terveydenhuollossa ja Kelassa asetetuista odotuksista kuntoutustutkimuksen suhteen. Syynä oli joko

- Kelan esittämien kysymysten puuttuminen maksusitoumuksesta,
- lääketieteellisten tietojen vähäisyys tai
- muu syy.

Työstän kuntoutuksen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyössäni tavoitteellisen ammatillisen kuntoutuksen prosessin kehittämisen osalta mm.työpajasta vastaanottamaani palloa; miten osaltamme Kelassa voisimme paremmin antaa teille tarvitsemaanne tietoa. Tiedon paremman jäsentelyn tavoitteena on, että voitte aiempaa juohevammin päästä asiakkaan kanssa eteenpäin ammatillisten, GAS:n periaatteiden mukaisten, tavoitteiden asettamisessa sekä keinojen sopimisessa tavoitteisiin pääsemiseksi.

Opinnäytetyötäni ohjaa Kelassa terveysosaston kuntoutusryhmän suunnittelija Seija Sukula. Häneltä ja kuntoutuspäällikkö Tiina Huuskolta olen saanut suostumuksen tämän kyselyn lähettämiseen.

Kuntoutusasiakkaan tavoitteellisen yhteistyöprosessin kehittämiseksi *otan kiitollisena vastaan kommenttejanne mm. seuraaviin asioihin:*

1. Osaatteko käytännön kokemuksen kautta tarkemmin yksilöidä mitä tietoa erityisesti kaipaatte/mikä on yleensä puuttuva asian etenemiseksi tarpeellinen tieto?
2. Onko jotain mihin erityisesti haluaisitte Kelan orientoivan asiakasta tämän hakiessa ammatillisen kuntoutukseen/kuntoutustutkimukseen?
3. Millaista terveydenhuollossa selvitettyä tietoa jätte erityisesti kaipaamaan/voiko mielestänne Kela auttaa tässä kohdin asiakkaan prosessin etenemisessä/miten?
4. Jotain muuta mitä haluatte sanoa yhteistyön sujuvuuden kehittämiseksi tavoitteellisen ammatillisen prosessin kannalta?

Näitä voisi varmaan pohtia sitä kautta minkä olette kokeneet käytännössä tuottavan teille ongelmia/hyödyttävän teitä toiminnan sujuvuuden kannalta.

Toimivamman asiakasprosessin kehittämiseksi otan mielelläni kommenttejanne vastaan haluamallanne tavalla; joko puhelimitse, sähköpostitse, yksittäisenä ammattihenkilönä tai työryhmänä vastattuna. Käytän luonnollisesti vastauksianne anonyymisti kehittämistyössä ellette erikseen ilmoita haluavanne muuta. Voitte jakaa kysymyksiä yksikössänne parhaaksi katsomallanne tavalla.
