

ODOTUKSET, OSALLISUUS JA KOETUT VAIKUTUKSET: OSALLISTUJIIEN KOKEMUKSIA VAIKEAVAMMAISTEN LÄÄKINNÄLLISESTÄ KUNTOUTUKSESTA

Johdanto

Kuntoutus on aina tavoitteellista toimintaa, ja sen tavoitteet vaihtelevat kuntoutusmuodon ja asiakaskunnan mukaan. Vuoden 2002 valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (STM 2002) todetaan kuntoutuksen tavoitteena olevan auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Kuntoutuksen tavoitteiksi on määritelty muun muassa parempi toimintakyky, sosiaalinen integraatio, itsenäisyys, elämäntilantehallinta ja parempi elämänlaatu.

Kuntoutusintervention tai -palvelun vaikuttavuutta arvioidaan yleensä suhteessa vertailuinterventioon tai tilanteeseen, jossa kyseistä toimenpidettä ei ole tehty. Vaikuttavuutta selvitetään yleensä objektiivisilla, usein numeerisilla mittareilla, joilla tilannetta mitataan ennen interventiota ja sen jälkeen, esimerkiksi eläkkeelle jäämisen ilmaantuvuutta, sairaspöissaoloja, elämänlaatua tai sairauden aiheuttamia haittoja. Optimivaikuttavuudella (efficacy) tarkoitetaan kuntoutuksen vaikuttavuutta ihanneolosuhteissa, esimerkiksi tarkan valintaseulan läpäisseillä henkilöillä satunnaistetussa koetilanteessa. Kuntoutuksen vaikuttavuus (effectiveness) arkielämässä, tavanomaisissa olosuhteissa, on yleensä pienempi kuin optimivaikuttavuus. (Pohjolainen & Malmivaara 2008.) Pohjolainen ja Malmivaara

toteavat, että monialaisten kuntoutustoimenpiteiden prosessien ja vaikutusmekanismien tutkiminen edellyttää omaa tutkimusmetodologiaansa. Suomessa kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimiseen soveltuvia mittareita on kerätty toimia-verkostossa (www.toimia.fi) yleiseen käyttöön. Esimerkiksi aikuisten generiset elämänlaatumittarit (Aalto ym. 2013) soveltuvat muun muassa kuntoutuspalvelujen vaikutusten arviointiin.

Lähestymistapa on toisenlainen silloin, kun tarkastellaan kuntoutukselle asetettuja yksilöllisiä tavoitteita tai odotuksia ja näiden toteutumista. Tavoitteiden asettamisen ja toteutumisen arvioinnissa on usein käytetty GAS-menetelmää (Goal attainment scaling; Kiresuk & Sherman 1968; Kiresuk ym. 1994; Autti-Rämö ym. 2011b), jossa tavoitteet pyritään asettamaan niin konkreettisiksi, että kuntoutuja ja kuntoutustyöntekijä voivat täsmällisesti todeta niiden saavuttamisen tason.

On myös tärkeää saada tietoa kuntoutujien kuntoutusta koskevista kokemuksista. Asiakas- ja arviointitutkimuksissa selvitetään yleensä kuntoutujien subjektiivisia kokemuksia kuntoutuksen merkityksestä, tyytyväisyyttä palveluihin sekä koettuja hyötyjä ja vaikutuksia (ks. Viitanen & Piirainen 2013; Jalava & Vaitinen 2010; Valkonen & Harju 2005). Koet-

tuja vaikutuksia voidaan selvittää laadullisen tutkimuksen keinoin, mutta myös kvantitatiivisesti. Kuntoutuksen koetut hyödyt tai vaikutukset perustuvat silloin kuntoutujan kuntoutusintervention jälkeen tekemiin arvioihin siitä, mikä merkitys kuntoutuksella on heille ollut. Erilaisia koettuja vaikutuksia raportoidaan usein silloinkin, kun ennen - jälkeenasetelma ei osoita muutoksia (esim. Härkäpää & Järvikoski 1981).

Koettujen vaikutusten tutkimisen merkitystä perusteleo kuntoutuksen asiakaslähttöisyyttä koskeva keskustelu (esim. Suikkanen ja Piirainen 1995; Cott 2004; McPherson & Siegert 2007; Viitanen & Piirainen 2013). Kuntoutuksen koettujen vaikutusten tutkiminen liittyy siten myös kuntoutujien osallisuuteen. Cott (2008) tarkastelee asiakaslähttöisyyttä kahdella tasolla: asiakkaan tasolla kyse on kuntoutujan osallisuudesta oman kuntoutuksensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, organisaation tasolla toiminnasta, joka pyrkii sitomaan kuntoutujan näkökulmat ja palautteet kiinteäksi osaksi palvelutuotantoa. Kuntoutujien kuntoutusodotusten ja vaikutuskokemusten selvittäminen on tarpeellista sekä yksilöllisen kuntoutusprosessin etenemisen että kuntoutusintervention kehittämisen kannalta. Osallisuuden varmistaminen merkitsee vammaisen henkilön autonomian - niin päätöksenteon autonomian kuin toimeenpanon autonomian - kunnioittamista (Cardol ym. 2002). Tärkeä kysymys on, miten kuntoutuksen asiakaslähttöisyyden toteutuminen heijastuu kuntoutuksen koettuihin vaikutuksiin ja vaikuttavuuteen. Kyse on myös kuntoutuksen eettisistä periaatteista ja vammaisten ihmisten oikeuksista (Airaksinen 2008; Skempes ym. 2014). Kuntoutujan osallisuudessa kuntoutuksensa suunnitteluun ja vaikuttaessa myös sen toteutukseen hänen osallisuutensa yhteisöön ja yhteiskuntaan tulee näkyväksi. Vammaisten asemaa kansalaisina on tarkasteltu Suomessa viime vuosina esimerkiksi heidän omana käsityksenään aktiivisesta kansalaisuudesta (Puumalainen 2011) tai eduskunnassa käydyin keskustelun perusteella (Hästbacka & Nygård 2013).

Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena

on Kelan vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus. Tämä kuntoutuskokonaisuus palvelee monenlaisia vammaisia tai pitkäaikaissairaita asiakkaita ja asiakasryhmiä, joilla on huomattavia vaikeuksia tai rasituksia selviytymisessä jokapäiväisissä toimissa kotona, opinnoissa, työelämässä tai muussa elämäntilanteessa. Kuntoutuksen myöntäminen on myös sidoksissa vammais- tai hoitotuen saamiseen. Vaikeavammaisten lääkinälliseen kuntoutukseen sisältyy monenlaista kuntoutusta sekä laitos- että avomuotoisena, jolloin yksittäiset kuntoutustoimenpiteet vaihtelevat kuntoutuslaitosjaksoista ja sopeutumisvalmennuksesta fysioterapiaan, toimintaterapiaan ja muihin avomuotoisiin kuntoutusjaksoihin.

Kelan järjestämää vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta on tutkittu jonkin verran (esim. Autti-Rämö ym. 2011a; Nikkanen 2010; Paltamaa ym. 2011; Pensola ym. 2012). Kuntoutuksen koettuja vaikutuksia koskeva tutkimus on yleensä ollut sairaus- tai vammairyhmäkohtaista. Käsillä oleva tutkimus perustuu kuntoutukseen osallistuneille tehtyyn survey-tutkimukseen, joka toteutettiin vuonna 2007 (Järvikoski ym. 2009). Kuntoutuksessa olleilta tiedusteltiin 1 - 2 vuotta kuntoutuspäätöksen jälkeen lomakekyselyllä toisaalta niitä toiveita ja odotuksia, joita heillä oli ollut kuntoutukseen tullessaan, toisaalta niitä vaikutuksia, joita he kokivat ja arvioivat kuntoutuksella olleen itselleen. Sekä kuntoutujien toiveita ja odotuksia että kuntoutuksen koettuja vaikutuksia tiedusteltiin fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja arjen hallintaa koskevien ulottuvuuksien osalta. Saman kuntoutujaryhmän kokemuksia kuntoutuksen toteutuksesta ja merkityksestä on aikaisemmin tarkasteltu Hokkasen ym.:iden (2009) artikkelissa, jossa kuntoutuksen merkityksiä ja pitkäaikaisvaikutuksia analysoitiin myös kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää:

- millaisia toiveita ja odotuksia lääkinälliseen kuntoutukseen osallistuneilla oli kuntoutukseen tullessaan ja millaisia vaikutuksia erilaisia odotuksia asettaneet ko-

- millaiset osallistujan elämäntilannetta kuvaavat tekijät olivat yhteydessä koettuihin vaikutuksiin eri osa-alueilla,
- millaiset kuntoutuksen toteutukseen liittyvät tekijät, esimerkiksi kuntoutujan osallistumismahdollisuudet, kuntoutuksen innostavuus ja vertaistuki, olivat yhteydessä koettuihin vaikutuksiin eri osa-alueilla.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen perusjoukkona olivat 20–64-vuotiaat henkilöt, jotka olivat vuonna 2005 saaneet myönteisen päätöksen Kelan vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta. Otos (n = 1443) poimittiin ositettua otantaa käyttäen systemaattisella poiminnalla Kelan rekisteristä iän, sukupuolen, vammaisuu- den, diagnoosin ja kielen mukaan lajitelluista ryhmistä. Vuonna 2007 tehtyyn postikyselyyn vastasi 818 henkilöä (vastausprosentti 57). Jälkiosituksena muodostettiin etuusryhmän, sukupuolen ja iän mukaisissa ryhmissä painokertoimet, joiden avulla korjattiin myös eri ryhmien erilaisen kadon vaikutukset. Aineistoa koskevat perustulokset on raportoitu aikaisemmin (Järvikoski ym. 2009).

Vastauksista 42 % oli kuntoutujan itsenäisesti täyttämää, 47 % oli vastannut lomakkeeseen yhdessä omaisen tai muun avustajan kanssa ja 11 %:lla lomakkeen oli täyttänyt toinen henkilö kuntoutujan puolesta. Käsillä olevassa osatutkimuksessa vastaukset ovat mukana riippumatta siitä, miten lomake oli täytetty. Ei siis haluttu sulkea pois sellaisia lomakkeita, jotka oli täytetty toisen henkilön avustuksella tai toimesta, vaikka tunnistettiin myös ratkaisuun sisältyneet ongelmat (ks. esim. Ball ym. 2001; Mendes da Costa ym. 2014). Sen sijaan ne lomakkeet, joissa ei ollut lainkaan vastattu kuntoutuksen vaikutuksia koskeviin kysymyksiin, poistettiin jatkoanalyyseista (6 % vastanneista). Tutkimukseen osallistuneiden kokonaismäärä oli siten 769, joka on 53 % otoksesta.

Sekä *kuntoutukseen kohdistuneita toiveita ja odotuksia* että *kuntoutuksen koettuja vaikutuksia* selvitettiin neljällätoista osiolla. Osiot

muotoiltiin Asiakkaan ääni -projektin tutkijaryhmän yhteistyönä käyttäen työskentelyn pohjana ICF-luokituksen (Stakes 2004) suoritusten ja osallistumisen osa-alueiden jaot- telta. Osiot koskivat 1) tulevaisuuden suunnitelmien jäsentymistä, 2) itsenäistä selviytymistä arkielämän tilanteissa, 3) vamman tai sairauden tuntemista ja oppimista elämään sen kanssa, 4) liikkumiskyvyn ja -mahdollisuuksien paranemista, 5) fyysisen kunnon ja toimintakyvyn kohenemistä, 6) psyykkisen terveyden ja hyvinvoinnin paranemista, 7) psyykkisten ja kognitiivisten toimintojen paranemista (oppiminen, muistaminen jne.), 8) kommunikaatiotaitojen paranemista, 9) vuorovaikutuksen paranemista perheessä tai läheisten kanssa, 10) sosiaalisen rohkeuden lisääntymistä ja yksinäisyyden voittamista, 11) työssä selviytymisen paranemista, 12) työllistymismahdollisuuksien paranemista, 13) opiskeluvaihtoehtojen paranemista sekä 14) elämänpiirin laajenemista (harrastusmahdollisuudet, kansalais-toiminta). Kuntoutujan toiveiden ja odotusten osalta osioiden vastausvaihtoehdot olivat: 0 = ei lainkaan odotuksia, 1 = jonkin verran odotuksia, 2 = paljon odotuksia, ja kuntoutuksen koettujen vaikutusten osalta: 0 = ei ole ollut vaikutuksia, 1 = jonkin verran vaikutuksia, 2 = erittäin paljon vaikutuksia.

Selitettävien muuttujien muodostaminen. Vaikutuksia koskevien osioiden faktorianalyysi (pääkomponenttianalyysi, varimax-rotaatio) tuotti neljä helposti tulkittavaa faktoria, joiden yhteinen selitysosuus oli 66 %. Osio 14 (elämänpiirin laajeneminen) ei latautunut riittävän vahvasti yhdellekään faktorille, joten se jäi faktoriratkaisun ulkopuolelle. Faktoriratkaisun perusteella muodostettiin neljä summamuuttujaa, joiden reliabiliteetit laskettiin Cronbachin alfa -kertoimina ja fyysisten vaikutusten osalta (2 osiota) Spearman-Brownin kaavalla (ks. Eisinga ym. 2013). Fyysisten vaikutusten summamuuttujan reliabiliteetti jäi matalaksi, mutta muuttuja hyväksyttiin kuitenkin jatkoanalyysiin. Summamuuttujat olivat:

- koetut fyysiset vaikutukset (osiot: 4 ja 5); reliabiliteetti (Spearman-Brown) = 0,624;
- koetut psykososiaaliset vaikutukset (osiot:

- 6, 7, 8, 9, 10); alfa = 0,861;
- koetut vaikutukset arkielämän hallinnassa (osiot: 1, 2, 3); alfa = 0,700;
- koetut vaikutukset työssä ja opiskelussa (osiot: 11, 12 ja 13); alfa = 0,760.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan vain kolmea ensimmäistä faktoria: vaikeavammaisten lääkinnällisellä kuntoutuksella ei ole varsinaisia työhön liittyviä tavoitteita ja sitä koskevat vaikutukset olivat harvinaisia. Lopullisia faktoripistemääriä laskettaessa yksittäisten puuttuvien tietojen katsottiin tarkoittavan, että vaikutuksia ei kyseisellä osa-alueella ollut, toisin sanoen puuttuvat tiedot osioissa korvattiin summamuuttujia muodostettaessa nolllalla. Tarkistusajojen yhteydessä logistiset regressioanalyysit tehtiin myös ilman puuttuvien tietojen korvaamista eikä se muuttanut tuloksia olennaisesti.

Logistisia regressioanalyseja varten vaikutusmuuttujat dikotomisoitiin seuraavasti: fyysiset vaikutukset (1 = 4 p. [48 %]; 0 = 0 - 3 p.); psykososiaaliset vaikutukset (1 = 3 - 10 p. [48 %]; 0 = 0 - 2 p.); vaikutukset arkielämän hallinnassa (1 = 4 - 6 p. [40 %]; 0 = 0 - 3 p.).

Selittävät muuttujat. Selittävinä muuttujina käytettiin toisaalta kuntoutujan elämäntilannetta, toisaalta kuntoutuspalvelun toteutusta koskevia muuttujia.

Kuntoutujan elämäntilannetta kuvaavia muuttujia (taulukko 1) olivat ikä, sukupuoli, peruskoulutus, asuinpaikkaa kuvaavina muuttujina kuntaryhmä (luokiteltu: 1 = kaupunkimainen, 2 = taajaan asuttu, 3 = maaseutumainen) ja suuralue, taloudellinen toimeentulo (luokiteltu: 1 = tulot riittävät omiin tarpeisiin, 2 = joutuu tinkimään jossain määrin kulutuksesta, 3 = joutuu tinkimään paljon tai ei tule toimeen omilla tuloilla), elämäntilanne (työssä/eläkkeellä) sekä osallistuminen kansalaistoimintaan (luokiteltu: 0 = ei osallistu, 1 = osallistuu melko passiivisesti eli kuuluu yhdistyksen jäsenmaksun maksajana ja/tai äänestää yleisissä vaaleissa, 2 = osallistuu aktiivisesti eli toimii aktiivisena jäsenenä yhdistystoiminnassa tai vaikuttaa asioihin puoluetoiminnan tai seurakunnallisen toiminnan kautta), arvio vamman haittaavuudesta (asteikolla 0-10), vammaisuus (luokiteltu: 1 = erityis-

tuki, 2 = korotettu tuki) sekä ikä sairauden tai vamman alkaessa (luokiteltu: 1 = alle 1 vuotta, 2 = 1-20 vuotta, 3 = vähintään 21 vuotta).

Selittäviin muuttujiin kuului myös kolme toimintakykyindeksiä. Ne muodostettiin faktorianalyysin avulla 21 osiosta, joissa vastaja arvioi selviytymistään erilaisista toiminnoista (1 = pystyn vaikeuksitta, ..., 4 = en pysty lainkaan tai vain avustajan kanssa). Osiot laadittiin käyttäen apuna toisaalta tavallisimpia päivittäisten toimintojen mittareita (IADL, FIM), toisaalta ICF-luokituksen (Stakes 2004) suoritusten ja osallistumisen osa-alueiden luokitusta. Muodostetut indeksit olivat perustoimintojen indeksi (6 osiota: liikkuminen asunnossa, syöminen, peseytyminen, WC:ssä asiointi, pukeminen ja riisuminen sekä vuoteeseen asettuminen ja sieltä nouseminen), kommunikoinnin ja kognitiivisten taitojen indeksi (7 osiota: lukeminen, kirjoittaminen, uusien asioiden oppiminen, keskittymistä vaativat tehtävät, puhelimen käyttäminen sekä asioiden esittäminen vieraille ihmisille) sekä asiointin ja vaativien kotitöiden indeksi (6 osiota: asiointi pankissa tai virastossa tms., asiointi kaupassa, liikkuminen omalla autolla, liikkuminen julkisilla kulkuvälineillä, siivoaminen sekä ruoan valmistaminen). Analyyseja varten indeksit luokiteltiin 3-luokkaisiksi.

Selittävinä muuttujina käytettiin myös kuntoutujan itse ilmoittamia sairauksia ja vammoja.

Kuntoutuspalvelun toteutusta kuvaavia muuttujia oli kahdeksan. Viisi alun perin viisiluokkaista muuttujaa dikotomisoitiin niiden vinouden takia (muuttujat 2-6):

- 1) Oma osallistuminen viimeksi laaditun kuntoutussuunnitelman laatimiseen (0 = ei; 1 = jossain määrin; 2 = merkittävästi);
- 2) Kuntoutujan mielipiteen huomioon ottaminen viimeksi laaditun kuntoutussuunnitelman sisällössä (erittäin hyvin, ..., erittäin huonosti);
- 3) Miten kuntoutussuunnitelma tukee kuntoutujan henkilökohtaisia tavoitteita (erittäin hyvin, ..., erittäin huonosti);
- 4) Onko saatu kuntoutus vastannut sisällöltään kuntoutujan toiveita ja tarpeita (erittäin hyvin, ..., erittäin huonosti);

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneita kuvaavia perustietoja, %

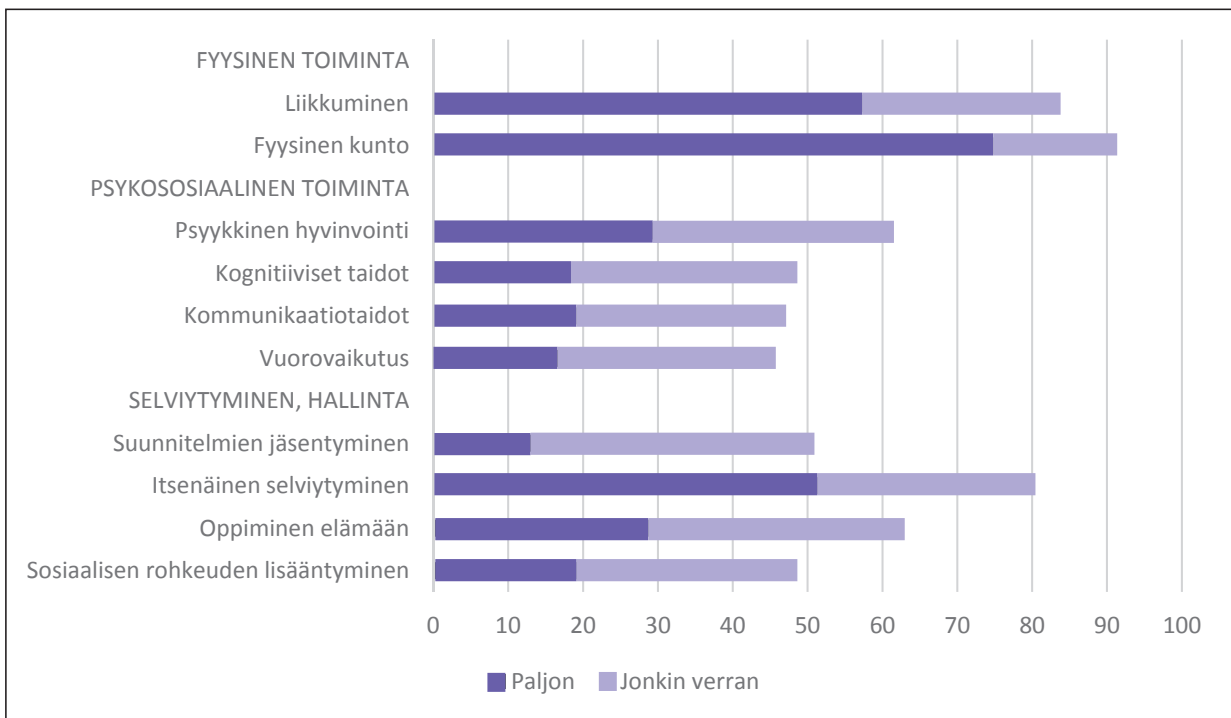
		Miehet	Naiset	Kaikki (n)	p
Sukupuoli		52,7	47,3	100,0 (769)	
Ikä	20–29 30–44 45–54 55–64	13,3 24,1 24,7 38,0	14,0 21,9 28,4 35,7	13,6 23,0 26,6 36,7	>.10
Peruskoulutus	Kansakoulu/vapautettu Keski- tai peruskoulu Ylioppilas	44,2 39,5 16,4	28,9 41,7 29,4	36,1 40,7 23,2	.000
Asuinkunnan laatu	Kaupunki Taajama Maaseutu	59,8 16,1 24,1	64,6 16,7 18,8	62,3 16,4 21,3	>.10
Asumisalue	Etelä-Suomi Länsi-Suomi Itä-Suomi Pohjois-Suomi	42,5 27,8 16,7 13,0	46,5 30,1 9,9 13,5	44,6 29,0 13,1 13,3	.055
Taloudellinen toimeentulo	Rahat riittävät tarpeisiin Joutuu tinkimään Joutuu tinkimään paljon/ei tule toimeen omilla tuloilla	46,4 24,6 28,9	37,9 26,1 36,1	42,1 25,3 32,6	.043
Elämäntilanne	Työssä Eläkkeellä	8,0 92,0	12,5 87,5	10,4 89,6	.043
Osallistuminen kansalaistoimintaan	Ei osallistu Osallistuu vähän Osallistuu aktiivisesti	45,2 35,6 19,2	36,1 43,5 20,4	40,5 39,7 19,8	.041
Oma arvio vamman haittaavuudesta (0–10)	0–3 (huonoin) 4–6 7–10 (paras)	59,4 35,0 5,7	47,6 41,3 11,1	53,1 38,3 8,6	.001
Vammaisetuus	Korotettu vammaistuki Eriyisvammaistuki Eläkkeensaajan korotettu hoitotuki Eläkkeensaajan erityishoitotuki	5,5 3,0 60,1 31,3	8,0 2,5 61,9 27,6	6,8 2,8 61,1 29,4	>.10
Ikä vamman/sairauden alkaessa	Alle 1-vuotiaana 1–20-vuotiaana Myöhemmin	28,5 13,3 58,2	23,0 24,7 52,3	26,6 19,3 55,1	.000
Kommunikoinnin ja kognitiiviset ongelmat	Runsaasti Kohtalaisesti Vähän/ei ongelmia	24,7 31,6 43,8	16,2 23,4 60,4	20,2 27,3 52,6	.000
Ongelmat perustoiminnoissa	Runsaasti Kohtalaisesti Vähän/ei ongelmia	23,8 28,5 47,6	19,2 23,4 57,5	21,4 25,8 52,8	.025
Itse ilmoitetut sairaudet	Aineenvaihduntasairaus MS-tauti Epilepsia Kehitysvamma CP-vamma Aivoverenkierron häiriö Muu verenkiertoel. sair. Hengityselinten sairaus Näkövamma Nivelreuma Muu tuki- ja liik.el. sair Tapaturmavamma	9,2 11,5 17,4 20,5 13,8 21,3 13,7 8,7 12,9 5,3 25,0 13,2	14,2 23,9 15,5 9,9 8,7 12,4 11,5 11,5 11,9 18,6 27,3 6,1	11,9 18,0 16,4 14,9 11,1 16,6 12,4 10,1 12,4 12,3 26,2 9,5	.034 .000 >.10 .000 .026 .001 >.10 >.10 >.10 .000 >.10 .001

- 5) Onko kuntoutusta toteuttanut taho (laitos, terapeutti) kuunnellut kuntoutujan toiveita kuntoutuksen tai terapian toteutuksessa (erittäin hyvin, ..., erittäin huonosti);
- 6) Onko kuntoutujan kokenut kuntoutukseen osallistumisen innostavaksi ja mielekkääksi (erittäin innostavaksi, ..., erittäin vähän innostavaksi);
- 7) Vertaistuen ja kokemusten vaihdon toteutuminen saadun kuntoutuksen aikana. Lomakkeella tiedusteltiin vertaistuen toteutumista toisaalta saadussa a) laituskuntoutuksessa, toisaalta b) avomuotoisessa kuntoutuksessa tai terapiassa (0 = ei kuulunut kuntoutukseen tai ei onnistunut, 1 = onnistui kohtalaisesti 2 = onnistui hyvin). Osioista muodostettiin yhdistelmämuuttuja (2 = ilmoitti saaneensa hyvin tukea, 1= ilmoitti saaneensa kohtalaisesti tukea, 0= ei ilmoittanut saaneensa tukea). Vastaamatta jättäneet saivat siten muuttujalla arvon 0.
- 8) Saadun kuntoutuksen laatu (1 = avokuntoutus, 2 = laituskuntoutus, 3 = sekä avo- että laituskuntoutus).

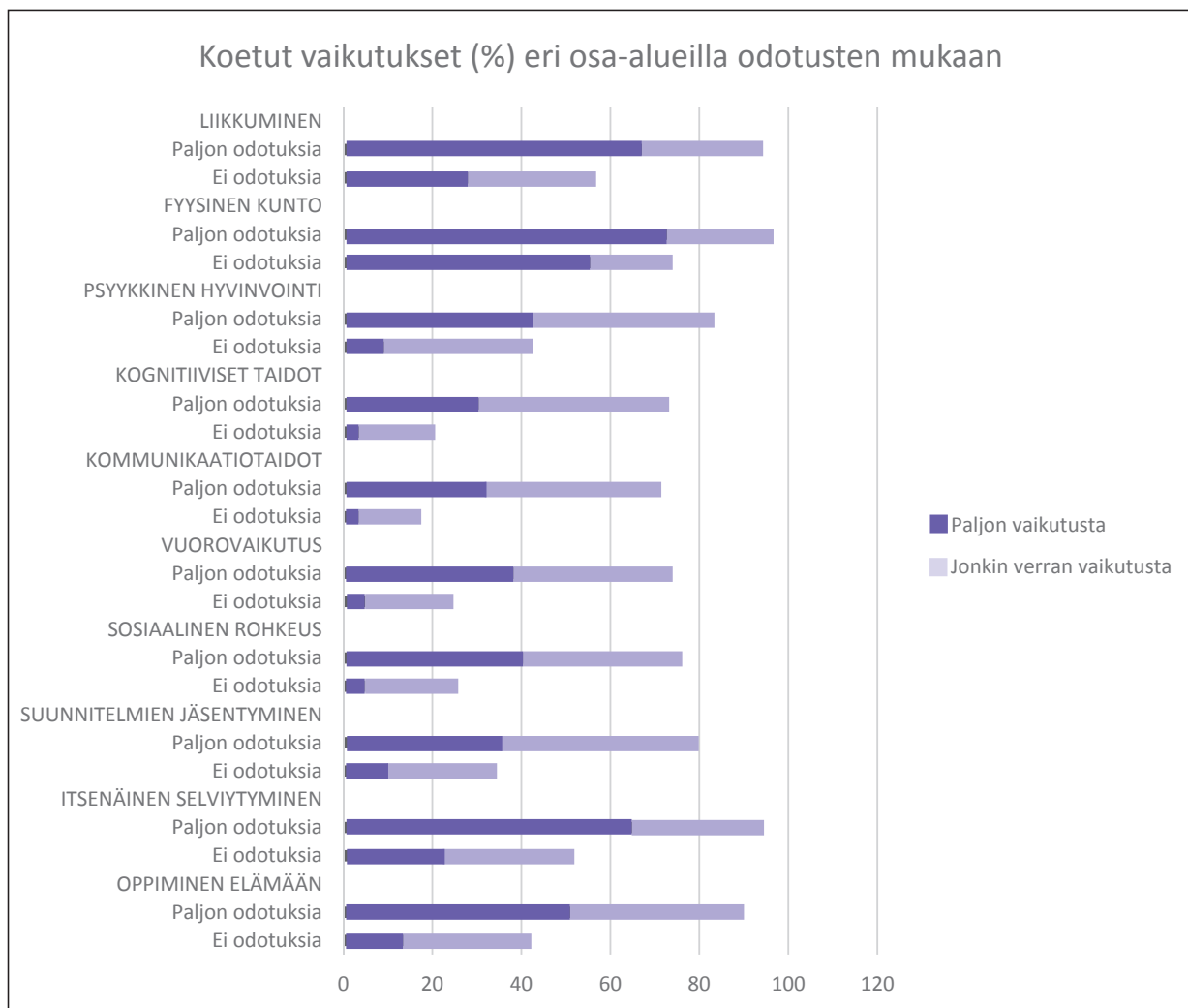
Logistiset regressioanalyysit. Analyysit tehtiin kahdessa osassa: toisessa käytettiin selittäjinä kuntoutujan elämäntilannetta kuvaavia muuttujia, toisessa kuntoutuspalvelumuuttujia. Aluksi selvitettiin kunkin selittävän muuttujan ikävakioitu yhteys selitettävään muuttujaan (mallit A). Taulukoissa esitetään vain muuttujat, joilla yhteys on tilastollisesti merkitsevä. Sen jälkeen muodostettiin kokonaismalli (malli B) muuttujista, joiden ikävakioitu yhteys selitettävään muuttujaan oli tilastollisesti merkitsevä. Ikä ja sukupuoli olivat aina mukana kokonaismalleissa.

Eri vamma- tai sairausryhmiin kuuluvien koettuja vaikutuksia tarkasteltiin erikseen. Tilan puutteen vuoksi näitä analyysijä ei esitetä taulukkomuodossa.

Analyysit tehtiin tilasto-ohjelmisto PASW Statistics 18:lla. Yksittäisten muuttujien osuuden merkitsevyyttä logistisissa malleissa arvioitiin Waldin testillä (tuloksissa esitetään vain p-arvot). Mallien soveltuvuus (goodness-of-fit) testattiin Hosmer-Lemeshowin menetelmällä.



Kuvio 1. Odotukset Kelan vaikeavammaisten kuntoutukselta saatavasta tuesta elämisen eri osaluueille (% kaikista eli puuttuvat tiedot sisältyvät kantalukuun, josta prosentit on laskettu).



Kuvio 2. Koetut vaikutukset elämisen eri osa-alueilla henkilöillä, joilla oli paljon tai ei lainkaan odotuksia kullakin alueella saatavasta tuesta (% kaikista eli puuttuvat tiedot sisältyvät kantalukuun, josta prosentit on laskettu).

Tulokset

Kuntoutujien perustiedot. Tutkimukseen osallistuneissa oli jonkin verran enemmän naisia kuin miehiä. Runsas kolmannes oli alle 45-vuotiaita, ja vastaavasti runsas kolmannes oli vähintään 55-vuotiaita. Ylioppilaita oli lähes neljännes ja enintään kansakoulun käyneitä 36 %. Naisten peruskoulutus oli parempi kuin miesten. Valtaosa vastaajista oli eläkkeellä ja sai eläkkeensaajan hoitotukea; kymmenesosa sai vammaistukea. Lähes kaksi kolmannesta oli kotoisin kaupungeista ja 45 % Etelä-Suomen alueelta. Miehet arvioivat vamman haittaavuuden jonkin verran suuremmaksi kuin naiset. Noin kolmasosa osallistuneista arvioi taloudellisen toimeentulonsa

heikoksi: he joutuivat tinkimään paljon menoistaan tai eivät pärjänneet omilla tuloillaan. (Taulukko 1.)

Kuntoutujien vammaisuuden laatu ja terveydelliset ongelmat vaihtelivat paljon (taulukko 1). Kehitysvamma, aivoverenkiertoelinten sairaus ja tapaturmavamma olivat miehillä yleisempiä kuin naisilla, MS-tauti, nivelreuma ja aineenvaihduntasairaus olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä.

Kuntoutujien odotuksista yleisimmät kohdistuivat fyysisen kunnon ja liikkumismahdollisuuksien paranemiseen sekä itsenäisempään selviytymiseen arkielämässä. Lähes kaksi kolmannesta odotti kuntoutukselta myös parempaa psyykkistä hyvinvointia sekä oman

sairauden tai vamman kanssa elämään oppimista. Lähes puolella kuntoutujista oli ainakin jonkin verran odotuksia myös kommunikaation ja vuorovaikutuksen sekä erilaisten kognitiivisten taitojen kehittymisen suhteen. (Kuvio 1.)

Koetut vaikutukset suhteessa odotuksiin. Kuvio 2 esittää osallistujien kokemuksia kuntoutuksen vaikutuksista sen mukaan, oliko heillä paljon tai ei lainkaan odotuksia kyseisellä osa-alueella tapahtuneista muutoksista. Niistä, joilla oli paljon odotuksia fyysisen kunnon paranemisen, liikkumismahdollisuuksien paranemisen ja itsenäisen selviytymisen suhteen, noin kaksi kolmasosaa katsoi kuntoutuksella olleen paljon vaikutuksia ja yli 90 % ainakin jonkin verran vaikutuksia; vaikutuksia kokivat myös ne, joilla ei ollut niiden suhteen odotuksia. Psykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä koskevien tekijöiden suhteen paljon odotuksia ilmoittaneista runsas 70 % ilmoitti kuntoutuksella olleen ainakin jonkin verran vaikutuksia; niillä, joilla ei ollut odotuksia, vaikutuksia esiintyi harvoin.

Elämäntilannemuuttajien yhteys vaikutuksiin. Taulukossa 2 on esitetty elämäntilannetta kuvaavien muuttajien ja koettujen vaikutusten väliset yhteydet logististen regressioanalyysien mukaan. Peruskoulutuksella, vammaisluokalla, vamman haittaavuudella, perustoiminnoissa esiintyneillä ongelmilla ja osallistumisella kansalaistoimintaan oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$) ikävakioidu yhteys (malli A) koettuihin fyysisiin vaikutuksiin. Kokonaismallin B mukaan mahdollisuutta parempiin fyysisiin vaikutuksiin lisäsi ylioppilastutkintoa lyhempi peruskoulutus ja aktiivinen osallistuminen kansalaistoimintaan.

Ylioppilastutkintoa lyhempi peruskoulutus, eläkkeellä olo, heikko taloudellinen tilanne, vamman tai sairauden ilmaantuminen vasta aikuisiällä sekä kommunikoinnin ja kognitiivisen suorituskyvyn ongelmat lisäsivät kokonaismallin B mukaan mahdollisuutta parempiin psykososiaalisiin vaikutuksiin.

Heikko taloudellinen tilanne, korotetun vammaistuen saaminen, vamman tai sairauden alkaminen vasta aikuisiällä, lievemmat suorituskyvyn ongelmat sekä perustoimin-

noissa että kommunikoinnissa ja kognitiivisissa suorituksissa sekä aktiivinen osallistuminen kansalaistoimintaan lisäsivät mahdollisuutta parempiin vaikutuksiin arkielämässä selviytymisessä. Kokonaismallissa vain vamman tai sairauden alkamisiin ja kansalaistoimintaan osallistumisen yhteys koettuihin vaikutuksiin jäi tilastollisesti merkitseväksi. (Taulukko 2.)

Vammaryhmittäinen tarkastelu osoitti joitakin eroja ikävakioiduissa vaikutuskokemuksissa. Kuntoutuksensa fyysisiä vaikutuksia ilmoittivat nivelreumaa ja muita tuki- ja liikuntaelinten sairauksia potevat keskimääräistä enemmän mutta MS-tautia sairastavat keskimääräistä vähemmän. Psykososiaalisia vaikutuksia esiintyi keskimääräistä enemmän mielenterveyden ongelmia, autismia ja aivoverenkierron häiriöitä ilmoittaneilla, keskimääräistä vähemmän CP-vammaisilla. Arkielämässä selviytymiseen liittyviä vaikutuksia esiintyi keskimääräistä harvemmin kehitysvammaisten ryhmässä.

Kuntoutusmuuttajien yhteys vaikutuksiin. Taulukossa 3 on esitetty kuntoutuspalvelumuuttajien yhteydet koettuihin vaikutuksiin. Itsenäisten mallien (A) mukaan kaikki kuntoutuspalvelumuuttajat olivat yhteydessä koettuihin fyysisiin ja koettuihin arkielämässä selviytymisen vaikutuksiin. Psykososiaalisiin vaikutuksiin olivat yhteydessä kuntoutuksen innostavuus, kuntoutuksen vastaavuus toiveisiin sekä vertaistuen saaminen kuntoutuksen aikana. Kuntoutusmuodon yhteys vaikutusmuuttajiin vaihteli. Pelkästään laitostuntoutukseen osallistuneilla fyysiset vaikutukset olivat heikommät kuin avokuntoutukseen osallistuneilla. Parempia psykososiaalisia vaikutuksia ennakoivat osallistuminen laitostuntoutukseen tai osallistuminen sekä avo- että laitostuntoutukseen ja parempia arkielämässä selviytymisen vaikutuksia osallistuminen sekä avo- että laitostuntoutukseen.

Samanaikaisissa malleissa (B) kuntoutuksen innostavuus oli yhteydessä koettuihin fyysisiin vaikutuksiin ja innostavuus, kuntoutuksen vastaavuus toiveisiin, vertaistuen saaminen ja osallistuminen laitoshoidon koettuihin psykososiaalisiin vaikutuksiin. Vertaistuen saaminen ja osallistuminen sekä avo- että

Taulukko 2. Vastajaan elämäntilannetta kuvaavien muuttujien yhteydet koettuihin fyysisiin, psykososiaalisiin ja arkielämässä selviytymisen vaikutuksiin logististen regressioanalyysien mukaan. Malleissa A (ikävakioidut) esitetään muuttujien itsenäiset yhteydet selittävään muuttujaan ja malleissa B ovat itsenäisesti merkitsevät muuttujat samanaikaisesti mukana. Kokonaismalleissa ovat ikä ja sukupuoli aina mukana.

	Fyysiset vaikutukset		Psykososiaaliset vaik.		Arkielämässä selv.	
	itsenäiset mallit A	samanaik. malli B (n=681)	itsenäiset mallit A	samanaik. malli B (n=677)	itsenäiset mallit A	samanaik. malli B (n=683)
	OR, p	OR, p	OR, p	OR, p	OR, p	OR, p
Ikä:						
20–29	1	1	1		1	
30–44	1,616	1,617	1,238		1,689	
45–54	1,878*	1,851*	1,606*		3,409***	
55–64	1,572	1,365	1,052		2,720***	
Peruskoulutus:						
ylioppilastutkinto	1	1	1	1		
kansakoulu/vapautus	1,375	2,045**	1,755**	1,239		
keski- tai peruskoulu	1,684**	2,162***	2,152***	1,634*		
Elämäntilanne:						
työssä			1	1		
eläkkeellä			3,498***	2,496**		
Taloudellinen toimeentulo:						
rahat riittävät tarpeisiin			1	1	1	
joutuu jonkin verran tinkimään			1,055	1,269	1,377	
tinkii paljon/rahat eivät riitä			1,437*	1,515*	1,461*	
Kuntaryhmä:						
kaupunkimainen			1			
taajaan asuttu			1,121			
maaseutumainen			1,486*			
Vammaisetuus:						
erityistuki	1				1	
korotettu tuki	1,951***				1,770**	
Ikä vamman/sairauden alkaessa:						
alle 1 v.			1	1	1	1
1–20 v.			1,146	1,239	1,365	1,453
myöhemmin			1,662*	1,735*	1,867**	1,946**
Vamman haittaavuus:						
0–3	1				1	
4–6	1,276				1,508*	
7–10	1,939*				0,938	
Kommunikoinnin yms. ongelmat:						
paljon ongelmia			1	1	1	
kohtalaisesti			0,874	0,718	1,783*	
vähän, ei ongelmia			0,497***	0,423***	2,402***	
Ongelmat perustoiminnoissa:						
paljon ongelmia	1				1	
kohtalaisesti	2,119**				1,936**	
vähän, ei ongelmia	2,515***				2,471***	
Osallistuminen kansalaistoimintaan:						
ei osallistu	1	1			1	1
osallistuu vähän	1,278	1,212			1,363	1,282
osallistuu aktiivisesti	1,610*	1,742*			2,107**	2,156**

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

laitoskuntoutukseen lisäsivät mahdollisuutta hyvien vaikutusten esiintymiseen arkielämässä selviytymisessä.

Pohdinta

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat aikuiset vaikeavammaiset henkilöt, jotka olivat osallistuneet Kelan vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin kuntoutujien odotuksia kuntoutukselta, heidän kokemuksiaan kuntoutuksen vaikutuksista sekä elämäntilanteen ja saatua kuntoutusta koskevien muuttujien yhteyksiä koettuihin vaikutuksiin. Niin sanottuina kuntoutusmuuttujina käytettiin kuntoutujien omaa osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun, kuntoutuksen toteutusta kuvaavia muuttujia kuntoutujan oman osallistumisen kannalta sekä vertaistuen merkitystä. Koetuista vaikutuksista muodostettiin kolme indeksiä: koetut fyysiset vaikutukset, koetut psykososiaaliset vaikutukset ja koetut vaikutukset arkielämän hallinnassa.

Odotusten ja niiden toteutumisen suhdetta on terveydenhuollossa tarkasteltu terveydenhuollon kuluttajamallin pohjalta. Odotukset vaihtelevat ja kaikilla asiakkailla niitä ei ole lainkaan (esim. Baron-Epel ym. 2001). Monet Kelan vaikeavammaisten kuntoutukseen osallistuvat ovat saaneet kuntoutusta jo vuosia, joten heidän kuntoutusta koskevilla odotuksillaan on todennäköisesti usein tiedollinen perusta. Odotukset kohdistuivat suurelta osalta fyysisen kunnon ja liikuntamahdollisuuksien paranemiseen sekä arkielämässä selviytymisen kohenemiseen. Näihin kuntoutuksen katsottiin myös useimmin vaikuttaneen. Vaikutuksia koettiin olleen myös psykososiaalisella alueella, kuten psyykkisessä hyvinvoinnissa, kognitiivisissa toiminnoissa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Fyysisiä vaikutuksia raportoi myös huomattava osa niistä, joiden odotukset eivät varsinaisesti kohdistuneet fyysiseen toimintakykyyn, psykososiaalisia vaikutuksia pääasiassa ne, joiden toiveet ja odotukset kohdistuivat niihin.

Tutkimusryhmä oli vammaisuuden laadun ja toiminnanrajoitusten suhteen hyvin hetero-

geeninen, eikä tässä tutkimuksessa painopiste ollut sairaus- tai vamma-ryhmittäisessä tarkastelussa. On kuitenkin syytä panna merkille, että hyviä fyysisiä ja arkielämässä selviytymisen vaikutuksia ovat kokeneet henkilöt, joilla on vähemmän ongelmia päivittäisissä perustoiminnoissa; hyviä psyykkisiä ja sosiaalisia vaikutuksia ovat puolestaan kokeneet ne, joilla kommunikoinnin ja kognitiivisen suorituskyvyn ongelmat ovat suurimmat, muun muassa mielenterveyden ongelmia, autismia ja aivoverenkiertoelinten häiriöitä ilmoittaneet.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan aikuisina sairastuneet tai vammautuneet kokevat vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen vaikutukset psykososiaalisessa toiminnassa ja arkielämän hallinnassa paremmiksi kuin syntymästään saakka vammaiset tai nuorella iällä vammautuneet. Uppal (2006) toteaa laajan survey-tutkimuksensa perusteella, että aikuisiällä sairastuneiden tai vammautuneiden yleinen hyvinvointi on huonompi syntymästään saakka vammaisiin henkilöihin verrattuna. He tarvitsevat ja todennäköisesti myös saavat kuntoutukselta tukea myös taapahtuneiden muutosten käsittelyssä ja arkielämänsä uudelleen organisoinnissa.

Vanhemmat ikäryhmät, ylioppilastutkintoa lyhemmän peruskoulutuksen saaneet ja osin myös heikossa taloudellisessa asemassa olevat ja maaseudulla asuvat henkilöt raportoivat suhteellisesti enemmän kuntoutusvaikutuksia kuin nuoret, pitkälle koulutetut ja hyvin toimeentulevat. Toisaalta Puumalaisen ym:iden (2014) tutkimuksessa todettiin, että Kelaan kuntoutuksen järjestäjänä suhtautuivat myönteisimmin taloudellisesti hyvin toimeentulevat ihmiset, kun taas esimerkiksi iällä tai koulutustasolla ei ollut suhtautumisessa merkitystä. Kokonaiskuva näyttyy siis koettuja vaikutuksia tarkasteltaessa toisenlaisena kuin selvitettäessä yleisempiä asenteita ja suhtautumista Kelan toimintaan. Hokkasen ym:iden (2009) mukaan Kelan kuntoutuksella on erityisen suuri taloudellinen merkitys köyhille kuntoutujille, joille arki näyttöytyi taloudellisesti ahtaana ja myös henkisesti ankeana. Oma merkityksensä on sillä, että taloudellisesti huonommassa asemassa olevilla

Taulukko 3. Kuntoutusta kuvaavien muuttujien yhteydet koettuihin fyysisiin, psykososiaalisiin ja arkielämässä selviytymisen vaikutuksiin logistisen regressioanalyysin mukaan. Malleissa A (ikävakioidut) esitetään muuttujien itsenäiset yhteydet selittävään muuttujaan ja malleissa B ovat itsenäisesti merkitsevät muuttujat samanaikaisesti mukana. Kokonaismalleissa ovat ikä ja sukupuoli aina mukana.

		Fyysiset vaikutukset		Psykososiaaliset vaikutukset		Arkielämässä selviytyminen	
		itsenäiset mallit A	samanaik. malli B (n=602)	itsenäiset mallit A	samanaik. malli B (n=715)	itsenäiset mallit A	samanaik. malli B (n=602)
		OR, p	OR, p	OR, p	OR, p	OR, p	OR, p
Ikä	20–29	1		1		1	1
	30–44	1,616		1,238		1,689	1,431
	45–54	1,878*		1,606*		3,409***	2,947**
	55–64	1,572		1,052		2,720***	2,696**
SUUNNITTELU							
Osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun	Ei	1				1	
	Jossain määrin	2,153*				1,556	
	Merkittävästi	2,491*				2,616*	
Mielipiteen huomioon otto suunnittelussa	Ei erittäin hyvin	1				1	
	Erittäin hyvin	1,709**				1,787***	
Tukeeko k-suunn. omia tavoitteita	Ei erittäin hyvin	1				1	
	Erittäin hyvin	1,521*				2,102***	
TOTEUTUS Onko kuntoutus vastannut toiveita	Ei erittäin hyvin	1		1	1	1	
	Erittäin hyvin	1,727**		1,721**	1,494*	1,624**	
Onko toteuttaja kuunnellut toiveita	Ei erittäin hyvin	1				1	
	Erittäin hyvin	1,366*				1,552**	
INNOSTAVUUS	Ei erittäin innostavaa	1	1	1	1	1	
	Erittäin innostavaa	4,313***	4,530***	2,366**	1,834*	3,142***	
VERTAISTUKI	Ei (0)	1		1	1	1	1
	Jonkin verran (1)	1,925**		1,364	1,337	2,041**	1,620
	Hyvin (2–4)	1,814**		2,885***	2,441***	2,966***	1,836*
KUNTOUTUS-MUOTO	Avokuntoutus	1		1	1	1	1
	Laitoskuntoutus	0,529*		2,330**	2,262**	1,329	1,471
	Avo- ja laitoskuntoutus	1,201		1,471*	1,210	2,487***	1,794*

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Kelan kuntoutus on ainoa tarjolla oleva vaihtoehto (ks. Rajavaara 2008), kun taas muut käyttävät todennäköisemmin myös toisenlaisia terveys- ja kuntoutuspalveluja hyväkseen. Hyvät kokemukset kuntoutuksesta eivät näytä heijastuvan yleisempiin asenteisiin, joihin todennäköisesti vaikuttavat muutkin tekijät

kuin suoranaiset kokemukset kuntoutuksen merkityksestä.

Ne, jotka kertoivat toimivansa kansalaisina aktiivisesti, kokivat muita useammin, että kuntoutuksella oli vaikutuksia fyysisiin toimintoihin ja arkielämässä selviytymiseen. Aktiivinen yhteiskunnallinen osallisuus voi tar-

jota ihmiselle sellaisia motivaation lähteitä, jotka tukevat häntä myös kuntoutuspalvelujen hyödyntämisessä. Toisaalta hyvien kuntoutusvaikutusten tuottama parempi toimintakyky voi tarjota myös parempia mahdollisuuksia sosiaaliseen osallistumiseen. Syy- ja seuraussuhteiden tulkintaan ei poikkileikkaustutkimus anna mahdollisuuksia.

Kuntoutusmuodolla on tarkastellussa aineistossa merkittävä yhteys siihen, millaisia vaikutuksia kuntoutuksella koetaan olleen. Avokuntoutus terapeutoineen näyttää edistävän parhaiten fyysistä suoriutumista, kun taas psykososiaaliset vaikutukset näkyvät laitokuntoutuksessa selvemmin kuin avokuntoutuksessa. Arkielämässä selviytymistä puolestaan tuetaan tämän tutkimuksen tulosten perusteella parhaiten silloin, kun käytetään sekä laitos- että avomuotoista kuntoutusta. Laitos- ja avomuotoista kuntoutusta on verrattu toisiinsa suhteellisen harvoin. Merkesdahl ym. (2003) saivat selkäkuntoutusta koskevassa, kontrolloidulla asetelmalla tehdyssä tutkimuksessa samansuuntaisia tuloksia. He päättelivät (ks. myös Järvikoski ym. 1986), että laitokuntoutukselta saattaisivat hyötyä erityisesti henkilöt, joilla on ongelmia tai tarpeita psyykkisellä tai sosiaalisella alueella, kun taas muut voisivat hyötyä suhteellisesti enemmän avomuotoisesta toiminnasta. Käsillä olevassa tutkimuksessa vaikutuskokemuksiin vaikuttavat paitsi laitos- ja avomuotoisen toiminnan sisältö ja erilaiset epäspesifiset tekijät, myös eri kuntoutusmuotoihin valikoituminen. Laitokuntoutukselle on tyypillistä monialainen toiminta ja moniammatillisen työryhmän ohjaus. Se voi sisältää ryhmämuotoista liikuntaa, keskusteluja, ohjausta ja vertaistuen mahdollisuuksia. Avokuntoutus tapahtuu tavallisimmin yhden kuntoutustyöntekijän ohjauksessa, mutta se on pitempikestoista ja voi perustua systemaattiseen ja tavoitteelliseen työskentelyyn ja tulosten seurantaan.

Kuntoutuksen innostavuudella näyttää olevan suuri merkitys koettujen vaikutusten kannalta. Ne, jotka kokivat saamansa kuntoutuksen innostavaksi, kokivat muita useammin kuntoutuksensa niin fyysisesti kuin psyykkisesti vaikuttavaksi ja kokivat kuntoutuksella

olleen myös vaikutusta arjen hallintaan. Tältä osin tulos on samanlainen kuin lasten kuntoutuksessa vanhempien arvioidessa kuntoutusta ja sen vaikutuksia (Järvikoski ym. 2013). Tulos kertoo omalta osaltaan motivaation merkityksestä kuntoutuksessa ja myös siitä, että olisi tärkeää löytää kullekin kuntoutujalle hänen omien taipumustensa ja kiinnostustensa mukaiset harjoitteet (vrt. Nair 2003). Sisäisiä motivaatiolähteitä (Ryan ym. 2011) tarjoava kuntoutus kannustaa kuntoutujaa osallistumaan aktiivisemmin ohjelmaan, jolloin myös tulokset näyttäytyvät hänelle parempina. Kuntoutuksen innostavuuteen viittaavat myös kuntoutujien kuvaukset avokuntoutuksesta ”viikon kohokohtana” tai laitokuntoutusjaksosta ”henkireikä” (Hokkanen ym. 2009).

Vertaistuen ja kokemusten vaihdon merkitys koettujen kuntoutusvaikutusten kannalta näkyy tässä tutkimuksessa erityisesti psykososiaalisella ja arkielämässä selviytymisen alueella. Vertaistuki tarjoaa sekä tiedollista että emotionaalista tukea (esim. Thoits 2011). Sen tyypillisiin piirteisiin kuuluu, että annettu tuki on vastavuoroista ja kohdistuu yhteisten ongelmien ratkaisuun ja sopivien vaihtoehtojen löytämiseen (Heisler 2008). Vertaistuen mahdollisuuksien monipuolinen käyttö on tärkeää kuntoutuksen toimintamuotojen kehittämisen kannalta.

Kuntoutujan kuulemisella ja kuntoutuksen aikaisilla vaikutusmahdollisuuksilla näyttää tämänkin tutkimuksen mukaan olevan merkitystä koettujen vaikutusten kannalta. Yhteydet näkyvät kuitenkin pääasiassa yksittäisissä analyyseissa, ja kokonaisanalyyseissa kuntoutuksen innostavuuden ja sosiaalisen tuen merkitys tulee selvemmin esiin. Valinnan mahdollisuuksien ja itsemääräämisen merkitys näkyy erityisen selvästi Stanhopen ym.:iden (2013) tutkimuksessa, jossa tarkastellaan mielenterveyspalvelujen toteutusta suhteessa koettuihin vaikutuksiin. Myös vaikeavammaisten lasten kuntoutuksessa perheen vaikutusmahdollisuudet näyttäytyvät vanhemmille tärkeinä kuntoutustulosten kannalta (Järvikoski ym. 2013). Davidson ym. (2012) toteavat katsauksessaan viimeaikaisen tutkimuksen osoittavan, että jos ihmisille annetaan valinnanmah-

dollisuuksia hoidossaan ja kuntoutuksessaan, he todennäköisemmin osallistuvat siihen aktiivisesti, käyttävät sitä hyödykseen ja myös kokevat hyötyvänsä siitä enemmän.

Tutkimuksella on rajoituksia, jotka on otettava huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Kyseessä on poikkileikkaustutkimus, joten tulintoja havaittujen yhteyksien suunnasta ei voida tehdä. Kun koettuja vaikutuksia tiedustellaan vuosi tai kaksi kuntoutuksen jälkeen, ajallinen viive voi vaikuttaa vastaajien kokemuksiin. On myös mahdollista, että vastaajilla, joilla oli takanaan jo useamman vuoden kokemus vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta, vaikutusarviot eivät kiinnity pelkästään viimeksi saatuun kuntoutukseen vaan yleisempiin kokemuksiin. On myös kriittisesti kysyttävä, ovatko vuonna 2007 kootut tulokset vielä relevantteja, kun Kelassa on sen jälkeen panostettu vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämiseen (ks. Paltamaa ym. 2011). Oma käsityksemme on, että muutokset kuntoutuksen käytännöissä ja käytäntöjen ja vaikutusten välisissä suhteissa tapahtuvat hyvin hitaasti.

Tutkimuksen rajoituksista huolimatta tulokset korostavat osaltaan sitä, että kuntoutusta kannattaa suunnitella räätälöidysti niin, että kuntoutuja saa juuri sellaista kuntoutusta kuin hänen tarpeisiinsa sopii. Kuntoutuksen suunnitteluun ja kuntoutuksen toteutukseen on myös tärkeä ottaa kuntoutuja itse mukaan. Tällä tavoin varmistetaan, että kuntoutuja on sitoutunut kuntoutukseen ja kokee kuntoutuksen mielekkääksi ja innostavaksi. Lisäksi näin osaltaan varmistetaan, että kuntoutuja kokee kuntoutuksen myös vaikuttavaksi.

Tiivistelmä

Kansaneläkelaitos järjestää vaikeavammaisille henkilöille lääkinnällistä kuntoutusta. Tutkimuksessa selvitettiin kuntoutuksen osallistuneiden aikuisten odotuksia kuntoutukselta, kuntoutuksen koettuja vaikutuksia sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimusaineisto muodostettiin ositetulla otannalla ja tiedot kerättiin lo-

makekyselyllä. Aineisto koostui 769 vastanneesta (53 % otoksesta). Faktoriaanalyysin avulla muodostettiin kolme kuntoutuksen koettuja vaikutuksia kuvaavaa summamuuttujaa. Logistisella regressioanalyysillä tutkittiin elämäntilannemuuttujien ja kuntoutuspalvelumuuttujien yhteyksiä koettuihin kuntoutuksen vaikutuksiin. Koetut vaikutukset olivat yhteydessä kuntoutujan omien toiveiden huomioon ottamiseen kuntoutuksen suunnittelussa sekä kuntoutuksen mielekkyyteen ja innostavuuteen. Tuloksissa korostuu asiakkaan ja kuntoutuksen ammattilaisen hyvän yhteistyön tärkeys kuntoutuksen suunnittelussa.

Abstract

Expectations, participation and rehabilitation outcomes. Client experiences of medical rehabilitation for persons with severe disabilities.

The Social Insurance Institution of Finland arranges medical rehabilitation for people with severe disabilities. The study aimed to find out what kind of expectations persons with disabilities had of their medical rehabilitation, what were their experiences on the outcomes of rehabilitation and what factors were associated with subjective outcomes. The study group was chosen using stratified sampling from among rehabilitation clients. The data was gathered using a questionnaire survey. The number of respondents was 769 (53 % of the sample). Based on factor analysis, three outcome variables were formed. Logistic regression analysis was used to identify the life situation variables and the service characteristics that were associated with the perceived outcomes. Perceived outcomes are closely connected to the correspondence between one's wishes and the planning of rehabilitation, its meaningfulness and one's enthusiasm to take part in the reha-

bilitation. The results emphasize the significance of establishing a good partnership between the client and the professionals in rehabilitation planning.

Jouni Puumalainen, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Kristiina Härkäpää, kuntoutustieteen professori, Lapin yliopisto

Aila Järvikoski, kuntoutustieteen professori emerita, Lapin yliopisto

Lähteet

- Aalto A-M, Korpilahti U, Sainio P, Malmivaara A, Koskinen S, Saarni S, Valkeinen H, Luoma M (2013) Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/10/30/Toimia_QOL_suositus_131031.pdf. Luettu 23.10.2014.
- Airaksinen T (2008) Kuntoutuksen etiikka. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus, 111–119. Duodecim. Helsinki.
- Autti-Rämö I, Faurie M, Sakslin M (2011a) Vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus Suomessa. Aihetta lainsäädännön muutokseen? Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 79. Kelan tutkimusosasto. Tampere.
- Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A (2011b). Gas-menetelmä. Käsikirja, versio 2. http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf Luettu 20.10.2014.
- Ball AE, Russell EM, Seymour DG, Primrose WR, Garratt AM (2001) Problems in using health survey questionnaires in older patients with physical disabilities. *Gerontology* 47, 6, 334–340.
- Baron-Epel O, Dushenet M, Friedman N (2001) Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care* 13, 4, 317–323.
- Cardol M, de Jong BA, Ward CD (2002) On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 24, 18, 970–974.
- Cott CA (2004) Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disability and Rehabilitation* 26, 24, 1411–1422.
- Cott CA (2008) Editorial. Client-centred rehabilitation: what is it and how do we measure it? *Physiotherapy* 94, 2, 89–90.
- Davidson L, Roe D, Stern E, Zisman-Hani Y, O'Connell M, Corrigan P (2012) If I choose it am I more likely to use it? The role of choice in medication and service use. *International Journal of Person Centered Medicine* 3, 2, 577–592.
- Eisinga R, te Grotenhuis M, Pelzer B (2013) The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health* 58, 4, 637–642.
- Heisler M, Vijan S, Makki F, Piette JD (2010) Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management. A randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 153, 8, 507–515.
- Hokkanen L, Nikkanen P, Notko T, Puumalainen J (2009) Kokemukset kuntoutuksen toteutuksesta ja merkityksestä. Teoksessa Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. 93–145. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80. Helsinki.
- Härkäpää K, Järvikoski A (1981) Metallityöväen liiton kuntoloman jälkiseuranta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 18, 112–122.
- Hästbacka E, Nygård M (2013) Disability and citizenship. Politicians' views on disabled persons' citizenship in Finland. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15, 2, 125–142.
- Jalava J, Vaittinen E (2010) Kuntoutuspalveluohjauksen haasteet: Itella kuntoutuspalveluohjauksen hankkeen arviointi. Kuntoutussäätiön arviointiraportteja 4. Helsinki.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Martin M, Vasari P, Autti-Rämö I (2013) Service characteristics as predictors of parents' perceptions of child rehabilitation outcomes. *Journal of Child Health Care*. doi:10.1177/1367493513503579.
- Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K (toim.) (2009) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80. Helsinki.
- Järvikoski A, Härkäpää A, Mellin G (1986) Symptoms of psychological distress and treatment effects with low back pain patients. *Pain* 25, 3, 345–355.
- Kiresuk TJ, Sherman RE (1968) Goal Attainment Scaling: a general method for evaluating community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 4, 6, 443–453.
- Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (1994) Goal Attainment Scaling: applications, theory, and measurement. L Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- McPherson K, Siegert R (2007) Person-centred rehabilitation: rhetoric or reality? *Disability and Re-*

- habilitation 29, 20-21, 1551-1554.
- Mendes da Costa E, Godin I, Peppersack T, Dramaix M, Coppieters Y, Bantuelle M, Levêque A (2014) Influence of proxies on the reported frequency of falls, fear of falling and activity restriction in older people. *Health*. DOI:10.4236/health.2014.612186.
- Merkesdal S, Busche T, Bauer J, Mau W (2003) Changes in quality of life according to the SF36 Health Survey of persons with back pain six months after orthopedic in- and outpatient rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 3, 183-189.
- Nair KPS (2003) Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 17, 2, 797-803.
- Nikkanen P (2010) Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 71. Helsinki.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (toim.) (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta: käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnoissä. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 86. Helsinki.
- Pohjolainen T, Malmivaara A (2008) Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) *Kuntoutus*, 658-663. Duodecim. Keuruu.
- Puumalainen (2011) Participation in community and political life of persons with severe disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research* 34, 4, 274-281.
- Puumalainen J, Härkäpää K, Järvikoski A (2014) Lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä Kelasta kuntoutuksen järjestäjänä. *Kuntoutus* 37, 2, 18-32.
- Rajavaara M (2008) Unohdettu ihminen? Asiakslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. *Kuntoutus* 31, 2, 43-47.
- Ryan RM, Lynch MF, Vansteenkiste M, Deci EL (2011) Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist* 39, 2, 193-260.
- Skempes D, Stucki G, Bickenbach J (2014) Health related rehabilitation and human rights: Analyzing States' obligations under the United Nations Convention on the rights of persons with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Published Online: August 14, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.07.410>
- Stakes (2004) ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. Oppaita ja luokituksia 4. Jyväskylä.
- Stanhope V, Barrenger SL, Salzer MS, Marcus SC (2013) Examining the Relationship between Choice, Therapeutic Alliance and Outcomes in Mental Health Services. *Journal of Personalized Medicine* 3, 3, 191-202.
- STM (2002) Kuntoutus selvitys 2002: valtioneuvoston selvitys eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki.
- Suikkanen A, Piirainen K (1995) Kuntoutuja kansalaisena, kuluttajana ja asiakkaana. Teoksessa Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J (toim.) *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. 29-48. WSOY. Juva.
- Thoits P (2011) Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior* 52, 2, 145-161.
- Uppal S (2006) Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities. *Social Science and Medicine* 63, 2, 525-539.
- Valkonen J, Harju S (2005) Ihmisen arvoinen diili: tutun työllistymisen hankkeen toimeenpano ja tulokset. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 73. Helsinki.
- Viitanen E, Piirainen A (2013) Kuntoutuksen palvelujärjestelmä kuntoutujan näkökulmasta Teoksessa Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?* 112-127. Kelan tutkimusosasto. Tampere.