

# **Terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen yhteistyö**

**pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessissa**

Kirsi Kortesalmi

Pro gradu – tutkielma

Kuntoutustiede

2017

## **Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta**

Työn nimi: Terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen yhteistyö pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessissa

Tekijä: Kirsi Kortosalmi

Koulutusohjelma/oppiaine: Kuntoutustiede

Työn laji: Pro gradu -työ \_x\_ Sivulaudaturtyö \_\_ Lisensiaatintyö \_\_

Sivumäärä: 62, 4 liitettä

Vuosi: 2017

### Tiivistelmä:

Tässä Pro gradu-tutkielmassa tarkasteltiin terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä Kansaneläkelaitoksen (Kelan) kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Tavoitteena oli selvittää, miten terveydenhuollon ja Kelan yhteistyö toteutuu pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutusprosessissa. Lisäksi tarkasteltiin, miten terveydenhuollon ammattilaiset kokevat kuntoutusprosessin toimivuuden ja millaisia näkemyksiä heillä on prosessissa tehtävän yhteistyön kehittämiseksi.

Tutkielmaan haastateltiin kuutta erikoissairaanhoidossa työskentelevää terveydenhuollon ammattilaista. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Tulosten mukaan yhteydensaaminen Kelaan koettiin hankalaksi, ja sen koettiin vaikeutuneen viime vuosina. Yhteistyö Kelan kanssa koettiin tarpeelliseksi erityisesti silloin, kun asiakkaan tilanne edellytti laaja-alaista ja prosessinomaista suunnittelua. Yhteistyöhön toivottiin enemmän asiantuntijuuteen perustuvaa dialogia sekä moniammatillista, verkostomaista työskentelyä. Dialogin ja moniammatillisen työskentelytavan uskottiin luovan yhdenmukaiset käsitykset kuntoutuksen tavoitteista, mahdollisuuksista ja seurannasta kaikille toimijoille sekä lisäävän ymmärrystä kuntoutujan toimintakyvystä ja kuntoutuksen järjestämisen vastuista. Tulokset toivat esille yhteistyön tärkeyden. Hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumista sekä kuntoutujien arjen sujuvuutta voidaan tukea lisäämällä keskustelua kuntoutusprosessiin osallistuvien tahojen välillä.

### Avainsanat:

Kuntoutus, yhteistyö, palvelujärjestelmät, palveluohjaus, toimintaverkosto, vuorovaikutus

### Muita tietoja:

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi \_x\_

Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi \_\_

(vain Lappia koskevat)

## SISÄLLYS

1 Johdanto.....	1
2 Kuntoutusprosessin osatekijöitä .....	5
2.1 Pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevan kuntoutusprosessi ja kuntoutuksen hyvät käytännöt .....	5
2.2 Terveysthuollon rooli kuntoutusprosessissa .....	8
2.3 Kelan rooli kuntoutusprosessissa .....	10
2.4 Kuntoutussuunnitelma yhteistyön pohjana.....	12
3 Yhteistyötekijöitä ja toimintatapoja.....	15
3.2 Yhteistyön elementtejä ja ohjaavia säädöksiä .....	15
3.3 Moniammatillisia asiantuntijuuksia ja organisaatiotekijöitä .....	16
3.3 Palveluohjauksellisia työtapoja.....	18
3.4 Toimija- ja yhteistyöverkostotyöskentely .....	20
4 Tutkielman tavoite ja tutkimuskysymykset.....	23
5 Tutkielman toteutus.....	24
5.1 Aineisto ja analyysi .....	24
5.2 Tutkielman eettisyys.....	31
6 Tutkielman tulokset.....	34
6.1 Vastajien taustatiedot.....	34
6.2 Yhteydenpito kuntoutusprosessissa.....	34
6.3 Yhteistyö ja osaaminen.....	36
6.4 Kuntoutusprosessiin osallistuminen.....	38
6.5 Yhteistyön kehittäminen.....	42
7 Johtopäätökset ja pohdinta .....	52
Lähteet.....	57
Liitteet	

# 1 Johdanto

Kuntoutus käsitetään toiminnaksi, jossa asiakkaan kuntoutuminen, organisatoris-byrokraattinen asioiden käsittely sekä etuuksia ja palveluja koskevat ratkaisut ja ammatillinen toiminta yhdistetään kokonaisuudeksi. Kokonaisuuden tulisi olla toimiva, sillä katkokset millä tahansa toiminnan tasolla vaikeuttavat koko kuntoutusta. Asiantuntijoiden vastuulla on, että organisaatioiden välinen byrokratia voidaan yhdistää. Samalla tulee hoitaa myös erilaiset etuus- ja toimeentulokysymykset. (Piirainen & Kallanranta, 2008: 95.) Yhteistyöstä, jossa on mukana useita asiantuntijoita ja mahdollisesti eri organisaatioita, käytetään nimitystä moniammatillinen yhteistyö (Isoherranen, 2007: 29).

Kuntoutusjärjestelmä on ymmärretty institutionaalisenä kokonaisuutena, jonka muodostavat julkisyhteisöt ja kuntoutuslaitokset. Toisaalta kuntoutusjärjestelmän käsite on yhdistetty myös hallinnolliseen kokonaisuuteen, joka liittyy kuntoutuksen sosiaaliturvaan. (Lindh, 2013: 189). Näiden järjestelmien yhteistyön tavoitteena tulisi olla asiakkaan kuntoutustoiminnan ja arjen sujuvuuden varmistaminen ja helpottaminen (Paatero ym., 2008: 49). Yhteistyön merkitys korostuu erilaisissa kehityksen siirtymävaiheissa. Tiedonpuutetta ja ohjaustarpeita asiakkailta ilmenee nimenomaisesti juuri elämäntilanteissa siirtymävaiheissa sekä muuttuvissa elämäntilanteissa (Järvikoski ym., 2009: 211).

Yhtenä keinona käytännön kuntoutustoiminnan sujuvuuden parantamiseksi voidaan nähdä eri osapuolten yhteistyönä laatimat hyvien kuntoutuskäytäntöjen ja kuntoutusketjujen kuvaukset (Paatero ym., 2008: 49). Yhteistyön keskiössä voidaan perinteisesti pitää kuntoutussuunnitelman kautta syntyvää kuntoutustarpeeseen vastaamista. Kuntoutussuunnitelmien tekemisen helpottaminen voidaan nähdä myös tukena kuntoutusprosessin sujuvuudelle. Näillä keinoilla on mahdollista parantaa kuntoutujan palveluita ja yhdenvertaisuutta. Lisäksi on havaittu, että esimerkiksi yhteispalvelupisteiden toiminta luo työntekijöiden yhteistä toimintakulttuuria sekä järkipäristää toimintatapoja ja ennen kaikkea merkitsee asiakkaalle parempaa ja kokonaisvaltaisempaa palvelua. (Paatero ym., 2008: 49.)

Hallintolaki (434/2003) korostaa muun muassa palveluperiaatetta, neuvontaa ja viranomaisten yhteistyötä kaikessa hallintotoiminnassa. Hyvä hallintotapa voidaan Koivikon ja Siparin (2006: 243) mukaan kuntoutustoiminnassa tiivistää palveluohjauksen tai pal-

veluohjauksellisen työotteen alueelle. Suikkasen ja Lindhin (2008: 71, 73) mukaan myös verkostot ja verkostoitumisen ajatus ovat lisääntyvässä määrin tulleet mukaan kuntoutuspoliittiseen keskusteluun. Keskustelulla on nimenomaisesti korostettu verkostoitumisen merkitystä kuntoutuksen laadun sekä tehokkuuden parantamiseksi. Sen lisäksi, että verkostoitumisessa voidaan nähdä keinoja vähentää kuntoutusympäristöön liittyviä epävarmuuksia, voidaan verkostoitumisessa nähdä myös keino parantaa sekä yhteistyötä että koordinaatiota.

Tutkielmassa pitkäaikaisella kuntoutuksen tarpeella tarkoitetaan tilannetta, jossa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) edellytysten mukaisesti henkilöllä on sairaus tai vamma sekä siihen liittyvä suoritus- ja osallistumisrajoite, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve. Kuntoutusprosessi käsittää tutkielmassa kuntoutuksen tarpeen toteamisen, kuntoutuksen suunnittelun, kuntoutuksen toimeenpanon sekä kuntoutuksen seurannan.

Pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevan kuntoutujan prosessi on usein ajallisesti pitkä ja vaatii jo tästäkin syystä pitkäaikaista yhteistyötä. Yhteistyötä tehdään eri tahojen kesken moniammatillisissa tiimeissä, ainakin teoriassa. Käytännön toteutus kuitenkin voi poiketa teoriasta ja suuntaa antavista ja jopa velvoittavista ohjeistuksista.

Kuntoutustoimintaan liittyvää yhteistyötä ohjataan ja säädellään laeilla, joissa määritellään erityisesti asiakkaan ohjaamista, yhteistyötä, yhteistoimintaa ja erilaisia tietosuojaan liittyviä tekijöitä. Yhteistyöhön vaikuttavat myös erilaiset organisaatioon liittyvät rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät. Tiedonkulun ongelmat sekä vastuukysymysten epäselvyys voivat aiheuttaa viiveitä ja turhautumista kuntoutusprosessissa. Kokonaisuuden hallinta kuntoutujan ja hänen perheensä tilanteen hoidosta voi jäädä toteutumatta.

Pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutusasioiden parissa työskentelee päivittäin useita tahoja. Keskeisinä toimijoina ovat sekä terveydenhuolto että Kansaneläkelaitos eli Kela. Näillä toimijoilla on merkittävä rooli kuntoutusprosessin toteuttamisessa. Tästä syystä on tärkeää tarkastella näiden keskeisten toimijoiden yhteistyön toimivuutta. Yhteistyön toimivuutta sekä erilaisia yhteistyön muotoja on tutkittu aiemmin muun muassa asiakkaiden näkökulmasta. Vaikeavammaiset Kelan palveluissa tutkimus selvitti muun muassa asiakkaiden näkemyksiä palvelujärjestelmän toiminnasta

(Järvikoski ym., 2009). Perttulan vuonna 2003 julkaisema raportti käsitteli pitkäaikais-sairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten ja heidän perheidensä palveluohjauksen toiminnallisten käytäntöjen toteutumista. Keskeisimmät tulokset liittyivät työn kokonaisvaltaistumiseen ja parempaan asiakkaan asioiden suunnitteluun ja asiakkaan asioihin paneutumiseen. Myös verkostoyhteistyö koettiin tarkoituksenmukaisena. Ongelmakohdiksi kokeilussa osoittautuivat erilaiset työn rakenteelliset tekijät, kuten resurssit ja aikatekijät ja toisaalta myös yhteistyökumppaneiden muutosvastarinta.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan kuntoutusprosessin keskeisen toimijan näkökulmaa terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen välisestä yhteistyöstä. Erityisesti paneudutaan pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutusprosessissa tehtävään yhteistyöhön. Tarkoituksena on selvittää, miten terveydenhuollon ammattilaiset kokevat kuntoutusprosessin toimivuuden ja millaisia näkemyksiä heillä on prosessissa tehtävän yhteistyön kehittämiseksi. Kuntoutusprosessin keskeisen toimijan näkökulman esiintuominen voi osaltaan auttaa kehittämään prosessia edelleen. Lopullinen aihevalinta muotoutui tutkijan omasta kokemuksesta ja kiinnostuksesta tutkittavaan aiheeseen.

Tutkielman kohderyhmänä ovat terveydenhuollon ammattilaiset, jotka osallistuvat pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessiin sen yhdessä tai useammassa vaiheessa. Kohderyhmä valikoitui ammattilaisista, jotka osallistuvat joko kuntoutuksen tarpeen toteamiseen, kuntoutusprosessin suunnitteluun, toimeenpanoon tai seurantaan tai useampaan näistä kuntoutusprosessin vaiheista. Haastatteluaineiston analyysi perustuu teoriaohjaavaan sisällön analyysiin. Haastattelun teema-alueet on muodostettu perinteisten yhteistyöhön liittyvien tekijöiden pohjalta ja tuloksia tarkastellaan teoriasta johdettujen teemojen kautta.

Tutkielman rakenne koostuu seitsemästä pääluvusta. Ensimmäinen pääluku on johdanto. Toisessa luvussa esitetään kuntoutusprosessiin liittyviä keskeisiä tekijöitä. Kolmannessa luvussa tuodaan esille kuntoutusprosessin rakentumiseen liittyviä yhteistyötekijöitä ja yhteistyötä tukevia toimintamuotoja. Neljännessä pääluvussa esitetään tutkielman tavoite ja tutkimuskysymykset. Viidennessä pääluvussa esitetään tutkielman aineisto sekä keskitytään aineiston analysointiin ja tutkielman eettisten valintojen käsittelyyn. Kuudes pääluku käsittää varsinaiset tutkimustulokset alkuperäisten teema-alueiden alle jaoteltuna. Tuloksia avataan ja havainnollistetaan sitaatein. Lopuksi, seitsemännessä

luvussa esitetään tutkielman johtopäätökset ja pohditaan tutkielman tekemistä ja tuloksia kokonaisuudessaan.

## 2 Kuntoutusprosessin osatekijöitä

### 2.1 Pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevan kuntoutusprosessi ja kuntoutuksen hyvät käytännöt

Tässä tutkielmassa pitkäaikaisella kuntoutuksen tarpeella tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilöllä on sairaus tai vamma sekä siihen liittyvä suoritus- ja osallistumisrajoite, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve. Rajoite on niin suuri, että hänellä on sen vuoksi huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa kotona, opiskelussa, työelämässä tai muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005.)

Kuntoutusprosessilla tarkoitetaan tässä tutkielmassa kuntoutuksen tarpeen toteamista, kuntoutuksen suunnittelua ja kuntoutustoimenpiteiden toimeenpanoa sekä kuntoutuksen seuranta. Pitkäaikaisen kuntoutustarpeen on todettu edellyttävän suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Vaikka pitkäaikaiset suunnitelmat ja päätökset varmistavatkin usein kuntoutuksen toteutuksen jatkuvuuden, edellyttää tämä toisaalta, että hoitava taho säännöllisesti seuraa tavoitteiden saavuttamista ja tekee tarvittavat muutokset suunnitelmaan. (Paltamaa ym., 2011: 232.)

Pitkäaikainen kuntoutustarve edellyttää siis usein sanansa mukaisesti ajallisesti pitkiä, jopa vuosia kestäviä kuntoutusprosesseja. Erityispiirteensä pitkäkestoisille prosesseille asettavat elämäntilanteiden, toimintakyvyn sekä kehitysvaiheiden muutokset. Näissä korostuvat tavoitteellisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden suunnittelun ja seurannan jatkumot prosessin eri vaiheissa. Kun prosessi aloitetaan, jonkun tulisi kantaa vastuu sen etenemisestä (Matinvesi, 2010: 116–118). Järvikoski (2013: 58) onkin todennut, että tilanteet, joissa kuntoutusprosessi katkeaa siksi, että kukaan ei huolehdi siitä eikä mikään organisaatio katso olevansa vastuussa prosessista, ovat asiakkaille erityisen vaikeita.

Kuntoutusketjun katkeamattomuus on nähty edellytyksenä hyvälle ja vaikuttavalle kuntoutukselle (Paltamaa ym., 2011: 232). Paltamaa ym. (2011: 232) pitävät tärkeänä, että huomiota kiinnitetään muutamiin riskikohtiin, kuten kuntoutuksen järjestämisen vas-



tuun siirtyminen, 16 vuoden ikä, 65 vuoden ikä, muutokset vammaisetuuden tasoissa ja elämän erilaiset siirtymävaiheet. Kuntoutusprosessin ei tulisi kuitenkaan olla itseisarvo eikä kuntoutujan elämänprosessin tulisi olla kuntoutusprosessi. Kuntoutuksen tulisi olla kuntoutujan elämänsäkaareen integroitu luonteva tuki. Tämä edellyttää, että prosessit rakentuvat joustavasti, ovat läpinäkyviä ja toisaalta kuntoutujalle näkymättömiä.

Kuntoutuksen tavoitteena on lähtökohtaisesti nähty muutos, joka voi liittyä useisiin elämänalueisiin. Prosessimainen tai ketjumainen eteneminen on yksi kuntoutuksen tunnusmerkeistä. Kuntoutus voidaankin siten mieltää jatkumoksi ja prosessiksi, jossa yhdistyvät kuntoutujan, hänen ympäristönsä ja eri organisaatioiden ammattilaisten näkemykset ja toimintaedellytykset.

Järvikosken (2013: 73–74) mukaan toimenpiteen ja toimintamuodon tulee liittyä muuhun kuntoutusprosessiin ollakseen kuntoutusta, yksittäinen toimenpide tai toimintamuoto ei ole sellaisenaan kuntoutusta. Kuntoutuksena voitaneen pitää yksilöllistä, tavoitteellista toimintaa, joka tähtää kuntoutujan tavoitteiden mukaiseen muutokseen kuntoutujan elämäntilanteessa. Muutos voi kohdistua kuntoutujan toimintaan työssä, opinnoissa, kotielämässä, sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja muilla elämänalueilla. Kuntoutuksen luonteen perimmäisenä ajatuksena tulisi olla voimavarasuuntautuneisuus, yksilön vahvuuksien etsiminen ja oma-aloitteisuuden tukeminen.

Järvikoski ja Karjalainen (2008: 80) näkevät kuntoutusprosessin ominaisuuksina muun muassa tavoitteellisuuden, suunnitelmallisuuden, kokonaisvaltaisuuden, yksilöllisyyden, kuntoutujakeskeisyyden, voimavaralähtöisyyden sekä pitkäjänteisyyden. Kuntoutus voidaan nähdä myös oppimisprosessina, jossa pedagogiikka on keskeisessä osassa sekä kuntoutujan että ammattilaisten roolissa (Brattberg & Jönsson, 2005: 16).

Matinvesi (2010: 116–118) määrittelee kuntoutusprosessin olemassa olevien tai ennakoitujen suoriutumisedellytysten ja suoriutumisvaateiden ristiriidan poistavana tai sitä vähentävänä, kuntoutusorganisaatiot yhteistyöhön asettavana, kuntoutustoimenpiteet ajoittavana ja niitä ohjaavana sosiaalisena muotona. Kuntoutusprosessia on lähestytty myös kuntoutumisen näkökulmasta, jolloin kuntoutuminen nähdään saumattomana palvelukokonaisuutena, jossa edetään prosessinomaisesti henkilön yksilöllisten tarpeiden edellyttämällä tavalla (Jeglinsky ym., 2013: 37).

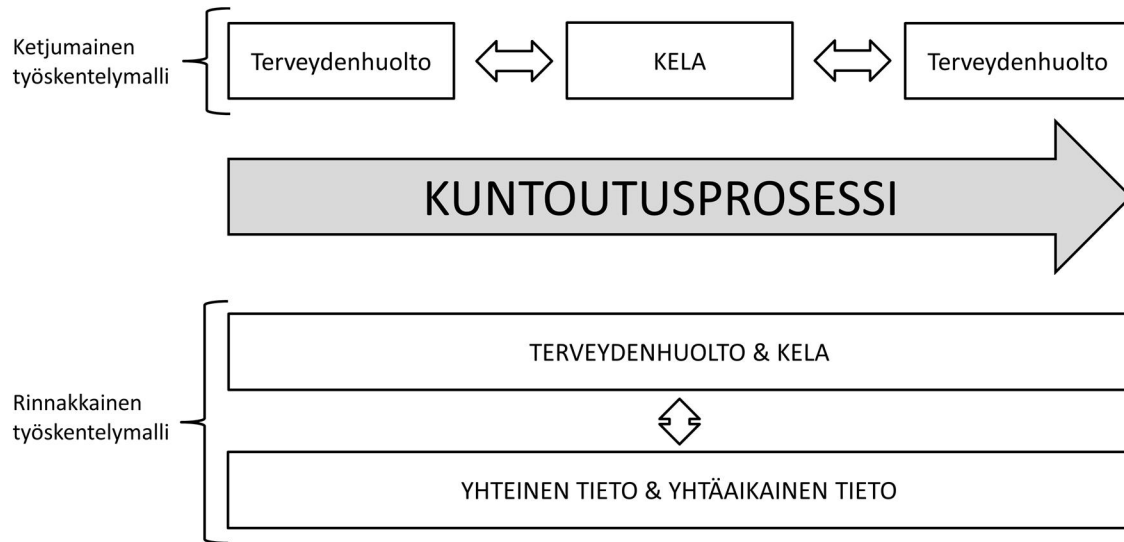
Matinveden mukaan (2010: 122) kuntoutusprosessi erottuu hyvinvointipalveluyksikön muusta toiminnasta siten, että kuntoutustarve sekä kuntoutusmahdollisuudet arvioidaan moniammattimaisesti sekä laaditaan kuntoutussuunnitelma. Kuntoutujan tarpeet ovat yksilöllisiä ja vaihtelevat usein prosessin edetessä. Koivikko ja Sipari (2006: 239) näkevät kuntoutuksessa kolme tasoa: Tarpeen toteaminen, toimenpiteiden suunnittelu ja niiden toteutus. Taustalle tarvitaan tietoa siitä, millaista kuntoutusta tai tukitoimia milloinkin tarvitaan, mitä on saatavana ja miten ne käytännössä järjestetään.

Kuntoutusketjun toimivuus on yksi hyvän kuntoutuskäytännön edellytyksistä. Erityisesti asiakkaan kannalta tämä on merkittävä kuntoutuksen onnistumiselle. Kuntoutuja on varsinaisen kuntoutuksen aikana eri palvelujärjestelmien ja ammattialojen edustajien asiakkaana. (Paltamaa ym., 2011: 35.) Jokaisella toimijalla on oma tehtävänsä kuntoutusprosessin aikaan saamisessa (Matinvesi, 2010: 116–118). Joustava yhteistyö eri vaiheissa on tärkeää, jotta kuntoutus voisi toteutua johdonmukaisena kokonaisuutena ja saavuttaisi sille asetetut tavoitteet (Paltamaa ym., (toim.) 2011: 35).

Kuntoutus on yhteistyötä, jossa työntekijän osuus painottuu kuntoutujan tarpeiden mukaan. Työntekijä on kuntoutujan mukana, kun suunnitellaan prosessin eri vaiheita, tekee prosessia koskevia päätöksiä ja arvioi tavoitteiden ja suunnitelmien toteutumista. (Järvikoski, 2013: 73–74.) Suomessa kuntoutus on organisoitu siten, että eri hallintokuntiin kuuluvat, itsenäisesti toimivat yksiköt saavat yhteistyöllä aikaan kuntoutusprosessin. Kuntoutuksen aikaansaaminen edellyttää sitoutumista yhteiseen tarkoitukseen sekä yhteisen kielen löytämistä. (Matinvesi, 2010: 116–118.) Prosessi ei ole kuitenkaan prosessi ilman alkua ja loppua. Myös kuntoutusprosessissa voidaan nähdä päätepiste, jonka tuloksena kuntoutujan suoriutumisedellytysten ja suoriutumisvaateiden ristiriidat poistuvat tai vähenevät (Matinvesi, 2010: 116–118).

Kuntoutukselle on ollut tyypillistä, että ammattilaisten työskentely on sijoittunut prosessiin vaiheittain. Kuntoutus sekä siihen liittyvä yhteistyö toteutui tuolloin ketjumaisesti ja keskeistä oli pohdinta siitä, kuinka kuntoutumisen etenemisen kannalta olennainen tieto onnistuttiin siirtämään vaiheesta toiseen. Yhteistyön tekemisessä on kuitenkin viime vuosina ollut nähtävissä muutos, jonka pohjalta eri alojen tai organisaatioiden asiantuntijat osallistuvat asiakkaan kuntoutusprosessiin samaan aikaan. (Järvikoski & Karjalainen, 2008: 85–90.) Eri alojen tai eri organisaatioiden asiantuntijoiden samanaikainen kuntoutusprosessiin osallistuminen mahdollistaa yhtäaikaisen sekä yhteisen tiedon ja

ymmärryksen jakautumisen kaikille osapuolille. Rinnakkain työskentelyn etuna voidaan nähdä myös kuntoutusprosessin sujuvuuden ja seurannan varmistaminen.



Kuvio 1. Kuntoutusprosessiin osallistuminen.

Metteri (2012: 53) puhuu universalismista hyvinvointivaltiossa, jossa oleellista on hyvinvoinnin kattavuus. Palvelujärjestelmässä toimivat ammattilaiset ovat saaneet sovitut kriteerit täyttävän ammatillisen koulutuksen, heiltä edellytetään näin ollen tiettyä ammattitaitoa ja osaamista sekä sosiaali- ja terveysthuoltoissa että etuuksien myöntämisessä. Kuitenkin väliinpuotoamisia ja sosiaaliturvaa vaille jäämistä tapahtuu osaksi sen takia, että eri organisaatiot ja ammattilaiset eivät tee riittävää yhteistyötä ja tuo osaamistaan ja tietoaan yhteiseen tilanteeseen. Paltamaa ym. (2011: 225) näkevät asian siten, että toimijoiden sitoutuminen kuntoutusprosessiin, jolla on alku, seuranta ja loppukohta, mahdollistuu huolellisen suunnittelun kautta. Suunnittelun jälkeen toimijat voivat asiakaslähtöisesti kulkea kuntoutujan rinnalla tarvittavan ajan.

## 2.2 Terveysthuollon rooli kuntoutusprosessissa

Pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevan kuntoutujan kuntoutusprosessissa työskentelee ammattilaisia monilta eri aloilta, asiantuntijoiden tarve vaihtelee yksilöllisen tilanteen

mukaan. Tässä tutkielmassa keskitytään terveydenhuollon ammattilaisten rooliin ja näkemyksiin yhteistyöstä prosessin aikana.

Jokaisella toimijalla on oma roolinsa kuntoutusprosessissa. Kuntoutujaan liittyvät yksilölliset tekijät ja iänmukainen kehitys vaikuttavat palvelujen tarpeeseen ja sitä kautta myös eri ammattilaisten mukanaoloon kokonaisprosessissa.

Terveydenhuollolla on tärkeä rooli kuntoutujan sairauteen liittyvissä hoidossa, diagnostiikassa ja tutkimuksessa sekä hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. Terveydenhuollossa kuntoutujan kanssa voi työskennellä moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat muun muassa lääkärit, kuntoutusohjaajat, sosiaalityöntekijät sekä erilaiset terapeutit. Yhteistyötä tehdään muiden tukitoimien kanssa tiiviisti, esimerkiksi sosiaalityöntekijät auttavat kuntoutujaa ja heidän perheitään yhteistyön rakentamisessa muihin palveluihin.

Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisen suuntaviivat, valmistelee sitä koskevan lainsäädännön ja ohjaa uudistusten toteuttamista. Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuu Suomessa on kunnilla. Terveydenhuollon ensisijaisena tavoitteena on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, hyvinvoinnin edistäminen, työ- ja toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen. Lisäksi tavoitteena on kaventaa terveyseroja. Tavoitteiden perustana ovat ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat terveystalvelut, jotka ovat koko väestön saatavilla. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan on tärkeää, että sosiaali- ja terveystalvelut järjestetään sekä talveluja kehitetään kokonaisuutena. Tärkeänä pidetään myös sitä, että kehitystyössä painotetaan ennaltaehkäisyä ja asiakkaan asemaa. (Sosiaali- ja terveystalvelut.)

Terveystalvelut jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Tässä jaossa perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää terveystalvelukeskuksissa tuotettavaa talvelua, kuten väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja erilaisia talveluita. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan pääosin sairaaloissa järjestettäviä erikoisalojen mukaisia tutkimuksia ja hoitoja. Terveystalveluja ohjataan lainsäädännöllä, suosituksilla sekä erilaisilla valtionavustuksilla. (Sosiaali- ja terveystalvelut.) Kunnan tulee järjestää sairaanhoidon liittyvä lääkinällinen kuntoutus, johon kuuluu kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, kuntoutustarvetta ja kuntoutusmahdollisuuksia sekä toiminta- ja työkykyä selvittävät arviot ja tutkimukset, erilaiset terapiat sekä laitoskuntoutukset.

(Terveystuololaki 30.12.2010/1326). Terveystuololain (30.12.2010/1326) mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa omalla alueellaan väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesta erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta. Lisäksi sairaanhoitopiiri, yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa, suunnittelee ja kehittää erikoissairaanhoidon siten, että ne yhdessä muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on annettava alueensa terveystuoluksille niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluja, joita perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa. Lisäksi erikoissairaanhoidon vastuulla on muun muassa lääkinällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittäminen, niiden ohjaus sekä laadun valvonta. (Terveystuololaki 30.12.2010/1326.) Harvinaisten sairauksien, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella erityistason sairaanhoitoon liittyviä tutkimuksia, hoitoa sekä hoitoon liittyvää lääkinällistä kuntoutusta on keskitetty tiettyihin yliopistosairaaloihin. (Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä 336/2011.)

Henkilöstö nähdään sosiaali- ja terveydenhuollon strategisena voimavarana ja toiminnan keskeisenä menestystekijänä. Terveystuollon ja sosiaalihuollon henkilöstön ammatillisesta koulutuksesta ja pätevydestä säädetään laeissa ja asetuksissa. Koulutuksesta vastaa lähtökohtaisesti opetus- ja kulttuuriministeriö. Tavoitteena on turvata sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja hyvä ammatillinen osaaminen. Palvelujen laatuun ja tuloksellisuuteen sekä henkilöstön työhyvinvointiin vaikutetaan henkilöstövoimavarojen kehittämisellä. (Sosiaali- ja terveystuolupalvelut.)

### 2.3 Kelan rooli kuntoutusprosessissa

Kelan kuntoutuksen järjestäminen perustuu lakiin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005). Pitkäaikaista kuntoutusta tarvitseville alle 65-vuotiaille Kela järjestää vaativaa lääkinällistä kuntoutusta ja korvaa kuntoutuksesta aiheutuneita kustannuksia. Kansaneläkelaitoksen järjestämän kuntoutuksen tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustua erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusraha-

etuuksista (566/2005). Kuntoutuksen saaminen edellyttää myös aina, että asiakkaalle on tehty asianmukainen kuntoutussuunnitelma julkisessa terveydenhuollossa.

Kuntoutusasian käsittely on kuvattu muun muassa Kelan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta koskevissa palvelukuvauksissa. Kuntoutusprosessin perustana on kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä tehty kuntoutussuunnitelma, jossa on arvioitu kuntoutujan kuntoutustarve, kuvattu kuntoutujan toimintakyky sekä kuntoutuksen suunnitelma. Suunnitelmassa on lisäksi asetettu kuntoutuksen tavoitteet. Kelan kuntoutusprosessiin sisältyy kuntoutuksen hakeminen, kuntoutuspäätöksen tekeminen, palveluntuottajan toteuttama kuntoutus sekä kuntoutuksen seuranta ja jatkotoimien arviointi kuntoutujan hoitavan tahon kanssa. Kuntoutuspäätös tehdään kirjallisena ja lähetetään kuntoutujalle, palveluntuottajalle sekä hoitavalle taholle. Mikäli kuntoutusta ei myönnetä, ohjataan kuntoutuja ottamaan yhteyttä hoitavaan tahoon tai muihin kuntoutusta järjestävään tahoon. Kelan toimihenkilö tarkastelee vähintään vuosittain kuntoutujasta laaditut kuntoutuspalautteet. Kela vastaa myös osaltaan jatkotoimien toteutuksesta. Mikäli kuntoutus päättyy eikä asian käsittelyä ole tarpeen jatkaa Kelassa, ohjataan kuntoutujaa tarpeen mukaan muihin palveluihin. Prosessi siirtyy siten takaisin hoitavalle taholle. (vrt. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen avoterapiat.)

Kelan rooli kuntoutusprosessissa on siten toimia päätöksen antajana sekä kuntoutuksen järjestäjänä. Lisäksi vähintään vuosittain kuntoutuksen toteutusta seurataan kuntoutus-toiminnasta laadituista palautteista. Kelan strategisissa tavoitteissa korostuvat sekä yhdenvertainen että vastuullinen palvelu, jota pidetään tehokkaan ratkaisutyön lähtökohtana. (Strategia.) Kelan etuuksien ratkaisutyö edellyttää korkeatasoista osaamista ja toimihenkilöt erikoistuvat yleensä asiantuntijoiksi yhdessä tai kahdessa etuudessa. Järjestelyllä pyritään myös tehokkaaseen toimintaan. (Heinonen ym., 2011: 59.)

Asiakkuusprosessit Kelassa monesti pitkittyvät ja monimutkaistuvat johtuen paitsi moni-kanavaisesta palvelujärjestelmästä ja sen tarkoista menettelytapoja koskevista muoto-vaatimuksista myös siksi, etteivät Kelan ja muiden viranomaisten keskinäiset prosessit suju tarpeeksi hyvin (Heinonen ym., 2011: 21, 24.) Koivikon ja Siparin (2006: 246) mukaan Kela koetaan etäisenä tahona, joka hylkää hakemuksia liian usein. Kelan osuus on kuitenkin merkittävä taloudellisesti ja antaa eräänlaisen takuun tiettyjen asioiden hoidosta niiden kohdalla, jotka tarvitsevat eniten apua. Lisäksi Kelan osuus on määritel-

ty laissa niin selkeästi, ettei sen sovittaminen esimerkiksi yksilöllisiin lasten kuntoutuskokonaisuuksiin ja kuntatasolla tehtäviin kokonaissuunnitelmiin ole vaikeaa.

Yhteistyötahojen tarpeisiin Kelalla on kattavat verkkosivut, joista yhteistyökumppanit voivat hakea tietoa muun muassa kuntoutuspalvelujen sisällöstä, hankinnasta ja ohjeistuksesta. Lisäksi Kela järjestää erilaisia koulutuksia useille sidosryhmille. Käytössä on myös viranomaislinjan palvelunumerot, joihin yhteistyötahot voivat ottaa puhelimitse yhteyttä. (Yhteistyökumppanit.)

## 2.4 Kuntoutussuunnitelma yhteistyön pohjana

Kuntoutussuunnitelman tekemisestä säädetään lailla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Osapuolten vastuunjako ja yhteistoimintaa kuntoutusjärjestelmässä on pyritty selkeyttämään lainsäädännöllä sekä sopimalla käytännön vastuunjaosta. Yhtenä keinona kuntoutuksen sujuvuuden parantamisessa voidaan nähdä kuntoutussuunnitelmien kehittäminen ja tekemisen helpottaminen. (Paatero ym., 2008: 49.) Kuntoutussuunnitelma on samalla kuntoutuksen toimintakenttä sekä väline. Suunnittelussa on kyse voimavarojen suuntaamisesta ja siten kuntoutuksen olennaisimmasta kysymyksestä. (Rissanen, 2008: 625.)

Kuntoutussuunnitelmasta nähdään käytettävän ajoittain myös kuntoutumissuunnitelma nimeä. Tässä tutkielmassa kuntoutujalle laadittavasta suunnitelmasta käytetään nimitystä kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma laaditaan potilaan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä tai erityishuoltopiirissä. Tämä julkisen terveydenhuollon yksikkö vastaa kuntoutustarpeen arviosta, kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta ja tarpeen mukaisen hoidon jatkumisesta kuntoutuksen aikana. Mikäli kunta hankkii kuntoutussuunnitelman laatimisen ostopalveluna yksityiseltä palveluntuottajalta, tulee suunnitelma hyväksyä kuitenkin kunnassa. Tällöin kunta voi terveydenhuoltolain mukaisesti varautua suunnitellun kuntoutuksen järjestämiseen, mikäli kuntoutus ei ole Kelan vastuulla. (Kuntoutumissuunnitelman laatiminen 2016.)

Kuntoutussuunnitelma synnyttää yhteistyön tarpeen, jossa toimijoilla on yhteinen tavoite. Kuntoutussuunnitelma ohjaa vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta. Suunnitelma on potilaan, hoitavan lääkärin ja tarpeen mukaisen moniammatillisen tiimin yhteistyössä

tekemä kuntoutuksen tarpeen arvio, joka noudattaa hyvää kuntoutuskäytäntöä. (Kuntoutumissuunnitelman laatiminen 2016.) Paltamaa ym. (2011: 225) tarkoittavat moniammatillisella työskentelyllä sellaisia työskentelyn muotoja, joissa eri alojen ammattilaiset välittävät toisilleen tietoja ja/tai toimivat yhdessä.

Nikkasen (2010: 20) mielestä voidaan olettaa, että ryhmätyöhön perustuvalla työmuodolla kuntoutussuunnitelman laadinnassa on edellytykset saada aikaan laaja-alainen suunnitelma, koska jokainen tuo omaa ammattiosaamistaan ja oman alan tietämystään yhdessä pohdittavaksi. Vuorovaikutus ammattihenkilöiden, kuntoutujan ja perheen välillä voi myös edistää elämänlaadun paranemista (Kurtz ym., 2008).

Kela määrittelee hyvän kuntoutussuunnitelman sisällön. Määritelmän mukaan hyvässä kuntoutussuunnitelmassa on muun muassa sairaustietojen, diagnoosin, alkuvaiheen, kehityksen ja oireiston lisäksi aiemmat kuntoutustoimenpiteet ja vaikutukset. Hyvässä kuntoutussuunnitelmassa kuvataan sairautta suhteessa kuntoutujan toimintakykyyn ja elämäntilanteeseen. Hyvä kuntoutussuunnitelma sisältää myös tiedon kuntoutumista tukevien toimintatapojen ohjaustarpeesta sekä tiedon kuntoutuksen pää- ja osatavoitteista. Suunnitelmassa on myös esitettynä tarvittava kuntoutuspalvelu perusteluineen ja tavoitteineen. Lisäksi suunnitelmassa on hyvä olla tieto muiden tahojen järjestämistä palveluista ja verkostoyhteistyöstä. Seurantasuunnitelma ja seurannasta vastaava taho sekä kuntoutussuunnitelman laatimiseen osallistuneet henkilöt ja heidän yhteystietonsa ovat oleellisia mahdollisten yhteydenottotarpeiden sekä verkostoyhteistyön varalta. (Kuntoutumissuunnitelman laatiminen 2016.)

Yhteistyön keskiössä voidaan perinteisesti pitää kuntoutussuunnitelman kautta syntyvää tarpeeseen vastaamista. Pitkäaikaisen tuen tarpeessa olevalle kuntoutujalle voidaan tehdä useita erityyppisiä palvelu- ja tuentarpeita koskevia suunnitelmia eri tahoilla. Suunnitelmien määrä ja toisistaan tietämättömyys voivatkin aiheuttaa epäselvyyttä. Rissasen (2008: 629) mukaan selviytyminen lasten kuntoutusta ja muuta palveluntarvetta säätelevästä viidakosta on ollut erityisesti pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten vanhempien huolenaihe. Suunnitelmien moninaisuus ja yhteensovittamisen vaikeus ovat esiintulleita ongelmia.

Nikkanen (2010: 41) on selvittänyt palveluverkoston toimintaa suunnittelun osalta. Hän on tarkastellut, millaisten prosessien kautta vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmat



rakentuvat. Nikkasen selvitys poiki useita kehittämissuhteita muun muassa moniammatillisuuden ja yhteistyön osalta. Kuntoutuksessa suunnittelun pitäisi olla ensisijaisesti sellaista, että se huomioi perheen arjen (Koivikko & Sipari, 2006: 240). Martinin (2016: 198) mukaan kuntoutujan kuulemisen ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen korostuivat keskeisinä kehittämistarpeina nuorten kuntoutukseen liittyvien palvelukemusten perusteella. Lisäksi tarvitaan luottamusta ja aitoa neuvottelua. Ongelmana on, että tietoa on kyllä käytettävissä, mutta sitä yhdistävä toiminta on hajanaista, hankalasti sujuvaa ja viiveistä. (Koivikko & Sipari, 2006: 240.)

### 3 Yhteistyötekijöitä ja toimintatapoja

#### 3.1 Yhteistyön elementtejä ja ohjaavia säädöksiä

Yhteistyö käsitteenä on monimuotoinen ja tästä syystä se voidaan ymmärtää lukuisin eri tavoin. Yhteistyöllä voidaan tarkoittaa erilaisia työn tekemisen muotoja, mutta se voidaan nähdä myös voimavarana ja oman osaamisen kehittämisenä. Toimivan yhteistyön taustalla voidaan nähdä niin organisaatioon liittyviä rakenteellisia tekijöitä kuin organisaatiokulttuurin muovaamia toimintatapoja. Airan (2012: 49–50) mukaan toimiva yhteistyö on tavoitteellista ja kaikille osapuolille sopivaa. Tämä vaatii kuitenkin paitsi osapuolten aktiivista panostamista yhteistyöhön myös aikaa ja voimavaroja sekä vastuiden että yhteistyöllä saatujen tulosten jakamista.

Kuntoutustoimintaan liittyvää yhteistyötä ohjataan ja säädellään laeilla, joissa määritellään erityisesti asiakkaan ohjaamista, yhteistyötä, yhteistoimintaa ja erilaisia tietosuojaan liittyviä tekijöitä. Keskeinen osa yhteistyötä liittyy asiakkaan ohjaamiseen tarpeenmukaisiin palveluihin ja siirtymiseen palveluista toiseen. Asiakkaan ohjaaminen toisen palvelun piiriin on kirjattu muun muassa terveydenhuoltolakiin. Kun henkilö tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai kuntoutusta ei ole tarkoituksenmukaista järjestää perusterveydenhuollossa, lailla säädetään ohjauksesta. Terveydenhuoltolain 30§:n mukaan kunnan on tuolloin huolehdittava henkilön ohjauksesta muiden kuntoutusmahdollisuuksien piiriin, kuten sairaanhoitopiiriin, sosiaali-, työhallinto- tai opetusviranomaisen, Kansaneläkelaitoksen tai jonkun muun palvelujen järjestäjän palveluihin. Ohjaus tulee tehdä yhteistyössä näitä palveluja järjestävien tahojen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Paltamaan ym. (2011: 231) mukaan ammattilaisten on tarjottava kuntoutujalle eri vaiheissa yleistä tietoa muun muassa kuntoutuspalveluista. Vastuu tästä on erityisesti julkisen terveydenhuollon ammattilaisilla.

Samantyyppinen ohjausvelvoite sisältyy myös lakiin, joka säätelee Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoimintaa. Kansaneläkelaitoksen tehtävänä on huolehtia, että vakuutetulle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja hänet ohjataan asianmukaiseen kuntoutukseen tai muiden palveluiden piiriin, mikäli vakuutetun tarvitsema kuntoutus on sellaista, jota ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. Ohjaus tulee tehdä

yhteistyössä kuntoutusta järjestävien tahojen kanssa. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 5.7.2005/566.)

Tarvittavan tiedon välittyminen on edellytys asioiden sujuvalle jatkuvuudelle. Yhteistyön tekemiseen eri viranomaisten välillä sisältyy useita tietosuojaan liittyviä tekijöitä. Tietosuojasäännökset rajaavat yhteistyön tietojen vaihtumista ja samalla määrittävät, keitä tietojen vaihtoon voi osallistua. Lainsäädännön tarkoitus ei ole kuitenkaan estää yhteistyötä, vaan luoda sille tarvittavia edellytyksiä ja rajoja. Tietosuoja koskevia säännöksiä löytyy Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksia koskevasta laista liittyen tietojen saamiseen pyynnöstä etuasian ratkaisemiseksi. Lisäksi säännöksiä löytyy koskien tietojen luovuttamista liittyen Kansaneläkelaitoksen oikeuteen luovuttaa etuuksien hoitamisessa saamiaan tietoja kuntoutuksen toteuttajalle, kuntoutusaloitteen tekijälle ja kuntoutujan hoidosta ja kuntoutuksesta sekä kuntoutussuunnitelman laatimisesta vastaavalle taholle siltä osin kuin tiedot ovat välttämättömiä kuntoutuksen toteuttamiseksi. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 5.7.2005/566.) Terveystieteiden tutkimusta koskevia tietosuojasäännöksiä on kirjattu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Laissa säädetään terveydenhuollon potilasasiakirjoihin ja potilaan terveydentilaan liittyvien tietojen salassapitovelvollisuuksista ja tiedonsaantioikeuksista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

### 3.2 Moniammatillisia asiantuntijuuksia ja organisaatiotekijöitä

Lainsäädäntö voidaan nähdä yhteistyötä tukevana, mutta myös yhteistyötä rajaavana tekijänä. Lainsäädäntö on selkeä ja se asettaa tietyt rajat viranomaistoiminnalle. Yhteistyön tekeminen vaatii usein kuitenkin työskentelyä yli organisaatorajojen. Suomessa kuntoutusjärjestelmää on totuttu pitämään institutionaalisen kokonaisuutena, jonka muodostavat julkisyhteisöt ja kuntoutuslaitokset. Toisaalta käsite on yhdistetty hallinnolliseen kokonaisuuteen, joka liittyy kuntoutuksen sosiaaliturvaan. (Lindh, 2013: 189.) Järjestelmän organisaatorajat ylittävä työskentely on usein moniammatillista ja siinä kohtaavat lainsäädännön lisäksi eri organisaatioiden rakenteelliset tekijät, tapa työskennellä sekä ammatilliset asiantuntijuudet.

Veijola (2004) on väitöskirjassaan Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön, Lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla, kuvannut ja analysoinut mo-

niamatillisen perhetyön ilmenemistä vaikeavammaisten kuntoutuksessa päiväkodin erityisryhmässä. Moniammatillisen perhetyön esteenä olivat hänen mukaansa tiedon puute, suvaitsemattomuus ja asiantuntijakeskeisyys sekä toiminnan pirstaleisuus. Kehittämistyön jälkeen moniammatillinen perhetyö näyttäytyi vanhempien kuvaamana emotionaalisen ja tiedollisen tukena. Ammattihenkilöiden mukaan toiminta ilmeni muun muassa kumppanuutena ja voimaantumisenä. Tutkimuksen tuoman tiedon valossa yhteistyön voidaan nähdä tuottavan paitsi asiakkaan hyvinvointia myös ammatillista tukea ja uusia toimintamuotoja.

Todellisuudessa perheiden kannalta tukitoimien hakeminen ja saaminen, usein mutkallisten kanavien kautta, ei välttämättä palvele vanhempien auttamista ja tukemista eikä liioin lapsen kodin näkemistä keskiönä kuntoutukselle ja sitä tukeville toimille. Palveluja kyllä on, mutta usein ne ovat hajallaan sekä sisällöltään että sijainniltaan. Kuntoutuksessa erityisesti olisi muistettava, että kodin ja yhteiskunnan tehtävä ja päämäärä ovat samat. Näiden yhteistyön edistämisen mukainen toimintamalli on myös järjestämisvastuun ydin. (Koivikko & Sipari, 2006: 239–240.)

Moniammatillisessa työskentelyssä avainasemassa ovat asiantuntijan oman erityisosaamisalueen hallinta ja kyky jakaa muille omasta osaamisestaan. Vastavuoroinen tasavertainen keskustelu on enemmän kuin pelkkä työskentely rinnakkain. Se on moniammatillisen yhteistyön oleellinen osa. Paltamaa ym. (2011: 37) mukaan yhteistyö eri profession välillä on myös mahdollisuus laajentaa omaa osaamista ja työhön liittyviä näkökulmia. Pärnän (2012: 40) mukaan profession kohtaamisissa saadaan mahdollisuus omaksua toisen profession vaikutusta tai tietoperustaa. Tietoinen moniammatillisen yhteistyön kehittäminen antaa mahdollisuuden rakentaa uutta yhteistä tietoa ja käytäntöä.

Järvikosken (2013: 23) mukaan monialainen toiminta ja eri ammattialojen ja organisaatioiden asiantuntemus ovat kuntoutuksessa usein välttämättömiä. Vastuiden jakamisen ongelmat kuitenkin heikentävät vaikuttavuutta. Näissä tilanteissa ”prosessinohjaus” jää asiakkaalle, jolla ei useinkaan ole sen edellyttämiä riittäviä tietoja ja taitoja. Keskimäen (2006: 153) mukaan työn organisoimista ja työtapoja tulisi kehittää siten, että ne tukisivat tarpeenmukaisten ja yhdenvertaisten palvelujen saamista asiakkaille. Martin (2016: 199) on todennut, että kuntoutusprosessin etenemistä ja myönteisten vaikutusten mahdollisuutta lisää vastuuhenkilön nimeäminen.

Engeströmin (2006: 13) mukaan oppimamme käsitys asiantuntijuudesta perustuu pysyvuus- ja muuttumattomuuden oletuksiin, jolloin asiantuntijan pätevyys oletetaan pysyväksi ja vakaaksi. Asiantuntijatyön mutkikkuuden seurauksena asiantuntijatyön uudet tutkimukset suuntautuvat yhteisöllisyyden, sivusuuntaisen kehityksen ja muutoksen hallintaan, jossa annettujen ongelmien ratkaisu ei ole enää riittävää. Sen sijaan on kyettävä tunnistamaan uudet ongelmat mahdollisimman varhain. Asiantuntijuus merkitsee tällöin sitä, että erikoisalojen, ammattien ja organisaatioiden rajoja ylitetään jatkuvasti ja tavallaan mennään toisten alueelle. Paltamaan ym. (2011: 234) mukaan kuntoutuksen ammattilaisten on ylläpidettävä tietojaan ja taitojaan jatkuvalla kouluttautumisella, ammattitaidon ylläpitämisessä tulee hyödyntää tutkimustietoa ja sen soveltamista käytäntöön.

Ammattitaidon ylläpitäminen ja ajantasaisen tiedon omaaminen ovat edellytyksiä yhteiselle osaamiselle. Tämän lisäksi yhteistyöhön voidaan nähdä vaikuttavan organisaation sisäiset toimintatavat ja muun muassa henkilöstövoimavarat. Taloudelliset ja henkilöresurssit sekä kuntoutuksen saatavuus eivät kuitenkaan saisi lähtökohtaisesti ohjata kuntoutuksen suunnittelua ja toteutusta. Toimintatapojen sujuvuus ja riittävät resurssit varmistavat kuntoutujan palvelujen saantia oikea-aikaisesti. (Paltamaa ym., 2011: 222, 226.) Cottin ym., (2001: 41) mukaan organisaatiojärjestelmien tukea tarvitaan asiakaslähtöisyyden toteutuksessa. Asiakaslähtöisyyteen vaikuttaa missä määrin organisaation toimintakulttuuri ja toimintafilosofia tukee asiakaslähtöistä toimintaa.

### 3.3 Palveluohjauksellisia työtapoja

Kuntoutuslainsäädännön uudistuksessa 1990-luvun alussa säädettiin kuntoutusjärjestelmille velvollisuus asiakkaan ohjaamisesta asianmukaisten palvelujen piiriin. Ohjausvelvoitteen kirjaaminen lakeihin teki tilaa palveluohjaukselle, jonka tavoitteena on pyrkiä varmistamaan kuntoutuksen oikea aikaisuus, vastuunjaon selkeys ja lopettaa asiakkaiden juoksutus palvelupisteestä toiseen. Sen lisäksi, että asiakas saa tarvitsemaansa ohjausta, myös kaikille kuntoutuksen osapuolille on tärkeää tietää, mikä maksaa palvelut, mihin niissä keskitytään ja miten asiakkaan toimeentulo muodostuu. (Piiirainen & Kallanranta 2008: 99.) Palveluohjauksen lähtökohtana on asiakkaan elämäntilanteen arviointi, tarpeet, voimavarat sekä mahdollisuudet. Näihin pyritään palveluohjauksella soveltamaan tarvittavat tukipalvelut ja kuntoutusmahdollisuudet. (Seppälä, 2008: 510.)

Järvikosken ym. (2000: 89–90) mukaan alun alkaen kuntoutuksen palveluohjauksella on tarkoitettu prosessia tai tapahtumaketjua, jossa asiakasta ohjataan tarkoituksenmukaisiin palveluihin ja pyritään koordinoimaan palvelut kokonaisuudeksi.

Palveluohjauksellinen työtapa voidaan nähdä periaatteena ja tapana työskennellä. Sen tarjoama työote voidaan sisällyttää kaikkeen palvelutoimintaan. Hallintolaki (434/2003) korostaa muun muassa palveluperiaatetta (7 §), neuvontaa (8 §) ja viranomaisten yhteistyötä (10 §) kaikessa hallintotoiminnassa. Koivikon ja Siparin (2006: 243) mukaan hyvä hallintotapa voidaan kuntoutustoiminnassa tiivistää palveluohjauksen tai palveluohjauksellisen työotteen alueelle. Tällöin edellytetään, että yhteiskunnan eri toimialojen on kyettävä toimimaan riittävällä, ongelman vaatimalla nopeudella ja yhteistyössä. Palveluohjauksellinen työote tarkoittaisi tuolloin, että päämääränä toiminnalle on suunnitella sekä järjestää perheelle sujuvasti sellainen tukitoimien kokonaisuus, joka esimerkiksi lasten kohdalla vastaa lapsen ja perheen tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla. Saman toimintatavan voidaan arvioida soveltuvan kaikkiin asiakkaisiin.

Piiraisen ja Kallanrannan (2008: 99–100) mukaan pelkät yksittäiset toimenpiteet eivät takaa yksilön elämän sujuvuutta eikä palveluista välttämättä synny elämää koskettavia kokonaisuuksia. Palvelujärjestelmän tulisikin enemmän keskittyä yksittäisen toimenpitekeskeisyyden sijaan itsenäisen elämän ja arjen sujuvuuden kysymyksiin. Tämä vaatii yhteistyötä, jossa palveluohjaus on yksi keino tehostaa monikerroksisen palvelujärjestelmän toimintaa ja sitä kautta parantaa asiakkaiden tilanteiden kokonaisvaltaista hahmottamista. Parhaimmillaan palveluohjaus on keino varmistaa asiakkaan oikeuksien toteutuminen ja velvollisuuksista tiedottaminen.

Järvikoski on tutkimuksessaan vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan vuonna 1993 todennut, että suurelta osalta kuntoutusjärjestelmän asiakkaista puuttuu kuntoutuksen vastuhenkilö tai kiinteä prosessinohjaus. Asiakas joutuu siis usein asioita hoitaessaan kulkemaan järjestelmästä toiseen. Samaa väitettä tukee 2009 valmistunut raportti, jonka mukaan asiointi hajautuneessa, sektoroituneessa kuntoutusjärjestelmässä koettiin usein vaikeaksi. Erillisten hakuprosessien hahmottaminen oli monelle hankalaa ja myös tietoisuus siitä, mitä voi hakea ja mistä saa apua, oli vähäistä. (Järvikoski ym., 2009: 211.) Brattberg ym. (2005: 18) näkevät, että asiakkaan mahdollisuus esittää asiansa yhdelle virkamiehelle, on koettu toimivaksi. Vastuuhenkilömalli nousee aika ajoin esille myös yhteiskunnallisessa hyvinvointipolitiikkaa koskevassa keskustelussa. Taustalla on ajatus

oikeudesta tasa-arvoisiin palveluihin ja niin sanottujen heikompiensaisten aseman parantaminen.

Yhdennäköisenä ongelmana vaikuttaa kuitenkin olevan se, että yksittäistä prosessinohjauksen vastuutahoa on nykyisessä järjestelmässä lähes mahdotonta nimetä. Tässä voidaan olettaa olevan taustalla käsitys siitä, että saman asiakkaan asiakkuudet eri järjestelmissä vaihtuvat, vuorottelevat ja limittyvät taas välillä toisiinsa. Asiakkuus millään taholla ei ole välttämättä kovin pysyvää, esimerkiksi silloin kun kuntoutuksen järjestäjätaho vaihtuu, toimintakyky muuttuu tai iän mukaisesti siirrytään toisen vastuuyksikön asiakkuuteen.

Palveluohjauksellista näkökulmaa toivottiin myös Vaikeavammaiset Kelan kuntoutuspalveluissa -tutkimuksen yhtenä tuloksena. Työntekijän nimeäminen kuntoutuksen yhdyshenkilöksi tai varsinaisen kuntoutus- tai palveluohjaajan olemassaolon uskottiin voivan jakaa suunnittelemisen ja asioiden järjestämisen vastuuta vanhemmilta muille ja vähentävän näiltä osin vanhempien kuormitusta. (Martin ym., 2009: 243.) Hänninen (2007: 12) on todennut, että nykyisissä monimuotoisissa asiakastapauksissa tarvitaan yli sektorirajojen menevää yhteistyötä, jota joku nimetty henkilö koordinoi. Tällainen työmuoto kokoaisi palvelut yhden luukun palveluiksi.

### 3.4 Toimija- ja yhteistyöverkostotyöskentely

Kuntoutus on pitkällä jännteellä tehtävää työtä, jossa yhdistetään eri viranomaisten rahoittamia sekä eri organisaatioiden tuottamia palveluja siten, että kokonaisuuden lähtökohtana ovat kuntoutujan tarpeet. Yksittäisen kuntoutujan kuntoutuskokonaisuus muodostuu siten eri tahojen palveluista ja etuisuuksista. (Paatero ym., 2008: 32.) Tärkeintä olisi, että eri toimijoilla olisi yhteinen päämäärä, jota varten työskennellään. Eri tahoista koostuva tukiverkosto mahdollistaa kuntoutuksen siirtymisen kuntoutujan arkeen (Paltamaa ym., 2011: 232).

Valtaistava ja ekologinen toimintamalli kuntoutuksessa ohjaa kuntoutuksen käytäntöjä lähestymistapoihin, jotka ovat monitieteisiä sekä moniammatillisia. Toimintamalli haastaa rajojen ylityksiin sektoroituneen hallinnon ja eriytyneen asiantuntijuuden, näin rinnalle rakentuu monisektorisia palvelurakenteita ja verkostotyön käytännöt yleistyvät.

Tämä tarkoittaa yhteistyön ja verkostomenetelmien tulemista entistä keskeisemmiksi kuntoutuksen työvälineiksi. (Järvikoski & Karjalainen, 2008: 86.) Seikkulan ja Arnkilin (2009: 12–13) mukaan rajanvedot eri sektoreiden ammattilaisten välillä ovat ongelmallisia erityisesti silloin, kun kohdataan ilmiöitä, jotka eivät noudata perinteisiä sektorirajoja. Tämän uskotaan johtavan asiakkaiden asiointiin usealla taholla yhtä aikaa tai peräkkäin. Verkostoituminen voidaan nähdä paitsi keinona vähentää epävarmuuksia kuntoutusympäristössä myös keinona parantaa yhteistyötä ja koordinaatiota.

Verkostoitumisajattelun näkökulma tuo näkyvämmäksi kuntoutuksen prosessien kietoutumisen yhteiskuntaan ja sen toimivuuteen. Verkostoajattelun lisääntymistä kuntoutuksen piirissä on Suikkasen ja Lindhin (2008: 71) mukaan ollut nähtävissä. Verkostoitumisen merkitystä on perusteltu erityisesti laatu ja tehokkuusnäkökulmilla. Näkökulma liittyy myös vahvasti yhteiskuntateoreettiseen tutkimukseen ja modernin ajan yhteiskunnallisen muutoksen analyysiin. Suikkanen ja Lindh nostavat esiin sosiologisen näkökulman, jossa verkosto käsitetään yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutussuhdetta ja dynamiikkaa selittäväksi tekijäksi. Tällöin kuntoutuksen näkökulmasta verkostoajattelussa ei jäädä ainoastaan yksilön ja hänen toimintaympäristönsä rajattuun perspektiiviin, vaan tarkastellaan näiden keskinäisiä ja samanaikaisia muokkaantumisen prosesseja. Toimintaa määrittävänä verkostollisena kokonaisuutena nähdään yksilöt, kuntoutusorganisaatiot sekä erilaiset yhteiskunnalliset instituutiot. Lindhin mukaan (2013: 191–193) verkostotyöskentely, verkostojen luominen, ylläpitäminen ja syventäminen perustuvat toimijoiden väliseen vuorovaikutukseen. Toimijaverkoston kehittymiseksi on sitouduttava yhteisiin tavoitteisiin ja kyettävä joustavuuteen sekä tarvittavaan muutokseen toimintatavoissa.

Kuntoutuksen ymmärtäminen toimintaverkkona lähtee siitä, että kunkin kuntoutustilanteen lähtökohtana on toimintaverkon hallinta-, legitimaatio- ja merkitysrakenteen järjestys, joka toimijoiden on sisäistettävä ja joka määrittää toimintaa (esimerkiksi tavat, normit, viranomaisvalta) ja joka toistaa rakenteistunutta järjestystä. (Suikkanen & Lindh, 2008: 73.) Järvikosken ja Karjalaisen (2008: 87) mukaan kokonaisuuden hahmottaminen lähtee verkostoivasta ilmiöstä, kuntoutustapahtumasta, jossa alkuvaiheessa jo kartoitetaan, millaisia tekijöitä kuntoutustilanne verkostoi. Verkostoyhteistyö kuntoutuksessa on koettu tarkoituksenmukaisena, ja tätä väitettä tukee myös Perttulan vuonna 2003 julkaistu palveluohjauskokeilun arviointitutkimus. (Perttula, 2003: 4–5).



Verkostot liitetään siis yleisesti yhteistyöhön ja kumppanuuteen, jossa eri alojen ja organisaatioiden osaamisen pääoma yhdistetään kokonaisuudeksi. Verkostoituminen vaatii organisaatioilta halua luovuttaa verkostoon omaa osaamistaan. Vastineeksi organisaatioiden yhteinen osaaminen lisääntyy. Lindhin (2014: 21) mukaan kuntoutuksen professionaalinen pääoma ja kuntoutustyön laatu on perustunut pitkälti inhimilliseen ja taloudelliseen pääomaan. Lindh on pohtinut, onko kuntoutusjärjestelmässä instituutioiden ja organisaatioiden ja muiden sidosryhmien välillä riittävästi sosiaalista pääomaa. Hän on myös esittänyt kysymyksen siitä, ovatko kuntoutusorganisaatioiden johtamis- ja toimintakulttuurit sellaisia, että ne hakevat yhteistyötä. Kuntoutustyössä asiointiprosessin tulisi olla paitsi laadukas myös joustava ja katkeamaton. Tämä edellyttää organisaatioilta toimintakulttuuria, joka tukee myös tätä sosiaalista pääomaa ja inhimillisiä toimintatapoja.

Järvikoski ja Karjalainen (2008: 86–87) ovat pohtineet, mitä uutta verkostoajattelu toisi kuntoutuksen yhteistyöhön. Verkostoajattelu pohjautuu Järvikosken ja Karjalaisen (2008: 87) mukaan systeemiteoriaan, jossa asiat ja ilmiöt kytkeytyvät toisiinsa ja yhden toiminta vaikuttaa toiseen. Tämän teorian mukaan kuntoutuksen asiakas ja asiantuntijat eri puolilla ovat samaa toiminnallista kokonaisuutta. Tuottaakseen uudenlaista yhtenäistä järjestystä kuntoutusprosessin hallintaan he yhdistävät voimavaransa ja osaamisensa. Kokonaisuuden hahmottaminen ei lähde siten yhden sektorin tehtävästä, vaan verkostoitavasta ilmiöstä, kuntoutustapahtumasta.

Systeemiteoreettinen tarkastelu voidaan ulottaa suhdeverkoston luomiseen, jossa asiakas ja asiantuntijat ovat samaa toiminnallista kokonaisuutta. (Järvikoski & Karjalainen, 2008: 87.) Jalava (2008: 285, 293) on tarkastellut kuntoutuskumppanuutta systeemiteoreettisen lähestymistavan kautta. Hänen mukaansa kumppanuudessa perustana on toimiva kommunikaatio organisaatioiden välillä. Lähestymistapa korostaa organisaatioiden halua ja kykyä kehittää yhteistyössä kuntoutusjärjestelmää ja kuntoutuskäytäntöjä. Systeemiteoreettisen lähestymistavan mukaan taustoiltaan ja toimintatavoiltaan erilaisten organisaatioiden tulee säilyttää rajat. Keskenään erilaiset organisaatiot vastaavat parhaassa tapauksessa toistensa tarpeisiin ja tämä näkyy paitsi järjestelmän toimivuutena myös yksilöllisinä tuloksina.

## 4 Tutkielman tavoite ja tutkimuskysymykset

Tässä tutkielmassa tarkastelun kohteena ovat terveydenhuollon ammattilaisten näkemykset Kansaneläkelaitoksen eli Kelan kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Tavoitteena on selvittää, miten terveydenhuollon ja Kelan yhteistyö toteutuu pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutusprosessissa. Lisäksi tarkastellaan, miten terveydenhuollon ammattilaiset kokevat kuntoutusprosessin toimivuuden ja millaisia näkemyksiä heillä on prosessissa tehtävän yhteistyön kehittämiseksi. Tutkielmassa haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaisia kokemuksia terveydenhuollon ammattilaisilla on yhteistyöstä Kelan kanssa pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien asioiden hoidossa?
2. Millaiset tekijät terveydenhuollon ja Kelan yhteistyössä edistävät pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kokonaisvaltaista kuntoutusprosessia ja perheiden arkea?
3. Millaiset tekijät terveydenhuollon ja Kelan yhteistyössä vaikeuttavat tai hankaloittavat pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kokonaisvaltaista kuntoutusprosessia ja perheiden arkea?
4. Millaisia kehittämissuhteita terveydenhuollon ammattilaisilla on Kelan kanssa tehtävään yhteistyöhön pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessissa?

## 5 Tutkielman toteutus

### 5.1 Aineisto ja analyysi

Tutkielman tavoitteena oli tarkastella terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen yhteistyötä pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutusprosessissa. Hirsjärven ym. (2001: 182) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Hirsjärvi ym. (2001: 182) kuitenkin toteavat, että tutkimalla yksittäistä tapausta tarkasti saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä myös yleisemmällä tasolla. Tämän tutkielman tavoitteena oli tuottaa näkökulmia ja kehittämisehdotuksia asiakkaiden kuntoutusprosessissa tehtävään yhteistyöhön. Vaikka prosessiin liittyy muun muassa tiettyjä lainalaisuuksia, on kuntoutusprosessi ja kokemus siitä aina yksilöllinen eikä siten sellaiseenaan yleistettävissä.

Tutkielmassa tarkasteltiin yhteistyötä terveydenhuollon työntekijöiden kokemuksina asiakasyhteistyöstä kuntoutusprosessissa. Asiakasyhteistyötä tarkasteltiin sen käytäntöjen, osaamisen ja prosessiin osallistumisen ja kehittämisen kautta. Tarkoituksena oli tuoda esille niitä yhteistyössä esiintyviä tekijöitä, joiden koettiin tukevan tai estävän pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien hyvän hoito -ja kuntoutuskäytännön toteutumista sekä perheiden arjen sujuvuutta. Lisäksi tarkasteltiin yhteistyössä esiintyviä kehittämiskohteita.

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, tällöin kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi ym., 2001: 152). Aineiston keruu kohdistettiin niihin terveydenhuollossa toimiviin eri alojen asiantuntijoihin, jotka osallistuvat pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutuksen tarpeen toteamiseen, kuntoutusprosessin suunnitteluun, toimeenpanoon ja seurantaan erikoissairaanhoidossa. Kohderyhmän ammattilaiset osallistuvat pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessiin sen yhdessä tai useammassa vaiheessa.

Haastateltavat löydettiin lähettämällä esimiesten kautta kysely kahdelle erikoissairaanhoidon ammattiryhmälle halukkuudesta osallistua tutkimukseen (liite 2). Vastauksia saatiin ensin niukasti, mutta uudelleen kyselyn kautta löydettiin molempien ammatti-

ryhmien edustajia, joiden halukkuutta osallistua tutkimukseen tiedusteltiin vielä suoraan ilmoittautuneilta. Näin saatiin kokoon tutkielman lopullinen kohderyhmä, joka muodostui kuudesta haastateltavasta kahdesta eri ammattiryhmästä.

Aineisto kerättiin helmikuussa 2017. Haastattelut tallennettiin äänitallenteiksi ja lisäksi yksi haastateltavista antoi kirjalliset vastaukset tutkijan käyttöön. Haastateltavat saivat haastattelukysymykset tutustuttavaksi muutamaa päivää ennen haastattelun toteutusta ja osa haastateltavista oli ehtinyt miettiä vastauksia ennakkoon. Haastattelujen kesto vaihteli 45 minuutista vajaaseen kahteen tuntiin. Aineiston keräämiseen käytettiin puoli-strukturoitua teemahaastattelua, jossa kaikille haastateltaville esitettiin lähtökohtaisesti samat kysymykset samassa järjestyksessä (liite 4). Kaikkien haastattelujen kohdalla edettiin teema-alueiden mukaisessa järjestyksessä. Kaikki kysymykset käytiin läpi tarpeen mukaan, siten että vastaus kuitenkin saatiin kaikkiin kysymyksiin. Haastattelut noudattivat pitkälti teemahaastattelulle tyypillistä kaavaa, jossa haastatteluja ohjataan etukäteen laadituilla teemoilla, mutta haastattelun kulku ei välttämättä noudata etukäteen laadittua järjestystä (Kuula, 2011: 128).

Eskolan ja Suorannan (1996: 61–62) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tarvitaan teoriaa, jota vasten aineistoa tarkastellaan. Yleisestä teoriasta johdetaan deduktiivisesti yksittäisiä ongelmia, ja vastaukset näihin kysymyksiin hankitaan empirian kautta. Vastausten perusteella voidaan katsoa, saiko teoria tukea vai ei. Haastattelurunko käsitti kysymyksiä jaoteltuna neljän eri teema-alueen alle. Teema-alueet olivat yhteydenpito, osaaminen yhteistyössä, osallistuminen yhteistyössä sekä neljäntenä teema-alueena yhteistyön kehittäminen.

Teema-alueet valittiin lähtökohtaisesti tutkielman teoreettisen viitekehyksen ohjaamana. Teemat perustuivat osin oletukseen yhteistyön perinteisistä elementeistä, aikaisempien tutkimusten tuloksiin ja toisaalta myös tutkijan omaan positioon ja kokemukseen kuntoutusprosessissa tehtävästä yhteistyöstä. Laineen (2015: 33, 37) mukaan arkikokemuksemme lisäksi tutkimuskohdetta koskevat aiemmat tutkimustulokset ja teoriat ovat selkeimpiä kohteen ennalta määrittäjiä, ja joihin tulisi ottaa etäisyyttä aineistoa tulkittaessa. Tutkimuskohteen objektiivista tarkastelua pyrittiin lisäämään käyttämällä teoreettista teemoittelua väljästi ja toisaalta antamalla aineistolle mahdollisuuden tuoda esiin ennalta määrittämättömiä tekijöitä.

Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin vasta, kun kaikki haastattelut oli tehty. Haastattelut toteutettiin suhteellisen lyhyellä aikajaksolla, joten laajamittaisen ja tarkemman analysoinnin aloittaminen haastattelujen välissä ei tuntunut luontevalta. Näin tutkijalle ei muodostunut ennakkokäsityksiä yksittäisen haastattelun tuloksista ennen seuraavaa haastattelua. Aineisto sinällään on tuttu, kun tutkija itse tekee haastattelut, eikä käytetä valmista aineistoa.

Tutkielmassa käytettyä analyysia kuvaavin on teoriaohjaava sisällönanalyysi. Aineistoa on tarkasteltu teoriasta johdettujen teema-alueiden kautta. Usein analyysista on vaikea erottaa puhtaasti yhtä yksittäistä analysointimenetelmää, vaan rinnakkain käytetään useampaa tapaa analysoida syntynyttä aineistoa. Haasteena sisällönanalyysin käyttämiselle on, että se voidaan helposti sekoittaa toiseen kvalitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmään (Hsieh & Shannon, 2005: 1281). Elon ja Kynkään (2008: 113) mukaan sisällönanalyysin haasteena on, että se on analyysimenetelmänä joustava, eikä siitä ole olemassa yhtä oikeaa tapaa tai ohjetta. Joustavuus tekee toisaalta sisällönanalyysistä kiinnostavamman. Sisällönanalyysillä pyritään aineiston järjestämiseen siten, että se tiivistyy selkeään muotoon, kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota (Tuomi & Sarajarvi, 2009: 108). Sisällönanalyysin avulla tekstin sisältöä voidaan tulkita subjektiivisesti järjestelmällisen luokittelun, teemojen tunnistamisen sekä koodauksen kautta (Hsieh & Shannon 2005: 1278). Teoriaohjaavaa sisällönanalyysia on käytetty väljästi ja jätetty tilaa myös aineistosta nouseville tekijöille. Näin on saatu esiin ennalta määräämättömiä tekijöitä.

Analyysi aloitettiin kuuntelemalla kaikki haastattelut useaan kertaan. Haastattelujen kuunteluvaiheessa tutkija teki samalla haastattelurungon teemojen alle ensimmäistä luokittelua kirjaamalla muistiinpanoja yksittäisistä sanoista, jotka esiintyivät useasti teema-alueiden alla. Luokittelulla etsittiin aineistosta samankaltaisuuksia. Räsänen (2005: 95) mukaan nämä samankaltaisuudet voivat liittyä mihin tahansa aineistossa oleviin ominaispiirteisiin. Samankaltaisuuksia löytyi erityisesti yhteistyömuodoista, esimerkiksi puhelimen käyttö yleisimpänä yhteistyövälineenä, sekä yhteistyön kehittämistoiveista, joissa toiveet liittyvät saman henkilön kanssa asioimiseen Kelassa sekä yksilökohtaisempaan palveluun.

Analysoinnissa pyrittiin kiinnittämään erityistä huomiota siihen, että haastateltavan sanoma tulkitaan siten kuin haastateltava oli sen tarkoittanut. Metsämuurosen (2002: 208)

mukaan on huolehdittava siitä, etteivät subjektiiviset ennakkokäsityksemme muuta analysoitavaa aineistoa. Ongelmallista on, jos tutkijalla on tutkimustuloksesta hyvin voimakas ennako-oletus. Tutkijan itsekriittisyydellä, aineiston analysoinnissa ja tulkinnaissa, pyritään siihen, ettei tutkija pyri tulkitsemaan toisen puhetta omien lähtökohtien mukaisesti. Niiniluoto (2002: 37) pitää yhtenä tieteen tunnusmerkkinä kriittisyyttä, jonka mukaan tutkijan on sovellettava tieteen menetelmiä niin, että virheen mahdollisuus on minimaalinen, havaintojen ja kokeiden on oltava intersubjektiivisesti todettavissa, eikä tutkijan tule hyväksyä tuloksia toiveittensa ja mieltymyksensä eikä subjektiivisten kokemustensa pohjalta. Poiketen kvantitatiivisesta analyysistä kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan omat tulkinnat luovat pohjan analyysin työstämiselle alusta alkaen (Räsänen, 2005: 98). Kuuntelemalla nauhoitetut haastattelut ja yhdistämällä siihen muistinvaraiset tulkinnat haastattelutilanteista tutkijalle muodostui oma näkemys ja kokonaiskuva aineistosta.

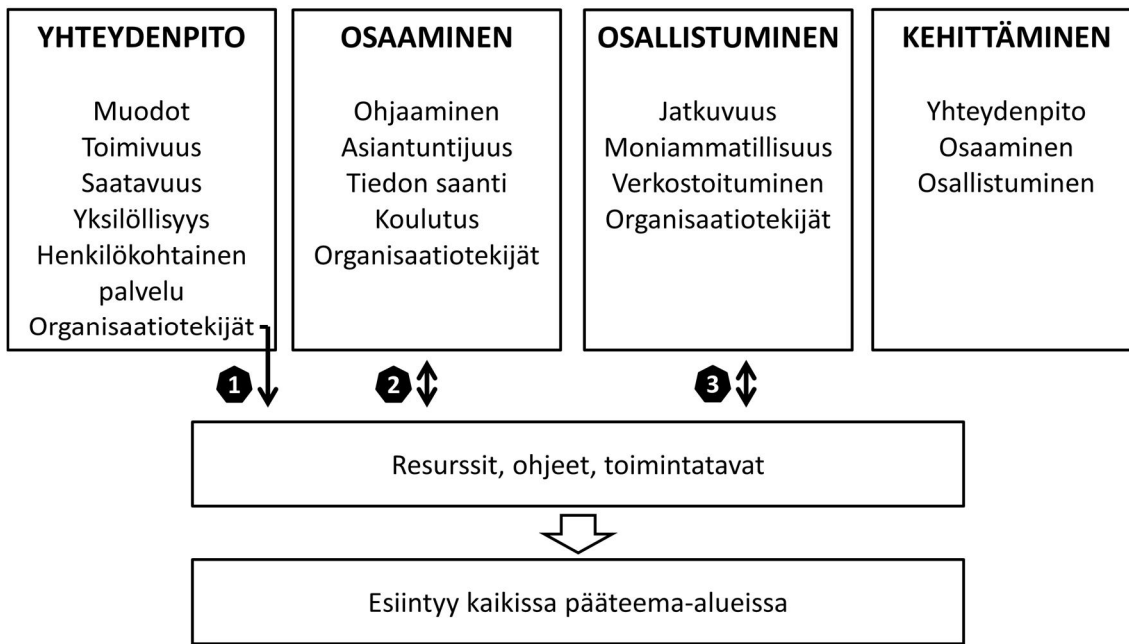
Analyysi eteni vaiheittain siten, että kuuntelun jälkeen haastattelut litteroitiin haastattelu kerrallaan. Litterointitekniikasta riippuu se, miten paljon aineiston rikkaudesta ja moniulotteisuudesta saadaan säilytettyä, ja mitä redusoidaan tarkemman analyysin ulkopuolelle (Alasuutari, 1994: 76). Haastattelut litteroitiin kirjoittamalla ne sanasanaisesti paperille, lähestulkoon ilman välimerkkejä. Jokainen litteroitu haastattelu on numeroitu haastattelu järjestyksessä, joka mahdollistaa haastateltavan yhdistämisen toimintakontekstiin ja vastaajan taustatietoihin.

Litteroiduista materiaaleista poistettiin ensin kaikki tunnisteet, jotka liittyivät haastatteluissa mainittuihin ihmisten- tai paikkojen nimiin tai muihin tekijöihin, jotka voisivat johtaa haastateltavan tunnistettavuuteen. Litteroitujen haastattelujen vastaukset sijoitettiin alkuperäisiin teema-alueisiin yhdistämällä tekstinkäsittelyohjelmalla kirjoitetun tekstin vastaukset allekkain. Tämän jälkeen vastaukset on aseteltu vielä kysymyksittäin. Osa haastatteluista eteni osaksi enemmän teema-alueittain kuin kysymys kysymykseltä, joten näiden vastausten kohdalla jaottelu on pelkästään teema-alueen mukaisesti. Alasuutari (1994: 31) puhuu havaintojen pelkistämisestä, jossa analyysin kohteena oleva tekstimassa pelkistyy hieman hallittavammaksi määräksi erillisiä ”raakahavaintoja”. Analyysissä aineisto pelkistettiin teema-alueisiin ja niistä muodostettaviin ala-teemoihin.

Ensimmäinen aineistoon tutustuminen kulkee usein tematisoinnin kautta, jossa aineistosta voi nostaa esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja ja vertailla niiden esiintymistä aineistossa. Teemoittelua voi jatkaa edelleen ja saada siten esille aineistosta kokonaisuuden erilaisia vastauksia esitettyihin kysymyksiin. (Eskola & Suoranta, 1996: 135, 139.) Analyysissä alkuperäiset pääteemat pysyivät hyvin. Teemoittelua jatkettiin aineistosta käsin, jolloin kullekin pääteemalle muodostui aineistolähtöisiä alatekijöitä tai alateemoja. Pääteema-alueen, joka käsitteli yhteydenpitoa, alateemoiksi muodostuivat muodot, toimivuus, saatavuus, yksilöllisyys, henkilökohtainen palvelu, organisaatiotekijät, ohjeet, säännöt tai lait.

Alateemat muodostettiin sen mukaan, miten vastauksista ilmeni tekijöitä, joita haastateltava kuvasi pääteema-alueen alla. Osaamista käsittelevän pääteema-alueen alle muodostui alateemoja, kuten ohjaaminen, asiantuntijuus, tiedon saanti, koulutus ja organisaatiotekijät. Esimerkiksi kysymykseen siitä, millaista tietoa ja osaamista yhteistyö edellyttää, oma osaaminen asiakkaan ohjaamisessa nähtiin merkityksellisenä. Osallistumisen pääteemassa alateemoiksi muodostuivat kuntoutusprosessin jatkuvuus, moniammatillisuus sekä verkostoituminen ja organisaatiotekijät. Kehittämisen pääteeman alla tarkasteltiin kolmea edellistä pääteemaa alateemoina ja yhteistyön kehittämisalueina, kuten yhteydenpito, osaaminen sekä osallistuminen. Tekstistä pyrittiin rajaamaan eri teema-alueiden alta omiksi kokonaisuuksiksi asioita, jotka eivät liittyneet kysytyyn asiaan.

Alkuperäisten teema-alueiden alle muodostui ensin siis joitakin alateemoja tai välillisesti tutkimuskysymyksiin liittyviä tekijöitä. Esimerkiksi yhteydenpito teema-alueen alla oli ilmaistu erilaisia organisaatiotekijöitä. Näistä tekijöistä muodostettiin vielä omia ryhmiä ja niiden esiintyvyyttä tarkasteltiin ristiin neljän alkuperäisen teema-alueen alla. Esimerkiksi resurssit, ohjeet, toimintatavat esiintyivät kaikissa pääteema-alueissa.



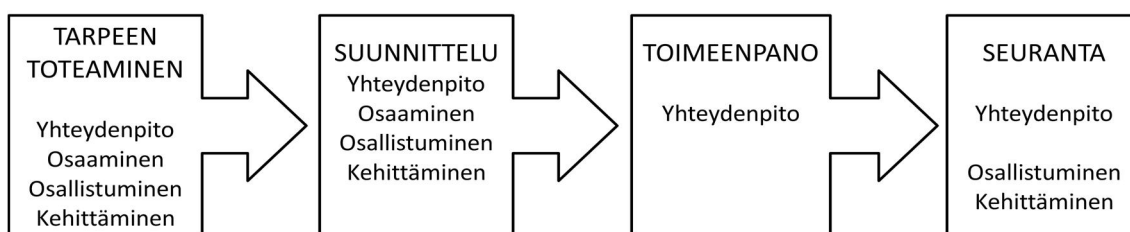
Kuvio 2. Esimerkki analyysin etenemisestä.

Aineistoa on siis pyritty tulkitsemaan yhteistyön neljän eri teema-alueen kautta, mutta myös toimintaan liittyvien ja toimintaa selittävien tekijöiden kautta. Toimintaan liittyvässä ja toimintaa selittävässä analyysissä on jaettu näitä tekstissä esiintyviä merkityksiä alkuperäisten teema-alueiden mukaisesti. Esimerkiksi useassa haastattelussa resurssit, ohjeet, lait ja toimintakulttuuri esiintyivät useamman teema-alueen alla. Nämä nimettiin yhteisesti organisaatiotekijöiksi.

Vastauksia tarkasteltiin myös suoraan suhteessa neljään tutkimuskysymykseen ja siihen, miten aineisto vastaa niihin. Hirsjärven ym. (2009: 224) mukaan analyysitavan valinnan pääperiaate on valita analyysitapa, joka parhaiten tuo vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Sisällönanalyysin tapaisella abstrahoinnilla pyrittiin siten erottamaan tutkimustehtävän kannalta oleellinen tieto. Vastauksista nousevat alateemat tai käsitteet luokiteltiin tutkimuskysymysten alle siten, että positiiviset ilmaisut ja tekijät yhteistyössä sijoitettiin luokkaan, jonka katsottiin edistävän pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kokonaisvaltaista kuntoutusprosessia ja perheiden arjen sujuvuutta, ja negatiiviset ilmaisut tai tekijät ja koetut epäkohdat yhteistyössä sijoitettiin luokkaan, jonka katsottiin vaikeuttavan tai hankaloittavan kuntoutusprosessia tai perheiden arjen sujuvuutta. Lisäksi kehittämisen pääteeman alla olevat vastaukset sijoitettiin suoraan yhteistyön kehittämistä koskevan tutkimuskysymyksen alle.



Aineistoa tarkasteltiin myös suhteessa kuntoutusprosessin eri vaiheisiin. Prosessia mukalevasta jatkumosta käsin sijoitettiin alkuperäisten pääteemojen alle sijoitetut vastaukset kuntoutusprosessin aikajanelle siten, että kuntoutusprosessi jaettiin ensin eri vaiheisiin: tarpeen toteaminen, suunnitteluvaihe, kuntoutuksen toimeenpano ja seuranta /jatkuvuus. Tästä perspektiivistä luokiteltuna aineisto muodosti kullekin aikajanan vaiheelle ne pääteemat, joiden vastauksissa kukin prosessin vaihe esiintyi. Tuloksena tästä luokittelusta esimerkiksi kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa esiintyi kaikki pääteema-alueet. Näistä luokiteltiin osioita esittämällä aineistolle kysymyksiä, esimerkiksi kuntoutuksen suunnitteluvaiheen yhteistyön muodoista, tarvittavasta osaamisesta, suunnitteluun osallistumisesta ja suunnitteluvaiheen yhteistyön kehittämisestä.



Kuvio 3. Esimerkki kuntoutusprosessin mukaisesta analyysin etenemisestä.

Kuntoutusprosessin mukainen tarkastelutapa sijoitti yhteistyön kokemukset kuntoutusprosessin neljään eri vaiheeseen. Se toi selkeästi esiin toimivat vaiheet prosessissa sekä toisaalta kehittämistä vaativat vaiheet. Lisäksi haastateltavien antamat merkitykset prosessin eri vaiheissa tehtävästä yhteistyöstä, hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön ja arjen kannalta, näyttäytyivät selkeämmin. Esimerkiksi kokemukset siitä, miten kuntoutusprosessiin on vaikuttanut asiakkaan ja Kelan asiantuntijan välinen tapaaminen sekä miten osaaminen tai asiantuntijuus vaikuttaa kuntoutusprosessin kaikkiin vaiheisiin ja missä vaiheissa asiantuntijuuden koettiin olevan merkityksellistä toivottavan tuloksen eli hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön ja kuntoutujan arjen sujuvuuden kannalta.

Haastatteluaineisto muodostui kahden eri ammattiryhmän vastauksista. Tästä ammattiryhmäjakaumasta johtuen oli mielekästä tarkastella aineistoa vielä kahden ammattiryhmän vastauksia vertailemalla. Analyysissa ammattiryhmien vastaukset sijoitettiin siten, että niistä muodostettiin ammattiryhmäjoon mukaisesti kaksi erillistä neljän pääteeman

jonoa. Vastauksista pyrittiin poimimaan samankaltaisuuksia, mutta myös poikkeamia tai eroavaisuuksia asiakokonaisuuksina. Samankaltaisuuksia kahden ammattiryhmän välillä esiintyi muun muassa yhteistyötavoissa. Eroavaisuudet liittyivät muun muassa näkemyksiin verkostotyöstä sekä näkemyksiin omassa työssä tarvittavasta tiedosta. Suurta vaihtelua ammattiryhmien vastausten välillä ei kuitenkaan esiintynyt.

Hypoteesittomuus tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tutkijalla ei ole tutkimuskohteesta tai tutkimustuloksista lukkoon lyötyjä ennakko-olettamuksia, silti on huomattava, että havaintomme ovat aina latautuneet aikaisemmilla kokemuksillamme (Eskola & Suoranta, 1996: 14). Aineiston analysoinnissa edettiin pääosin teoriaohjautuvasti neljän alkuperäisen teeman kautta, joihin vastaukset sijoituivat hyvin. Kuitenkin aineistosta nousi alateemoja, joiden osalta voidaan todeta analyysin edenneen aineistolähtöisesti ja poikenneen siinä tiukasta etukäteisteema-asetelmasta. Laadullisessa tutkimuksessa hypoteesittomuus tarkoittaa myös sitä, että havainnoista latautuneilla aikaisemmilla kokemuksilla ei muodosteta sellaisia asetelmia, jotka rajaisivat tutkimuksen toimenpiteitä (Eskola & Suoranta, 1996: 14).

Aineistoa analysoitiin siten, etteivät etukäteisasetelmat muodostuneet esteeksi tulkinnalle. Aineisto tulkitaan tulososiossa neljän alkuperäisen teema-alueen mukaisesti. Tuloksia on havainnollistettu haastateltavien suorilla lainauksilla. Haastateltavien lainaukset on erotettu toisistaan numeroinnilla. Lainaukset on muokattu kieliasultaan muotoon, josta vastaajaa ei voida tunnistaa säilyttäen kuitenkin alkuperäisen puhekielisen ilmauksen ja muuttamatta lainauksen asiasisältöä.

## 5.2 Tutkielman eettisyys

Tutkimuksen suorittaminen noudattamalla hyvän tieteellisen käytännön periaatteita on edellytyksenä tutkimuksen eettiselle hyväksyttävyydelle, luotettavuudelle ja tulosten uskottavuudelle (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Eettiset kysymykset ja ongelmat ovat tutkimustyössä jokapäiväistä käytäntöä ja eettisten kysymysten ratkaiseminen kuuluu kaikenlaisiin tutkimukseen (Guillemin & Gillam, 2004: 361). Eettisiä ja tietoisesti perusteltuja ratkaisuja tulee tehdä useissa tutkimustoiminnan vaiheissa (Hirsjärvi ym., 2001: 26–27). Tämän tutkielman eettisyys on pyritty varmistamaan kiinnittämällä huomiota yleisiin tutkimuseettisiin vaatimuksiin.

Tutkimuskohteen määrittely on Tuomen ja Sarajärven (2002: 127) mukaan kokonaisuudessaan laajempikin tieteenalaan liittyvä kysymys. Jokaisella tieteellä on omat arvolähdekohtansa, ihmiskäsityksensä sekä toiminnan tavoitteensa. Tämän tutkielman tavoitteena on, että tulosten perusteella saadaan tietoa pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessin yhteistyön ja palvelujen kehittämisen kannalta.

Tutkimuslupa haettiin sairaanhoitopiiristä (Liite 1), tutkimuslupien hakemiseen annetun ohjeistuksen mukaisesti. Aineiston hankinnassa kiinnitettiin huomiota tutkimukseen osallistumisen tarkoitukseen ja osallistumisen vapaaehtoisuuteen. Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat saivat etukäteen tutustua haastattelurunkoon ja tutkimussuunnitelmaan. Haastateltavilta pyydettiin myös kirjallinen lupa haastattelujen tallentamiseen sekä haastattelumateriaalin käyttöön tutkielmassa (liite 3). Richards ja Schwarz (2002: 137) pitävät laadullisessa tutkimuksessa tärkeänä haastateltavilta pyydettävää kirjallista suostumusta ja tietoisuutta tutkimuksen tarkoituksesta ja laajuudesta. Terveystieteiden ammattilaisten osallistuminen tutkimukseen perustui tietoiseen suostumukseen.

Aineiston käsittelyssä on noudatettu erityistä huolellisuutta. Haastattelujen äänitallenteet on hävitetty asianmukaisesti litteroinnin jälkeen ja tekstimuotoiset haastatteluaineistot aineiston analysoinnin ja tutkielman valmistumisen jälkeen.

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tieteen aiemmille saavutuksille annetaan niille kuuluva arvo (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Tässä tutkielmassa viittauksissa on noudatettu tarkkuutta ja kaikkiin käytettyihin julkaisuihin on viitattu huolella ja asianmukaisesti. Tutkimuksen uskottavuus sekä eettiset ratkaisut kulkevat rinnakkain, nämä perustuvat hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen (Tuomi & Sarajärvi, 2002: 129).

Tutkijalla oli olemassa ennakkokäsitys tutkittavasta aiheesta, johtuen tutkijan työkokemuksesta Kansaneläkelaitoksessa. Kokemuksen muodostama ennakkokäsitys aiheesta johti toisaalta tutkimusaiheen syvällisempään ymmärrykseen sekä osoittautui hyödylliseksi haastattelun teema – alueiden ja varsinaisten haastattelukysymysten muodostamisessa. Ennakkokäsityksestä huolimatta on tuloksia pyritty tulkitsemaan objektiivisesti, tutkijasta riippumattomasti ja rehellisesti. Tutkielman raportoinnissa noudatetaan tieteelliselle kirjoittamiselle asetettuja vaatimuksia. Hyvä tieteellinen käytäntö kattaa kaik-

ki tutkimuksen osa-alueet ja ulottuu siten koko tutkimuksen teon prosessiin (Kuula, 2011: 35–36).

## 6 Tutkielman tulokset

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Haastateltavat työskentelivät saman sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon yksiköissä. Haastateltavien työkokemus nykyisessä tehtävässä vaihteli 1-14 vuoden välillä. Puolet haastatelluista oli työskennellyt nykyisessä tehtävässä yli seitsemän vuoden ajan ja puolet vähemmän.

Neljällä kuudesta haastatellusta oli monipuolinen aiempi kokemus nykyisen työtehtävän lisäksi muista tehtävistä terveydenhuollossa. Työkokemus erilaisista terveydenhuollon parissa tehtävistä töistä vaihteli noin kuuden ja kolmenkymmenen vuoden välillä. Kaikkien haastateltavien nykyisten työtehtävien voitiin katsoa liittyvän jollain tapaa kuntoutukseen.

### 6.2 Yhteydenpito kuntoutusprosessissa

Haastateltavista kaikilla oli kokemuksia Kelan kanssa työskentelystä. Kokemukseksi ymmärrettiin lähtökohtaisesti yhteydenotto Kelaan. Noin puolet haastateltavista kertoi kokemusten liittyneen useisiin Kelan etuusasioihin. Kaikilla haastateltavilla oli kuitenkin myös kokemuksia Kelan kanssa työskentelystä pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien asioissa.

Kelaan suuntautuvien yhteydenottojen arvioitiin olevan vähintään viikoittaisia. Tarpeen yhteydenottoon koettiin olevan sidoksissa siihen, millaisten asiakasryhmien kanssa haastateltava työskenteli. Eri sairausryhmien ja asiakkaiden elämäntilanteiden koettiin aiheuttavan vaihtelevia tarpeita yhteydenottoihin.

Kelasta oltiin oltu yhteydessä vain pariin haastatelluista henkilöistä. Tällöin kyseessä oli soittopyynnön perusteella jätettyyn yhteydenottopyyntöön vastaaminen, pitkäaikaiseen kumppanuuteen liittyvä tutun työntekijän yhteydenotto asiakkaan asiassa tai Kela-neuvojan yhteydenotto. Kelan toivottiinkin ottavan enemmän yhteyttä, kun asiakkaan

asioita käsitellään. Annala (2015) on todennut tutkiessaan Kela-neuvojien näkemyksiä asiakasyhteistyöstä Kela-neuvonnassa sidosryhmäyhteistyön kehittymättömyyden näkyvän asiakasyhteistyössä erilaisina vuorovaikutuksen ongelmina, kuten vaikeutena tavoittaa kumppaneiden työntekijöitä.

Yleisin yhteydenottomuoto oli soittaminen viranomaislinjaan. Pari haastateltavaa oli kokeillut myös Kelan Chat-palvelua. Viranomaislinjaan soitettiin, koska näin oli neuvottu toimimaan eikä suoria numeroita käsitelijöille ollut. Viranomaislinjan käyttöön koettiin liittyvän haasteita. Linjoilla odotteluajan koettiin vievän kohtuuttomasti työaikaa erityisesti silloin, kun yhteyttä joutui ottamaan usein. Lisäksi viranomaislinjan koettiin antavan vastauksen yleisellä tasolla, mutta laajempi asian selvittäminen jäi puuttumaan. Haastateltavat kokivat, että tiedon on oltava varmaa, kun he ohjaavat asiakkaita eteenpäin.

*”Se mitä me ollaan täällä kaikki mietitty, että ennen sai semmoista tarkempaa tietoa, että viranomaislinjalta ei oikein saa sitä tarkkaa tietoa, kun itseltä meinaa eväät loppua eikä oikein tiedä miten edetä.”H3*

*”Kun haluaisi tietää, onko oikeutta vai ei, niin sanotaan vaan, että laittakaa hakemus niin käsitellään, no onhan sekin oikea vastaus, mutta kun haluaisi keskustella asiasta niin se ei riitä, että osaa sanoa, minne laittaa hakemus.”H1*

Yhteyden saamisen koettiin yleisesti huonontuneen vuosien varrella. Suurimmaksi epäkohdaksi yhteydenpidossa koettiin suoran puhelinyhteyden puuttuminen käsitelijöille. Haastateltavat kokivat, että käsitelijän kanssa asiakkaan tilanteesta keskusteleminen antaisi mahdollisuuden asiakkaan asian laajempaan selvittelyyn. Asiakkaan asioihin perehtyneen käsitelijän kanssa asioiminen nähtiin kaikkien osapuolten etuna.

*”Kelassa ei ole enää sitä helppoa reittiä, että minä kysyn siltä tutulta ihmiseltä.”H4*

*”Tietty työntekijä oli hirveen paljon yhteistyössä, on jo ihmisenäkin sellainen, että huolehtii ihmisten asioista, niin minulla oli hirveen tavallista, että minä soitin ja juteltiin.”H1*

*”Kauheen suurena haasteena on nyt ollut se, ettei ole enää niitä henkilökohtaisia työntekijöitä, joille sai soittaa kuin ennen oli, ja paljon tehtiin yhteistyötä, ja työntekijä tuli myös palavereihin.”H3*

Kelaan oltiin yhteydessä useimmiten silloin, kun asiakkaan monimuotoinen tai hankala tilanne edellyttää tarkempaa ja laaja-alaisempaa selvittelyä. Lisäksi yhteyttä otettiin, kun haluttiin yksittäisen asiakkaan kohdalla tarkistaa etuuksien voimassaoloa, myöntämiskriteereitä, päätösten perusteluita ja erilaisia asiakkaan etuuksien vertailutilanteita.

*”Kun ihminen saa päätöksen ja haluaisin neuvotella, mitä tämä tarkoittaa.”H1*

*”Pyyntö tulee yleensä meidän lääkäriltä, että selvittää kuntoutusasiaa tai asiakkaat pyytää, että selvittää heidän tilannetta ennen kuin aletaan viemään asiaa eteenpäin.”H5*

*”Kyllä siinä jos alkaa näyttää siltä, että ihminen kuuluu vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin, niin lähdetään selvittämään siinä kaikki muutkin etuudet ja palvelut ja ihmisen koko tilanne.”H4*

*”On asiakasryhmiä, joiden asiat pitäisi saada laajempaan pohdintaan, ja miten heidän kanssa edetä ja miten saada Kela siihen mukaan, koska kyllä se on monesti niin komplisoitunut se tilanne, että miten se saadaan paperille.”H3*

### 6.3 Yhteistyö ja osaaminen

Haastateltavilta kysyttiin, millaiseksi he kokevat Kelan asiantuntijuuden. Asiantuntijuutta arvioitiin kyllä olevan, mutta haasteltavat kokivat, että osaamista ei saada sidos-

ryhmien käyttöön. Eniten tyytymättömyyttä herätti se, ettei asiantuntijoita tavoita, koska suoria yhteyksiä ei ollut. Valtaosa haastateltavista koki tärkeäksi vastavuoroisen asiakasta koskevan tiedon käsittelyn palaverissa, mutta mahdollisuutta Kelan edustajan saamiseksi yhteisiin asiakasta koskeviin palaveriin ei juurikaan nähty olevan.

*”Verkostopalavereista Kelassa on sanottukin ettei ole resursseja tulla.”H3*

*”Eihän se tietenkään itsetarkoitus ole, että Kelasta joku tyyppi tulee, jos ihminen saa jotain Kelan etuuksia, mutta jos olisi niin, että olisi joku, joka on nimetty tietyn asiakasryhmän asioihin, niin kyllä se olisi hyvä.”H1*

Suosituksen mukaan hyvän kuntoutuskäytännön toteutuminen vaatii mahdollisuuksia laajempiin ja useampiin yhteisneuvotteluihin. Tähän on oltava riittävät resurssit kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. (Paltamaa ym., 2011: 232.)

Kelan asiantuntijuuden toivottiin olevan laaja-alaisempaa. Asiantuntijuus nähtiin byrokrattisena ja siihen toivottiin käytännönläheisempää ajattelua. Erityisesti kuntoutujan arkeen sekä toimintakykyajatteluun liittyvän osaamisen toivottiin lisääntyvän. Toisaalta tiedon syventäminen kapeampien vastualueiden ja vastuuhenkilöiden nimeämisen kautta koettiin hyväksi.

*”Pitää olla asiantuntijuutta, ja paikoin onkin, joskus on, kun on nimetty ihminen joka hoitaa tiettyä kuntoutusmuotoa esimerkiksi mielenterveyskuntoutusta, niin se tietää, millaisissa tapauksissa on myönnetty, että kannattaako sanoa asiakkaalle, että hakea.”H1*

*”Kriteerit ja tämmöset pitää tietysti olla itselläkin, että yhtään osaa ohjata asiakasta, kun miettii sitä kuntoutujaa ja sen motivointia kuntoutumisen kannalta niin ei se ole kenenkään etu, että kaikille haetaan etuutta, että niinku kokeillaan, toivoisi sellaista avointa yhteistyötä, joka olisi kuitenkin kaikkien etu, että tiedettäis kriteerit ja perusteet ja oltais samoilla linjoilla, ei se sellainen kepillä jäätä kokeilu ole järkevää. ” H6*



Järvikosken ym. 2009 tekemässä tutkimuksessa, jossa selvitettiin muun muassa vammaisten henkilöiden ja heidän läheistensä kokemuksia kuntoutuksen toteutuksesta ja merkityksestä sekä koetuista vaikutuksista, ilmaistiin voimakkain kritiikki juuri palvelujärjestelmän antamaan tiedotukseen, neuvontaan ja ohjaukseen (Järvikoski ym., 2009).

Omaa asiantuntijuutta arvioitaessa Kelan etuuksien tuntemus koettiin suhteellisen hyväksi. Tiedon koettiin karttuneen työkokemuksen ja erityisesti pitkäaikaisten asiakassuhteiden seurannan myötä.

*”Kyllä yleinen tieto on sillä tavalla hallussa ja helposti löydettävissäkin.”H2*

*”Tietysti tietoa on tullut tässä vuosien varrella ihan työn kautta ja toki päätösten kautta nyt alkaa hahmottamaan kokonaisuuksia.”H3*

Perustieto Kelan etuuksista löydettiin useimmin Kelan verkkosivuilta. Tietojen vaihtoa käytiin myös organisaation sisällä työntekijöiden ja eri ammattikuntien kesken. Tiedon soveltaminen monimuotoisempiin asiakastapauksiin ja yksilökohtaisemman tiedon saanti edellytti kuitenkin yhteydenottoa Kelaan.

Kelan todettiin tiedottavan etuusasioista hyvin. Suoraan sähköpostiin tuleva Kelan uutiskirje koettiin helposti luettavaksi ja toimivaksi. Uutiskirje mobilisoi tarkistamaan etuustietämystä. Haastateltavat olivat osallistuneet Kelan järjestämään koulutukseen, mutta yleisesti toivottiin enemmän lyhyempiä koulutuksia aina kun etuusasioissa tuli suurempia muutoksia, kuten lakimuutokset.

## 6.4 Kuntoutusprosessiin osallistuminen

Kuntoutuksen suunnittelun moniammatillisuus koettiin lähtökohtaisesti tärkeänä ja moniammatillisen suunnittelun koettiin yleistyneen toimintakäytäntönä sellaisten asiakkaiden kohdalla, joilla on monia haasteita. Erityisesti organisaation sisäinen moniammatil-

linen toiminta kuntoutuksen suunnittelussa nähtiin varsin toimivana, vaikka tässäkin oli yksikkökohtaisia eroja sekä sairausryhmiin liittyviä vaihteluita. Moniammatillisuus nähtiin tärkeänä erityisesti asiakkaalle tarkoituksenmukaisen kuntoutussuunnitelman laatimiseksi ja asiakkaan kokonaisuuden koordinoimiseksi.

*”Talon sisällä kyllä toimii, tietysti riippuen vastuualueesta, sitä voi olla eri määrä eri yksiköiden välillä.”H5*

*”Moniammatillisuuden merkitys on aivan valtava, ei se riitä, että kun kuntoutusta suunnitellaan, niin että se on pelkästään terapia kerran viikossa, kun se pitää olla tavallaan mietittynä niin, että se miten ne tavoitteet on sellaisia, että ne tulisi aidosti sinne arkeen ja se arki olisi niin, että ne eri palaset olisivat tietoisia toisistaan ja tavoitteista. Ei se muuten tue eikä edistä sitä siihen haluttuun suuntaan. Että se moniammatillisuus ei ole pelkästään se lääkäri ja terapeutti, vaan se on niin paljon enemmän huomioitava.”H6*

Martinin (2016) tekemän tutkimuksen mukaan, nuorten kuntoutussuunnitelmista vajaa neljännes oli laadittu moniammatillisessa työryhmässä. Puumalaisen ym. (2001: 73–74) tekemän raportin mukaan kuntoutussuunnitelman laatimiseen osallistui lähes aina lääkäri, terapeutit ja kuntoutusohjaajat osallistuivat usein. Sen sijaan suunnittelussa harvemmin oli mukana Kelan virkailija sekä kuntoutuslaitoksen työntekijä, sosiaalityöntekijä tai terveyden- tai sairaanhoitaja. Moniammatillisen työryhmän roolia suunnittelussa merkittävänä piti kuitenkin joka kymmenes vastaaja.

Suurimpana haasteena moniammatillisuuden toteutumiselle nähtiin oman ajan riittävyys sekä eri ammattiryhmien yhteisen ajan löytäminen.

*”Haasteena on aina se yhteisen ajan löytäminen, mutta kyllä meillä sitten konsultoidaan ja pyritään siten kokonaisvaltaisesti asioita puimaan.”H3*

*”Jos mietitään ihan puhtaasti kuntoutussuunnitelman laadintaa, niin se vo-lyymi on sellainen, ettei moniammatillinen suunnittelu valitettavasti toteudu kaikille eikä ole kaikilla yksiköillä arkipäivää. Ehkä se on enemmän tarpeen*

*juuri sellaisten kohdalla, joilla niitä monenlaisia haasteita on, niin kyllä näiden kohdalla myös pyritään toteuttamaan ja aikaa sille varaamaan.”H6*

Myös Nikkanen (2010) havaitsi kerätessään tietoa kuntoutussuunnitelmien rakentumisen käytännöistä kuntoutujilta ja palveluntuottajilta, että kehittämistarpeita on erityisesti moniammatillisuudessa ja yhteistyössä. Julkisen terveydenhuollon ja muiden kuntoutujan kanssa työskentelevien työntekijöiden kanssa yhteistyö tapahtui suurelta osin kirjallisen viestinnän avulla. Kasvokkainen yhteistyö kuntoutuksen suunnittelussa oli työntekijöiden välillä hämmästyttävän vähäistä.

Kelan toimihenkilön ja kuntoutujan välistä tapaamista pidettiin tarpeellisena haastavissa ja prosessinomaista suunnittelua vaativissa asiakastapauksissa. Tapaamisen toivottiin toteutuvan moniammatillisen tiimin tapaamisena, joka mahdollistaisi yhdenmukaiset käsitykset kuntoutuksen tavoitteista, mahdollisuuksista ja seurannasta kaikille toimijoille. Erityisesti nuorten opintojen ja urapolkujen suunnittelussa ja seurannassa Kelan mukanaolo nähtiin tärkeänä.

*”Joissakin kohtaa on tarpeellista se Kelan läsnäolo, silloin kun on jotenkin haastava tai paljon niitä asioita, niin kyllä se joskus on ehkä ainutkin tapa molemmin puolin ymmärtää se kokonaisuus.”H5*

*”Näkisin, että sellaiset, joissa tarvittaisiin sellaista prosessinomaista tukea ja seurantaa, jos esimerkiksi urapolku ei syystä tai toisesta lähdekään toteutumaan. Ei niinkään siinä hakemisvaiheessa, vaan nimenomaan tässä seurannassa. Enemmän sellaisia seurantatyyppejä yhteydenottoja, jos kontroleja ei olekaan enää, niin yrittäisi erottaa sieltä ne erityistä tukea tarvitsevat.”H3*

Kelan toimihenkilön konkreettisen tapaamisen koettiin tuovan lisäarvoa päätöksentekoon, mutta myös edistämään kuntoutujan sitoutumista hänelle tehtävään suunnitelmaan.

*”Luulen, että se voisi toimia myös niin päin, että kuntoutuja ja hänenkin lähipiirin sitoutuminen esimerkiksi opiskelusuunnitelmaan, että tässä oikeasti tehdään isoja päätöksiä ja elämänsuunnitelmia. Voisi olla hyvä, että konkreettisesti toimisi niinkin päin, että ymmärtäisi paremmin mihin tässä ollaan sitoutumassa.”H6*

Haastateltavilta kysyttiin, millä tavoin he kokevat kuntoutusprosessin toteutumisen diagnostisoinnista etuuksien hakemiseen ja kuntoutustoimenpiteiden toteutukseen. Prosessi koettiin pääosin toimivaksi, ammattilaiselle selkeäksi ja kohtuullisen viiveettömäksi. Sen sijaan haasteita koettiin varsinaiseen prosessiin ohjautumisessa, kuntoutuksen vastuutahon vaihtumisessa sekä prosessin seurannassa.

*”Tiedonkulussa on sellaisia aukkoja, suunniteltu on, mutta konkreettiset hakemukset ovat jääneet tekemättä, huomataan sitten, kun on seuraava kontrolli, että tämän asia ei olekaan edennyt mihinkään.”H1*

*”Kuntoutuksen ohjaus ja suunnittelu on tärkeää ja tässä sitä resurssia tulisi olla enemmän, näen sen prosessiin ohjautumisen enemmän ongelmaksi, että sitten kun se jostain päästä käynnistyy, niin sitten se kyllä paremmin rulla.”H5*

*”Jos asiakas onkin saanut kielteisen päätöksen eikä ilmoita siitä, vaikka Kela lähettää päätöksen hoitavalle lääkärille, niin ei heilläkään ole sitten mahdollisuutta seurata. Kyllä sitä seurantaa tarvittaisiin, mutta en tiedä, kuka sitä pystyy toteuttamaan.”H4*

Viivettä kuntoutusprosessissa koettiin olevan päätösten viipymisessä asiakkaan näkökulmasta sekä asiakkaiden tarvitsemassa ohjauksessa erityisesti palveluntuottajan valinnassa.

*”Viiveet on suhteellisia ja useimmiten ihmisillä on aikamoinen hätä, eikä ne päätökset kuitenkaan tarpeeksi nopeasti tule. Itse en ole kokenut, että päätökset viipyisivät kauan.”H2*

*”Viiveitä on erityisesti asiakkaiden terapioiden aloittamisessa, konkreettisesti ihmiset eivät osaa hakea itselleen oikeaa terapeuttia, lista on pitkä, mutta mistä kukaan tietää, kuka on sopiva, niin kuka sitten neuvoo ja ohjaa.”H1*

Yhteistyötahojen verkostoituminen nähtiin tarpeelliseksi sekä palvelujen kehittämiseksi että asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseksi. Kuten moniammatillisen työskentelyn, myös verkostoitumisen koettiin tuovan lisäarvoa erityisesti monimuotoisissa ja pitkäkestoista suunnittelua vaativissa asiakastapauksissa.

*”Se olisi hienoa jos voisi kutsua isompaan tiimiin, kun kuitenkin yleensä näkee sen, mikä on se asiakasryhmä, joka tarvitsee laajempaa suunnittelua, meillä kuitenkin uskon, että lääkärit siihen hyvin lähtisi, ja jos Kelan voisi kutsua mukaan ja se jouhevasti tapahtuisi, niin siitä olisi paljon apua.”H3*

*”Jotenkin tuntuu kummalliselta, että miten se prosessi voi mennä hyvin, jos ei siinä kaikki tahot ole mukana.”H5*

Myös Perttula (2003) on todennut, palveluohjauksen prosesseja sekä tuloksia tarkastellessaan, verkostomaiseen työotteeseen liittyvien myönteisten kokemusten olleen palveluohjauuskokeilujen keskeisiä tuloksia.

## 6.5 Yhteistyön kehittäminen

Haastateltavia pyydettiin nimeämään yhteistyöhän liittyviä tekijöitä, joita he pitivät merkityksellisinä kuntoutujan hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumisen kannalta. Kaikissa vastauksissa merkityksellisimmäksi yhteistyötekijäksi nousi suora toimiva asiantuntijuuteen perustuva vuorovaikutus ja dialogin käyminen Kelan työntekijän kanssa. Dialogin nähtiin tuovan yhteisen ymmärryksen kuntoutujan toimintakyvystä,

tavoitteista ja vastuista ja siten varmistavan hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumista.

*”Kyllä kai se, että yhteistyö on molemminpuolista, avointa, ja saat sen varman yksilöllisen vastauksen.”H2*

*”Enemmän yhteistyötä ja helppoa saatavuutta, kyllä meillä talossa iso viesti on ollut, että ei saa yhteyttä tai tietoa ja olisi ainakin se tieto, että kehen olla yhteydessä.”H3*

*”Yhteistyö ja se vuorovaikutus siinä on ihan perusedellytys, avoin vuorovaikutus, kun tehdään kuntoutussuunnitelmiakin, niin yhteinen ymmärrys tavoitteista ja toimintakyvystä ja vastuutahoista ettei tule katkoksia.”H4*

*”Pitää keskustella työntekijöiden välillä ja pitää keskustella myös näistä linjoista, miten toimitaan. Herkemmin puhutaan kaikki. Enemmän keskustelua yleisistä periaatteista, mitä käytäntöjä tarvitaan, miten tiedonkulkua voidaan parantaa. Sitten kun on yksittäinen asiakas, ei riitä, että laitetaan hakemus ja katsotaan, mikä päätös on, vaan pitää keskustella.”H1*

*”Luottamus ja sellainen asiantuntijuus ja hyvä keskusteluyhteys, että jos asiakkaalla on hätä jostain, että ei ole tullut päätöksiä ja voi liittyä myös taloudelliseen tilanteeseen, että asiakas on saanut eläkepäätöksen ja sitten tulee postissa ammatillisen kuntoutuksen hakemus, mutta asiakas miettii etten mie selviä edes tästä päivästä, saati töistä. Siinä ei ainakaan tue ketään sellainen, että sanotaan no se on tuo Kela tuollainen, että siinäkin sitä asiakasta tukee se hyvä yhteistyö ja ammattilaisten keskinäinen arvostus ja asenteet, että voi vaikka sanoa, että otetaanpa yhdessä yhteyttä kelaan ja se voi olla, että se tilanne siinä laukeaakin ja rauhoittuu, siellä voi olla, että onkin katsottu, vaikka, että diagnostiikka vielä kesken ja siksi hylkäävänä tullut.”H6*

Paltamaan ym. (2011: 233) mukaan hyvän kuntoutuskäytännön toteutumiseksi on yhteistyötä tehostettava useiden tahojen välillä, muun muassa Kelan ja kuntoutusta suun-

nittelevan tahon välillä. Myös Hinkka (2010) on todennut, tutkiessaan verkostomallisen kuntoutuksen toteutumista ja vaikuttavuutta ikäihmisten osalta, että tiedonkulku, yhteistyö ja toimintakyvyn lähtökohdista rakentuva suunnittelu ovat onnistuneen kuntoutuksen edellytyksiä.

Hyvää hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumista heikentävinä yhteistyötekijöinä nähtiin yhteistyön kaikinpuolinen toimimattomuus ja keskustelemattomuus. Vähäisen yhteistyön taustalla nähtiin vaikeus ammattilaisten saavutettavuudessa sekä oman asiantuntijuuden jakamattomuus.

*”Jos yhteistyö ei vaan toimi, niin kyllä se vaikuttaa, ja kun aina ei tavoita, tulee viivettä.”H4*

*”Jos ei keskustella niin, että normaalielämä mahdollistuu kuntoutuksen ohella. Yhdessä suunnitteleminen, eikä vaan että kaikki pitää omaa työtä niin tärkeänä, ettei siitä jaeta yhteiseen.”H6*

Osa vastaajista näki myös asiakkaiden huonon kuntoutusprosessiin ohjautuvuuden heikentävän hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumista.

*”Tiettyjen asiakasryhmien kannalta vasta sairastuneet jää usein siinä alussa ilman aktiivitoimenpiteitä ja myöhemmin ovat vaikeita motivoida, näille pitäisi hakea yhdessä niitä ratkaisuja aikaisemmin.”H5*

*”Näihin asiakkaisiin ei tartuta niissä paikoissa, missä ne liikkuvat.”H2*

Myös käsittelyaikojen pituus, lyhyet päätökset ja kontrollikäyntien ja kuntoutuspäätösten yhteensovittaminen koettiin kriittisiksi vaiheiksi hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumisen kannalta sekä kuntoutujan arjen sujuvuuden kannalta.

*”On tärkeää, että asiakas saa ajoissa tietoa esimerkiksi kuntoutuksen jatkumisesta ja ettei tulisi viiveitä, koska kuntoutuksella on iso merkitys arjessa, ja pienikin viive voi vaikuttaa oleellisesti arjen sujuvuuteen.”H4*

*”Kun on lyhyet päätökset, viipyvät tai tulevat myöhään, niin siihen pitäisi sattua niin monta muutakin käytännön juttua, kaikki kontrollit, ei nekään voi olla liian aikaisin ja pitäis saada kaikki tarvittavat erityistyöntekijöiden käynnit suunniteltua käsittelyaikojen mukaan, ja kohta pitäisi jo olla uusi kontrolliaika eikä kuntoutusta ole oikein päästy edes aloittamaan. Voisi olla pidemmät päätökset, että nähtäisiin vaikuttavuus ja voitaisiin aidosti suunnitella ja tehdä järkeviä jatkosuosituksia.”H6*

Myös Järvikosken ym. (2009) toimittamassa vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeeseen liittyvässä tutkimusraportissa toivottiin kuntoutuspalvelujen hakemisen yksinkertaistamista, päätöksenteon nopeuttamista sekä pidempikestoisia kuntoutuspäätöksiä. Koukkarin (2010: 142–144, 200) tutkimuksessa kuvattiin kuntoutujien kokemuksia kuntoutusjärjestelmän toimivuudesta. Kuvauksissa esiintyi sekä myönteisiä että kielteisiä piirteitä. Toiminnassa tunnistettiin valtaan ja sen eri muotojen käyttämiseen liittyviä piirteitä kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Kelan valtaa pelättiin, kuntoutuksen jatkuvuuteen liittyvissä kysymyksissä.

Yhteistyöhön liittyvät tekijät, jotka nähtiin merkityksellisenä kuntoutujan ja hänen perheensä arjen sujuvuuden kannalta, liittyivät konkreettiseen tukien hakemisessa avustamiseen sekä etuusohjaukseen.

*”Yksin eivät hae, se ei onnistu, se koetaan haasteeksi ja siihen pitää alulle auttamassa olla ulkopuolinen, alusta loppuun asti täyttäminen ei onnistu.”H2*

*”Sairauteen sopeutumisessa voidaan tukea perhettä antamalla tietoa ja tukea hakemisessa ja prosesseissa.”H5*



*”Ihminen on käynyt Kelalla eikä ole kerrottu kriteereitä ja tulee sitten meil-  
le hakemaan lausuntoa ja sitten, kun niitä kriteereitä ei ole, niin se on vai-  
kea oikaista asiakkaalle.”H3*

Kuntoutujan ja hänen perheensä arjen sujuvuuden kannalta merkityksellisenä yhteistyöhön liittyvänä tekijänä näyttäytyi myös kokonaisvaltainen ajattelu, omaisten huomioiminen sekä perheen realistisen ja konkreettisen arjen huomioiminen kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. Kuntoutus nähtiin kaiken kaikkiaan kuntoutujalle merkityksellisenä ja erityisesti kuntoutuksen suunnittelulla nähtiin olevan suuri merkitys kuntoutujan kokonaistilanteeseen. Kokonaisuuden huomioimisen puuttuminen prosessin eri vaiheissa nähtiin vastaavasti myös arjen sujuvuutta ja elämänlaatua heikentävänä tekijänä.

*”Ainakin se, että omaiset täytyy kutsua mukaan suunnitteluun, ihan tällaiset ympäristöönkin vaikuttavat asiat, että vaikka pariskunnat, mikä sen toisen elämänhallinta ja elämänsuunnitelma on, niin se nyt aivan varmasti koskee myös sitä toista.”H6*

*”Kuntoutujan elämäntilanne ja perheen arki tulisi huomioitua, vaikka olisi hyviä suunnitelmia, mutta perhe-elämän reunaehdot tulee vastaan, eikä voi laituskuntoutukseen toiselle paikkakunnalle lähteä, koska on yksinhuoltaja. Ettei suunniteltaisi ja päätettäisi sellaista, mikä nyt ei realistisestikaan voi toteutua ja että huolehdittaisiin siitä, että asia käy kaikille ilmi.”H2*

*”Yhteisesti suunnittelussa huomioidaan se, että mikä on realistista toteuttaa ja luontevasti integroituu sen perheen arkeen, eikä niin että olipas fiksumpaa suosittelä tätä ja vielä fiksumpaa tehdä päätös, kun ei vaikka ole paikkakunnalla palveluntuottajia. Miten se kuntoutus silloin voisi tukea sitä arkea ja asiakkaan elämänlaatua.”H1*

Järvikosken ym. (2009) tekemässä tutkimuksessa Kelan kuntoutus koettiin juuri muun muassa elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä. Myös Martin (2016) on päätenyt samansuuntaisiin tuloksiin. Hänen tutkimuksessaan nuoret kokivat kuntoutuksen olleen olennainen osa elämää jo vuosien ajan ja kuntoutuksen merkitykselliseksi myös elämänlaatu-

dun ylläpitäjänä. Järvikoski ym. (2013) selvittivät vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saaneiden lasten vanhempien kokemuksia kuntoutusprosessista. Tutkimuksen mukaan valtaosa vanhemmista totesi kuntoutuksen vastanneen lapsen tarpeisiin hyvin. Vanhempien kokemukset onnistuneesta kuntoutuksesta edellyttivät tiedon jakamista, osapuolten kuulemista sekä yhteistyötä kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa.

Siihen, että kuntoutuja saa haettua hänelle kuuluvat kuntoutusetuudet Kelalta, nähtiin kaikilla kuntoutujan kanssa toimivilla ammattilaisilla olevan yhtäläinen ohjausvelvoite. Vaikka kuntoutujalla nähtiin myös olevan oma vastuu asiasta, korostui ammattilaisten antaman ohjauksen merkitys oikea-aikaisessa ohjautuvuudessa kuntoutusprosessiin. Huolenaiheeksi nousivat asiakkaat, joilta puuttui vakituisempi hoitokontrolli sekä siihen sisältyvä palvelu- ja kuntoutusohjaus. Toisaalta myös todettiin, että ohjaukseen tulisi löytyä riittävästi aikaa ja työntekijöitä.

*”Kyllä tämä kaikkien ammattilaisten tehtävä on ja tähän pitäis jo säästöyistäkin resurssoida.”H5*

*”Resurssia pitäisi olla ohjaukseen, että saataisiin asiakkaat oikea-aikaisesti ohjautumaan.”H4*

*”Pitää tietysti vastuuttaa kuntoutujaa itseäänkin, mutta ei voi olettaa, että kun ihminen saa jonkun diagnoosin, joka romuttaa kaikki ajatukset, että miten tämä elämä tästä eteenpäin menisi, että vaikka Kelakin kuinka tiedottaisi tai ohjaisi, niin kyllä se koordinointi tarvitaan, ei ihminen pysty sen kriisin keskellä itseohjautuvasti toimimaan.”H6*

*”Huolettaa nämä asiakkaat, joilla ei ole vakituksia kontrolleja, heillä ei myöskään ole sen tilanteen vaatimaa ohjausta ainakaan siltä taholta.”H3*

Sipari (2008) on todennut tutkiessaan lapsen kuntouttavaa arkea, että esimerkiksi lasten vanhemmille jää suuri taakka palvelujärjestelmän hallinnasta. Perttulan (2003) mukaan palveluohjauksen järjestämisessä ongelmakohdiksi osoittautuivat erilaiset työn rakenteelliset tekijät, kuten resurssit ja aikatekijät. Koukkarin (2010) tutkimuksessa tietoisuus

kuntoutuksen organisoinnista sekä ammattihenkilöiden vastuusta koettiin merkitykselliseksi tekijäksi kuntoutumisessa. Puumalainen ym. (2009: 82) ovat todenneet, että joidenkin kuntoutujien kohdalla, kuntoutuksen suunnittelun ja hakemusten tekeminen hoitui viranomaisien tai omaisten toimesta, koska palvelujärjestelmää ei tunnettu riittävästi.

Haastateltavilta tiedusteltiin, tulisiko jollakin toimijataholla olla kokonaishallinta pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessista. Kuntoutujalla, joka tarvitsee laaja-alaisia, pitkään jatkuvia ja monimuotoisia palveluja, tulisi olla nimetty kuntoutusohjaaja tai kuntoutuksen yhdyshenkilö, rinnalla kulkija ja koordinoija. Haastateltavista osanäki, että kokonaishallinta liittyi luontevimmin hoitavan tahon toimintaan, osa ei nimenmyyt mitään tahoa.

*”Se voi toteutua myös ryhmämuotoisena voi olla sellaisia jotka pärjää kevyelläkin tuella, mutta sitten on niitä, jotka vaativat enemmän seuranta- ja tukea.”H6*

Järvikoski ym. (2015: 111–113) ovat todenneet kuntoutuksen yhdyshenkilön nimeämisen ja kuntoutuspalveluiden hyvän koordinoinnin olevan olennaisia kuntoutuksen myönteisten vaikutusten kannalta. Samaa väitettä tukee Martinin väitöskirja (2016), jossa todettiin vastuuhenkilön nimeämisen kuntoutusprosessin toteutumisen seurantaan olevan olennaista kuntoutuksen myönteisten vaikutusten kannalta. Koordinoinnilla ja yhteistyön ohjaamisella pyritään siihen, että kuntoutussuunnitelmat rakentuvat ja toteutuvat tarkoituksenmukaisesti (Notko, 2006: 61).

Nykyinen Kelan kanssa tehtävä yhteistyö pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien asioiden suunnittelussa ja hoidossa koettiin riittämättömäksi. Yhteistyö koettiin kasvottomaksi ja sen koettiin heikentyneen asiantuntijoiden hankalan saavutettavuuden vuoksi.

*”Aina eri ihminen, joka ei ole millään tavalla perehtynyt, jollain tavalla kasvotonta toimintaa.”H2*

*”No ei ole riittävää, juuri tämän saavutettavuuden heikkenemisen myötä huonontunut. Kelassa on vedetty kahteen suuntaan, että toisaalta hajauteetaan, että on kaikenmaailman linjat ja hoidetaan missä tahansa paperilla ja toisaalta kehitetään tätä henkilökohtaista ohjausta ja nimetään henkilökohtaisia neuvoja, niin tällaisilla asiakasmäärillä aivan riittämätön resurssi ja kumpaa tässä nyt halutaan tehdä, anonymisti paperilla viranomaispäätöksiä vai kohdata asiakas kasvokkain ja tulla tutuksi, että tässä ei nyt hoideta oikein kumpaakaan kunnolla.”H1*

Yhteistyö nähtiin riittämättömänä erityisesti pitkäaikaisia suunnitelmia tarvitsevien asiakkaiden kohdalla. Yhteistyön toivottiin myös toteutuvan prosessimaisena, eikä niinkään yhteen kuntoutuksen vaiheeseen liittyvänä.

*”Voisi olla tiiviimpää ja erityisesti vaativissa ammatillisen kuntoutuksen asioissa.”H4*

*”Mennyt huonompaan, ei saada Kelaa mukaan, eikä suunnittelu ja päätöksenteko kohtaa. Esimerkiksi ymmärrys siitä, minkä takia tehty tällä tavalla suunnitelma.” H5*

Martin ym. (2009: 241) totesivat, kootessaan tietoa lasten vanhempien kokemuksista kuntoutussuunnitelman laatimisprosessista, myös vanhempien toivovan, että lapsen kanssa toimivat tahot toimisivat aktiivisemmin yhteistyössä.

Yhteydenpidossa tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi nostettiin suoran kontaktin saaminen Kelan asiantuntijaan. Toisaalta toivottiin myös Kelan aktiivisempaa yhteydenottoa ja konkreettista osallistumista asiakasta koskevaan työskentelyyn.

*”Jos on vaikka kuntoutussuunnitelman mietintä, niin voisi Kelakin olla joskus yhteydessä.”H3*

Yhteisiä tapaamisia toivottiin myös muissa kuin asiakasta koskevissa asioissa. Näissä toivottiin keskustelua toimintakäytännöistä ja niiden kehittämisestä.

*”Jalkautuminen, jossa ajankohtaisia tai olemassa olevia asioita, ei mitään kalvosulkeisia, vaan keskustelevia tapaamisia, joissa saisi tingattua kaikki asiat.”H6*

*”Enemmän tapaamisia, joissa voisi käydä keskustelua puolin ja toisin, koska varmaan on niitäkin epäkohtia, mitä Kela näkee meidän tavoissa.”H4*

Yhteistyöhön liittyvää osaamista ja tietoa haluttiin lisätä yhteisillä tapaamisilla. Erityisesti toimintakykyajattelun toivottiin lisääntyvän Kelan toiminnassa. Tapaamisten koettiin myös edistävän verkostoitumista ja verkostomaista työtettä.

*”Meille tulee kouluttaja Kelasta, useammin päivittää osaamista, tällaiset edistävät myös verkostoitumista.”H2*

*”Se että nähtäis se ihminen kokonaisuutena ja toimintakykyajattelun lisääntyminen ja kuntoutuksen hyödyn näkeminen.”H6*

Kuntoutussuunnitelmien kehittäminen nähtiin myös merkittävänä osana yhteistyöhön liittyvän osaamisen kehittämistä. Kuntoutussuunnitelma nähtiin yhteistyön välineenä ja lähtökohtana kuntoutujan prosessille.

*”Kyllä se kuntoutussuunnitelma, hyvä sellainen on kaiken lähtökohta, ja se koulutus siitä laajemminkin on aina hyvästä.” H2*

Koukkari (2010: 200) on todennut, tutkiessaan kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta, kuntoutussuunnitelmalla olevan yhteyden kuntoutustoiminnan laatuun. Kuntoutussuunnitelma laaditaan potilaan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä. Hokkasen ym. (2009: 288) mukaan kuitenkin usein käy niin ettei vastuulääkäri tunne kuntoutujan tilannetta ja tietämys kuntoutusjär-

jestelmän toiminnasta sekä kuntoutussuunnitelman merkityksestä kuntoutusprosessissa on puutteellista. Vuonna 2011 laadittu suositus hyvästä kuntoutuskäytännöstä kehottaa osaltaan lisäämään kuntoutussuunnitelmiin liittyvää koulutusta suunnitelmien laadun parantamiseksi (Paltamaa ym., 2011: 232).

Tärkeimpänä kehittämiskohteena pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutusprosessissa tehtävässä yhteistyössä nousi terveydenhuollon ja Kelan välisen toimivan molemminpuolisen keskusteluyhteyden lisääminen kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa.

*”Meidän välinen yhteistyö olis sitä, että on ihmisiä, joita on lähellä, joita saa lähestyä ja tavata, se kyllä tukee koko prosessia.”H6*

Huomiota vaativaksi asiaksi useissa haastatteluissa nostettiin prosessiin ohjautuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Positiivisen asiakaskokemuksen luomisen heti prosessin alussa koettiin varmistavan asioiden sujuvuutta. Myös prosessin oikea-aikaisuus nähtiin tärkeänä sekä jatkuvan molemminpuolisen osaamisen kehittäminen.

*”Kuntoutussuunnitelmien laatiminen, siitä se kaikki lähtee sen jälkeen, kun on ohjautunut, tiedettäisiin mitä tehtäis.”H6*

*”Meidän pitäisi saada ihmiselle kokemus siitä, että asiat lähtee rullaamaan.”H3*

*”Aloitus on tärkein vaihe, että ihminen joka on siinä, kokisi, että se saa apua ja kykenee hankkimaan sitä.” H2*

## 7 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä ja kokemuksia terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen eli Kelan välisestä yhteistyöstä pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessissa. Vastauksia tutkimuskysymyksiin haettiin haastatteleamalla terveydenhuollon ammattilaisia.

Haastatellut terveydenhuollon ammattilaiset totesivat Kelan olevan tärkeä yhteistyökumppani. Yhteistyötä pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien asioissa terveydenhuollon ja Kelan välillä on, mutta yhteistyön koettiin olevan riittämätöntä. Nykymuotoisena yhteistyö ei tue riittävästi kuntoutujan hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumista eikä kuntoutujan arjen sujuvuutta.

Tutkielmassa todettiin konkreettisten yhteydensaantimahdollisuuksien Kelaan vuosien myötä merkittävästi huonontuneen. Kelaan oltiin yhteydessä useimmiten silloin, kun asiakkaan monimuotoinen tai hankala tilanne edellytti tarkempaa ja laaja-alaisempaa selvittelyä. Lisäksi yhteyttä otettiin, kun haluttiin yksittäisen kuntoutujan kohdalla tarkistaa etuuksien voimassaoloa, myöntämiskriteereitä, päätösten perusteluita ja erilaisia etuuksien vertailutilanteita.

Kelalla on viranomaislinja, joka on puhelinpalvelu yhteistyökumppaneille. Linjalla on etuusittain jaetut palvelunumerot. Viranomaislinjaa käytettiin, mutta sen käyttöön koettiin liittyvän useita haasteita. Viranomaislinjan koettiin antavan vastauksen yleisellä tasolla, mutta asioiden laaja-alainen ja yksityiskohtainen selvittäminen jäi puuttumaan. Asiointi kuntoutujan asioihin perehtyneen käsittelijän kanssa koettiin kaikkien osapuolten etuna, tämä kuitenkin mahdollistui harvoin. Yleinen kokemus oli, ettei Kelan asiantuntijuutta saatu riittävässä määrin käyttöön kuntoutujaa koskeviin palavereihin.

Ammattilaisten antaman ohjauksen merkitystä korostettiin kuntoutujan oikea-aikaisessa ohjautuvuudessa kuntoutusprosessiin. Terveydenhuollossa moniammatillista ja verkostomaista työskentelyä toteutettiin erityisesti niiden kuntoutujien kohdalla, joiden tilanne vaati laaja-alaista selvittelyä tai useiden eri tahojen palveluita. Kela oli kuitenkin harvemmin mukana näissä verkostoissa tai moniammatillisissa tiimeissä. Kelan toimihenkilön tapaamista pidettiin kuitenkin tarpeellisena haastavissa ja prosessinomaista suun-

nittelua vaativissa asiakastapauksissa. Tapaamisen toivottiin toteutuvan moniammatillisen tiimin tapaamisena, joka mahdollistaisi yhdenmukaiset käsitykset kuntoutuksen tavoitteista, mahdollisuuksista ja seurannasta kaikille toimijoille. Erityisesti nuorten opintojen ja urapolkujen suunnittelussa ja seurannassa Kelan mukanaolo nähtiin tärkeänä.

Haastatteluissa merkityksellisimmäksi yhteistyötekijäksi hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön kannalta nostettiin toimiva asiantuntijuuteen perustuva vuorovaikutus ja dialogin käyminen terveydenhuollon asiantuntijoiden ja Kelan asiantuntijan välillä. Dialogin nähtiin tuovan eri osapuolille yhteisen ymmärryksen kuntoutujan toimintakyvystä, kuntoutuksen tavoitteista sekä kuntoutuksen järjestämisen vastuista ja siten tukevan yhteistyömuotona parhaiten hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumista.

Kuntoutujan ja hänen perheensä arjen sujuvuuden kannalta merkityksellisenä yhteistyöhön liittyvänä tekijänä näyttäytyi kokonaisvaltainen ajattelu, kuntoutujan lähiympäristön sekä perheen realistisen ja konkreettisen arjen huomioiminen kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. Kelan toiminnassa toivottiin myös kokonaisvaltaisen toimintakykyajattelun lisääntymistä. Yhteistyöhön liittyvää osaamista ja tietovarantoa haluttiin kehittää yhteisillä tapaamisilla. Yhteisiä tapaamisia toivottiin myös, koska niiden uskottiin edistävän verkostoitumista ja verkostomaista työtettä ja siten edesauttavan yhteistyön sujuvuutta. Keskusteluyhteyden mahdollistaminen ja lisääminen kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa nähtiin terveydenhuollon ja Kelan välisen toimivan yhteistyön kulmakivenä. Tätä näkökulmaa on tuonut esiin myös Lindh (2013: 191–193). Hänen mukaansa vuorovaikutus voidaan mieltää verkostotyöskentelyn perustaksi. Juuri toimijoiden välisellä vuorovaikutuksella verkostot rakentuvat, niitä luodaan sekä ylläpidetään ja syvennetään. Toimijaverkoston kehittyminen vastaavasti edellyttää, että tavoitteet nähdään yhteisenä, niihin sitoudutaan ja toimintatavoissa kyetään joustavuuteen ja muutokseen. Tämäntyyppisen verkostoajattelun myötä voidaan luoda edellytykset esimerkiksi tutkielman tuloksissa toivotun toimintakykyajattelun lisäämisessä. Toimivissa verkostoissa käytävä keskustelu luo pohjan osaamiselle sekä yhdenmukaisille käsitteille ja yhteisille tavoitteille.

Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä oli realistinen ja soveltui hyvin tutkielman aineiston kokoiseen kohdejoukkoon. Kohderyhmään valikoitui vahvan ammatillisen pääoman omaavia terveydenhuollon ammattilaisia ja aineistosta muodostui siten varsin



syvällinen ja kattava. Teoriasta johdetun haastattelurungon käyttäminen osoittautui varsin toimivaksi ja aineistosta saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Aineiston analysoinnissa käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä pyrittiin järjestämään aineisto pelkistetympään ja selkeämpään muotoon luokittelemalla aineistoa lähtökohtaisesti alkuperäisten teemojen alla. Teoriaohjaavaa analyysia käytettiin kuitenkin väljästi ja näin pystyttiin paremmin tunnistamaan myös aineistosta nousevia tekijöitä. Analyysivaihe muodostui varsin vaativaksi ja edellytti monien vaihtoehtoisten luokittelujen testaamista aineiston jäsentämisessä.

Tulokset eivät ole sellaisenaan yleistettävissä, koska aineisto on pieni ja toimintakäytännöt eri organisaatioissa vaihtelevat yksiköittäin sekä alueellisesti. Aineistosta voidaan kuitenkin saada sellaista tietoa, joka auttaa kriittisesti tarkastelemaan organisaatioiden toimintakäytäntöjä ja innostaa kehittämään sekä terveydenhuollossa että Kelassa tehtävää yhteistyötä. Tulokset myös vahvistivat aikaisempien tutkimusten tuloksia (mm. Järvikoski ym., 2009, Koukkari, 2010, Martin, 2016). Yhteistyö nähdään merkityksellisenä sekä kuntoutujan että ammattilaisten toiminnan kannalta, mutta edelleen yhteistyön tekemiseen liittyy haasteita, joihin ei ole onnistuttu riittävässä määrin löytämään ratkaisuja. Nämä yhteistyöhön liittyvät haasteet, kuten yhteistyökumppaneiden välisen dialogin puuttuminen ja ammatillisen tiedonvaihdon vähäisyys, ovat yhteistyön tarpeesta huolimatta arkipäivää.

Järvikosken (2013: 59) mukaan useissa tutkimuksissa on todettu ongelmana erilaiset palvelujärjestelmien vastuisiin liittyvät epäselvyydet, prosessien umpikujat ja väliinpuottoamistilanteet. Näiden on todettu tuhmaavan sekä inhimillisiä voimavaroja että yhteiskunnan rahoja. Tiedonvaihtoon ja yhteistyön kehittämiseen liittyvät ongelmat näyttävät useissa, erilaisiin kuntoutusta tarvitseviin asiakasryhmiin kohdistuvissa, hankkeissa, ongelma ei siis liity pelkästään pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien prosesseihin.

Hallituksen kärkihankkeen Osatyökykyisille tie työelämään taustalla on osatyökykyisten asiakasryhmän osalta arvioitu olleen osaltaan juuri tiedonvaihdon kehittämiseen liittyviä tarpeita. Ote-hankkeen hakua koskevassa raportissa todettiin työnjaon ja yhteistyön olevan edelleen puutteellisia palvelujärjestelmän eri tahojen välillä. Ongelma kiteytyy asiakkuuksien käynnistämisen lisäksi riittämättömään tietojen vaihtoon. Samaisessa raportissa todettiin, että maakuntaudistus tarjoaa hyvän mahdollisuuden uudelleenlaiseen asiakaslähtöiseen palveluiden integrointiin ja monialaiseen yhteistyöhön. Sosi-

aali- ja terveydenhuollon sekä työvoima- ja elinkeinopalveluiden uudistus luo hyvän pohjan muuttaa nykyisiä toimintamalleja ja -kulttuuria. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Huomioitavaa tutkielman tuloksissa oli, kuinka merkitykselliseksi terveydenhuollon ammattilaiset kokivat Kelan kanssa tehtävän yhteistyön. Kela nähdään paitsi kuntoutuksen järjestäjänä myös laajemmin kuntoutujan elämänprosessiin vaikuttavana yhteistyökumppanina. Järvikosken ym. (2009) tekemässä tutkimuksessa tätä näkökulmaa tuotiin esille asiakkaiden osalta. Tutkimuksessa Kelan kuntoutus koettiin juuri muun muassa elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä, mutta yhteistyökumppaneiden näkökulmasta asiaa on ehkä vähemmän tutkittu. Tutkielmassa tuotiin esille myös yhteistyön merkittävyyttä kuntoutukseen ohjautuvuuden ja oikea-aikaisuuden kannalta. Myös Martin (2016: 197) on todennut, että kuntoutuspalvelujen järjestämisessä ja toteutuksessa on tärkeää pyrkiä palvelujen oikea-aikaiseen kohdentumiseen.

Tämä tutkielma tuo esille yhden kuntoutusprosessissa toimivan tahon näkökulmaa, mutta tietoa tarvitaan enemmän myös muilta toimijoilta. Kuntoutuksen ympärille on rakentunut järjestelmä, jossa sen organisaatiot ovat muodostaneet omat toimintakulttuurinsa. Kukin organisaatio hoitaa osansa kuntoutuksen prosessissa, mutta yhteinen tekeminen vaatii toimintakulttuurien tarkastelua laajemmin. Kuntoutuksen prosessien tulisi olla laadukkaita, joustavia ja yhtenäisiä. Organisaatioiden toimintakulttuurien tulisi tukea toimintatapoja, joiden nähdään edistävän avoimemman ja keskusteleavamman ilmapiirin luomista. Vaikka tutkielman tuloksissa tämä organisaationäkökulma ei painottunut niin selkeästi, se näyttäytyi vastauksissa kuitenkin resurssien, olemassa olevien käytäntöjen ja palvelujärjestelmän tehtävänjaon muodossa. Asian merkityksellisyyttä voidaan tulkita myös systeemiteoreettisen lähestymistavan mukaan, jossa organisaatiot nähdään yhtenä systeeminä. Systeemissä sen osat, kuten toimintatavat ja resurssit vaikuttavat toisiinsa. Näiden vaikutusten seurauksena koko systeemi muuttuu aina, tavalla tai toisella. Systeemiteoria korostaa erityisesti toimijoiden välisiä vuorovaikutussuhteita, joissa monitoimijainen osaaminen sekä voimavarat voidaan yhdistää toisiaan täydentäväksi kokonaisuudeksi (vrt. Järvikoski & Härkäpää, 2008: 86, Jalava, 2008.)

Pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessin toimivuutta, hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumista sekä kuntoutujien arjen sujuvuutta voidaan kehittää lisäämällä keskustelua kuntoutusprosessiin osallistuvien tahojen välillä. Näiden koke-

musten pohjalta on mahdollisuus tarttua kehittämistä vaativiin kuntoutusprosessin vaiheisiin ja luoda toimivampia käytäntöjä kuntoutusprosessissa tehtävään eri tahojen väliseen yhteistyöhön ja kuntoutujan arjen tukemiseen.

## Lähteet

Aira A (2012) Toimiva yhteistyö, työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf>. Viitattu. 16.8.2017.

Alasuutari P (1994) Laadullinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus.

Annala I (2015) Miksi sidosryhmäyhteistyö on niin vaikeaa? Uuden julkisjohtamisen ja New Public Service –ajattelun vaikutukset Kela-neuvonnan asiakasyhteistyöhön. Helsingin yliopisto. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/157859/Annala\\_Yhteiskuntapolitiikka.pdf?sequence=2](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/157859/Annala_Yhteiskuntapolitiikka.pdf?sequence=2). Viitattu 8.10.2017

Brattberg G & Jönsson B (2005) Pedagogik för rehabilitering. Smärta 3/2005: 16-18. <http://www.varkstaden.se/wp-content/uploads/2017/07/pedagogik.pdf>. Viitattu 15.5.2017.

Cott C A, Boyle J, Fay J, Sutton D, Bowring J & Lineker S (2001) Arthritis community research & evaluation unit (ACREU) Client-Centred Rehabilitation. The University of Toronto. <http://www.acreu.ca/pdf/pub5/01-03.pdf>. Viitattu 28.10.2017. 1–72.

Elo S & Kyngäs H (2008) The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62(1). <https://student.cc.uoc.gr/uploadFiles/192-%CE%A3%CE%A0%CE%95%CE%9D407/CONTENT%20ANALYSIS.pdf>. Viitattu 28.10.2017. 107–115.

Engeström Y (2006) Kaksikäinen asiantuntijaorganisaatio. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2/2006: 13. Helsinki. Edita Prima Oy. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78595/2006b2.pdf?sequence>. Viitattu 25.8.2017.

Eskola J & Suoranta J (1996) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi. Lapin yliopistopaino.

Guillemin M & Gillam L (2004) Ethics, Reflexivity, and “Ethically Important moments” in Research. Qualitative Inquiry, Volume 10 Number 2, 2004. Sage Publications. [https://www.researchgate.net/publication/235930722\\_Ethics\\_Reflexivity\\_and\\_Ethically\\_Important\\_Moments\\_in\\_Research](https://www.researchgate.net/publication/235930722_Ethics_Reflexivity_and_Ethically_Important_Moments_in_Research). Viitattu 28.10.2017. 261–280.

Hallintolaki 434/2003.

Heinonen H-M, Tervola J & Laatu M (2011) Haastavat asiakkuusprosessit Kelassa. Tutkimus haastavista asiakasryhmistä ja sosiaaliturvan (toimeenpanon) ongelmista. Nettityöpapereita. Helsinki. Kelan tutkimusosasto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24597/Nettityopapereita20.pdf?sequence=4>. Viitattu 3.3.2017. 24,59.

Hinkka K & Karppi S-L (2010) Ikä- kuntoutus, heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutus ja vaikuttavuus. Sosiaaliturvan tutkimuksia/112. Helsinki. Kelan tutkimusosasto.



Järvikoski A & Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T & Suikkanen A (toim): Kuntoutus. Duodecim. 80–93.

Järvikoski A, Kokko R-L & Ala - Kauhaluoma M (2000) Kuntoutuvan asiakkaan palveluketju Teoksessa: Nouko - Juvonen S, Ruotsalainen P & Kiikkala I. (toim.): Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere. Tammi. 87–103.

Järvikoski A, Martin M, Autti-Rämö I & Härkäpää K (2013) Shared agency and collaboration between the family and professionals in medical rehabilitation of children with severe disabilities. International Journal of Rehabilitation Research: March 2013 - Volume 36 - Issue 1 – p. 30–37

Keskimäki I (2006) Tutkimus ja tilastot päätöksenteon tukena oikeudenmukaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisessä. Teoksessa: Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E & Keskimäki I: Hyvinvointivaltion rajat, Riittävät palvelut jokaiselle, Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Stakes. 151–154.

Koivikko M & Sipari S (2006) Järjestämisvastuu lasten ja nuorten kuntoutuksessa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 3/06: 239-248.  
[http://www.vlkunto.fi/julkaisut/24559\\_KTA\\_Taitto.pdf](http://www.vlkunto.fi/julkaisut/24559_KTA_Taitto.pdf). Viitattu 9.3.2016.

Koukkari M (2010) Tavoitteena kuntoutuminen- kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Rovaniemi. Lapin yliopistokustannus.

Kuntoutumissuunnitelman laatiminen 2016.  
<http://www.kela.fi/kuntoutumissuunnitelman-laatiminen?inheritRedirect=true>. Viimeksi muokattu 23.8.2017. Sivua päivitetty 29.3.2016. Viitattu 25.8.2017.

Kurzt A. E, Saint-Louis N, Burke J. P. & Stineman M. G. (2008) Exploring the Personal Reality of Disability and Recovery: A Tool for Empowering the rehabilitation process. Qual health research. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879973/>. Viitattu 14.5.2017. 90–105.

Kuula A (2011) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino.

Laine T (2015) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 4. uudistettu painos. Juva. PS-kustannus. Bookwell oy. 26–43.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista §15.7.2005/566.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lindh J (2013) Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakentumiseen. Rovaniemi. Lapin yliopistokustannus.

- Lindh J (2014) Vakuuttavan kuntoutuksen toimintaverkostot. Vakuutuskuntoutus 1/2014: 20–21.
- Martin M, Notko T, Puumalainen J & Järvikoski A (2009) Kuntoutussuunnitelmasta kuntoutuspäätökseen. Teoksessa: Järvikoski A, Hokkanen L & Härkäpää K, (toim.): Asiakkaan äänellä – Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiö. Helsinki. 234–257.
- Martin M (2016) Nuoruus, vammaisuus ja kuntoutuksen merkitys. Rovaniemi. Lapin yliopistokustannus.
- Matinvesi S (2010) Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa. ICF:n tulkintaa. Rovaniemi. Lapin yliopisto.  
<https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61752/Matinvesi%20DORIA.pdf?sequence=1>. Viitattu 17.7.2017.
- Metsämuuronen J (2002) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki. International Methehelp.
- Metteri A (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Tampereen yliopisto. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66973/978-951-44-8956-3.pdf?sequence=1>. Viitattu 26.8.2017.
- Niiniluoto I (2002) Tieteen tunnuspiirteet. Teoksessa: Karjalainen S, Launis V, Pelkonen R & Pietarinen J: Tutkijan eettiset valinnat. Tampere. Tammer-Paino. 30–41.
- Nikkanen P (2010) Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 70/2010.  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/16041/Selosteita71.pdf?sequence=1>. Viitattu 25.8.2017.
- Notko T (2006) Kuntoutus- ja palveluohjauksen mahdollisuudet. Janus vol. 14 (1).  
<https://journal.fi/janus/article/view/50357/15210>. Viitattu 28.10.2017. 61–66.
- Paatero H, Lehmijoki P, Kivekäs J & Ståhl T (2008) Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T & Suikkanen A (toim): Kuntoutus. Duodecim. 31–50.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela- Markkanen T & Autti - Rämö I (toim.) (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki. Kelan tutkimusosasto.  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf?sequence=73>. Viitattu 14.8.2017.
- Perttula A (2003) Palveluohjauksen vaihtoehdot - Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten ja heidän perheidensä palveluohjauksoikeilun arviointitutkimus. Stakes. FinSoc Arviointiraportteja 2/2003. Helsinki.  
[http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/F2B37246-70E1-439B-A093-3CDD7925D864/0/Arviointiraportti2\\_03.pdf](http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/F2B37246-70E1-439B-A093-3CDD7925D864/0/Arviointiraportti2_03.pdf). Viitattu 25.8.2017.
- Piirainen K & Kallanranta T, (2008) Kuntoutuspalvelut kuntoutumisen ja muutoksen tukena. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T & Suikkanen A (toim): Kuntoutus. Duodecim. 94–110.

Puumalainen J, Nikkanen P, Notko T & Järvikoski A (2009) Kuntoutussuunnitelman muotoutuminen. Teoksessa: Järvikoski A, Hokkanen L & Härkäpää K (toim.) (2009) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009. Helsinki. Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö. 69–92.

Pärnä K (2012) Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina, lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopisto.  
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/77506/AnnalesC341Parna.pdf>. Viitattu 14.7.2017.

Richards H M & Schwarz L J (2002) Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? Oxford University Press, Vol.19, No 2.  
[https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content\\_public/Journal/fampra/19/2/10.1093\\_fampra\\_19.2.135/1/190135.pdf?Expires=1509235401&Signature=Z9H5YGZtiMQTIWsC1MxglEvH6AqTAAohXK71ghKp70ScTVgozNuJfO-sFjnIJB-By19xQUFi1xTUUi6u2R50bFOW~P0CprzJNRH76S74OTWGgR~QuJvdgr5MlBRAEIOQfqGiVxsRTADs3P0-FIJWTNwON1CCf46X1aQmTkBsKXV5fibk0gl~wcXcQNUxKuws2-yF4y5OeMdUEih05qyu9dUpDBnXFM1T3DqG-qpqetXos5Wct5tJ0YSpDhYbkk6sUsWl5GXk9mnEs-yp8TyyA0Ik096Myt3X9u9OSENQoX6v8Fe14PtTPOO3SXM~hbwXLqQYkwkoXiuoAoqUiFu7i29w\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPAVW3Q](https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/fampra/19/2/10.1093_fampra_19.2.135/1/190135.pdf?Expires=1509235401&Signature=Z9H5YGZtiMQTIWsC1MxglEvH6AqTAAohXK71ghKp70ScTVgozNuJfO-sFjnIJB-By19xQUFi1xTUUi6u2R50bFOW~P0CprzJNRH76S74OTWGgR~QuJvdgr5MlBRAEIOQfqGiVxsRTADs3P0-FIJWTNwON1CCf46X1aQmTkBsKXV5fibk0gl~wcXcQNUxKuws2-yF4y5OeMdUEih05qyu9dUpDBnXFM1T3DqG-qpqetXos5Wct5tJ0YSpDhYbkk6sUsWl5GXk9mnEs-yp8TyyA0Ik096Myt3X9u9OSENQoX6v8Fe14PtTPOO3SXM~hbwXLqQYkwkoXiuoAoqUiFu7i29w__&Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPAVW3Q). Viitattu 28.10.2017. 135–139.

Rissanen P (2008) Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T & Suikkanen A (toim): Kuntoutus. Duodecim. 625–646.

Räsänen P (2005) Havaintojen mittaus ja aineistojen jäsentämisen metodologia. Teoksessa: Räsänen P, Anttila A-H & Melin H (toim. ): Tutkimusmenetelmien pyörteissä. Juva. PS-Kustannus, Ws Bookwell Oy.

Seikkula J & Arnkil T E (2009). Dialoginen verkostotyö. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205084999>. Viitattu 14.8.2017.

Seppälä H (2008) Kehitysvammaisten kuntoutus. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim): Kuntoutus. Duodecim. 507–521.

Sipari S (2008) Kuntouttava arki lapsen tueksi, kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistyön rakentuminen asiantuntijoiden keskustelussa. Jyväskylän yliopisto.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18788/9789513933258.pdf>. Viitattu 8.10.2017.

Sosiaali ja terveysministeriö (2016) Osatyökykyisille tie työelämään, Ote-hanke, mallit työllistymiseen ja osallisuuteen. Projekti 4, 2017-2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:59.  
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75591/OTE%20Mallit%20Kaikein%20uusin.pdf?sequence=6>. Viitattu 16.8.2017.



Sosiaali- ja terveystalvet. <http://stm.fi/sotepalvelut>. Viitattu 31.8.2017.

Suikkanen A & Lindh J (2008) Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim): Kuntoutus. Duodecim. 63–79.

Strategia. <http://www.kela.fi/strategia>. (Viimeksi muokattu 10.4.2017) (Sivu päivitetty 17.6.2016 ). Viitattu 27.8.2017.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2013) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012 Verkkoversio [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) . Viitattu 21.9.2017.

Tuomi J & Sarajärvi A (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Tammi.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen avoterapiat.

<http://www.kela.fi/documents/10180/2628605/Avoterapiastandardi+voimassa+2016+al kaen+fi.pdf/0b4711cf-f712-4922-a047-de36950a77d5>. (Muokattu 2.5.2017). Viitattu 27.8.2017.

Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä 336/2011

Veijola A (2004) Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön. Lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Oulun yliopisto. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514274245/isbn9514274245.pdf>. Viitattu 17.1.2017.

Yhteistyökumppanit. <http://www.kela.fi/yhteistyokumppanit>. Viitattu 27.8.2017.

# Liite 1

xx.xx.2016

## TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen Lapin yliopistossa yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa kuntoutustiedettä. Pro gradu –tutkielmani käsittelee Terveystieteiden ja Kelan yhteistyötä pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutusprosessissa. Tutkielman tavoitteena on selvittää terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia Kelan kanssa toimimisesta. Tarkoituksena on kerätä tutkimusaineisto haastattelemalla organisaationne ammattilaisia jotka työskentelevät pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessin parissa sekä tekevät yhteistyötä Kelan kanssa (esim. sosiaalityöntekijät, kuntoutussuunnittelijat, kuntoutusohjaajat). Tutkielman tekemistä varten pyydän lupaa haastattelujen suorittamiseen. Haastattelupyynnön lähettämiseksi pyydän myös lupaa saada käyttöni edellä mainittujen ammattiryhmien edustajien yhteystiedot (sähköpostiosoitteet ja / tai nimet sekä sähköpostiosoitteet), tai mahdollisen yhteyshenkilön tiedot, jotta voin olla yhteydessä haastattelujen käytännön toteutuksesta.

Pro gradu – tutkielmani ohjaajana toimii xxx.

Ystävällisin terveisin

Ohjaajani yhteystiedot:

Päätös:

Tutkimuslupa myönnetään/ei myönnetä

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/2016

\_\_\_\_\_

allekirjoitus

## Liite 2

Hei,

Opiskelen kuntoutustiedettä Lapin yliopistossa ja teen Pro gradu -tutkielmaa Terveystieteiden ja Kelan välisestä yhteistyöstä pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessissa. Tarkoituksena on kerätä tutkimusaineisto haastattelemalla organisaationne ammattilaisia jotka työskentelevät pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessin parissa sekä tekevät yhteistyötä Kelan kanssa.

Kartoitan nyt mahdollisuuttasi osallistua haastatteluun. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä osallistuminen sido sinua myöhemmin mihinkään. Osallistuessasi haastatteluun voit tuoda esille tärkeitä näkökulmia ja kehittämissuhteita kuntoutusprosessissa tehtävään yhteistyöhön sekä kuntoutujien ja heidän perheidensä arjen tukemiseen. Haastattelussa keskustellaan terveydenhuollon ja Kelan välisen yhteistyön toteutumisesta, sitä edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä yhteistyön kehittämisestä.

Tutkielma on valmistuttuaan julkinen. Tutkielmassa on sitouduttu noudattamaan hyvää tutkimuseettistä käytäntöä. Haastateltavat saavat etukäteen tutustua haastattelurunkoon ja tutkimussuunnitelmaan ja heiltä pyydetään kirjallinen lupa haastattelumateriaalin käyttöön tutkielmassa. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti siten, ettei yksilöiden tietosuoja kärsi eikä raportoinnissa yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Haastattelujen äänitallenteet ja muu aineisto hävitetään asianmukaisesti aineiston analysoinnin ja tutkielman valmistumisen jälkeen.

Mikäli sinulla olisi mahdollisuus osallistua haastatteluun, ilmoita asiasta minulle xxx mennessä joko sähköpostilla tai puhelimitse.

Annan mielelläni lisätietoja.

Ystävällisesti

## Liite 3

### HAASTATTELUSUOSTUMUS

Suostun siihen, että minua haastatellaan terveydenhuollon ja Kelan välistä yhteistyötä koskevaa pro gradu –tutkielmaa varten. Haastattelu käsittelee näkemyksiäni terveydenhuollon ja Kelan välisen yhteistyön toteutumisesta ja kehittämisestä, pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutusprosessissa.

Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Haastattelun saa nauhoittaa ja siitä saatua aineistoa saa käyttää tutkimustarkoitukseen.

Tutkimus voidaan raportoida pro gradu – tutkielmana ja sen pohjalta tehtävinä artikkeleina tieteellisissä ja ammatillisissa lehdissä. Tutkimustulokset tulee raportoida ja julkaista sellaisessa muodossa, ettei haastateltavan tunnistaminen niiden perusteella ole mahdollista.

Paikka ja aika:

---

---

Haastateltavan allekirjoitus ja nimen selvennys:

=====

Tutkielman tekijä, haastattelija:

---

Tutkielman tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys

## **Liite 4**

### **Haastattelukysymykset**

#### **Vastaajan taustatiedot**

1. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä tehtävässä ?
2. Onko sinulla aiempaa kokemusta kuntoutukseen liittyvistä tehtävistä ?

#### **Yhteydenpito kuntoutusprosessissa**

1. Millaisia kokemuksia sinulla on yhteistyöstä Kelan kanssa (pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien) kuntoutusasioissa?
2. Miltä taholta aloite yhteistyöhön yleensä tehdään?
3. Kuinka tiivistä yhteistyö Kelan kanssa on?
4. Millaisissa asioissa yhteistyötä tehdään?
5. Millä tavoin yhteydenpito tapahtuu?
6. Millaiseksi koet Kelan toimihenkilöiden saavutettavuuden kuntoutusasioissa?

#### **Yhteistyö ja osaaminen**

7. Millaiseksi koet Kelan asiantuntijuuden pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien asioissa?
8. Millaista toimihenkilöiden asiantuntijuuden tulisi mielestäsi olla?
9. Millainen tieto Kelan etuuksista on tarpeen työssäsi?
10. Saatko mielestäsi työsi kannalta riittävästi tietoa Kelan etuuksista? Mistä saat tietoa?
11. Mistä asioista olisi mahdollisesti tarpeen tietää enemmän?

#### **Kuntoutusprosessiin osallistuminen**

12. Millä tavoin kuntoutuksen suunnittelun moniammatillisuus toteutuu?
13. Pidätkö tarpeellisena Kelan toimihenkilön ja kuntoutujan välistä tapaamista? Miksi?
14. Millä tavoin kuntoutusprosessin eteneminen (diagnostisoinnista etuuksien hakemiseen ja toimenpiteiden toteutukseen) mielestäsi toteutuu?
15. Mitä mieltä olet yhteistyötahojen verkostoitumisen tarpeesta pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien asioiden suunnittelussa ja hoidossa? Perustele näkemyksesi.

### **Yhteistyön kehittäminen**

16. Millaiset tekijät Kelan kanssa tehtävässä yhteistyössä ovat mielestäsi merkityksellisiä hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumisen kannalta?
17. Millaiset yhteistyöhön liittyvät tekijät ovat merkityksellisiä kuntoutujan ja hänen perheensä arjen sujuvuuden kannalta?
18. Millaiset tekijät Kelan kanssa tehtävässä yhteistyössä heikentävät mahdollisuuksia hyvän hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutumiseen?
19. Millaiset tekijät Kelan kanssa tehtävässä yhteistyössä voivat olla esteenä kuntoutujan ja hänen perheensä arjen sujuvuudelle?
20. Kenen tehtävä mielestäsi on huolehtia siitä että kuntoutuja saa haettua hänelle kuuluvat kuntoutusetuudet Kelalta?
21. Tulisiko jollakin toimijataholla olla kokonaishallinta pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusprosessista? Millä taholla?
22. Mitä mieltä olet nykyisen yhteistyön riittävydestä Kelan kanssa pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien asioiden hoidossa ja suunnittelussa?
23. Millä tavoin kehittäisit yhteydenpitoa Kelan kanssa tehtävässä yhteistyössä?
24. Millä tavoin kehittäisit osaamista Kelan kanssa tehtävässä yhteistyössä?
25. Millä tavoin kehittäisit kuntoutusprosessiin osallistumista Kelan kanssa tehtävässä yhteistyössä?
26. Mainitse vielä lopuksi mielestäsi tärkein kehittämiskohde pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevien kuntoutujien kuntoutusprosessissa tehtävässä yhteistyössä?