

Kuntoutus muutoksessa

Toim. Aila Järvikoski, Jari Lindb ja Asko Suikkanen



Kuntoutus muutoksessa

Kuntoutus muutoksessa

Toim.

Aila Järvikoski, Jari Lindh ja Asko Suikkanen

Toimituskunta

**Kristiina Härkäpää, Aila Järvikoski,
Jari Lindh, Marjo-Riitta Mattus, Asko Suikkanen**

LUP LAPLAND UNIVERSITY PRESS
LAPIN YLIOPISTOKUSTANNUS

Rovaniemi 2011

© kirjoittajat ja Lapin yliopistokustannus

Taitto ja kansi Paula Kassinen

Myynti Lapin yliopistokustannus
PL 8123
96101 Rovaniemi
LUP@ulapland.fi
www.ulapland.fi/LUP

Juvenes Print, Tampere 2011

ISBN 978-952-484-477-2 (nid.)

ISBN 978-952-310-927-8 (pdf)

Sisälllys

Johdanto	7
----------------	---

Osa I Työelämän muutos, jaksaminen, osallisuus

Työ muuttuu – kehittykö kuntoutus?	19
--	----

Katariina Hinkka, Liisi Aalto, Rainer Grönlund ja Marketta Rajavaara

Esimiesvalmennus osana kuntoutusinterventiota

Systeminen näkökulma ikääntyvien työntekijöiden kuntoutukseen	33
---	----

Johanna Sirviö ja Marja-Liisa Kauhanen

Vaikuttaako sukupuoli työkyvyn kokemiseen ja määrittämiseen?	50
--	----

Helena Kangasniemi

Kuntoutus ei aina käynnisty

Tutkimus ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen saaneista työeläkevakuutetuista	63
---	----

Johanna Estama ja Anne-Mari Arola

Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa

Esimerkinä työeläkekuntoutus	73
------------------------------------	----

Kristiina Härkäpää, Aila Järvikoski ja Raija Gould

Työttömien ammatillisen kuntoutuksen kysymys	89
--	----

Vappu Karjalainen

Työ kuntoutuksen tavoitteena

Kompassi-projekti Lapin palveluverkostossa	102
--	-----

Aila Järvikoski, Marja-Liisa Vaara, Kristiina Härkäpää, Tarja Juopperi ja Pirjo Matinmikko

Osa II Vuorovaikutus, yhteistyö, toimijuus

Vammaisuuden teoriat ja kuntoutuksen problematiikka	121
---	-----

Jari Lindh ja Asko Suikkanen

Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia

psykososiaalisesta kuntoutuksesta	135
---	-----

Marjo Romakkaniemi ja Sanna Väyrynen

Keihysanalyysi katkaisuhoidon ja päihdekuntoutuksen todellisuuksien erittelyssä	152
---	-----

Marjut Jounila ja Eija Lampela

Terapeuttinen yhteistoiminta	166
<i>Toini Harra</i>	
Aivohalvauskuntoutus ja toimijuuden mahdollisuudet	179
<i>Merja Reunanen</i>	
Vaikea kipu moniammatillisen kuntoutuksen ongelmana.....	188
<i>Heikki Hurri</i>	
Kuntoutukseen osallistuneiden lasten vanhempien kokemuksia arjen sujumisesta ja kuntoutusosallisuudesta.....	196
<i>Jaana Paananen</i>	
Psykkisesti oireilevien lasten ja nuorten perhekuntoutus.....	207
<i>Ritva Linnakangas ja Pirjo Lehtoranta</i>	
Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta	220
<i>Marja Koukkari</i>	

Osa III Palvelujärjestelmä muuttuu – mutta miten?

Kuntoutus työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskevissa tavoitteissa	229
<i>Pirjo Juvonen-Posti, Juha Liira ja Jorma Järvisalo</i>	
Vammaiset markkinoistuvissa palveluissa	
Tehokkuuden ja oikeuksien arvioinnin näkökulma.....	249
<i>Keijo Piinainen</i>	
Kuntoutus terveydenhuoltoon.....	264
<i>Eeva Leino</i>	
Vajaakuntoinen työnhakija ja työvoimapalvelut.....	276
<i>Patrik Kuusinen</i>	
Vertaistuki ja vammaispalvelut	284
<i>Liisa Hokkanen</i>	
Kirjoittajat ja toimituskunnan jäsenet.....	299

Johdanto

Kuntoutuksen paikkaa ja toimintaparadigmaa on viime vuosina ja vuosikymmeninä haettu ja määritetty monin tavoin – ajallisesti (ennaltaehkäisevä/korjaava), toiminnallisesti (toimenpidekeskeisyys/prosessikeskeisyys), kuntoutuja–työntekijä-yhteistyösuhteen pohjalta, organisatorisesti ja poliittisesti. 2000-luvulla kuntoutus on hakenut ehkä aikaisempaa vuosikymmentä määrätietoisemmin paikkaansa suhteessa työhön ja työelämään. Samalla on aktivoitu uudelleen hakemaan kumppaneita työnantajista, työhallinnosta ja työterveyshuollosta.

Kuntoutus toimintana on alati muutoksessa. Suomalainen ratkaisu kuntoutusta kehitettäessä on ollut sen integroiminen osaksi yleisiä sosiaali-, terveys-, työvoima- ja koulutuspalveluja. Tämä ratkaisu syntyi jo 1960-luvulla, ja siitä alkaen eri palvelujärjestelmiin on luotu omat kuntoutusta koskevat säädöksensä. Kuntoutustoiminnan keskeinen kehittämistarve on vuosikymmenten ajaksi noussut kuntoutuksen palvelujärjestelmien välisen työnjaon ja yhteistyön vaikeuksista. Eri yhteyksissä on toistuvasti todettu, että palvelujärjestelmissä toimivat, eri ammattiryhmiä edustavat työntekijät eivät tunne riittävän hyvin toisten palvelujärjestelmien tavoitteita ja toimintatapoja, jotta yhteistyö työ- ja toimintakyvyn, työllistymisen ja sosiaalisen selviytymisen kysymyksissä onnistuisi toivotulla tavalla. Esimerkiksi valtionalouden tarkastusvirasto on kiinnittänyt asiaan huomiota muun muassa nuorten syrjäytymistä ja lääkinällisen kuntoutuksen toteuttamista koskevissa selvityksissään. Myös OECD on kiinnittänyt huomiota suomalaisen järjestelmän yhteistyöongelmiin erityisesti väestön työkykyyn ja työuraan liittyvissä kysymyksissä.

Erityinen ongelma monimutkainen palvelujärjestelmä on sen asiakkaiden kannalta. Kuntoutuksen keskeisenä tehtävänä on luoda mahdollisuuksia asiakkaan osallisuudelle ja toimijuudelle, työ- ja toimintakyvyn realisoitumiselle arkipäivän työssä ja toiminnassa. Kuntoutuspalveluilla pyritään tuottamaan näitä mahdollisuuksia asiakkaan ja työntekijän yhteistyössä, yhteisiä tavoitteita asettamalla ja niihin yhdessä pyrkimällä. Se edellyttää läpinäkyvyyttä toiminnassa ja toimintajärjestelmässä. Monimutkainen järjestelmä, jonka sisääntuloväylät ovat vaikeasti löydettävissä, kuntoutustarpeen kriteerit vaihtelevat ja jossa prosessin vastuuhenkilö puuttuu, heikentää jo rakenteidensa vuoksi palvelun käyttäjän toimintamahdollisuuksia. Muun muassa siksi kysymykset kuntoutuja–työntekijäsuhteesta, palvelujärjestelmän rakenteesta ja toimintaperiaatteista, kuntoutujan ja toimintaympäristön vuorovaikutuksesta kietoutuvat yhteen.

Kuntoutus on ollut tutkimuskohteena Lapin yliopistossa jo 1980-luvulta alkaen. Kuntoutuksen tutkimusta on tehty sosiaalipolitiikan, sosiologian ja sosiaalityön ja 2000-luvulla myös monialaisen kuntoutustieteen näkökulmasta. Kuntoutus – viime vuosina kuntoutustiede – on ollut yliopistollisena oppiaineena Lapin yliopistossa

vuodesta 2002 alkaen. Oppiaineen opetuksessa ja kuntoutuksen tutkimuksessa on pyritty moninäkökulmaisuuteen, eri tieteenalojen näkökulmia yhdistävien lähestymistapojen osoittamiseen. Kuntoutustarve yksilön ja ympäristön suhteen kysymyksenä on ollut keskeisenä lähtökohtana, ja yksilön valtaistuminen, toimintamahdollisuuksien kehittyminen ja arjessa selviytyminen ovat olleet keskeisiä näkökulmia. Kuntoutusasiakkaan osallistuminen omaan kuntoutusprosessiinsa ja asiakkaan äänen kuuluminen ovat olleet painotetusti esillä Lapin yliopistossa toteutetussa aihealueen tutkimuksessa. Toisaalta on tutkittu eri menetelmin järjestelmän toimintaa, sen toimeenpanoa ja vaikuttavuutta realistisista ja kriittisistä tulokulmista. Vahvana pyrki- myksenä on ollut monitasoisten suositusten liittäminen tutkimustuloksia koskevien johtopäätösten yhteyteen, mikä perustuu tutkijoiden vahvoihin käytäntöyhteyksiin.

Lapin yliopistolla on ollut monenlaisia yhteyksiä kuntoutuksen toteutukseen ja kuntoutusalan organisaatioihin: ne ovat vuosien varrella merkinneet osallistumista alan neuvottelukuntien, työryhmien, suunnitteluelinten yms. toimintaan, mutta erityisesti kuntoutuksen palvelujärjestelmän tai yksittäisten toimintamuotojen arviointiin ja kehittämisprojektien toteutukseen. Avoimissa yliopistoissa järjestetyssä kuntoutustieteen opetuksessa yhteistyökumppaneina ovat olleet Oulun ja Itä-Suomen yliopistot. Lapin yliopisto on osallistunut myös työterveyslääkärien koulutukseen sisältyvän kuntoutuksen ja työkyvyn tuen verkko-opetuksen suunnitteluun, jonka vastuutahoina ovat olleet Helsingin yliopisto ja Työterveyslaitos. Kirja heijastaa näitä yliopiston, tiedekunnan ja oppiaineen tiiviitä yhteyksiä kuntoutusjärjestelmään ja sen kehittämistyöhön.

Kuntoutuksen yhteiskuntapoliittinen merkitys on ajankohtaistumassa. Yhteiskunta tulee seuraavina vuosikymmeninä tarvitsemaan monialaista, poikkitieteellistä osaamista työkyvyn ja työssä jaksamisen, ammatillisen kuntoutuksen ja työllistymisen, toimintakyvyn ja arjessa selviytymisen alueilla. Huolimatta kuntoutuksen yhteiskunnallisesta tärkeydestä eivät tiede- ja koulutuspoliittiset toimijat tunnista ja tunnusta samalla tavoin yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisesti painottuneen kuntoutuksen ja kuntoutustieteen institutionaalisen aseman kehittämistä. Päinvastoin on havaittavissa pyrkimystä kuntoutustieteen ja kuntoutuksen tutkimuksen roolin supistamiseen ja kaventamiseen suomalaisessa korkeakoululaitoksessa.

Kuntoutuksen tavoitteena on tukea ihmistä erilaisissa muutostilanteissa. Nämä tilanteet voivat liittyä muun muassa sairastumiseen, työttömyyteen, vammautumiseen tai muihin elämän riskitilanteisiin. Kuntoutuksen tutkimus tarkastelee näitä muutostilanteita ja niihin liittyviä tekijöitä sekä yksilön että järjestelmän näkökulmista. Kuntoutuksen tutkimus sisältää useita eri tieteenaloja, mutta yhteistä niille on nähä ihminen, kuntoutuja, aktiivisena toimijana ja kuntoutus ihmisen toimijuuden tuki- jana. Tämä näkökulma yhdistää myös tämän teoksen monitieteisiä artikkeleita.

Käsillä oleva kirja heijastelee rakenteeltaan niitä painotuksia, joita Lapin yliopiston kuntoutuksen tutkimuksella ja kuntoutustieteen opetuksella on 2000-luvulla ollut. Kirjan kirjoittajat ovat Lapin yliopiston henkilökuntaa sosiologian, sosiaali-

työn ja kuntoutustieteen oppiaineista, kuntoutustieteen dosentteja, opiskelijoita ja jatko-opiskelijoita sekä yhteistyökumppaneita ja asiantuntijoita kuntoutusalan eri organisaatioista.

Käsillä oleva teos jakautuu kolmeen osaan. Ensimmäisen osan, ”Työelämän muutos, jaksaminen, osallisuus”, artikkelit käsittelevät työtä, työkykyä ylläpitävää toimintaa ja ammatillista kuntoutusta sekä työllistymisen reunaehtoja. Artikkelit osoittavat erilaisia ongelmakohteita ja kehittämistarpeita kuntoutusprosesseissa. Niissä kiinnitetään huomiota aktiivisemmän työpaikkayhteistyön tarpeeseen, mutta myös kuntoutujien yksilöllisiin eroihin ja niiden edellyttämiin yksilöllisen palvelun tarpeisiin. Toisessa osassa, ”Vuorovaikutus, toimijuus, yhteistyö”, lähestytään kuntoutuksen ja vammaisuuden kysymyksiä yksilön-ympäristö-suhteen, yhteistyön ja toimijuuden näkökulmasta. Yhteistyö viittaa sekä kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän, perheen ja palvelujärjestelmän, kuntoutujan ja työpaikkasysteemin että kuntoutuksen ammattilaisten väliseen yhteistyöhön. Myös vammaisuuden teoriat paikantuvat pitkälti yksilön ja yhteiskunnan tai rakenteen ja toimijuuden väliseen suhteeseen. Kirjan kolmannen osan otsikkona on ”Palvelujärjestelmä muuttuu – mutta miten?”. Kirjan aikaisemmat teemat yhdistyvät osan viidessä artikkelissa, joissa tarkastellaan palvelujärjestelmän ja sen osien muutoksia, suhteutetaan niitä aikaisempiin vuosikymmeniin ja kysytään osin poleemisestikin muutosten suuntaa.

OSA I: TYÖELÄMÄN MUUTOS, JAKSAMINEN, OSALLISUUS. Osan ensimmäisessä artikkelissa *Katariina Hinkka, Liisi Aalto, Rainer Grönlund ja Marketta Rajavaara* tarkastelevat työn ja työmarkkinoiden muutosta, työurien pidentämistä koskevia yhteiskunnallisia tavoitteita sekä muutoksen asettamia vaateita kuntoutuksen kehittymiselle. He tarkastelevat erityisesti Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishanketta, jossa kokeillaan erilaisia malleja ja kehittämisideoita muun muassa työpaikan, työterveyshuollon ja kuntoutustahojen välisen yhteistyön parantamiseksi. He toteavat artikkelinsa lopuksi, että kuntoutuksen kehittäminen haastaa koko kuntoutusjärjestelmän. Jotta kuntoutus palvelisi kansalaisten työssä jaksamista ja työurien pidentämistä, työsuhteen muodon ei tulisi ratkaista kuntoutuksen toteutustapaa niin kuin se nykyisellään tekee. Palvelujärjestelmän ei tule vahvistaa kansalaisten työmarkkinallisia jakoja ja sosiaalisia kerrostumia siten kuin se tällä hetkellä osittain tekee.

Johanna Sirviön ja Marja-Liisa Kauhasen artikkeli perustuu ODL Terveys Oy:n Hypro-kuntoutusta koskevaan haastatteluaineistoon. Toiminta on suunniteltu ikääntyneille työntekijöille ja on yksi edellä mainitun työhönkuntoutuksen kehittämisprojektin hankkeista. Hypro-kuntoutuksen perusta on systeemiteoreettisessa ajattelussa, jonka mukaan työyhteisöä tarkastellaan järjestelmänä, jossa jossakin toimijassa tapahtuva muutos heijastuu järjestelmän muihin osiin. Hypro-kuntoutukseen sisältyy myös henkilöstöjohtamista kehittävä esimiesvalmennus, joka on suunnattu kuntoutukseen osallistuvien ikääntyvien työntekijöiden esimiehille. Haastatteluun osallistuneet esimiehet pohtivat esimiesvalmennusta tieto- ja osaamispohjan karttumisen lisäksi muun muassa esimiehen ja kuntoutujan välisen vuorovaikutuksen,

työyhteisön ilmapiiriin ja muilta esimiehiltä saadun vertaistuen näkökulmasta. Kuntoutusmahdollisuuksia koskeva tieto työpaikoilla voi parantaa esimiehen mahdollisuuksia auttaa työntekijää ja työyhteisöä jaksamisongelmissa.

Helena Kangasniemi analysoi artikkelissaan sukupuolen merkitystä työkyvyn kokemisen ja määrittymisen kannalta. Artikkelin perustuu hänen lisensiaatintutkimukseensa, jonka aineiston hän kokosi Invalidiliiton Lapin kuntoutuskeskuksen kuntoutujille suunnatulla lomakekyselyllä. Hän tarkastelee naisten ja miesten työkykyä jaksamisen, osaamisen ja osallistumisen osatekijöiden pohjalta ja esittää, että miesten ja naisten koettu työkyky ja sitä koskevat tulkinnat saavat vaikutteita sukupuolijärjestykseen perustuvasta opitusta miehen- ja naisenmallista. Yksilötasolla se näkyy miesten ja naisten erilaisessa suhteessa toimintakykyynsä, osaamiseensa ja työhönsä, mutta myös työn ja perheveloitteiden välisessä suhteessa. Se ilmenee myös työyhteisötasolla ja mies- ja naissukupuoleen liitetyissä mielikuvissa.

Johanna Estaman ja Anne-Mari Arolan pro gradu -tutkielman kohderyhmänä ovat henkilöt, jotka ovat saaneet työeläkelaitokselta kuntoutuskehotuksen tai kuntoutuksen ennakkopäätöksen, mutta joiden kuntoutus ei ole käynnistynyt ja jotka eivät ole toisaalta myöskään siirtyneet pysyväälle työkyvyttömyyseläkkeelle. Kirjoittajat selvittivät lomakekyselyn avulla, millaisessa elämäntilanteessa kyseiset henkilöt olivat ja millaisia kokemuksia heillä oli työkykyasioidensa hoitamisesta. Elämäntilanteet vaihtelivat työssä ja koulutuksessa olemisesta työelämän ulkopuolisiin tilanteisiin, mutta huomattava osa vastaajista koki, että he eivät olleet saaneet riittävästi tukea kuntoutussuunnitelman teossa. Myös tämän tutkimuksen kautta huomio kiinnittyy kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutusprosessin käynnistämisen ongelmiin työterveyshuollossa ja kuntoutusjärjestelmässä.

Kristiina Härkäpää, Aila Järvikoski ja Raija Gould soveltavat työeläkekuntoutusta koskevassa artikkelissaan John Kosciulekin ”kuluttajajohtoisuuden” käsitettä, jonka mukaan mahdollisuus saada tietoa, tehdä valintoja, kontrolloida palvelujen toteutusta ja mahdollisuus osallistua kuntoutuksen suunnitteluun ovat ammatillisen kuntoutuksen tulosten kannalta olennaisia asioita. Artikkelin perustuu työeläkekuntoutuksen toimivuustutkimukseen kuuluvan lomakekyselyn avoimeen kysymykseen annettuihin vastauksiin ja kiinnittää huomion niihin ongelmiin tai esteisiin, joita vastaajat kokevat kuntoutuksen käynnistymisessä, kuntoutusprosessin aikana ja kuntoutuksen päättyessä.

Vappu Karjalainen liikkuu artikkelissaan ”Työttömien ammatillisen kuntoutuksen kysymys” työttömien ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutuksen välimaastossa. Hän toteaa, että työttömän ammatillinen kuntoutus on enemmän teoreettinen mahdollisuus kuin elävä arjen käytäntö, ja kysyy, onko kuntoutusjärjestelmä lainkaan varautunut ottamaan vastaan asiakkaita, joiden tilanteeseen liittyy monenlaisia terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia mutta joilla ei ole vielä lääkärin toteamaa ”vajaakuntoisuutta”. Ei-työsuhteessa olevien suhteen kuntoutusjärjestelmän valikoivuus kasvaa ja on perustaltaan epäselvä. Ihminen joutuu työelämän marginaaliin monista syistä, mutta useimmiten hän haluaa myös sieltä pois. Tarvitaan sekä

”varhaisia” kuntoutuspalveluja, ettei syrjäytymistä pääse tapahtumaan, mutta myös ”myöhäisiä” kuntoutuspalveluja silloin, kun syrjäytyminen on jo totta. Kirjoittaja toteaa, että kuntoutuksen ei tulisi vältellä järjestelmän kannalta ”epävarmoja” asiakkaita, vaan tarjota toiveikkautta ja mahdollisuuksia tasapuolisesti erilaisille väestöryhmille.

Vuoden 2010 alussa käynnistyi Lapissa Euroopan Sosiaalirahaston hanke ”Kompassi – Ammatillisesta kuntoutuksesta kohti avoimia työmarkkinoita”, jonka vastuutahona on Lapin yliopisto ja rahoittajana Lapin ELY-keskus. *Aila Järvikoski, Marja-Liisa Vaara, Kristiina Härkäpää, Tarja Juopperi ja Pirjo Matinmikko* hahmottavat artikkelissaan niitä tutkimuksellisia lähtökohtia, joiden pohjalta projektin taustatiedat ovat kehittyneet, sekä edelleen niitä perusratkaisuja, joihin päädyttiin projektin käytännön toimintaa suunniteltaessa. Tarkastelun kohteena ovat muun muassa työn, työttömyyden ja terveyden väliset suhteet sekä ammatillisen kuntoutuksen tarjonta- ja kysyntälähtöiset käytännöt.

OSA II: VUOROVAIKUTUS, YHTEISTYÖ, TOIMIJUUS koostuu yhdeksästä artikkelista. *Jari Lindhin ja Asko Suikkasen* artikkelissa tarkastellaan vammaisuuden teorioita ja kuntoutuksen problematiikkaa. Vammaisuuden ja kuntoutuksen tutkimuksessa on sovellettu useita eri tieteenaloihin kytkeytyviä teoreettisia malleja tai viitekehyksiä, joita kirjoittajat analysoivat kommentoiden erityisesti brittiläisten ja yhdysvaltalaisen tutkijoiden näkökulmia. Vammaisuuden ymmärtämisessä on pitkään ollut vallalla dikotominen jaottelu yksilö- ja yhteiskuntalähtöisiin selitysmalleihin. Näiden mallien rinnalla on yhä enemmän alettu korostaa vammaisuuden ymmärtämistä yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksessa tapahtuvana ilmiönä. Kirjoittajat toteavat, että sosiaalisia oikeuksia, valinnanvapautta ja toimijuutta koskevien käsitteiden soveltaminen ja avaaminen kuntoutuspoliittiseen ulottuvuuteen luovat kuntoutukselle uudenlaisia haasteita ja mahdollisuuksia.

Marjo Romakkaniemi ja Sanna Väyrynen tarkastelevat artikkelissaan päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta kahden haastatteluaineiston pohjalta. He kiinnittävät psykososiaalisen kuntoutuksen yhtäältä ihmisen käsitykseen omasta toimijuudestaan, toisaalta kuntoutusprosessiin osallistuvien henkilöiden jaetusta toimijuudesta. Jaetussa toimijuudessa valta on läsnä kuntoutujan ja ammattilaisen välisessä suhteessa, mutta myös eri ammattilaisten suhteissa. Eri osapuolet määrittelevät ongelmia omista lähtökohdistaan, oman kokemuksensa ja tietämyksensä pohjalta. Kuntoutusprosessissa tavoitellaan yhteistä ymmärrystä muun muassa ongelmien laadun ja oikeiden kuntoutusmuotojen suhteen.

Marjut Jounila ja Eija Lampela käyttävät pro gradu -tutkielmaansa perustuvassa artikkelissaan Goffmanin kehysanalyysiin perustuvaa lähestymistapaa katkaisuhoidon ja päihdekuntoutuksen vuorovaikutustilanteiden erittelyssä. Tutkimus perustuu päihdehuollon ja -kuntoutuksen asiakkaiden ja työntekijöiden haastatteluihin. Kirjoittajat nimesivät aineistolähtöisen analyysin jälkeen ne viisi erilaista kehystä, jotka kuvaavat niitä ajattelu- ja toimintamalleja, joita eri toimijoilla on hoito- ja

kuntoutusprosessin eri vaiheissa: lääketieteellinen kehys, psykososiaalinen kehys, käytännön kehys, vallan kehys ja ihmisyyden kehys. Kirjoittajat toteavat, että katkaisuhoidoasiakkaiden kanssa työskentely vaatii työntekijöiltä liikkumista kehyksestä toiseen ja monenlaisten roolien omaksumista. Ihmisyyden kehysten painottuminen on merkki siitä, että kuntoutusvaiheessa lähtökohtana on asiakas yksilönä eikä katkaisuhoidovaiheen tapaan enemmänkin rutiinitoimenpiteiden kohteena.

Asiakkaan ja kuntoutujan yhteistoiminta on tarkastelun kohteena myös *Toini Harran* artikkelissa. Kirjoituksen lähtökohtana on hänen terapiatilanteita koskeva filosofian alaan kuuluva lisensiaatintutkielmansa, jossa hän on hahmotellut alustavan käsityksen terapeuttisen yhteistoiminnan ehdoista ja eettisistä hyveistä. Hän tarkastelee yhteistoimintaa ensi sijassa toimintaterapian kautta, mutta kiinnittää huomiota myös psykoterapiatutkimuksessa usein saatuun tulokseen, jonka mukaan yksittäisten terapiamenetelmien merkitys on vähäistä verrattuna asiakkaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutukseen tai terapian ulkopuolisiin tekijöihin, kuten ympäristöön ja tukiverkostoon. Yhteistoiminnassa vuorovaikutuksen tulee olla molemminpuolista, toisaalta omien viestien ilmaisua ja toisaalta toisten viestien vastaanottamista. Terapeuttinen yhteistoiminta vaatii hänen mukaansa työntekijältä siirtymistä asiantuntijan rooliin sidotusta asiakaskeskeisyydestä lähemmäs ihmisten välistä kohtaamista.

Merja Reunanen tarkastelee artikkelissaan aivohalvauskuntoutusta toimijuuden ja yhteistyön näkökulmasta. Valmisteilla olevassa väitöstutkimuksessaan hän pyrkii kuvaamaan, millaisena kuntoutujien toimijuus ilmenee erilaisissa aivohalvauskuntoutuksen käytännöissä ja miten kuntoutujat kertovat kuntoutuskokemuksistaan ja kotona selviytymisestään puoli vuotta sairastumisen jälkeen. Hän tarkastelee artikkelissaan aihetta erityisesti fysioterapeuttisen toiminnan kautta. Fysioterapeutteja on viime vuosina haastettu kehittämään vuorovaikutuksen ja ohjauksen osaamistaan terapiatilanteiden asiakaslähtöisyyden turvaamiseksi. Esimerkiksi tavoitepuhetta ja potilaan tavoitteiden yhteistä käsittelyä näyttää liittyvän terapiatilanteisiin vähän. Kotiympäristössä tapahtuva kuntoutus voi tuottaa tasa-arvoisemmaksi tulkittua vuorovaikutusta kuntoutujan ja työntekijän välille.

Heikki Hurrin artikkeli käsittelee yleistä kuntoutuksen ongelmaa, nimittäin pitkäaikaista, vaikeaa ja toimintakykyä rajoittavaa kipua, joka voi liittyä tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin, syöpään tai esimerkiksi palovammoihin. Suomessa kipukuntoutuksen kehittäminen alkoi Kuntoutus Ortonin ja Kelan yhteistyössä 1990-luvulla. Kipukuntoutus on yleensä moniammatillista toimintaa, jossa käytetään yleensä apuna erilaisia vertaistukeen nojautuvia menetelmiä. Kipu aiheuttaa stressiä, mutta myös pitkään kestänyt stressi voi aiheuttaa kipua tai ainakin lisätä kipukokemusta. Mielialan ja tunteiden lisäksi erilaiset ajatukset ja uskomukset vaikuttavat kipukokemukseen ja kipukäyttäytymiseen. Tutkimusten mukaan moniammatillisella kuntoutuksella voidaan vaikuttaa pitkittyvään tai pitkäaikaiseen kipuun.

Jaana Paananen tarkastelee pro gradu -tutkielmaansa perustuvassa artikkelissa sairaan tai vammaisen lapsen ja hänen perheensä suhdetta palvelujärjestelmään. Tutkimuksen aineisto on kerätty Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämisen

hankkeen asiakastutkimuksen yhteydessä. Kirjoittaja kuvaa perheen arjen muotoutumista neljänä päätyyppinä, joiden erot muodostuvat perheiden sopeutumisesta, erilaisten käytännön järjestelyjen sujumisesta sekä suhtautumisesta vammais- ja kuntoutusetuuksiin. Artikkelinsa lopussa hän tarkastelee perheen ja palvelujärjestelmän välistä vuorovaikutusta ja sen ristiriitoja: silloin ovat vastakkain yhtäältä kuntoutusjärjestelmän tarjoamat osallistumismahdollisuudet ja toisaalta vanhempien koettu tarve ja halukkuus osallistua.

Perheen ja palvelujärjestelmän välinen suhde on esillä myös *Ritva Linnakankaan ja Pirjo Lehtorannan* artikkelissa, joka perustuu Kelan järjestämän lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen arviointiin. Lasten ja nuorten mielenterveys on ollut 2000-luvulla erityisenä huolenaiheena sekä psykiatrisen hoidon että kuntoutuksen piirissä. Kuntoutuksen kestolla on tulosten mukaan merkitystä saavutettavien hyötyjen näkökulmasta. Myös kiinteä perheyhteys ja vanhempien kuntoutuksesta saama tuki ennustivat lapsen kokemusta kuntoutuksesta saadusta hyödystä. Kirjoittajat korostavat, että yksi toimintamalli ei pysty ratkaisemaan perheiden ongelmia, vaan perhekuntoutus edellyttää monenlaisia työtapoja samankin perheen kohdalla.

Osan viimeisessä artikkelissa *Marja Koukkari* pohdiskelee väitöstutkimuksensa pohjalta kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutuskäytännöissä kuntoutujan osallistuminen omaa kuntoutustaan koskevaan päätöksentekoon ja suunnitteluun näyttää sattumanvaraiselta. Kuntoutujat kokevat välittämisen tunnetta silloin, kun heille oli annettu tilaa itse vaikuttaa oman elämäntilanteensa parantamiseen. Kuntoutukseen sisältyy myös paljon sellaista, josta kuntoutujien täytyy itse selvittää: oppia toimimaan uudella tavalla, säilyttää motivaatio, kohdata arkitodellisuus ja suunnata katsetta rohkeasti myös tulevaisuuteen. Koukkari toteaa, että kuntoutusintervention koettiin edistävän kuntoutusta silloin, kun kuntoutustyöntekijän osaamiseen yhdistyi monenlaisia itsenäistä toimintakykyä ja elämänhallintaa edistäviä elementtejä.

OSA III: PALVELUJÄRJESTELMÄ MUUTTUU – MUTTA MITEN? käsittää viisi artikkelia, jotka tarkastelevat yhteiskunnallista muutosta ja palvelujärjestelmän tulevaisuutta eri näkökulmista. Niissä kirjoittajat sekä osoittavat palvelujen toteutuksen ongelmakohtia että asettavat haasteita toiminnan kehittämislle.

Pirjo Juvonen-Posti, Juha Liira ja Jorma Jarvisalo tarkastelevat kuntoutuksen asemaa työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskevassa keskustelussa. Kuntoutuksen ja työterveyshuollon erkaantuminen tapahtui 1970-luvun lopulla, ja kuntoutukselliset näkökulmat ovat palanneet työterveyshuollon toimintakenttään vasta työuran pidentämistä koskevan keskustelun kautta. Kirjoittajien mukaan työssä jatkamista ja työhönpaluuta tukevan kuntoutuksen ja työkyvyn tukemisen haasteita ovat muun muassa, miten kuntoutujan tarpeen kuuleminen onnistuisi nykyistä paremmin, miten erilaiset työpaikat saadaan mukaan ja palvelujen alueellinen saataavuus varmistetaan sekä miten kuntoutuksen suunnittelun edellyttämä yhteistyö pystytään organisoimaan. Viime aikoina lanseeratussa työkykyjohtamisen mallissa työn-

antaja on työkykyjohtaja, ja työterveyshuollon tulisi osata toteuttaa asianmukaista työpaikkakuntoutusta työpaikalla ja yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa.

Keijo Piirainen tarkastelee puolestaan vammaispalvelujen markkinaistumisketkeytystä ja sen seurauksia. Kansallisessa ja kansainvälisessä kehityksessä on hänen mukaansa havaittavissa toisaalta markkinamekanismien lisääntyvä käyttöönotto, toisaalta vammaisten oikeuksien näkökulman korostuminen. Palvelujen arvioinnissa olisi kiinnitettävä huomiota toisaalta tehokkuuden arviointiin, toisaalta oikeuksien toteutumisen arviointiin. Palvelujen toimintaprosessia hän tarkastelee ensiksi asiakkaan toimintana, toiseksi ammatillisena toimintana, jossa asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on haastava ulottuvuus, ja kolmanneksi prosessin etenemistä koskevien seurantamekanismien kannalta. Piirainen käyttää esimerkkinä työllistymistä tavoittelevaa kuntoutusta ja arvioi suomalaisen järjestelmään sisältyvän vakavia ongelmia perusturvan ja työllistymiseen tähtäävien toimien yhteisvaikutusten osalta. Etenkin heikoimmin selviytyvien vammaisten palvelujen osalta on erityistä tarvetta kiinnittää huomiota vammaisten oikeuksien toteutumiseen ja yleiseen arjessa selviytymiseen.

Eeva Leino pohtii artikkelissaan terveydenhuollon kehitystä ja kuntoutuksen roolia terveydenhuollossa. Julkisen terveydenhuollon tehokkuusvertailut perustuvat usein erilaisten suoritteiden kuten vastaanottokäyntien tai toimenpiteiden lukumääriin: tuotteistuskulttuurissa luotetaan laskennalliseen kontrolliin ja matemaattisiin toteutusennusteisiin. Terveydenhuollon asiantuntemus on pitkälle erikoistunutta, yksilö- ja elinryhmäkohtaista, kun taas kuntoutus edellyttää moniammatillisia lähestymistapoja sekä käsitystä kuntoutujan elinympäristöstä, toimintatavoista ja tavoitteista. Kirjoittaja arvioi, että terveydenhuolto tarvitsee kuntoutusta suoriutuakseen tehtävistään, ja suunnitelmallisesti toteutettu lääkinnällinen kuntoutus on usein myös yhteiskunnallisen vaikuttavuuden tausta. Kuntoutuksen ”siltaominaisuuksia” tunnistamalla ja kehittämällä on mahdollista myös koota niitä ihmisen voimavaroja, joita erillisinä toteutetut interventiot ovat pilkkoneet.

Patrik Kuusisen artikkeli ”Vajaakuntoinen asiakas työvoimapaikatuissa” on kaksiosainen. Aluksi Kuusinen käsittelee työ- ja elinkeinohallinnon vajaakuntoisuuskäsitettä, joka perustuu Suomen vuonna 1986 ratifioimaan Kansainvälisen työjärjestön (ILO) yleissopimukseen nro 159. Hän toteaa vajaakuntoisuuden työhallinnon käsitteenä korostavan eroa työhön kykenemisen ja työn saamisen välillä ja rinnastaa sen työmahdollisuuksien realisoinnin käsitteeseen. Artikkelin lopussa kirjoittaja hahmottelee työvoimapaikatuksen toimintaperiaatteita, kiteyttää ammatillisen kuntoutuksen haasteita sekä pohtii joustavien, yksilöllisten ja tuloksekkaiden kuntoutuspalvelujen edellytyksiä.

Osan viimeisessä artikkelissa *Liisa Hokkanen* analysoi vammaispalveluja pohtien erityisesti vammaispalvelujen käytön ja vertaistuen suhdetta. Hän toteaa, että hyvinvointipalveluissa muutoksen suunta on ollut yhteisvastuusta yksityiseen vastuuseen. Julkisen palvelutuotannon korvaajiksi odotetaan ensi sijassa yrityksiä: myös vammaisten tulisi luottaa kvartaalitaloudessa toimiviin yrityksiin ja läheistensä kykyyn

tuottaa tarvittavaa tukea sekä samaan aikaan mukautua omien etujärjestöjen toimintakapasiteetin ohenemiseen. Hokkanen arvioi, että kolmannen sektorin palvelutuotannon erityisenä kärkenä on professionaalisen täsmätietämyksen ja kokemustiedon yhdistäminen. Järjestöt on kuitenkin ajettu tilanteeseen, jossa niiden palveluja tarkastellaan yritysmuotoisena palvelutuotantona. Vertaisuuden ja vertaistuen hyödyntäminen edellyttäisi palvelurakenteita, joissa asiakkaille luodaan mahdollisuuksia kohdata toisiaan ja resursoidaan yhteisiä toimintoja.

Kuntoutustieteen (aik. kuntoutus) oppiaineen ensimmäinen kymmenvuotistaival Lapin yliopistossa on kuluvan vuoden aikana täyttymässä: osa-aikainen professori aloitti yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa vuonna 2002. Kyseisen vuoden aikana oppiaine sai ensimmäiset sivuaineopiskelijansa ja vuonna 2004 pääaineopiskelijansa. Kuntoutustieteen ensimmäinen väitöskirja julkaistiin vuonna 2010, ja tällä hetkellä oppiaineessa on aktiivinen joukko jatko-opiskelijoita. Alkuvuoden 2011 aikana oppiaineen ensimmäinen professori ja lehtori siirtyivät eläkkeelle ja uudet opettajat ovat aloittaneet tehtävissään. Tämä kirja juhlistaa osaltaan kuntoutustieteen oppiaineen ensimmäisen vuosikymmenen toimintaa Lapin yliopistossa. Kirjan monipuoliset artikkelit osoittavat sitä tärkeää roolia, joka kuntoutuksen ja kuntoutustieteen tutkimuksella on kuntoutuksen kehittämisessä suomalaisessa yhteiskunnassa myös tulevana vuosikymmeninä.

Kirjan toimituskuntaan osallistuivat allekirjoittaneiden lisäksi Kristiina Härköpää ja Marjo-Riitta Mattus. Kiitämme heitä ja kaikkia kirjoittajia hyvin sujuneesta yhteistyöstä. Kiitämme myös Tuula Tervashonkaa Lapin yliopistokustannuksesta; hänen myötävaikutuksellaan kirjaprojekti eteni joustavasti.

Helsingissä, Rovaniemellä ja Tampereella 10.5.2011

Aila Järvikoski, Jari Lindh ja Asko Suikkanen

Osa I

Työelämän muutos,
jaksaminen, osallisuus

Työ muuttuu – kehittykö kuntoutus?

Katariina Hinkka, Liisi Aalto, Rainer Grönlund ja Marketta Rajavaara

Johdanto

Työssä tulee jaksaa aiempaa pidempään ja entistä tehokkaampana ja työkykyisempänä. Kansalaiset tietävät tämän vaatimuksen, mutta useat pelkäävät, etteivät siihen ehkä kykene. Työikäisten kuntoutus on tullut työelämän ja sosiaaliturvan kehittämisessä entistä keskeisempään asemaan, sillä työikäisten määrä on vähenemässä. Kaikkiaan työllisiä oli maassamme Tilastokeskuksen tietojen mukaan helmikuussa 2011 yhteensä 2 425 000 henkilöä. Työllisyysaste eli työllisten osuus 15–64-vuotiaista oli 67,1 %. Se on korkeampi kuin Euroopan unionin maissa keskimäärin, mutta kaukana esitetyistä tavoitteista. Suomalaisten eläkkeellesiirtymisiän odote oli 60,4 vuotta vuonna 2010, ja se on myöhentynyt puoleltoista vuodella vuodesta 2002 (Eläketurvakeskus, lehdistötiedote 27.1.2011).

Kansallisissa linjauksissa tavoitteena on työurien pidentäminen molemmista päistä. Työstäpoistumisikää on tarkoitus nostaa 2–3 vuodella pitkällä aikavälillä (Hallitusohjelma 2010; Ahtelan työryhmän raportti 2010). Keskeisenä keinona pidetään työelämän laadun parantamista. Työterveyshuollolta edellytetään tavoitteiden ja sisällön uudelleen suuntaamista työkyvyn edistämiseksi ja työssä jaksaminen pidentämiseksi. Työterveysyhteistyön suunnitelmallisuus ja seuranta tehostuvat ja työkyvyn hallinnan toimien koordinoinnin vastuu siirtyy enenevästi työterveyshuollon palvelujärjestelmälle (STM 2011:6). Työterveyshuollon korvausjärjestelmän muutoksella tuetaan työpaikkojen ja työterveyshuoltojen yhteistyönä sovittavaa ja toteutettavaa työkyvyn hallintaa, seurantaa ja varhaista tukea (SV-lain 13 luvun §5 muutos, 1056/2010).

Työelämän muutos haastaa työurien pidentämisen keinot. Työelämän nykyisessä murroksessa elinkeino- ja ammattirakenne muuttuu, työtehtävien vaatimukset muuttuvat, osaamis- ja kvaifikaatiovaatimukset moninaistuvat, ammatteja häviää ja uusia syntyy. Työurista tulee yhä useammin yksilöllisiä, katkonaisia ja vaihtelevia. Epätyypilliset työsuhteet ovat lisääntyneet. Yhä suurempi osa väestöstä toimii yrittäjänä tai itsensä työllistäjänä perinteisen palkkatyön ja yrittäjyyden välimaastossa. Siirtymät palkkatyön ja yrittäjyyden välillä ovat tavallisia, ja rajattoman työnteon kulttuurit ovat yleistyneet. (Kasvio & Tjäder 2007; Kasvio 2010; Julkunen 2010; Järvensivu 2010.) Uusimman työvoimatutkimuksen mukaan vuoden 2011 helmikuussa kaikista suomalaisista palkansaajista kokoaikatyötä tekevien määrä oli 74,7 %. Osuus laski vuoden takaisesta 1,3 %. Määräaikaisessa työsuhteessa työskenteleviä palkansaajia (303 000 henkeä) oli 1,3 % ja osa-aikaisia (391 000 henkeä) 4,8 % enemmän kuin vuosi aiemmin. (Työvoimatutkimus 2011.)

Työn muutosta on analysoitu eri näkökulmista. Raija Julkunen (2008) pitää muutuvan, uuden työn yhtenä piirteenä työn henkilökohtaistumista. Muutokseen limittyy kollektiivisten, sosiaaliturvan tarjoamien suojien mureneminen. Julkusen sanoin 2000-luvun työ on hybridiä ja mosaiikkista. Työn luonnetta kuvaavia avainsanoja ovat kognitiivinen, affektiivinen, interaktiivinen, kommunikatiivinen ja feminisoitunut.

Guy Standingin (2009) mukaan globaali työ on haastanut perinpohjaisesti entisenlaisen palkkatyösuhteisiin perustuvan teollisen yhteiskunnan kansalaisuuden ja sosiaaliturvan. Globaali, joustava työ jakaa kansalaiset yhä selvemmin uudenslaisiin sosiaalisiin kerrostumiin. Näitä ovat globaali eliitti, jonka ei tarvitse turvakseen kansallisia sosiaalietuuksia, vakaissa työsuhteissa työskentelevät hyvätuloiset palkansaajat, epävakaisissa työsuhteissa toimivat asiantuntijat ja konsultit, työväenluokka teollisuudessa ja palveluissa, työn suhteen epävakaisessa tilanteessa oleva prekariaatti, työttömät sekä työelämän ulkopuolelle jääneet.

Suikkanen ja Lindh (2010) ovat tarkastelleet työmarkkinoiden muutosta ja kansalaisuuden uudelleenmuovautumista kuntoutuksen kehittämisen kannalta nostaan keskusteluun työmarkkinakansalaisuuden käsitteen. Työmarkkinakansalaisuuden positiovaihtoehdot, joita ovat a) työelämässä mukana olevat, b) erilaisissa välitiloissa tai välityömarkkinallisissa tiloissa olevat ja c) työmarkkinoilta syrjäytyvät/syrjäytyneet, tulisi heidän mielestään ottaa huomioon kuntoutuksen käynnistymistä, tavoitteita ja keinoja pohdittaessa. Kirjoittajat väittävät kuntoutuksen kehittämisen perustuneen enemmän lainsäädännön sisäisiin ja organisatorisiin tarpeisiin kuin yhteiskunnan ja työmarkkinoiden muutoksista johtuneisiin syihin ja rakenteellisiin sisältömuutoksiin. (Suikkanen & Lindh 2010.)

Myös Halava ja Pantzar (2010), jotka poleemisessa raportissaan tarkastelevat kuluttajakansalaisuutta työelämässä, näkevät alkaneen vuosikymmenen isot haasteet rakenteiden kehittämisessä ja systeemisellä tasolla. Työura-ajatuksen tilalle on muodostunut ”työrupeamien ketju”, johon saattaa kuulua vaihtelevia töitä, opiskelujaksoja, sapattivapaita ja projekteja. Työelämään tullut sitoutumaton, itseohjautuva millenium-sukupolvi toteuttaa itseään pääsääntöisesti muualla kuin töissä. Prekariaatti ja pätkätyöläisyys ovat joillekin toimiva tai ainakin siedettävä vaihtoehto, mutta pätkätyöntekijöiden toiveet ja odotukset eivät ole mitenkään yhdenmukaisia. Pätkätyöntekijöiden elämää määrittävät projektiluontoiset työt ja epävarmat työsuhteet sekä niihin liittyvä toimeentulon epävarmuus. (Korhonen ym. 2009, 11). Taidot ja osaaminen erottelevat pätkätoita tekevät ihmiset erilaisiin ryhmiin alkaen pienipalkkaisista, vähän koulutusta vaativissa tehtävissä kiertävistä ”mcdonalds-työläisistä” hyvin palkattuihin aivotyöläisiin, jotka voivat pitkälle määritellä työsuhteensa ehtoja.

Sosiaaliturva, työikäisten kuntoutus mukaan lukien, rakentuu edelleen sen oletuksen varaan, että ihmiset tekevät kokopäivätöitä vakituisessa työsuhteessa. Työeläkekuntoutuksen myöntämisen perusedellytyksenä on vakiintunut työelämähistoria. Vaikka Kelan kuntoutuksen piirissä ovat lainsäädännöllisesti kaikki Suomessa asuvat henkilöt, myös Kelan työhön liittyvä kuntoutus kohdistuu käytännössä pääosin vakinaisissa työsuhteissa toimiviin.

Tämän artikkelin tarkoituksena on pohtia työikäisten kuntoutuksen kehittämishaasteita työurien pidentämisen ja työelämän muutosten paineissa. Tarkastelun kiinnekohtana on Kelan toteuttama työhönkuntoutuksen kehittämishanke (2007–2011), jonka yhteydessä on meneillään arviointitutkimus. Kehittämishanke kohdistuu työhön liittyviin kuntoutusmuotoihin, jotka ovat työterveyshuolto- ja/tai työpaikkalähtöisiä.

Kela työikäisten kuntoutuksen järjestäjänä

Kela vastaa työikäisten kuntoutuksesta järjestämällä ammatillista kuntoutusta, vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta sekä harkinnanvaraista kuntoutusta eduskunnan vuosittain myöntämällä määrärahalla (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahasta 566/2005). Työpaikkojen ja työterveyshuoltojen kanssa yhteistyössä toteutettavia kuntoutusmuotoja ovat ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (ASLAK-kurssit) ja Työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus (Tyk-toiminta). Niiden toteuttamista ohjaavat Kelan kuntoutuksen standardit.

Tyk-toiminta on järjestämisvelvollisuuden alaista ammatillista kuntoutusta (KKRL 6§). Siihen saatetaan turvautua tilanteessa, jolloin työpaikan ja/tai työterveyshuollon toimenpiteistä huolimatta kuntoutujaa on uhkaamassa lähivuosina työkyvyttömyys tai työkyky on jo olennaisesti heikentynyt sairauden, vian tai vamman vuoksi. Edellytyksenä on voimassa oleva työsuhde. Tällä hetkellä voimassa olevan standardin mukaan Tyk-toiminta käsittää 1–2 vuoden aikana 30–31 kuntoutuspäivää useissa jaksoissa, jotka eivät saa olla 3 vuorokautta lyhyempiä, ja 1–2 yhteistyöpäivää. Kuntoutus voi tapahtua yksilökohtaisesti tai 6–8 hengen ryhmässä. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea työntekijän jatkamista omassa työssään. (Kelan laitosmuotoisen... 2007)

ASLAK-kurssit ovat harkinnanvaraista kuntoutusta (KKRL 12§), ja niiden kohderyhmänä ovat henkilöt, joiden työ- ja toimintakyvyn heikkenemisen riskit ovat jo selvästi todettavissa, mutta sairausoireet ovat vielä lieviä. Työ- ja toimintakyvyn edellytysten pitkäaikaisen parantamisen lisäksi tavoitteena on auttaa kuntoutujaa arvioimaan ja kehittämään omia työmenetelmiään, käsitellä työn kehittämistä ja siihen liittyvää osaamista sekä yksilöllisesti että työyhteisöllisesti ja nivoa kuntoutusprosessi työpaikalla ja työterveyshuollossa tapahtuvaan toimintaan. Kurssin käsittää 15–21 kuntoutuspäivää vuoden kuluessa useissa jaksoissa, jotka eivät saa olla 3 vuorokautta lyhyempiä, sekä yhteistyöpäivän. Ryhmäkoko on 8–10 henkilöä. Kurssi voi olla työpaikka- ja/tai ammattialakohtainen. Työpaikka ja työterveyshuolto osallistuvat kurssin suunnitteluun, informaatiotilaisuuteen ja yhteistyöpäivään. (Kelan laitosmuotoisen... 2007)

Vuonna 2009 ASLAK-kuntoutukseen osallistui 13 500 kuntoutujaa ja Tyk-toimintaan 3 500 kuntoutujaa. ASLAK-kurssien kustannukset olivat 33 miljoonaa ja Tyk-toiminnan 11,5 miljoonaa euroa. Kelan työkuntoutuksen kohdentumista on kritisoitu (Suoyrjö 2010; Saltychev 2011). Kunta-alaa koskevan tutkimuksen aineistossa

oli määräaikaisessa työsuhteessa olevien osuus 14 % henkilöstöstä, mutta ASLAK-kuntoutujista vain 2 % ja Tyk-kuntoutujista 1 % (Suoyrjö 2010). Samasta aineistosta ilmeni, että ASLAK kohdentuu korkean ja Tyk matalan koulutustason ammatteihin ja että kuntoutuksen osallistumisen todennäköisyys on neljänneksen pienempi työntekijöillä, joiden työn hallinta on heikkoa ja työn epävarmuus suuri. Kuntoutus ei kohdistunut varhaisen eläköitymisen vaarassa oleviin työntekijöihin. Sen sijaan etenkin varhaiskuntoutukseen osallistuminen oli yhteydessä tekijöihin, jotka liitetään parempaan terveyteen ja työtyytyväisyyteen, kuten säännöllinen työ, hyvä työmarkkina-asema, hyvät kontrollimahdollisuudet työssä, alhainen epävarmuus ja terveellinen elämäntapa. (Saltychev ym. 2011.)

Muutoinkin on alan tutkimuksissa peräänkuulutettu Kelan järjestämän kuntoutuksen sisällön kriittistä arviointia, tutkimusta ja kehitystyötä (Suoyrjö 2010), ja ASLAK-kuntoutuksen irrallisuutta työelämästä on kritisoitu (Turja 2009; Ylisassi 2009). Kuntoutuslaitoksia koskevassa selvityksessä todettiin työelämään suuntautuvan laituskuntoutuksen sisältöjen ja toimintamuotojen integroituvan puutteellisesti työyhteisöihin sekä kuntoutujan ja työpaikan tarpeisiin (Ihalainen & Rissanen 2009, 87).

Työhön liittyvän kuntoutukseen tutkimukset ovat harvemmin kohdistuneet kuntoutujan lisäksi muihin kuntoutuksen toimijatahoihin. Aila Järvikoskea siteeraaten ”huomattava osa niin sanotusta kuntoutuksen tutkimuksesta ei perinteisesti ole kohdistunut niinkään kuntoutukseen (= menetelmään, toimintamalliin, prosessiin, järjestelmään) vaan kuntoutujiin ja heidän yksilöllisiin piirteisiinsä” (Aila Järvikoski Kutken seminaarissa 25.10.2010). Läheinen yhteistyö työpaikkojen ja työterveyshuollon kanssa on kuitenkin keskeinen tekijä, joka yhdistyy kuntoutuksen vaikuttavuuteen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan (Kuoppala ja Lamminpää 2006). Kaikkien toimijatahojen yhteistyön kehittämisen tärkeyttä korostetaan myös kvalitatiivisia menetelmiä käyttäneiden ASLAK-tutkimusten johtopäätöksissä (Salmelainen ym. 2002; Ylisassi 2010).

Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishanke

Kelan toteuttaman työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (2007–2011) tavoitteena on kehittää kuntoutusta työn ja työelämän muuttuneisiin tarpeisiin sekä edistää yhteistyötahojen entistä parempaa verkostoitumista kuntoutusprosessin aikana. Kehittämistoiminta kohdentuu sekä ASLAK-kursseihin että Tyk-toimintaan.

Kehittämishankkeessa kuusi kuntoutuslaitosta kokeilee ja kehittää kuntoutusmalliaan, jotka on valittu tarjouskilpailun perusteella. Neljä kokeilumallia kohdistuu vakiintuneissa työsuhteissa toimiville (HYPRO, KOKONAISKUNTO, MODULO, TUUKKA) ja yksi yrittäjille (JYRI). Kokeilumallien arvioinnista vastaa Kelan tutkimusosasto. (Rajavaara ym. 2009, Hinkka ym. 2010). Lisäksi kehittämishankkeeseen sisältyy kaksi hanketta, TEOSTA ja TUULI, jotka on suunniteltu epätyypillisissä tai määräaikaisissa töissä työskenteleville. TEOSTA-hanke on kohdennettu epätyypillisissä työsuhteissa toimiville henkilöille, ja sen arvioinnista vastaa Kiipulan kuntou-

tuskeskus. TUULI-hanke on tarkoitettu yliopiston määräaikaisissa palvelusuhteissa tai apurahalla työskenteleville akateemisesti koulutetuille henkilöille, ja sen toteutus ja arviointi tapahtuvat Kuntoutussäätiössä. (Ks. Rajavaara ym. 2009.)

Hankkeeseen sisältyvien kokeilumallien kehittämisedat ovat erilaisia, toimintamallit ovat moninaisia, toimintaympäristöt vaihtelevat ja kohderyhmät poikkeavat toisistaan. Osallistujat valitaan sekä harkinnanvaraisen ASLAK-kuntoutuksen että ammatillisen Tyk-kuntoutuksen kriteerein. Siten kuntoutujien terveydentila ja työkyky, kuntoutukselliset tarpeet ja tavoitteet poikkeavat toisistaan. Myös kuntoutujien ikä, ammatti ja toimiala vaihtelevat eri malleissa. Kahteen kuntoutusmalliin (TEOSTA ja TUULI) ei lähtökohtaisesti liity työpaikkakytöntöjä. Kuntoutus toteutetaan ryhmämuotoisena interventiona muissa paitsi MODULO-mallissa, jossa ryhmäkuntoutus on vain yksi mahdollinen kuntoutuspolku alkuselivityksen jälkeen.

Kokeiltavat kuntoutusmallit esitetään pääpiirteittäin taulukossa 1 ja niiden erilaiset työhön liittyvät kehittämisedat kuvataan taulukossa 2. Työkytkennät koskevat etenkin vakiintuneiden työsuhteiden malleja, joissa kehitetään esimiesten ja työyhteisöjen osallistumista. TEOSTA- ja TUULI-malleissa oletetaan pikemminkin, että työhön liittyvät pulmat tulevat ratkaistuksi yksilöllisen voimaantumisen kautta ilman kiinteää työpaikka- tai työterveyshuoltoyhteistyötä.

TAULUKKO 1. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen kuntoutusmallit

HYPRO (ODL Terveys Oy) on ikääntyneille (yli 54-vuotiaat) henkilöille suunnattua avomuotoista, lyhytjaksoista, ryhmässä tapahtuvaa kuntoutusta, jossa pyritään aikaansaamaan tiivis vuorovaikutus kuntoutuksen ja työpaikan kesken muun muassa kuntoutusohjelman sisältämän esimiesvalmennuksen avulla. Hypro on vuoden mittainen. Lakiperuste on KKRL12S.

JYRI-mallin (Kuntoutus Petrea) kimmokkeena on yrittäjien muita palkansaajia heikommat mahdollisuudet irrottautua perinteiseen, kokonaisia työviikkoja kestäväan laitospainotteiseen varhaiskuntoutukseen. Yrittäjien tarpeet otetaan huomioon kuntoutujien valinnassa, kurssijaksotuksessa, sisällössä ja työmenetelmissä. Kuntoutuksen kesto on kahdesta ja puolesta vuodesta kolmeen vuoteen. Lakiperusteena on KKRL 6S tai 12S.

KOKONAISKUNTO-mallissa (Kuntoutus Peurunka) painotetaan kuntoutukseen osallistujien tarpeiden arvioimista. Siinä painotetaan yhteistyötä Kelan, työterveyshuollon ja työnantajien kesken. Kuntoutus sisältää uusia työmenetelmiä. Kokonaiskunto-kurssi kestää noin kaksi vuotta. Lakiperusteena on KKRL 6S tai 12S.

MODULON (Verve/Oulu) lähtökohtia ovat työlähtöisyys sekä kuntoutuksen yksilöllinen arviointi ja räätälöinti. Modulossa kaikkien kuntoutujien kuntoutusprosessi ei etene samalla tavalla, vaan uutta on moduulirakenne, joka mahdollistaa kuntoutujan tilanteesta käsin rakentuvan yksilöllisen kuntoutumisen. Lakiperusteena on KKRL 6S tai 12S.

TEOSTA-mallin (Kiipulan kuntoutuskeskus) tavoitteena on kehittää epätyypillisissä työsuhteissa työskentelevien kuntoutusta ja luoda toimivia käytäntöjä kohderyhmään kuuluvien tavoittamiseksi kehittämällä verkostoyhteistyötä eri tahojen kanssa. Kohderyhmänä ovat henkilöt, joiden työsuhteet ovat keskeytyviä tai kestoiltaan vaihtuvia, ja joilla on viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut ainakin yksi työttömyysjakso. Toistuvasti (pitkään) työttömänä oleville on "Tuki työuralle" -malli (lakiperusteena KKRL 56) ja päätöissä oleville "Tiedot ja taidot käyttöön" -malli (lakiperusteena KKRL 12S). Tavoitteena on vahvistaa kuntoutujan omaa aktiivisuutta terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja työuralla selviämiseksi. Kuntoutujan itsetuntemusta vahvistetaan ja tuetaan työkykyä, työuralle pääsemistä, siellä pysymistä ja ammatillista kehittymistä. Kuntoutuksesta tiedottaminen ja rekrytointi tehdään yhdessä työvoimahallinnon kanssa.

TUUKKA (Avire-Kuntoutus Oy) on kehitelty suurten ja keskisuurten työnantajaorganisaatioiden työntekijöille soveltuvaksi ryhmämuotoiseksi kuntoutukseksi. Kuntoutus kytkeytyy kuntoutujan työnantajaorganisaatiossa toteutettuun työkyvyn tuen/ varhaisen reagoinnin toimintamalliin. TUUKKA-mallissa kuntoutus toteutetaan monimuotoisena päivä- ja käyntikuntoutuksena ja kuntoutusjaksot ovat lyhyitä. Kuntoutuksen kokonaiskesto on noin kaksi vuotta. Lakiperuste on KKRL 12§.

TUULI-mallin (Kuntoutussäätiö) tavoitteena on löytää määräaikaissa palvelusuhteessa tai apurahalla työskentelevälle kohderyhmälle soveltuvia kuntoutustarpeen arviointikeinoja sekä työterveyshuoltoon että työvoimatoimistoon. Hyvinvointianalyysiin voi osallistua kuka tahansa yliopiston henkilökuntaan kuuluva. Hyvinvointianalyysi käsittää kolme lyhyttä mittauskäyntikertaa, arviointikäynnin (lääkäri, psykologi, projektipäällikkö) ja palautekeskustelun lääkärin tai psykologin kanssa. Osallistujilla on mahdollisuus jatkaa varhaiskuntoutusohjelmalla, mikäli hyvinvointianalyysi antaa aihetta. Kuntoutuslääkäri tekee lääkärinlausunnon. Kelan kuntoutuspäätös (KKRL 12§) tulee vasta tämän jälkeen. Ohjelma sisältää seitsemän kuntoutuspäivää 3 kk aikana ja myöhemmin kaksi seurantapäivää.

TAULUKKO 2. Kuntoutusmallien työkytkentöihin liittyvät kehittämisideat/kohteet

VAKIINTUNEISSA TYÖSUHTEISSA TOIMIVAT

- Eri-ikäisten johtaminen, esimiesvalmennus
- Työyhteisöosuuksia ja työpaikalla tapahtuvia osuuksia aiempaa enemmän, sisällöt erilaisia
- Yhteistyössä (työterveys, esimies/työpaikka, kuntoutuja, kuntoutuslaitos) erilaiset neuvottelut, suunnittelupäivät, työyhteisötapaamiset, kuntoutujalähtöiset työyhteisöpäivät
- Ammatillinen osio on integroituna läpi koko kuntoutusprosessin
- Työn tarkastelu eri näkökulmista (työn sujuvuus, osaaminen, oman ammatillisen kehityksen kulku ja nykyvaihe, työn mahdollinen muutos ja nykytila) ja eri kokoonpanoissa
- Erilaiset tiedonhankintamenetelmät työhön liittyvissä asioissa kuntoutuksen tukena

YRITTÄJÄT

- Kuntoutuja on oma työnantajansa. Mahdollisuus henkilökohtaiseen työnohjaukselliseen keskusteluun

EPÄTYYPILLISISSÄ TYÖSUHTEISSA TOIMIVAT

- Työkytkentä rajoittuu kuntoutujainterventioihin
- Osana hyvinvointianalyysiä sykevariaatioanalyysi, jonka pohjalta henkilökohtainen palaute kuormituksesta työssä, vapaa-aikana ja unen aikana.
- Yksilön valmiuksien parantaminen osana sisältökokonaisuutta (oppimis- ja työurasuunnittelu, työelämätaidot, terveys- ja työkuunto, työnhakuvalmennus)

Kehittämistä arvioinnin tuella

Vakiintuneiden työsuhteiden (HYPRO, KOKONAISKUNTO, MODULO, TUUKKA) ja yrittäjien (JYRI) kokeilujen arvioinnin tavoitteena on selvittää kehittämisideoiden toteutettavuutta ja toimivuutta. Se kohdentuu sekä yksilökohtaiseen kuntoutumiseen, kuntoutusmalliin että koko kehittämissankkeen toteuttamisen näkökulmiin. Arviointi toteutetaan yhteistyössä eri toimijatahojen kanssa (kuntoutajat, esimiehet, työterveys, toteuttajat, Kela).

Arvioinnin lähestymistavaksi valittiin kehittämisideoiden toteutukseen kohdentuva ja kokeiluja tukemaan pyrkivä, niin kutsuttu kehittävä arviointi. Siinä pyrki- myksenä on dialogisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön kehittäminen eri toimijoiden kesken. Tavoitteena on painottaa kokeiluun osallistuvien toimijoiden, työntekijöiden ja asiakkaiden osallisuutta ja heidän näkemystensä ja kokemustensa huomioon- ottamista kehitystyössä ja sen arvioinnissa (vrt. Rajavaara 2006, 20; Seppänen-Järvelä

1999). Arvioinnissa ovat käytössä sekä kvantitatiiviset (rekisterit, kyselyt, asiakirjat, kuntoutujakohtaiset mittarit) että kvalitatiiviset (fokusryhmähaastattelut, monitahoarviointi) menetelmät.

Arvioinnin tavoitteena on selvittää kehittämisideoiden toteutettavuutta ja toimivuutta. Arviointi toteutetaan yhteistyössä eri toimijatahojen kanssa (kuntoutujat, esimiehet, työterveys, toteuttajat, Kela). Se kohdentuu sekä yksilökohtaiseen kuntoutumiseen, kuntoutusmalliin että koko kehittämissankkeen toteuttamisen näkökulmiin.

Kukin kuntoutuslaitos kokeilee omaa, uudenlaista tapaa toteuttaa työikäisten kuntoutusta vähintään kymmenen peräkkäisesti aloittavan 8–12 hengen kuntoutujaryhmän kanssa. Sovittuna periaatteena on, että kukin laitos kehittää malliaan seitsemän ensimmäisen kuntoutuskokeilun aikana ja kolme viimeistä toteutetaan ”valmiilla mallilla”. Kolme viimeistä kuntoutusjaksoa arvioidaan systemaattisesti. Tämä arviointi sisältää kuntoutujakohtaisten mittareiden käytön, monitahoarvioinnin, fokusryhmähaastattelut ja rekistereistä poimittavat tiedot. Kokeilut saadaan päätökseen vuoden 2011 loppuun mennessä.

Työkytkennän kehittämisen moninaisuus

Kuntoutuslaitoksissa on ilmennyt innostusta uudenlaisten toimintamallien kehittämiseen, ja toteuttajat ovat nostaneet tarkasteluun käynnistysvaiheessa havaittuja kehittämiskohteita. Toimintamallit ovat kokeiluissa erilaisia, ja niiden edellyttämiä voimavaroja oli etukäteen vaikea arvioida. Ennakoimattomat muutokset ovat saattaneet hankaloittaa kokeiluprosessia. Alkukartoituksen jälkeen neljän palveluntuottajan yhtenä kehittämiskohteena ollut verkkokuntoutusympäristö irrotettiin erilliseksi kehittämishankkeeksi.

Kuntoutujien valinnassa on ollut eroja kokeilumallien erilaisuudesta johtuen. Yhteistyötahot (työterveys, esimiehet, toteuttajat, Kela) ovat pitäneet tiivistä yhteistyötä kuntoutujavalinnassa hyödyllisenä. Työterveyshuolto on saanut tietoa kuntoutuslaitoksesta kuntoutuksen sisällöistä, ja Kelalle on välittynyt tietoa kuntoutujista päätöksenteon tueksi. Kuntoutuksen aikana yhteistyö työterveyshuollon kanssa on kuitenkin jäänyt useimmissa kokeiluissa varsin ohueksi.

Mitä yksilöllisemmin ja huolellisemmin kuntoutujien tilannetta on arvioitu alkuvaiheessa kuntoutujan, työterveyden, esimiehen, Kelan ja kuntoutuslaitoksen kesken, sitä paremmin kuntoutujia on kyetty ohjaamaan tarkoituksenmukaiseen kuntoutusprosessiin. Mitä selkeämmin yhteistyöosapuolet, kuntoutuja mukaan lukien, ovat heti alkuvaiheessa tienneet, mihin kuntoutujan tarpeisiin kukin toimintamalli vastaa, mitkä ovat kuntoutuksen tavoitteet, mitä kuntoutus sisältää ja mitkä ovat eri osapuolten vastuut ja velvollisuudet kuntoutujan prosessin aikana, sitä paremmin kuntoutukselle asetetut tavoitteet näyttävät täyttyneen. Tähän liittyen on tullut esille toive konkreettisista, kirjallisista sopimuksista osapuolten kesken. Parhaimmil-

laan kuntoutusprosessissa kuntoutujasta kypsyy oman kuntoutusprosessinsa aktiivinen haltija ja kuntoutukseen sisältyy jouston varaa.

Kuntoutuksen työkytkennät, joita käytetään kuntoutujien työssä selviytymisen tukemiseksi, ovat eri kokeiluissa erilaisia. Osapuolet näkevät tiiviin työkytkennän hyödyllisenä, mutta esimiesten sitoutuminen saattaa vaihdella. Eri osapuolten odotukset, vastuut ja tehtävät eivät aina ole osoittautuneet selkeiksi. Onnistuneimmillaan toimijoiden (kuntoutuja, esimies, työterveys, kuntoutuslaitos) yhteistyö ongelmien määrittelyssä ja työstämisessä johtaa yhdenmukaiseen ja realistiseen käsitykseen siitä, miten eri tahot voivat tukea työntekijän työkykyä.

Kiinteä yhteistyö työpaikan, työterveyshuollon ja kuntoutuslaitoksen välillä on ollut useiden uudenlaisten työkytkentäideoiden perustana. Samalla on osoittautunut, että kuntoutuslaitoksen työpaikka- ja työterveysyhteistyö voi toteutua välimatkasta riippumatta. Tämä edellyttää työpaikan toimivaa työhyvinvointistrategiaa ja sovittuja periaatteita. Etäisyys työpaikasta ei näytä hankaloittavan kuntoutusta silloin, kun kuntoutus sisältää useamman päivän laitosjaksoja. Avomuotoisen kuntoutuksen toimivuuden edellytyksenä ovat hyvät kulkuyhteydet; etäisyys kuntoutuslaitokseen saa olla enimmillään 100 kilometriä ja liikenneyhteydet hyvät.

Yrittäjäkuntoutuskokeilu ei ole edellyttänyt työterveyshuoltoa kuntoutukseen lähettäjäksi. Kuntoutuksessa on tarjottu räätälöityjä työpaikkainterventioita, joihin yrittäjät ovat tarttuneet vaihtelevasti. Kuntoutuslaitos on saattanut paikata puuttuvaa työterveyshuoltoa tehden työterveyshuollolle tyypillisesti kuuluvia tehtäviä. Työterveyshuoltosopimuksen puute selittää asiaa yrittäjillä, mutta jonkin verran tällaista paikkailua ilmenee myös vakiintuneiden työsuhteiden kokeiluissa.

Verkko-oppimisympäristöä ei osapuolten näkemysten perusteella ole saatu niin toimivaksi kuin alussa ehkä oletettiin. Kuntoutuskokeilujen liitääntää kuntoutukseen lähtemisen ja töihin paluun välillä on kehitetty erilaisin tavoin ”saattaen vaihtamalla”, kuten toteuttamalla päätöspalavereita tai työhyvinvointineuvotteluja. Pyrkimyksenä on ollut tukea työterveyshuollon ja työpaikan toiminnan jatkuvuutta kuntoutujan työkyvyn edistämiseksi.

Ei vain yhtä tapaa toimivaan kuntoutukseen

Kokeilujen tuloksista ja vaikutuksista on ennen aikaista tehdä varmoja päätelmiä arviointitulosten keskeneräisyyden vuoksi. Kuntoutujien työhönsä saamat muutokset näyttävät kuitenkin olevan hieman erilaisia eri kokeiluissa. Työn hallinta ja työssä jaksaminen näyttäisivät kohenevan työtä jäsentämällä. Suurin osa kuntoutujista katsoo hyötynensä kuntoutuksena ”pysäytyksenä” omaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin asioihin. Työssä selviytyminen näyttää vahvistuvan etenkin oman kehittymisen tai voimaantumisen kautta. Osa esimiehistä kokee saaneensa tukea ja välineitä esimiestyöhönsä ja hyötynensä kuntoutusprosessissa mukanaolosta. Lähiesimiehet pitävät tärkeänä tietää, millaiseen kuntoutukseen työntekijä on menossa ja millaista tukea häneltä esimiehenä odotetaan.

Kaikki vakiintuneissa työsuhteissa toimivien kokeilut ovat olleet toteutettavissa, ja asetettuihin tavoitteisiin on voitu pääosin vastata. Yhteistyö on lisääntynyt toimijoiden kesken, ja kuntoutuksen kytkös työhön ja työterveyshuoltoon on vahvistunut. Tässä suhteessa kehittämishankkeelle asetettu tavoite kuntoutusprosessin aikaisesta yhteistyötahojen entistä paremmasta verkostoitumisesta näyttää toteutuneen.

Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutujavalinta ovat kuntoutusprosessin keskeisiä vaiheita. Vakiintuneissa työsuhteissa toimivien kuntoutusmallit perustuvat yhteistyöhön työterveyshuoltojen kanssa, useimmiten jo aiempaan kuntoutusyhteistyöhön. Kokeilujen perusteella kuntoutujan alkutilanteen monipuolinen selvittely edistää tämän tukemista kuntoutusprosessin aikana. Kokeilut osoittavat, että tarvittaisiin nykyistä enemmän yksilöllisyyttä ja joustavuutta kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa, tavoitteissa ja sisällöissä. On ilmeistä, että ryhmäkuntoutuksessa olisi asetettava konkreettisia ryhmä- ja yksilötavoitteita, joihin voidaan palata ja tarvittaessa muuttaa niitä. Kuntoutustyöntekijöillä tulee olla mahdollisuus perehtyä kuntoutujan kokonaistilanteeseen ja rakentaa hänen kanssaan tämän tiedon pohjalta toimiva kuntoutusprosessi. Räätelöinnin tai hyvinvointianalyysin kaltaisen kartoituksen perusteella kuntoutuja voi ohjautua sopivaan kuntoutusprosessiin nykyistä paremmin. Modulaarisessa mallissa kuntoutuksen kohdentumista ja oikea-aikaisuutta pyritään tehostamaan rakentamalla kuntoutujalle hänelle parhaiten sopiva yhdistelmä tarjolla olevista kuntoutusmoduuleista tai ohjaamalla hänet muuhun kuntoutukseen. Tällainen ajallisesti ja sisällöllisesti joustava interventio edellyttää riittävää asiakasvirtaa. Tämä lienee mahdollista esimerkiksi kuntoutuslaitosten yhteistyön avulla.

Kuntoutujien tarpeiden ja työn vaateiden moninaisuutta ajatellen näyttää ilmeiseltä, että tarvitaan rakenteeltaan, sisällöltään, kestoltaan ja jaksotukseltaan erilaisia kuntoutusmuotoja. Kehittämishankkeessa on kokeiltu sekä avokuntoutusta, laitoskuntoutusta että modulaarista kuntoutusta ja näiden yhdistelmiä. Laitosjaksoja tarvitaan avojaksojen rinnalla, sillä toisinaan on paikallaan saada etäisyyttä työhön. Parhaimmillaan kuntoutuksessa on joustoa, joka turvaa toiminnan oikea-aikaisuuden.

Työterveyshuolloilla ja työpaikoilla on ollut eri kokeiluissa erilaisia tehtäviä, ja niitä kehitettiin edelleen. Useimmissa kokeiluissa yhteistyö kuntoutusprosessin aikana työterveyshuollon kanssa on kuitenkin jäänyt vähäiseksi. Työyhteisöjen esimiehet pitävät tärkeänä sitä, että kuntoutus integroituisi mahdollisimman hyvin työpaikan hyvinvoinnin suunnitelmiin. Kuntoutuksen sovittaminen työpaikkojen tarpeisiin on kuitenkin vaativaa. Kokeilut ovat osoittaneet, että useita toimijoita ajallisesti ja rakenteellisesti sitova kuntoutusprosessi on hauras ja riskialtis. Työterveyshuoltoja kilpailutetaan, työpaikoilla tapahtuu muutoksia ja esimiehet vaihtuvat. Pitkäkestoisien ja monipolvisen kuntoutuksen toimivuus on jatkuvasti uhan alla, vaikka kuntoutujat saattavat hyötyä juuri tällaisesta pitkäjänteisestä työskentelystä.

Työttömyysjaksoja kokeneiden kuntoutujien TEOSTA-kokeilu ei ole sujunut aivan suunnitelmien mukaan. Pulmia on koettu kuntoutujien ohjautumisessa, yhteistyössä ja kuntoutuksen sisältöjen toimivuudessa. Kuntoutujien ohjaaminen ASLAK- ja Tyk-tyyppiseen kuntoutukseen näyttää olevan työvoimahallinnon toi-

mintakäytännöille vierasta ja vaivalloista. Kuntoutukseen on kriteerien perusteella ohjautunut sängen vaativissa elämäntilanteissa olevia asiakkaita. Sadan kuntoutujan tavoitteesta on helmikuussa 2011 saavutettu 36 kuntoutujaa. (Ora & Konttila, julkaisematon väliraportti 2010, Petteri Ora henkilökohtainen tiedonanto.)

Avire-Kuntoutuksen toteuttaman, akateemisille määräaikaistyöntekijöille suunnatun TUULI-hankkeen tavoitteena on ollut rekrytoida hyvinvointianalyysiin 200 henkilöä, joista 80 henkilöä voi osallistua kuntoutusinterventioon. TUULI-kokeilun osallistujatavoite on saavutettu onnistuneesti. (Ala-Kauhaluoma, julkaisematon väliraportti 2010, Mika Ala-Kauhaluoma, henkilökohtainen tiedonanto).

Työterveyshuollon ja kuntoutuksen suhteesta

Työikäisen väestön työkyvyn ylläpitoa tukevien toimenpiteiden, kuntoutusmahdollisuuksien selvittämisen ja kuntoutuksen tulisi muodostaa sujuva palveluketju. Työterveyshuollon piiriin kuuluvilla työntekijöillä tilanne on selkeä: työterveyshuollon perustehtäviä ovat kuntoutustarpeen selvittäminen, ohjaus kuntoutukseen ja kuntoutuksen jälkeinen työssä selviytymisen seuranta (STM 2008). Työkyvyn hallinnan onnistumiseksi kuntoutustoimenpiteiden tulisi olla työterveyshuollon käytettävissä niin, että työntekijöitä voitaisiin ohjata niihin silloin, kun kysyntää ja tarvetta ilmenee. Nykyisin työterveyshuolto alkaa kartoittaa kuntoutustarvetta silloin, kun on kuntoutuksen tarjontaa. (Arvekari ym. 2010.)

Kuntoutustarpeen arvioinnissa ei ole aina työterveyshuoltoa käytettävissä. Kehittämishankkeessa itserekrytointiin perustuvat mallit näyttävät toimivan. Sen sijaan työttömien ohjaus kuntoutukseen ei näytä onnistuvan toivotusti. Jo 1990-luvun alun laman jälkeen osoitettiin pulmia pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen ja kuntoutuksen järjestämisessä ja niihin yritettiin etsiä ratkaisuja yksilöllistä palvelutarpeen arviointia kehittämällä (Rajavaara 1998; 2000). On myös osoitettu, että uusien toimijoiden voi olla vaikea löytää paikkaansa vakiintuneessa kuntoutusyh-teistyössä (Salmelainen ym. 2002). Vailla työterveyshuoltoa olevien työttömien kuntoutustarvearvioinnin ja kuntoutuksen kehittäminen tulisi liittää työttömien terveydenhuollon kehittämiseen (TEM 2011). Kelan kuntoutus edellyttää aina arviota terveydentilasta ja lääkärinlausuntoa, joten työttömien terveystarkastukset (TEM 2011) voisivat toimia luontevasti kuntoutuksen käynnistäjänä. Työelämässä jatkamista tukevien kuntoutusmuotojen kehittämiseen tarvittaisiin myös muita lähtökohtia kuin ASLAK- tai Tyk-tyyppinen kuntoutus.

Kokeiluissa on ilmennyt tavallinen kurssimuotoisen kuntoutuksen ilmiö eli ”täytekuntoutujat” tilanteissa, joissa vajaat kurssit pyritään täyttämään. On huomattavan hankalaa vastata oikea-aikaisuuden ja tarkoituksenmukaisen kohdentumisen haasteisiin toimintamallilla, jossa yksittäisen työntekijän kannalta on sattumanvaraista, osuuko työnantajaorganisaatiolle myönnetty kurssi oman henkilökohtaisen kuntoutustarpeen kanssa samaan ajankohtaan. Huoli Kelan järjestämän kuntoutuk-

sen osin epätarkoituksenmukaisesta kohdentamisesta työssä käyvillä saa tukea myös viimeaikaisista rekisteritutkimuksista (Suoyrjö 2010, Saltychev ym. 2011).

Työkyvyn edistämistä, työssä jatkamisen tukemista ja toimenpiteitä koordinoivaa tehtävää painotetaan työterveyshuollon perustavoitteina. Ratkaisevaa on työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijöiden työterveysyhteistyö. (Ahtelan työryhmän... 2010; STM 2011:6). Kaikissa työhönkuntoutuksen kehittämiskokeiluissa kuntoutuslaitoksella oli selkeästi koordinoituvastuu kuntoutusprosessin ajan. Sekä työpaikkojen esimiehet että työterveyshuollon asiantuntijat painottavat kuitenkin kuntoutuksen joustavan käynnistymisen ja kuntoutusasiantuntijan vaivattoman konsultaation mahdollisuutta. Nykykäytännöt olisikin käännettävä toiseen suuntaan, mikäli kuntoutuksella halutaan saavuttaa työurien pidentämisen ja työelämän laadun parantamisen tavoitteita (STM 2011:6, Arvekari ym. 2010). Kuntoutusyhteistyön tulisi käynnistyä työntekijän ja työterveysyhteistyön lähtökohdista eikä siten, että yhteistyö ulotetaan joihinkin työterveyshuoltoihin.

Kokeilumalleissa liikutaan muutenkin työterveyshuollon ja kuntoutuksen rajapinnassa. Akateemisille määräaikaistyöntekijöille tarjottu hyvinvointianalyysi (TUULI) istuu huonosti kuntoutuspäätöksentekoon nykylainsäädännön perusteella. Toimintatavalla on yhtymäkohtia modulaarisen mallin (MODULO) räätälöintivaiheeseen, jossa luodaan tulkinta kuntoutujan ja työpaikan tilanteesta: miten kuntoutujan jaksaminen liittyy työtilanteeseen ja mihin olisi syytä ryhtyä työssä selviytymisen tukemiseksi. Kummassakin toimintamallissa selvitetään ensin, mistä on kyse ja onko kuntoutukselle ylipäänsä tarvetta. TUULI-mallissa hyvinvointianalyysiä edeltää itserekryointi ja se mahdollisesti johtaa kuntoutuspäätökseen, MODULO-malliin tullaan työterveyshuollon lähettämänä, kuntoutuspäätöksen jälkeen. Päämääränä TUULI-kokeilussa onkin luoda työterveyshuoltoon akateemisille työntekijöille tukimuoto, jonka toivotaan osallistujien kuntoutustarpeen arvioinnin lisäksi edistävän heidän hyvinvointiaan (Ala-Kauhaluoma & Henriksson 2010). Hyvinvointianalyysin tavoin myös räätälöinti olisi kehitettävissä työterveyshuollon työvälineeksi (Turunen 2010). Työntekijöiden työkyvyn tukemisen kannalta on eittämättä hyödyllisempää tarjota kuntoutuksen asiantuntija työterveyshuollon käyttöön kuin järjestää kuntoutuslaitoslähtöisesti räätälöintimahdollisuuksia joillekin työterveyshuolloille tai työpaikoille.

Kuntoutuksen kehittäminen haastaa järjestelmän

Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen reunaehtoina ovat olleet nykylainsäädäntö, hankintamenettelyn mukainen tarjouskilpailu sekä kuntoutuslaitosten asema palveluntuottajina. Siten kehittämisen lähtökohdat palautuvat Kelan ennestään järjestämiin työssä selviytymistä tukeviin kuntoutusmuotoihin (ASLAK ja Tyk). Kehittämishanke osoittaa, että työikäisten kuntoutukseen on mahdollista tehdä monenlaista hienosäätöä. Samalla hanke nostaa esiin, että pienetkin uudet kehittämisideat

koettelevat helposti vakiintuneen kuntoutusjärjestelmän toimintaperiaatteita ja lain-säädännöllistä perustaa.

ASLAK- ja Tyk-tyyppiset toimintamallit toimivat edelleenkin kohtuullisen hyvin vakaisissa työmarkkina-asemissa toimivien tilanteessa. Kuntoutukseen pääsyn kriteerit, sisällöt ja keinot soveltuvat riittävästi työelämässä vakiintuneesti mukana olevien työmarkkinakansalaisten tarpeisiin. Jos työsuhteet ovat määräaikaista ja epävarmoja, ei kuntoutuksen avulla välttämättä onnistuta pitämään työntekijöitä työelämässä. Tämä huomattiin äskettäin myös työeläkejärjestelmän kuntoutustukea koskevassa selvityksessä (Gould ym. 2011).

Erlaisissa epätyypillisissä ja välityömarkkinallisissa tiloissa olevien kuntoutuksen kehittäminen edellyttää analyysiä työmarkkinasiirtymistä, työn ehtoista ja yksilöiden tarpeista (vrt. Suikkanen & Lindh 2010). Työstä syrjäytymisvaarassa olevien kuntoutustarpeen arvioinnin ja kuntoutusmuotojen lähtökohdat tulisi rakentaa uudelle perustalle. Ensin on selvitettävä hoitosuhteet ja sairauksien hallinta, sitten arjessa pärjääminen ja vasta sitten jäljellä oleva työkyky, Petteri Ora (2009) toteaa TEOSTA-hankkeen väliraportissa.

”Epätyypillisissä” työsuhteissa toimivien akateemisten työntekijöiden ja yrittäjien hankkeiden (TUULI ja JYRI) onnistuminen selittyy osin yrittäjien ja tutkijoiden henkilökohtaisilla taidoilla ja vahvalla työmarkkinakansalaisuudella. Epätyypillisistä työsuhteista on tullut muutoinkin niin tavanomaisia, että termiä ei pidetä tarpeellisenä (Suoranta 2009). On alettu vaatia oikeutta epätyypillisyyteen sen sijaan, että epätyypillisten työsuhteiden oikeudet pyrittäisiin päivittämään vakituisten lähtökohdista (Korhonen ym. 2009).

Perinteinen palkkatyö ja yritystoiminta kietoutunevat jatkossa entistä enemmän toisiinsa. Yhtäältä moniin uusiin yritysmuotoihin (franchising-yrittäjäyys, verkostoyrittäjäyys) liittyy palkkatyön ominaisuuksia. Toisaalta palkkatyöhön on tullut yrittäjämäisiä piirteitä (projektityö ja hankkeiden ketjuttaminen yrittäjäriskillä). Julkisten palvelujen ulkoistaminen aikaansaa pakkoyrittäjäyttä esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluissa. Parturi- ja kampaamoalalla niin sanottu tuolinvuokrausyrittäjäyys on tavallista, ja piiloyrittäjien (taksinkuljettajat, vahtimestarit, kiinteistövälittäjät) ansiot perustuvat osaksi tai kokonaan provisiopalkkaukseen. (Palm 2006; Vähämäki 2007.)

Sekä OECD että SATA-komitea ovat kiinnittäneet huomiota kuntoutusjärjestelmän toimeenpanoon liittyviin ongelmiin ja suosittaneet eri toimijoiden työnjaon selkeyttämistä ja kuntoutusprosessin tehostamista (OECD 2008; STM 2009). Työikäisten kuntoutuksen kehittäminen kansalaisten työssä jaksamista ja työurien pidentämistä palvelevaksi edellyttää, että työsuhteen muoto ei ratkaisisi niin paljon kuin nykyisin kuntoutuksen järjestäjää ja toteutustapaa. Ei vaikuta hyödylliseltä, että kuntoutusjärjestelmä itsessään vahvistaa kansalaisten työmarkkinallisia jakoja ja sosiaalisia kerrostumia. Uuden työn suhteen toisistaan eriytyvien yhteiskuntaryhmien moninaiset kuntoutustarpeet haastanevat lähivuosina tuntuvasti suomalaista kuntoutusjärjestelmää.

Lähteet

- Ahtelan työryhmän raportti 2010: Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämätyöryhmän loppuraportti 1.2.2010. <http://www.ek.fi>.
- Ala-Kauhaluoma, M. & Henriksson, M. 2010: Akateemisten pätkätyöläisten kuntoutustarpeen arviointi mini-interventiona. *Kuntoutus* 33: 2, 18–33.
- Arvekari, J. & Sauni, R. & Toivio P. & Uitti, J. 2010: Työterveyshuollon ja kuntoutuksen yhteistyö – työterveyslääkäreille kohdistetun kyselyn tuloksia. *Työterveyslääkäri* 3, 81–85.
- Eläkkeelle siirtymisikä nousi yli 60 vuoden. Eläketurvakeskus, lehdistötiedote 27.11.2011.
- Gould, R. & Lampi, J. & Nyman, H. 2011: Työhönpaluu kuntoutustuen jälkeen. Työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 3. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- Halava, I. & Panzar, M. 2010: Kuluttajakansalaiset tulevat! Miksi työn johtaminen muuttuu? Yliopistopaino, Helsinki.
- Hallitusohjelma 2010: Pääministeri Mari Kiviniemen hallituksen ohjelma 22.6.2010.
- Hanhela, R. & Kandolin, I. & Karjalainen, A. & Kasvio, A. & Kauppinen, T. & Perkiö-Mäkelä, M. & Priha, E. & Toikkanen, J. & Viluksela, M. 2010: Työ ja terveys Suomessa 2009. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Hinkka, K. & Aalto, L. & Grönlund, R. & Rajavaara, M. 2010: Uudenlaista työhönkuntoutusta kehittävä arvioinnin tuella. *Kuntoutus* 4, 47–54.
- Högnabba, S. 2008: Arviointi, arviointitutkimus ja arviointimenetelmien kehittäminen. Teoksessa Borg, P. ym. (toim.): Arviointi työtavaksi. Kokemuksia asiakastyön arvioinnin kehittämisestä Helsingin sosiaalivirastossa. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, Oppaita ja työkirjoja 2008:2.
- Ihalainen, R. & Rissanen, P. 2010: Kuntoutuslaitos selvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. STM selvityksiä 2009:61.
- Julkunen, R. 2008: Uuden työn paradoksit. Vastapaino, Tampere.
- Järvensivu, A. 2010: Tapaus työelämä ja voiko sitä muuttaa? University Press, Tampere.
- Kasvio, A. 2010: Suomalaisen työelämän muutokset työterveyden näkökulmasta. Teoksessa Antti-Poika, M. & Martimo, K.-P. & Uitti, J. (toim.): Työstä Terveyttä. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Kasvio, A. & Tjäder, J. 2007: Työ murroksessa. Artikkelikokoelma. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kelan laitosten kuntoutuksen standardi. Versio 14, 2.4.2007
- Korhonen, A.-R. & Peltokoski, J. & Saukkonen, M. 2009: Paskaduunista barrikadille – prekariaatin julistus. Into-kustannus Like, Helsinki.
- Kuoppala, J. & Lamminpää, A. 2006: Kuntoutuksen vaikutukset työhönpaluuseen ja varhaiseen eläköitymiseen – systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Kuntoutus* 29(4): 3–17.
- OECD 2008: *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Vol. 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands, OECD Publishing, Paris.
- Palm, J. 2006: Suomi tarvitsee uutta yrittäjyyttä tulevaisuudessa. *Työpoliittinen aikakauslehti* 2, 63–73.
- Rajavaara, M. 2006: Yhteiskuntaan vaikuttava Kela. Katsaus arvioinnin käsitteisiin ja arviointiin. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 69, Helsinki.
- Rajavaara, M. 1998 (toim.): Työtä, eläkettä vai työttömyyttä? Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantalutkimuksen osaraportti 4. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 37. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Rajavaara, M. 2000 (toim.): Yksilölliset palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantalutkimuksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54. Kela, Helsinki.

- Rajavaara, M. & Aalto, L. & Hinkka, K. 2009 (toim): Kehittämisideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhönkuntoutushankkeen lähtökohdat. Kelan nettityöpapereita 7/2009.
- Salmelainen, U. & Röberg, M. & Hinkka, K. 2002: Tietäen, taitaen ja yhdessä toimien – kokemuksia pientyöpaikkojen ASLAK-kuntoutuskurssien järjestämisen kokeilusta. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 2002:53.
- Saltychev, M. & Laimi, K. & Oksanen, T. & Pentti, J. & Virtanen, M. & Kivimäki, M. & Vahtera, J. 2011: Predictive factors of future participation in rehabilitation in working population: The Finnish public sector study. *J Rehabil Med* DOI 10.2340/16501977-0788.
- Seppänen-Järvelä, R. 1999: Luottamus prosessiin. Kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla. Tutkimuksia 104. Stakes, Helsinki.
- Standing, G. 2009: *Work after Globalization. Building Occupational Citizenship*. Edward Elgar. Cheltenham UK, Northampton MA.
- Suikkanen, A. & Lindh, J. 2010: Työmarkkinakansalaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen luova tuho. *Kuntoutus* 33:2, 53–62.
- Suoranta, A. 2008: Työtön, työssä, missä? Päätyöntekijöiden pakenevat oikeudet. *SAK tutkimus-tieto* 2008:4.
- Suoyrjö, H. 2010: Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2010:113. Helsinki.
- STM 2008: Työterveys ja kuntoutus. Työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutuksessa toimivien yhteistyö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:60, Helsinki.
- STM 2009: Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA-komitean) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62.
- STM 2011: Työhyvinvointiryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:4.
- STM 2011: Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:6.
- TEM 2011: Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveystalvelut. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2011:10. Helsinki.
- Tuominen, E. & Takala, M. & Forma, P. (toim.) 2010: Työolot ja työssä jatkaminen. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2010:2. Helsinki
- Turja, J. 2009: Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus: kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. *Yliopistopaino, Tampere*.
- Turunen, J. 2010: Kuntoutuksen räätälöintivaihe = Tapausjäsenitys. *Työterveyslääkäri* 4, 72–73.
- Työvoimatutkimus, helmikuu 2011. Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/tyti/index.html>. [viitattu: 11.4.2011].
- Vähämäki, J. 2007: Prekarisaatio ja tietotyö. Teoksessa Kasvio A & Tjäder J (toim) *Työ murroksessa*. Artikkelikokoelma. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Ylisassi, H. 2010: Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet. Tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkyt-kennän ja asiakkuuden rakentumisesta. *Yliopistopaino, Helsinki*.

Esimiesvalmennus osana kuntoutusinterventiota

Systeeminen näkökulma ikääntyvien työntekijöiden kuntoutukseen¹

Johanna Sirviö ja Marja-Liisa Kauhanen

Johdanto

Hyvinvointiin liittyvät kysymykset ovat nyky-yhteiskunnassa ajankohtaisia monesta näkökulmasta. Muuttunut työ edellyttää tekijöiltänsä uudenlaista kyvykkyyttä, joustavuutta, osaamista, henkisiä voimavaroja, luovuutta ja vuorovaikutustaitoja. Työ on rajatonta ja sitoutuu yhä heikommin tiettyyn aikaan, paikkaan tai turvalliseen palkkasuhteeseen. Työn sisällöllinen muutos vaikuttaa hyvinvointiin ja jaksamiseen pitkin ihmisen työkästä, ja työhön liittyvän hyvinvoinnin ajankohtaisuutta korostaa suurten ikäluokkien eläköityminen ja kysymys tulevaisuuden työvoiman riittäväydestä (Rajavaara 2009, 7–10).

Työn muutos on myös työhön liittyvien arvojen muutosta. Muutos työn arvoissa näyttäytyy muun muassa työn suhteessa muihin elämänalueisiin, kuten perheeseen, vapaa-aikaan ja harrastuksiin. Työn mielekkyys on yksi työn arvoista. Työn mielekkyyden kokemus perustuu muun muassa työtehtävien sisältöön, johtamiseen ja työsuhteen varmuuteen. Moniulotteinen työ voi olla yksilölle haaste työn mielekkyyden näkökulmasta. (Moilanen & Virtanen 2010, 26–29.) Liian moniulotteiset työtehtävät voivat vaikuttaa mielekkääseen suoriutumiseen työstä.

Muuttuvat rakenteet työssä ja yhteisössä merkitsevät yksilölle haasteita tehtävistä selviytymisessä. Pelkkä selviytymisen vaatimus ei toisaalta aina riitä, vaan yksilön olisi selviydyttävä tehtävistään mahdollisimman hyvin, nopeasti ja tehokkaasti. Kiire ja työn henkiset rasittavuustekijät ovat työssä lisääntyneet, ja työhön liittyvä fyysinen kuormitus on vähentynyt. Samalla mielenterveyden ongelmat ovat lisääntyneet työkyvyttömyyden ja työkyvyn alenemisen syinä. Tähän muutokseen on esitetty useita syitä, mutta tutkimustiedot näyttävät tukevan tulkintaa, että työelämän muutos on selkeästi yhteydessä työikäisten lisääntyneisiin mielenterveydenongelmiin. (Esim. Mäkitalo & Suikkanen & Ylisassi & Linnakangas 2008, 526–527.) On kuitenkin huomattava, että työelämän muutos on tuonut mukanaan myös myönteisesti koettuja vaikutuksia kuten vaikutusmahdollisuuksien lisääntymistä ja oppimis- ja kehitysmahdollisuuksien kasvua. (Kinnunen & Feldt & Mauno 2005, 8.)

Työikäisten kuntoutustarve määrittynyt työn ja työelämän nopeiden muutosten, osaamisalueiden kasvun, ammattikohtaisen tiedon nopean uusiutuvuuden ja työmarkkinoiden mukautumisen kautta. Työmarkkinoiden mukautuminen on muuttanut ylisukupolvittaisesta uusintamisesta sukupolvittaiseen uusintamiseen. Muu-

1. Artikkelin perustuu Johanna Sirviön kuntoutustieteen pro gradu -tutkielman aineistoon

toksen myötä jokaisen työmarkkinasukupolven on luotava ja uudistettava jatkuvasti työmarkkinakäytäntöjään, osaamistaan, motivaatiotaan ja toimintakykyään. (Mäkitalo ym. 2008, 522–523.)

Muuttuva työelämä haastaa kehittämään kuntoutusta ja sen käytännön toteuttamista. Kuntoutuksella pyritään parantamaan väestön työ- ja toimintakykyä, tukemaan sen työssä selviytymistä ja siten edistämään työllisyyttä. Näillä keinoin tuetaan myös kansantaloutta. Työelämän muutos haastaa työyhteisöjä ja niissä toimivia yksilöitä jatkuvasti uusintamaan ajattelu- ja toimintatapojaan. Työssä selviytymisen menestystekijöitä ovat tällöin kyky oppia ja omaksua nopeasti uutta tietoa ja soveltaa sitä käytäntöön. Esimiestyön ja johtamisen tulisi tukea työntekijää työssä selviytymisessä. (Ahlgren & Kallio & Penttinen & Vainiemi 2009, 19.)

Esimiestyön ja johtamisen käsitteet ovat sisällöllisesti lähentyneet toisiaan. Pietiläisen (2010, 19–20) mukaan johtajuus voidaan karkeasti määritellä asetettujen tavoitteiden tai päämäärien saavuttamiseksi henkilöstön avustuksella. Johtajan kompetenssi näyttäytyy välillisesti henkilöstön työn tuloksena ja johtajuus on työyhteisön kulttuuriin, tekemiseen ja keskusteluun vaikuttamista. Peltonen (2008, 95–97, 123–131) toteaa johtajuudella viitattavan myös erilaisiin johtajan kykyihin motivoida ja ohjata yksilöiden toimintaa kohti organisaation visiota. Johtajuus on näkemystä siitä, mitä toiminta on, mihin sillä pyritään ja miten se näyttäytyy tulevaisuudessa. Esimiestyö vastaavasti nähdään sekä sosiaalisena että organisatorisena kokonaisuutena. Näkökulmat esiintyvät henkilöstöjohtamisen viitekehyksessä. Henkilöstöjohtaminen ymmärretään joukoksi erilaisia toimintoja ja sillä voidaan viitata henkilöstön muodolliseen rooliin organisaation työnjohdossa. Toisaalta kuitenkin Pietiläisen (2010, 20–21, 24) mukaan johtajuudessa ja johtajan roolissa on tapahtunut muutos. Aikaisempi käsitys korosti johtajan ominaisuuksia, nyt johtajuuteen liitetään kulttuurillinen ja symbolinen merkitys. Tässä tutkimuksessa käytetään pääsääntöisesti esimiestyön käsitettä. Toisinaan käytetään myös johtamisen käsitettä, joka ymmärretään pitkälle yhteneväksi esimiestyön käsitteen kanssa.

Työterveyshuolto ja esimies ovat avainasemassa kuntoutustarpeen varhaisessa havaitsemisessa. Työnantajan aktiivisuus kuntoutusaloitteen teossa ja työntekijän kuntoutusprosessiin osallistumisessa vaihtelee eri työnantajasektoreilla. (Gould & Härkäpää & Järvikoski & Laisola-Nuotio & Lehikoinen & Saarnio 2007, 42–44.) Esimiehen tuki kuntoutusprosessin aikana vahvistaa kuntoutuksen työkytkentää. Terveys 2000 -tutkimuksessa esimiehen ja työyhteisön tuella on nähty olevan vaikutuksia työntekijän työkykyyn, joskin tuen tarpeen tyydyttäminen oli tutkimuksen tulosten mukaan puutteellista. Tuki muodostui esimieheltä saadusta tuesta, esimiehen arvostuksesta, työtovereiden tuesta ja keskustelusta työyhteisöissä. (Tuomi & Seitsamo & Ilmarinen & Gould 2006, 182–184.) Esimiehen rooli työkyvyn tukijana ilmenee monella ulottuvuudella. Motivointi, työn organisointi, sisältö ja vaatimukset ovat esimiestyötä ja työkykyä yhdistäviä ulottuvuuksia. (Sugimura & Theriault 2010, 2.)

Esimiestyöllä näyttää olevan merkitystä sekä työyhteisön että yksittäisen työntekijän hyvinvoinnin kannalta. Esimiestyön merkitystä on pohdittava myös kuntou-

tustoiminnan kokonaisuudessa. Monimuotoistuvan ja alati muuttuvan työn ja työyhteisöjen toimijat tarvitsevat tuekseen kuntoutusinterventioita ja työkaluja. Jotta kuntoutuksen mahdollisuuksia pystytään hyödyntämään, tarvitaan työyhteisöissä kuntoutusta koskevaa tietoa. Tietoa kuntoutuksen mahdollisuuksista tarvitsevat esimiehet, mutta yhtäläillä esimiesten on osattava välittää tietoa työyhteisöön työntekijöille. Tiedon välittäjänä ja käyttäjänä esimiehellä voi siis olla tärkeä rooli.

Hypro-kuntoutus

Kelan Työhön kuntoutuksen kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää sellaisia työikäiselle väestölle soveltuvia kuntoutusmalleja, joita voidaan soveltaa harkinnanvaraisessa ja ammatillisessa kuntoutuksessa. Pyrkimyksenä on luoda toimivia käytäntöjä kuntoutustarpeen arviointiin, kuntoutuksen toteutukseen ja seurantaan. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää yhteistyötä terveydenhuollon, työnantajan, palveluntuottajan ja Kelan välillä. Kehittämishankkeen kohderyhmiksi valittiin vakiintuneessa työsuhteessa olevat, epätyypillisessä työsuhteessa olevat ja yrittäjät. (Ahlgren ym. 2009, 15–18.)

Yksi kuudesta työhön kuntoutuksen kehittämishankkeen palveluntuottajasta on ODL Terveys Oy, jonka toteuttama kuntoutusmalli on nimetty Hypro-kuntoutuksiksi. Hypro-kuntoutus on avomuotoista, lyhytjaksoista, ryhmässä tapahtuvaa kuntoutusta ja se on suunnattu ikääntyneille työntekijöille. Tavoitteena on tukea työntekijöiden työssä jaksamista, luoda tiivistä vuorovaikutusta kuntoutuksen ja työpaikan kesken. (Hinkka & Aalto & Grönlund & Rajavaara 2010, 48.) Lyhyiden kuntoutusinterventioiden avulla tuetaan työntekijöiden mahdollisuuksia osallistua kuntoutukseen. Kuntoutusmallin taustalla on tarve huomioida ikääntyneiden työntekijöiden toimintaedellytykset työpaikoilla nopeiden muutosten nyky-yhteiskunnassa. (Väättäjä & Tuurinkoski & Pulska & Kauhanen & Viitasalo 2009, 26–27.)

Tarve huomioida ikääntyneiden työntekijöiden toimintaedellytykset on ikäjohtamisen periaatteiden mukainen ajatus esimiestyöstä. Ikäjohtaminen on arjen johtamista ja töiden organisoimista ihmisen elämänsä elämänsä ja voimavarat huomioiden. Ikäjohtamisessa huomio ei kiinnity pelkästään vanhenemisprosessin tuomiin muutoksiin, vaan myös muihin ikäsidonnoihin tekijöihin. Periaatteena on nähdä henkilöstön eri-ikäiset toimijat vahvuutena ja toisiaan täydentävinä. Tällöin mentorointi ymmärretään tärkeänä hiljaisen tiedon ja opittujen käytäntöjen siirtämisen menetelmänä, josta organisaatio voi hyötyä. Esimiestyössä ja ikäjohtamisessa esimiehen omat ikäasenteet vaikuttavat siihen, miten ikä, sen monimuotoisuus ja ikääntymisen organisaatiossa nähdään. (Ilmarinen 2006, 197–198, 200–207, 210–211.)

Hypro-kuntoutuksen malli on rakenteeltaan kevyt. Kuntoutuksen vaikuttavuuden varmistamiseksi yksittäiset jaksot ovat tiiviitä, mutta kuntoutus kokonaisuuteltaan pitkä. Samalla vuorovaikutus työelämän ja kuntoutuksen välillä tiivistyy. Hypro-kuntoutuksen kokonaisuuteen liittyy henkilöstöjohtamista kehittävä esimiesvalmennus. Valmennuksen avulla pyritään tuomaan esimiesten työhön konkreettisia keinoja, joiden tavoitteena on herättää työyhteisö huomaamaan iän merkitys työn

teossa ja ymmärtämään eri-ikäiset työntekijät voimavarana ja rikkautena työyhteisössä. Hypro-kuntoutuksen tavoitteena on tukea hiljaisen tiedon siirtämistä eli mentorointia työyhteisössä ja vahvistaa työyhteisön sisäistä vuorovaikutusta. Työyhteisöjen voimavarojen korostumisen kannalta esimiesvalmennus on oleellinen osa Hypro-kuntoutuksen kokonaisuutta. Esimiesten näkemykset laajenevat tiedon kasvun ja uusien näkökulmien myötä. (Väätäjä ym. 2009, 28, 32.)

Perusta Hypro-kuntoutuksella on systeemiteoreettisessa ajattelussa. Kuntoutujaa ohjataan pohtimaan itseään systeemin osana ja suhteessa muihin systeemin osiin – esimerkiksi suhdettaan työhön, työympäristöön, muihin ihmisiin ja ympäröivään todellisuuteen. Myös kuntoutujan suhdetta omaan itseensä pidetään tärkeänä. Pohdinnoissa kuntoutujaa tuetaan näkemään eri osien keskinäisten suhteiden vaikutus omaan työkykyyn ja hyvinvointiin. Tavoitteena on muuttaa kuntoutujan käsitykset tavoitekeskeisiksi, jolloin ongelmat opitaan muokkaamaan tavoitteiksi ja näitä kohti pyritään oikein valituilla ja sopivilla keinoilla. (Väätäjä ym. 2009, 26–27, 29.) Kuntoutumistoimet eivät kohdistu pelkästään yksilöön, vaan näkökulma on laajempi ja huomioon otetaan yksilön ympäristön lisäksi työorganisaation rakenne: kuntoutumista tarkastellaan myös vastavuoroisena toimintana työntekijän ja esimiehen tai organisaation johdon välillä.

Hypro-kuntoutuksen perustaa voidaan peilata työkyvyn moniulotteiseen malliin. Mallissa työkyky rakentuu monen eri tason ulottuvuuksina. Kolme alinta tasoa perustuvat yksilön voimavaroihin – toimintakykyyn, ammatilliseen osaamiseen sekä arvoihin ja asenteisiin – ja määrittävät omalta osaltaan työkyvyn vahvuutta ja vakautta työuran aikana. Esimiestyöllä ja johtajuudella on tärkeä rooli, joka vaikuttaa työkykyyn työn organisoinnin ja kehittämisen kautta. Esimiehellä on mahdollisuus rakentaa ja organisoida työtä työntekijöiden resursseja vastaavaksi. (Ilmarinen & Gould & Järvikoski & Järvisalo 2006, 23–25).

Mallin mukaiset työkyvyn ydinosat voivat muuttua yksilön työuran aikana. Muun muassa ikääntyminen voi vaikuttaa yksilön voimavaroihin, terveyteen, toimintakykyyn ja asenteisiin. Muutokseen vaikuttavat myös yksilön lähipiirissä tapahtuvat muutokset ja yhteiskunnalliset muutokset, poliittiset ja työmarkkinoiden rakenteelliset muutokset ovat osaltaan vaikuttamassa yksilön työkykyyn. (Ilmarinen ym. 2006, 23–25.) Tarkasteltaessa työkykyä tai työhyvinvointia moniulotteisen mallin kautta se saa eräänlaisen systeemin piirteet: kerroksittain rakentuvat työkyvyn elementit saavat täyden merkityksensä vasta, kun niitä tarkastellaan suhteessa toisiinsa.

Työyhteisö systeeminä

Perinteisen systeemiteoreettisen ajattelun mukaan ihmistä ja ympäristöä tarkastellaan kokonaisvaltaisena systeeminä, jossa kaikki osat vaikuttavat toisiinsa. Systeemit ovat sen mukaan erikokoisia, itsenäisiä kokonaisuuksia, joista jokaisella on omat rajansa. (Kilpeläinen 2009, 70–71) Kun yhteiskunta ja ympäristö muuttuvat kohti nopeampia muutoksia ja ennustamattomuutta, perinteisen systeemiteorian rinnalle

tarvitaan ajattelutapa, joka ottaa huomioon systeemin verkostojen monimutkaisuuden ja muutosten nopeuden. Perinteisen ajattelun rinnalle nousseessa kompleksisessa ajattelussa huomio kiinnitetään ilmiöiden moninaisuuteen ja epälineaarisuuteen. Ilmiötä voidaan pitää kompleksisena, kun se koostuu monista toisiinsa vaikuttavista osatekijöistä, joiden välisissä suhteissa ei vallitse vakaata ennustettavuutta. (Pietiläinen 2010, 24, 36–38, 169.)

Perinteisestä systeemitoteuttavasta näkökulmasta kompleksisuus on tasapainotilaa eli systeemin tavoitetta vastustava voima. Kompleksisuus on nähty sen vaikeista määrittelyperusteista huolimatta systeemisen ajattelun uudeksi suunnaksi muutoksen ja ennustamattomuuden yhteiskunnassa (Jalonen 2010, 116.) Keskeistä uudessa ajattelussa on muuttunut käsitys tasapainosta systeemin tilana. Tasapainoa ei nähdä kompleksisessa ajattelussa todellisuuden ihannetilana, vaan todellisuus ymmärretään monimutkaisena, kaaoksen riskin keskellä toimivana kokonaisuutena. Kaaosta ei pidetä vastavoimana ihannetilalle vaan jatkuvasti läsnä olevana tilana, jota systeemin on aistittava. Kompleksisen ajattelun tavoitteena on muutosprosessin ymmärtäminen, ja pyrkimyksenä on selvittää positiiviseen muutokseen vaikuttaneet tekijät ja säännönmukaisuudet. (Pietiläinen 2010, 36–37.)

Rationaalisia ja lineaarisia johtamismenetelmiä ja organisaatioteorioita on pidetty riittämättöminä selittämään monimuotoista vuorovaikutusverkostoa ja nopeiden muutosten yhteiskuntaa (Jalonen 2010, 116–119). Vastaavasti voidaan kysyä, riittävätkö perinteiset mallit selittämään muutoksia työyhteisöissä ja hyvinvoinnissa. Kompleksisuuden kasvaessa, toisin sanoen työyhteisöjen monimuotoistuuessa, systeemin eri toimijat ja ilmiöt ovat yhä riippuvaisempia toisistaan. Työyhteisösystemiin tuodaan energia systeemin ulkoisesta ympäristöstä ja panoksia muokataan energiaa käytettäessä. (Pietiläinen 2010, 38–42.) Työyhteisökontekstissa ja hyvinvoinnin tarkastelussa energiaa voidaan tuoda työyhteisöön esimerkiksi esimiesvalmennuksen avulla. Kun energialla muutetaan systeemin toimijaa – esimerkiksi työyhteisössä toteutuvan esimiestyön laatua, tietoa lisäämällä – sillä voidaan olettaa olevan vaikutusta erilaisiin systeemin ilmiöihin, muun muassa työntekijän hyvinvointiin.

Tutkimuksen tavoite ja toteutus

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää esimiesten kokemuksia esimiestyön merkityksestä työhön liittyvän hyvinvoinnin kannalta. Tässä yhteydessä tarkasteltiin esimiesten kokemuksia, jotka liittyivät yleisesti esimiestyön merkitykseen työyhteisösystemissä. Tarkoituksena oli myös selvittää esimiesten kokemuksia esimiesvalmennuksesta sekä sen toteutuksesta ja valmennuksen myötä tapahtuneista muutoksista esimiestyössä. Esimiesvalmennus, eri menetelmineen, voidaan nähdä muutoksen välineenä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten esimiesvalmennus osana kuntoutuksen interventiotä palvelee esimiehen kykyä tukea työntekijän ja työyhteisön hyvinvointia.

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Haastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi sen vuoksi, että tutkimuksessa haluttiin selvittää esimiesten

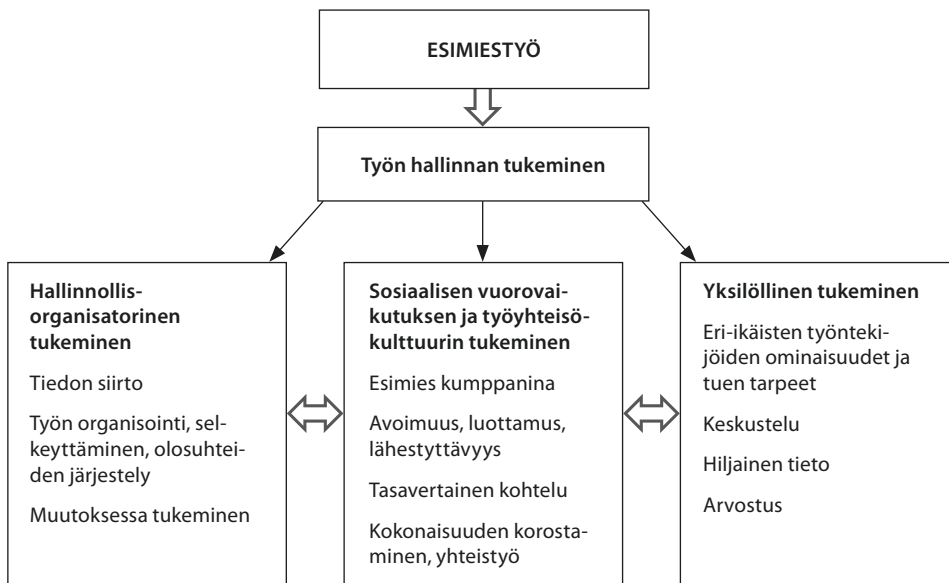
henkilökohtaisia kokemuksia, ja teemahaastattelu soveltuu joustavuutensa vuoksi tällaisen tiedon keräämiseen. Haastateltavat olivat esimiesvalmennukseen osallistuneita, yksityisen ja julkisen sektorin työpaikoilla toimivia esimiehiä. Haastattelut tehtiin esimiesvalmennuksen päättymisen jälkeen. Jokaisen esimiehen työyhteisöstä osallistui Hypro-kuntoutukseen samaan aikaan yksi tai useampi työntekijä. Haastateltavia oli kaikkiaan kuusi.

Kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysin periaattein. Aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin avulla siitä oli tarkoitus saada sanallinen ja selkeä kuvaus. Esimiestyön merkitystä selvittävässä tutkimuksessa tämä antaa mahdollisuuden tarkastella aineistoa näkökulmasta, jossa työyhteisö kuvataan eräänlaiseksi systeemiksi ja esimiestyö yhdeksi systeemin ilmiöksi tai osaksi.

Tulokset

Esimies työyhteisön tukijana

Haastateltavat tarkastelivat esimiesten roolia ja tehtäviä työyhteisösystemissä ja yhteiskunnassa monen eri ulottuvuuden kautta. Esimiehen keskeiseksi tehtäväalueeksi nousivat haastatteluissa työntekijöiden työn hallinnan tukeminen ja lisääminen. Tämän tehtävän kautta tuetaan työntekijöiden hyvinvointia ja jaksamista työssä. Esimiehen rooliin työyhteisön työn hallinnan tukijana liittyy eri tavoin painottuvia näkemyksiä. Haastatteluissa nousi esiin kolme osa-alueetta: hallinnollis-organisatorinen tukeminen, työyhteisön tukeminen ja työntekijöiden yksilöllinen tukeminen (kuvio 1; vrt. Sugimura & Theriault 2010, 2.)



KUVIO 1. Esimies työyhteisön tukijana.

Hallinnollis-organisatorinen tuki tarkoittaa työhön liittyvän tiedon välittämistä, työn organisointia ja selkeyden luomista sekä työtä koskevan keskustelun mahdollistamista ja esimerkiksi fyysisten työolosuhteiden huomioimista.

Ajankohtaisella tiedolla on merkittävä rooli työn hallinnan vahvistamisessa. Tieto on strategioiden, visioiden ja toimintaohjelmien kirkastamista ja perehdyttämistä työntekijöille. Tieto tuo mukanaan läpinäkyvyyttä ja ymmärrystä niin esimiehen toimintaan kuin koko työyhteisön tavoitteisiin. Läpinäkyvyys ja ymmärrys rakentavat luottamusta ja keskustelemaan ilmapiiriin kehittymistä. Tiedon saaminen ja välittäminen merkitsee myös yhteydenpitoa organisaation ulkopuolisiin sidosryhmiin. Tällöin esimiehen hallinnolliseen tukemiseen kuuluu sidosryhmien kanssa keskustelu sekä tiedon ja erilaisten toimien koordinointi sidosryhmien ja työyhteisön välillä.

”Sitten tietysti se aina, että mistä ja mitä työntekijät pitää tärkeänä, että kuitenkin just sillee avoimesti tiedottaminen asioita, että heillä on tietoa missä mennään ja näin.” H6

Selkeyden tuominen työhön on osa esimiehen hallinnollis-organisatorista tukea. Selkeyden aikaan saamista ja työntekijöiden ohjaamista työssä pidettiin esimieheltä vaadittavana työnjohdollisena toimintana. Käytännössä kyse voi olla työn uudelleen organisoinnista ja tehtävien kohdentumisen tarkastelusta. Tämä osa-alue korostuu ennen kaikkea muutoksen ympäristössä ja erilaisten uudistusten aikana. Selkeiden ohjeistusten ja tiedon puuttumisen nähdään heikentävän hyvinvointia työyhteisössä. Hallinnollis-organisatorinen tuki voi näkyä myös erilaisina työoloihin liittyvinä ratkaisuin, ergonomisina muutoksina sekä työaika- tai työvuorojärjestelyjen joustavuutena. Järvinen (2001, 55–58.) toteaa työn selkeyden ja yhteisten pelisääntöjen toimivan työyhteisön peruspilarina. Esimiehen merkitys on huolehtia työn toimintaedellytyksistä ja kirkastaa organisaation perustehtävää henkilöstölle selkeiden tavoitteiden ja järjestelyiden avulla. Tämän avulla vältetään tehtäväkuvien vääristyminen ja töitä voidaan suunnata oikein.

”Ja sitten tietysti tässä jaksamisen tukemisessa on mun mielestä se, että ihan käydä sitten niiku keskustelua siitä, että onko tehtäviä tark... tai vaatikko se, että tehtäviä jaetaan jollain tavalla uudelleen.” H4

Hallinnollis-organisatoriseen tukeen kuuluu nykyisissä työyhteisöissä keskeisesti muutoksen tukeminen. Muutoksen tukeminen on muutosilmion tukemista ja muutostuottavuutta sekä avointa suhtautumista uusiin, työhön liittyviin malleihin ja toimintatapoihin. Muutoksen tukemiseen liittyy myös arvojen muutos ja niiden vaikutuksen ymmärtäminen. Muutoksen tukeminen voidaan käsittää myös tukena, joka kohdistuu työntekijöihin ja työyhteisöön muutostilanteissa. Tällöin muutoksen tukeminen merkitsee samalla muutosta koskevan tiedon lisäämistä ja sen tekemistä

ymmärrettäväksi. Muutoksen tukeminen on samalla kokonaiskuvan hahmottamista tai osoittamista tapahtuneista ja tulevista muutoksista huolimatta.

”...että olla siinä etunenässä sitten – – että itse on sitten kaikille muutoksille avoin ja että ei ole että ajattelee, kun näin on aina tehty niin näin tehdään edelleen vaan, hakee niitä uusia toimintatapoja ja muotoja – – kun tulee kaikkia muutoksia niin niistä on selvillä ja perehdyttää virkailijoita.” H6

Toisena tuen muotona hallinnollis-organisatorisen tuen rinnalla on sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja työyhteisökulttuuriin keskittyvä tuki. Tämän tuen keskiössä on kuva esimiehestä työyhteisön rinnalla kulkijana ja avoimena toimijana, joka herättää luottamusta omalla käyttäytymisellään ja toiminnallaan. Avoimuus on myös esimiehen lähestyttävyyttä, jolloin työntekijöillä on mahdollisuus tuoda esiin omaan työhönsä tai työyhteisöön liittyviä kysymyksiä ja ongelmakohtia.

”...esimies on semmonen rinnalla kulkija siinä työyhteisössä, mutta sitten kantaa sen vastuun ja tietää ne velvollisuudet ja ne mitkä sitten ohjaa sitä minun työtä ja toimintaa.” H3

Esimiesten kokemusten mukaan hyvä vuorovaikutus työyhteisön ja esimiehen välillä on yhteistyötä. Tällöin työtä pystytään suunnittelemaan yhdessä ja luomaan työlle tavoitteita. Vuorovaikutus työyhteisöissä ja niiden hyvinvoinnissa on kokonaisuuden korostamista ja yhteisen päämäärän kirkastamista sekä samalla ryhmän dynamiikan ymmärtämistä ja ylläpitämistä. Työyhteisökulttuurin tukemiseen ja ilmapiiriin liittyy tasavertaisuuden vaatimus. Tällä esimiehet tarkoittavat tasapuolista kohtelun, kaikille yhtäläistä arvostuksen osoittamisen ja rohkaisun toteutumista esimiehen toiminnassa.

”...sitten se nousee virkailijoiltaki aina toiveeksi, mitä tietysti itekin pyrkii toimimaan niin että se olis tasapuolinen kohtelu ja se että jos jotaki sovitaan niin siitä sopimisesta pidetään kaikkien kohdalla että ei ole poikkeamia.” H6

Vuorovaikutukseen liittyvä tuki on erilaisia keskusteluja, joiden myötä tieto lisääntyy ja palautteen antamiseen on puolin ja toisin mahdollisuus. Kehityskeskustelut merkitsevät esimiesten käsitysten mukaan yhtä keskustelun kanavaa, jossa asioista voidaan luottamuksellisesti keskustella.

”...minusta on kehityskeskustelut ollu erittäin tärkeä, joka auttaa jaksamaan, että voi kertoa niistä omista asioistaan, myöskin siitä omasta jaksamisestaan, totta kai siinä on muutaki.” H3

Nykyisissä työyhteisöissä, joissa monimuotoisuus kasvaa ja muutokset ovat nopeita, yhtäaikaista ja kattavaa, on esimiestyöllä merkitystä työntekijöiden hyvinvoinnin kannalta. Esimiehen toiminnassa korostuu tällöin työntekijän henkilökohtainen tukeminen ja yksilöllisten tarpeiden havaitseminen. Esimiehen toiminta työntekijän hyvinvoinnin tukemisessa merkitsee yksilöllisyyden ja moniulotteisuuden ymmärtämistä, työntekijöiden yksilöllisyyttä arvostavaa ja motivoivaa toimintatapaa. Vuorovaikutuksen rakentumiseen työntekijän ja esimiehen välillä vaikuttaa kummankin osapuolen persoonalliset ominaisuudet. Myös monet hallinnollis-organisatoriseen tukeen liittyvät järjestelyt, ergonomiset ratkaisut ja työaikajärjestelyt, perustuvat yksittäisen työntekijän henkilökohtaisen tilanteen ymmärtämiseen ja avoimeen vuorovaikutukseen.

”Yksittäisen työntekijän kannalta sen ihmisen kannalta ko sen oppii tuntemaan, niin hänen kaikki tarpeet ja tämmöset että mitä hän niikö toivoo ja jos on jotaki tämmösiä rajoitteita tai muuta että niitä pystyttäis mahdollisimman hyvin hänen kanssaan sopimaan.” H1

Esiin nousi myös kysymys eri-ikäisten työntekijöiden ominaisuuksista ja tuen tarpeista. Stereotyyppiset käsitykset ikääntyneiden työntekijöiden kyvystä omaksua uutta tietoa tai toisaalta nuorten kokemuksen puutteesta heijastuvat helposti esimiestyöhön. Tällaiset stereotyyppit nähtiin esimiestyön tuen kannalta kielteisinä ja niiden tiedostamista pidettiin tärkeänä, jotta esimiestyötä voidaan kehittää.

”on kuitenkin ihan sillai näkyvässä määrin semmosia stereotyyppikäsityksiä just tästä ikääntyvien ihmisten johtamisesta ja just nähään se että me puhutaan just vanhojen ihmisten johtamisesta kun pitäis ajatella just tätä eri-ikäisten johtamista.” H4

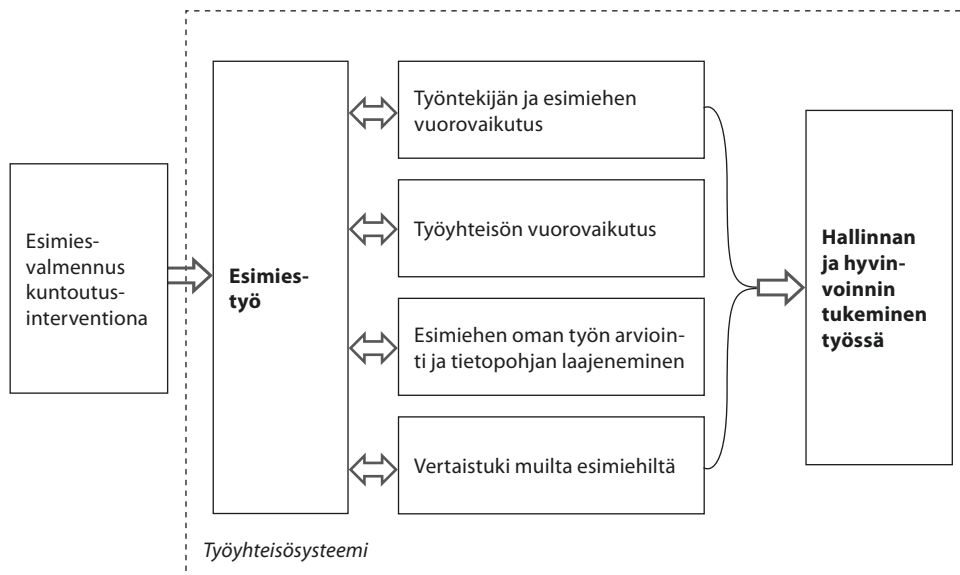
Yleensä haastateltavat pitivät eri-ikäisyyttä työyhteisössä positiivisena tekijänä. Ikääntyminen ja eri-ikäisyys nähdään työyhteisön voimavarana. Hiljaisen tiedon siirtymisen ja merkityksen ymmärtämisen edellytyksenä pidettiin eri-ikäisten työntekijöiden keskinäistä vuorovaikutusta, jota esimiestyön avulla voidaan tukea. Hiljaisen tiedon, kokemuksen ja käytäntöjen opettamisen myötä ikääntynyt työntekijä voi olla tärkeässä asemassa työyhteisössä. Arvostuksen kokemus voi hänelle itselleen olla työssä jaksamista tukeva tekijä, jolloin työssä on mahdollisuus jaksaa pidempään.

Esimiesvalmennus osana kuntoutusta

Kuntoutuksen yhteydessä järjestettävän esimiesvalmennuksen tavoitteena on vahvistaa esimiehen valmiuksia tukea työyhteisöä ja työntekijöitä työn hallinnassa ja työhyvinvoinnissa. Valmennuksen aikana pyritään lisäämään tietoa esimiestyöstä, tuottamaan esimerkkien kautta oivalluksia ja antamaan mahdollisuuden vertaistuen avulla tutkia ja arvioida omaa esimiestyötä. Esimiesvalmennus osana kuntoutusinterventiota voidaan nähdä työyhteisösystemiin tulevana energiana (kuviot 2), jonka

kautta systeemin eri osat voivat muuttua. Kun interventiolla pyritään muuttamaan esimiestyötä antamalla esimiehille tietoa, työkaluja ja uusia näkökulmia työssä jaksamiseen, tukemiseen ja hyvinvointiin, voi esimiehen suhde systeemiin teorian perusteella muuttua.

Esimiesten haastatteluissa esimiesvalmennuksen merkitystä pohdittiin neljästä näkökulmasta: esimiehen ja kuntoutujan (työntekijän) välisen vuorovaikutuksen, työyhteisön vuorovaikutuksen, esimiehen oman työn arvioinnin ja muilta esimiehiltä saadun vertaistuen näkökulmasta (kuvio 2). Kaikkiin näkökulmiin liittyy keskeisesti tiedon kasvu.



KUVIO 2. Intervention vaikutus työyhteisösystemiin

Työntekijän ja esimiehen välistä vuorovaikutusta vahvistaa tieto, minkä esimies sai esimiesvalmennuksen aikana kuntoutujalta ja kuntoutujan jaksamisesta työpaikalla. Esimiehelle kysymys on samalla oppimisprosessista, jonka myötä esimiehen ymmärrys hyvinvoinnin yksilöllisistä reunaehdoista ovat syventyneet. Kun työtehtävät suhteessa jaksamiseen näyttävät yksilöllisesti, niihin liittyvät yhteiset keskustelut ja tehtävät kuntoutuksessa syventävät vuorovaikutusta.

”Mä oon samalla vähän niiku päässy enemmän sisälle siihen hänen työskentyy – – mä oon niiku nyt oppinu sillai lukemaan häntä että mä niiku nään että hänelläki on ne rajat jossaki ett mun täytyy, et mä en voi enää sillai ajatella vain että hän on niiku tällanen ikiliikkuja tavallaan, joka pystyy tekemään kaiken et mun täytyy ihan oikeesti ajatella että ihan samalla lailla kun mulla itellä on rajat niin hänelläki on rajat omalla jaksamisella. – – Että tavallaan tiedostaa sen että hei että nyt täytyy ottaa huomioon se että tuota sekä hänen että sitte näijen muidenki

kohdalla, että vaikka sä oisit huomattavasti nuorempi niin tuota en mä voi ajatella että ihminen on kone” H4

Valmennuksessa esimiehet saivat, vuorovaikutuksessa työntekijään, tietoa työyhteisön nykytilasta. Syvenevän vuorovaikutuksen myötä työntekijällä oli mahdollisuus kertoa kokemuksia työstä, omasta jaksamisestaan ja työyhteisön tilasta. Nämä näkemykset ovat arvokasta tietoa työn ja työorganisaation kehittämisen kannalta.

”Että minusta se oli hirvittävän hyvä että meijät kututtiin sinne paikalle ja – – työntekijät sai itte kertoa ja tavallaan niikö kuuli heidän kertomanaan, että oliko se tunne mitä itellä oli työyhteisöstä niin sama minkä he viestittää ulospäin, miten työnyhyvinvoinnista huolehditaan ja tämmösiä asioita”. H3

Oman esimiehen osallistumisen koettiin osoittavan arvostusta työntekijää kohtaan. Arvostus voi syventää kuntoutujan ja esimiehen välistä vuorovaikutusta.

”... minusta näille työntekijöille oli varmasti hirveän tärkeää että esimiehet kävi sielä että mä näen sen myös niin päin sitte.” H3

Osallistuminen voi osoittaa työntekijöiden arvostusta myös laajemmin, koko työyhteisön kontekstissa. Hypro-kuntoutuksen yhteydessä saatu kokemus yhteistyöstä yhden kuntoutujan kanssa lisää esimiesten kykyä huomioida myös muut työyhteisön jäsenet ja reagoida heidän tuen tarpeisiinsa.

”...sitte oppii tietysti muitaki ihmisiä niikö, sitä ajattelee että samalla lailla, kun on saanu sitä vahvistusta täältä sen yhen työntekijän kohalla niin sitä osaa suhteuttaa samaa asiaa sitte muussaki ja ehkä kannustaaki sitte muita ja kannustaa sitte hakemaan kuntoutukseen.” H1

Työyhteisön vuorovaikutukseen esimiesten kasvanut tieto vaikuttaa kulttuurin ja asenteiden tasolla. Tällöin merkittävää on työyhteisötaitojen korostuminen yhteisössä ja esimiestyön tekeminen läpinäkyväksi ja luottamusta sekä arvostusta kasvattavaksi.

Esimiehen työhön valmennuksen yhteydessä saadut tiedot johtamisesta, työyhteisöistä ja työhyvinvoinnista koettiin hyödylliseksi. Tietopohjan laajenemisen ja uuden tiedon koettiin luovan perustaa paremmalle esimiestyölle ja toimivampien käytäntöjen kehittämiseksi työyhteisössä. Esimiehet kokivat ymmärtävänsä hyvinvoinnin merkitystä laajemmin ja syvemmin. Työyhteisösystemin ilmiötä tunnistettiin intervention kautta tulleen tiedon ansiosta paremmin ja uusi tieto osattiin suhteuttaa hyvinvoinnin tukemiseen. Tässä yhteydessä pohdittiin myös työmotivaatiota ja sen ylläpitämisen keinoja. Tiedon kasvusta muodostui esimiehille voimavara esimiestyöhön ja hyvinvoinnin tukemiseen.

”Tietysti sitä sillä lailla ammentaa niistä luennoista ja keskusteluista ja kun kuuli kun toiset kerto esimerkkejä niin ammentaa sitä että yrittäs kuitenkin siihen omaan työyhteisöön tuua niitä hyviä asioita ja semmosta tietynlaista ymmärrystä. – – niin kyllä mä niiku koen, että mä sain semmosta ymmärrystä lisää ja sitä voimavaraa siihen johtamistyöhön eri-ikästen kohalla että sielä sillee tuli sitä teoriapohjaa.” HI

Osalle esimiehistä tärkein osa esimiesvalmennuksessa oli oman työn ja sen eri osa-alueiden käsittely ja pohtiminen yhdessä muiden esimiesten kanssa. Tapaamiskerrat antoivat esimiehille mahdollisuuden pohtia omaa työtään yleensä, työn sisältöä työyhteisösystemin ja työntekijän hyvinvoinnin kannalta sekä työn rakenteellisia ja sisällöllisiä haasteita. Erilaisten tehtävien ja valmennuksen aikana käytyjen keskustelujen koettiin tarjonneen uusia näkökulmia. Erityisesti korostettiin muilta esimiehiltä saadun vertaistuen merkitystä esimiesvalmennuksen aikana.

”minusta tärkein on, että kun sielä on niitä muitaki esimiehiä että niitten kans keskustellaan ja käsitellään näitä asioita niin sieltä tulee semmosta vertaistukia ja kokemuksia ja asioita, et niitä vastaavia on niiku muillaki, – – On saanu vahvistuksia tietyille asioille ja just sitä kautta kun sielä oli muitaki esimiehiä joilla oli samoja kokemuksia niin vahvistu ne omat käsitykset että miten eri tilanteita hoidetaan.” H2

Esimiehen oma jaksaminen koettiin tärkeäksi asiaksi työyhteisön työntekijöiden tukemisen kannalta. Esimiehen oma hyvinvointi ja jaksaminen heijastuvat koko työyhteisöön. Esimiehet saivat monenlaista tukea muiden esimiesten kokemuksista ja yhteisistä keskusteluista valmennuksen aikana. Esimiesvalmennuksen aikana saadun vertaistuen koettiin tukevan myös esimiehen omaa jaksamista.

”Ettäkö esimies voi hyvin niin seki voi heijastua sinne työyhteisöön. Että sekö on sinut itsensä kanssa.” HI

Esimiehet esittivät myös monenlaisia toivomuksia esimiesvalmennuksen sisällön suhteen. Kaivattiin nykyistä enemmän esimiehen ja kuntoutujan vuorovaikutusta, yhteistä työskentelyä ja arviointia. Sen aikana esimies ja kuntoutuja voisivat tarkastella yhdessä kuntoutuksen ja esimiesvalmennuksen merkitystä kummankin osapuolen näkökulmasta.

”Semmonen keskustelu ja tarkastelu ois voitu käydä, että mikä merkitys sillä on mitä hän on saanu, kun behän ovat varmaan oppineet itsestään aika paljon sielä, niin miten se suhtautuu siihen tehtäväkuvaan. – – mä en ois pannu pahakseni vaikka ois tehty semmosta arviointia puolin ja toisin. Hän ois voinu arvioida mua esimiehenä, miten mä osaan johtaa siinä ja sitte toisaalta oltas voitu tehdä sitte että

mä oisin arvioinu häntä alaisena ja sehän ei tarvi olla siihen työtehtävään liittyvä vaan yleensä tätä alais-esimies yhteistyötä” H4

Yhteistä toimintaa ja yhteisöllisyyttä kaivattiin intervention sisältöön enemmän. Nähtiin, että yhteinen toiminta virittää ihmisiä keskustelemaan ja ilmaisemaan ajatuksiaan avoimemmin, ja silloin myös keskustelussa voitaisiin päästä syvemmälle ja asioiden ytimeen.

Vaikka valmennus koettiin hyödylliseksi, varsinaista suoraa yhteyttä esimiehen työhön ei osattu ilmaista. Tähän voi vaikuttaa uusien tietojen hidaskuuntuminen työhön. Vaikutusta voi olla myös sillä, että Hypron esimiesvalmennus koettiin hyvänä osana muiden valmennusten ja täydennyskoulutusten kokonaisuutta. Vaikka varsinaisia hyötyjä ei vielä kyettykään selkeästi tuomaan esiin, esimiesten näkemyksissä esiintyy perustelu esimiesvalmennuksen hyödyille. Esimiehet pohtivat tulevaisuutta ja muutoksen työyhteisöä, jossa esimiesvalmennuksen kaltaisilla kuntoutuksen interventioilla nähtiin olevan keskeinen asema tiedon lähteenä ja vuorovaikutuksen rakentajana. (vrt. Hinkka ym. 2010, 53.)

Monimuotoisuuden lisääntymisen ja nopeiden muutosten katsottiin haastavan työyhteisöä ja esimiestyötä hyvinvoinnin ja sen tukemisen suhteen. Kompleksisuus työyhteisösystemeissä haastaa hyvinvoinnin tukemista motivoinnin kautta. Tällöin on pohdittava sitä, miten monimuotoistuvassa työssä, jossa paineet ja vaatimukset kasvavat, motivoidaan kaiken ikäisiä työntekijöitä. Tulevaisuudessa haasteena esimiesten työssä ja tuen tuottamisessa näkyy henkilöstön kasvava monimuotoistuminen. Henkilöstön monimuotoisuus rakentuu muun muassa iän ja kompetenssi-perustan mukaan. Pohdittava on esimerkiksi ilmiöiden tasolla, mitä hyvinvoinnilla ymmärretään eri-ikäisten työntekijöiden kohdalla. Esimiestyön haasteet ovat samankaltaisia työn laadun käsitteellisen muutoksen kanssa. Työelämän laatua määrittävistä luokitteluista on tehty havainto, jossa työelämän laatu määritellään subjektiivisesti. Työelämän laatu tarkoittaa eri yksilöille eri asioita ja laatua määritellään omista lähtökohdista käsin. (Sippola 2011, 21, 34.)

Hyvinvoinnin tukemisen haasteena tulevaisuudessa on kuntoutuksen monimuotoisuus työyhteisön toiminnassa ja toimijoiden ajattelussa. Tämä kuntoutuksen monimuotoisuuden ajatus lähtee liikkeelle hyvinvoinnin muutoksesta ja siitä miten se näyttäytyy subjektiivisena ilmiönä. Hyvinvoinnin ja erityisesti työhön liittyvän hyvinvoinnin tavoittelussa kuntoutus, monine muotoineen kompleksisoi työtä, yhteisöä ja erityisesti esimiesten työtä. Tällöin esimiesten tieto kuntoutuksesta on keskeisessä asemassa. Hinkka ym. (2010, 53) toteavat monimuotoisten kuntoutustarpeiden koettelevan kuntoutuksen järjestelmää. Tämän saman voidaan todeta tapahtuvan esimiesten työssä hyvinvoinnin tukijana.

”Eikähän me olla menossa enemmän tämmösiin osa-aikatöihin ja soviteltuihin työaikoihin ja soviteltuihin työpisteisiin, että esimiehille siinä mielessä haasteita tulee tulevaisuudessa, että nämä tulee lisääntymään, erilaiset ns. ehkä vajaatyökykyset

ja sitten tämmöset työkokeilujen kautta uudelleen sijoittelut – – muutama vuos eteenpäin niin tämä on ihan jokapäivästä, meillä on joka päivä joku tällasessa, ja joka päivä jossaki kokeilussa että pystyyko se olemaan jossaki työpisteessä ja kuitenkin esimiehen tehtävä on huolehtia että se perus työ tulee hoijettua niin, vielä vähän lissää niin mää oon oikeesti pulassa ja tosi yksin sielä että mitä mää teen!” Hr

Esimiesten käsitysten mukaan haasteisiin voidaan vastata kiinnittämällä huomiota muun muassa kompetenssien riittävyteen. Yhtenä työkaluna nähtiin mentorointi ja sen mahdollisuuksien kehittäminen entistä joustavammaksi ja monipuolisemmaksi. Organisatorisesti tulevaisuutta on mietittävä ammattiryhmien ja työvoiman riittävyyden näkökulmasta.

”Ja just se, mitä me ollaan kans tuossa mietitty on se että minkälaista henkilökuntaa ja minkälaisia ammattiryhmiä me tarvitaan myöskin, että ei se välttämättä tämä rakenne tulevaisuudessa enää ole se mikä meillä on nyt. – – Tässä on tulevaisuudessa just se, kun se ikääntyminen tulee sielä vastaan – – sitten kuitenkin vaateet kokoajan kasvaa sen työnteen suhteen ja välineitten suhteen, mitä meille tulee, koko ajan tekniikka kehittyy ja sitten kuitenkin ihmiset on, niin ku meidänki työssä on edelleen sairaampia, niin me tarvitaan sinne kuitenkin sellasta laajaa ammattitaitoa.” Hr

Haasteisiin voidaan esimiesten mukaan vastata myös luomalla työyhteisösystemiin lisää avoimuutta, empaattista työotetta ja tavoitteellisuutta. Haasteisiin vastaamisessa on myös hyväksyttävä kompleksisuuden läsnäolo. Pietiläisen (2010, 36–37) mukaan on hyväksyttävä se, ettei täysin kitkatonta yhteisöä pystytä saavuttamaan. Kompleksista systeemiä ei voida taivuttaa tasapainoon, vaan tämän turhan pyrkimyksen sijaan on keskityttävä hyväksymään epävarmuuden olotila. Samaan tapaan pohtii muuan haastatelluista kitkattoman työyhteisön tavoitetta. Hän toteaa, että toisinaan on tarpeen hyväksyä tilanne, nähtävä toiminnan kokonaisuus ja joustettava vaatimuksistaan.

”...enkö minä tiedä päästäänkö sitä oikein minkäänlaisilla keinoilla sanotaanko semmoseen että ois ihan kitkaton työyhteisö – – se täytyy kaikkien niiku sallia – – että sitä on sitä aina jonkin verran sovittelua ja elämää, että se kuuluu vaan ihan siihen. – – Vähän tämmöstä epävarmuutta täytyyki sitten sietää.” H6

Tulevaisuuden työyhteisöt näyttäytyvät monelle esimiehelle kompleksisina systeeminä, joille ovat tyypillisiä erilaiset tavoitteiden määrittelyt, monialaiset kompetenssit ja verkostoituminen. Myös hyvinvoinnin ylläpitämisessä korostetaan verkostoitumista sekä työpaikan sisällä että ulkoisten järjestelmien kanssa.

”Kun me odotetaan tuolla työpaikalla sitä moniammatillisuutta, tietysti sitä oottaa sitte myöskin, ja varmaan tulevaisuudessa vielä enemmän näitä yhteistyötahoja, semmosta verkostoitumista, just esimerkiksi kuntoutuksen puoleen, työterveyshuollon puoleen ja mitä muita kanavia on sitten käytettävissä niin niitä varmaan tulee sitte lisää.” HI

Pohdinta

Artikkelissa on tarkasteltu kuntoutujien esimiehille tarkoitettua esimiesvalmennusta osana ikääntyville työntekijöille järjestettyä kuntoutusinterventiota. Esimiesvalmennus korostaa systeemistä näkökulmaa työyhteisöön ja työkykyyn: sen kautta korostuu esimiestyön merkitys suhteessa työntekijän ja työyhteisön hyvinvointiin.

Esimiehet kuvaavat työtään toisaalta hallinnollis-organisatorisena, työn hallintaa koskevana tukena, toisaalta sosiaalis-vuorovaikutuksellista tukea, jossa on nähtävä myös organisaatiokulttuurin vaikutus hyvinvointiin. Kun lähtökohtana on työn hallinta ja hyvinvointi, esimiehen rooliin kuuluu myös yksilöllisyyden näkemistä yhteisössä. Työn, työyhteisöjen, työn arvojen ja merkityksen muutos yksilön elämäkulussa vaatii kuitenkin uudenlaista näkökulmaa esimiesten rooliin työyhteisösystemissä. Työyhteisöjen kasvava monimuotoistuminen saa esimiehet toivomaan keinoja, joilla tukea hallintaa, jaksamista ja hyvinvointia työssä. Esimiesten kokemukset kertovat esimiesvalmennuksen hyödystä, mutta valmennuksen tuottama muutos suhteessa konkretiaan on joiltain osin kohtaamatonta. Tämä viestii intervention kehittämisen tarpeesta, mutta antaa samalla perustelun esimiesvalmennuksen merkitykselle.

Esimiesvalmennuksella osana kuntoutusinterventiota voi olla monenlaista vaikutusta esimiesten työhön. Tämän tutkimuksen haastateltavat pohtivat valmennuksen vaikutuksia esimiehen ja kuntoutukseen osallistuneen työntekijän välisen vuorovaikutuksen syvenemiseen, joka voi heijastua esimiestoimintana koko työyhteisöön. Esimiesten kokemuksissa painottui myös esimiehen tieto- ja osaamispohjan karttuminen. Valmennus antoi myös mahdollisuuden esimiestyön pohtimiseen muiden samassa asemassa olevien kanssa. Vertaistuen saaminen ja antaminen koettiin tärkeänä osana esimiesvalmennusta. Tiedon kasvu ja vertaistuellinen pohdinta nähtiin esimiehille voimavaraksi hyvinvoinnin tukemisessa.

Eri tavoin painottuvat esimiesten pohdinnat heijastavat Hypron systeemistä näkemystä. Valmennus on saanut esimiehet pohtimaan työyhteisön kokonaisuuden sisällä siihen kuuluvia osatekijöitä ja omaa suhdettaan niihin. Valmennuksen ansiona on myös vertaistuellinen pohdinta ja oman työn arviointi. Kun esimiehet pohdinnoissaan painottavat oman työn suhdetta systeemin eri osa-alueisiin, voidaan valmennuksella nähdä olleen vaikutus siihen, miten esimies ymmärtää itsensä ja esimiestyön merkityksen suhteessa työntekijään, työyhteisöön, omaan itseensä ja muihin esimiehiin.

Esimiesten pohdinnoista ilmeni selkeä huoli tulevaisuudesta. Muutos, joka ilmiönä on kokonaisvaltainen ja tilana jatkuva, ajaa työyhteisöt tilaan, jossa tasapaino ei voi olla systeemin tavoite. Jatkuvan muutoksen myötä tasapaino voi horjua, tällöin systeemin tavoitetilä ei ole tasapaino vaan esimerkiksi systeemin osien välisen vuorovaikutuksen kehittäminen, kompetenssien vahvistaminen ja näiden vaikutus systeemin ilmiöihin kuten hyvinvointiin

Tällä hetkellä esimiestyön näkökulmasta tulevaisuudessa korostuu motivoinnin haaste ja hyvinvoinnin yksilöllinen merkitys. Tulevaisuudessa työkykyä tukeva toiminta ja kuntoutus voi näyttäytyä vaikeaselkoisuutta tuovana ulottuvuutena työssä. Monenlaisten tukimuotojen kirjo, tietoisuus niistä ja työntekijöiden mahdollisuudesta kuntoutukseen on esimiehille kaiken muun työn ohella haaste. Sen vuoksi esimies tarvitsee ajankohtaista tietoa työkyvyn ylläpidon mahdollisuuksista ja ikääntymisen merkityksestä suhteessa kaikkiin työyhteisösystemin osiin. Kuntoutusmahdollisuuksia koskeva tieto työpaikoilla parantaa esimiehen mahdollisuuksia auttaa työntekijää ja työyhteisöä jaksamisongelmissa. Kuntoutustiedon juurtuminen työpaikkojen mahdollisuudeksi edellyttää esimiesvalmennuksen kaltaisia interventioita. Tällaisten interventioiden aikana esimiehet oppivat uutta itse esimiestyöstä ja saavat samalla tietoa kuntoutuksen mahdollisuuksista hyvinvoinnin tukemisessa. Työyhteisösystemeissä on lisättävä avoimuutta ja tavoitteellisuutta työyhteisöissä sekä ymmärrettävä monimuotoisuus ja ikääntyminen voimavarana. Mutta toisaalta on hyväksyttävä muuttunut käsitys työyhteisösystemin tavoitetilasta. Systemiajattelun myötä esimies on tärkeä työntekijän kuntoutumiseen ja hyvinvoinnin kohentamiseen vaikuttava osa.

Lähteet

- Ahlgren, Tuula & Kallio, Marjatta & Penttinen, Leena & Vainiemi, Kirsi 2009: Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen käynnistäminen Kelassa. Teoksessa: Rajavaara, Marketta & Aalto, Liisi & Hinkka, Katariina (toim.) Kehittämideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Kelan tutkimusosasto. Nettityöpapereita 7/2009. Helsinki, 14–20.
- Gould, Raija & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Laisola-Nuotio, Annika & Lehikoinen, Tuula & Saarnio, Leena 2007: Miten ja minkälaiseen työeläkekuntoutukseen? Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen taulukkoraportti. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita, 2. Eläketurvakeskus. Helsinki.
- Hinkka, Katariina & Aalto, Liisi & Grönlund, Rainer & Rajavaara, Marketta 2010: Uudenlaista työhönkuntoutusta kehittävän arvioinnin tuella. Kuntoutus. 33:4, 47–54.
- Ilmarinen, Juhani 2006: Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Ilmarinen, Juhani, & Gould, Raija & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma 2006: Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa: Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.): Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus. Helsinki, 17–34.

- Jalonen, Harri, 2010: Hyvinvointipalvelujen johtaminen kompleksisuusteoreettisesta tulkintakehyksestä. *Hallinnon tutkimus* 29:2, 111–133.
- Järvinen, Pekka 2001: Esimiestyö ongelmatilanteissa – konfliktien luomat haasteet työyhteisössä. WSOY. Helsinki.
- Kilpeläinen, Arja 2009: Luhmannin ekologinen kommunikaatio teoreettisena lähestymistapana sosiaalityössä. Teoksessa: Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.): Sosiaalityö ja teoria. PS-Kustannus. Jyväskylä. 67–86.
- Kinnunen, Ulla & Feldt, Taru & Mauno, Seija 2005: Työelämän muutossuunnat. Teoksessa: Kinnunen, Ulla & Feldt, Taru & Mauno, Saija (toim.): Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. Ps-kustannus. Jyväskylä. 7–10.
- Moilanen, Liisa & Virtanen, Simo 2010: Työn arvon muutos ja mielekkäys. *Työelämän tutkimus* 8: 1, 26–41.
- Mäkitalo, Jorma & Suikkanen, Asko & Ylisassi, Hilikka & Linnakangas, Ritva 2008: Kuntoutus ja työ. Teoksessa: Rissanen, Paavo & Kallaranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Helsinki. 522–546.
- Peltonen, Tuomo 2008: Johtaminen ja organisointi. Teemoja, näkökulmia ja haasteita. KY-Palvelu oy. Keuruu.
- Pietiläinen, Ville 2010: Johtajan ammatillisten kompetenssien profiloituminen kompleksisissa toimintaympäristössä. Tapausesimerkkinä opetustoimen alaiset oppilaitosorganisaatiot. *Acta Universitatis Lapponiensis* 177. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.
- Rajavaara, Marketta 2009: Kuntoutuksen kehittäminen työelämän muutospainetta. Teoksessa: Rajavaara, Marketta & Aalto, Liisi & Hinkka, Katariina (toim.) Kehittämideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Kelan tutkimusosasto. Nettityöpapereita 7/2009. Helsinki, 7–13.
- Sippola, Markku 2011: Työelämän laadun käsitteen muutos – sisällönanalyysi kansainvälisistä liiketaloustieteen artikkeleista vuosina 1984–2009. *Hallinnon tutkimus*. 30:1, 20–36.
- Sugimura, H. & Thériault, G. 2010: Impact of supervisor on work ability in an IT company. *Occupational Medicine Advance Access*. Oxford University Press.
- Tuomi, Kaija & Seitsamo, Jorma & Ilmarinen, Juhani & Gould, Raija 2006: Työ ja ympäristö. Teoksessa: Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Jarvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.): Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus. Helsinki, 176–189.
- Väätäjä, Soile & Tuurinkoski, Tuulikki & Pulska, Tuula & Kauhanen, Marja-Liisa & Viitasalo, Maini 2009: Hypro – Kuntoutujan tarina kuntoutumista ohjaamassa. Teoksessa: Rajavaara, Marketta & Aalto, Liisi & Hinkka, Katariina (toim.) Kehittämideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Kelan tutkimusosasto. Nettityöpapereita 7/2009. Helsinki, 26–33.

Vaikuttaako sukupuoli työkyvyn kokemiseen ja määrittymiseen?

Helena Kangasniemi

Työkyky kiinnostaa

Työelämässä etsitään tällä hetkellä kuumeisesti keinoja, miten tukea työssä olevan väestön työkykyä ja varmistaa heidän työssä jatkamisensa mahdollisimman pitkään. Kiinnostuksen työkyvyn tukemiseen ymmärtää, sillä lähivuosina suomalainen väestö ja työvoima vanhenevat nopeasti, nopeimmin Euroopassa. Haastavaksi työssä jatkamisen pidentämisen tekee se, että nykyinen työelämä asettaa aivan uusia haasteita työntekijöiden työkyvyille. Työkyvyn ulottuvuuksista korostuvat entistä voimakkaammin osaaminen ja sen jatkuvaa päivittäminen sekä ns. uudet työelämävalmiudet, monitaitoisuus, joustavuus, sosiaaliset taidot ja sopeutumiskyky muutoksiin.

Sukupuolen kytkeminen työkyvyn ja -kyvyttömyyden tarkasteluun tekee näkökulmasta mielenkiintoisen ja avaa aihealueen, josta on vähän tutkimustietoa. Oma kiinnostukseni aiheeseen selittyy työhistoriallani. Olen kuntoutuslaitoksen sosiaali-työntekijänä ollut 1980-luvun lopulta lähtien tekemisissä työkyvyn ja työkyvyttömyyden teeman kanssa sekä kuntoutujien kokemusmaailman että asiantuntijoiden ja sosiaalivakuutusjärjestelmien määrittelyjen kautta. Ajatus työkyvyn tarkasteluun sukupuoleen sidoksissa olevana ilmiönä heräsi, kun huomasin pystyväni yhdistelemään kuntoutujien haastatteluista tekemiäni havaintoja muutamaan sukupuolta ja työelämää käsittelevään teokseen (Haavio-Mannila ym. 1984, Kinnunen & Korvajärvi 1996, Kolehmainen 1999). Työelämässä sukupuoli ja siihen liittyvät erot tulevat näkyville hyvin monella eri tavalla. Naisten ja miesten työelämäpolkujen eriytyminen lähtee liikkeelle jo koulutusala- ja ammattien eriytyminen lisäksi sukupuoli tulee esiin mikrotasolla erilaisissa rooleissa ja odotuksissa, joita me sukupuoleen työssä ja työn ulkopuolella kytkemme. On siis luonnollista päätellä, että nämä erot näkyvät jolloin tavalla myös työkyvyn sisällöissä. Todennäköisesti ne näkyvät myös työkyvyn tai työkyvyttömyyden määrittelyissä.

Tässä artikkelissa tarkastelen sitä, miten sukupuoli vaikuttaa työkyvyn kokemukseen ja määrittymiseen. Artikkelin perustuu lokakuussa 2009 tarkastettuun lisensiaattitutkimukseeni ”Työkyvyn sukupuolittuneet käytännöt – työkyvyn kyseenalaistuksessa”. Tutkimus pohjautui kyselylomakeaineistoon, jonka kokosin vuonna 2004 Lapin kuntoutuskeskuksessa kuntoutusjaksolla olleilta työelämässä olevilta kuntoutujilta – mukana oli sekä Aslak-, Tyk- että sairausryhmäkohtaisille kursseille osallistuneita. Lähestyin näin työkyvyn teemaa sellaisen ryhmän kautta, jolle kysymys työkyvystä on hyvinkin akuutti.

Tarkastelen työkyvyn käsitettä Järvikosken, Härkäpään ja Mannilan (2001) moniulotteisen työkykykäsityksen näkökulmasta. Se mielestäni tavoittaa työkyvyn monipuolisesti sen eri tasoilla. Sukupuolta tarkastelen ensisijaisesti sosiaalisesti rakentuneena kokonaisuutena. Sukupuolen sosiaalista rakentumista ovat suomalaisista tutkijoista kuvanneet mm. Päivi Korvajärvi ja Merja Kinnunen (1996), Soile Veijola (2004) ja Eeva Jokinen (2004). Olen käyttänyt apuna toisaalta Korvajärven ja Kinnusen (1996) luomaa teoreettista kehikkoa sukupuolen tavoittamisesta itsemäärittelyjen, mielikuvien ja vuorovaikutuksen kautta, toisaalta Veijolan (2004) käyttämää subjektiuden asteen mittaamista suhteessa yksilön tekemiseen ja olemiseen. Sen mukaan niin sanottua nais- ja miestapaista toimintaa voidaan analysoida mittaamalla sitä, miten paljon oleminen ja tekeminen nojaavat subjektin omaan osaamiseen ja haluun toimia. Mitä heikompi subjekti on, sitä enemmän tilanne ja toiset määräävät subjektin kykyä ja velvoitteita toimia.

Artikkelin havainnot pohjautuvat 234:n työelämässä olleen vastaajan näkemyksiin työkyvystä ja sukupuolesta. Kun mietitään havaintojen yleistettävyyttä työikäiseen väestöön yleensä, täytyy muistaa, että vastaajajoukkoni oli valikoitunutta: heillä on todettu kuntoutustarve, he ovat pääosin yli 50-vuotiaita ja pienten lasten vanhempien elämänvaiheen jo ohittaneita. Aineiston analyysi on tehty ristiintaulukoinnin, faktorianalyysin ja niiden pohjalta rakennettujen summamuuttujien avulla. Sukupuolen lisäksi ryhmittelin vastaajat työkyvyn kokemisen suhteen neljään ryhmään: (1) huonon kokonaistyökyvyn, (2) alentuneen henkisen työkyvyn, (3) alentuneen fyysisen työkyvyn sekä (4) hyvän kokonaistyökyvyn ryhmään. Naisten ja miesten työkykyryhmien erojen tarkasteluun käytin kaksisuuntaista varianssianalyysiä. Se on havainnollinen menetelmä ryhmien välisen vaihtelun tarkastelussa.

Tutkimuksessani käytin apuna moniulotteisen työkykykäsityksen kehikkoa siten, että jokaisen työkykykehikon lokerikon kohdalla pyrin tavoittamaan siinä mahdollisesti vaikuttavia sukupuolittuneita käytäntöjä tai – Jokisen (2004) käsitteitä käyttäen – mies- ja naistapaisuuden välittymistä työkykyyn ja sen kokemiseen. Taulukossa 1 näkyvät valitsemani tarkastelukulmat aiheeseen. Työssä jaksamisen ulottuvuudella etsin sukupuolen välittymistä kokemukseen toimintakyvystä, työn kuormittavuudesta ja työyhteisön tuesta jaksamiselle. Työn hallinnan osalta etsin sukupuolen välittymistä kokemukseen osaamisesta ja taidoista, työprosessin hallinnasta sekä omista vaikuttamis- ja kehittymismahdollisuuksista. Osallisuuden tasolla tarkastelen, miten sukupuoli vaikuttaa perhe- ja työelämän yhdistämisen haasteisiin, sosiaalisen tuen, työyhteisöilmapiiriin ja tasa-arvoisen kohtelun kokemukseen.

TAULUKKO 1. Sukupuoleen sidotut tarkastelunäkökulmat moniulotteisessa työkykykehikossa

Työkykyisyys	Työntekijä	Työprosessi ja työolosuhteet	Työorganisaatio ja toimintaympäristö taso
Työssä jaksaminen	Miesten ja naisten kokemus toiminta- ja työkyvystä	Miesten ja naisten kokemus työn kuormittavuudesta	Työyhteisö tason jaksamista tukevat / häiritsevät tekijät
Työn hallinta	Miesten ja naisten kokemus ammatillisista valmiuksista	Miesten ja naisten kokemus työnsä hallinnasta	Miesten ja naisten kokemus vaikuttamis- ja kehitysmahdollisuuksistaan
Osallisuus	Miesten ja naisten kokemus työn ja perheen yhdistämisestä	Miesten ja naisten kokemus työkuormitukseen saadusta sosiaalisesta tuesta ja työyhteisön ilmapiiristä	Miesten ja naisten kokemus tasa-arvon toteutumisesta

”Heikko nainen – vahva mies” -myytti

Kokemus omasta toiminta- ja työkyvystä on useissa tutkimuksissa todettu parhaaksi työkykyä ennustavaksi tekijäksi (Gould 1991; Janatuinen 2001). Viime vuosikymmeninä terveyttä koskevilla kyselyillä naisten terveydentila on ollut useilla terveystutkimuksilla miesten terveydentilaa heikompi (Aromaa & Koskinen & Huttunen 1997; Aromaa & Koskinen 2002). Myös tässä aineistossa miehet kokivat terveydentilansa hyväksi hieman naisia useammin (71 % vs. 60 %). Oiretuntemuksia tarkastellessa tulos oli samansuuntainen. Naisilla oli melkein kaikkia oireita enemmän kuin miehillä. Sairauslomatilastoissa kärkisijan vallanneen masennuksen kohdalla ero kasvoi entisestään. Naisista peräti 81 % ilmoitti kokeneensa masennukseen liittyviä oireita ainakin joskus, miehistä 58 %. Terveyttä koskevat tutkimukset ovat päätyneet selittämään naisten ja miesten eroja terveydentilan kokemisessa muun muassa naisten paremmalla oiretiedostuksella. Naiset eivät tämän tulkinnan mukaan ole miehiä sairaampia, mutta he osaavat miehiä paremmin tunnistaa oireensa ja kertoa niistä. Osoituksena tästä on nähty olevan mm. sen, että vaikka naiset käyttävät terveystalveluita ja lääkkeitä miehiä enemmän, he elävät miehiä pidempään. Selitystä voidaan tietysti hakea myös terveystalveluiden ja lääkkeiden vaikuttavuudesta.

Korvajärven ja Kinnusen (1996) teoreettista kehikkoa käyttäen miesten oireiden ”ei-näkemisen” tai ”kieltämisen” voidaan tulkita merkiksi sukupuoleen lukkiutuneesta tavasta reagoida toimintakykyyn. Miehen täytyy olla fyysisesti vahva, ainakin verrattuna naiseen. Myös Veijolan (2004) subjektiivisen astetta mittaavan arvioinnin mukaan miehen suhde omaan toimintakykyynsä näyttäisi vahvemmin määrittyvän ulkoapäin, veltoitteiden ja osin kieltojenkin kautta – ainakin verrattuna naiseen. Toisaalta myös naisten masennusoireiden yleisyyttä voidaan tulkita sukupuoleen lukkiutuneena reagoititapana. Negatiivisten tunteiden kääntämistä

itseensä eli masentumista voidaan pitää nimenomaan naistyyppillisenä reagointitapa stressitilanteisiin, kun taas miestyyppillistä olisi kääntää negatiiviset tunteet ulospäin eli toimintaan, muun muassa käyttää väärin alkoholia tai käyttäytyä epäsosiaalisesti. Karen von Gundy (2002) on esittänyt mielenkiintoisen tulkinnan masennukselle. Hänen mukaansa masennus olisi kytköksissä heikkoon itsemääräämisoikeuteen (vrt. Veijolan heikko subjektiivinen aste) ja siksi yleisempää naisilla. Toisaalta stressioireiden yleisyys koko tutkimusryhmässä kertoo ehkä jotain myös itse työstä ja sen tekemisen tapaa koskevasta muutoksesta. Kuten Raija Julkunen (2008,12) on todennut: ”Jos nykyinen kognitiivinen ja affektiivinen työ vaatii tiettyjä mielialoja, se tekee mielialahäiriöistä työpoliittisen kysymyksen, vaikka työssäkäyvät eivät kärsisikään mielialahäiriöistä aiempaa enempää”.

Myös tarkasteltaessa sukupuolten oire- ja toimintakykykokemuksia työkykyryhmittäin saatiin mielenkiintoisia tuloksia. Huonon työkyvyn ryhmässä miehillä esiintyi psyykkisiä oiretuntemuksia naisia useammin. Havaittiin myös, että fyysisiä oiretuntemuksia esiintyi miehillä enemmän alentuneen henkisen työkyvyn ryhmässä. Etukäteen oletin, että fyysiset oiretuntemukset olisivat olleet yleisempiä nimenomaan huonon fyysisen työkyvyn ryhmässä, mutta vain naisilla tämä oletus toteutui.

Työn kuormittavuus – paljon kevyttä ”naistyötä” ja vähän raskasta ”miestyötä”

On usein esitetty, että naiset ja miehet kokisivat työnsä kuormittavuus- ja työolotekijät osittain eri lailla. Miesten työt ovat usein työoloiltaan vaativampia, mutta naisten töihin liittyy enemmän fyysistä kuormitusta. Töiden aiheuttaman kuormittuneisuuden eroja naisten ja miesten välillä on kuitenkin hankala vertailla, sillä niin eriytyneitä ovat työmarkkinamme. Omankin aineistoni vastaajista valtaosa sijoittui sukupuolensa mukaisesti ammattiin. Naisista naisennemmistöisiin ammattiin kuului 75 % ja miehistä miesennemmistöisiin ammattiin 73 %.

Tarkasteltaessa miesten ja naisten sijoittumista sukupuolittyyppisiin ammattiin eri työkykyryhmissä tuli esille muutama mielenkiintoinen havainto. Naisilla alentuneen fyysisen työkyvyn ryhmän edustajat työskentelivät pääosin naistyyppillisissä ammateissa (90 %). Perinteisesti naisammattiin ei ole liitetty mielikuvaa työn fyysisestä raskaudesta; tosin mielikuvat naisammattien keveydestä ovat jo lähteneet murenemaan. Havaittiin myös, että huonon kokonaistyökyvyn omaavat naiset työskentelivät muita ryhmiä useammin miesvaltaisissa ammateissa. Miehistä alentuneen henkisen työkyvyn ja alentuneen fyysisen työkyvyn ryhmiin kuuluvat työskentelivät muita useammin naistyyppillisissä ammateissa: alentuneen fyysisen työkyvyn ryhmässä alle puolet miehistä työskenteli miestyyppillisissä ammateissa.

Aineistoni naiset ja miehet kokivat työnsä selkeästi useammin henkisesti kuin ruumiillisesti kuormittavaksi. Naisista yli 70 % ja miehistäkin yli 60 % koki työssään usein henkistä kuormitusta. Miehillä kaikissa puutteellista työkykyä edustavissa ryhmissä työn henkisen kuormittavuuden kokemus oli hieman naisia korkeam-

malla. Tulos näyttää tukevan tulkintaa, että miehillä jollain lailla puutteellinen työkyky lisää henkistä kuormittumista työssä. Myös kiristyneen työtahdin nimeäminen yhdeksi eniten kuormitusta aiheuttavaksi tekijäksi tämän päivän työelämässä sai vahvistusta aineistossa. Naiset kokivat työn määrän kuormittavan heitä useammin kuin miehet (74 % vs. 64 %), ja naisilla työn määrä uuvutti työkykyryhmästä riippumatta. Miehillä työn määrä uuvutti erityisesti huonon työkyvyn ja alentuneen henkisen työkyvyn työntekijöitä. Naisten kuormittumisen on esitetty johtuvan erilaisesta suhtautumisesta työhön (Kortteinen 1992; Seppänen 2004).

Jaksamisen tukeminen työyhteisötasolla

Työn sisällöissä, työympäristöissä ja työyhteisöissä tapahtuu nykyään jatkuvia muutoksia. Muutokset ovat aiempaa nopeampia, ja samanaikaisesti voi olla käynnissä useanlaisia muutosprosesseja. Työyhteisöjen sosiaalisista suhteista on tullut mutkikkaampia, ja töiden sujuminen vaatii aiempaa enemmän sekä työntekijöiden yhteistyötä että keskinäistä vastuuta. (Casey 1995, 62–63.) Työyhteisön toimivuudella ja jaksamista tukevilla tai heikentävillä työyhteisötekijöillä on siis entistä suurempi merkitys työntekijöiden työkyvylle.

Työyhteisötason jaksamiseen vaikuttavista tekijöistä latautuivat yhdelle faktorille positiivisina muuttujat ”tiedonkulun riittävyys”, ”esimiehen arvostus”, ”johdon kiinnostus henkilöstön terveyteen ja hyvinvointiin” sekä toiselle negatiivisina muuttujat ”saan keskenään ristiriitaisia määräyksiä” ja ”joudun suorittamaan tehtäviä, jotka mielestäni pitäisi tehdä toisin”. Muodostin kaksi summamuuttujaa, joista toisen nimesin ”*jaksamista tukeviksi työyhteisötekijöiksi*” ja toisen ”*jaksamista kuormittaviksi työyhteisötekijöiksi*”.

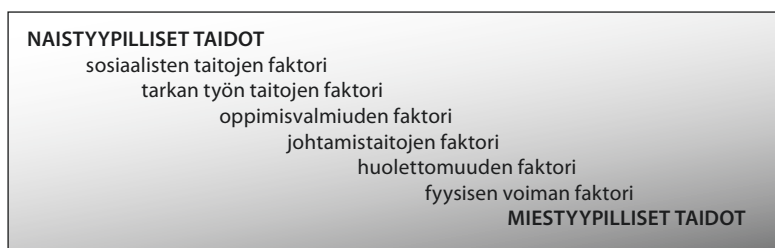
Kokonaisuutena työyhteisöt eivät saaneet kovin hyvää arviota jaksamisen tukemisesta. Naiset näkivät tilanteen miehiä heikompana. Työkykyryhmistä alentuneen fyysisen työkyvyn ryhmässä työntekijöiden tilanne näytetään tunnistettavan myös työnantajan puolelta, koska heidän työssä selviytymistään pyrittiin tukemaan. Toisaalta alentuneen henkisen työkyvyn ryhmän työyhteisöissä näytti esiintyvän eniten jaksamista heikentäviä ja vähiten jaksamista tukevia tekijöitä. Onko niin, että fyysisen työkyvyn heikentyessä työyhteisöissä käynnistetään tukitoimia ja vähennetään kuormitusta aiheuttavia tekijöitä, mutta harvemmin silloin kun oireet ovat henkisiä?

Osaaminen osana työkykyä: onko erityisiä nais- tai miestyypillisiä taitoja

Seuraavaksi tarkastelen työkykyä työn hallinnan näkökulmasta. Merja Kinnusen (2001) mukaan se kulttuurinen kokonaisrakenne, jonka puitteissa jäsenämme todellisuutta, tuottaa myös erilaisia sukupuoleen liitettäviä ominaisuuksia. Naisiin ja miehiin liitetään erilaisia taitoja sukupuolesta johtuen. Naisten taitoihin kuuluvat henkilökohtainen sitoutuminen, vastuuntunto, kuunteleminen, myötäeläminen,

tunnollisuus, huolehtivuus, pikkutarkkuus, joustamiskyky ja palvelualttius. Miesten taitoja ovat asiasuuntautuneisuus, vastuunkanto, ratkaisukyky, kokonaisuuksien hallinta, riskinotto, tekniset taidot, suurpiirteisyys, liikkuvuus ja voima.

Omassa aineistossani näkyi miesten ja naisten välillä selvä ero ns. naistyyppillisten taitojen kohdalla. Naiset kokivat omaavansa naistyyppilliseksi nimettyjä taitoja, toisin sanoen tunnollisuutta, myötälämisen taitoa ja kykyä hoitaa useita asioita yhtä aikaa miehiä useammin. Varsinkin tunnollisuus korostui naisilla. Naisilta odotettu ”kiltteys” näytti toistuvan tässäkin aineistossa. Toisaalta vaikka eroja sukupuolten väliltä löytyi, yleisimmät taidot olivat miehillä ja naisilla samat. Faktorianalyysin avulla sain erilaisia taitojen faktoreja, jotka oli mahdollista sijoittaa mies- ja naistyyppilliseksi leimautumisensa perusteella nais-miestyyppillisyyden janalle kuvan 1 mukaisesti.



KUVA 1. Näkemys taitofaktorien sukupuolittyyppisyydestä

Tarkastellessani faktoreita työkykyryhmittäin osoittautui, että naisten työkykyryhmien välillä ei ollut juurikaan eroja faktorien kuvaamissa taidoissa. Sen sijaan miesten työkykyryhmiä tutkiessani kävi ilmi, että alentuneen fyysisen työkyvyn ryhmä koki omat taitonsa muita ryhmiä heikommaksi melkein kaikkien taitojen kohdalla. Ainoa taito, jota tämä ryhmä koki omaavansa muita enemmän, oli huolettomuus.

Mielenkiintoinen kysymys on, muuttavatko ns. ”uuden työn” taitovaatimukset tätä sukupuoleen sidottua kvalifikaatiokenttää. Tämän päivän työelämä vaatii sosiaalista sensitiivisyyttä, ryhmätyötaitoja ja yhdessä tekemisen taitoja sekä muiden ja itsen tuntemusta. Eeva Jokisen (2005) mukaan työ on kotityömaistynyt. Työssä vaaditaan hänen mukaansa aiempaa enemmän tunnetyön taitoja, kykyä tehdä monta asiaa yhtä aikaa, kykyä vaihtaa tehtävästä toiseen sekä vastuurationaalista, sitoutuvaa suhtautumista työhön. Nämä ovat taitoja, jotka on perinteisesti mielletty naistapaisiksi. Naisten pitäisi siis olla vahvoilla uuden työn työmarkkinoilla. Mutta jos näkökulmaksi vaihtaa työelämän heikentymisen nimeen vannovien tutkijoiden (Siltala, Sennett) näkemyksen työstä ja sen vaatimuksista, ei naisten etulyöntiasemasta voi ollakaan niin varma. Näiden tutkijoiden mukaan uusi työ vaatii lyhytjännitteisyyttä, kilpailuhalua ja -kykyä, kykyä pinnalliseen kiinnostukseen ja kykyä olla kiintymättä liikaa. Toisaalta olennaista ei ole vain se, mitä osaa, vaan myös se, mitä uskoo osavansa ja miten osaamisensa esittää.

Olen tehnyt työssäni havainnon, että naiset usein arvioivat osaamistaan ja taitojaan miehiä ankarammin. Olennaista olisi, että kokemuserot suhteessa omaan osaamiseen osattaisiin ottaa huomioon koulutuksessa ja työyhteisöissä niin, ettei naisten osaaminen jäisi huomioimatta ja toisaalta miehiltä ei odotettaisi liikoa.

Työn mielekkyyden kokemista tutkineen Juha Anttilan (2006) mukaan naiset kokevat miehiä useammin työnsä mielekkääksi. Vastaavia tuloksia on saatu Iso-Britanniassa. Anna Clark (1997) on tulkinnut niiden johtuvan sukupuolten erilaisista työhön liittyvistä odotuksista. Hänen mukaansa naiset, joiden työmarkkina-asema on perinteisesti ollut heikompi kuin miesten, ovat taipuvaisempia asettamaan matalampia odotusarvoja työlle ja näin odotusten saavuttaminenkin on helpompaa. Omassa aineistossani ei selvää miesten ja naisten välistä eroa tullut esiin. Vastaaajista valtaosa peräti 80 % koki työnsä mielekkäänä. Työkykyryhmien välinen vertailu osoitti, että naisilla työn mielekkyyden kokemus oli miesten tasolla tai itse asiassa jopa vähän heikompaan alentuneen henkisen ja huonon kokonaistyökyvyn ryhmissä. Alentuneen fyysisen ja varsinkin hyvän työkyvyn ryhmissä työn mielekkyyden kokemus naisilla kasvoi ja oli jo miesten vastaavia ryhmiä yleisempää.

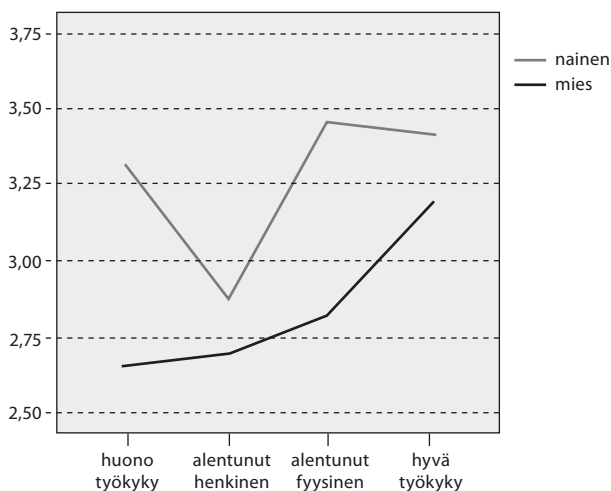
Valtaosa vastaaajista koki myös työroolinsa selkeänä, naiset hieman miehiä useammin. Työkykyryhmittäin kokemus työroolien selkeydestä oli miehillä ja naisilla samankaltainen lukuun ottamatta huonon fyysisen työkyvyn ryhmää, jossa miehet kokivat useammin kuin naiset olevansa epäselvien työrooliodotusten kohteena työssään. Naisilla fyysisen työkyvyn ryhmä koki työroolinsa kaikkein selkeimmäksi.

Kokemus työyhteisön tarjoamista vaikuttamis- ja kehittymismahdollisuuksista

Jotta ihminen voisi tuntea, että työssä vastaan tulevat vaatimukset ovat hallittavissa, hänellä täytyy olla käytettävissään kussakin tilanteessa tarpeellisia voimavaroja. Hänellä tulisi olla työssään riittävästi itsenäisyyttä ja työnsä säätelymahdollisuuksia sekä mahdollisuus saada tarvittavaa koulutusta (Vahtera 1993, 36). Oman tutkimukseni vastaaajista miehet kokivat vaikutusmahdollisuutensa työssä selvästi paremmaksi kuin naiset. Miehistä yli puolet ja naisista runsas kolmannes koki, että heillä oli usein vaikutusmahdollisuuksia työhönsä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu työolo-tutkimuksissa (Aitta 2006, 26–27). Miesten ja naisten ero vaikutusmahdollisuuksien kokemuksessa on mielenkiintoinen. Onko kyse suoraan sukupuoleen liittyvästä vaikutuksesta, jolloin miehille annetaan tai he vaativat naisia enemmän vaikutusmahdollisuuksia työhönsä, vai epäsuorasti naisten ja miesten töihin liittyvistä eroista, jolloin naisten tekemät työt ovat luonteeltaan sellaisia, että vaikutusmahdollisuudet niissä ovat vähäiset?

Kuvassa 2 on tarkasteltu miesten ja naisten kokemusta vaikuttamismahdollisuuksistaan työkykyryhmittäin. Miehillä erityisesti alentuneen henkisen työkyvyn ryhmä arvioi vaikutusmahdollisuutensa työssä vähäisiksi. Naiset kokevat kaikissa työkykyryhmissä vaikutusmahdollisuutensa vähäisemmiksi kuin miehet. Heistä hyvän työ-

kyvyn omaavat kokevat vaikutusmahdollisuutensa työssä muita ryhmiä paremmaksi, mutta tässäkin ryhmässä koetut vaikutusmahdollisuudet jäävät alhaisemmaksi kuin miesten työkykyryhmissä, alentuneen henkisen työkyvyn ryhmää lukuun ottamatta.



KUVA 2. Naisten ja miesten kokemus vaikuttamismahdollisuuksistaan työhönsä eri työkykyryhmissä (keskiarvot, asteikkona 1 = erittäin harvoin, ..., 5 = erittäin usein).

Tarkastellessani vastaajien arviointien pohjalta työnantajan panosta työntekijöiden osaamisen tukemisessa näytti siltä, että koulutukseen pääsyn suhteen naiset olisivat olleet hieman miehiä vahvemmillä. Tehdessäni kuitenkin tarkentavan ristiintaulukoinnin koulutukseen pääsyn kokemuksen ja koulutuspäivien määrän kesken huomasin, että tunne ja todellisuus koulutuksen saamisesta eivät täysin kohdanneet. Vaikka miehet kokivat saavansa koulutusta naisia heikommin, he koulutuspäivien määrien mukaan olivat saaneet koulutusta keskimäärin yhden päivän enemmän kuin naiset.

Tätä sukupuolten välistä eroa merkittävämpi tieto on se, että peräti 60 % vastaajista koki, että heillä oli heikot mahdollisuudet saada koulutusta työnantajansa kustantamana. Kun jatkuvan kehittymisen ja oppimisen varmistaminen on nykyään yksi työelämässä ja markkinoilla menestymisen kulmakivistä, tuntuu tulos yllättävältä. Työolotutkimusten mukaan kehittymismahdollisuuksia työssä on työyhteisöissä parannettu jatkuvasti 70-luvulta lähtien (Lehto & Sutela, 1998). Onko tilanne viime vuosikymmenen aikana muuttunut ratkaisevasti vai ovatko työntekijöiden osaamis- ja koulutustarpeet kasvaneet niin, että olemassa olevat mahdollisuudet tuntuvat riittämättömiltä?

Viimeiseksi siirryn tarkastelemaan työkykyä osallisuuden näkökulmasta, naisten ja miesten kykyä yhdistää työ- ja perherooli toisiinsa, kokemusta sosiaalisen tuen mahdollisuuksista ja kokemusta tasa-arvon toteutumisesta.

Miten yhdistää työ ja perhe

Työkyvyn tarkasteleminen pelkästään työstä ja työajasta käsin antaa palkkatyöelämän ulkopuolisille alueille – ennen kaikkea perheelle ja kodille – täysin passiivisen osan. Työpäivän jälkeen odottaa kuitenkin usein toinen työpäivä, kotityöt ja niistä huolehtimisen vastuu. Ajankäyttötutkimuksissa on laskettu että työssäkäyvät naiset tekevät päivittäin kotitöitä keskimäärin 3t 25 min ja miehet tasan 2 tuntia (Niemi 2002). Viikkotyöajaksi laskettuna naiset tekevät näin noin 10 tuntia pidempää kotityöviikkoa. Kotityöt ja niiden jako ovatkin yksi eniten ristiriitoja aiheuttavista tekijöistä parisuhteessa (Melkas 2004, 36). Työn ja perheen yhteensovittamisongelmien on havaittu olevan yhteydessä myös erilaisiin terveysongelmiin, muun muassa psyykkiseen oireiluun ja sairauspoissaolojen määrään (Toivanen & Kauppinen 2007; Toivanen ym. 2005; Väänänen ym. 2007). Vapaa-aika on myös työkyvyn uusintamisen aikaa. On siis luonnollista olettaa, että vapaa-ajalla ja kotitöiden työnjaolla on vaikutusta myös työkykyyn.

Näkemyks kotityövastuiden jakaantumisesta oli vastaajieni mielestä selkeä. Molempien sukupuolten mielestä naiset edelleenkin vastasivat suurimmasta osasta arkisia kotitöitä. Naiset myös kärsivät useammin huonoa omaatuntoa kotitöiden laiminlyönnistä. Näin naisten tunnollisuus jatkui myös kotitöiden parissa. Lisäksi naiset kokivat pysyvän heikommin yhdistämään palkkatyön ja muun elämän vaatteet. Toisaalta työaikana kotiasiat pyörivät useammin miesten kuin naisten mielessä.

Tasapuolisimmaksi työnjaon kotona kokivat hyvän työkyvyn ja huonon kokonaistyökyvyn ryhmät. Naisista alentuneen fyysisen työkyvyn ryhmällä oli suurin vastuu kotitöistä, ts. tämä ryhmä ei saanut tai osannut levätä myöskään kotona. Toisaalta näyttää siltä, että naiset pitivät osittain itse yllä kotiöiden epätasaista jakaantumista. Vain kolmannes naisista oli sitä mieltä, että heidän puolisonsa teki liian vähän kotitöitä. Vaikka siis naiset yleisellä asennetasolla kannattavat kotitöiden tasajakoa, he henkilökohtaisella tasolla näyttävät toimivan ja tekevän tulkintoja toisin. Veijolan (2004) deonttista neliötä käyttäen voidaan sanoa, että naisten toimintaa suhteessa kotitöihin määrittivät vahvasti velvoite ja miehillä lupa ja osin vapautus. Kaukana eivät ole myöskään ne ajat, jolloin miesten suhdetta kotitöihin määritteli kielto: silloin kotitöiden nähtiin ikään kuin vähentävän miehen miehisyyttä.

Sosiaalinen tuki työkyvyn voimavarana

Raija Julkusen (2008) mukaan yksi selkeimpiä työprosesseissa tapahtuneista muutoksista on työn emotionaalistuminen. Kun työn organisointi on tiimimäistynyt ja verkostoitunut, tunteita joudutaan esittämään ja hallitsemaan yhä enemmän työntekijöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Työn emotionaalisen kuluttavuuden kasvassa työpaikan sosiaalisista suhteista ja työntekijöiden kokemasta sosiaalisesta tuesta on tullut yksi tärkeimmistä työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. Tarkastelin sosiaalista tukea sekä kokemuksena tuen saamisesta että työpaikan sosiaalisissa suhteissa havaittujen häiriötekijöiden kautta.

Eri tahoilta, erityisesti ystäviltä ja työkavereilta saatu sosiaalinen tuki oli naisille selkeä voimavara työstressistä selviämiseen. Työstressitilanteissa naiset kokivat saavansa miehiä useammin tukea niin ystäviltä, työkavereilta, puolisoilta kuin esimiehiltä ja työterveyshuollostakin. Miehet olivat pitkälti puolisoituen varassa ja sitäkin he kokivat saavansa naisia harvemmin. Työkykyryhmiä verratessa tuli esille muutamia eroja miesten ja naisten tuen kokemisessa. Kun naisilla henkisen työkyvyn heikketessä työkavereilta saatu tuki vahvistui, miehillä se heikkeni. Naisten kohdalla taas työterveyshuolto näytti tunnistavan varsin hyvin tuen tarpeen silloin, kun kyse oli fyysisen työkyvyn heikkenemisestä, mutta ei henkisen työkyvyn heikketessä. Miesten kohdalla tilanne oli päinvastainen. Miehillä tuen saannin kokemus on siinä mielessä johdonmukainen, että parhaimmin tukea työterveyshuollosta koki saavansa huonon työkyvyn ryhmä ja vähiten hyvän työkyvyn ryhmä.

Työkykyryhmien kautta tuli esille muitakin mielenkiintoisia seikkoja tuen saannin kokemuksesta. Hälyttävää oli kokemus esimiestuen heikkenemisestä työkykyongelmien yleistyessä. Fyysisistä työkykyongelmista kärsivät kokivat vielä saavansa jonkin verran tukea, mutta naisilla varsinkin alentuneen henkisen työkyvyn ryhmän ja miehillä huonon kokonaistyökyvyn ryhmän kokemus esimiestuen saannista oli vähäistä.

Tukea heikentävien ristiriitojen ja kiusaamisen kokemuksissa ilmeni miesten ja naisten välillä eroja. Tutkimukseni naiset kokivat miehiä useammin, että työntekijöiden välillä esiintyi häiritseviä ristiriitoja. Kokemus kiusaamisen kohteeksi joutumisesta oli yllättävän yleistä: yli puolet naisista ja kolmasosa miehistä ilmoitti joutuneensa joskus kiusaamisen kohteeksi työpaikallaan. Tarkastellessani kiusaamiskokemuksia työkykyryhmittäin kävi ilmi, että alentuneen henkisen työkyvyn ryhmä havaitsi useimmin ristiriitoja työyhteisössään ja koki olleensa kiusaamisen kohteena muita ryhmiä useammin. Erityisen yleinen kokemus oli miesten alentuneen henkisen työkyvyn ryhmässä.

Ongelmat työpaikan ihmissuhteissa liittyivät sekä miehillä että naisilla erityisesti alentuneeseen henkiseen työkykyyn. Työntekijöiden välisillä ristiriidoilla ja kiusaamisen kohteeksi joutumisella näytti olevan vahvempi merkitys miesten henkiselle työkyvyllä. Vaikka naiset kokivat kiusaamista ja kärsivät työyhteisössä esiintyvistä työntekijöiden välisistä ristiriidoista miehiä useammin, miehet näyttivät olevan niille herkempiä. Voisiko olla niin, että naisten sosiaalisen tuen verkostot työpaikalla suojaavat naisia, mutta miehillä niiden puuttuminen tekee miehistä haavoittuvimpia ristiriitoja ja kiusaamista kohdattaessa?

Kokemus työyhteisöjen tasa-arvon toteutumisesta

Osallisuutta työyhteisö- ja toimintaympäristötasolla tarkastelin naisten ja miesten kokeman tasa-arvoisen kohtelun toteutumisen kautta. Vaikka keskeinen työelämää jäsentävä mielikuva on sukupuolineutraalisuus, työelämässä koetaan olevan sukupuoleen liittyvää epätasa-arvoa; sen tunnistaminen omalla työpaikalla on kuitenkin

hankalaa. (Kolehmainen 2005, 18.) Tunnistamisen vaikeudesta huolimatta tutkimukseni vastaajat olivat tehneet havainnot sukupuolen vaikutuksesta tasa-arvoiseen kohteluun. Kokemus epätasa-arvoisesta kohtelusta tuli vahvemmin esiin naisten kokemuksena. Miesvastaajat havaitsivat epätasa-arvoista kohtelua selkeästi harvemmin, mutta silloin kun he sitä havaitsivat, sen katsottiin yleensä suosivan miehiä. Työkykyryhmien välillä ei ollut erityisiä eroja tasa-arvon kokemuksessa. Toisaalta on mahdollista, että epätasa-arvoa ei yleensä tunnisteta omista työyhteisöissä. On myös mahdollista, että lomakekyselyllä ei pystytä täysin tavoittamaan sukupuolen tuottamisen moninaisuutta työyhteisöissä ja sen vaikutusta työkykyyn. Nais- ja miestyypillinen kohtelu ja odotukset työyhteisöissä eivät aina tule esiin epätasa-arvon kokemuksena. Epätasa-arvon kokemus syntyy vasta kun naistyyppillinen arvotetaan miestyypillistä vähäisemmän arvoiseksi.

Koettua tasa-arvoa selvitin pyytämällä vastaajia arvioimaan, esiintyykö heidän työpaikallaan erilaista suhtautumista miehiin tai naisiin: etenemismahdollisuuksien, työvälineiden saannin, arvostuksen, palkan, työtehtävien sisältöjen, työnkuvan rajauksen tai vapaamuotoisen kanssakäymisen suhteen. Lisävalaistusta sukupuolen vaikutuksesta suhtautumiseen sain lomakkeeni toisesta avokysymyksestä, jossa pyysin vastaajia arvioimaan, olivatko he havainneet sukupuolensa vaikuttaneen työssään ja miten.

Vähiten eriarvoisuutta koettiin olevan vapaamuotoisen kanssakäymisen ja työvälineiden saannin suhteen. Vain joka viides nainen ja joka kymmenes mies katsoi, että miehiä suosittiin näiden suhteen. Avovastauksissa naiset toivat esiin sen, että tekniikka nähdään vahvasti miehisenä osaamisalueena ja erilaisten työvälineiden saanti on miehille helpompaa. Miesten sanottiin saavan helpommin ATK-laitteita, työkoneita ja jopa yleisavaimia. Työnkuvan rajaamisen ja työtehtävien sisällön suhteen sukupuolten nähtiin olevan jo hieman useammin epätasa-arvoisessa asemassa. Naisista 30 % ja miehistä 20 % oli sitä mieltä, että miehiä suosittiin. Palkan, etenemismahdollisuuksien ja arvostuksen suhteen miesten suosimisen kokeminen oli selkeintä, sillä noin viidesosa miehistä ja yli 40 % naisista katsoi naisten jäävän miehiä heikompaan asemaan. Arvostuksen puute tuli naisten mielestä esiin esimerkiksi siinä, että nainen ei saavuta uskottavuutta tai saa vietyä ideoitaan läpi samalla tavalla kuin mieskollegat.

Vastaajat siis tunnistivat epätasa-arvon kokemuksia työpaikallaan ja kokemukset olivat yleisempiä naisilla. Voi olla, että naiset olivat herkempiä tekemään havainnot tällaisista tilanteista kuin miehet tai sitten kokemusten omakohtaisuus lisäsi naisten tekemiä havainnot. Miehiä koettiin suosittavan erityisesti etenemismahdollisuuksissa, palkassa ja arvostuksessa. Avovastauksissa naiset toivat esiin käytännön esimerkkejä siitä, miten epätasa-arvoinen kohtelu ilmeni. Työtehtävien sisällöissä ja työn rajauksessa koetun epätasa-arvon naiset arvioivat johtuvan osaksi heistä itseltään, omasta tunnollisesta suhtautumisesta työhön, ja osaksi ulkopuolisista odotuksista. Naiset kokivat, että heiltä odotettiin tarkkuutta ja kiinnostusta naistyyppillisiä asioita kohtaan. Miesten suosimisen voi nähdä myös miehiin kohdistuvina odotuk-

sina. Miehen tulee tietää tekniikasta, saada parempaa palkkaa, edetä urallaan ja olla arvostuksen arvoinen.

Lopuksi

Tutkimukseni pohjalta esitän, että miesten ja naisten työkyky ja sen tulkinta saa vaikutteita sukupuolijärjestykseen perustuvasta opitusta miehen- ja naisenmallista. Tämä näkyy yksilötasolla miesten ja naisten suhteessa toimintakykyynsä, osaamisensa, työhönsä, työn ja perheveloitteiden väliseen suhteeseen sekä tulkintojen että toiminnan tasolla. Aivan samoin se näkyy työyhteisötasolla ja yleisemminkin mielikuvissa, joita me liitämme mies- ja naissukupuoleen.

Miksi tällaisten työkykyyn liittyvien sukupuolitapaisuuksien esille tuominen on sitten tärkeää? Jos työkyvyn heikkeneminen saa sukupuolitapaisia ilmenemismuotoja – miehillä miestapaisia ja naisilla naistapaisia muotoja – on tärkeää osata tunnistaa niitä. Toisaalta sukupuolitapainen reagoiminen toiminta- ja työkyvyn vajeisiin altistaa miehiä ja naisia eri tavalla työkyvyn heikkenemiselle. Mahdollisuus muutokseen sukupuolitapaisuuksien ilmenemisessä voisi kasvattaa mahdollisuutta työkykyisyyteen molemmilla sukupuolilla. Miesten kohdalla vahvan miehen myytin ja työelämässä pärjäämisen paineen murtuminen mahdollistaisi miehenä olemisen laajemman kirjon ja antaisi paremmat mahdollisuudet miehen työkyvyn säilymiselle. Miesten kasvava osallisuus kodin arjesta ja lapsista vahvistaisi miehen asemaa kotona ja vanhempana ja antaisi erilaista merkitystä elämään sekä vastapainoa työlle. Naisten kohdalla vähäisempi tunnollisuus, täydellisyyden tavoittelu ja uhrautuvaisuus työelämässä ja kotona voisi samoin tuottaa vähemmän itsekkäitä, tyytyväisempiä ja työkykyisempiä naisia.

Lähteet

- Aitta, Ulla 2006: Ylemmät toimihenkilönaiset työ- ja aikapaineiden ristiaallokoissa. Teoksessa Lehto, Anna-Maija & Sutela, Hanna & Miettinen, Arto (toim.): Kaikilla mausteilla. Artikkeleita työolotutkimuksesta. Tutkimuksia 244. Tilastokeskus. Helsinki, 17–36.
- Anttila, Juha 2006: Työn mielekkyydestä ja mielettömyydestä. Työpoliittinen tutkimus 305. Työministeriö. Helsinki.
- Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo & Huttunen, Jussi 1997: Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö. Edita. Helsinki.
- Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) 2002: Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.
- Casey, Catherine 1995: Work, Self and Society After Industrialism. Routledge. London.
- Clark, Anna 1997: Struggle for the breeches. Gender and the making of the British working class. University of California Press. Berkeley.
- Gould, Raija & Takala, Mervi & Lundqvist, Bo 1991: Työ vai eläke? Yksilöllisellä varhaiseläkkeellä olevien ja työssäkäyvien vertailu. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1:1991. Helsinki.

- Haavio-Mannila, Elina 1984: Työn muuttuminen. Teoksessa Haavio-Mannila, Elina & Jallinoja, Riitta & Strandell, Harriet. Perhe työ ja tunteet. Ristiriitoja ja ratkaisuja. WSOY. Juva, 10–36.
- Janatuinen, Esa 2001: Miksi ennenaikaiselle eläkkeelle? Tutkimus valtion työntekijöiden työkyvyttömyyseläkkeelle, yksilölliselle varhaiseläkkeelle ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen taustoitusta. Valtiokonttori. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Jokinen, Eeva 2004: Sukupuoli tapana. Tutkiva sosiaalityö. Talentia-lehti ja Sosiaalityön tutkimuksen seura, 5–8.
- Jokinen, Eeva 2005: Aikuisten arki. Gaudeamus. Helsinki.
- Julkunen, Raija 2008: Uuden työn paradoksit. Vastapaino. Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Mannila, Simo 2001: Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Kuntoutus 24:3, 3–11.
- Kinnunen, Merja 2001: Luokiteltu sukupuoli. Vastapaino. Jyväskylä.
- Kinnunen, Merja & Korvajärvi, Päivi (toim.) 1996: Työelämän sukupuolistavat käytännöt. Vastapaino. Jyväskylä.
- Kolehmainen, Sirpa 1999: Naisten ja miesten työt. Työmarkkinoiden segregoituminen Suomessa 1970–1990. Tutkimuksia 227. Tilastokeskus. Helsinki.
- Kolehmainen, Sirpa 2005: Doing Gender in Organizations. Teoksessa Kolehmainen, Sirpa (toim.) Research and Development of Gender Equality in Working Life. Työraportteja 73/2005. Tampereen yliopisto, 11–26.
- Kortteinen, Matti 1992: Kunnian kentät. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona. Hanki ja jää. Hämeenlinna.
- Korvajärvi, Päivi 1996: Sukupuoli työpaikalla. Teoksessa Kinnunen, Merja ja Korvajärvi, Päivi (toim.) Työelämän sukupuolistavat käytännöt. Vastapaino. Jyväskylä, 89–108.
- Lehto, Anna-Maija & Sutela, Hanna 2008: Työolojen kolme vuosikymmentä. Työolotutkimuksen tuloksia 1977–2009. Tilastokeskus. Helsinki.
- Melkas, Tuula 2004: Tasa-arvobarometri 2004. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki.
- Sennett, Richard 2002: Työn uusi järjestys. Miten uusi kapitalismi kuluttaa ihmisen luonnetta. Vastapaino. Tampere.
- Seppänen, Juhani 2004: Hullu paljon työtä tekee. Otava. Keuruu.
- Siltala, Juha 2004: Työelämän huonontumisen lyhyt historia. Otava. Helsinki.
- Toivanen, Minna & Kauppinen, Kaisa 2007: Eri elämäntilanteiden tasapaino. Teoksessa Kauppinen, Kaisa ym. (toim.): Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos. Helsinki, 139–151.
- Toivanen, Matti & Väänänen, Ari & Ala-Mursula, Leena & Linna, Aimo & Vahtera, Jussi 2005: Eri elämäntilanteille kiinnittyminen, kielteinen siirtymä työstä perheeseen ja psyykinen oireilu naisilla ja miehillä. Työ ja ihminen 19:1, 17–33.
- Vahtera, Jussi 1993: Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja. Lisänumero 1/93. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Van Gundy, Karen 2002: Gender, the Assertion of Autonomy, and the Stress Process in Young Adulthood. Social Psychology Quarterly. 65:4, 346–363.
- Veijola, Soile 2004: Pelaaajan ruumis. Teoksessa Jokinen, Eeva & Kaskisaari, Marja & Husso, Marita (toim.): Ruumis töihin, käsite ja käytäntö. Vastapaino. Tampere.
- Väänänen, Ari & Toivanen, Minna & Pentti, Jaana & Vahtera, Jussi 2007: Työstä kotiin suuntautuva ristiriita sairaus poissaolojen ennustajana sosioekonomisissa ryhmissä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44, 99–108.

Kuntoutus ei aina käynnisty

Tutkimus ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen saaneista työeläkevakuutetuista¹

Johanna Estama ja Anne-Mari Arola

Johdanto

Työeläkelaitosten ammatillisella kuntoutuksella tarkoitetaan toimenpiteitä, jotka tukevat työelämään vakiintuneen henkilön mahdollisuuksia saada tai säilyttää hänelle soveltuva työ sairaudesta, viasta tai vammasta huolimatta. Työelämään vakiintuneella työntekijällä on vuodesta 2004 lähtien ollut subjektiivinen oikeus saada työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi tarkoituksenmukaista ammatillista kuntoutusta, mikäli todettu sairaus, vika tai vamma todennäköisesti aiheuttaa työkyvyttömyysuhan noin viiden vuoden sisällä. Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä ovat työkokeilu, työhönvalmennus, uudelleen-koulutus, oppisopimuskoulutus tai kurssit, neuvonta ja ohjaus kuntoutusasioissa sekä elinkeinotuki. (Työntekijän eläkelaki 2006, 25 §.)

Ammatillisen kuntoutuksen avulla pyritään edistämään työikäisten ansiotyössä pysymistä tai sinne palaamista ja näin pidentää työuria sekä säästää eläkemenoja. Tämän takia ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuteen ja onnistumiseen liittyvät tutkimukset ovat tärkeitä. Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta tai onnistumista on mitattu sillä, onko ammatillisen kuntoutuksen avulla parannettu työkykyä ja terveydentilaa ja ehkäisty tätä kautta ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymistä (Saari 2004, 144). Toinen tapa analysoida ammatillista kuntoutusta on etsiä erilaisia kuntoutusprosessin kitkakohtia, joissa esiintyviä pulmia poistamalla voidaan parantaa ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta (Saari & Forma 2003, 3).

Ammatillisen kuntoutusprosessin käynnistymiseen ja etenemiseen liittyy monenlaisia kitkakohtia. Saari ja Forma (2003) kiinnittävät huomiota erityisesti kuntoutustarpeen havaitsemiseen ja työhön paluuseen kuntoutusprosessin päättyessä. Ammatillisen kuntoutusprosessin onnistumisessa kuntoutusjärjestelmien yhteistyöllä ja vastuunjaon selvyydellä on todettu olevan merkitystä. Aiempien tutkimusten mukaan kuntoutusprosessin onnistumisen edellytyksenä on myös kuntoutuksen varhainen aloittaminen (esim. Marnetoft & Selander & Bergroth & Ekholm 2001) ja kuntoutujan motivaatio (esim. Berglund & Gerner 2002). Kuntoutussuunnitelman laatiminen luo pohjan kuntoutujan motivaation kehittymiselle (Härkäpää & Järvikoski 1995, 174).

1. Artikkelin perustuu pro gradu -tutkielman yhteydessä koottuun aineistoon (Arola & Estama 2010).

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olivat ammatillisen kuntoutusprosessin käynnistämiseen liittyvät ongelmat. Lähtökohtana tutkimukselle oli Keskinäinen eläkevakuutusyhtiö Eteran halu selvittää niiden kuntoutuksen tarpeessa olevien työeläkevakuutettujen tilannetta, joilla kuntoutus ei ole käynnistynyt myönteisestä ennakkopäätöksestä tai kuntoutuskehotuksesta huolimatta. Myönteinen ennakkopäätös kuntoutuksesta voidaan antaa silloin, kun hakijalla on työeläkekuntoutusta hakiessaan julkisesta terveydenhuollosta tai työterveyshuollosta saatu lausunto työkyvyttömyyden uhkasta ja kuntoutustarpeesta, mutta ei varsinaista kuntoutussuunnitelmaa. Työeläkelaitos voi tällöin hakemuksen käsittelyn jälkeen antaa asianomaiselle kirjallisen päätöksen hänen oikeudestaan ammatilliseen kuntoutukseen (ns. ennakkopäätös) ja ohjeet kuntoutusasian jatkokäsittelyä varten. Ennakkopäätös on voimassa yhdeksän kuukauden ajan, ja sinä aikana hakija voi toimittaa työeläkelaitokseen kuntoutussuunnitelman, josta käy ilmi, minkälaista kuntoutusta hän on yhdessä hoitavan tahon kanssa suunnitellut (Työntekijän eläkelaki 2006, 27 §; Ammatillisella kuntoutuksella... 2011). Jos kuntoutushakemuksessa on alustava kuntoutussuunnitelma, hakijaa ohjataan sen jatkovalmistelussa. Jos suunnitelmaa ei ole, hakijaa ohjataan ja neuvotaan tarkoituksenmukaisen suunnitelman valmistelussa. (Työeläkelakipalvelu 2007.) Kuntoutuskehotuksen työeläkevakuutettu voi saada työkyvyttömyyseläkkeen käsittelyn yhteydessä. Lain mukaan eläkelaitoksen on huolehdittava siitä, että eläkettä hakevalle annetaan tietoja kuntoutusmahdollisuuksista ja että hänet ohjataan kuntoutustarvettaan vastaavaan kuntoutukseen tai muiden palveluiden piiriin yhteistyössä muiden tahojen kanssa. (Työntekijän eläkelaki 2006, 53 §).

Työeläkekuntoutusta koskeissa tutkimuksissa on usein todettu, että työssäolo-olosuhteet ovat varsin korkeita kuntoutuksen jälkeen (esim. Saari & Forma 2003, Saarnio 2010). Tällöin on yleensä tarkasteltu niitä kuntoutujia, joiden kuntoutussuunnitelma on hyväksytty ja jotka ovat saaneet siihen perustuvan lopullisen kuntoutuspäätöksen. Tämän tutkimuksen kohderyhmä oli valittu toisin: tarkastelun kohteena olivat ne kuntoutustarpeessa olevat, jotka syystä tai toisesta karsiutuvat kuntoutuksesta jo ennen varsinaisen kuntoutussuunnitelman hyväksymistä.

Tutkimustehtävänä oli selvittää niiden henkilöiden elämäntilannetta, jotka olivat saaneet Eteralta myönteisen ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen ammatilliseen kuntoutukseen, mutta joilla kuntoutus ei kuitenkaan ollut käynnistynyt ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen saamisen jälkeen. Erityisesti haluttiin tietää, millaiset tekijät olivat syynä siihen, että ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet eivät olleet heidän kohdallaan edenneet todetusta kuntoutustarpeesta huolimatta. Tutkimuskysymykset olivat, (1) millaisessa tilanteessa kyseiset vakuutetut olivat tutkimushetkellä ja millainen oli heidän työkykynsä ja koettu kuntoutustarpeensa sekä (2) millaisia kokemuksia heillä oli työkykynsä ja kuntoutukseensa liittyvien asioiden hoitamisesta.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen perusjoukoksi määriteltiin Keskinäisen eläkevakuutusyhtiö Eteran asiakkaat (työeläkevakuutetut),

- joilla oli todettu työkyvyttömyyden uhka ja jotka olivat saaneet ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen ammatilliseen kuntoutukseen, mutta
- joilla kuntoutus ei kuitenkaan ollut käynnistynyt ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen saamisen jälkeen ja
- jotka eivät olleet myöskään saaneet päätöstä pysyvästä työkyvyttömyyseläkkeestä.

Otokseen valittiin aikavälillä 1.1.2006–28.2.2008 ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen saaneet henkilöt, joita oli yhteensä 308.

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin lomakekyselyä. Kyselylomakkeessa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kysymyksiä muodostettiin seitsemän eri aihealueen alle, joita olivat taustatiedot, työtilanne, terveys ja työkyky, kuntoutuspalveluihin osallistuminen, kuntoutustarve ja -motivaatio, elämänlaatu sekä työelämässä selviytyminen. Koettua terveyttä ja työkykyä selvitettiin kysymyksillä, joissa vastaajia pyydettiin antamaan pistemäärä nykyiselle terveydentilalle tai työkyvylle verrattuna elinaikaiseen parhaimpaan pistemääräasteikolla 0–10. Koettua tarvetta Eteran järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen, tarvetta muuhun kuin ammatilliseen kuntoutukseen sekä suunnitelmia eläkkeelle siirtymisestä arvioitiin kolmiportaisella asteikolla (1 = ei, 2 = mahdollisesti, 3 = kyllä) ja motivoitumista ja innostusta ammatilliseen kuntoutukseen neliportaisella asteikolla (1 = en lainkaan motivoitunut, en usko siitä olevan itselleni hyötyä, ..., 4 = erittäin motivoitunut ja innostunut). Vastaajien kokemuksia ja toiveita kuntoutusasioiden hoitamisesta selvitettiin väittämällä, joihin vastattiin 5-portaisella asteikolla (1 = täysin eri mieltä, ..., 5 = täysin samaa mieltä).

Etera poimi tutkimuksen otoksen asiakastietokannastaan ja huolehti kyselylomakkeiden postituksesta. Palautusprosentin parantamiseksi vastaajien kesken arvottiin kaksi lahjakorttia. Vastauksia palautui kyselyn ja uusintakyselyn jälkeen 168, joten vastausprosentiksi muodostui 54,5 %. Lomakkeisiin vastattiin nimettöminä, eivätkä tutkijat saaneet vastanneiden henkilötietoja missään vaiheessa.

Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelman avulla. Tutkimusmenetelminä käytettiin suoria jakaumia, tunnuslukuja, ristiintaulukointia sekä khiin neliötestiä. Vastaajien kokemuksia ja mielipiteitä kuntoutusasioiden hoitamisesta koskevia väitteitä analysoitiin korrelaatio- ja faktorianalyysillä. Eläkkeelle siirtymistä koskevaa harkintaa selittäviä tekijöitä tarkasteltiin logistisen regressioanalyysin avulla. Osa tuloksista esitettiin niin, että vastauksista rajattiin pois eläkkeellä tai muussa vastaavassa tilanteessa olevat henkilöt. Pysyvällä eläkkeellä olevat eivät ennakkotiedon mukaan kuuluneet kohderyhmään.

Tulokset

Vastaajien taustat ja nykytilanne

Kyselyyn vastanneista 168 työeläkevakuutetusta oli miehiä 90 %. Iältään vastaajat olivat 23–61-vuotiaita keski-ikä ollessa 47 vuotta. Heistä 78 % työskenteli tai oli työskennellyt rakennusalailla ja 85 % työskenteli tai oli työskennellyt työntekijäammattissa. Peruskoulutukseltaan vastaajat olivat yleensä peruskoulun tai kansakoulun käyneitä ja ammatilliselta koulutukseltaan ammattikoulun tai ammatillisen tutkinnon suorittaneita. 15 %:lla ei ollut ammatillista koulutusta.

Vastaajista 23 % oli kyselyhetkellä ansiotyössä, 6 % opiskelijana, 25 % sairauslomalla ja työttömänä tai lomautettuna 18 %. Heistä 28 % ilmoitti olevansa eläkkeellä tai muussa vastaavassa tilanteessa. Suurella osalla (82 %) niistä vastaajista, jotka eivät olleet kyselyhetkellä ansiotyössä, ansiotyöstä poissaoloaika oli venynyt yli vuoden mittaiseksi.

Vastaajat arvioivat terveydentilansa ja työkykynsä alhaisiksi. Terveydentilan pistemäärän (0–10) keskiarvo oli 3,72 ja työkyvyn 3,33. Yleisin ilmoitettu sairaus oli tuki- ja liikuntaelinten sairaus. Vastaajista 71 %:n mielestä sairaus tai vamma häiritsi työssä selviytymistä paljon, 17 %:n mielestä jonkin verran ja 12 %:n mielestä ei lainkaan. Sairauden tai vamman lisäksi työssä selviytymistä häiritsivät tai olivat haitanneet eniten työn fyysinen raskaus, vaikeat työasennot sekä kiire ja kireä aikataulu. Vastaajat olivat epävarmoja omista mahdollisuuksistaan työskennellä terveyden puolesta kahden vuoden kuluttua, sillä heistä 45 % vastasi ”tuskin pystyn” ja 34 % ”en ole varma” asiaa kartoittaneeseen kysymykseen. Toisaalta noin viidennes vastaajista arvioi pystyvänsä melko varmasti työhön kahden vuoden kuluttua, aikaisemmin todetusta työkyvyttömyyden uhkasta huolimatta. Samanlainen epävarmuus heijastui tuloksista silloinkin, kun aineistosta rajattiin pois eläkkeellä/muussa vastaavassa tilanteessa olevat: 117 vastaajasta 31 % vastasi ”tuskin pystyn”, 43 % ”en ole varma” ja noin neljännes ”melko varmasti pystyn” kysymykseen.

Työelämän ulkopuolella olevista vastaajista 45 % halusi palata kyselyhetkellä työelämään, mutta 46 % uskoi mahdollisuuden sopivan työpaikan löytämisen olevan erittäin huono tai huono. Haluun palata työelämään vaikutti kielteisesti ansiotyöstä poissaoloajan pituus sekä myönteisesti koettu terveys ja työkyky ($p < 0,05$). Ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymistä oli harkinnut 68 % siitä vastaajaryhmästä, josta jo eläkkeellä tai muuten työvoiman ulkopuolella olevat oli rajattu pois. Yleisin peruste ennenaikaisen eläkkeen harkintaan oli terveyden heikentyminen. Ristitulosuhteen tarkastelu osoitti, että yhden terveystepsteen väheneminen kasvatti riskiä harkita eläkkeelle siirtymistä 1,352-kertaiseksi ja yhden työkykytasteen väheneminen 1,375-kertaiseksi.

Vastaajilta kysyttiin arviota siitä, riittäisivätkö heidän taitonsa ja pätevyytensä nykyistä tai viimeisintä työtä vaativampaan työhön. 56 % ilmoitti, että taidot ja pätevyys riittäisivät nykyistä tai viimeisintä työtä vaativampaan työhön ja 44 %:n mielestä ei. Arvio oli yhteydessä vastaajan työtilanteeseen ($p < 0,05$), koettuun työkykyyn ($p < 0,001$) ja koettuun terveydentilaan ($p < 0,05$). Työssä olevista 91 % arvioi

taitojensa ja pätevyytensä riittävän nykyistä työtä vaativampaankin työhön, kun esimerkiksi sairauslomalla olevista 61 % katsoi, että ne eivät riittäisi.

Ammatillisen kuntoutuksen tarvetta tai mahdollista tarvetta koki 66 % vastaajista. Kun aineistosta rajattiin pois eläkkeellä tai muussa vastaavassa tilanteessa olevat, ilmoitti 77 % tarvitsevansa tai mahdollisesti tarvitsevansa ammatillista kuntoutusta. Eniten Eteran tarjoamista ammatillisen kuntoutuksen palveluista toivottiin neuvontaa ja ohjausta kuntoutus- ja ammatinvalinta-asioissa sekä ammatillista uudelleen koulutusta, oppisopimuskoulutusta tai kursseja. Melko tai erittäin motivoituneita ammatilliseen kuntoutukseen oli 56 % vastaajista. Ansiotyössä olevilla vastaajilla motivoituneiden osuus oli 83 %. Ammatillisen kuntoutuksen tarve ja motivaatio ammatilliseen kuntoutukseen vähenivät sen mukaan, mitä kauemmin vastaaja oli ollut poissa ansiotyöstä. Yli 5 vuotta ansiotyöstä poissa olleista jopa 60 % oli sitä mieltä, etteivät he ole ammatillisen kuntoutuksen tarpeessa. Ammatilliseen kuntoutustarpeeseen ja -motivaatioon olivat yhteydessä myös vastaajan koettu työkyky ja koettu terveys. Myös halu palata työelämään ($p < 0,000$) sekä se, että vastaaja uskoi terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemään kahden vuoden kuluttua ($p < 0,001$), oli yhteydessä ammatillisen kuntoutuksen tarpeeseen.

Ennakkopäätökseen ja kuntoutuskehotukseen reagoiminen

Vastaajilta kysyttiin erikseen, olivatko he omasta mielestään saaneet ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen ammatilliseen kuntoutukseen. Vastaajista 42 % ilmoitti saaneensa ennakkopäätöksen ja 13 % kuntoutuskehotuksen. Ristiintaulukoitaessa ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen saamista koskevat vastaukset havaittiin, että yhteensä 64 työeläkevakuutettua eli 38 % kyselyyn vastanneista ilmoitti, ettei ollut saanut kuntoutuskehotusta tai ennakkopäätöstä, tai vastasi vaihtoehdolla ”en tiedä”. Seitsemän prosenttia jätti vastaamatta kysymyksiin.

Vastaajilta tiedusteltiin myös, ymmärsivätkö he mielestään, millaisiin toimenpiteisiin heidän toivottiin ryhtyvän ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen saamisen jälkeen. Heistä 33 % ilmoitti ymmärtäneensä täysin ja 26 % osittain, millaisiin toimenpiteisiin hänen toivottiin ryhtyvän. Työeläkevakuutettuja, jotka eivät muistaneet saaneensa ennakkopäätöstä tai kuntoutuskehotusta tai eivät olleet lainkaan ymmärtäneet, millaisiin toimenpiteisiin heidän toivottiin ryhtyvän, oli yhteensä 41 %.

Kokemukset kuntoutusasioiden hoitamisesta

Vastaajilta kysyttiin mielipidettä siitä, oliko heidän työkykynsä alenemisen uhkaan reagoitu ajoissa. Vain 12 % vastaajista katsoi, että reagointi oli tapahtunut ajoissa. Yli puolet, 59 %, vastaajista oli sitä mieltä, että työkyvyn alenemisen uhkaan ei oltu reagoitu ajoissa, ja 29 % ei halunnut ottaa asiaan kantaa. Kysyttäessä, kuka tai mikä taho oli ensimmäisenä ryhtynyt toimenpiteisiin työkyvyn alenemisen uhkan havaittuaan, yleisin vastaus oli asianomainen henkilö itse.

Vastaajien mielipiteitä ja käsityksiä kuntoutusasioiden hoitamisesta sekä työterveyshuollon ja työeläkelaitoksen toiminnasta niissä kartoitettiin kolmellatoista väit-

tämällä. Ne sijoittuivat faktorianalyyssissa kolmelle faktorille, jotka nimettiin seuraavasti: (1) työpaikan ja työterveyshuollon suhtautuminen kuntoutusasioihin, (2) kuntoutusasioissa saatu tuki ja (3) Eteran toiminta kuntoutusasioiden hoidossa.

Taulukossa 1 on esitetty yksi keskeinen väittämä kultakin kolmelta faktorilta. Lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä, ettei ollut saanut riittävästi tukea kuntoutussuunnitelman laatimiseen, kun taas noin kolmannes koki saaneensa tukea riittävästi. Kaikista vastaajista 59 % katsoi, että työterveyshuolto ei ollut antanut riittävästi apua työmahdollisuuksien pohdintaan. Vastaajista 43 % koki, ettei ollut myöskään saanut riittävästi ohjausta ja tietoa Eteralta kuntoutusasioissa.

TAULUKKO 1. Vastaajien mielipiteitä kuntoutusasioiden hoitamisesta

	Eri mieltä (%)	Ei eri eikä samaa mieltä (%)	Samaa mieltä (%)
Olen saanut riittävästi tukea kuntoutussuunnitelman laatimiseen.	47	20	33
Olen saanut työterveyshuollolta paljon apua omia työmahdollisuuksia pohtiessani	59	23	18
Olen saanut Eteralta riittävästi ohjausta ja tietoa kuntoutusasioissani	43	26	31
Toivoisin, että Etera olisi minuun yhteydessä muutenkin kuin kirjeitse	13	35	52

Taulukon 1 neljäs väittämä koskee vastaajien käsityksiä eläkelaitoksen yhteydenpidon muodoista. Yli puolet vastaajista toivoi, että Etera olisi heihin yhteydessä muutenkin kuin kirjeitse.

Kuntoutusasioiden hoitoa koskevia väittämiä tarkasteltiin myös sen mukaan, oliko vastaaja ilmoittanut ymmärtäneensä saatuun ennakkopäätökseen tai kuntoutuskehotukseen sisältyneet ohjeet. Niistä vastaajista, jotka eivät katsoneet lainkaan ymmärtäneensä ohjeita, 83 % koki, ettei ollut saanut riittävästi tukea kuntoutussuunnitelman laatimiseen, 73 % koki, etteivät Eteran tarjoamat kuntoutustoimenpiteet vastaa omia toiveita, 70 % koki Eteran asiakirjojen ja esitteiden olevan vaikeasti ymmärrettäviä ja 78 % koki, ettei ollut saanut riittävästi ohjausta ja tietoa Eteralta kuntoutusasioissa.

Ammatillisen kuntoutuksen käynnistymisen ongelmat

Vastaajilta kysyttiin, mitä he pitivät pääasiallisena syynä siihen, että ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet eivät olleet käynnistyneet. Tavallisin vastaajien antama syy siihen, että toimenpiteet eivät olleet käynnistyneet, oli terveyden tai työkyvyn kokeminen liian heikoksi, jotta voisi osallistua ammatilliseen kuntoutukseen (60 mainintaa).

Toiseksi useimmin oli valittu vaihtoehto ”erilaiset kuntoutuksen käytännön järjestelyihin liittyvät hankaluudet” (22 mainintaa). Kuntoutuksen käytännön järjestelyjä olivat esimerkiksi toimenpiteet kuntoutussuunnitelman laatimiseksi. Vaihtoehdon ”en koe hyötyväni ammatillisesta kuntoutuksesta” oli valinnut 10 vastaajaa, ja taloudelliset syyt mainitsi yhtä moni. Muutama vastaaja ilmoitti haluavansa jatkaa nykyisessä työssään eläkkeelle siirtymiseen saakka. Perhesyyt mainitsi myös pari vastaajaa. Yksittäisiä mainintoja saivat myös muun muassa se, että sairauden kannalta sopivaa työtä tai ammattia ei ollut löytynyt tai oli saanut kielteisen päätöksen haettuun koulutukseen, lyhyet työsuhteet, onnettomuuteen joutuminen, kuntoutusajan umpeutuminen tai kuntoutuksen siirto eri työeläkelaitokselle.

Pohdinta

Artikkelissa on tarkasteltu niiden työeläkevakuutettujen tilannetta, jotka olivat saaneet ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen ammatilliseen kuntoutukseen, mutta joiden ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet eivät olleet käynnistyneet. Tutkimuksessa liikutaan hyvin tutkimattomalla alueella, sillä tällaisesta ryhmästä on kaiken kaikkiaan kovin vähän tietoa.

Tutkimuksessa selvitettiin kohderyhmän elämäntilannetta yleensä sekä erityisesti syitä siihen, miksi ammatillinen kuntoutusprosessi ei ollut edennyt. Vastaajien elämäntilanteet vaihtelivat paljon. Osa oli edelleen työssä tai koulutuksessa, osa työttömänä tai lomautettuna, osa sairauslomalla tai kuntoutustuella tai muuten työvoiman ulkopuolella. Suurimmalla osalla koettu työkyky on alentunut, mutta vastaajissa on myös niitä, jotka eivät koe työkykyään heikentyneeksi ja jotka uskovat pystyvänsä työhön myös kahden vuoden kuluttua. Kuntoutuksen tarvetta ilmaistiin paljon, ja kuntoutusta toivoivat useammin ne, jotka eivät olleet kuntoutustuella tai muuten työvoiman ulkopuolella.

Kuntoutusprosessin käynnistymisongelmia selittävät tulosten mukaan monet tekijät: 1) työkyvyn alenemisen uhkaa ja sitä myötä kuntoutustarvetta ei ole havaittu ajoissa, mikä on osaltaan vahvistanut eläkeorientaatiota, 2) työeläkevakuutetun saaman ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen sisältäneen asiakirjan sisältö tai tarkoitus on jäänyt hänelle enemmän tai vähemmän epäselväksi, 3) työkykyyn/kuntoutukseen liittyvissä ongelmissa ei ole saatu tarvittavaa tukea eikä siten ole osattu tai jaksettu viedä omaa kuntoutusprosessia eteenpäin.

Kuntoutuksen varhaista aloittamista on yleensä pidetty tärkeänä kuntoutusprosessin onnistumisen kannalta (vrt. Marnetoft & Selander & Bergroth & Ekholm 2001; Härkäpää 2002). Työeläkekuntoutuksen vuoden 2004 lakiuudistuksen yksi tärkeä tavoite oli varhenta kuntoutuksen aloittamista ja näin luoda mahdollisimman hyvät edellytykset kuntoutuksen vaikuttavuudelle (Gould & Härkäpää & Järvikoski & Laisola-Nuotio & Lehikoinen & Saarnio 2007, 7). Lakiuudistuksesta huolimatta kuntoutuksen varhaisessa aloittamisessa on edelleen havaittu ongelmia. Esimerkiksi työeläkekuntoutuksen toimivuutta selvittäneessä hankkeessa todettiin,

että työeläkekuntoutujista lähes kaksi kolmasosaa katsoi kuntoutuksen alkaneen liian myöhään. Kuntoutuksen kokemisessa myöhäiseksi voi olla kyse esimerkiksi kuntoutustarpeen varhaisen havaitsemisen vaikeudesta ja kuntoutukseen johtavien palveluketjujen karikoista (mt. 2007, 42.) Tämän tutkimuksen vastaajista ainoastaan runsas kymmenesosa oli sitä mieltä, että työkyvyn alenemisen uhkaan oli heidän kohdallaan reagoitu ajoissa. Vastaajista 59 % oli sitä mieltä, että uhkaan reagoiminen oli tapahtunut liian myöhään.

Osa kuntoutuskehotuksen saaneista henkilöistä on todennäköisesti ollut kehotuksen saadessaan jo vahvasti orientoituneita eläkkeelle siirtymiseen. Sen vuoksi he eivät ole todennäköisesti myöskään olleet kiinnostuneita ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksista (vrt. Forma 2004, 45), vaan ovat mieluummin halunneet hakea uudestaan eläkettä. Hakolan (2000) tutkimuksessa on todettu, että hylättykin eläkehakemus lisää todennäköisyyttä siirtyä ennenaikaiselle eläkkeelle.

Vastaajista kaksi viidestä ei muistanut saaneensa ennakkopäätöstä tai kuntoutuskehotusta tai ei ollut tiennyt, millaisiin toimenpiteisiin heidän toivottiin ryhtyvän päätöskirjeen saamisen jälkeen. Heillä on luultavasti ollut vaikeuksia tulkita päätöskirjeen sisältöä, mikä on vaikeuttanut kuntoutusprosessin viemistä eteenpäin ja kuntoutussuunnitelman tekoa. Voidaankin kysyä, ovatko ammatillista kuntoutusta koskevat päätökset, esitteet ja asiakirjat sellaista viranomaiskieltä, että henkilöt, jotka eivät tunne kuntoutusjärjestelmää, eivät tiedä, miten niihin tulisi reagoida. Tähän viittaa ainakin tutkimuksessa saatu tulos, jonka mukaan valtaosa niistä vastaajista, jotka eivät olleet mielestään ymmärtäneet saamaansa päätöstä, pitivät työeläkelaitoksen asiakirjoja ja esitteitä vaikeasti ymmärrettävinä. Monet näistä vastaajista olivat yksityksissä terveydenhuolto- ja kuntoutusjärjestelmässä.

Yli puolet vastaajista toivoi työeläkelaitoksen olevan yhteydessä muutenkin kuin kirjeitse. Ammatillisen kuntoutuksen ohjaukseen liittyviä toimintatapoja tulisi kehittää siten, että ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen lähettämisen yhteydessä työeläkelaitos olisi aina yhteydessä myös puhelimitse ja varmistaisi, että kuntoutusasia etenee. Toinen vaihtoehto olisi järjestää työeläkevakuutetulle muita ohjauksen ja tuen muotoja. Työeläkelaitos voisi olla yhteydessä päätöskirjeen vastaanottajan lisäksi kotipaikkakunnan työterveyshuoltoon tai työnantajaan, jotka voisivat osaltaan vaikuttaa siihen, että työeläkevakuutetun kuntoutusprosessi käynnistyy asianmukaisesti.

Huomattavalla osalla vastaajista kokemukset ja mielipiteet kuntoutusasioiden hoitamisesta olivat kielteisiä. Selkeimmin nousi esiin työterveyshuolloilta saadun tuen puute, Eteralta saadun ohjauksen ja tiedon puute sekä kuntoutussuunnitelman laatimisessa tarvittun tuen puute. Ammatillisen kuntoutuksen käynnistyminen edellyttää hyväksytyä kuntoutussuunnitelmaa, jonka tekemisessä asiakasta tulisi tarvittaessa tukea. Lähes puolet vastaajista koki, etteivät he olleet saaneet tätä tukea riittävästi. Kuntoutussuunnitelma on voinut jäädä kokonaan tekemättä, minkä takia ammatillinen kuntoutuskaan ei ole voinut käynnistyä. Voidaan toisaalta kysyä,

miksi asiakkaan oma rooli asioiden hoitamisessa on jäänyt niin passiiviseksi. Tämä jää muiden tutkimusten selvitettäväksi.

Tulosten perusteella näyttää joka tapauksessa selvältä, että tutkimuksen kohderyhmän tilanteeseen on kiinnitettävä aikaisempaa enemmän huomiota. Ammatillisen kuntoutuksen käynnistymisvaiheen toimintaa on pyrittävä kehittämään asiakkaan lähtökohdista käsin. Moni kuntoutusasiakas on yksin palveluviidakossa etsiessään tarvitsemiaan palveluita ja ohjausta kuntoutusasioissaan. Varhaisen kuntoutustarpeen tunnistamiseen liittyviä käytäntöjä tulisi selkiyttää, jotta eri tahoilla olisi selkeä käsitys siitä, missä vaiheessa työntekijän työkyvyn heikentymiseen tulee puuttua. Kuntoutustarpeen tunnistamiseen liittyvää koulutusta ja yhteistyötä eri tahojen välillä tulisi lisätä, jotta yhteinen ymmärrys asioiden hoitamisesta vahvistuisi.

Tutkimuksen tuloksia arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota muutamaa menettelmää koskeviin seikkoihin. Tarkastelun kohteena oli yksi eläkelaitos, jonka työeläkevakuutetut poikkeavat taustansa vuoksi monien muiden työeläkelaitosten vakuutetuista. Vastausprosentti jäi suhteellisen matalaksi (54,5 %), mikä on ongelma sen vuoksi, että kadon laatua ei ollut mahdollista arvioida. Tutkimuksella on tapaustutkimuksellinen luonne, eikä tuloksia voida yleistää työeläkelaitosten asiakaskuntaa tai kuntoutustoimintaa koskeviksi. Kyse on kuitenkin ilmiöstä, joka koskettaa työeläkelaitosten kuntoutustoimintaa myös yleisemmin. Tutkimusta voidaan kuvata ennen kaikkea eksploratiiviseksi: sen myötä oli mahdollista nostaa esiin vaille huomiota jäänyt osa-alue työeläkekuntoutuksessa.

Lähteet

- Ammatillisella kuntoutuksella takaisin työelämään. Opas työntekijälle, yrittäjälle ja työnantajalle 2011. Keskinäinen Eläkevakuutusyhtiö Etera. [pdf-dokumentti]. <https://www.etera.fi/SiteCollectionDocuments/Julkaisut/Elaketurva_Ammatillinen_kuntoutus/5004B_Ammat_kunt_takaisin_tyoelamaan_2011.pdf>. (Luettu 18.4.2011).
- Arola, Anne-Mari & Estama, Johanna 2010: Miksi ammatillinen kuntoutus ei käynnistynyt? Tutkimus ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen saaneista työeläkevakuutetuista. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Berglind, H. & Gerner, U. 2002: Motivation and return to work among the longterm sicklisted: an action theory perspective. *Disability and Rehabilitation*, 24:14, 719–726.
- Forma, Pauli 2004: Kuntatyö 2010 -tutkimus ja työssä jatkamisen tukeminen. Teoksessa Forma, Pauli & Väänänen, Janne (toim.): Työssä jatkaminen ja työssä jatkamisen tukeminen kunta-alalla. Kuntien eläkevakuutus. Helsinki.
- Gould, Raija & Härköpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Laisola-Nuotio, Annika & Lehikoinen, Tuula & Saarnio, Päivi 2007: Miten ja minkälaiseen työeläkekuntoutukseen? Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen taulukkoraportti. Eläketurvakeskuksen keskustelunaloitteita 2. Helsinki.
- Hakola, Tuulia 2000: Varhaiseen eläkkeelle siirtymiseen vaikuttavat tekijät. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Julkaisuja 11/2000. Helsinki.

- Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 1995: Kuntoutusmotivaatio, suunnitelma ja prosessinohjaus. Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani: Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY. Juva, 174–187.
- Härkäpää, Kristiina 2002: Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, Anna-Mari ym. (toim.): Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutuksimuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. Stakes. Helsinki, 29–44.
- Marnetoft, S-U & Selander J & Bergroth A & Ekholm J 2001: Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area. *J Rehab Med* 33:71–78.
- Saari, Pirjo 2004: Kuntasektorin työntekijöiden halukkuus työssä jatkamiseen ammatillisen kuntoutuksen keinoin. Teoksessa Forma, Pauli & Väänänen, Janne (toim.): Työssä jatkaminen ja työssä jatkamisen tukeminen kunta-alalla. Kuntien eläkevakuutus. Helsinki, 141–167.
- Saari, Pirjo & Forma, Pauli 2003: Tutkimus ammatillisesta uudelleen koulutuksesta ja sen vaikutavuudesta kunta-alalla. Kuntien eläkevakuutus. Helsinki.
- Saarnio, Leena 2010: Työeläkekuntoutus vuonna 2009. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 7/2010, Helsinki.
- Työeläkelakipalvelu 2007. Kuntoutusasian ratkaiseminen ja päätöksentanto. [www-dokumentti]. <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/?asiakirjanumero=13144&_navi=ohjeisto&_avaa_koko_ohjeisto=13144>. (Luettu 4.12.2010).
- Työntekijän eläkelaki 19.5.2006/395

Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa

Esimerkkinä työeläkekuntoutus¹

Kristiina Härkäpää, Aila Järvikoski ja Raija Gould

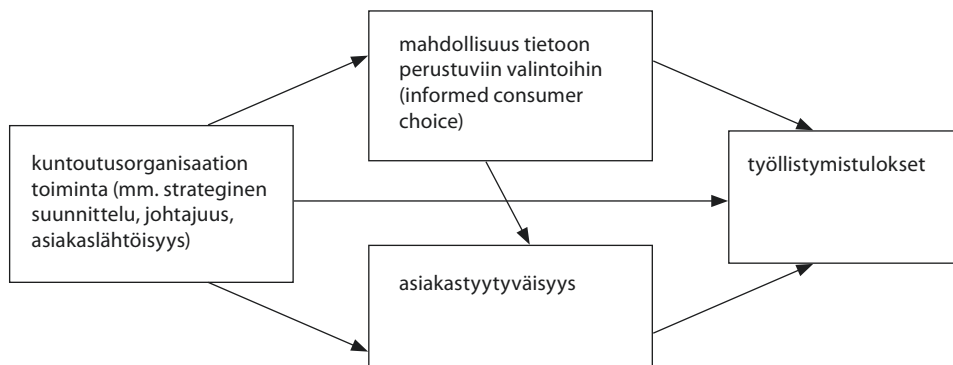
Johdanto

Amerikkalainen kuntoutuksen tutkija John Kosciulek (1999; 2005) pohtii ammatillisen kuntoutuksen tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä käyttäen käsitettä *consumer direction*. Käsite voidaan suomentaa kuluttajajohtoisuudeksi (esim. Järvikoski & Hokkanen & Härkäpää & Martin & Nikkanen & Notko & Puumalainen 2009), mutta se vastannee varsin pitkälle Suomessa yleisesti käytettyä kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden käsitettä. Kosciulek (1999) kuvaa asiakaslähtöistä toimintatapaa neljän eri osatekijän avulla. Niitä ovat: (1) kuntoutujan mahdollisuus kontrolloida sitä, millaisia palveluja tarvitaan ja millä tavoin, kenen toimesta ja milloin niitä annetaan; (2) mahdollisuus tehdä valintoja vaihtoehtoisten palvelujen välillä; (3) mahdollisuus sellaisen tiedon ja tuen saamiseen, jonka avulla kuntoutuja voi hyötyä järjestelmän palveluista; (4) kuntoutujien mahdollisuus osallistua kuntoutustoimintaa koskevaan suunnitteluun ja kuntoutuspoliittiseen keskusteluun (esim. palvelujen käyttäjien edustus suunnitteluelimissä). Kosciulek korostaa, että samalla kun tarjotaan mahdollisuus valintoihin, on myös tuettava asiakkaan kompetensseja niiden käyttöön. Hän arvelee, että kuntoutujien kokemus alistuneisuudesta ja vallanpuutteesta johtuu useammin järjestelmässä vallitsevista asenteista kuin itse sairaudesta tai vammasta johtuvista rajoituksista. Asiakaslähtöisyydellä oli Kosciulekin (2005) tulosten mukaan yhteys sekä sosiaaliseen integraatioon (mukaan lukien työ) että valtaistumiseen ja elämänlaatuun.

Tiedon ja tuen saaminen kuntoutusprosessin aikana merkitsee valintoihin ja päätöksentekoon liittyvien kompetenssien lisääntymistä. Kosciulek (2007) käyttää ammatillisen kuntoutuksen yhteydessä käsitettä ”tietoon perustuva valinta” (*informed consumer choice*), joka viittaa asiakkaan mahdollisuuksiin tehdä harkittuja valintoja kuntoutusprosessinsa aikana: vaikuttaa palvelujen saamisen menetelmiin, palveluntuottajan valintaan, palvelujen saamisen olosuhteisiin, omalla kohdalla taroituksenmukaisten arviointi-, valmennus- ja työllistymispalvelujen valintaan sekä asetettuihin työllistymistavoitteisiin. Tietoon perustuva valinta toimii Kosciulekin mallissa (kuva 1) linkkinä kuntoutusorganisaation toimintastrategioiden ja sen saavuttamien työllistymistulosten välillä. Toinen yhteyttä välittävä tekijä on asiakas-

1. Artikkelin perustuu Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen yhteydessä koottuun aineistoon. Tutkimuksen toteuttajina ovat Eläketurvakeskus, Kuntoutussäätiö ja Lapin yliopisto.

tyytyväisyys, joka tarkoittaa asiakkaan tyytyväisyyttä kuntoutuksen toteutukseen: omiin mahdollisuuksiin osallistua, kuntoutustyöntekijöiden toimintatapaan ja palveluun, kuntoutusohjauksen menetelmiin, kuntoutukseen sisältyneisiin spesifeihin toimenpiteisiin ja työllistymistuloksiin. Tiedon saaminen ja kuntoutuksen valinnan mahdollisuudet ovat mallissa siten keskeisiä ammatillisen kuntoutuksen tuloksellisuutta selittäviä tekijöitä. Kuntoutujan omien valintojen ja ammatillisten tavoitteiden kunnioittamista on pidetty keskeisenä asiana sekä kuntoutusprosessin suotuisan etenemisen että työllistymistulosten ja niiden keston kannalta (esim. Roessler 2002; Härkäpää 2005; Beveridge & Fabian 2007).



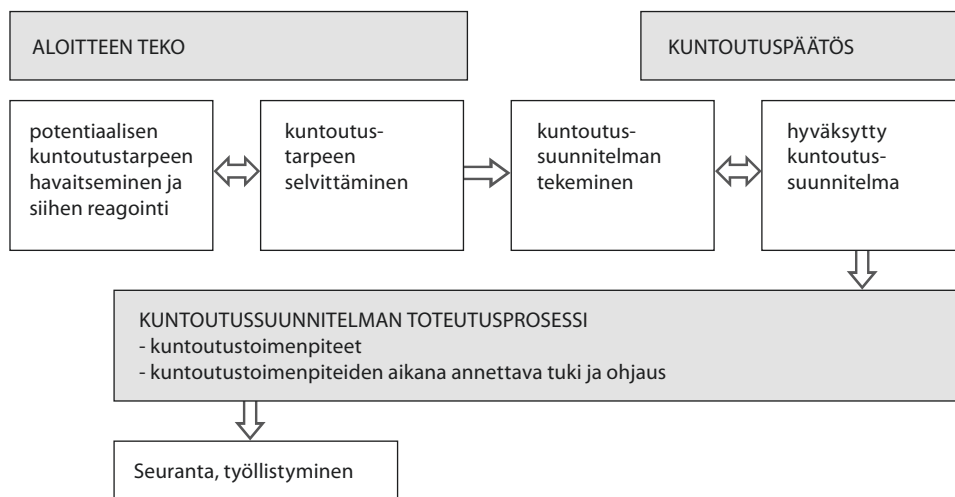
KUVA 1. Malli tietoon perustuvasta valinnasta ammatillisessa kuntoutuksessa (Kosciulek 2007)

Kuntoutujan ymmärtäminen palvelunkäyttäjänä tai kuluttajana, joka tekee itsenäisiä valintoja tarjolla olevien kuntoutuspalvelujen välillä, korostaa kuntoutujan henkilökohtaista toimijuutta ja tavoitteellisuutta (esim. Breeding 2008). Tämä näkökulma on ollut vahvasti esillä suomalaisessa kuntoutuksessa ja kuntoutuksen tutkimuksessa, mutta sitä on tarkasteltu melko vähän suhteessa ammatilliseen kuntoutukseen. Suomessa ammatilliselle kuntoutusjärjestelmälle on tyypillistä toimintajärjestelmän monimutkaisuus ja vaikeakäyttöisyys (esim. OECD 2008), mikä merkitsee, että kuntoutuja tarvitsee yleensä asiantuntijalta tietoja ja tulkintoja järjestelmän tarjoamista mahdollisuuksista kuntoutuksensa eri vaiheissa. Se voi merkitä parhaimmillaan kuntoutujan ja ammattilaisen välistä aktiivista dialogia, jonka tuloksena asiakkaan tilannekohtaiset kompetenssit vaihtoehtojen arvioinnissa ja päätöksenteossa lisääntyvät. Se voi kuitenkin johtaa myös siihen, että kaikki olennaiset kuntoutusprosessia koskevat valinnat tapahtuvat asiantuntijapäätöksinä. Suomalaisen järjestelmän monimutkaisuus johtaa helposti kuntoutujien väliseen eriarvoisuuteen: siihen, että aktiivisimmilla, järjestelmään paremmin perehtyneillä tai asiantuntijan kanssa ”samaa kieltä puhuvilla” on muita paremmat mahdollisuudet saada tarvitsemiaan tai haluamiaan palveluja järjestelmän tuella. Tasa-arvoisuuden tavoite kuntoutuksessa edellyttää ohjauksen ja tuen mahdollisuuksien varmistamista prosessin eri vaiheissa. Etenkin vanhempien työeläkekuntoutujien koulutustaso on matala, erityisesti yksi-

viisellä sektorilla, ja se korostaa palvelun haasteellisuutta tässä suhteessa (Gould & Härkäpää & Järvikoski 2008).

Työeläkekuntoutus on ammatillista kuntoutusta, jonka kriteerinä on sairauden, vian tai vamman aiheuttama työkyvyttömyyden uhka. Toinen kriteeri on kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus: tarkoituksenmukaiseksi katsotaan kuntoutus, jolla voidaan siirtää tai ehkäistä työkyvyttömyyden uhkaa ja jolla on eläkemenoa säästävä vaikutus. Taloudellinen näkökulma on työeläkekuntoutusta toteutettaessa siten aina mukana. Työeläkekuntoutuksen edellytyksenä on myös, että hakijalla on vakiintunut suhde työelämään eikä yhteys sinne ole katkennut. Pitkään työttömänä olleet eivät siten kuulu työeläkekuntoutuksen piiriin, eivät myöskään ne, joilla työhistoria on vähäinen tai sitä ei ole lainkaan (esim. Korpiluoma & Alaluusua & Heinonen & Kaarre & Kekäläinen 2006). Työeläkekuntoutuksen asiakkaina on toisaalta suoraan työelämästä tulevia, ts. työssä, sairauslomalla tai työttömänä olevia, toisaalta eläkkeeltä tulevia. Eläke tarkoittaa tässä yhteydessä lähes aina määräaikaista työkyvyttömyyseläkettä eli kuntoutustukea; pysyvällä eläkkeellä olevien osuus työeläkekuntoutujista on vähäinen. Suoraan työelämästä tulevien osuus on 1990- ja 2000-lukujen aikana kasvanut. Vuoteen 1996 saakka yli puolet myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneista oli eläketaustaisia, kun taas vuonna 2009 myönteisen päätöksen saaneista lähes kolme neljäsosaa tuli työelämästä. Työssä olevien kuntoutushakemuksia hylättiin kuitenkin enemmän kuin eläketaustaisten. (Saarnio 2010.)

Työeläkekuntoutus vaatii onnistuakseen eri tahojen yhteistyötä. Potentiaalinen kuntoutustarve voidaan havaita työpaikalla tai työterveyshuollossa, mutta myös muun terveydenhuollon piirissä, erityisesti kun on kyse eläkkeellä olevista. Hakemuksen tekeminen edellyttää tietoa työeläkejärjestelmästä ja sen toimintatavoista. Hakemuksen lisäselvitykseksi tarvitaan lääkärin lausunto. Liitteenä voi olla myös esimerkiksi kuntoutustarveselvitys ja työnantajan kuvaus työstä ja selvitys mahdollisista työjärjestelyistä. Työnantajan selvityksen työeläkelaitos voi pyytää myös jälkikäteen kuntoutusta koskevaa ratkaisua tehdessään. Kuntoutussuunnitelma edellyttää huolellista harkintaa, ja voidaan olettaa, että prosessin onnistumisen mahdollisuudet ovat paremmat, jos suunnitelman tekoon osallistuvat myös työpaikka ja työterveyshuolto. Kuntoutussuunnitelma voi sisältyä jo kuntoutushakemukseen, mutta se voidaan myös laatia vasta kuntoutuspäätöksen jälkeen. Kuntoutuksen toteutusvaiheessa yhteistyötahoja voivat olla edellisten lisäksi muun muassa työ- ja elinkeinohallinto ja erilaiset koulutusorganisaatiot. Lääkinnällinen kuntoutus ja hoito eivät kuulu työeläkekuntoutukseen, joten mikäli kuntoutusprosessin tueksi tarvitaan niitä, ne on hankittava muiden hoito- ja kuntoutusjärjestelmien avulla. Kuntoutusprosessin keskeiset vaiheet on esitetty kuvassa 2.



KUVA 2. Tyypillisen ammatillisen kuntoutusprosessin vaiheet

Tutkimustehtävä ja menetelmä

Tässä artikkelissa tarkastelumme kohteena ovat työeläkekuntoutukseen osallistuneiden kokemat ongelmat kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Tiedetään, että pääosalla kuntoutujia prosessi etenee kohtalaisen hyvin ja sen lopputuloskin on usein hyvä (Saari & Forma 2003; Gould & Härkäpää & Järvikoski & Laisola-Nuotio & Lehtikoinen & Saarnio 2007; Saarnio 2010). Emme tässä selvitä onnistumisia emmekä niiden syitä, vaan sitä, millaisia ongelmia tai prosessin etenemisen esteitä kuntoutujat ovat kokeneet ja millaisista avun tarpeista he kertovat. Tutkimuskysymyksemme ovat siis: (1) Millaisia ongelmia tai etenemisen esteitä kuntoutujat kokevat kuntoutusprosessin eri vaiheissa, ts. kuntoutustarpeen toteamisessa ja kuntoutusaloitteen teossa, kuntoutussuunnitelman laadinnassa ja kuntoutuspäätöksessä sekä kuntoutuksen toteutusvaiheessa? (2) Millaista tietoa, ohjausta ja tukea olisi tarvittu, mutta ei riittävästi saatu?

Käytämme artikkelissa hyväksi Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen (Gould ym. 2008; 2007) aineistoja, jotka perustuvat 1.10.2004–30.6.2005 myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneille tehtyyn seurantakyselyyn vajaa vuosi kuntoutuspäätöksen jälkeen. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 839 henkilöä (67 % otoksesta). Artikkelin painottuu laadulliseen tutkimusotteeseen, mutta siinä käytetään hyväksi myös joitakin määrällisiä, koko vastanneiden joukkoa koskevia tietoja.. Päähuomio on kuitenkin ensi sijassa ilmiöissä, ei niiden yleisyydessä.

Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksessa käytetty kyselylomake sisälsi pääasiassa strukturoituja kysymyksiä. Niistä käytetään tässä artikkelissa hyväksi kuntoutusaloitteen tekijää, kuntoutussuunnitelman tekemiseen osallistumista, kuntoutussuunnitelman laatua sekä kuntoutusprosessin aikaista tuen saantia koskevia kysymyksiä. Artikkelin pääasiallinen aineisto perustuu kuitenkin niihin vastauksiin, joita kuntoutujat antoivat lomakkeen lopussa olleeseen yleiseen kysymykseen ”Onko

teillä vielä mielessänne työeläkekuntoutukseen liittyviä asioita, joita haluaisitte tuoda esiin?” Kuntoutujien vastaukset vaihtelivat sisällöltään ja laajuudeltaan muutaman sanan kommentteista yli 20 rivin selostuksiin. Vastaukset tallennettiin kuntoutujan identifikaatiotunnuksen mukaan ja teemoiteltiin sen jälkeen karkeasti niiden pääsisällön mukaan. Ensimmäisenä ryhmänä olivat yleiset, erittelemättömät tyytyväisyyden ilmaukset asioiden sujumisesta ja eläkelaitosten työntekijöille osoitetut kiitokset (”Olen erittäin tyytyväinen siihen että minulle annettiin mahdollisuus palata työelämään ja vaihtaa ammattia”). Toisena teemana olivat erilaista tiedonsaantia, ohjausta ja tukea koskevat kommentit, joista osa koski kuntoutusprosessin käynnistämistä, osa liittyi kuntoutuksen toteutukseen ja osa kuntoutusprosessia kokonaisuutena. Kolmanteen ryhmään sijoitettiin erilaiset maininnat siitä, että toivottua kuntoutusta ei ole saatu tai kuntoutujan näkemystä ei ole päätöstä tehtäessä kuultu, ja neljänteen spesifimmät, tiettyyn toimenpiteeseen (erityisesti työkokeilu ja koulutus) liittyvät kommentit. Viidentenä olivat maininnat erilaisista toimeentuloon liittyvistä järjestelyistä – usein niiden riittämättömyydestä – kuntoutuksen aikana ja kuudentena erilaiset kuntoutusprosessin hidasta etenemistä koskevat yleiskommentit. Muutamat vastaajat esittivät lisäksi erilaisia tulevaisuutta koskevia kysymyksiä ja avunpyyntöjä (”Haluaisin päästä kuntoutukseen”). Näiden karkeasti luokiteltujen yleisteemojen ulkopuolelle jäivät muutamat spesifit kommentit, jotka liittyivät muuhun kuin työeläkekuntoutukseen (”Jaksoja voisi olla 1–1½ vuoden välein, seurantaa”) tai koskivat itse kyselyä (”Tällainen kysely on todella vaativaa sairaille tai vammaisille”).

Tulokset

Tulokset esitetään kolmessa osassa kuntoutusprosessin vaiheen mukaan: (1) kuntoutustarpeen havaitseminen ja kuntoutusaloitteen teko, (2) kuntoutussuunnitelman laatiminen ja kuntoutuspäätös ja (3) kuntoutuksen toteutus, eteneminen ja päättymisen.

Työkykyongelmien havaitseminen ja aloite kuntoutukseen

Kuntoutukseen osallistuneilta tiedusteltiin, kuka tai mikä taho teki kuntoutusta ja kuntoutustarpeen selvittelyä koskevan aloitteen. Kysymys oli vaikea, sillä aloitteen teolla voidaan tarkoittaa erilaisia asioita: toisaalta ehdotusta siitä, että ammatillista kuntoutusta koskevia asioita ryhdyttäisiin työntekijän kohdalla harkitsemaan, toisaalta hakijan itsensä, työnantajan, työterveyshuollon tai muun terveydenhuollon tai kuntoutuksen organisaation konkreettista yhteydenottoa työeläkelaitokseen. Hieman yli kolmannes vastaajista ilmoitti olleensa itse kuntoutustarpeen selvittelyä koskevan aloitteen tekijä. Vain pari prosenttia ilmoitti työpaikan ja esimiehensä olleen osallinen aloitteen teossa. Työterveyshuolto oli vastaajien ilmoituksen mukaan ollut kuntoutusaloitteen tekijänä noin kolmanneksella työelämässä olevista ja viidenneksellä eläkkeeltä kuntoutukseen tulevista. Eläkkeeltä tulevilla muu terveydenhuolto oli aloitteen tekijänä noin kolmanneksella. Työpaikan ja työterveyshuollon rooli aloitteen teossa oli selvästi vahvempi valtionhallinnossa kuin yksityisellä tai kunnallisella sektorilla.

Lomakekyselyyn vastanneista lähes kaksi kolmannesta arvioi kuntoutuksen käynnistyneen kohdallaan liian myöhään (Gould ym. 2008). Myöhäisen käynnistymisen syitä pohdittiin myös avomuotoisissa vastauksissa. Tässäkin aineistossa (vrt. Saari & Forma 2003) nousivat esiin työkykyongelmia kokeneiden vaikeudet saada jokin taho – yleensä työterveyshuolto – ottamaan terveysongelmat vakavasti ja reagoimaan niihin: *”... voisi lääkärit tänä päivänä kuunnella enemmän potilasta, niin olisi voinut minunkin vaivani selvittää aiemmin, ja kuntoutus olisi voitu aloittaa vuosia sitten, enkä olisi välttämättä aloittanut sitä työtä missä selkä sitten lopullisesti hajosi”*.

Yhdeksi tulkinnaaksi kuntoutuksen myöhäisen käynnistymisen syistä nousi aineistossa esiin kuntoutusta tai spesifimmin työeläkekuntoutusta koskevan tiedon puute työpaikoilla. Erityisesti työterveyshuollolta odotettiin aktiivisempaa tiedottamista työkykyasioista ja kuntoutusmahdollisuuksista työpaikoille ja esimiehille, mutta myös työntekijöille. Erityisesti mainittiin työuupumukseen liittyvät kysymykset: *”Työuupumuksesta lisää tietoa työpaikoille. Työterveydenhuollon pitäisi olla aktiivisempi, kertoa hoidosta, koulutuksesta, muista vaihtoehtoista ihan ensiksi, mitä pitäisi tehdä, kun tilanne tulee päälle, mistä hakea apua ja turvaa.”* Tietoa oli työpaikoilla liian vähän, mutta myös työterveyshuollon osaamista ja asiantuntemusta kuntoutusasioissa epäiltiin: *”Työterveydellä ja esimiehillä voisi olla asioista enemmän tietoa, toimin terveydenhoitoalalla, mutta silti tuntui että heillä oli työeläkekuntoutuksesta puutteelliset tiedot”*.

Kuntoutusmahdollisuuksia koskevan tiedon puutteen katsottiin merkitsevän kuntoutusaloitteiden viivästymistä ja sen vuoksi heikentävän työelämässä jatkamisen mahdollisuuksia ja lisäävän uhkaa syrjäytyä työkyvyttömyyseläkkeelle: *”Yli 50-vuotiaiden ja nuorempienkin, joilla alkaa tulla vaivoja eivätkä jaksaa työssä, olisi hyvä saada tietoa mahdollisuudesta aikaisemmin (...) kuin sitten, kun työkyky on menetetty – jaksais kauemmin.”* *”Kun Kelan 300 sairaspäivää tulee täyteen, olisi hyvä jos joku taho kertoisi sen myös henkilölle jolla tällainen tilanne on.”*

Kuntoutuksen käynnistymisvaiheen ongelmat eivät liittyneet pelkästään potilaslääkäri-kontaktiin tai oman työpaikan tiedon puutteeseen. Vastauksissa perättiin myös kuntoutuksen palvelujärjestelmältä aktiivisempaa otetta, tiedottamista ja opastusta. Toivottiin aktiivisempaa yhteydenpitoa ja asioiden nopeampaa etenemistä sekä työeläkelaitokselta että muilta kuntoutusorganisaatioilta:

”Minun tapauksessa olen saanut hoitaa kaiken itse! Soittaa lähetteiden perään ja varmistaa että pääsen lääkäreille! Ja (vakuutuslaitoksen) toiminta on aivan surkeaa. Eivät neuvo eivätkä opasta! Joten kaiken kaikkiaan mitään ei tapahdu ellei itse hoida kaikkia.”

”Omatoimisuutta tämä rulljanssi vaatii tosi paljon. (...) Mielestäni ihmisiin (kuntoutettaviin) pitäisi eläkelaitosten, työvoimatoimistojen ja Kelan olla paljon aktiivisemmin yhteydessä.”

”Täytyy itse olla hyvin aktiivinen että asiat etenee, tuntuu välillä että kukaan ei tiedä mitään. Soita sinne ja täytä tämä ja tuo. Asiat etenee tosi hitaasti välillä.”

”Pitäisi olla joku henkilö joka osaisi auttaa tällaisissa asioissa – ei tavallinen ihminen, joka ei koskaan ole ollut vastaavassa tilanteessa, voi tietää asioita, ei tiedä mistä kysyy.”

Johdannossa viitattiin siihen, että monimutkainen kuntoutusjärjestelmä ja tiedon-
saannin vähäisyys johtavat helposti työntekijöiden eriarvoisuuteen kuntoutuspalve-
luissa: kuntoutuksesta jäävät syrjään erityisesti ne, jotka eivät jaksa itse aktiivisesti
hakea tietoa tai eivät hallitse eri organisaatioiden kanssa toimimisen taitoja. Selitystä
työkykyongelmien sivuuttamiseen ja kuntoutuksen käynnistämisvaiheen ongelmiin
haettiin muun muassa henkilökohtaisista ominaisuuksista, esimerkiksi iästä: *”Jos
vaivojani olisi tutkittu ajoissa, otettu tosissaan ja löydetty kyseinen sairaus ajoissa, (...)
olisin ehkä vielä jossain töissä. (...) 50-vuotiaasta naisihmistä ei aina tutkita tosissaan.”*
Joku epäili omia puheviestintään taitojaan ja kysyi, millä tavalla terveydellisiä ongel-
mia kohdanneen pitäisi osata ilmaista ongelmiaan, jotta avun tarve kävisi riittävän
selvästi ilmi ja otettaisiin tosissaan. Vastauksissa pohdittiin myös ihmisten erilai-
suudesta johtuvaa eriarvoisuutta palvelujärjestelmässä. Kuntoutukseen hakeutuvalta
katsottiin vaadittavan kuntoutuksen käynnistymisvaiheessa liiaksi itsenäisyyttä ja
aktiivisuutta kuntoutusasiansa eteenpäin saattamisessa. Vaikka joillakin oli taitoa
hoitaa asioita itsenäisesti eteenpäin, niitä, joilla taidot ja jaksaminen eivät riittäneet,
uhkasi syrjäytyminen palveluista: *”Kaikilla ihmisillä ei kuitenkaan ole samanlaista
rohkeutta kysyä ja kysyä ja hakea tietoa. Ymmärrän myös miksi helposti putoaa kaiken
ulkopuolelle. Kaikki eivät osaa ja ennen kaikkea jaksa.”* *”Luulenpa, että ihmiset jotka
syytä tai toisesta eivät pysty/osaajaksa ottaa asioista selvää, putoavat kelkasta, vaikka
voisivat kuntoutuksen avulla palata työelämään.”*

On kuitenkin huomattava, että tässäkin asiassa kokemukset vaihtelivat suuresti.
Avovastauksissa annettiin myös kiitosta työterveyshuollon ja työpaikkalääkäriin toi-
minnasta tai aktiivisen palkanlaskijan avuliaisuudesta kuntoutushakemuksen teossa.
Myös eläkelaitoksen virkailijoita kiitettiin ystävällisestä avusta.

Kuntoutussuunnitelman teko ja kuntoutuspäätös

Sekä työelämässä että eläkkeellä olevista kuntoutujista 80 % katsoi osallistuneensa
itse merkittävästi kuntoutussuunnitelman tekoon. Prosenttiluku on varsin korkea,
ja sen pohjalta voitaneen todeta, että valtaosa asiakkaista koki osallistuneensa aktii-
visesti omaan kuntoutusprosessiinsa. Viidenneksellä tilanne ei kuitenkaan ollut näin
positiivinen.

Vajaa puolet (43 %) työelämässä olevista ja kolmannes eläkkeeltä kuntoutukseen
tulevista katsoi työterveyshuollon edustajien olleen merkittävästi mukana kuntou-
tussuunnitelman teossa. Eläkkeeltä tulevilla muun terveydenhuollon rooli oli jon-
kin verran vahvempi kuin työelämässä olevilla, mutta ero ei ollut kovin suuri. Noin

joka neljäs ilmoitti työeläkelaitoksen osallistuneen merkittäväällä panoksella suunnitelman tekoon. Muut vastaukset hajaantuivat. Esimiehen rooli kuntoutussuunnitelman teossa nähtiin vähäiseksi – esimies oli osallistunut merkittävästi ainoastaan joka kymmenennen kuntoutussuunnitelman tekoon. Työpaikan johdon ja henkilöstöhallinnon osallisuus suunnitelman teossa oli vielä vähäisempi. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Kuntoutussuunnitelman tekoon merkittävästi osallistuneet sekä erittäin tai melko paljon tukea kuntoutuksen aikana antaneet tahot kuntoutujan työ-eläke-taustan mukaan, %.

taho	osallistuminen suunnitelman tekoon		tuki kuntoutuksen aikana	
	työelämässä	eläkkeellä	työelämässä	eläkkeellä
Itse	80	80	-	-
työterveyshuolto	43	33	49	43
muu terveydenhuolto	28	38	44	52
esimies	10	10	22	18
työpaikan johto, henkilöstöhallinto	9	7	15	15
työeläkelaitos	22	28	40	40
Kela	16	19	22	23
työvoimatoimisto	16	16	20	21
kuntoutusta järjestävä taho (oppilaitos, kuntoutuslaitos)	16	19	36	36
työtoverit, -yhteisö	-	-	28	21
puoliso, perhe	-	-	71	63

Suunnitelman tekoa ei avomuotoisissa vastauksissa juuri kommentoitu, eikä työpaikan vähäistä roolia ammatillisen kuntoutussuunnitelman teossa käsitelty niissä lainkaan. Kuntoutujien kokemukset eläkelaitokselta saadusta palvelusta vaihtelivat, kuten varmastikin heidän oma aktiivisuutensa ja valmiutensa avun kysymiseen. Apua olivat kaivanneet erityisesti ne kuntoutujat, joiden kuntoutus oli uhannut pysähtyä siihen, että suunnitelmaehdotukset eivät kelvanneet eläkelaitokselle: *”Kun pääsee työeläkekuntoutukseen eikä itse kykene tekemään suunnitelmaa, toivoisi työeläkelaitoksen henkilökunnan tällöin auttavan ja toteuttavan suunnitelman, kohdallani lääkärin ehdotukset eivät kelvanneet.”* Työeläkelaitoksen virkailijan mahdollisuudet auttaa suunnitelman tekovaiheessa eivät olleet kaikille selvinneet: *”Mitä kuuluu työeläkeyhtiön kuntoutussuunnittelijan toimenkuvaan? Tulisiko hänen osallistua aktiivisesti suunnitelman tekoon/ neuvontaan tai jos ei aktiivisesti niin ainakin osallistua neuvomalla?”*

Kuntoutussuunnitelmaan sisältyneet toimenpiteet painoutuivat työeläkekuntoutuksessa tavanomaiseen tapaan kahteen pääryhmään, toisaalta työkokeiluun ja työhönvalmennukseen, toisaalta ammatilliseen koulutukseen. Muiden toimenpiteiden osuus oli selvästi pienempi. Työkokeilu tai työhönvalmennus tapahtui omalla työpaikalla jonkin verran useammin kuin toisella työpaikalla. Silloin kun työkokeilua järjestettiin omalla työpaikalla, oli kokeilun kohteena tavallisesti ensiksi selviytyminen omissa tehtävissä, sen jälkeen usein jokin muu tehtävä. Silloin kun työkokeilua järjestettiin uudella työpaikalla, oli useimmiten kyse kokonaan uuden ammattialan kokeilusta.

Koulutus puolestaan oli useimmiten koulutusta uuteen ammattiin tai työhön; lisä- tai täydennyskoulutuksesta oli kyse noin viidenneksellä. Pääosalla koulutus oli ammatillista peruskoulutusta tai ammatti- tai erikoisammattitutkintoon valmistavaa koulutusta. Joka neljännellä kuntoutujista opinnot olivat opisto- tai korkeakoulutason. Kurssimuotoiseen koulutukseen osallistui joka kymmenes.

Vastaajilta tiedusteltiin myönnettyjen kuntoutustoimenpiteiden ja omien toiveiden vastaavuutta. Noin viidenneksellä saatu kuntoutus vastasi erinomaisesti toiveita, ja noin 60 %:lla melko hyvin tai kohtalaisesti. Vajaalla viidenneksellä kuntoutus vastasi kuitenkin toiveita erittäin tai melko huonosti (Gould ym. 2007).

Suunnitelma ei vastannut toiveita esimerkiksi silloin, kun kuntoutuksena haettua koulutusta ei katsottu tarpeelliseksi tai tarkoituksenmukaiseksi ja suunnitelma oli vaihtunut työkokeiluksi: *”Mielestäni tein perusteellisen ja perustellun kuntoutussuunnitelman uudelleen koulutukseen. Kuntoutussuunnitelmaani tukivat psykiatrin, työterveyslääkärin ja ammatinvalintapsykologin kannanotot ja B-lausunnot. En ollut uskoa todeksi tutkiessani hylkäävää päätöstä jossa todettiin että voin palata työterveyshoitajan työhön josta olin jo sairaslomalla ollut kahteen kertaan loppuun palamisen vuoksi.”* Näkemyseroja oli syntynyt myös koulutuksen pituudesta. Joku kertoo saaneensa aluksi ”tyrmäyksen” koulutushakemukselleen tavoitellun koulutuksen pituuden vuoksi, mutta oli saanut lopulta toiveensa läpi ja totesi kaiken sujuneen erinomaisesti sen jälkeen. Myös koulutusalan suhteen saattoi ilmetä ristiriitoja. Muuan vastaaja ihmetteli työeläkelaitoksen halua ottaa kantaa koulutusalan valintaan: *”En voi käsittää sitä asiaa, että (työeläkelaitos) voi päättää mihin se minua kouluttaa. Omia kiinnostuksia ei oteta huomioon.”*

Ongelmallinen on tilanne silloin, kun asianomaisella henkilöllä ei ole mahdollisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen, mutta myöskään arviot kuntoutuksen tarpeen- tai tarkoituksenmukaisuudesta eivät kohtaa: *”En kykene tekemään aikaisemman ammattini työtä lainkaan, mutta halua ja intoa uudelleen koulutukseen on. Olen kuitenkin pattitilanteessa: minun katsotaan olevan liian sairas, että minua voisi enää uudelleen kouluttaa, mutta liian ”terve” päästäkseni työkyvyttömyyseläkkeelle...”* Jos kuntoutukseen hakeutuva on liian terve eläkkeelle, mutta liian huonokuntoinen pystyäkseen vakuuttamaan kuntoutusjärjestelmää toivomansa kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuudesta, hän kuuluu niihin järjestelmän ”väliinputoajiin”, joilla mahdollisuudeksi jää sinitellä kevyempien ratkaisujen avulla työelämässä siihen saakka, kunnes työkyky on riittävästi alentunut.

Kuntoutusprosessin eteneminen ja sen aikana saatu tuki

Kuntoutujilta tiedusteltiin, minkä verran tukea, tietoa ja konkreettista apua he olivat saaneet eri tahoilta itse kuntoutusprosessin aikana. Taulukon 1 oikeanpuoleisessa sarakkeessa on esitetty niiden vastaajien prosenttiosuudet, jotka ilmoittivat saaneensa kultakin potentiaaliselta tuenantajalta erittäin tai melko paljon tukea.

Niin sanottu epävirallinen tuki, erityisesti puolison ja perheen antama tuki, oli saadun tuen eri muodoista selvästi yleisin sekä työelämästä että eläkkeeltä kuntoutukseen tulevilta. Toiselta epävirallisen tuen lähteeltä, työtovereilta ja työyhteisöltä, saatu tuki jäi puolison ja perheen rinnalla vähäiseksi.

Vain joka viides kuntoutuja koki saaneensa esimieheltään erittäin tai melko paljon tukea kuntoutusprosessinsa aikana, ja työpaikan johdon tai henkilöstöhallinnon rooli oli vielä vähäisempi. Työterveyshuolto oli tavallisin niin sanotun virallisen tuen antaja työelämässä olevilla kuntoutujilla: tästä ryhmästä joka toinen arvioi saaneensa työterveyshuollolta erittäin tai melko paljon tukea kuntoutusprosessinsa aikana. Muulla terveydenhuollolla oli samanlainen rooli eläkkeellä tai kuntoutustuella olevien kuntoutujien kohdalla. Työeläkelaitoksen ja kuntoutuksesta vastaavan laitoksen – esimerkiksi kuntoutuslaitoksen tai oppilaitoksen – mainitsi tuen antajaksi neljä kuntoutujaa kymmenestä.

Vaikka tuen antajatahoja ilmoitettiin useita, avovastaukset nostivat esiin niiden kuntoutujien tilanteet, jotka eivät olleet mielestään saaneet riittävää tukea kuntoutusprosessin aikana – esimerkiksi sen etenemisen varmistamiseksi. Kaivattiin kuntoutuksen vastuuhenkilöä, ammattilaista, joka huolehtisi yhteydenpidosta ja hoitaisi asioita omalla paikkakunnalla yhteistyössä kuntoutujan kanssa, ei hänen puolestaan. Kuntoutuksen palveluohjauksen tarpeellisuus havaittiin myös silloin, kun asiat olivat omalla kohdalla hoituneet hyvin:

”Omalla paikkakunnalla pitäisi olla henkilö joka hoitaisi yhdessä asioita ja esim. työkokeiluun hankkisi paikat yhdessä kuntoutujan kanssa. Koska jaksaminen ja kaiken oivaltaminen (...) sekä taloudellinen tilanne on niin puutteellinen ettei näe muuta vaihtoehtoa kuin palata vanhaan työhön että tulisi taloudellisesti toimeen.”

”Pitäisi olla myös joku taho joka neuvoa kuntoutuksen hakemisessa, työkokeilupaikan hakemisessa ja monessa tähän liittyvässä. Itse koen itseni onneksaaksi, kun kaiken pystyn tekemään ja selvittämään itse.”

Melkein joka kymmenes ammatilliseen koulutukseen osallistunut vastaaja oli epävarma siitä, pystyisikö suoriutumaan koulutuksesta. Syyt koulutuksen keskeyttämiseen tai sen uhkaan voivat olla monenlaisia, mutta avovastauksissa kiinnitettiin huomiota tiiviimmän tuen ja ohjauksen tarpeellisuuteen koulutuksen aikana ja sen potentiaaliin hyötyihin: *”Toivoisin kuitenkin kuntoututtavan tahon olevan mukana että voisin opiskella ’erilaisen oppijan’ tahdilla. Stressaaminen pelottaa, enkä haluaisi myöskään että minuun satsatut rahat menevät hukkaan. Tarvitsisin enemmän tukea*

(...).” Jouston mahdollisuudet ja oppimista monipuolisesti tukeva yksilöllinen ohjaus voi ehkäistä opintojen keskeytymistä.

Myös työkokeilun järjestämiseen liittyviä kysymyksiä pohdittiin avovastauksissa. Jotkut totesivat kriittisesti, että työkokeilua ei omalla kohdalla pyrittykään käyttämään kuntoutuksen välineenä, vaan muihin tarkoituksiin. Joskus kyse voi olla tässäkin yhteydessä tiedon puutteesta: ennen työkokeilun alkamista ei ole ennätetty riittävästi valmistautua jakson toteutukseen. On kuitenkin selvä, että jos eri osapuolilla ei ole yhteistä tavoitetta työkokeilujaksolle, jää työkokeilija jakson aikana tuuliajolle ja hänen asemansa työyhteisössä on vaikea.

”Työkokeilu oli aivan turha, koska työnantajan asenne oli kielteinen, eikä ollut tarkoitusta löytää minulle sopivaa työtä, vaan käyttää 5 kk ilmaista työvoimaa.”

”Työkokeiluita ei valvo kukaan. Työnantaja käyttää työkokeilijaa paikkaamaan työntekijävajausta. 4 tuntia päivässä venyy 5–6 tunniksi ja pärjättävä oli terveitten työntekijöiden tahdissa.”

”Työkokeilusta tietoa työnantajalle ja työpaikalle enemmän jos sellaista suunnitellaan. asiat välillä hoituvat todella hitaasti. Sairas tuntee itsensä pakolliseksi pahaksi työyhteisölle.”

Moni toivoi enemmän ohjausta, mutta myös huolellisempaa arviota työkokeilun aikana. Kyseltiin työterveyshuollon mahdollisuuksia olla mukana työkokeilun aikana, mutta perättiin myös *”puolueetonta arvostelijaa työn onnistumisesta”*. Jotkut kokivat jääneensä tyhjän päälle työkokeilun jälkeen: *”Kun työkokeilu on loppunut, niin sen jälkeen olisi hyvä palata esimiehen ja (työ)terveydenhuollon yhteiseen palaveriin. (...) Jälkiseuranta on jäänyt minun ja hoitavan lääkärin tasolle.”* *”Haluaisin myös tietoa työkokeilun jälkeisestä ajasta, varsinkin jos ei kuitenkaan pärjännyt uudessa työssä. Onko muita mahdollisuuksia vielä?”* Kuntoutuksen tulosten yhteinen arviointi kuuluu kuntoutuksen peruserätyötyökaluihin: se antaa palautetta siitä, ollaanko oikealla tiellä, ja luo perustan jatkosuunnitelmille (esim. Rissanen 2008; Alaranta & Lindberg & Holma 2008). Käytännössä se ei näytä kaikissa tapauksissa toteutuneen.

Pohdinta

Tilastotietojen mukaan vuonna 2009 työeläkekuntoutuksen päätökseen saaneista henkilöistä lähes kaksi kolmasosaa palasi kuntoutuksen jälkeen työhön (Saarnio 2010). Tässä Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen aineistoihin perustavassa artikkelissa huomio ei ole työllistymistuloksissa eikä työllistyneiden osuudessa, vaan niissä esteissä ja ongelmassa, joita työeläkekuntoutujilla on kuntoutusprosessin aikana. Artikkelin keskeinen sanoma on, että vaikka valtaosalla työeläkekuntoutujista kuntoutusprosessi etenee varsin hyvin, työeläkekuntoutuksen asiakaskuntaan

kuuluu myös kuntoutujia, jotka tarvitsevat enemmän tukea, neuvontaa ja ohjausta hyötyäkseen kuntoutuksesta ja saavuttaakseen siinä odotettuja tuloksia. Palvelujärjestelmän ongelmiin, erityisesti tiedon ja neuvonnan puutteisiin ja eri vaiheissa kaivatun yhteydenpidon vähäisyyteen on kiinnitetty huomiota aikaisemminkin (esim. Nikkarinen & Huvinen & Brommels 2001; Grönfors & Forma 2003; Kokko 2003). Tämän tutkimuksen aineisto muodostuu kuitenkin vuoden 2004 lakiuudistuksen jälkeen työeläkekuntoutuksen aloittaneista, joista ei ole aikaisempaa laadullisen tutkimuksen tuottamaa tietoa.

Artikkelin viitekehystenä käytetään Kosciulekin (1999) kuluttajaajohtoisuuden käsitettä, joka kiinnittää huomion tiedon ja ohjauksen saamiseen sekä mahdollisuuden tehdä tietoon perustuvia valintoja omaa kuntoutussuunnitelmaa ja vaihtoehtoisia palveluja koskevassa harkinnassa. Kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutuksensa suunnitteluun ja seurantaan on merkki toiminnan asiakaslähtöisyydestä (esim. Rajavaara 2008), ja sitä pidetään nykyään tärkeänä lähtökohtana kuntoutuksessa. Sen ei kuitenkaan pitäisi merkitä vastuun siirtämistä asiakkaalle kuntoutusprosessin hoitamisesta ja toteutuksesta, vaan korostaa enemmänkin asiakas–työntekijä-yhteistyötä, yhteistä pyrkimistä kohti tavoitteita ja jaettua toimijuutta (käsitteestä mm. Chang & Heckhausen & Greenberger & Chen 2010). Se edellyttää myös sen varmistamista, että asiakas saa riittävästi tietoa ja tukea – tilannekohtaisia kompetensseja – pystyäkseen tekemään harkittuja päätöksiä.

Ohjauksen ja tuen tarvetta ja odotuksia ilmeni tutkimusaineistossa eri vaiheissa kuntoutusprosessia. Osa asiakkaita koki selvästi, että he eivät saaneet riittävästi tukea ja neuvontaa prosessin aikana tai että asiat eivät edenneet, elleivät he itse jatkuvasti huolehtineet niistä. Jos riittävä ohjaus ja neuvonta puuttuvat, eivät syntyneet valinnatkaan ole ”tietoon perustuvia”, vaan sattumanvaraisia.

Valtaosa kuntoutujista katsoi kuntoutuksen käynnistyneen kohdallaan liian myöhään. Myöhäisen käynnistymisen mahdollisina syinä nousivat avovastauksissa esiin kuntoutusta ja työkykyasioita koskevan tiedon puute työpaikoilla ja työterveyshuollon nuiva suhtautuminen kuntoutustoimenpiteiden käynnistämiseen. Myös epäilyjä työterveyshuollon kuntoutusosaamisen riittämättömyydestä tuli esiin. Kaivattiin sellaista henkilöä työterveyshuollossa tai työpaikalla, joka olisi kuunnellut ongelmia, pohtinut niitä työkyvyn näkökulmasta ja auttanut työkykyasioiden ratkaisemisessa. Ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksiin liittyvä tiedontarve työpaikoilla ja työterveyshuollossa on tullut esille myös kuntoutuksen ammattilaisten näkemyksissä (Gould & Korpiluoma & Nyman & Lampi 2010). Tällaiset tulokset tukevat työuran pidentämisen tavoitteella tehtyjä ehdotuksia työterveyshuollon painopisteen suuntaamisesta aikaisempaa enemmän nimenomaan työkyvyn ylläpidon kysymykseen (ks. STM 2011).

Työeläkekuntoutukseen osallistuneista valtaosa koki itse osallistuneensa merkittävästi kuntoutussuunnitelmansa laatimiseen. Tällaista henkilökohtaista kokemusta voidaan pitää myönteisenä merkinä toiminnan asiakaslähtöisyyden kannalta. Toisaalta alle puolet suoraan työstä tulevista kuntoutujista katsoi työterveyshuollon

osallistuneen merkittäväällä panoksella kuntoutussuunnitelman tekoon. Erityistä huomiota kiinnitti tässä tutkimusaineistossa työpaikan vähäinen osallistuminen suunnitelman tekemiseen. Esimies ja työpaikka olivat useimmiten sivussa kuntoutussuunnitelman teosta – ainakin kuntoutusta saaneiden omien arvioiden mukaan. Tässä suhteessa työelämästä kuntoutukseen tulleiden tilanne ei juuri poikennut kuntoutustuelta tai eläkkeeltä kuntoutukseen tulleista. Kuntoutujat eivät juuri lainkaan kommentoineet työpaikan tai esimiehen vähäistä osallistumista. Tulokset viittaavat vahvasti siihen, että tukea kuntoutussuunnitelman tekoon ei odotettu työpaikalta – suunnittelun toteutumista koskevat kommentit koskivat lähinnä työeläkelaitoksen toiminnan passiivisuutta.

Vain pienehkö osa kuntoutuksessa olleista koki saaneensa työpaikalta tukea kuntoutusprosessin aikana. Tulokset antavat aihetta pohtia esimiehen ja työpaikan roolia työntekijän työkyky- ja kuntoutusprosessissa. Onko niin, että ammatillinen kuntoutus koetaan työpaikalla niin lääketieteen reviiiriin kuuluvana asiana, että siihen ei haluta puuttua? Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet selvän yhteyden esimiehen antaman tuen ja työntekijän terveysongelmien tai työkykyindeksillä mitatun työkyvyn välillä (esim. Väänänen & Pahkin & Kalimo & Buunk 2004; Pensola & Järvikoski 2006; Sugimura & Thériault 2010). Tällaiset tulokset viittaavat esimiestä tuen merkitykseen työntekijän hyvinvoinnin ja työkyvyn säilymisen kannalta. Esimiehen hallinnollis-organisatorinen tuki voi auttaa työolosuhteiden aiheuttaman kuormituksen vähenemisessä, ja arvostava yksilöllinen tuki myös työntekijän hallinnan tunteen vahvistumista (vrt. Sirviö ja Kauhanen 2011). On toisaalta mahdollista, että esimiehen ja työyhteisön tuki vähenee – ei lisäännä – työntekijän työkyvyn heikentyessä ja erilaisten työssä selviytymisen ongelmien tullessa esiin. Esimerkiksi valtionhallinnon varhaiskuntoutukseen osallistuneista miehistä joka viides arveli esimiehen haluavan hänen siirtyvän eläkkeelle tai ainakin toiseen työyksikköön ja yhtä suuri osuus koki olevansa työssään työtoveriansa tarkkailun kohteena (Janatuinen & Puumalainen & Järvikoski 1993).

Kosciulekin mallin toinen olennainen tekijä on valinnanmahdollisuus, mahdollisuus tehdä tietoon perustuvia valintoja. Huolimatta asiakkaiden aktiivisesta roolista kuntoutuksen suunnittelussa vain viidennes kuntoutujista arvioi kuntoutusratkaisuun sisältyvien toimenpiteiden vastaavan omia toiveita erinomaisesti. Samansuuruinen oli niiden ryhmä, jotka arvioivat toimenpiteiden vastaavan huonosti omia toiveita. Avoimet vastaukset nostivat esiin lähinnä kuntoutujien koulutustoiveisiin liittyviä ristiriitatilanteita: tavoiteltu koulutus ei eläkelaitoksen näkökulmasta ollut tarkoituksenmukainen tai edellytti liian pitkää koulutusjaksoa, jolloin koulutus korvautui työkokeilujaksolla tai lyhemmällä, mahdollisesti toisen alan koulutuksella. Tietoa siitä, kumman osapuolen tavoitteet ja suunnitelmat olisivat tuottaneet parempia tuloksia tai voitiinko asiakkaan toiveet jollakin kriteerillä katsoa epärealistisiksi, meillä ei luonnollisestikaan ole. Jos kustannetussa kuntoutuksessa ei pystytä ottamaan huomioon asiakkaan omia toiveita ja tavoitteita eikä asiaa pystytä riittävän

selvästi perustelevaan, tilanne vaikuttaa joka tapauksessa motivaatioon ja voi olla esteenä hyvälle kuntoutustulokselle (vrt. Roessler 2002; Beveridge & Fabian 2007).

Monimutkainen suomalainen kuntoutusjärjestelmä ja tiedonsaannin puutteet nostavat tässäkin tutkimuksessa esiin myös kysymyksen ihmisten eriarvoisuudesta kuntoutuspalvelujen saamisessa. Aikaisempi tutkimus (Gould ym. 2008) on osoittanut, että kuntoutuksen myöhäinen käynnistyminen on ennen muuta matalan peruskoulutuksen saaneiden ongelma. Nyt tarkastellussa laadullisessa aineistossa eriarvoisuuden kokemukset liittyivät paitsi kuntoutusaloitteen tekovaiheeseen myös toivotun suunnitelman hyväksytyksi saamiseen ja kuntoutusprosessin etenemisen varmistamiseen. Eriarvoisuutta arveltiin syntyvän kuntoutujien kuntoutustietämyksessä, ilmaisukyvyyn ja perustelujen sujuvuudessa sekä sitkeydessä ja peräänantamattomuudessa esiintyvien erojen takia. Samantapaisia kokemuksia nousi esiin Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen asiakastutkimuksessa (Nikkanen & Puumalainen & Hokkanen & Järvikoski 2009). Kuntoutusprosessin siirtymävaiheita koskevan tuen puute on tullut esiin myös Kelan työhönvalmennusta koskevassa tutkimuksessa, jossa valmennukseen osallistuneet ovat todenneet ”jääneensä tyhjän päälle” työhönvalmennusjakson jälkeen (Härkäpää 2010).

Tuen puute näkyy myös tietyissä kuntoutusprosessin vaiheissa ja toimenpiteissä. Vaikka koulutus kokonaisuutena onnistuu hyvin, erottuu siihen osallistuvissa ryhmä, jota alusta lähtien uhkaa opintojen keskeytyminen. Tämä ryhmä kaipaisi kuntoutuksena todennäköisesti muutakin kuin koulutuksen kustantamista – muun muassa ohjauksellista tukea opintoihin paneutumisessa tai opintojen organisoinnissa. Myös työkokeilujaksot näyttävät onnistuvan kuntoutujien enemmistöllä hyvin, mutta ongelmiakin esiintyy: työpaikkayhteistyö on jäänyt vähäiseksi ja järjestelyt vaillinaisiksi tai työkokeilija ei ole saanut riittävästi ohjausta kokeilujakson aikana. Työpaikkayhteistyön merkitys tulee ammatillisessa kuntoutuksessa näkyviin myös silloin, kun kyse on uuteen työhön siirtymisestä tai työelämään palaamisesta työkyvyttömyysjakson jälkeen. Työnantajien asenteet ja rekrytointikäytännöt vaikuttavat kuntoutuksen lopputulokseen (Sirvastava & Chamberlein 2005; Ala-Kauhaluoma & Härkäpää 2006; Kukkonen 2009).

Kaikki eivät pysty käyttämään hyväkseen puhelimitse saatavilla olevaa neuvontaa, vaan kaipaisivat lähempänä, omalla paikkakunnalla olevaa kontaktihenkilöä. Työeläkekuntoutuksen asiakaskunnan laajentuessa on alueellisten ohjauspalvelujen lisäämisen tarve ilmeinen. Myös tuen sisällöllinen kehittäminen on tarpeen. Kun mielenterveyden häiriöt ovat työkyvyttömyyden syynä yleistyneet, olisi kuntoutuksen suunnittelussa pystyttävä entistä paremmin ottamaan huomioon myös psyykkisten ja psykososiaalisten ongelmien aiheuttamat tuen tarpeet. Tähän on kiinnitetty huomiota mm. brittiläisessä tutkimuksessa, jonka mukaan puolet mielenterveyden ongelmia potevista kuntoutusasiakkaista mainitsi tuen puutteen tai vähäisyyden yhdeksi työllistymisen esteeksi (Secker & Brove & Seebohm 2001).

Suurella osalla työeläkekuntoutujista kuntoutus sujuu hyvin. Ongelmakohtia-kin kuitenkin on. Tämän tutkimuksen tulokset nostivat esille kuntoutujien koke-

muksia tiedon, tuen ja ohjauksen puutteista kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Edellä raportoitujen kuntoutusprosessin sujuvan etenemisen esteiden tunnistaminen auttaa kehittämään ammatillista kuntoutusta entistä asiakaslähtöisemmäksi ja samalla lisäämään kuntoutuja-asiakkaan mahdollisuuksia tehdä tietoon perustuvia valintoja.

Lähteet

- Ala-Kauhaluoma, Mika & Härkäpää, Kristiina 2006: Palvelutyönantajat heikossa työmarkkina-asemassa olevien työllistäjinä. Työpoliittinen tutkimus 312. Työministeriö, Helsinki.
- Alaranta, Hannu & Lindberg, Heidi & Holma, Tupu 2008: Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa: Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim). Kuntoutus. Duodecim, Helsinki, 647–657.
- Beveridge, Scott & Fabian, Ellen 2007: Vocational rehabilitation outcomes: Relationship between Individualized Plan for Employment goals and employment outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 50, 238–246.
- Breeding, Richard 2008: Empowerment as a function of contextual self-understanding. The effect of work interest profiling on career decision self-efficacy and work locus of control. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 51:2, 96–106.
- Chang, Esther S. & Heckhausen, Jutta & Greenberger, Ellen & Chen, Chuansheng 2010: Shared agency with parents for educational goals. Ethnic differences and implications for college adjustment. *J Youth Adolescence* 39, 1293–1304.
- Gould, Raija & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Laisola-Nuotio, Annika & Lehikoinen, Tuula & Saarnio, Leena 2007: Miten ja minkälaiseen kuntoutukseen? Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen taulukkoraportti. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2007:2, Helsinki.
- Gould, Raija & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 2008: Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi kuntoutuksen haasteena. *Kuntoutus* 3:1, 39–53.
- Gould, Raija & Korpiluoma Riitta & Nyman Heidi & Lampi, Jukka 2010. Ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuus. Teoksessa: Uusitalo, Hannu & Kautto, Mikko & Lindell, Christina (toim.) Myöhemmin eläkkeelle – selvityksiä ja laskelmia. Eläketurvakeskuksen selvityksiä 2010:1, 75–88.
- Grönfors, Sinikka & Forma, Pauli 2003: Lottovoittoja ja harharetkiä. Ammatillinen uudelleenkuultus kirjoitusaineiston valossa. *Kuntien eläkevakuutuksen monisteita 2/2003*, Helsinki.
- Härkäpää, Kristiina 2005: Tuetun työllistymisen periaatteet ja tuloksellisuus. Teoksessa: Härkäpää, Kristiina & Peltola, Ulla (toim.) Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutuoluotaus. *Kuntoutussäätiön työselosteita* 29, Helsinki, 30–50.
- Härkäpää, Kristiina 2010: Työvalmennus – näyttöön perustuva ammatillisen kuntoutuksen käytäntö? *Kuntoutuksen tutkimuksen seminaari 25.–26.11.2010*, Helsinki.
- Janatuinen, Esa & Puumalainen, Jouni & Järvikoski, Aila 1993: ”... Ilman sitä mä en olis työelämässä enää”. Valtionhallinnon varhaiskuntoutukseen osallistuneiden käsityksiä kuntoutuksestaan. *Työselosteita 8/1993*, Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Hokkanen, Liisa & Härkäpää, Kristiina & Martin, Marjatta & Nikkanen, Pirjo & Notko, Tiina & Puumalainen, Jouni 2009: Johdanto. Teoksessa: Järvikoski, Aila & Hokkanen, Liisa & Härkäpää, Kristiina (toim.): Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009*, Helsinki, 13–24.
- Kokko, Riitta-Liisa 2003: Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. *Tutkimuksia 72/2003*. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Korpiluoma, Riitta & Alaluusua, Anniina & Heinonen, Riitta & Kaarre, Samuli & Kekäläinen, Jaana 2006: Työeläke. Finanssi ja vakuutus kustannus Oy FINVA.

- Kosciulek, John F. 1999: Consumer direction in disability policy formulation and rehabilitation service delivery. *Journal of Rehabilitation* 65:2, 4–9.
- Kosciulek, John F. 2005: Structural equation model of the consumer-directed theory of empowerment in a vocational rehabilitation context. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 49:1, 40–49.
- Kosciulek, John F. 2007: A test of the theory of informed consumer choice in vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* 73:2, 41–49.
- Kukkonen, Tuula 2009: Vastuun uusjako. Vajaakuntoisten työkyky ja työllistyminen yritysten näkökulmasta. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 102.
- Nikkanen, Pirjo & Puumalainen, Jouni & Hokkanen, Liisa & Järvikoski, Aila 2008: Kela vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestäjänä. Teoksessa: Järvikoski, Aila & Hokkanen, Liisa & Härkäpää, Kristiina (toim.) *Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009*, Helsinki, 146–169.
- Nikkarinen, Tuuli & Huvinen, Santeri & Brommels, Mats 2001: Kuntoutustutkimus osana elämäntarinaa. *Vakuutus kuntoutus VKK r.y.*, Helsinki.
- OECD 2008: *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. Vol. 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands.* OECD, Paris.
- Pensola, Tiina & Järvikoski, Aila 2006: Psykkiset rasittuneisuusoireet ja niiden huomioon otto työpaikalla. Teoksessa: Lehto, Anna-Maija & Sutela, Hanna & Miettinen, Arto (toim.) *Kaikilla mausteilla. Artikkeleita työolotutkimuksesta. Tutkimuksia 244*, Tilastokeskus, 317–338.
- Rajavaara, Marketta 2008: Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. *Kuntoutus* 31:2, 43–47.
- Rissanen, Paavo 2008: Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa: Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): *Kuntoutus. Duodecim*, Helsinki, 625–634.
- Roessler, Richard T. 2002: Improving job tenure outcomes for people with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 45:4, 207–212.
- Saari, Pirjo & Forma, Pauli 2003: Tutkimus ammatillisesta uudelleen koulutuksesta ja sen vaikuttavuudesta kunta-alalla. *Kuntien eläkevakuutuksen monisteita 1/2003*, Helsinki.
- Saarnio, Leena 2010: Työeläkekuntoutus vuonna 2009. *Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 7/2010*, Helsinki.
- Secker, Jenny & Brove, Bob & Seebohm, Patience 2001: Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: The service user's perspective. *Journal of Mental Health* 10: 4, 395–404.
- Sirvastava, Shirley & Chamberlain, Anne 2005: Factors determining job retention and return to work for disabled employees: A questionnaire study of opinions of disabled people's organizations in the UK. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37, 17–22.
- Sirviö, Johanna & Kauhanen, Marja-Liisa 2011: Esimiesvalmennus osana kuntoutusinterventiota: systeeminen näkökulma ikääntyneiden työntekijöiden kuntoutukseen. Teoksessa: Järvikoski, Aila & Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (toim.): *Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.*
- STM 2011. Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:6. www.stm.fi/julkaisut
- Sugimura, H. & Thériault, G. 2010: Impact of supervisor support on work ability in an IT company. *Occupational Medicine Advanced Access* published June 22, 2010 (<http://occmed.oxfordjournals.org>)
- Väänänen, Ari & Pahkin, Krista & Kalimo, Raija & Buunk, Bram P. 2004: Maintenance of subjective health during a merger: the role of experienced change and pre-merger social support at work in white- and blue-collar workers. *Social Science and Medicine* 58, 1903–1915.

Työttömien ammatillisen kuntoutuksen kysymys

Vappu Karjalainen

Johdanto

Kuntoutusta luonnehtii ainakin kaksi omaispiirrettä. Sen eetos ja toimintaideologia ovat luonteeltaan palautumista korostavia, ihmistä kannustavia ja tulevaisuuteen suuntaavia. Kuntoutusta edeltää yleensä vaikea vaihe ihmisen elämässä, mutta kuntoutusjakso voi avata oven toiveikkauteen ja uusiin vaihtoehtoihin. Toinen piirre liittyy kuntoutuksen asemaan ja paikkaan hyvinvointipalveluissa. Sana kuntoutus on tuttu, mutta vain harvat tietävät kuntoutuksen todellisesta sisällöstä. Kuntoutus on asiantuntijuuksien reuna-alueella. Kuntoutus on useimmiten tuntematon mahdollisuus työ- ja toimintakyvyltään heikentyneelle ihmiselle.

Oma intressini kuntoutuksessa on kiinnittynyt kuntoutuksen osajärjestelmien yhteistoiminnallisuuteen, kuntoutuksen psykososiaaliseen luonteeseen ja sen syrjäytymistä vähentäviin mahdollisuuksiin. Kaksi ensin mainittua ovat usein käsitellyjä teemoja kuntoutuksen kentässä, sen sijaan kuntoutuksen yhteys huono-osaisuuteen ja syrjäytymiseen on vähemmän keskusteltu aihe. Kuitenkin tämä yhteys on olemassa. Esimerkiksi kuntoutusjärjestelmän yhteistyö ajankohtaistuu silloin, kun kuntoutujalla on monia pulmia, toimintakyvyn vajetta ja hänen tilanteeseensa kytkeytyy monia eri toimijoita. Syrjäytymisen prosessi on ehkä jo käynnistynyt. Työikäisten kuntoutusyhteistyötä koskevissa tutkimuksissa (Karjalainen 1996; Karjalainen & Saikku 1999) on käynyt ilmi, että erityisesti pitkään työttömänä olleiden ihmisten tilanteet ovat usein tällaisia. Heillä on toimeentulon, terveyden ja sosiaalisen selviytymisen pulmia, ja he ovat ikään kuin eri järjestelmien välissä. Kuntoutusjärjestelmä tunnistaa heitä huonosti, eikä heille siksi löydy oikein kuntoutusväyliäkään. Kuntoutus on vaihtoehto, joka ei tule todeksi.

Vaikeasti työllistyvät asiakkaat ovat kuntoutusjärjestelmää ravisteleva ryhmä, josta mieluusti vaietaan. Kuntoutusta hallitseva vaikuttavuusdiskurssi on entisestään vähentänyt kiinnostusta näiden ihmisten monimuuttujaisiin ja kausaalisuhteiltaan vaikeasti hahmotettaviin palvelukäytäntöihin. Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus on tuttu käsite, mutta kun sen järjestämistä aletaan tarkastella suhteessa työttömiin, ja erityisesti pitkäaikaistyöttömiin, päädytään sekavalle alueelle. Toisaalta ammatillisen ja sosiaalisen selviytymisen kysymykset suhteessa työelämän kiristyviin vaatimuksiin alkavat olla varsin ajankohtaisia tämän päivän polarisoituvilla työmarkkinoilla. Työelämästä ulos ajautuvat tarvitsevat monenlaista – myös kuntoutuksen tuomaa – tukea selviytyäkseen eriarvoistuvassa ja yksilön suoriutumista korostavassa kilpailuyhteiskunnassa.

Asko Suikkanen ja Jari Lindh (2010, 54) ovat nostaneet esille työmarkkinakan-
salaisuuden käsitteen ja sen tuomat haasteet ammatilliselle kuntoutukselle. Sidos

ja suhde työmarkkinoihin määrittelevät niin työllisen kuin työttömän kansalaisen yhteiskunnallista asemaa tänä päivänä vahvemmin kuin koskaan aiemmin. Millainen tehtävä ammatillisella kuntoutuksella on tässä kehityskulussa? Onko se tukemassa – ei vain niitä, jotka ovat työelämässä – vaan myös niitä, jotka sinne työttöminä yrittävät paluuta? – Liikun tässä artikkelissa työttömien ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutumisen välimaastossa ja yritän käsitteellisesti ja toiminnallisesti jäsentää tätä ”hyllyvää” aluetta. Erityisesti pyrin fokusoitumaan pitkäaikaistyöttömien ammatilliseen kuntoutukseen. Mikä siis on kuntoutuksen – ja erityisesti ammatillisen kuntoutuksen – paikka ja tehtävä vaikean työttömyyden kysymyksessä tänä päivänä?

Työikäinen kuntoutuja – ammatillinen kuntoutus – työelämä

Ammatillisen kuntoutuksen asiakas on työikäinen, hänellä on työkykyyn vaikuttava sairaus tai toimintavaje ja hänen työkykynsä saattaa olla uhattuna. Useimmiten hän on työsuhteessa tai ainakin kuntoutuksen/kuntoutustuen jälkeen mitä todennäköisimmin palkkatyöhön palaamassa. Työeläkelaitosten kuntoutus rakentuu erityisesti näiden periaatteiden varaan, mutta käytännössä myös Kelan ammatillinen kuntoutus noudattelee paljolti näitä linjoja, tosin nuorten (16–19-vuotiaat) osalta kriteerit ovat työolottuvuuden suhteen joustavampia. Työsuhteen jatkuvuus tai sen solmiminen ovat keskeisiä myös tapaturma- ja liikennevakuutuslainsäädännön mukaisessa kuntoutuksessa. Työ- ja elinkeinohallinnon ammatillisessa kuntoutuksessa asiakkaalta edellytetään asianmukaisesti todettua vajaakuntoisuutta, ja sen piiriin pääsevät työttömät työnhakijat sekä työttömyysuhan alaiset, työsuhteessa olevat työntekijät. Järjestelmien välinen työnjako on lakisääteistä ja sopimuksellista. Eri järjestelmien ammatillisen kuntoutuksen kohdentuminen näkyy alla olevassa kuviossa. Kohderyhmätarkasteluun sisältyy implisiittisesti järjestelmien välisen työnjaon virallinen linjaus.

Ammatillisen kuntoutuksen järjestäjä	Kohderyhmä
Kela	Alle 65-vuotiaat vajaakuntoiset; työkyvyttömyyden uhka tai työkyky- ja ansiomahdollisuudet olennaisesti heikentyneet
Vakuutuslaitokset	Ammattitaudin, työtapaturman tai liikenneonnettomuuden vuoksi kuntoutusta tarvitsevat; menetetty tai uhattu työ- ja ansiokyky
Työeläkejärjestelmä	Työeläkkeelle siirtyneet tai työkyvyttömyysuhanalaiset henkilöt
Työ- ja elinkeinohallinto	Työttömät vajaakuntoiset työnhakijat; mahdollisuudet saada sopivaa työtä tai säilyttää työ huomattavasti vähentynyt

KUVIO 1. Ammatillisen kuntoutuksen järjestäjät ja palvelun kohderyhmät (Paatero & Lehmijoki & Kivekäs & Ståhl 2008,34).

Periaatteessa ammatillisen kuntoutuksen järjestelmä vaikuttaa selkeältä. Kela ja vakuutuslaitokset ovat ensisijaisia vastuunkantajia: Kela koko väestön osalta mikäli

henkilöllä on asianmukaisesti todettu vajaakuntoisuus ja vakuutuslaitokset syyperusteisesti. Kelan kanssa rinnakkaisesti toimii työeläkejärjestelmä, joka rajautuu pääsääntöisesti työsuhteessa oleviin työkyvyttömyysuhan alaisiin asiakkaisiin. Ammatillisen kuntoutuksen vastuunkantajana on myös työ- ja elinkeinohallinto. Sen ja Kelan välisessä työnjaossa on epäselvyyttä, mikä näkyy erityisesti työttömien tilanteessa. On epätietoisuutta siitä, kumpi järjestelmä on kulloinkin ensisijainen ja miten järjestelmien piiriin oikein pääsee. Työ- ja elinkeinohallinnon ammatillinen kuntoutus on harkinnanvaraista, mikä lisää sen tulkinnallisuutta.

Kun ammatillisen kuntoutuksen järjestelmää tarkastelee työttömien – ja erityisesti pitkään työttöminä olleiden – näkökulmasta, herää eräitä peruskysymyksiä: Onko näillä ihmisillä todellinen mahdollisuus päästä ammatillisen kuntoutuksen piiriin? Onko työ- ja elinkeinohallinto heille keskeinen kuntoutuksen järjestäjä, mutta vasta sitten kun työttömällä on vajaakuntoisen status? Miten ammatillisen kuntoutuksen palvelut käytännössä eroavat muista työ- ja elinkeinohallinnon työvoimapolitiittisista ja ammatillisista palveluista? Mitä Kelan ammatillisen kuntoutuksen kriteerit tarkoittavat työttömän – ja mitä pitkäaikaistyöttömän – osalta? Mitä itse asiassa tarkoitetaan työkyvyttömyyden uhkalla ja miten sitä arvioidaan työttömien kohdalla? – En pyri seikkaperäisesti vastaamaan näihin kysymyksiin, vaan keskityn joihinkin niistä tarkemmin.

Ammatillisen kuntoutuksen perusidea on pitää ihminen työelämässä tai saada hänet sinne takaisin vajaakuntoisuudesta tai osatyökykyisyydestä huolimatta. Ammatillisen kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan kuntoutujan ammatillisia valmiuksia, kohentamaan hänen työkykyään ja edistämään hänen työmahdollisuutensa ja integroitumistaan vajaakuntoisenakin työpaikkaan. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 24.) Säädösten mukaan tyypillisiä ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä ovat ammatillinen koulutus ja uudelleen- tai täydennyskoulutus, koulutuskokeilut, työkokeilu, työpaikkakokeilu ja työvalmennus.

Ammatillisen kuntoutuksen yleinen määrittely kuulostaa asianmukaiselta myös työttömän näkökulmasta. Käytännössä ammatillinen kuntoutus ei ole heille kuitenkaan luonteva vaihtoehto vaan enemmänkin teoreettinen mahdollisuus. Eri-tyisen pulmalliseksi tilanne muuttuu silloin, kun pitkäaikaistyöttömällä henkilöllä on ammatillisen kuntoutuksen tarvetta (mm. työkyvyn arvio, työkokeilu) ja hänen tilanteeseensa kytkeytyy erilaisia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia mutta hänellä ei ole (vielä) lääkärin toteamaa vajaakuntoisuutta. Ns. rakenteellisen työttömyyden yhä jatkuessa tällaiset tilanteet eivät ole harvinaisia. Onko kuntoutusjärjestelmä varautunut vastaanottamaan näitä ”varhaisia” asiakkaita? Kuntoutusjärjestelmä on monella tapaa valikoiva ja ehdollinen (vajaakuntoinen, työkyvyn olennainen heikentyminen, työkyvyttömyyden uhka) normaalissa työsuhteessa olevien kohdalla, ja kun näitä samoja ehtoja sovelletaan ei-työsuhteessa oleviin, valikoivuus saa yhä suuremmat ja epäselvemmat mittasuhteet.

Pitkäaikaistyöttömät potentiaalisina kuntoutujina

Pitkään työttömänä olleiden työ- ja toimintakyvyn kysymys on sisällöllisesti moniulotteinen ja mittakaavaltaan suuri. Tiedämme, että näillä ihmisillä on usein tavalista enemmän terveydellisiä pulmia (Heponiemi & Wahlström & Elovainio ym. 2008). Tiedämme myös, että heitä usein kutsutaan ns. rakennetyöttömiksi¹ ja että heidän määränsä on pysytellyt vuodesta toiseen – noususuhdanteidenkin aikana – suhteellisen korkeana. Tämä käy ilmi seuraavasta aikasarjasta, joka kuvaa ns. rakenteellisen työttömyyden kehitystä vuosina 2004–2010.

TAULUKKO 1. Ns. rakennetyöttömien määrät vuosina 2004–2010.

Vuosi	Ns. rakennetyöttömien määrä
Marraskuu 2004	169 000
Marraskuu 2006	137 000
Marraskuu 2008	107 000
Marraskuu 2010	142 000

Lähde: Findikaattorit

Rakennetyöttömien määrä kääntyi laskuun vuosina 2005–2008 ennen nykyisen talouslaman alkua mutta on sittemmin ollut taas noususuunnassa. Suurinta kasvua on ollut yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleiden määrässä. Mainittakoon, että marraskuussa 2010 maassamme oli työttömiä työnhakijoita yhteensä 244 900, joista rakennetyöttömien osuus oli 142 000 (58 %). Kyse on siis mittavasta yhteiskunnallisesta kysymyksestä. Kaikki rakennetyöttömät eivät toki voi huonosti, saati että he olisivat kuntoutuksen tarpeessa. Useimmat ovat ensisijaisesti työn tarpeessa. Työttömyyden jatkuessa heillä on kuitenkin suuri riski menettää työ- ja toimintakykyään ja sen seurauksena ajautua työmarkkinoiden marginaaliin. *Onko kuntoutus – ja erityisesti ammatillinen kuntoutus – työvoimapolitiittisten toimenpiteiden ohella tai jatkeena reaalin mahdollisuus näille ihmisille, silloin kun siihen on tarvetta? Mitä väyliä pitkin nämä ihmiset pääsevät sisään kuntoutusjärjestelmään – jos pääsevät?*

Tilastojen ja tutkimusten perusteella tiedetään aika vähän pitkäaikaistyöttömien ammatillisesta kuntoutuksesta. Työeläkekuntoutuksen tilastoista ei tietoa löydy, sillä pitkäaikaistyöttömät ja työttömyyseläkkeellä olevat eivät kuulu työeläkekuntoutuksen piiriin (Saarnio 2010). Kelan kuntoutustilastojen tiedot vuodelta 2008 kertovat, että työttömien osuus kaikista Kelan kuntoutujista (84 652) oli 4,5 % (3824 henki-

1. Ns. rakennetyöttömiin tai vaikeasti työllistyviin luetaan (a) yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olevat, (b) yli vuoden työttömänä 16 kuukauden aikana olevat, (c) toimenpiteeltä työttömäksi jäävät ja (d) toimenpiteeltä toimenpiteelle siirtyvät (Findikaattorit). Tässä artikkelissa käytetään samansisältöisesti käsitettä pitkäaikaistyöttömät kuvaamaan mainittua ryhmää.

löö). Näistä 1449 (runsas kolmannes) oli vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen asiakkaita. Eniten asiakkaat saivat ammatillisena kuntoutuksena kuntoutustutkimuksia, seuraavina olivat työhönvalmennus, työ- ja koulutuskokeilut sekä kuntoutustarveselvitykset. Lukumääräisesti palvelujen saajia oli noin 200–300 kuntoutuspalvelua kohden. (Polvinen 2010, 37–38.) Kelan tilastotiedoista ei käy ilmi, kuinka moni työttömistä ammatillisen kuntoutuksen asiakkaista oli rakennetyötön/pitkäaikaistyötön. Ilmeisesti heidän osuutensa on häviävän pieni.

Työ- ja elinkeinohallinnon ammatillista kuntoutusta järjestetään vajaakuntoisiksi todetuille työnhakijoille. Perusedellytys on siis sama kuin Kelankin järjestelmässä. Laki julkisista työvoimapalveluista (1295/2002) lupaa ammatillisena kuntoutuksena muun muassa terveydentilaa, soveltuvuutta ja työkuntoa selvittäviä tutkimuksia, työ- ja koulutuskokeiluja, valmentavaa ja ammatillista työvoimakoulutusta sekä työhönvalmennusta. Vuonna 2006 silloisen työministeriön mukaan työttömiä vajaakuntoisia työnhakijoita oli noin 67 000. Näistä pitkäaikaistyöttömiä työnhakijoita oli noin 25 000. Vajaakuntoisten työttömien työnhakijoiden osuus kaikista työttömistä oli tuolloin lähes 13 %. Kyseisenä vuonna järjestettiin näille asiakkaille ammatillisena kuntoutuksena mm. terveydentilan ja työkyvyn tutkimuksia (6000), kuntoutustutkimuksia (900) sekä työkokeiluja (4650). (Työministeriö 2007.) Uusin tieto kertoo, että terveydentilan ja työkyvyn tutkimuksiin osallistui vuonna 2010 4290 henkilöä, kuntoutustutkimuksiin 470 ja työkokeiluun 3600 (Työttömien työkyvyn ... 2010, 18–19). Suunta on selvästi laskeva ja lukumääräisesti vain murto-osa kaikista vajaakuntoisista työnhakijoista on työ- ja elinkeinohallinnon ammatillisen kuntoutuksen asiakkaina. Julkisesti saatavilla olevat tilastotiedot ovat puutteellisia, eivätkä kerro, missä määrin em. luvuissa on ollut kyse vajaakuntoisista pitkäaikaisyöttömistä henkilöistä.

Tilastojen mukaan pitkäaikaistyöttömät ovat erittäin harvinaisia ammatillisen kuntoutuksen asiakkaita. Näyttää siltä, että heidän pääsynsä ammatillisen kuntoutuksen piiriin on vajaakuntoisenakin vaikeaa sekä Kelan että työ- ja elinkeinohallinnon järjestelmissä. Tutkimuksen perusteella tiedetään, että työvoiman palvelukeskuksissa (TYP) on vuosittain noin 25 000 asiakasta ja näistä noin kolmannes on työ- ja elinkeinohallinnon mukaisesti määritellen vajaakuntoisia (Karjalainen & Saikku 2008). TE-toimistoista ja sosiaalitoimistoista TYP:een ohjatuilla pitkäaikaistyöttömillä on usein diagnosoimaton lääketieteellistä vajaakuntoisuutta sekä muunlaista (psyko)sosiaalista huonovointisuutta, mitä usein ryhdytään tutkimaan vasta TYP-palvelussa. Kolmea TYP-aluetta koskevan pienoistutkimuksen mukaan 15 % TYP:n asiakkaista ohjattiin työkyvyn arviointitutkimuksiin (Kerätär & Karjalainen 2010) eli heidän kohdallaan voidaan puhua ammatillisen kuntoutuksen ensimmäisen kynnyksen ylittymisestä. Kuntoutus näyttää helposti toistavan – ja jopa vahvistavan – maassamme ilmenevää terveyden eriarvoisuutta (ks. mm. Palosuo & Koskinen & Lahelma ym. 2007). Myös kuntoutuspalvelujen saannissa on nähtävissä jakautumista kansalaisten sosio-ekonomisen aseman mukaan.

Millaisia väyliä kuntoutukseen?

Edellisen perusteella herää luonnollisesti kysymys, eikö pitkäaikaistyöttömiä ohjata terveys- ja kuntoutuspalvelujen piiriin eli onko palvelujärjestelmän toimivuudessa puutteita. Pitkän linjan kuntoutustyöntekijät muistuttavat tässä yhteydessä, että kuntoutukseen ohjauksessa on aina toimimattomuutta ja viiveitä. Kyse on terveydenhuollon asiantuntijoiden reagoinnista asiakkaiden/potilaiden toimintakyvyn heilahduksiin sekä hoidon ja kuntoutusvaihtoehtojen suunnittelusta näissä yhteyksissä. Ensinnäkin tarvitaan asiakkaan pääsyä terveyspalvelujen piiriin ja hoitosuhdetta niin, että toimintakyvyn muutokset huomataan ja niihin voidaan hoidollisesti ja kuntoutuksellisesti puuttua.

Työterveyshuolto on hoitoon ja kuntoutukseen hakeutumisen väylä työsuhteessa oleville ihmisille. Pitkäaikaistyöttömien osalta yksi kynnys onkin terveydenhuollon piiriin pääseminen. Heidän terveydentilaansa ja työkykyään ei määrääjain tarkisteta, eikä heillä siten ole pitkäaikaiseen seurantasuhteeseen perustuvaa kontaktia terveydenhuollon ammattilaisiin. Kuntoutuskysymysten varhaiseen esille tulemiseen ei ole luontevaa foorumia, koska jo hoitoon pääsystä saattaa olla pulmia. Valtakunnallisessa pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelun kehittämishankkeessa (ns. PTT-hanke 2007–2010) on kokeilukunnissa (24 kuntaa/seutukuntaa) kehitetty palvelurakenteita työttömien terveystarkastusten toteuttamiseksi. Hankkeen arvioinnin mukaan kunnissa on selvää kiinnostusta tämän tyyppisen toiminnan organisoimiseen osana perusterveydenhuoltoa (Saikku & Sinervo 2010). Kuntien kannustamiseksi toiminnan järjestämiseen niille on maksettu lisävaltionosuutta vuodesta 2006 lähtien. Näin siis työttömien hoitoon ja kuntoutukseen pääsyn rakenteita on alettu kehittää.

Työttömän terveystarkastus ja sitä seuraavat mahdolliset jatkotutkimukset ovat perusta ja lähtökohta työkyvyn arvioinnille sekä mahdollisen ammatillisen kuntoutuksen järjestelyille. Terveydenhuollon mukaan saaminen on keskeistä. Toisaalta juuri tässä saumassa tulee näkyväksi kuntoutusjärjestelmän kaavamaisuus ja medikaalisuus. Pitkään jatkuneeseen työttömyyteen liittyy melko usein psykososiaalista huonovointisuutta tai muita sosiaalisia selviytymisongelmia. Nämä vaikeudet ovat yleensä luonteeltaan sellaisia, ettei niitä läheskään aina saa mahdutettua lääketieteellisen diagnoosin alle. Tällöin ei myöskään ammatillinen kuntoutus ole mahdollisuus, sillä kuntoutusjärjestelmä ei tunnista sosiaalisista syistä työelämästä syrjäytyviä.

Työvoiman palvelukeskukset (TYP:t) ovat niitä pitkäaikaistyöttömien asiakaspalvelun paikkoja, joissa asiakkaan työ- ja toimintakyvyn arvioinnin sekä mahdollisen kuntoutuksen kysymyksiä on luontevaa suunnitella. Ne ovat TE-toimiston ja sosiaalitoimiston palveluihin verrattuna eräänlaisia erityispalvelun yksiköitä aktiivitoimien ja kuntoutuksen osaamisessa. Siellä on aikaa katsoa, miten pitkäaikastyötöntä voidaan erilaisin palveluin (työvoimapolitiittiset toimenpiteet, sosiaalityö, velkaneuvonta, terveystarkastus jne.) tukea työhön paluussa ja kannustaa selviytymään elämän vaikeuksista. Arvioinnin mukaan kuntoutus ei ole kuitenkaan TYP:n keskeisimpiä työvälineitä, sillä työntekijöiden arvioiden mukaan asiakkaiden ohjaus kuntoutuspalveluihin toimii TYP:issa vain osittain. Kuntoutuksen mahdollisuuksia tunnetaan sittenkin vähemmän kuin työllisyyspoliittisia toimenpiteitä. (Karjalainen

& Saikku 2008, 255–257.) TYP-toiminnan piirissä on 161 maamme kuntaa (vuonna 2010 47 % kunnista), joten toiminnan ulkopuolelle jäävissä, usein pienissä haja-asutusalueiden kunnissa kuntoutuksen asiantuntemus ja kuntoutussuunnittelu ovat edelleen TE-toimistojen ja sosiaalitoimistojen niukan asiantuntemuksen ja ruuhkautuneen asiakasvastaanoton varassa. TYP-palvelun luonteista aktivointia ja kuntoutusta koordinoivia palvelurakenneratkaisuja tarvittaisiin kautta koko maan.

Projektitoiminnasta on tullut vaihtoehto paneutua pitkään työttömänä olleiden tilanteeseen – myös kuntoutuksellisesti. Erityisesti Euroopan sosiaalirahasto (ESR) on rahoittanut tällaista toimintaa, mutta myös ministeriöt ja Raha-automaattiyhdistys. Muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa Kipinä-hankkeessa (2002–2004) kehiteltiin keski-ikäisten pitkäaikaistyöttömien kuntoutusta 13 erillisprojektissa yhteistyössä Kelan kanssa. Kuntoutukseen pääsyn ehto ei ollut ensisijaisesti medikaalinen vaan laajemmin työttömyyteen ja työllistymisen ongelmiin liittyvä (mm. syrjäytymisen uhka). Lähtökohtana oli siten eräänlainen työttömän henkilön tilannearvio ja ”sosiaalinen diagnoosi”. Arvioinnin mukaan hankkeen tulokset olivat rohkaisevia asiakkaiden motivoinnin, toimintakykyyn vaikuttamisen ja arjessa selviytymisen kannalta mutta vaatimattomia työelämään ja koulutukseen sijoittumisessa (Suikkanen & Linnakangas & Harajärvi & Martin 2005). Tulokset olivat enemmänkin hyvinvointipoliittisia ja sosiaalisen kuntoutumisen luonteisia. Ammatillisen kuntoutuksen kehittämisen näkökulmasta kokeilu jäi ohueksi, mutta Kelassa tehdyn analyysin mukaan sen tyyppistä toimintaa tarvitaan edelleen. Erityisesti korostetaan, että Kipinä-kuntoutuksen toimenpiteitä tulisi suunnata riittävän varhaisessa vaiheessa työelämästä syrjäytymisvaarassa oleville (Lind & Toikka 2009, 15). Käsitelmärittelyn näkökulmasta on kiinnostavaa, että hankkeen yhteydessä ei puhuttu ammatillisesta tai sosiaalisesta kuntoutuksesta vaan Kipinä-kuntoutuksesta². Tämän tyyppistä toimintaa on maassamme alettu kutsua myös non-institutionaaliseksi kuntoutukseksi (Mäkitalo & Suikkanen & Ylisassi & Linnakangas 2008, 541–43).

Millaista kuntoutusta on kuntouttava työtoiminta?

Kuntouttava työtoiminta on lakisäätteistä (189/2001) kunnan järjestämää työtoimintaa ns. aktivointiehdon³ täyttävälle pitkäaikaistyöttömille, joista osa on vajaakuntoisia työnhakijoita. Lain mukaan kuntouttava työtoiminta on viimesijaista palvelua suhteessa työ- ja elinkeinohallinnon toimenpiteisiin. Kuntouttavan työtoiminnan tavoitteena on aktivoida siihen osallistuvia henkilöitä takaisin työelämään. Käytännössä kuntouttava työtoiminta on pitkän työttömyyden jälkeen usein ensisijaista toimintaa, sillä sen avulla henkilö totuttelee työelämään ja kuntoutuu työ- ja toi-

2. Vuonna 2009 toimintaa kuvaavan pitkittäisseurannan artikkelikin on otsikoitu ”Kipinä-kuntoutukselle edelleen tarvetta” (Lind & Toikka, 2009)

3. Ns. aktivointiehdon täyttävät henkilöt ovat saaneet joko työmarkkinatukea tai toimeentulotukea tai molempia 8,5–12 kuukautta (alle 25-vuotiaat) tai 2–2,5 vuotta (yli 25-vuotiaat).

mintakyvyltään. Kuntoutuksen viralliseen diskurssiin ja hallinnolliseen käsitteistöön kuntouttava työtoiminta ei kuulu, vaan se on Kipinä-kuntoutuksen lailla nähty omana erillisenä saarekkeenaan.

Kuntouttavaan työtoimintaan pääsemisen ehtona ei ole vajaakuntoisuus vaan pitkään jatkunut työttömyys (2–2,5 vuotta yli 25-vuotiailla henkilöillä) siihen kytkeytyvine muine vaikeuksineen, niin kuin oli Kipinä-kuntoutuksessakin. Kuntouttavan työtoiminnan keskeinen interventio on työnteko ilman palkkatyösuhdetta työpajoilla ja kunnan toimialoilla (mm. vanhustenhuollossa, teknisessä huollossa), järjestöissä tai seurakunnissa. Henkilön työ- ja toimintakykyä kartoitetaan ja seurataan kuntouttavan työtoiminnan aikana ja hänelle järjestetään tarpeen mukaan hoitoa (erityisesti päihde- ja mielenterveyspalveluja). Lain mukaan toiminnan tavoitteena on ”parantaa henkilön edellytyksiä työllistyä avoimille työmarkkinoille sekä edistää hänen mahdollisuuksiaan osallistua koulutukseen ja muuhun työhallinnon tarjoamaan työllistymistä edistävään toimenpiteeseen” (lain 1§). Kuntouttavan työtoiminnan viralliset tavoitteet ovat siten hyvin pitkälle ammatillisen kuntoutuksen mukaisia, vaikka toiminnan järjestäjänä on kunta. Järjestelmien työnjaollisten periaatteiden logiikka on konstikas, sillä kunnalle on kuntoutusta käsittelevässä lainsäädännössä katsottu yleensä kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen sekä ylipäänsä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät.

Entä millaista ”ammatillista kuntoutusta” kuntouttava työtoiminta on? Viimeisin tutkimus (Karjalainen & Karjalainen 2010) kuntouttavan työtoiminnan vaikutuksista pääkaupunkiseudulla osoittaa, että tulokset ovat enemmänkin sosiaali- ja hyvinvointipoliittisia kuin työllisyyspoliittisia. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntouttavan työtoiminnan ammatillisesti kuntouttava luonne ja sen työelämään paluuta vahvistavat vaikutukset ovat työllistymisen näkökulmasta heikkoja. Työtoimintajakson jälkeiset siirtymät palkkatyöhön ovat hyvin harvinaisia: noin 1 % asiakkaista siirtyi kuntouttavan työtoiminnan jälkeen avoimille työmarkkinoille ja 3 % koulutukseen. Palkkatuettuun työhön siirtyi 7 % asiakkaista. Kuitenkin reilu kolmannes (38 %) kuntouttavaan työtoimintaan osallistuneista arvioi itselleen parhaaksi vaihtoehdoksi siirtymisen normaaliin palkkatyöhön jakson jälkeen.

Tulokset ovat ristiriitaisia. Työelämäratkaisut ovat harvinaisia, vaikka reilu kolmannes kuntouttavan työtoiminnan asiakkaista oli selvästi työhaluisia ja oman arviionsa mukaan myös työ- ja toimintakyvyltään työhön kykeneviä. Herääkin kysymys, tulevatko työvoimapolitiittiset toimenpiteet riittävästi ”vastaan” näissä tilanteissa. Kuntouttava työtoiminta on mitä ilmeisimmin osalle asiakkaista ammatillisesti kuntouttavaa mutta ”evidenssiä” siitä ei saada, koska työllistymistä tai koulutukseen siirtymistä ei juuri tapahdu. Työelämän rakenteellinen muutos ja sopivien työpaikkojen puute osaltaan tekevät tyhjäksi yksilön ammatillisen kuntoutumisen. Voidaan kysyä, selittääkö rakenteellinen työttömyys laajemminkin sitä, että pitkäaikaistyöttömien on niin vaikea päästä Kelan ja työ- ja elinkeinohallinnon ammatilliseen kuntoutukseen. Jos ammatillisen kuntoutuksen odotettavissa olevat työllisyyspolitiittiset tulok-

set ovat heikkoja, vetäytyvätkö järjestelmät palvelun järjestämisestä ei-lupaaviksi arvioituille asiakkaille?

Mainitun tutkimuksen mukaan kuntouttavan työtoiminnan vaikutukset näkyvät selvimmin asiakkaiden sosiaalipoliittisina siirtyminä, millä ymmärretään jakson jälkeistä hoitoa, sairauslomaa, eläkeselvittelyä tai uutta kuntouttavan työtoiminnan jaksoa (myös siirtyä sosiaalihuoltolain mukaiseen työtoimintaan on mahdollinen). Useimmiten siirtyä tarkoittaa uutta kuntouttavan työtoiminnan jaksoa. Tulosta voidaan tulkita kahdella tapaa: yhtäältä asiakkaan työhön kuntoutumisen prosessi saattaa olla pitkä ja jakson päättyessä kesken vaatien lisääntymistä, toisaalta kuntouttava työtoiminta tehtävineen ja yhteisöineen voi olla se, mihin asiakas kokee pystyvänsä. Ensin mainittu vaihtoehto tarkoittaa sitä, että ammatillisen kuntoutumisen prosessi on kesken, jälkimmäinen taas sitä, että kuntoutus alkaa saada enemmän toimintakyvyn ylläpidon piirteitä. Kuntouttavan työtoiminnan siirtymien tutkiminen osoittaa, että pitkäaikaistyöttömien ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutuksen välistä rajaa on vaikea vetää. Osittain tuloksia voidaan tulkita ammatillisen kuntoutumisen tuloksina, mutta koska niiden työelämäyhteys jää toteutumatta, ne ”jäävät” sosiaalisen kuntoutumisen tuloksiksi.

Ammatillisen kuntoutuksen ajantasaisuus?

Ammatillisen kuntoutuksen käsite ja sisältö hämärtyvät, kun niitä tarkastellaan pitkäaikaistyöttömien näkökulmasta. Ammatillisen kuntoutuksen legitimoiduiksi toimenpiteiksi luetaan yleensä kuntoutustarveselvitys/kuntoutustutkimus, työkykyarvio, työkokeilu, koulutuskokeilu, ammatillinen koulutus, apuvälineet ja työhönvalmennus. Nämä varsinaiset ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet tulevat kuitenkin hyvin harvoin kysymykseen pitkäaikaistyöttömien kohdalla kuten tilastotarkastelu edellä osoitti. Pitkäaikaistyöttömät ”kiertävät” tavanomaisissa työvoimapolitiittisissa toimenpiteissä (työelämävalmennus, palkkatuettu työ, työnhakukurssit), mutta vain satunnaisesti pääsevät työkykyarvioon ja ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteiden piiriin. Kipinä – kuntoutus ja kuntouttava työtoiminta ovat kehitelmiä juuri tälle kohderyhmälle, mutta ne eivät ole osa legitimoitua kuntoutusjärjestelmää (non-institutionaalinen kuntoutus).

Ammatillisen kuntoutuksen kriteerejä tulkitaan tiukasti pitkäaikaistyöttömien kohdalla. Kelan ammatillisen kuntoutuksen päätöksissä vajaakuntoiset (pitkäaikais) työttömät ovat heikoissa asemassa. Työ- ja elinkeinohallinnon kriteeristö tunnistaa vajaakuntoisia työttömiä työnhakijoita, mutta selvästi harvemmin niitä, jotka ovat olleet pitkään työttöminä. Työkyvyn lääketieteellinen arvio voi olla mahdollista, mutta esimerkiksi koulutuksen järjestäminen työllisyyspoliittisena toimenpiteenä tai ammatillisena kuntoutuksena – siis ammatilliseen (uudelleen) koulutukseen pääsy – on vaikeaa pitkäaikaistyöttömille. Heidän koulutushakemuksensa tulevat helposti hylätyiksi. Todettakoon, että työ- ja elinkeinoministeriön uusimmissa rakennetyöt-

tömyyden vähentämistä koskevissa kehittämislinjauksissa ei ole mainintaa ammatillisesta kuntoutuksesta (Pitkäaikaistyöttömyyden hoitamisesta... 2011).

Pitkään työttömänä oleminen ei saisi olla kielteinen asia silloin, kun henkilöllä on selvää halua kuntoutua takaisin työelämään. Kuntoutusjärjestelmän ei kuulu syrjäyttää heikkoja hakijoita vaan enemmänkin kehitellä sellaisia menetelmiä, jotka paremmin vastaisivat näiden ihmisten ammatillisen kehittymisen tarpeisiin. Ns. rakennetyöttömien suureen joukkoon sisältynee merkittävä määrä työelämään oikeasti haluavia osatyökykyisiä ja työkyvyltään heikentyneitä pitkäaikaistyöttömiä, jotka hyötyisivät osuvimmista, erityisesti heidän tilanteestaan lähtevistä ammatillisen kuntoutumisen palveluista. Kuntoutuksen ajantasaisuutta tulisi arvioida suhteessa työmarkkinoiden rakennemuutoksiin ja ihmisten selviytymismahdollisuuksiin työelämän muuttuneissa olosuhteissa. On aiheellista kysyä, millainen yhteiskuntapoliittinen tekijä ja keihin kohdentuva voimavara ammatillinen kuntoutusjärjestelmä on epävakailta ja polarisoituvilla työmarkkinoilla.

Miten ammatillisen kuntoutuksen sisältöjä sitten tulisi uudistaa, että ne paremmin vastaisivat vaikeasti työllistyvien tämän päivän tarpeisiin? Työvalmennustyyppiset menetelmät ovat yksi tärkeä ammatillisen kuntoutuksen laajenemissuunta silloin, kun työllistymiseen tarvitaan paljon tukea. Mielenterveyskuntoutujat ja vammaiset henkilöt ovat hyötynet esimerkiksi tuetun työllistymisen mallista, jonka johdannainen työvalmennuskin on (mm. Järvikoski & Härkäpää 2004). Pitkään jatkuneissa työttömyystilanteissa peruskysymys kuitenkin on, miten löytää sellainen palkkasuhteinen työpaikka, johon pitkäaikaistyötön voi kiinnittyä niin, että työvalmennuksen tuki alkaa tuottaa tuloksia. Kyse on *työnantajien aktiivoinnista* ja työelämän asenneilmastosta. *Juuri työpaikkaan ja työsuhteen rakentumiseen* kytkeytyvät tuen ja kuntoutuksen menetelmät ovat avainasemassa silloin, kun vaikeasta työttömyydestä yritetään paluuta takaisin työelämään.

Uudistavaa otetta tarvitaan myös pitkäaikaistyöttömien työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa sekä koulutusmahdollisuuksissa. Työ- ja toimintakyvyn arvio on olennainen osa työllistymis- ja aktiivitoimia. Tämä tarkoittaa työttömien terveyspalvelun kehittämistä osana perusterveydenhuoltoa paitsi jo kehittymässä olevien terveystarkastusten myös työ- ja toimintakykyarvioiden osalta. Perusterveydenhuolto voisi ottaa vahvasti vastuuta työ- ja toimintakykyarvioiden toteutuksesta: kehittää omaa työkyvyn arviointiosaamistaan sekä ohjata aktiivisemmin asiakkaita edelleen erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimukseen tai Kelan ja työ- ja elinkeinohallinnon järjestämiin kuntoutustutkimuksiin ja työkykyarvioihin. Perusterveydenhuollon haasteena on uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) myötä kehittää omaa osaamistaan ilman työsuhdetta olevien työikäisten kuntalaisten työterveyden kysymyksissä. Olennaista on toiminnan linjaaminen yhdessä Kelan ja työ- ja elinkeinohallinnon kanssa, sillä toimenpidekokonaisuus kuntoutustarveselvitykset, kuntoutustutkimukset ja työkykyarviot kaipaa työnjaollista selkeytystä, ei ainoastaan pitkäaikaistyöttömien osalta, vaan yleisemminkin. Tässä yhteydessä olisi syytä uudelleen arvioida

myös ko. *toimenpiteiden ajoitusta*. Kuntoutustarveselvitys ja kuntoutustutkimus sijoittuvat nykyään yllättävän myöhäiseen vajaakuntoistumisen vaiheeseen.

Pitkään työttömänä olleet henkilöt tulevat työnhakukursseja lukuun ottamatta harvoin valituiksi Kelan tai työ- ja elinkeinohallinnon ammatillisen koulutuksen kursseille tai ammatilliseen uudelleenkoulutukseen. On pitkäaikaistyötön vajaakuntoinen tai ei, valituksi tuleminen on yleensä vaikeaa. Myös koulutuksen tulisi muuntua vaikeasti työllistyvien tarpeiden mukaan. Tämä tarkoittaisi muun muassa tehtäväkohtaista koulutusta, koulutuksen tuomista työpaikoille ja erilaisten oppimisvaikeuksien enenevää huomioon ottamista koulutuksen järjestelyissä. Esimerkiksi tehtäväkohtaisella täsmäkoulutuksella työn ja koulutuksen välinen kuilu kapenisi, työhön kiinni pääseminen nopeutuisi ja yksilölliset erityispiirteet voitaisiin ottaa paremmin huomioon. *Koulutuksen kehittäminen työelämän marginaalissa olevien näkökulmasta* on ammatillisen kuntoutuksen tarkastelua koulutus- ja työllisyyspoliittisissa yhteyksissään.

Loppupuntarointia

Maamme ammatillisen kuntoutuksen kenttä on vaikeaselkoinen, toiminnallisesti epäjohtonmukainen ja aukkopaiikkainen varsinkin silloin, kun sitä tarkastelee pitkään työttömänä olleiden näkökulmasta. Samansuuntaisiin johtopäätöksiin päätyy Markku Lehto kun hän selvitystyössään tarkastelee sosiaaliturva- ja kuntoutusjärjestelmää osatyökykyisten työmarkkinoille paluun näkökulmasta (Lehto 2011). Muutokset kuntoutusjärjestelmässä ovat hitaita eivätkä viimeisimmät ehdotuksetkaan ole vielä toteutuneet. SATA-komitean ehdotus työsuhteessa ja ei-työsuhteessa olevien kuntoutustarpeen selvittämisen vastuusta on vielä sopimatta. Esitys sisälsi työ- ja elinkeinohallinnon ja Kelan vastuiden kirkastamista ammatillisen kuntoutuksen käynnistämiseksi. (Sata-komitea 2009.)

Pitkään työttömänä olleet, vammaiset ja osatyökykyiset kansalaiset haluavat tutkimusten mukaan yhä useammin siirtyä työelämään ja oikeaan palkkatyöhön (Laiho & Hopponen & Latvala & Rämö 2010; Vuorela 2008; Lehto 2011; Karjalainen & Karjalainen 2010). Toiveiden täyttyminen edellyttää paitsi lisää sopivia työpaikkoja myös ammatillisen kuntoutuksen uudistamista niin, että se ihan oikeasti vastaa näiden ihmisten tarpeisiin. Yksilön ammatillisen kuntoutuksen pitäisi tulla todeksi silloin, kun sen tarve on ilmeinen. Osajärjestelmien jäykkyys ja urautuminen paikalleen eivät ole tätä päivää, ja siitä Suomi sai muistutuksen OECD:n (2008, 25–28) tekemässä vertailevassa tutkimuksessa vajaakuntoisten työelämäosallisuudesta. Suomalaisille suositellaan ammatillisen kuntoutuksen uudelleen linjausta ja fragmentaarisuuden purkamista.

Mitä tämä uudelleen linjaus voisi olla? Kuntoutusjärjestelmä on mitä osuvin esimerkki monikanavaisen rahoituksen varassa toimivasta palvelurakenteesta. Ammatillisessa kuntoutuksessa on rinnakkaisia lakisäätteisiä kuntoutusjärjestelmiä, jotka luonnollisesti kaikki haluavat tehdä hyvää tulosta ja toteuttaa vaikuttavaa kuntoutusta. Tällöin heikko asiakasaines on pulmallista. Järjestelmien on luotava yhä

seulovampia valikointimekanismeja ja asiakkaiden eriytyneempää segmentointia. Kuntoutuksen nykyisen rahoitusjärjestelmän uudelleen kanavoiminen olisi rohkea rakenteellinen muutos, johon SATA-komiteakaan ei halunnut puuttua. On kuitenkin kysyttävä, eikö valtion rahoittamaa ammatillista kuntoutusta tulisi suunnata väestön kannalta tasa-arvoisemmin, perustuslain sosiaalisten oikeuksien ja *oikeudellisen yhdenvertaisuuden* hengessä (ks. myös Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä...2011). Kuntoutushan on aina myös kansallista kuntoutuspolitiikkaa.

Kuntoutusjärjestelmän asemiinsa ”juuttumista” heijastelee se, että pitkäaikais-työttömille kehiteltyä kuntoutusta (Kipinä, kuntouttava työtoiminta) pidetään eräänlaisena non-institutionaalisenä kuntoutuksena. Sosiaalisesti painottuneen kuntoutuksen on vaikea saada tunnustettua ja legitimoitua asemaa maamme kuntoutusjärjestelmässä, vaikka juuri sellaista kuntoutusta vaikeassa elämän tilanteessa olevat työttömät usein tarvitsevat. Tältäkin kuntoutukselta odotetaan helposti työllisyyspoliittista vaikuttavuutta, vaikka interventiot ovat sosiaali- ja hyvinvointipoliittisesti painottuneita. Sosiaalisen kuntoutuksen asema osoittaa, miten kuntoutusjärjestelmän hallinto- ja järjestelmälähtöinen orientaatio voi vuodesta toiseen sivuuttaa *kansalaisten tarpeista ja arjesta* nousevan kuntoutuspalvelun kehittämislogiikan. Jää huomaamatta, että sosiaalinen ja ammatillinen ulottuvuus kulkevat lähekkäin mutta ovat kuitenkin eri asioita. Molempien osa-alueiden toiminnallinen kirkastaminen tehtävineen ja rajoineen osana kuntoutusjärjestelmää on tärkeää.

Ihminen joutuu työelämän marginaaliin monista syistä, mutta useimmiten hän haluaa sieltä myös pois. Työelämästä syrjäytymisen prosesseissa testataan kuntoutusjärjestelmän kyvykkyys tukea yksilöiden työ- ja toimintakykyä tämän päivän suhdanneherkillä ja polarisoituvilla työmarkkinoilla. Työttömien ammatillisella kuntoutuksella on tässä profiloitumisen paikka: nyt kaivataan osajärjestelmien avoimuutta ja selkeyttä, tavoitteiden kriittistä yhteisarviointia ja rohkeita kuntoutuspoliittisia linjausaloitteita. Kuntoutuksen tulee tarjota toiveikkautta ja vaihtoehtoja tasapuolisesti eri väestöryhmille. Kuntoutushan on hyvinvointivaltion sosiaalipoliittisiin perusarvoihin ja kansalaisten perusoikeuksiin sitoutuvaa toimintaa – vai onko?

Lähteet

- Heponiemi, Tarja & Wahlström, Mikael & Elovainio, Marko & Sinervo, Timo & Aalto, Anna-Mari & Keskimäki, Ilmo 2008: Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 14. Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2004: Kuntoutuksen perusteet. WSOY. Vantaa.
- Karjalainen, Jarno & Karjalainen, Vappu 2010: Kuntouttava työtoiminta – aktiivista sosiaalipolitiikkaa vai työllisyyspolitiikkaa? Empiirinen tutkimus pääkaupunkiseudulta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 38. Helsinki.
- Karjalainen, Vappu 1996: Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. Stakes, Tutkimuksia 68. Helsinki.
- Karjalainen, Vappu & Saikku, Peppi (toim.) 1999: Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kuntoutuksen kehittyvästä asiakasyhteistyöstä. Stakes, Raportteja 236. Helsinki.

- Karjalainen, Vappu & Saikku, Peppi 2008: Työvoiman palvelukeskukset: erityispalvelua vaikeasti työllistyville. Teoksessa Arnkil, Robert & Karjalainen, Vappu & Saikku, Peppi & Spangar, Timo & Pitkänen, Sari: Kohti työelämälähtöisiä integroivia palveluja. Työvoimatoimistojen ja työvoiman palvelukeskusten arviointitutkimus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 18. Edita. Helsinki.
- Kerätär, Raija & Karjalainen, Vappu 2010: Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielen-terveyshäiriöitä. Suomen Lääkärilehti 65:45, 3683–3690.
- Laiho, Veera & Hopponen, Anneli & Latvala, Terhi & Rämö, Anna – Kaisa 2010: Erityisryhmien työkyky – työttömät ja vammaiset. PTT-raportteja 225.
- Laki julkisista työvoimapalveluista 1295/2002.
- Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001.
- Lehto, Markku 2011: Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilön raportti (2011). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2011:5. Helsinki.
- Lind, Jouko & Toikka, Tuula 2009: Kipinä-kuntoutukselle edelleen tarvetta. Kuntoutus 32: 3, 15–21.
- Mäkitalo, Jorma & Suikkanen, Asko & Ylisassi, Hilikka & Linnakangas, Ritva 2008: Kuntoutus ja työelämä. Teoksessa Paavo Rissanen & Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 522–546.
- OECD 2008: Sickness, disability and work: Breaking the barriers. Vol. 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands.
- Paatero, Heidi & Lehmijoki, Pentti & Kivekäs, Jukka & Ståhl, Tomi 2008: Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Paavo Rissanen & Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 31–50.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Takala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) 2007: Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki.
- Pitkäaikaistyöttömyyden hoitamisesta työvoimavarojen turvaamiseen. Rakennetyöttömyyttä koskevat kehittämislinjaukset 2011. TEM raportteja 13, Työllisyys- ja yrittäjyysosasto.
- Polvinen, Henna 2010: Pitkäaikaistyöttömät ja Kelan kuntoutus. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, Oikeustieteiden laitos.
- Saarnio, Leena 2010: Työeläkekuntoutus vuonna 2009. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 7/2010.
- Saikku, Peppi & Sinervo, Leini 2010: Työttömien terveyspalvelun juurrutus. Valtakunnallisen PTT – hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 42. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän loppuraportti 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:7.
- Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2010: Työmarkkinakansalaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen luova tuho. Kuntoutus 2, 53–62.
- Suikkanen, Asko & Linnakangas, Ritva & Harjajärvi, Minna & Martin, Maria 2005: Kokeilusta Kipinää. Keski-ikäisten pitkäaikaistyöttömien kuntoutuskokeilun arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:8. Helsinki.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Työministeriö 2007: Ammatillisen kehittymisen palvelut. Helsinki.
- Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. Työryhmän raportti 2011. Työ- ja elinkeinoministeriö TEM 887/00.04.01/2010. Helsinki.
- Vuorela, Mika 2008: Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Selvityshenkilö Mika Vuorelan selvitys. Työ- ja elinkeinoministeriö 10.3.2008. Loppuraportti.

Työ kuntoutuksen tavoitteena

Kompassi-projekti Lapin palveluverkostossa¹

Aila Järvikoski, Marja-Liisa Vaara, Kristiina Härkäpää, Tarja Juopperi ja Pirjo Matinmikko

Johdanto

Kansalaisten työurien pidentäminen on ollut tavoitteena 2000-luvun hallitusohjelmissa, ja tämän tavoitteen saavuttamisen mahdollisuuksista ja vaihtoehtoista on käyty monenlaista keskustelua. Vaihtoehtoista ensimmäistä, eläkkeelle siirtymisiän nostamista, on pohdittu ensi sijassa eläkelainsäädännön toimenpiteenä. Toisena vaihtoehtona on tarkasteltu työelämän yleistä kehittämistä ja työhyvinvoinnin lisäämistä. Sivussa keskustelun valtavirroista oli pitkään se, että huomattava osa väestöstä siirtyy työkyvyttömyyden takia pitkittyville sairauslomille ja ennenaikaiselle eläkkeelle tai että varsin suuri osuus väestöstä on ilman työtä, vaikka tavoittelee määrätietoisesti koko- tai osapäiväistä työtä. Työelämäryhmän (2010) loppuraportissa kumpaakin kysymystä käsitellään lyhyesti. Loppuraportin ehdotusten pohjalta työskennelleiden työryhmien selvityksissä, jotka ilmestyivät vuoden 2011 alussa, painotetaan myös työkyvyn ylläpidon ja työkykyä tukevan esimiestyön merkitystä.

Työuran pidentäminen on kaiken ammatillisen kuntoutuksen peruskysymys. Tämän artikkelin näkökulma avautuu vuosina 2009–2012 Lapissa toteutettavan ESR-projektin kautta (”Kompassi-projekti – Ammatillisesta kuntoutuksesta kohti avoimia työmarkkinoita”). Projektissa pyritään – kuten ammatillisessa kuntoutuksessa yleensäkin – toisaalta tukemaan työssä olevien jaksamista ja jatkamista työssä, toisaalta auttamaan työllisen työvoiman ulkopuolella olevia työhön. Jos käytetään ”uhkakieltä”, edellisessä tapauksessa voidaan puhua työkyvyttömyyden uhkan, jälkimmäisessä pitkittyvän tai pitkäaikaistyöttömyyden uhkan voittamisesta.

Tässä artikkelissa tarkastellaan aluksi niitä teoreettisia ja tutkimuksellisia lähtökohtia, joihin Kompassi-projektin suunnittelu on perustunut, ja sen jälkeen niitä konkreettisia ratkaisuja, joita projektin toteutuksessa on sovellettu. Projektiin kuuluu itsearviointi osana kehittävää arviointia, mutta tässä artikkelissa ei tarkastella projektin toteutusta.

1. Kompassi-projekti on ESR-hanke, ”Ammatillisesta kuntoutuksesta kohti avoimia työmarkkinoita”, joka toteutetaan vuosina 2009–2012. Projekti kuuluu toimintalinjaan 2 (Työllistymisen ja työmarkkinoilla pysymisen edistäminen sekä syrjäytymisen estäminen), ja projektin rahoittaja on Lapin ELY-keskus. Sen vastuutahona on Lapin yliopisto ja yhteistyökumppaneina Lapin sairaanhoitopiiri (Lapin keskussairaalan kuntoutuspoliklinikka), Rovaniemen kaupunki, Invalidiliiton Lapin kuntoutuskeskus ja Kuntoutussäätiö.

Työstä ja työttömyydestä terveyteen ja työkykyyn

Terveysongelmallisilla ja osatyökykyisillä on Suomessa erityisiä vaikeuksia pysyä työelämässä. Näin toteaa muun muassa OECD (2008) vajaakuntoisuutta ja työelämää koskevassa, eri maiden tilannetta vertailevassa raportissaan. Terveysongelmaisten tai vajaakuntoisten henkilöiden siirtymiseen ulos työmarkkinoilta tulkitaan olevan useita rinnakkaisia syitä, jotka liittyvät muun muassa palvelujärjestelmän ongelmiin sekä palvelujärjestelmän ja työelämän välisen yhteistyön vähäisyyteen.

Tilastojen mukaan voimassa olevien työkyvyttömyyseläkkeiden yleisimpänä syynä ovat viime vuosikymmenenä olleet mielenterveyden häiriöt, jotka ovat ohittaneet tässä asemassa pitkään olleet tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Vaikka asialle voidaan löytää useita selityksiä, näyttää ilmeiseltä, että 2000-luvun työelämä asettaa ihmisten psyykkiselle suoriutumiselle ja jaksamiselle uudenlaisia vaatimuksia (esim. Lehto ym. 2005; Gould ym. 2007), joiden taustalla asiantuntija-arvioiden mukaan ovat muun muassa tehokkuusodotukset ja kilpailukykyä koskevat vaatimukset (Joensuu ym. 2008). Tutkimusten mukaan psyykkinen rasittuneisuus ja työuupumus edeltävät usein psyykkisten sairauksien aiheuttamaa työkyvyttömyyttä, mutta myös esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten tai verenkiertoelinten sairauksien aiheuttamaa työkyvyttömyyttä (esim. Manninen ym. 1997; Toppinen-Tanner ym. 2005; Ahola ym. 2009). Kuntoutusta saavien henkilöiden yleinen kokemus on, että heidän tilanteeseensa ei ole ajoissa puututtu (esim. Gould ym. 2008) tai että he eivät ole saaneet riittävästi tukea työhön paluuseensa sairauslomansa aikana. Joensuu ym. (2008) toteavat tutkimuksensa yhteenvedona, että pitkällä sairauslomalla olevien tilanne työmarkkinoilla ei ole hyvä, mikä merkitsee, että työhönpaluu ei ole heille ensimmäinen vaihtoehto, mikäli heidän kokemuksensa työelämästä ja sairauden kanssa selviytymisestä ovat huonoja. Työkyvyttömyyden uhkan varhainen havaitseminen ja niiden mahdollisuuksien osoittaminen, joita on tarjolla työelämäyhteyden säilyttämiseksi, ovat eläkkeelle siirtymisen ehkäisyssä välttämättömiä.

Toisaalta myös työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneissä on henkilöitä, joita työ edelleen kiinnostaa ja joilla on kykyä ainakin osapäiväiseen työhön. Esimerkiksi Gouldin ja Kalivan (2010) tutkimuksen mukaan täyttä työkyvyttömyyseläkettä saavista 5 % kävi työssä, mutta lisäksi runsas viidennes halusi työhön; osatyökyvyttömyyseläkettä saavilla vastaavat osuudet olivat 68 % ja 7 %. Vaikka useimmiten lienee kysymys halukkuudesta ja kyvystä osa-aikaiseen, ei kokopäiväiseen työhön, on tulos mielenkiintoinen myös työuran pidentämistä koskevan keskustelun kannalta. Kun tilanne on vakiintunut ja on saatu lupaus taloudellisesti turvatusta, joskin usein niukasta, toimeentulosta, työ voi uudelleen muodostua siihen kykenevälle ratkaisuksi, joka antaa elämään mielekkyyttä. Vaikka työ on kuormittavaa, se antaa elämälle suuntaa ja sisältöä, ja ilman työtä olemiseen liittyy yhteiskunnassamme erilaisia ongelmia.

Työttömyyden ja huonon terveyden välillä vallitsee vuorovaikutussuhde. Työttömien työkyky oli Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan huonompi kuin työssä käyvien, ja pitkään tai toistuvasti työttömänä olleiden työkyky oli huonompi kuin vain lyhyen aikaa työttömänä olleiden. Toisaalta työttömyyden jälkeen työllistyneiden

henkilöiden työkyky oli parempi kuin työttömänä jatkaneiden ja samaa tasoa kuin niiden, joiden työuraan ei kuulunut työttömyysjaksoja (Pensola ym. 2006).

Työttömyydellä sinänsä on tutkimusten mukaan haitallisia vaikutuksia sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Vaikutussyhteet ovat kuitenkin monimutkaisia, sillä on monia tekijöitä, jotka lieventävät (esim. hyvä itsetunto, sosiaalinen tuki, hyvät selviytymiskeinot) tai vahvistavat (työttömyyden toistuminen, häpeä ja itsearvostuksen aleneminen, taloudelliset vaikutukset, alkoholi) työttömyyden kielteisiä hyvinvointivaikutuksia (esim. Heponiemi ym. 2008). Janlert ja Hammarström (2009) tutkivat, miten erilaiset sosiaalis-taloudelliset tai psykososiaaliset teorit pystyivät selittämään työttömyyden terveysvaikutuksia. Tässä suhteessa parhaiten toimivat toisaalta taloudellisen deprivaaation malli (= taloudellisen toimeentulon vajeet heikentävät hyvän terveyden edellytyksiä), toisaalta Marie Jahodan (1982) sosiaalipsykologinen teoria työn terveyttä tuottavista piilofunktioista, jotka jäävät työttömyystilanteessa toteutumatta (= työ identiteetin luojana, ajankäytön rytmittäjänä ja sosiaalista arvonantoa, sosiaalisia kontakteja ja yhteisiä kokemuksia antavana tekijänä). Vähäinen koulutus ja taloudelliset vaikeudet selittivät osaltaan työttömyyden ja työkyvyn välisiä yhteyksiä Terveys 2000 -tutkimuksessa (Pensola ym. 2006).

Huono fyysinen tai psyykinen terveys, vammaisuus ja vajaakuntoisuus ovat toisaalta osallisina niissä valikoitumismekanismeissa, jotka vaikuttavat työttömäksi joutumiseen ja erityisesti työttömyyden pitkittymiseen ja työn saamiseen. Työllistyminen on erityisen vaikeaa niillä, joilla terveydentilan vajeet liittyvät koulutuksen puutteeseen tai koulutustason mataluuteen (Linnakangas ym. 2006). Työterveyslaitoksen ja Kelan tuoreen selvityksen mukaan maassamme on 70 000 täysin työkykyistä vammaista, joista vain 60 %:lla on työpaikka. Työ- ja elinkeinoministeriö (2010) toteaa selvitysten pohjalta, että maassamme on 20 000–30 000 vammaista ja osatyökykyistä työtöntä henkilöä, jotka olisivat valmiita ja kykeneviä osallistumaan aktiivisesti työelämään. Nämä henkilöt koostuvat monien eri alojen ammattilaisista ja mukana on noin tuhat korkeakoulututkinnon suorittanutta henkilöä. Tavallisimpia syitä heidän työllistymisongelmiinsa ovat mm. työympäristön fyysiset esteet, työkokemuksen puute, ennakkoluulot ja vammaisuutta koskevan tiedon puute.

Eurooppalaisessa kirjallisuudessa on käytetty usein käsitettä työllistyvyys – *employability* – pyrittäessä analysoimaan työnhakijan työllistymismahdollisuuksiin vaikuttavia tekijöitä. Työllistyvyyttä on käsitteenä usein yksilöllistetty, toisin sanoen työllistyvyyttä on tarkasteltu ensi sijassa ihmisen henkilökohtaisten ominaisuuksien, fyysisen ja psyykkisen kunnon, työkyvyn, ammatillisten valmiuksien, työhistorian, työasenteiden, työnhakumenetelmien ja liikkuvuuden pohjalta.

Työllistyvyyden käsite voidaan kuitenkin ymmärtää huomattavasti perinteistä tulkintaa laaja-alaisempana, jolloin siihen kuuluvat yksilöllisten tekijöiden lisäksi henkilökohtaiset tilannetekijät sekä ulkoiset tekijät. Esimerkiksi McQuaid ja Lindsay (2005) lukevat jälkimmäiseen ryhmään mm. työelämässä vallitsevat asenteet, työnantajien rekrytointikäytännöt ja työvoiman hankintakanavat sekä erilaiset yhteiskunnan tarjoamat palvelut kuten kuntoutuspalvelut ja työllistymisen toimenpiteet

(taulukko 1). Hieman samaan tapaan on Suomessa aikoinaan pohdittu työllistymiskyvyn (Järvikoski 1984) ja työkyvyn realisoitumisen (Suikkanen 1992) käsitteitä. Sairaus ja vamma vaikuttavat ihmisen asemaan työmarkkinoilla paitsi työkyvyn alenemisen kautta myös leimautumisen ja rekrytointikäytäntöjen eriarvoistavien mekanismien kautta. Fyysinen ja psyykinen vamma yhdistettynä työn puutteeseen leimaa työelämään pyrkivän yksilön ja voi tehdä monet työllistymismahdollisuuksien kannalta positiiviset tekijät merkityksettömiksi (esim. Ala-Kauhaluoma & Härkäpää 2006; Kukkonen 2009).

TAULUKKO 1. Työllistävyyden osatekijöitä (vrt. McQuaid ja Lindsay 2005, Järvikoski & Härkäpää 2011).

Yksilölliset tekijät	Henkilökohtaiset olosuhteet	Ulkoiset tekijät
<p>Työllistävyydestä ja ominaisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • ammattitaito, ammatilliset valmiudet • henkilökohtaiset valmiudet (esim. esiintymiskyky, itsenäisyys, motivoituminen, pystyvyyden tunne jne.) • työkokemus ja spesifit taidot <p>Demografiset ominaisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • ikä, sukupuoli jne. <p>Terveys ja hyvinvointi</p> <ul style="list-style-type: none"> • terveydentila • vammaisuus, toiminnanrajoitukset, työkyky <p>Työnhakumenetelmät</p> <p>Sopeutuminen ja liikkuvuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • joustavuus, alueellinen liikkuvuus jne. 	<p>Kotitalouteen ja perheeseen liittyvät asiat</p> <ul style="list-style-type: none"> • huollettavat, taloudelliset sitoumukset, asumisolot <p>Työntekoa tukevat kulttuuriset olosuhteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • perhe ja lähiyhteisöt <p>Pääsy resurssien käyttöön</p> <ul style="list-style-type: none"> • liikennevälineet • taloudellinen tilanne • sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki 	<p>Työvoiman kysyntä</p> <ul style="list-style-type: none"> • paikallinen ja alueellinen kysyntä • kysynnän luonne (ammatti- ja elinkeinorakenne, sijainti) <p>Makrotaloudelliset tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • avointen työpaikkojen laatu: työolot, työaika, osaamisvaatimukset jne. <p>Rekrytointitekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • työnantajien rekrytointikäytännöt • valintapreferenssit • työvoiman hankintakanavat • työnantajien asenteet, syrjintämekanismit <p>Tukipalvelut, työvoimapolitiiset toimet</p> <ul style="list-style-type: none"> • pääsy julkisiin palveluihin • aktivointitoimenpiteet • toimenpiteet työmarkkina-siirtymien helpottamiseksi jne.

Leimautuminen voi tapahtua myös palvelujärjestelmän sisällä. Tuoreen tutkimuksen mukaan suomalaiset sosiaalityöntekijät pitivät muiden Pohjoismaiden työntekijöitä useammin asiakkaan ongelmia tämän omana syynä (Blomberg ym. 2010), kun muissa Pohjoismaissa syitä etsittiin useammin yksilön ulkopuolelta. Anne-Mari Ollikainen (2008, 66) on todennut, että vammaiset ja osatyökykyiset ovat marginaalin marginaalissa: he ovat marginaalissa paitsi yleensä työelämän suhteen myös työllistymispalvelujen suhteen. Hän ei viitanne niinkään työntekijöiden asenteisiin sinänsä kuin vammaisille ja osatyökykyisille tarjolla oleviin palveluihin.

Ammatillisen kuntoutuksen ja työllistymisen tarjonta- ja kysyntälähtöiset käytännöt

Ammatillista kuntoutusta ja työllistymiseen tähtäävää toimintaa toteutetaan Suomessa muun muassa työ- ja elinkeinohallinnon, Kelan, työeläkelaitosten ja vakuutuslaitosten toimintana sekä osin työvoiman palvelukeskuksissa työhallinnon ja sosiaalitoimen yhteistyönä. Työkyvyn ja kuntoutusmahdollisuuksien arviointia toteutetaan eri muodoissa työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon piirissä tai esimerkiksi Kelan kustantamana kuntoutuslaitoksissa ja yksityisillä palveluntuottajilla.

OECD (2008) viittasi raportissaan Suomen ammatillisen kuntoutusjärjestelmän ongelmiin: toisaalta sen monimutkaisuuteen, joka haittaa palvelujen saatavuutta, toisaalta sen etäisyyteen työelämästä ja työpaikoilta. Järjestelmän toimintaongelmiin on kiinnitetty huomiota useissa suomalaisissa lääkinnällisen tai ammatillisen kuntoutuksen toteutusta tarkastelevissa tutkimuksissa (esim. Nikkarinen ym. 2001; Kokko 2003; Silvennoinen-Nuora 2010). Myös Valtiontalouden tarkastusviraston (2009) selvityksessä viitataan monimutkaisen kuntoutuspalvelujärjestelmän yhteistyöongelmiin, jotka johtavat helposti palveluketjujen katkeamiseen. Vastuu kuntoutusprosessin etenemisestä jää usein kuntoutujalle itselleen, ja sen eri vaiheisiin liittyvä epävarmuus ja epätietoisuus johtavat helposti siihen, että motivaatio kuntoutukseen ja työhön rapistuu.

Ammatillisen kuntoutuksen määrittelyssä on käytetty toisaalta toimenpiteisiin perustuvaa, toisaalta tavoitteisiin perustuvaa määrittelytapaa (esim. Järvikoski & Paatero 2001). Edellisessä kuvataan yleensä ne toimenpiteet, joiden katsotaan kuuluvan ammatillisen kuntoutuksen piiriin (esim. ILO 1955): esimerkiksi ammatinvalinnanohjaus, työkokeilu tai ammatillinen koulutus. Tavoiteperusteinen määrittely perustuu toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin, ei pelkästään toimenpiteisiin. Ammatilliseksi kuntoutukseksi katsotaan silloin sellainen kuntoutustoiminta, jonka tavoitteena on työkyvyn parantaminen, työssä jaksamisen tukeminen, työmahdollisuuksien luominen ja työllistyminen. Kansainvälinen työjärjestö on lukenut ammatilliseen kuntoutukseen myös toiminnan, jonka avulla pyritään paitsi edistämään työmahdollisuuksia myös vähentämään vajaakuntoisuuteen kohdistuvaa syrjintää työpaikoilla (ILO 1998).

Waddellin ym. (2008) mukaan ammatillista kuntoutusta on kaikki se toiminta, joka auttaa terveysongelmaisia ihmisiä pysymään työssä tai palaamaan työhön. He korostavat tutkimusten pohjalta ammatillisessa kuntoutuksessa varhaista reagointia terveys- ja työkykyongelmiin. He painottavat toisaalta sitä, että tulosten saavuttamiseksi työn, työssä jatkamisen tai työhön palaamisen olisi oltava selkeästi toiminnan fokuksena. He painottavat myös työpaikkojen roolia ammatillisessa kuntoutuksessa. Tuloksellinen ammatillinen kuntoutus edellyttää, että työpaikat eivät syrji ammatillisen kuntoutuksen asiakkaita, vaan ovat valmiita mukauttamaan ja muotoilemaan olosuhteita ja tehtäviä tarpeiden mukaan. Tulkinta on pitkälle samansuuntainen kuin suomalaisilla tutkijoilla.

Ammatillisen kuntoutuksen strategiat on ryhmitelty karkeasti ensi sijassa työvoiman tarjontaan ja ensi sijassa työvoiman kysyntään vaikuttaviin strategioihin (taulukko 2; esim. Järvikoski & Paatero 2001). Tarjontaan vaikuttavan ammatillisen kuntoutuksen painopiste on asiakkaan valmentamisessa kohtaamaan työmarkkinoiden vaatimukset, ts. toimintakyvyn, osaamisresurssien, yleisten työelämävalmiuksien ja ammatillisten taitojen parantamisessa. Tämä on tavallisin ammatillisen kuntoutuksen strategia niin Suomessa kuin muuallakin.

TAULUKKO 2. Ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtoiset strategiat (Järvikoski & Härkäpää 2004).

Ammatillisen kuntoutuksen strategiat	
Tarjontaan vaikuttavat strategiat (kuntoutujan henkilökohtaiseen työllistyvyyteen vaikuttaminen)	Työvoiman kysyntään vaikuttavat strategiat
Menetelminä esim. <ul style="list-style-type: none"> • ammatillinen arviointi ja työkokeilu • kuntoutussuunnitelman laatiminen • työkykyä parantava kuntoutus; psyykkisen ja fyysisen toiminta- ja työkyvyn kehittäminen • yleisten työelämätaitojen ja sosiaalisten taitojen kehittäminen ja valmennus • ammatillisten valmiuksien ja työn hallinnan kehittäminen • ammatillinen perus-, uudelleen- ja täydennyskoulutus • työtehtäväspesifien taitojen arviointi, kokeilu ja valmennus 	Menetelminä esim. <ul style="list-style-type: none"> • suunnitelman laatiminen • sopivien töiden etsiminen ja räätälöinti • työelämän ja työnantajien asenteisiin ja rekrytointikäytäntöihin vaikuttaminen • työolosuhteiden suunnittelu ja sovittaminen työntekijän tarpeita vastaaviksi • perehdytys- ja sopeutumisajan tuen tarjoaminen työnantajalle

Kysyntään vaikuttavassa strategiassa pyritään luomaan kysyntää lisääviä olosuhteita, toisin sanoen vaikuttamaan olemassa olevin keinoin kuntoutujan tarjoaman työpaoksen kiinnostavuuteen. Pyrkimyksenä on muun muassa vaikuttaa työnantajien asenteisiin ja rekrytointikäytäntöihin niin, että kuntoutuksen avulla työhön pyrkivä pystyy kilpailemaan työpaikoista tasaveroisesti muiden työnhakijoiden kanssa. Esimerkiksi ranskalaisessa back-to-work-ohjelmassa pyrittiin muuttamaan työnantajien arviointi- ja rekrytointikäytäntöjä vähemmän valikoiviksi ja siten parantamaan työelämässä syrjittyjen työnhakijaryhmien mahdollisuuksia saada työtä (Salognon 2007).

Vammaisten henkilöiden työvoiman kysyntää on pyritty vahvistamaan myös lainsäädännöllisin keinoin. Useissa Euroopan maissa – mm. Saksassa, Ranskassa, Italiassa, Espanjassa ja Sloveniassa – on käytössä ns. määräosuusjärjestelmä, jonka avulla työnantajat veloitetaan ottamaan työhön tietyn määräosuuden verran niin sanottuja vammaisia tai vajaakuntoisia työntekijöitä. Yksi ydinkysymyksistä on silloin, miten vammaisuus tai vajaakuntoisuus määritellään ja miten järjestelmä toimii. Vajaakuntoiseksi määrittely voi merkitä joko lisämahdollisuuksia tai haittaavaa leimaa. Muutenkaan järjestelmä ei ole aukoton, vaan monissa maissa työnantajat kiertävät sitä eri tavoin: esimerkiksi Saksassa osa työnantajista maksaa mieluummin sakon kuin toimii säädöksen mukaan. Hollannissa järjestelmää muutettiin vuonna 2006 aikaisempaa

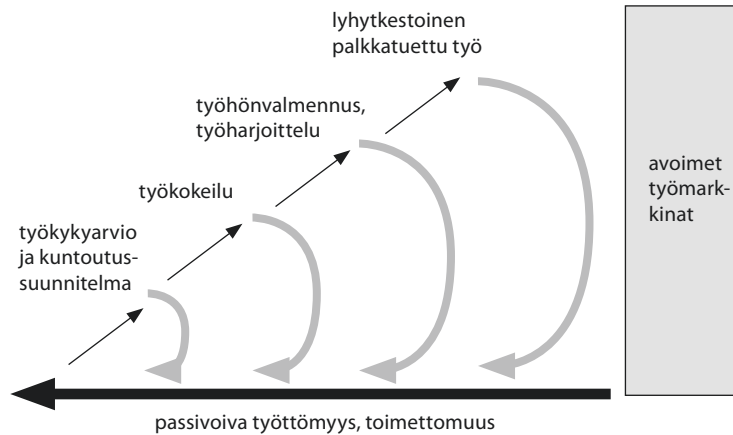
joustavammaksi. Tavoitteena oli, että 2–5 %:n julkisen ja yksityisen sektorin henkilökunnasta olisi vammaisiksi määriteltyjä työntekijöitä tai henkilöitä, joiden työolosuhteita tai työympäristöä on sovitettu työn tekemisen helpottamiseksi.

Suomessa määräsuusjärjestelmästä käytiin keskustelua 1980-luvulla, mutta sitä ei ole pidetty Suomen oloissa toteuttamiskelpoisena. Kysyntään vaikuttavaksi strategiaksi voidaan tulkita 2000-luvulla luotu sosiaalisia yrityksiä koskeva lainsäädäntö, jonka tarkoituksena oli tukea vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden työllistymismahdollisuuksia. Sosiaalisten yritysten määrä ei ole kasvanut odotetulla tavalla. Ensimmäiset sosiaaliset yritykset perustettiin vuonna 2004, jolloin sosiaalisiksi yrityksiksi rekisteröitiin 12 yritystä. Työ- ja elinkeinoministeriön lokakuussa 2010 päivitetyn tilaston mukaan oli rekisteröityjä sosiaalisia yrityksiä Suomessa 154. Yrityksiin työllistettyjen määrä oli vuoden 2010 loppupuolella alle 800, joista noin puolet vajaakuntoisia tai pitkäaikaistyöttömiä henkilöitä. Lapissa sosiaalisia yrityksiä on rekisteröity vain muutama.

Vajaakuntoisille ja vaikeasti työllistettäville henkilöille ei siis ole Suomessa kovin aktiivisesti luotu työpaikkoja avoimen sektorin ulkopuolella. Ollikaisen (2008) edellä mainittu toteamus vammaisista marginaalin marginaalissa saa perusteita siitä, että myös työolosuhteita mukauttavia ratkaisuja käytetään Suomessa vähän: esimerkiksi työhallinnossa 1970-luvulta saakka voimassa ollutta työolosuhteiden järjestelytukea on vuosikymmenten kuluessa käytetty hyväksi ainoastaan poikkeustilanteissa. Ala-Kauhaluoman ja Härkäpään (2006) mukaan työnantajilla on myös sangen harvoin tietoa niistä palveluista, joita on tarjolla tukemassa vammaisten tai osatyökykyisten työntekijöiden työllistymistä ja työssä selviytymistä.

Myös työnetsijän ja työvalmentajan tukeen perustuva tuetun työllistymisen toimintamalli on esimerkki kysyntälähtöisestä strategiasta: siinä pyritään vaikuttamaan työnantajien ratkaisuihin tarjoamalla työnantajalle ja työllistyjälle tukea myös työllistymisvaiheen jälkeen sekä pyrkimällä räätälöimään työolosuhteet työllistyvän kannalta mahdollisimman sopiviksi (esim. Härkäpää ym. 2000; Härkäpää 2005).

Ammatillinen kuntoutus toteutuu usein erilaisina valmennusvaiheina, joissa huomio on kuntoutujan valmiuksien kehittämisessä ja joiden aikana varsinainen työtaivoite voi jäädä sivuun. Vaarana on, että kuntoutustoimenpiteet (ml. lyhyet koulutusjaksot) jäävät vuorottelemaan passiivijaksojen – työttömyyden tai kotona odottelun – kanssa eikä pysyvämpää työllistymistä tapahdu. Myös palkkatuella työllistäminen voi johtaa lyhyiden työllistymisjaksojen ja työttömyyden vuorotteluun, sillä pysyvä työsuhte on siinä nykyään harvoin edes tavoitteena. Tällaista prosessia voidaan kuvata passivoivan kuntoutus- ja työllistämispalvelun spiraalina (kuva 2, vrt. Ollikainen 2008). Se on ongelmallinen myös kuntoutujan motivaation näkökulmasta. Motivaatio sitoutuu paitsi kykyyn ja haluun myös tarjolla oleviin mahdollisuuksiin ja kehittyy tavoitteiden asettamisen ja toiminnan vuorovaikutuksessa (Berglind & Gerner 2002), ja motivaation puute on siten sidoksissa niihin epävarmuustekijöihin, joita oman tulevaisuuden ennakoinnissa on. Jos passivoiva spiraali jatkuu pitkään, se vahvistaa eläkeorientaatiota ja katkaisee psyykkisen yhteyden työhön.



KUVA 1. Kuntoutus- ja työllistymispalvelujen passivoiva spiraali (mukailtu, Ollikainen 2008)

Tuetussa työllistymisessä (ns. supported employment -mallissa) lähtökohtana ei ole kuntoutujan työelämävalmiuksien kehittäminen mahdollista tulevaa työpaikkaa varten, vaan työllistyjälle pyritään luomaan mahdollisuus kehittää taitojaan ja valmiuksiaan spesifissä työssä, työtehtävien avulla. Tämä tarkoittaa, että työpaikan etsiminen ja työtehtävien räätälöinti työllistäjän kannalta mahdollisimman sopivaksi on olennainen osa kuntoutusprosessia. Sen vuoksi työvalmentajan työnkuva ja työajan käyttö poikkeavat tuetun työllistymisen mallissa olennaisesti perinteisestä työvalmennuksesta: työtä ei voi tehdä toimistossa, vaan huomattava osa ajasta suuntautuu työpaikka- ja työnantajakontakteihin. Tuen antaminen työllistyjälle on keskeinen osa toimintaa, sillä myös työssä kehittyminen edellyttää riittävää tukea ja ohjausta.

Työnantajalle työvalmentajan tuki työllistymisvaiheessa ja sen jälkeen on hyödyllistä siksi, että se vähentää sitä riskiä ja epävarmuutta, jota työnantaja voi tuntea ottaessaan työhön pitkään työttömänä tai työkyvyttömänä olleen henkilön. Työvalmentaja voi olla mukana suunnittelemassa työpaikalla tarvittavia järjestelyjä. Hän toimii myös työpaikan ulkopuolisena yhteyshenkilönä, johon myös työnantaja tai esimies voi ottaa yhteyttä, mikäli ongelmia syntyy.

Tuettua työllistymistä on tutkittu paljon, eniten Yhdysvalloissa, mutta myös Euroopassa. Työllistymistulokset ovat esimerkiksi mielenterveyskuntoutujilla selvästi paremmat kuin perinteisissä ammatillisen kuntoutuksen toimintamuodoissa (esim. Crowther ym. 2001; Bond ym. 2008; Burns ym. 2007). Suomessa tuetun työllistymisen mallia kokeiltiin 1990-luvulla muun muassa Euroopan Sosiaalirahaston E.C.HO- ja STEPS-projekteissa (Työhön, elämään... 1998). 2000-luvulla toimintatapaa on käytetty muun muassa mielenterveyskuntoutujien, nuorten työttömien työnhakijoiden, pitkäaikaistyöttömien, maahanmuuttajien ja vajaakuntoisten henkilöiden työllistymisen tukemisessa (esim. Härkäpää & Peltola 2005; Härkäpää 2005; Valkonen & Harju 2005). Myös suomalaisissa hankkeissa saadut kokemukset ovat olleet lupaavia. Kokeilujen tarkoituksena on ollut kehittää tuetun työllistymisen

suomalaista mallia, sillä amerikkalainen malli ei ole sellaisenaan siirrettävissä suomalaisen yhteiskuntaan. On itsestään selvää, että malli toimii paremmin alueilla ja työaloilla, joilla työttömyys on suhteellisen vähäistä ja tarvetta rekrytointiin on. Tässä suhteessa esimerkiksi pääkaupunkiseutu ja Lappi eroavat toisistaan. Kaikissa tilanteissa toimintamalli voi kuitenkin vähentää kuntoutujien eriarvoisuutta muihin työnhakijoihin nähden ja olla sen vuoksi tuloksellinen pitkällä aikavälillä. Toisaalta väestön ikääntyminen merkitsee, että työvoimapula todennäköisesti lisääntyy monella alalla ja alueella.

Tuettu työllistyminen on tavanomaisesta poikkeava ammatillisen kuntoutuksen malli, koska siinä korostuu työvoiman tarjontanäkökulman ohella myös kysyntänäkökulma. Kiinteä yhteistyö työnantajien kanssa on välttämätöntä, kun toiminnalla tavoitellaan avoimien työmarkkinoiden palkkatyötä, ei pelkästään tilapäistä työharjoittelu- tai kokeilupaikkaa tai avosuojatyöpaikkaa.

Kompassi-projekti Lapissa

Kompassi-projektin suunnittelun perustan muodostivat moniulotteisen työkykymallin (esim. Järvikoski ym. 2001; Ilmarinen 2006) ohella työllistävyyden laaja-alainen malli (taulukko 1) sekä työvoiman tarjonta- ja kysyntälähtökohtien yhdistämiseen perustuva ammatillisen kuntoutuksen strategia (taulukko 2). Näitä malleja yhdistää ajatus, että ihmisen työssä jaksamisen ja työllistymisen ongelmia ei pystytä ratkomaan suuntaamalla huomio pelkästään ihmiseen itseensä, häntä hoitamalla, valmentamalla ja kouluttamalla, vaan muutoksen aikaansaaminen edellyttää yleensä myös ulkoihin tekijöihin ja olosuhteisiin vaikuttamista. McQuaidin ja Lindsayn (2005) työllistävyyksikäsitteen soveltaminen merkitsee huomion kiinnittämistä muun muassa työnantajien asenteisiin ja rekrytointikäytäntöihin.

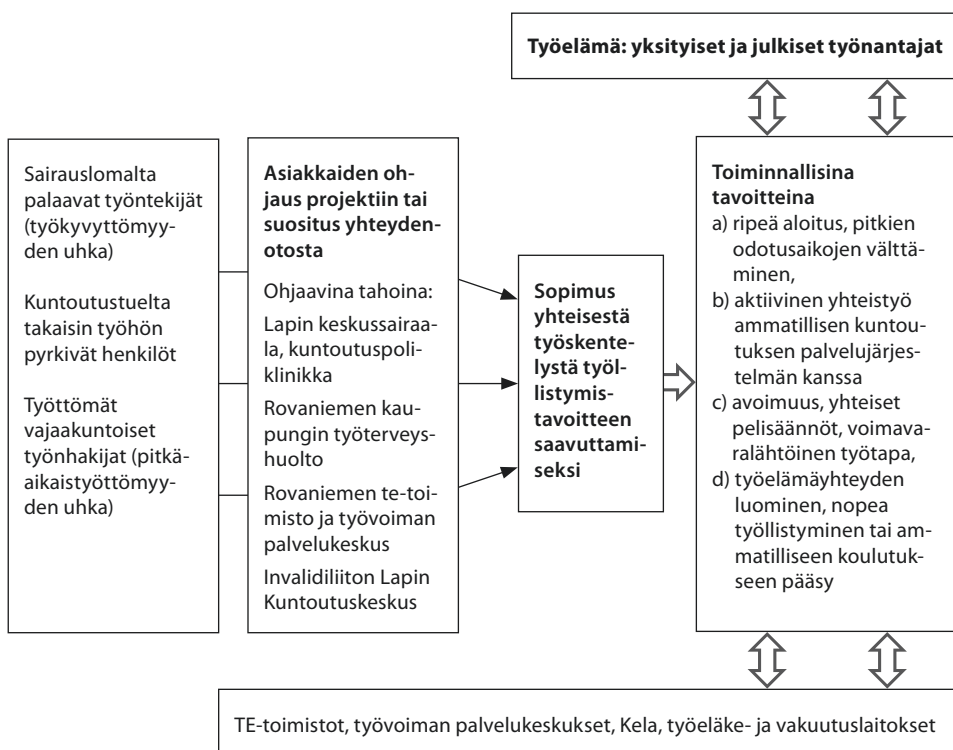
Projekti toteutetaan Lapissa, asiakastyö pääosin Rovaniemellä ja sen lähikunnissa. Työttömyysaste on Lapissa koko maata korkeampi. Työttömien osuus työvoimasta oli Lapissa marraskuun 2010 lopussa 12,8 %, kun se koko maassa oli 9,3 %. Työttömyys on kuitenkin vuodesta 2009 vähentynyt. Sen sijaan pitkäaikaistyöttömyys on lisääntynyt: pitkäaikaistyöttömiä oli lähes neljännes enemmän kuin vuotta aikaisemmin. (Lapin ELY-keskus 2010.) Pitkäaikaistyöttömyys on Suomessa painottunut yhä enemmän vanhempiin ikäluokkiin. Pitkäaikaistyöttömiä oli vuoden aikana suhteellisesti eniten 55–59-vuotiaiden ikäryhmässä (29 %) ja vähiten alle 25-vuotiaissa. (Työllisyyskertomus... 2010.) Haatajan (2006) mukaan iän karttuminen heikentää työssä pysymistä ja työllistymistä, minkä lisäksi viisikymppisten työllistyminen on hitaampaa ja johtaa muita ikäryhmiä useammin epätyypillisiin työsuhteisiin (Haataja 2006, 25–27).

Rovaniemen työllisyysohjelman 2010–11 mukaan työllistymisen esteitä ovat sopivan työn puuttumisen lisäksi osaamiseen, terveydentilaan, elämäntilanteeseen ja elämäntilanteeseen liittyvät esteet. Vanhemmilla asiakkailla työllistymisen esteet ovat yleensä moninaiset. Palvelutarpeisiin vastaamisen katsotaan edellyttävän palvelun oikea-

aikaista tarjoamista sekä hyvää ja joustavaa yhteistyötä viranomaisten välillä – vain pientä osaa asiakkaista uskotaan voitavan auttaa työhallinnon perinteisin toimenpitein.

Asiakkaiden ohjautuminen projektiin

Vajaakuntoisuuteen liittyvään työkyvyttömyyden tai pitkäaikaistyöttömyyden uhkaan reagoidaan usein liian myöhään. Välttämättömät työkykyä ylläpitävät ja ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet käynnistyvät usein vasta, kun ongelmat ovat pitkittyneet ja kasautuneet, jolloin hyvän kuntoutustuloksen saavuttaminen on vaikeaa. Esimerkiksi Lapin Keskussairaalan kuntoutuspoliklinikan kokemusten mukaan työkyvyn arvioinnin ja kuntoutussuunnitelman jälkeen ammatillinen jatkokuntoutus jää liiaksi asiakkaan omalle vastuulle ja sen aloittaminen usein viivästyy. Pidettiin tärkeänä löytää joustava toimintamalli, jonka avulla asiakas ohjautuu esimerkiksi terveydentilan ja työkyvyn arvioinnin jälkeen välittömästi ammatillisen kuntoutuksen piiriin ja kohti työmarkkinoita.



KUVA 2. Kompassi-projektin asiakkaiden tulo projektiin

Eri projekteihin osallistuneiden asiakkaiden valinnassa on käytetty monenlaisia toimintatapoja. Toisena ääripäänä on ollut kuntoutujien omaehtoinen hakeutuminen projektin asiakkaaksi, toisena lähetekäytäntö, jossa projekti on vastannut ensi sijassa

viranomaistahojen tarpeisiin tuottaen palveluja niiden asiakkaille (esim. Työhön, elämään... 1995). Kompassi-projektin asiakasvalinnassa päätettiin soveltaa näiden kahden vaihtoehdon väliin sijoittuvaa toimintatapaa. Asiakkaat ohjautuvat projektiin monta kanavaa myöten – lähettäjinä toimivat Lapin keskussairaala, Invalidiliiton Lapin Kuntoutuskeskus sekä Rovaniemen kaupungin työterveyshuolto, Rovaniemen työ- ja elinkeinotoimisto sekä työvoiman palvelukeskus. Asiakkuus ei kuitenkaan käynnisty pelkästään ohjaustapahtuman pohjalta, vaan vasta projektin ja potentiaalisen asiakkaan välisten keskustelujen tuloksena. Mikäli yhteistä, työllistymiseen tähtäävää motivaatio- ja työskentelyperustaa ei ensimmäisten tapaamisten aikana löydy, ei sopimusta yhteistyöstä eli projektin asiakkuudesta synny. (Kuva 2.) Osa asiakkaista osallistuu ryhmämuotoiseen työelämävalmennukseen ennen jatkoasiakkuudesta sopimista.

Taustaltaan projektin asiakkaat voivat olla monenlaisia. He voivat olla (a) sairauslomalta työhön palaavia työntekijöitä, joiden mahdollisuudet jatkaa entisessä työssä ovat sairauden tai vamman takia epävarmat ja jotka tarvitsevat paluuprosessin tueksi ohjausta ja kuntoutusta, (b) vajaakuntoisia työnhakijoita, joiden kohdalla pyritään ehkäisemään pitkäaikaistyöttömyyden uhkaa ja jotka tarvitsevat ohjausta ja tukea työvalmiuksiansa selvittämisessä, sopivan työn etsimisessä ja räätälöinnissä, työhönsijoittumisessa ja työsuhteen alkuvaiheessa myös työssä tai (c) kuntoutustulelta tai työkyvyttömyyseläkkeeltä työelämäänsä paluuta yrittäviä henkilöitä.

Kaikissa kolmessa ryhmässä on todennäköisesti eri tavoin työorientoituneita ja työhön motivoituneita ihmisiä. Projektin fokuksena on työ, mikä merkitsee, että paneutuvampaan työskentelyyn pyritään ensi sijassa niiden asiakkaiden kanssa, joilla työhön tai ammatilliseen koulutukseen tähtäävä työskentely voidaan erilaisista ongelmista huolimatta aloittaa pian asiakkuuden solmimisen jälkeen.

Asiakastyön toimintamuodoista

Lähtökohtana projektin asiakastyön suunnittelussa oli sekä tarjontaan että kysyntään vaikuttavien strategioiden käyttö. Projektin toimintamuotoihin kuuluvat palveluohjaus, tuetun työllistymisen toimintamalliin sisältyvä työn etsintä ja työvalmennuspalvelut, koulutuksen aikainen ohjauksellinen tuki sekä ryhmämuotoinen aktivoiva ja vertaistukea tarjoava toiminta. Hyvien työllistymistulosten oletetaan edellyttävän aktiivista töiden etsintää ja räätälöintiä eli yhteistyötä yksityisten ja julkisten työnantajien kanssa.

Silloin kun kuntoutuminen työhön edellyttää työalan tai ammatin vaihtoa, tyyppilliset kuntoutuksen menetelmät ovat työkokeilu, jonka avulla on mahdollisuus selvittää alan kiinnostavuutta ja soveltuvuutta, sekä ammatillinen koulutus, jolla hankitaan ammatillisia valmiuksia. Tietoa eri vastuutahojen tarjoamista mahdollisuuksista on usein vähän, ja osa asiakkaista kokee saamansa tuen ja ohjauksen riittämättömäksi sekä suunnitteluvaiheessa että kuntoutusprosessin aikana (vrt. Härkäpää ym. 2011). Palveluohjaustoiminnalla pyritään tukemaan kuntoutujaa hänen valinnoissaan, neuvottelemaan mahdollisuuksista kuntoutuksen palvelujärjestelmän

eri organisaatioiden kanssa ja varmistamaan jatkuva tuki prosessin aikana. Projektin palveluohjaus poikkeaa kuntoutusjärjestelmän eri organisaatioiden järjestämästä ohjauksesta siinä, että se voi jatkua yhtenäisenä prosessin vaiheesta ja yksittäisestä rahoittajatahosta riippumatta.

Myös työkokeilujaksojen ja ammatillisen koulutuksen aikana pyritään huolehtimaan siitä, että asiakkailla on saatavissa projektin kautta jatkuva tuki ja ohjaus. Sen avulla pyritään varmistamaan, että kuntoutusprosessit eivät keskeydy tuen puuttumisen takia.

Perinteisen ammatillisen kuntoutusmallin ongelmana on, että kuntoutujien on valmentautumisesta huolimatta vaikea ylittää työelämän kynnystä – huomattava osa kuntoutujista ei saa lainkaan mahdollisuutta osoittaa työkykyään hänelle sopivassa työssä. Projektin avulla pyritään löytämään Lappiin soveltuva tuetun työllistymisen (supported employment) malli, jota käyttäen haetaan työllistymistä avoimille työmarkkinoille tai vaihtoehtoisesti vähintään vuoden kestävään palkkatukityöhön. Tuetun työllistymisen prosessi soveltuu henkilöille, joilla on aikaisemmin hankittua ammatillista osaamista tai joille koulutus ei ole syystä tai toisesta sopiva vaihtoehto. Tuetun työllistymisen malli sopii hyvin myös ammatillisella koulutuksella käynnistyneen kuntoutusprosessin seuraavaksi vaiheeksi. Menetelminä ovat aktiivinen työmahdollisuuksien kartoitus, töiden räätälöinti tarvittaessa sekä työpaikkojen kanssa tehtävä aktiivinen yhteistyö.

Projekti pyrkii koko toimintansa ajan tiiviiseen yhteistyöhön erikoissairaanhoidon, Kelan, työeläkelaitosten, työvoimahallinnon ja koulutoimen kanssa niin, että tarpeelliset kuntoutus-, koulutus- ja työllistymistoimenpiteet voitaisiin käynnistää mahdollisimman pienin viivytyksin. Projektissa pyritään myös rakentamaan kumppanuuteen perustuvaa yhteistyötä yritysten kanssa. Se edellyttää kuitenkin uudenlaista työtettä, mm. aktiivista jalkautumista yrityksiin ja tilannekartoitusta paikan päällä (Ala-Kauhaluoma & Härkäpää 2006). Mahdollisuuksia kumppanuuteen perustuvan yhteistyön rakentamiseen antavat projektissa myös sairauslomalta työpaikalle palaavien henkilöiden tilanneselvittely ja tuki sekä projektin tarjoama esimieskoulutus.

Työvoimapolitiittisista toimenpiteistä projektilla on varauksia työvoimakoulutukseen ja palkkatukeen. Projekti toimii yhteistyössä ELY-keskuksen KOORDI-hankkeen kanssa, jonka tehtävänä on organisoida näitä palveluja. Palkkatukea käytettäessä pyritään mahdollisimman pitkiin työllistämisyaksoihin. Niiden aikana pyritään tukemaan työssä oppimisen mahdollisuuksia ja varmistamaan sen kautta työuran jatkuminen palkkatukijakson jälkeen. Myös koulutuksen aikana projekti pyrkii huolehtimaan riittävän ohjauksellisen tuen tarjoamisesta niin, että sen avulla voidaan varmistaa opintojen loppuun saattaminen. Työolosuhteiden järjestelytukea projekti pyrkii käyttämään hyväksi aina sen ollessa mahdollista: projektin kannalta tärkeitä ovat sen tarjoamat mahdollisuudet toisaalta fyysisten työolosuhteiden järjestelyihin, toisaalta toisen työntekijän avun käyttöön työhön sijoituksen tukena.

Asiantuntijakoulutus, esimieskoulutus ja arviointi

Kompassi-projekti järjestää myös asiantuntijakoulutusta, jonka avulla pyritään luomaan ammatillisen kuntoutuksen ja työllistämisen kysymyksiin perehtynyt asiantuntija- ja yhteistyöverkosto Lappiin. Projektin koulutus- ja seminaariohjelma on suunnattu vajaakuntoisten henkilöiden työllistämisen- ja kuntoutuspalveluissa toimiville eri ammatti- ja asiantuntijaryhmille, kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle sekä työpaikkojen henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon edustajille. Asiantuntijakoulutukseen osallistuvat voivat joko osallistua yksittäisiin seminaaripäiviin tai suorittaa 27 opintopisteen koulutusohjelman, joka perustuu pääosin Kuntoutussäätiön hallinnoiman ESR-projektin (Employment-Horizon-ohjelma) yhteydessä kehitettyyn ammatillisen kuntoutuksen ja tuetun työllistymisen koulutusohjelmaan (ns. TRADES-diploma; Härkäpää ym. 2000). Koulutusohjelman moduuleja ovat muun muassa (1) työkyvyttömyyden uhka ja siihen reagointi, (2) työpaikkojen, työterveyshuoltojen ja kuntoutus- ja työllistymisorganisaatioiden yhteistyö ja verkostoituminen, (3) kuntoutussuunnittelu, ohjaus ja neuvonta, (4) tuettu työllistyminen ja työnantajayhteistyö, (5) haasteelliset asiakastilanteet, asiakaslähtöinen työote ja ratkaisukeskeinen ohjaus, (6) ammatillinen koulutus, oppisopimuskoulutus ja työssä oppimisen ohjaus, sekä (7) arviointi. Kuntoutussäätiöllä ja Lapin keskussairaalan kuntoutuspoliklinikalla on merkittävä rooli Kompassi-projektin asiantuntijakoulutuksen suunnittelussa.

Projektin yhteydessä järjestetään myös esimieskoulutusta yksityisten ja julkisten työpaikkojen johdolle ja esimiehille. Esimieskoulutuksen teemoja ovat mm. monimuotoisen johtamisen ja työkykyjohtamisen menetelmät, työkykyongelmien varhainen havaitseminen ja puheeksiotto, esimiehen toimintatavat työpaikan päihdeongelmien ja työpaikkakiusaamisen käsittelyssä sekä sairauslomalta töihin palaavan työntekijän tukemisen keinot. Invalidiliiton Lapin Kuntoutuskeskus on Lapin yliopiston ensisijaisena kumppanina esimieskoulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Projektin tehtäviin kuuluu myös ns. kehittävä arviointi. Sen keskeisenä tarkoituksena on seurata ja arvioida asiakastyön etenemistä, kiinnittää huomiota onnistuneisiin ratkaisuihin ja etsiä ratkaisuja ongelmakohtiin. Kehittävä arviointi merkitsee monialaista tiedonkeruuta, jossa tiedonantajina ovat asiakkaat, projektin kuntoutussuunnittelijat ja palvelujärjestelmän organisaatioiden edustajat, mutta myös yhteistyökumppanit yrityksissä sekä julkisen ja kolmannen sektorin työpaikoilla. Myös Kompassi-projektin koulutusohjelmien toteutumista seurataan. Kehittävä arvioinnilla on projektissa pitkälle toimintatutkimuksellinen luonne, sillä tiedonkeruu ja raportointi tapahtuu arviointitutkijoiden ja muun projektihenkilöstön yhteistyössä ja itsearviointi on keskeinen osa arviointitapahtumaa.

Kompassi-projektin hallinnoiva organisaatio on Lapin yliopisto, ja siksi ei ole yhdentekevää, miten projekti kiinnittyy yliopiston yleisempiin opetus- ja tutkimustehtäviin. Projektiin kuuluvaa seminaariohjelmaa on alusta alkaen käytetty tukena kuntoutustieteen aine- ja syventävien opintojen ammatillista kuntoutusta ja työllis-

tymistä koskevien osuuksien opetuksessa, ja siihen sisältyviin luentoihin ovat jonkin verran osallistuneet myös muiden oppiaineiden opiskelijat. Projekti tarjoaa mahdollisuuden niin sanottuun työelämälähtöiseen koulutukseen, ja tätä mahdollisuutta on käytetty runsaasti hyväksi. Projektin yhteydessä on myös mahdollista suorittaa käytännön harjoittelua. Toisaalta projektin myötä kertyvät tutkimusaineistot antavat mahdollisuuden painottaa työkyvyn, työssä selviytymisen ja työllistymisen kysymyksiä kuntoutuksen tutkimuksessa. Samalla projekti tarjoaa opinnäytetyön aiheita yhteiskuntatieteiden tiedekunnan opiskelijoille.

Lopuksi

Artikkelissa on tarkasteltu sitä tausta-ajattelua, johon suurehkon lappilaisen ESR-projektin suunnittelu on perustunut, sekä niitä alustavia ratkaisuja, joihin käytännön suunnittelussa on päädytty. Toteutuneen toiminnan esittely tai arviointi ei ole ollut tavoitteena, vaan siihen on palattava myöhemmässä vaiheessa. Projektin onnistumiseen vaikuttavat monenlaiset tekijät. Yksi projektien asiakastyön keskeisistä kysymyksistä on, miten asiakkaiden ohjautuminen projektiin onnistuu ja miltä pohjalta yhteistyö heidän kanssaan käynnistyy. Suomessakin on runsaasti esimerkkejä hankkeista, joissa asiakkaiden saaminen on osoittautunut erilaisten syiden takia vaikeaksi, yhtenä niistä leimautumisen pelko. Kyse on asiakkaiden toiveista ja yksilöllisistä tarpeista, mutta myös siitä, miten projekti onnistuu välittämään yhteistyökumppaneilleen tietoa oman toimintansa suuntautumisesta ja miten vuoropuhelu, yhteistyö ja luottamus eri osapuolten välillä muodostuvat. Toinen suuri kysymys on, miten projekti löytää kumppaneita työpaikoilta ja yrityksistä. Projektin koulutus- ja seminaaritoiminta tukee osaltaan mahdollisuuksia tällaisten kumppanuuksien muodostumiseen. Koulutusohjelmat ovat keränneet runsaasti osallistujia, ja siten edellytyksiä monialaiselle yhteistyölle on olemassa.

Lähteet

- Ahola, K. & Gould, R. & Virtanen, M. & Honkonen, T. & Aromaa, A. & Lönnqvist, J. 2009: Occupational burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study. *Occup. Environ. Med.* 66, 284–290.
- Ala-Kauhaluoma, Mika & Härkäpää, Kristiina 2006: Palvelutyönantajat heikossa työmarkkina-asemassa olevien työllistäjinä. Työpoliittinen tutkimus 312. Työministeriö, Helsinki.
- Berglind, H.B. & Gerner, U.G. 2002: Motivation and return to work among the long-term sick-listed: an action theory perspective. *Disability & Rehabilitation* 24:14, 719–726.
- Blomberg, Helena & Kallio, Johanna & Kroll, Christian 2010: Sosiaalityöntekijöiden mielipiteet köyhyyden syistä Pohjoismaissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75:6, 589–602.
- Bond, G.R. & Drake, R.E. & Becker, D.R. 2008: An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31:4:280–90.

- Burns, T. & Catty, J. & Becker, T. ym. 2007: The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 370, 1146–52.
- Crowther, R. & Marshall, M. & Bond, G.R. & Huxley, P. 2001: Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003080. DOI: 10.1002/14651858.CD003080.
- Gould, Raija & Grönlund, Harri & Korpiluoma, Riitta & Nyman, Heidi & Tuominen, Kristiina 2007: Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1, Helsinki
- Gould, Raija & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 2008: Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina. *Kuntoutus* 31:1, 39–51.
- Gould, Raija & Kaliva, Kasimir 2010: Työkyvyttömyyseläke ja ansiotyö. Eläketurvakeskuksen raportteja 2010:5, Helsinki.
- Haataja, Anita 2006: Ikääntyvät työmarkkinoilla 1989–2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, selvityksiä 2006:42, Helsinki.
- Härkäpää, Kristiina & Ala-Kauhaluoma, Mika & Hyvärinen, Marika & Kokko, Riitta-Liisa & Narumo, Reija 2000: Tavoitteena työ – tuetun työllistymisen kehitysnäkymiä. *Kuntoutussäätiön työselosteita* 21/2000, Helsinki
- Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Gould, Raija 2011: Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa. Esimerkkinä työeläkekuntoutus. Teoksessa: Järvikoski, Aila & Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Härkäpää, Kristiina & Peltola, Ulla (toim.) 2005: Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutusluotsaus. *Kuntoutussäätiön työselosteita* 29/2005, Helsinki.
- Härkäpää, Kristiina 2005: Tuetun työllistymisen periaatteet ja tuloksellisuus. Teoksessa: Härkäpää, Kristiina & Peltola, Ulla (toim.) *Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutusluotsaus*. *Kuntoutussäätiön työselosteita* 29/2005, Helsinki.
- Heponiemi, Tarja & Wahlström, Mikael & Elovainio, Marko & Sinervo, Timo & Aalto, Anna-Mari & Keskimäki, Ilmo 2008: Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. *Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja* 14/2008, Helsinki.
- Ilmarinen, Juhani 2006: Pitkää työuraa! Ikä ja työelämän laatu Euroopan Unionissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus & Työterveyslaitos, Jyväskylä.
- ILO 1955: Recommendation 99. Recommendation concerning vocational rehabilitation of the disabled. International Labour Office.
- ILO 1998: Vocational rehabilitation and employment of disabled persons. International Labour Office, Geneva.
- Jahoda, Marie 1982: *Employment and unemployment: A social psychological analysis*. Cambridge University Press, New York.
- Janlert, Urban & Hammarström, Anne 2009: Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. <http://www.biomedcentral.com/1371-2458/9/235>
- Joensuu, Matti & Kivistö, Sirkku & Malmelin, Johanna & Lindström, Kari 2008: Pitkä sairausloma ja työhönpaluu. *Työ ja ihminen, tutkimusraportti* 34. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Mannila, Simo 2001: Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. *Kuntoutus* 24, 3, 3–11.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2004: *Kuntoutuksen perusteet*. WSOY, Juva.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011: *Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen*. WSOY-Pro,
- Järvikoski, Aila & Paatero, Heidi 2001: Ammatillisen kuntoutuksen kehityssuuntia. Teoksessa: Tuominen, Eila (toim.) *Muuttuva työ ja eläketurva*. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2001:1, 232–249.
- Järvikoski, Aila 1984: Vammaisten ja työrajoitteisten työllisyys työelämän muuttuessa. *Kuntoutus* 1984, 3, 3–12.

- Kokko, Riitta-Liisa 2003: Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Tutkimuksia 72/2003. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Kukkonen, Tuula 2009: Vastuun uusjako. Vajaakuntoisten työkyky ja työllistyminen yritysten näkökulmasta. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 102, Joensuu.
- Lehtinen Pirkko 2005: Pehmeän ja kovan yrittämisen rajamaastossa. Tutkimukset ja selvitykset 3/05. Lapin yliopisto, sosiaalityön laitos. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Lehto, Markku & Lindström, Kari & Lönnqvist, Jouko & Parvikko, Olavi & Riihinen, Olavi & Suksi, Ismo & Uusitalo, Hannu 2005: Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syyinä – ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 1/2005, Helsinki.
- Linnakangas, Ritva & Suikkanen, Asko & Savtshenko, Viktor & Virta, Lauri 2006: Uuden alus- sa vai umpikujassa? Vammaiset matkalla yhdenvertaiseen kansalaisuuteen. Stakes, raportteja 15/2006, Helsinki.
- Manninen, Pirjo & Heliövaara, Markku & Riihimäki, Hilikka & Mäkelä, Pentti 1997: Does psychological distress predict disability? *International Journal of Epidemiology* 26:5, 1063–70.
- McQuaid, R.W. & Lindsay, C. 2005: The concept of employability. *Urban Studies* 42:2, 197–219.
- Nikkarinen, Tuuli & Huvinen, Santeri & Brommels, Mats 2001: Kuntoutustutkimus osana elämäntarinaa. Vakuutuskuntoutus VKK r.y., Helsinki.
- OECD 2008: *Sickness, disability and work: breaking the barriers*. Vol. 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. OECD Publishing
- Ollikainen, Anne-Mari 2008: Marginaalin marginaalissa? Vammaiset ja osatyökykyiset työllistymis- palveluiden reunoilla. VATES-säätiö & Move-projekti.
- Pensola, Tiina & Järviskoski, Aila & Järvisalo, Jorma 2006: Työttömyyden ja muiden terveystieteiden yhteys työkykyyn. Teoksessa: Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki.
- Rovaniemen työllisyysohjelma 2010–2011.
- Salognon, Marie 2007: Reorienting companies' hiring behaviour: an innovative 'back-to-work' method in France. *Work, Employment & Society* 21, 713–730.
- Silvennoinen-Nuora, Leena 2010: Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa: mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Acta Universitatis Tamperensis, Tampereen yliopisto.
- Suikkanen, Asko 1992: Sosiaalipoliittisen tutkimuksen lähtökohdat ja tapaturmavakuutuslain toimeenpano. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B14, Rovaniemi.
- Toppinen-Tanner, S. & Ojajärvi, A. & Väänänen, A. & Kalimo, R. & Jäppinen, P. 2005: Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behav. Med.* 31, 18–27.
- Työ- ja elinkeinoministeriö 2010: Vammoista viis – tärkeintä on osaaminen. Opas työnantajalle vammaisen tai osatyökykyisen palkkaamiseksi.
- Työelämäryhmä 2010: Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010
- Työhön, elämään, työelämään 1998: E.C.HO- ja STEPS-projektien loppuraportti. STAKES, Helsinki.
- Työllisyyskertomus vuodelta 2009 2010: Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki .
- Valkonen, Jukka & Harju, Sari 2005: Ihmisen arvoinen diili. Tuetun työllistymisen hankkeen toimeenpano ja tulokset. Tutkimuksia 73. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009: Lääkinnällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomukset 146/2009, Helsinki.
- Waddell, G. & Burton, A. & Kendall, N. 2008: Vocational rehabilitation – what works, for whom, and when? Report for the Vocational Rehabilitation Task Group. TSO, London.

Osa II

Vuorovaikutus,
yhteistyö, toimijuus

Vammaisuuden teorit ja kuntoutuksen problematiikka

Jari Lindh ja Asko Suikkanen

Johdanto

Niin vammaistutkimuksessa kuin myös kuntoutustieteessä ei ole varsinaisesti omia teorioita, vaan soveltavina tieteenaloina ne hyödyntävät muiden sosiaali-, käyttämis- ja terveystieteiden teorioita. Pohdittaessa kuntoutuksen teoreettisia näkökulmia yksi tärkeä viitekehys on ollut vammaisuuden tutkimus ja vammaisuutta selittävät teoreettiset ja ideologiset mallit. Tämä yhteys on siinä mielessä relevantti, että kuntoutus on lähtökohtaisesti vamma- ja sairauslähtöistä toimintaa. Se, miten vammaisuutta tulkitaan ja siihen vaikuttavia tekijöitä selitetään teoreettis-käsitteellisesti, vaikuttaa suuresti myös kuntoutuksen tulkintoihin, käytäntöihin, toimeenpanoon ja tutkimukseen. Yhteiskuntatieteellinen kuntoutuksen tutkimus on nojannut yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksen käsitteellistämässä ja teoretisoinnissa paljolti yhteiskuntatieteelliseen vammaisuuden tutkimukseen (ks. Suikkanen & Lindh 2008).

Näkökulmamme vammaisuuden tutkimukseen on tietoisesti rajattu ja pyrkimyksenämme ei ole tehdä systemaattista katsausta vammaisuuden tutkimuksen teoreettis-käsitteellisiin lähtökohtiin tai empiirisen tutkimuksen kohteisiin (vrt. Teittinen 2006; Kröger 2002). Tarkastelemme artikkelissa vammaisuuden teoreettisia malleja ja niiden merkitystä ja haasteita kuntoutuksen käytäntöjen ja toimeenpanon käsitteellistämiseksi. Esittelemme ensin lyhyesti muutamia vammaisuuden teoreettisia lähestymistapoja ja niitä kohtaan esitettyä kritiikkiä. Tämän jälkeen pohdimme vammaisuuden malleja yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksen näkökulmasta ja lopuksi tarkastelemme vammaisuuden tulkintamallien suhdetta kuntoutuksen käytäntöihin.

Vammaisuuden tulkintamallit luovat omalta osaltaan perustan sille, miten kuntoutusta toteutetaan niin järjestelmä-, organisaatio- kuin yksilötasollakin. Vammaisuuden teoreettisia ja yhteiskuntapoliittisia tulkintamalleja on harvemmin pohdittu kuntoutuksen teoreettisessa ja käytännön jäsentämisessä (ks. Suikkanen & Lindh 2008). Vammaisuuden mallit ohjaavat myös kuntoutustyöntekijöiden toimintaa ja vaikuttavat myös kuntoutuksessa sovellettaviin toimintakykyluokituksiin ja diagnosointiin (Smart 2009). On kuitenkin syytä huomauttaa, että vaikka malleilla on paljon vaikutusvaltaa, ne ovat kuitenkin enemmän konstruktioita, todellisuuden representaatiota kuin suoraan todellisuutta vastaavia ja jokaisessa teoreettisessa mallissa on omat puutteellisuutensa ja heikkoutensa. Vammaisuuden teoreettiset mallit auttavat kuitenkin jäsentämään ja hahmottamaan kuntoutuksen toiminnallisia ja ideologisia painotuksia ja yksilö-yhteiskuntasuhdetta.

Vammaisuuden malleista

Viime vuosikymmeninä on tuotu esille sekä vammaisaktivistien että vammaistutkimuksen piiristä useita vammaisuuden teoreettisia malleja, joissa on tulkittu ja problematisoitu vammaisuuden kysymystä painottaen yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutusta kussakin mallissa eri tavoin (Stone 1984; Oliver 1990; Vehmas 2005; Shakespeare 2006; Teittinen 2000; 2006). Anders Gustavsson (2004) on tarkastellut teorian asemaa ja roolia erityisesti skandinaavisessa ja brittiläisessä vammaistutkimuksessa. Hänen mukaansa aina 1990-luvun alkuun asti vammaistutkimusta leimasi teoreettisen tutkimusotteen puute ja vasta parin viime vuosikymmenen aikana teorioiden merkitys ja kehittäminen on alkanut korostua vammaistutkimuksessa. Gustavsson erottelee ei-teoreettiset ja teoreettiset vammaistutkimuksen mallit. Ei-teoreettisessa vammaistutkimuksessa on ollut ominaista erilaisten vammaisten integraatioon ja voimaannuttamiseen pyrkivien käytäntöjen uudistamisen ja ohjelmien toimivuuden arviointi. Gustavsson puhuu ei-teoreettisen vammaistutkimuksen yhteydessä ”uudistajan näkökulmasta” tutkimuksellisenä otteena. Toisaalta hänen mukaansa voidaan erottaa vammaisten ihmisten kokemuksiin painottuva vammaistutkimus, jossa on tietoisesti haluttu korostaa vammaisten positiivisia selviytymiskokemuksia ja painottaa yleisemminkin aitojen kokemusten merkitystä vammaistutkimuksessa teorioiden sijaan.

Gustavsson erottelee kolme laajempaa vammaistutkimuksen teoreettista viitekehystä, jotka hän nimeää essentialistiseksi, konstruktionistiseksi ja vuorovaikutukselliseksi näkökulmaksi. Essentialistisen viitekehysten Gustavsson jakaa yksilölliseen ja kontekstuaaliseen essentialismiin. Essentialisessa viitekehyksessä vammaisuuteen vaikuttavia tekijöitä ja ongelmia selittävät ”olemuksellisesti” joko yksilölliset tai kontekstuaaliset tekijät. Karrikoiden ilmaisten vammaisuus ja siihen liittyvät ongelmat redusoidaan joko yksilöön tai yhteiskuntaan. Yksilöllistä essentialismia edustaa vammaisuuden kliininen malli ja kontekstuaalista essentialismia vammaisuuden sosiaalinen malli. Kliinisessä mallissa vammaisuuteen vaikuttavista ja selittävästä tekijöistä painotetaan yksilön geneettisiä, neurologisia tai kognitiivisia tekijöitä kun sosiaalisessa mallissa puolestaan halutaan korostaa vammaisia alistavia yhteiskunnallisia rakenteita, asenteita sekä kielellisiä ja kulttuurisia käytäntöjä.

Vammaisuuden sosiaalinen malli on ollut viime vuosikymmenien vaikutusvaltaisin vammaisuuden teoreettinen ja ideologinen viitekehys (Barnes 1991; Oliver 1990; 1996). Sen keskeisin yhteiskuntapoliittinen väittäminen on, että vammaiset ovat yhteiskunnallisesti (taloudellisesti ja poliittisesti) alistettu ryhmä, ja sen teoreettinen ydin on jaottelussa, jossa erotetaan yksilön fyysinen vamma (impairment) ja sosiaalisesti (yhteiskunnallisesti) tuotettu vammaisuus (disability). Shakespearen mukaan (2006) tätä jaottelua voidaan pitää erityisesti brittiläisen vammaisuuden sosiaalisen mallin ominaispiirteinä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa vammaistutkijat (Albrecht 1992; Smart 2009) ovat myös kehittäneet vastaavaa vammaisuuden sosiaalista mallia, jossa korostetaan vammaisuuden sosiaalisia, poliittisia ja kulttuurisia ulottuvuuksia, mutta erotuksena brittiläiseen versioon vammaisia käsitteellistetään pikemminkin yhteis-

kunnallisena vähemmistöryhmänä kuin alistettuna ryhmänä ja jaottelulla fyysiseen vammaan ja sosiaaliseen vammaisuuteen on selkeästi vähäisempi merkitys. Vammaisuuden sosiaalisen mallin kritiikkiä on tuonut esiin erityisesti Tom Shakespeare (2006), joka korostaa, että vammaisuuteen liittyvien ilmiöiden ymmärtämiseksi tarvitaan vuorovaikutuksellista näkökulmaa, jossa otetaan huomioon sekä yksilölliset että yhteiskunnalliset tekijät.

Toiseksi vammaistutkimuksen teoreettiseksi viitekehykseksi Gustavsson nimeää konstruktivistisen näkökulman, jota on tuotu esille erityisesti kritiikkinä essentialistisille lähestymistavoille. Siinä vammaisuus on eri tavoin kielellisesti ja kulttuurisesti tuotettua, konstruoitua, sosiaalisissa käytännöissä ja diskursseissa. Konstruktivistisen vammaistutkimuksen yleistymisen liittyy yleisempään sosiaalitutkimuksen kielelliseen käänteeseen, foucault'laiseen diskurssien tutkimukseen ja postmodernistiseen yhteiskuntafilosofiaan.

Kolmantena vammaistutkimuksen teoreettisten lähestymistapojen kokonaisuutena Gustavsson erottaa relativis-interaktionistisen viitekehyksen. Siinä vammaisuuden ilmiö nähdään vuorovaikutuksellisenä ja analyttisesti monitasoisena ilmiökokonaisuutena. Gustavssonin mukaan tämä on korostunut erityisesti skandinaavisessa vammaisuuden tutkimuksessa. Siinä korostetaan vammaisuutta yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa syntyvänä ilmiönä ja kummallekaan ei anneta etusijaa vammaisuutta selittävänä tekijänä. Keskeinen yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta korostava vammaistutkimuksen teoreettinen viitekehys on kiinnittynyt WHO:n ICF-luokitukseen (ks. Matinvesi 2010). Toinen keskeinen vuorovaikutusta korostava tutkimussuuntaus liittyy kriittisen realismin teoriaan (Danermark 2002). Kriittiseen realismiin nojaavassa vammaistutkimuksessa kritisoidaan erityisesti konstruktionistisia tulkintoja vammaisuudesta ja korostetaan, että vammaisuutta tulee tutkia yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksen eri tasoilla aina makrotason rakenteellisesta vuorovaikutuksesta mikrotason yksilökokemuksiin (Bhaskar & Danermark 2006). Kriittisessä realismissa korostetaan, että jokaisella (todellisuuden) tasolla vaikuttavat erilaiset mekanismit ja selittävät tekijät. Tämä edellyttää myös, että jokaisella (vuorovaikutuksen) tarkastelun tasolla tulee soveltaa erilaista metodologiaa ja teorioita (ks. Bhaskar & Danermark 2006). Kolmas vuorovaikutusta painottava teoreettinen viitekehys on systeemiteoria (Mikailakis 2002; Suomessa ks. Jalava 2008), jossa nähdään, että vammaisuus ilmenee ja problematisoituu eri tavoin yhteiskunnan eri osajärjestelmissä.

Gustavssonin erottelu teorian roolista vammaistutkimuksessa antaa suhteellisen kattavan, joskaan ei missään nimessä täydellisen kuvan, eri teoreettisista viitekehystistä, joita vammaistutkimuksessa tällä hetkellä sovelletaan. Se, mikä vammaistutkimukselle on kuitenkin ollut leimallista, on sen teoreettisen ja ideologisen keskustelun läheinen suhde, erityisesti vammaisuuden sosiaalisen mallin tulkinnoissa ja keskustelussa (ks. Shakespeare 2006). Kuntoutuksen näkökulmasta voidaan sanoa, että vammaisuuden yksilöllinen (lääketieteellinen) ja sosiaalinen tulkintamalli ovat olleet keskeisimmät viitekehykset, joiden kautta myös kuntoutuksen problematiikka on redusoitu joko yksilö- tai yhteiskuntatasolle.

Shakespearen (2006, 1–3) näkemys vammaisuuden klinisen mallin ja sosiaalisen mallin mahdollisuuksista on kriittinen. Hän periaatteessa kieltää voimakkaan sosiaalisen mallin mukaisen lähestymistavan vammaisuuteen ja näkee ainoana mahdollisuutena konstruoida vaihtoehtoisen lähestymistavan, joka ei toisaalta redusoi vammaisuuden kysymystä pelkäksi lääketieteellisesti määritellyksi sairaan kehon ongelmaksi ja joka ei toisaalta kiellä kehollisia rajoituksia ja erilaisuutta. Shakespearen tavoite on rakentaa kolmas vaihtoehto klinisen ja sosiaalisen mallin sijaan, ei niiden rinnalle. Toisin kuin Gustavsson Shakespeare pitää klinistä ja sosiaalista mallia teoreettisilta perusteluiltaan ja perusteiltaan virheellisinä rakennelmina ja siten hylättävinä, epätosina teorioina. Erityisesti hylkäämisen kohteena on brittiläinen, Shakespearen mukaan dogmaattinen, versio sosiaalisesta mallista, jota vammaistutkijat eivät kansainvälisesti ole yhtä vahvasti omaksuneet.

Shakespearen argumentointi sosiaalisesta mallista, sen historiallisista juurista ja käsitteellisistä perusteista on mielenkiintoinen. Hän katsoo, että vammaisuuden sosiaalinen malli on yksi sosiaalis-kontekstuaalinen lähestymistapa vammaisuuteen (Shakespeare 2006, 9–28). Sillä on historiallisesti ollut läheinen suhde vammaisliikkeisiin ja vammaispolitiikkaan. Tähän on kuulunut poliittinen perussitoumus parantaa vammaisten ihmisten elämää korostamalla sosiaalisen inklusion ja erilaisten rakenteellisten esteiden poistamista. Näkemyksen mukaan rakenteelliset ympäristöt ja rajoittavat esteet tuottavat vammaisuuden tilan yhteiskunnassa. Lähestymistavan perusongelma on yhtäältä vastakohtaistaa käsitteet impairment ja disability sekä toisaalta vammaisuuden sosiaalinen malli vs. klininen tai lääketieteellinen malli.

Shakespearen mukaan (2006, 29–54) sosiaalisen mallin ansiona on ollut se, että se on kiinnittänyt huomiota niihin fyysisiin ja sosiaalisiin tapoihin, joilla yhteiskunta integroi tai ulkoistaa vammaisia henkilöitä. Shakespearen mukaan sosiaalinen malli kuitenkin nostaa vammaisten spesifit kokemukset universaaleiksi, yleisiksi, irrallisiksi erilaisista kontekstuaalista tekijöistä. Vammaisuus ymmärretään sosiaalisessa mallissa yhteiskunnan taloudellisesti-politiittisten järjestelyjen tuotteena. Mallin mukaisen empirisen tutkimuksen tehtävä on osoittaa näitä vammauttavia järjestelyjä ja esteitä.

Sosiaalisella mallilla on siis ollut selkeä intressi muuttaa niitä yhteiskunnallisia järjestelyjä, jotka mallissa Shakespearen väittämän mukaan tuottavat vammaisuuden. Sosiaalinen malli on toiminut brittiläiselle vammaisliikkeelle strategisena ja poliittisena välineenä vammaisten esteiden poistamiseksi. Jos ihmiset, joilla on vaurioita tai sairauksia ovat vammaisia yhteiskunnan toiminnan takia, politiikan prioriteettina on siirtää näitä esteitä, eikä hoivata tai kuntouttaa näitä ihmisiä. Sosiaalisen mallin mukaisesti vammaisten ihmisten selviytymisessä ei ole kysymys kuntoutuksen vaihtoehtoista strategioista, vaan yhteiskunnallisen muutoksen strategiasta, koska vammaisuus on seurausta diskriminaatiosta eikä kehon ongelmista. Toinen strateginen vaikutus sosiaalisella mallilla on itse vammaisiin ihmisiin. Keskeinen pyrkimys on ollut saada vammaiset ymmärtämään ja tiedostamaan, että ongelmallinen ja väärässä on yhteiskunta, eivät heidän tilanteensa ja tilansa. Vammaisten ei tarvitse muuttua vaan yhteiskunnan. Brittiläinen vammaisliike on Shakespearen mukaan toiminut

aina 2000-luvun alkuun asti sillä poliittisella vaatimuksella, että vammaisuus määriteltäisiin, kuten sosiaalinen malli on esittänyt, poliittisen sarron, sosiaalisten järjestelyjen ja esteiden avulla. Tämä on jäädyttänyt muun kuin rakenteellisen yhteiskuntapolitiikan mahdollisuuden vammaisten ihmisten tukemisessa ja auttamisessa.

Olenaisin kysymys, esittelemättä tarkemmin Shakespearen kritiikkiä sosiaalista malli kohtaan, on sosiaalisessa mallissa käytetty vaurion ja vamman erottelu (Shakespeare 2006, 29–53). Mallissa vaurio määritellään puhtaasti biologisin termein. Vammaisuus ymmärretään puolestaan sosiaalisena ilmiönä. Vammaisuus on se, mikä tekee fyysisestä vauriosta ongelmallisen. Sosiaalisen mallin kehittäjille sosiaaliset esteet ja sosiaalinen sorto konstituivat vammaisuuden, mikä Shakespearen mukaan on mallin keskeinen heikkous ja minkä on muututtava analyyseissa. Erottelu biologisen /yksilöllisen vaurion ja sosiaalisen/rakenteellisen vamman välillä on vaikeaa. Ei voi olla vauriota ilman yhteiskuntaa, eikä vammaisuutta ilman vauriota. Shakespearen mukaan ihmisellä täytyy olla vaurio pystyäkseen kokemaan vammauttavat esteet. Vaurio ei ole riittävä syy vaikeuksille, joita ihmiset kohtaavat, mutta ne ovat välttämättömiä. Vaurion ja vamman välillä on Shakespearen ajattelussa yhteys, joka on kontekstuaalinen, historiallinen ja vuorovaikutuksellinen.

Shakespeare katsoo, että myös vauriot ovat usein yhteiskunnallisten järjestelyjen aiheuttamia. Huomattava osa vaurioista aiheutuu köyhyydestä, sodista, syrjäytymisestä ja muista kollektiivisista ja yksilöllisistä prosesseista. Osa vaurioista itsessään voidaan käsitteellistää sosiaalisesti tuotetuiksi. Kaikkia vauriot eivät kuitenkaan ole yhteiskunnallisten järjestelyjen aiheuttamia. Toimintaympäristö ja sosiaaliset esteet tekevät vaurioista pahempia erilaisen riittämättömän toiminnan ja laiminlyöntien takia.

Vaurion merkitys on kulttuurinen kysymys, joka on laajemmin yhteydessä yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin ja asenteisiin. Vaurion vaikutukset riippuvat erityisesti yhteiskunnan odotuksista ja järjestelyistä. Shakespearen näkemykset vaurion ja vamman suhteesta voidaan tiivistää siten, että sosiaalisessa mallissa ja osin myös WHO:n luokituksissa niiden erottaminen on ollut käsitteellisesti ja sisällöllisesti virheellistä. Hänen mukaansa vaurio on aina jo lähtökohtaisesti sosiaalinen (ei-biologinen), kun taas vammaisuus melkein aina on kytkeytynyt vaurion vaikutusten kanssa. Vaurio on aina saanut kokemuksellisen ilmiönsä sosiaalisissa yhteyksissä ja konteksteissa. Jos vammaisuus määritellään sosiaalisena kategoriana ja vaurio puolestaan biologisena, on olemassa riski antaa vauriolle itsenäisen ja olemuksellisen kategorian asema. Vaurio ei kuitenkaan ole esi-sosiaalinen tai esi-kulttuurinen puhdas biologinen peruste vammaisuudelle. Vauriokin on Shakespearen mukaan sosiaalisesti ja kulttuurisesti määritely. Ei siis ole paljasta tai luonnollista kehoa, joka olisi olemassa sosiaalisten käytäntöjen ja diskursien ulkopuolella. Vaurio ja vamma ovat siis toistensa lävistämiä ja yhteenkietoutuneita.

Shakespearen analyysi keskittyy pääasiassa brittiläiseen vammaistutkimukseen. Toinen merkittävä vammaistutkimuksen keskustelu liittyy yhdysvaltalaiseen vammaisuuden mallien kehittelyyn. Yhdysvaltalainen Julie F. Smart (2009) jaottelee kolme vammaisuuden mallia: biomedikaalisen, funktionaalisen ja sosio-poliittisen mallin.

Smart korostaa, että vammaisuuden malleilla on paljon vaikutusta siihen, miten vammaisuus määritellään ja diagnosoidaan; miten vammaiset selviytyvät työ- ja arkielämässä; mitkä professiot ovat tukemassa vammaisia; millaisia palveluja ja millaisella lainsäädännöllä palveluja tuotetaan. Smartin (2009, 4) mukaan jokainen vammaisuuden malli on aika- ja kulttuurisidonnainen, ja jokaisessa mallissa on omat heikkoutensa ja vahvuutensa, eikä mikään malli yksistään kykene selittämään vammaisuuden moniulotteista problematiikkaa. Smart kytkee Gustavssonin jaottelua tiiviimmin vammaisuuden mallit kuntoutuksen käytäntöihin ja professionaalsiin suhteisiin. Hänen mukaansa mikään malli yksinään ei ole riittävä vammaisuuden ilmiön ja kuntoutuksen ammatillisten käytäntöjen ymmärtämiseksi, vaan tarvitaan kokonaisuuden kokonaisvaltaista hahmottamista. Jokaisessa mallissa pyritään omalla tavallaan tukemaan ja kehittämään vammaisten aseman parantamista. Yhdysvaltalaisessa vammaistutkimuksessa vammaisuuden mallien yhteiskunnallista, poliittista ja ammatillista vaikutusta ei ole Smartin mukaan riittävästi tunnistettu. Tarkastelemme seuraavaksi lyhyesti Smartin esittämiä vammaisuuden malleja ja pohdimme niiden eroja ja yhtäläisyyksiä Gustavssonin jaotteluun ja kuntoutuksen professionaalsiin käytäntöihin.

Biomedikaalisen vammaisuuden mallin juuret ovat lääketieteessä ja sen kehityksessä. Biomedikaalinen malli perustuu yksilön biologisten oireiden ja sairauksien lääketieteelliseen diagnosointiin sekä vammaisuuden ja vajavuuksien luokitteluun, mittaamiseen ja standardointiin. Malli toimii perustana lääketieteelliselle kuntoutukselle. Biomedikaalinen malli vastaa Gustavssonin esittämää vammaisuuden kliinistä mallia kuitenkin sillä erotuksella, että Smart ei pidä biomedikaalista mallia yksilökeskeisenä vaan eksplisiittisesti diagnoosikeskeisenä. Smart korostaa, että huolimatta voimakkaasta kritiikistä biomedikaalista mallia kohtaan on lääketieteellinen asiantuntijuus ja siihen liittyvä teknologinen ja farmakologinen kehitys kiistatta auttanut paljon vammaisten ihmisten selviytymistä. Ongelmalliseksi biomedikaalisen mallin ja sen painottumisen pelkästään vammaisuuden biologiseen todellisuuteen tekee se, että sille (ja erityisesti lääketieteen professioille) on yhteiskunnassa annettu niin vahva valta-asema vammaisuuteen liittyvissä yhteiskuntapoliittisissa käytännöissä.

Vammaisuuden funktionaalinen malli liittyy vammaisen toiminnallisiin mahdollisuuksiin ja toimintakykyyn ja siinä vammaisuus määritellään ”roolihäiriöksi” tai ”roolivajeeksi”. Tällä tarkoitetaan, että ihminen ei kykene vammaisuudestaan johtuen suorittamaan kaikkia toimintoja tai rooleja. Aina vammaisuus ei aiheuta vaikeuksia tai haittaa toimintakyvylle, jolloin vammaisuutta ei ilmene. Vammaisuus nähdään enemmän tilannesidonnaisena toimintakyvyn vajeena kuin pysyvänä tilana. Funktionaalisessa mallissa korostetaan toimintoihin tai tehtäviin sopeutumista tai mukautumista. Kuntoutuksen painopisteenä ei ole niinkään yksilön kuntouttaminen kuin pyrkimys vaikuttaa niihin tehtäviin ja toimihintoihin, joihin täytyy sopeutua ja joissa ilmenee toimintakyvyn vajeita.

Funktionaalisessa mallissa on vuorovaikutuksellisen tai ekologisen vammaisuuden mallin piirteitä siinä mielessä, että siinä vammaisuus määrittyy yksilön, vaman ja toiminnan (function) välisessä vuorovaikutuksessa. Mallissa painotetaan

yksilön voimavaroja sekä toiminnallisia ja toimintakykyyn liittyviä tarpeita. Smartin (2009) mukaan mallia on kritisoitu sen takia, että siinä painotetaan liikaa erityisesti työelämässä ja toimeentulon hankkimisessa tarvittavaa sopeutumisen- ja toimintakykyä, jolloin työllistymisen ongelmat voivat helposti kääntyä vammaisia syyllistäväksi (esim. Akabas 2000).

Sosio-poliittisessa mallissa, josta on käytetty myös nimityksiä vähemmistömalli, itsenäisen elämän malli, radikaalidemokraattinen malli, vammaisuutta ei nähdä ”ongelmana” eikä yksilöä tai heidän vammaisuuttaan hoidon ja kuntoutuksen kohteena. Vammaisuuden ”ongelmana” sen sijaan pidetään kansalaisoikeuksien ja yhdenvertaisten mahdollisuuksien puutetta, huono-osaisuutta ja marginalisoitumista. Sosiopoliittisessa mallissa korostetaan, että vammaisuus tai vammainen yksilö itsessään ei oikeuta ennakkoluuloihin tai syrjintään. Vika tai ongelma ei siis ole vammaisessa yksilössä, vaan yhteiskunnassa ja sen kulttuurisissa, taloudellisissa ja poliittisissa käytännöissä, ja se, mitä pitää muuttaa ei ole yksilö, vaan yhteiskunta ja siinä vallitsevat asenteet ja lainsäädäntö. Sosiopoliittisessa mallissa vammaiset määrittelevät itsensä ensisijaisesti vähemmistöryhmäksi, joilta on evätty heidän (kansalais)oikeuksiaan, kuin ryhmäksi, jotka ovat biologisesti poikkeavia ja alempiarvoisia. Vammaisuus ei ole biologista vaan yhteiskunnallista ja kansalaisuuteen liittyvää alempiarvoisuutta.

Myös suomalaisessa vammaistutkimuksen keskustelussa (Kröger 2002; Vehmas 2005; Teittinen 2000; 2006) on tarkasteltu vammaisuuden eri malleja. Simo Vehmas (2005, 119–124) jakaa vammaisuuden teorit kahteen ryhmään, toisaalta materialistisiin ja toisaalta sosiaalis-konstruktionistisiin malleihin. Kolmantena hän erottaa vammaisuuden postmodernit mallit keskittyen kuitenkin kahteen edelliseen. Materialististen selitysmallien hän katsoo keskittyvän yhteiskunnan taloudellisen-sosiaalisiin lainalaisuuksiin, kun taas sosiaalis-konstruktionistiset selitysmallit keskittyvät Vehmaksen mukaan lähinnä kieleen ja kulttuuriin representatioihin.

Englannissa kehitetyn vammaisuuden materialistisen näkökulman keskeiseksi teoriaksi Vehmas nimeää vammaisuuden sosiaalisen mallin, jonka joitain piirteitä hän kriittisesti erittelee (mt, 140–145). Sosiaalis-konstruktionistinen näkökulma vammaisuuteen on Vehmakselle lähinnä kielen, ideoiden ja arvojen merkityksen tarkastelemista vammaisuuden olemuksessa ja merkityksissä, eli vammaisuudelle annetaan vahva sidoksellisuus kulttuuriseen ympäristöön. Vehmaksen näkökulma vammaisuuden selitysteorioista on osittain toisenlainen kuin Shakespearen (2006) tulkinta sosiaalisen mallin ja lääketieteellisen mallin hallitsevuudesta ja niille vaihtoehdoisen selitysteorian hakemisesta kontekstuaalis-vuorovaikutuksellisesta mallista.

Vammaisuus yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksessa

Vammaisuuden medikaalista ja sosiaalista mallia on kritisoitu niiden vammaisuutta yksinkertaistavista ja deterministisistä tulkinnoista, joissa vammaisuus selitetään universaalisesti ja totalisoivasti eikä oteta riittävästi huomioon biologisten, psyko-

logisten, kulttuuristen, taloudellisten ja yhteiskuntapoliittisten tekijöiden monimutkaista yhteensovittamista ja vuorovaikutusta (Vehmas 2006, 142; Shakespeare 2006). Shakespeare (2006, 54–67) ymmärtää vammaisuuden monitasoisena ja vuorovaikutuksellisesti paikantavana sekä rakenteellisesti ehdollistuvana ilmiönä. Se merkitsee lähestymistapaa, jossa vammaisuus on aina vuorovaikutusta yksilöllisten tekijöiden ja rakenteellisten tekijöiden välillä. Myös vammaisten ihmisten kokemukset kumpuavat näistä yksilöllisten tekijöiden laajemmista konteksteista nousevien ulkoisten tekijöiden suhteesta. Sisäisiä tekijöitä ovat sellaiset kuin vamman luonne ja vakavuus, omat asenteet vammaan, henkilökohtaiset ominaispiirteet, kyvykkyydet ja persoonallisuus. Kontekstuaalisia tekijöitä puolestaan ovat sellaiset kuten toisten asenteet ja reaktiot, laajemmat kulttuuriset ja sosiaaliset näkemykset vammaisuudesta. Shakespeare laittaa painoa toimintaympäristötekijöihin ja kontekstin tärkeyteen, esimerkkinä syrjintä ja ennakkoluulot. Hän ei kuitenkaan yksinkertaista vammaisuutta ulkoisiin rajoittaviin tekijöihin ja sortoon.

Ero Shakespearen ja oliverilaisen sosiaalisen mallin välillä on se, että vammaisuutta ei selitetä vaurion termein. Shakespeare katsoo, että vamman rajoitukset koetaan aina vaurion ja erityisen kontekstin tai ympäristön vuorovaikutuksena. Vaurio on välttämätön, mutta ei riittävä tekijä sille kompleksiselle vuorovaikutukselle eri tekijöiden välillä, jonka lopputuloksena on vammaisuus. Lyhyesti Shakespeare väittää, että ihmiset ovat vammaisia sekä yhteiskunnan toiminnan että myös kehonsa takia.

Vammaisuuden ymmärtäminen vuorovaikutuksellisena lähestymistapana merkitsee vammaisuuden ymmärtämistä kompleksisena ja monitahoisena ilmiönä, jossa olennainen merkitys on vaurion (impairment) käsitteellä. Yksi oivaltava tapa Shakespearen vaurion monimutkaisessa ymmärtämisessä on sen nimeäminen ja tulkitseminen pulmallisena tilanteena. Pulmalliset tilanteet tekevät yksilön arjesta vaativan, mutta niitä voidaan myös ylittää. Yksilö voi saada näihin tilanteisiin tukea ja niihin liittyviä esteitä voidaan poistaa, mutta silti ne voivat olla monille ihmisille problemaattisia.

Shakespearen tulkinta vammaisuudesta moniulotteisena ja yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutusta ja toimijuutta korostavana on teoreettiselta lähestymistavaltaan ja yhteiskuntafilosofialtaan samansuuntainen kuin Amartya Senin ja Martha Nussbaumin (1993) kehittämä toimintavalmiuksien teoria (capability approach). He ovat analysoineet erilaisia yksilöllisiä ja yhteiskunnallisia tekijöitä, jotka mahdollistavat oikeudenmukaisen hyvinvoinnin yhteiskunnassa. Vammaisuuden kysymystä ei tarkastella siis erityisesti vammasta johtuvana, vaan osana ihmisen mahdollisuuksia toteuttaa toimintavalmiuksiaan ja saavuttaa siten hyvinvointia. Toimintavalmiuksien teoriassa huomio kohdistuu siihen, miten institutionaalisten rakenteiden välityksellä voidaan tukea inhimillisiä toimintavalmiuksia ja edistää yksilöiden vapautta elää omanlaistansa hyvää elämää. Yhteiskunnassa ei riitä resurssien tasa-arvoinen jakaminen vaan on huolehdittava siitä, että ihmiset pystyvät hyödyntämään tarjottuja resursseja ja että institutionaaliset rakenteet ja olosuhteet muuten edistävät ihmisten toimintavalmiuksia. (ks. Björklund & Sarlio-Siintola 2010).

Senin ja Nussbaumin mukaan ihmisen hyvinvointi on yhteydessä hänen olemisensa laatuun ja ihmisen mahdollisuuksiin toimia niissä institutionaalisessa olosuhteissa, joissa hän elää. Ihmisellä on yksilöllisten toiminnallisten valmiuksiensa (capabilities) perusteella erilaisia mahdollisuuksia toimia (functionings) ja saavuttaa hyvinä ja arvokkaina pitämiään asioita (Nussbaum & Sen 1993; Björklund & Sarlio-Siintola 2010). Toimintavalmiuksien teorian mukaan ihmisen hyvinvointi rakentuu hänen saavuttamistaan toiminnoista, joissa on kokonaisvaltaisesti kyse ihmisen mahdollisuuksista tehdä ja olla. Toiminnot muodostavat ihmisenä olemisen perustan ja (niin vammaisten kuin ei-vammaisten) hyvinvoinnissa on aina otettava huomioon ihmisen toimintavalmiuksien kokonaisuus.

Toimintavalmiuksien teorian mukaan hyvinvointi on riippuvainen sekä ihmiselle luontaisista että institutionaalisin keinoin järjestetyistä mahdollisuuksista toteuttaa toimintavalmiuksiaan. Erilaiset toiminnalliset valmiudet koostuvat perustarpeiden tyydyttämisestä (ravinto, terveys) monimutkaisempiin valmiuksiin, kuten onnellisuuden kokemuksiin, itsekunnioitukseen ja aitoon osallisuuteen yhteisöihin, joissa ihminen elää. Sen analysoi toimintavalmiuksien käsitettä erottamalla sen mm. taloudellisesta varallisuudesta ja toimeentulosta. Kun taloudellinen varallisuus mahdollistaa toimimisen markkinoilla, niin ihmisen toimintavalmiudet määrittävät kokonaisvaltaisesti ihmisen vapautta toimia yhteiskunnassa ja valita siinä erilaisia elämisen ja toimimisen mahdollisuuksia. Senin ajattelussa taloudelliset resurssit eivät ole itseisarvo ja päämäärä sinänsä, vaan ne tulee ymmärtää välineinä muiden elämän tavoitteiden ja päämäärien saavuttamiseksi. (Sen 2010, 253; Björklund & Sarlio-Siintola 2010).

Martha Nussbaum on kehittänyt toimintavalmiuksien teoriaa erityisesti vammaisten, vajaakuntoisten ja muiden heikommassa asemassa olevien ihmisryhmien kannalta (Nussbaum 2007). Hänen mukaansa yhteiskunnan oikeudenmukaisuutta pitää arvioida sen perusteella, miten toimintavalmiudet taataan niille, jotka ovat joutuneet heikoimpaan asemaan. Nussbaum puhuu inhimillisistä toimintavalmiuksista jotka käsittävät sekä toimijan sisäiset toimintavalmiudet että toiminnan ulkoiset ehdot. Voidakseen toteuttaa toimintavalmiuttaan jokaisella yksilöllä tulee olla sisäisen kyvykkyytensä lisäksi suotuisat ulkoiset olosuhteet ja aineelliset resurssit tälle toiminnalle. Nussbaum korostaa toimintavalmiuksien aineellisten ja sosiaalisten (ulkoisten) ehtojen sekä toimijan henkilökohtaisten (sisäisten) valmiuksien välistä suhdetta ja vuorovaikutusta. Nussbaumin mukaan julkisen vallan tehtävä on institutionaalisten rakenteiden ja keinojen välityksellä luoda ihmiselle mahdollisuuksia toteuttaa toimintavalmiuksia. Oleellista on tukea ihmisten valinnanvapauden mahdollisuuksia. Vapaus valita on toimintavalmiuksien teoriassa keskeinen inhimillisesti laadukkaan elämän ja hyvinvoinnin tekijä. Elämä, jossa on aitoja valintoja ja tosiasiallisia toimintavaihtoehtoja, on arvokkaampaa, koska se perustuu ihmisen vapaudelle valita oman hyvinvointinsa kannalta erilaisia asioita. (Sen 2010, 228–230; Björklund & Sarlio-Siintola 2010.) Ihmisten hyvinvointi ei muodostu aineellisista resursseista, vaan niiden kyvystä ja valmiuksista hyödyntää resursseja hyvinvointinsa saavuttamiseksi.

Toimintavalmiuksien teoriassa korostuu vahvasti toimijuuden, valinnanvapauden ja todellisten mahdollisuuksien periaatteet. Teorian valossa vammaisuus ei ole deterministisesti joko henkilökohtainen tragedia tai yhteiskunnan alistamisen kautta muodostuva sosiaalinen konstruktio. Kuntoutuksen näkökulmasta toimintavalmiuksien kehittäminen on vammaisen yksilö-yhteiskuntasuhteen uudelleenrakentamista, jossa institutionaalisten ja sosiaalisten investointien kautta pyritään tukemaan vammaisten todellisten valinnanmahdollisuuksien lisäämistä.

Vammaisuuden teoriat kuntoutuksen käytäntöjen ymmärtämisessä

Vammaisuus ja kuntoutustarve eivät ole sama asia, mutta ne ovat erittäin lähellä toisiaan. Suomalaisessa vammaisuuden ja kuntoutuksen tutkimuksessa on pääasiassa keskusteltu vammaisuuden lääketieteellisen ja sosiaalisen mallin eroista ja yhtäläisyyksistä, ja tutkijat, erityisesti yhteiskuntatieteissä, ovat valtaosin olleet vammaisuuden sosiaalisen mallin kannattajia. Toisaalta suhteessa edellä tarkasteltuihin vammaisuuden teorioihin (kliiniseen/biomedikaaliseen malliin, sosiaaliseen/sosio-politiittiseen malliin ja vuorovaikutukselliseen/funktionaaliseen malliin) on kuntoutuksen lainsäädännössä ja yhteiskuntapolitiittisissa käytännöissä korostunut ja korostuu edelleen erityisesti lääketiedeperusteinen, kliininen vammaisuuden malli (Stone 1984; Järvikoski 1994; Suikkanen & Lindh 2008). Huolimatta em. tutkijoiden esittämästä voimakkaasta kritiikistä lääketieteellistä paradigmat kohtaan kuntoutus on edelleen perusteiltaan leimallisesti vamma- ja sairauslähtöistä toimintaa. Keskeinen osio kuntoutusprosessissa on vikaan, vammaan tai sairauteen perustuva kuntoutustarpeen syntyminen ja diagnostinen toteaminen. Siinä lääketieteen asiantuntijoilla ja asiantuntijatiedolla, jollaisena yksilötasoinen tieto ymmärretään, on ollut keskeinen merkitys. Kuntoutustarvepäätös tehdään pääsääntöisesti yksilön fyysisiin ominaisuuksiin ja vajavuuksiin perustuen, mikä on vaikuttanut kuntoutusasiakkaan roolin ymmärtämiseen ja kuntoutukseen vaikuttavien asioiden näkemiseen yksilöstä, hänen olosuhteistaan ja tilanteistaan johtuvina. Rakenteet ja yhteisöjen vaikutus kuntoutusprosessiin on nähty toissijaisina.

Kuntoutukseen siirrettynä vammaisuuden kliininen yksilömalli tarkoittaa kuntoutuksen syiden ja tarpeiden tarkastelua yksilöstä ja hänen fyysisen tilansa luokittelusta käsin. Kuntoutuspalvelujen tarjonta puolestaan on ollut perinteisesti ryhmäkohtaista ja standardimaista. Tämä on ollut yksi suurista kuntoutuksen paradokseista. Kuntoutuksen problemaattinen yksilö-yhteiskuntasuhde tulee esille kuntoutusprosessien dynamiikassa ja vaikutustekijöiden tulkinnoissa. Kuntoutuksen tarve nähdään yksilöstä nousevana instituutioiden (lainsäädäntö, asiantuntijat, määrittelykäytännöt) päätöksenteon alueena. Kuntoutuksen käytännöissä tulkinnettua yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä vaihtelevat kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Vastuu kuntoutumisesta jätetään pitkälti yksilölle ja vähemmän problematisoidaan niitä yhteiskunnallisia ehtoja, joita kuntoutuja kuntoutumisessaan kohtaa. Yksilöä korostava malli on ollut vahvasti esillä eri yhteis-

kuntapoliittisissa näkemyksissä, esimerkiksi vammaisuus-käsitteessä, riskiajattelussa, kuntoutuspolitiikassa, sosiaalisessa tuessa ja sosiaalityössä.

Vammaisuuden eri ymmärtämistapojen ja kuntoutuksen toimintamallien taustalla on eroja yksilö-yhteiskuntasuhteen käsitteellistämisessä. Teoreettisissa asettamuksissa sekä vammaisuuden ymmärtäminen että kuntoutuksen toimintamallit näyttävät joko yksilöstä tai rakenteista lähtevinä. Yksilöstä lähtevä kuntoutuksen syiden ja toteutumisen tarkastelutapa arvioi yksilöä hänen funktionaalisten rajoitustensa kautta (esim. sairauden kautta, vamman osuutta syissä tai oppimisvaikeuksissa, vanhentunutta ammattia ammatillisen kuntoutuksen toimenpideongelmana). Keskeinen kysymys kuntoutuksen käytännöissä on kuntoutuksen syiden ja kohdentumisen arviointi ja kategorisointi. Voidaan kysyä, miten ja millä perusteella sekä kenellä on legitimitetti arvioida kuntoutuksen saamista. Lääketieteelliset asiantuntijat ja asiantuntijatieto ovat keskeisiä institutionaalisten palvelutarpeiden arvioinnissa ja niiden saamisen oikeuttamisessa. Asiantuntijat ratkaisevat lainsäädännön, niukkojen resurssien puitteissa, ketkä ovat milläkin tavalla ja kuinka pitkälle oikeutettuja institutionaalisesti määriteltyjen ja järjestettyjen palvelujen saamiseen Tämä edellyttää normatiivista arviointia ja palvelujen ylikysynnän karsimista.

Toinen tärkeä ulottuvuus kuntoutuksen yksilökeskeisten tulkintojen taustalla on kuntoutuksen tiedeperustassa, sen kehityksessä ja kuntoutuksen myöntämisen perusteissa. Sairauskeskeisyys sekä syiden arvioinnissa että keinojen kohdentumisessa on merkinnyt lääketieteellisen määrittelyn valta-asemaa kuntoutuksen käytännöissä. Lääketieteellinen määrittely edustaa ”universalisoivaa ja monoliittista rationaliteettia” perustuessaan luonnontieteellisille tutkimus- ja toimintakriteereille. Kuntoutuksen asiantuntijuudessa olennaista on ollut kohteen (vamman, sairaus) tiedeperustainen kategorisointi joko yksilölliseksi tai yhteiskunnalliseksi kysymykseksi. Kuntoutusjärjestelmä pyrkii erottamaan kuntoutustoimenpiteissä (-palveluissa) yksilöllisen ja yhteiskunnallisen tason toisistaan, jotta yksilöitä voidaan tarkastella standardoituina asiakkaina, mikä on olennaista kuntoutuksen yksilökeskeisyyden ymmärtämisessä. Kuntoutuksessa erotetaan ja kategorisoidaan asiakkuuden yhteiskunnallinen ja yksilöllinen puoli toisistaan. Edelliseen ei varsinaisesti puututa ja jälkimmäinen pyritään standardisoimaan. Kuntoutuksen lääketieteellinen ja yhteiskunnallinen ulottuvuus voidaan kokoavasti asettaa vastakkain niihin sisältyvien näkökulmaerojen mukaan. Lääketieteellinen malli on lähtenyt yksilöiden biolääketieteellisestä määrittelystä ja sen soveltamisesta kuntoutuksen erityisyyteen. Lääketieteellinen malli on laajentunut kuntoutuksen käytäntöjen yhteydessä fyysisten ja syytekijöiden ulkopuolelle. Entistä enemmän yksilöä arvioidaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen muodostamasta olemuskolmiosta käsin ja nämä kaikki ulottuvuudet suhteutetaan tuleviin mahdollisuuksiin. Mahdollisuudet ymmärretään yksilön ”integroitumisena” takaisin olemassa olevaan yhteiskunnan sosiaaliseen järjestykseen. Lääketieteellinen malli tarkastelee yksilön kehoon liittyviä rajoituksia ja niiden poistamisen mahdollisuuksia kuntoutuksen keinoin.

Vammaisuuden sosiaalinen malli puolestaan on esimerkki kuntoutuksen yhteiskunnallisesta ulottuvuudesta. Sosiaalinen malli on kuitenkin vaikuttanut enem-

män kuntoutuksen tutkimukseen kuin eksplisiittisesti kuntoutuksen käytäntöihin. Sosiaalisen mallin viitekehyksessä on pyritty tutkimaan niitä rajoitteita, joita yhteiskunta asettaa sen jäsenyydelle vammaisena kansalaisena (ks. Teittinen 2000). Yksilön ominaisuuksien rajoittavat tekijät vaihtuvat mallissa vammaisten elämistä rajoittaviksi yhteiskunnallisiksi ja rakenteellisiksi tekijöiksi. Keskittyessään yksilöön kuntoutuksen lääketieteellinen malli on sitoutunut ja normittanut ongelmat yksilön kehoon. Kuntoutuksen yhteiskuntatieteellinen ulottuvuus puolestaan on painottanut erilaisten sosiaalisten instituutioiden tuottamia vammaistavia ja vajaakuntoistavia käytäntöjä.

Pohdinta

Vammaisuuden ja kuntoutuksen tutkimuksessa on sovellettu useita eri tieteenaloihin kytkeytyviä teoreettisia malleja. Olemme tarkastelleet vammaisuuden teoreettisia näkökulmia ja niiden suhdetta kuntoutuksen käytäntöihin keskittyen erityisesti lääketieteellisen, sosiaalisen ja vuorovaikutteisen mallin yleiseen tarkasteluun. Vaikka olemme puhuneet vammaisuuden malleista, kyse ei ole kuitenkaan tiukassa mielessä teoreettisista malleista, vaan pikemminkin erilaisista vammaisuuden problematiikkaan liittyvistä näkökulmista ja lähestymistavoista (ks. Teittinen 2006, 41). Vammaisuuden tutkimuskirjallisuudessa on kuitenkin tullut tavaksi puhua vammaisuuden malleista, joten mekin olemme kyseistä käsitettä käyttäneet.

Vammaisuuden ymmärtämisessä ja tulkinnassa on pitkään ollut vallalla dikotominen jaottelu yksilö- ja yhteiskuntalähtöisiin selitysmalleihin. Yksilön ja yhteiskunnan suhteen analyysilla on pitkät perinteet erityisesti sosiologian teoreettisessa keskustelussa. Yhtäältä voidaan erottaa Max Weberistä alkaen metodologinen individualismi, jossa tarkastelun keskiössä on yksilö sosiaalisena toimijana. Toisaalta voidaan erottaa Emile Durkheimista lähtöisin oleva strukturalismi ja metodologinen kollektivismi, jossa tarkastelun painopisteenä ovat yhteiskunta ja sen rakenteet. Sosiologisen teoriaperinteen ydin on liittynyt erilaisten dikotomioiden, kuten yksilö/yhteiskunta, toimijuus/rakenne ja mikro/makro, välisten vastakkainasettelujen ylittämiseen ja vuorovaikutuksen analyysiin. Esimerkkinä voidaan mainita Talcott Parsonsin sosiaalisen toiminnan teoria, Norbert Eliasın figurationaalinen sosiologia ja Anthony Giddensin strukturaatioteoria. Näiden sosiaali-teorioiden vahvuuksia ovat sosiaalisen rakenteen ja toimijuuden vastavuoroinen käsittely, sosiaalisten rakenteiden dynaamisuuden analyysi tilannekohtaisten käytäntöjen kautta (tämän avulla voidaan ymmärtää muutosta) ja kattava erilaisten sosiaalisten prosessien käsittely.

Vammaisuuden tutkimuskirjallisuudessaakin yksipuolinen ja dikotominen jaottelu on myös todettu puutteelliseksi ja osin vanhanaikaiseksi tavaksi selittää moniulotteista vammaisuuden problematiikkaa. Niin vammaisuuden kuin myös kuntoutuksen teorioissa vammaisuuden ongelmat paikantuvat pitkälti yksilön ja yhteiskunnan tai rakenteen ja toimijuuden väliseen suhteeseen. Yksilölähtöiset mallit on nähty liian sairaus- ja lääketiedekeskeisinä ja sosiaalisen mallin mukaiset tulkinnat liian

ideologis-poliittisina ja determinoivina tulkintoina. Näiden mallien rinnalla on yhä enemmän alettu korostamaan vammaisuuden ymmärtämistä yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksessa tapahtuvana ilmiönä. Tämä näkyy myös ICF-viitekehityksessä, jossa (vamman) toimintakyky määritetään hänen terveydentilansa sekä yksilö- ja ympäristötekijöiden välisenä suhteena. Kuntoutuksen tavoitteena korostetaan puolestaan autonomian saavuttamista, itsenäisen toiminnan mahdollistamista sekä osallistumisen ja osallisuuden turvaamista.

Olemme korostaneet vammaisuuden ja kuntoutuksen vuorovaikutuksen käsitteellistämistä toimintavalmiuksien ja toimijuuden tukemisena. Shakespearen esittämässä vammaisuuden yksilö-yhteiskuntasuhteen vuorovaikutuksellisuutta korostavassa sekä Senin ja Nussbaumin toimintavalmiuksien mallissa korostuvat sosiaalisten oikeuksien, valinnanvapauden ja toimijuuden ulottuvuudet. Niitä kuvaavien käsitteiden soveltaminen ja avaaminen kuntoutuksen toiminnalliseen ja kuntoutuspoliittiseen ulottuvuuteen luo kuntoutukselle uudenlaisia haasteita ja mahdollisuuksia. Käytännön tasolla se tarkoittaa kuntoutuksen perusteena olevien sosiaalisten oikeuksien, työmarkkinakansalaisuuden, työmarkkinakategorioiden ja palkkatyöyhteiskunnan tavoitetilojen laajentamista ja ylittämistä ja tätä kautta sosiaalisten oikeuksien ja kuntoutuksen uudenlaista käsitteellistämistä.

Vammaisuuden ymmärtäminen vuorovaikutuksellisenä yksilö-yhteiskuntasuhteena tarkoittaa kuntoutuspolitiikassa ja palveluissa myös uudenlaista ratkaisuvaihtoehtojen ja toimintamahdollisuuksien laajentamista. Se mahdollistaisi aidommissa mielessä valinnanvapauden erilaisissa yksilöiden sosiaalisten tilanteiden uudelleen määrittelyissä ja ratkaisuvaihtoehdoissa. Kuntoutuksen laajentaminen toimintavalmiuksien alueille merkitsisi niin kuntoutuksen ideologisella kuin myös käytännöllisellä ulottuvuudella osin vaihtoehtoistakin tietoisuutta kuntoutuksen roolista ja merkityksestä sekä yksilöllisellä että yhteiskunnallisella tasolla. Toimintavalmiuden tukemisen näkökulma haastaa kuntoutuksessa laajentamaan sosiaalisten oikeuksien käsitettä. Se haastaa avaamaan vammaisille ja vajaakuntoisille aidompaa valinnanvapauden mahdollisuuksia ja tätä kautta luomaan laajempia ja aidompia elämänpolitiikan ja elämänhallinnan resursseja.

Kyse on kuntoutuksen ymmärtämisestä uudella tavalla niin, että kyse ei ole vain ansiotulojen menetyksen kompensatiosta, lääketieteelliseen arvioon perustuvasta vakuutusjuridisesta päätöksestä tai tietyn laitospalvelun tuottamisesta vaan myös vammaisten ja vajaakuntoisten sosiaalisten oikeuksien tukemisesta ja laajentamisesta niin että heidän elämässään olisi aidosti enemmän todellisia valinnanmahdollisuuksia elää tavoitteidensa mukaista elämää. Tämä edellyttäisi periaatteellista (uudelleen)pohdintaa kuntoutuksen teoreettis-käytännöllisestä suhteesta ja yhteiskunnallisesta roolista vammaisten ja vajaakuntoisten sosiaalisten oikeuksien, toimijuuden ja hyvinvoinnin määrittämiseen.

Lähteet

- Akabas, S. H. 2000: Practice in the world of work. In Allen-Meares, P. & C. Garvin, C. (Eds.), *The handbook of social work direct practice*. Sage. Thousand Oaks, CA.
- Albrecht, Gary 1992: *The Disability Business: Rehabilitation in America*. Sage. Newbury Park, CA.
- Barnes, Colin 1991: *Disabled People in Britain and Discrimination*. Hurst and Calgary. London.
- Bhaskar, Roy & Danermark, Berth 2006: Metatheory, Interdisciplinarity and Disability Research: A Critical Realist Perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8:4, 278–297.
- Björklund, Liisa & Sarlio-Siintola, Sari 2010: Inhimilliset toimintavalmiudet suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa. Teoksessa Hiilamo, Heikki & Saari, Juho (toim.) *Hyvinvoinnin uusi politiikka – johdatus sosiaalisiin mahdollisuuksiin*. Diakonia-ammattikorkeakoulu A Tutkimuksia 27. Helsinki.
- Danermark, Berth 2002: Interdisciplinary research and critical realism: the example of disability research, *Journal of Critical Realism* 5, 56–64.
- Gustavsson, Anders 2004: The Role of Theory in Disability Research – springboard or strait-jacket? *Scandinavian Journal of Disability Research* 6:1, 55–70.
- Jalava, Janne 2008: Kuntoutuskumppanuuden mahdollisuudet ja haasteet – Systemiteoreettinen lähestymistapa. *Janus* 16:4, 280–294.
- Järvikoski, Aila 1994: Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö. Helsinki.
- Kröger, Teppo 2002: Tutkimuksen kolme näkökulmaa vammaisuuteen. *Janus* 10:1, 27–37.
- Matinvesi, Seppo 2010: Prosessin ja ajoittamisen ongelmasta kuntoutuksessa. ICF:n tulkintaa kuntoutujille. *Acta Universitatis Lapponiensis*. Rovaniemi.
- Mikailakis D. 2002: The systems theory concept of disability: one is not born a disabled person, one is observed to be one. *Disability & Society* 18:2, 209–299.
- Nussbaum, Martha 2007: *The Frontiers of Justice*. Harvard University Press. Harvard.
- Nussbaum, Martha & Sen, Amartya 1993: Introduction. Teoksessa Nussbaum, Martha & Sen, Amartya (toim.) *The Quality of Life*. Oxford University Press. Oxford.
- Oliver, Mike 1991: *The Politics of Disablement*. Critical Texts in Social Work and the Welfare State. Macmillan. Basingstone.
- Oliver, Mike 1996: *Understanding disability, from theory to practice*. London. Macmillan.
- Sen, Amartya 2009: *The Idea of Justice*. Penguin Books. London.
- Shakespeare, Tom 2006: *Disability Rights and Wrongs*. Routledge.
- Smart, Juliet F. 2009: The Power of Disability Models. *Journal of Rehabilitation* 75:2, 3–11.
- Stone, Deborah 1984: *The Disabled State*. Temple University Press. Philadelphia.
- Suikkanen Asko & Lindh Jari 2008: Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Suikkanen, Asko (toim.) *Kuntoutus*. Duodecim. Helsinki.
- Teittinen, Antti 2000: Miten tutkia vammaisuutta yhteiskunnallisena kysymyksenä? *Jyväskylän yliopisto. Sosiologian julkaisuja* 65. Jyväskylä.
- Teittinen, Antti 2006: Merkintöjä vammaisuuden tutkimuksen itseymmäryksestä. Teoksessa Teittinen, Antti (toim.) 2006. *Vammaisuuden tutkimus*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Vehmas, Simo 2005: *Vammaisuus – johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan*. Gaudeamus. Helsinki.

Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta

Marjo Romakkaniemi ja Sanna Väyrynen

Johdanto

Päihde- ja mielenterveyskysymykset ovat tutkimuksessa kulkeneet erillisinä ja molemmilla on omat tutkimukselliset traditionsa ja kuntoutumisen organisointimistavat. Suomessa päihdeongelmaa on lähestytty sosiaalisena kysymyksenä ja hoito- sekä kuntoutusjärjestelmää on kehitetty sosiaalihuollon piirissä (esim. Lahti & Pienimäki 2001). Tultaessa 2000-luvulle päihdeongelmien kuntoutuksessa korostuu kuitenkin yhä enemmän lääketieteellinen näkökulma. Myös mielenterveysongelmien hoitamisessa lääke- ja hoitotieteillä on vahvat traditiot. Sekä päihde- että mielenterveysongelmat heijastuvat kuitenkin ihmisen arkeen ja hyvinvointiin ja toisaalta ihmisen arjen ja hyvinvoinnin ongelmat ovat usein päihde- ja mielenterveysongelmien taustalla (Isometsä 2008, 164; Kangas 1999, 348; Romakkaniemi 2010; Tontti 2000, 119; Wahlbeck 2007, 92). Kyse on elämisen ongelmien kietoutumisesta toisiinsa niin, että syitä ja seurauksia on mahdoton erottaa toisistaan. Tämä haastaa pohtimaan psykososiaalisen kuntoutuksen roolia ja jäsentymistä.

Päihde- ja mielenterveysongelmien suhde on ikuisuuskyse ja ongelmien ensisijaisuudesta on asiantuntijoiden keskuudessa keskusteltu paljon. Nyt 2000-luvulla on alettu korostaa enemmän ilmiöiden päällekkäisyyttä ja on haettu keinoja päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen rinnakkaiselle kehittämiselle sekä uudelleenlaiselle organisoinnille (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma). Artikkelimme asettuu osaksi tätä keskustelua. Tarkastelemme päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisprosessia heidän omien kokemusten pohjalta ja pyrimme tätä kautta tavoittamaan psykososiaalisen kuntoutuksen tarvetta ja sisältöjä.

Psykososiaalisen kuntoutuksen käsite on laajuudessaan epämääräinen ja sisällöltään epätarkka. Sitä käytetään useissa yhteyksissä ja sen määritelmät vaihtelevat kontekstisidonnaisesti. Sillä viitataan niin ennaltaehkäisevään toimintaan kuin hoitoonkin, päivittäisistä toiminnoista selviytymisen tukemiseen kuin sosiaalityön ammatilliseen työorientaatioon. Usein psykososiaalisella kuntoutuksella viitataan kokonaisvaltaiseen toimintaan, joka yhtä lailla on käsitteenä epämääräinen ja kaiken kattava. Kokonaisvaltaisuudella tarkoitetaan ihmisen eri elämäalueille ulottuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn lisääminen. (Weckroth 2007, 426; Fränti & Väyrynen 2010.)

Lähestymme psykososiaalisen kuntoutuksen käsitettä Riitta Granfeltin (1993, 198–202) määrittelemän psykososiaalisen työn kautta. Hänen mukaansa psykososiaalinen työ kohdentuu sekä psyykkiseen että sosiaaliseen tilanteeseen ja sen kohteena on ihmisen elämäntilanne. Siinä korostuu sosiaalisen ympäristön merkitys

ihmisten ongelmien syntyemisessä. Psykososiaalinen kuntoutus määrittyy näin toiminnaksi, joka ottaa huomioon niin psyykkiset kuin sosiaalisetkin ulottuvuudet tavoitellen muutosta ihmisen vuorovaikutussuhteissa sekä sosiaalisessa tilanteessa. Psykososiaalisessa kuntoutuksessa hyödynnetään laajasti erilaisia työmuotoja ja toimitaan yhteistyössä niiden tahojen kanssa, jotka ovat ihmisen elämäntilanteen kannalta merkityksellisiä (vrt. Granfelt mt., 201).

Tarkastelemme psykososiaalista kuntoutusta toimijuuden käsitteen kautta. Tärkeää on paitsi ihmisen kokemus omasta toimijuudestaan, myös eri tahojen jaettu toimijuus. Se merkitsee yhteistyötä kuntoutuvan ihmisen ja hänen läheistensä, päihde- ja mielenterveysalojen ammattilaisten sekä muiden tahojen kanssa. (Esim. Lahti & Pienimäki 2004; Romakkaniemi 2010.) Kysymys on kaikkien tahojen jaetusta toimijuudesta (Bandura, 2001), sillä jokaisen kuntoutujan tilanteeseen osallistuvan tahon puheilla ja toimilla on merkitystä kuntoutujan kokonaistilanteelle. Ajatteluumme vaikuttaa myös Anthony Giddensin (1984) idea rakenteiden kaksinaisuudesta, jonka mukaan rakenteet sekä ehdollistavat että mahdollistavat kuntoutumisprosessia tilanteisesti ja ajallisesti. Toimijuuden edellytykset rakentuvat suhteessa yhteiskunnalliseen, poliittiseen ja paikalliseen tahtotilaan, paikallisiin toimintaympäristöihin ja niissä toteutettaviin toimintamalleihin sekä ihmisen omaan elämäntilanteeseen (Kuvio 1).



KUVIO 1. Kuntoutumisprosessin toimintaympäristö

Kuntoutumisprosessin ehdot ja mahdollisuudet ovat aina sidoksissa yhteiskunnalliseen ja poliittiseen tahtotilaan ja päätöksentekoon, jota määrittävät kulttuuriset käsitykset ongelmien taustoista ja ratkaisumahdollisuuksista. Kulttuuriset arvot ja asenteet heijastuvat sekä palveluihin ja niiden toimintaideologioihin että ihmisten ymmärrykseen ongelmista. Esimerkiksi suhtautuminen huumeiden ongelmakäyttöön on moraalisesti latautunutta ja yleinen asenne heijastuu myös käyttäjiin ja hoidon sekä kuntoutuksen toteuttamismalleihin (ks. esim. Partanen 2002).

Paikalliset toimintamallit ja niiden toteutumisen ehdot ovat suhteessa yhteiskunnalliseen arvo- ja asenneilmapiiriin. Kuntoutusta määrittää se, mihin yhteiskunta

on valmis käyttämään resurssejaan ja minkäläistä kuntoutusta pidetään milloinkin toimivampana. Erilaisilla palveluilla on oma yhteiskunnallinen funktionsa ja palveluiden toimijat toteuttavat ammatillisten rooliensa kautta heille annettua tehtävää. Tehtävistä on olemassa lukuisia erilaisia näkemyksiä, tulkintoja ja sovelluksia ja niistä käydään jatkuvia neuvotteluja. (Bandura 2001, 14.) Yksilökeskeinen ajattelu korostaa ihmisen omaa vastuuta tilanteestaan, jolloin rakenteelliset ongelmat asettuvat ainakin osittain ihmisten yksilökohtaisiksi ongelmiksi. Tämä voi merkitä sitä, että kuntoutuksen resursointi vähenee niin yhteiskunnallisella kuin paikallisella tasolla.

Ihmisen ja yhteiskunnan suhde konkretisoituu kuntoutumisprosessissa. Ihminen ei kuntoudu tyhjiössä, vaan hahmottaa omia toimintamahdollisuuksiaan siinä paikallisessa toimintaympäristössä, missä hän elää. Lähiverkoston merkitys korostuu läpi kuntoutumisen. Riitta Granfelt (1993, 199) jaottelee psykososiaalisen työn intrapsyykkiseen, interpsyykkiseen ja rakenteelliseen tasoon. Intrapsyykkinen taso tarkoittaa ihmisen minuuden vahvistamista ja interpsyykkinen taso viittaa ihmisen lähiverkostoon, joka pyritään aktivoimaan osaksi ihmisen kuntoutumisprosessia. Rakenteellisella tasolla tavoitteena on tukea ihmisen toimijuutta yhteiskunnassa. Toimijuus tarkoittaa ihmisen käsitystä siitä, mikä osa ympäröivästä todellisuudesta on hänen ulottuvillaan. Se määrittyy suhteessa toiminnan esteisiin, näköaloihin ja realisoitavissa oleviin mahdollisuuksiin. (Ronkainen 1999b, 53.) Psykososiaalinen kuntoutus tavoittelee muutosta toimijuudessa, mikä merkitsee sekä yksilön kokemusta oman toimijuuden vahvistumisesta että mahdollisuuksista toimia erilaisilla yhteiskunnallisilla ja yhteisöllisillä areenoilla.

Aineisto ja sen analyysi

Artikkelimme pohjautuu kahteen laadulliseen aineistoon, joissa päihde- ja mielenterveysongelmista kuntoutuvat ihmiset ovat kertoneet kokemuksistaan kuntoutumisprosesseistaan. Toinen on Sanna Väyrysen haastatteluaineisto, joka on hankittu vuosina 2003–2009 kaksoisdiagnoosiasiakkaille suunnatussa avokuntoutuksen kehittämishankkeessa, ja jossa ihmiset ovat avanneet kokemuksiaan psykososiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Toinen on Marjo Romakkaniemen väitöskirjatutkimuksen aineisto, joka käsittelee masennuksesta kuntoutumista. Molempien aineistojen keruussa on sovellettu narratiivista haastattelumetodia, jossa ihmisten kertomukset kuntoutumisprosesseistaan ovat keskiössä.

Aineistot sisältävät yhteensä 33 haastattelua. Vaikka aineistojen henkilöiden tarinat ovat uniikkeja ja henkilöiden ongelmien pääpainot vaihtelevat, on molemmissa aineistoissa henkilöitä, joilla on samanaikainen mielenterveys- ja päihdeongelma. Marjo Romakkaniemen aineistossa mielenterveysongelmat ovat ensisijaisia, sillä haastateltavat ovat saaneet diagnoosiksi joko keskivaikean tai vaikean masennuksen. Sanna Väyrysen haastattelemissa ihmisistä lähes kaikilla on diagnosoitu samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma. Ns. kaksoisdiagnoosi merkitsee tarvetta koko-

naisvaltaiseen kuntoutukseen. Molemmissa aineistoissa kiinnostuksen kohteena on ollut se, mikä on auttanut ihmisiä kuntoutumaan. Alustava havaintomme on, että kuntoutumisprosessit ovat molemmissa aineistoissa monelta osin samansisältöisiä.

Olemme tehneet aineistoistamme sisällönanalyysin, jonka tarkoituksena oli löytää kuntoutumisen prosessia edesauttavia tekijöitä. Lähdimme siitä, että diagnoosi ei määritä kuntoutuksen prosessia vaan oleellisempaa on se, mitkä tekijät ovat auttaneet ihmisiä kuntoutumaan ja millä tavalla kuntoutujan, hänen lähiverkostansa ja työntekijöiden jaettu toimijuus on toteutunut ja luonut edellytyksiä kuntoutumiselle. Koska psykososiaalinen kuntoutus hahmottuu laajaksi ja kokoavaksi toiminnaksi, pyrimme aineistojemme perusteella jäsentämään, mitä psykososiaalisen kuntoutuksen tulisi sisältää. Antti Weckroth (2007, 432) toteaa psykososiaalisen käsitteen niputtavan sosiaalityön työtapoja tavalla, joka selkeyttämisen sijasta hämää niitä. Tarkoituksemme on avata tätä ”mustaa laatikkoa”. Lähtökohtanamme ovat kuntoutujien omat kokemukset siitä, mikä on edistänyt tai estänyt heidän kuntoutumistaan.

Artikkelimme rakentuu siten, että avaamme ensin päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa syntyvän vuorovaikutuksen merkitystä ja sen jälkeen ihmisen ja hänen ympäristönsä välistä vuorovaikutusta. Jaettu toimijuus muodostuu tässä artikkelissa ihmisen ja hänen sosiaalisten suhteidensa, vertaisten sekä ammattilaisten kesken. Seuraavaksi tarkastelemme kuntoutuvan ihmisen arkeen ja elämäntilanteeseen liittyviä merkityksellisiä tekijöitä ja toimijuuden edellytyksiä. Lopuksi kokoamme yhteen psykososiaalisen kuntoutuksen keskeisiä elementtejä.

Suhde ammattilaisiin

Asiakasta arvostava työskentelytapa avautuu tai sulkeutuu jokaisessa kohtaamisessa (Laitinen & Kempainen 2010, 138). Kaiken auttamistyön perusta on luottamuksellisen yhteistyösuhteen rakentuminen ihmisen ja ammattilaisen välille. Anthony Giddensin (1990, 34) mukaan luottamus voi perustua joko abstrakteihin systeemeihin tai ihmisten välisiin suhteisiin. Seligman (2001, 47) määrittelee luottamuksen syntyvän yhteisön jaettujen moraalisten arvojen myötä, jotka johtavat odotuksiin säännönmukaisesta käyttäytymisestä. Luottamusta tarvitaan, kun ihminen ei voi olla luottavainen eli ei tiedä mitä odottaa tai silloin, kun ihminen on tekemisissä itselle tuntemattomien henkilöiden kanssa. (Seligman 2001, 47–48.) Useimmiten ihmiset luottavat instituutioihin, jotka toimivat hyväksyttävien toimintaperiaattein. Haastattelemiemme ihmisten kertomuksissa luottamus ja luottavaisuus ovat keskeisiä vuorovaikutusta määrittäviä tekijöitä. Luottamus kiinnittyy organisaatioon sekä työntekijöiden vaitioloon ja ammattirooliin ja synnyttää parhaillaan luottavaisuuden kokemuksen.

Siinä pysty puhumaan kaikista. Tiesi, että siitähän ne ei lähe mihinkään ne asiat leviämään. (Jaakko)

Mä oon kyllä aina luottanu siihen, että ammattilainen on ammattilainen. (Antero)

Haastattelemiemme ihmisten käsitykset ammattilaisten asiantuntijuudesta liittyvät heidän kokemuksiinsa kohtaamisten aitoudesta ja intensiteetistä. Asiantuntijuuden kuva rakentui yhtäältä työntekijöiden koulutuksesta ja institutionaalisesta asemasta, mutta ennen kaikkea se näyttäytyi työntekijän kykynä kohdata ihminen, taitona kuunnella ja jäsenellä, ohjata keskustelua sekä kykynä löytää tarinasta oleellinen sisältö ja luoda keskustelulle suotuisa ilmapiiri. Tätä kautta ihminen ikään kuin vakuuttui työntekijän ammatillisuudesta. Työntekijän asiantuntijuus oli dialogisuuden synnyttämistä ja palauttamista. Luottavaisuuden tunne syntyi siitä, *kun tuntee, että otetaan todesta* (Aune). Kun luottavaisuus syntyy, syntyy rohkeus ottaa vaikeita asioita esille.

Sanna Väyrynen (2007, myös Fränti & Väyrynen 2010) on nimennyt psykososiaalisen kuntoutuksen lähtökohdaksi intensiivisen ja välittävän työotteen, jolla hän viittaa kuntoutustyön reunaehtoihin, niihin asenteisiin ja arvoihin, jotka konkretisoituvat asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutussuhteessa. Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa asenteellisten tekijöiden merkitys korostuu ja kiinnittyy auttamistilanteiden kohtaamisiin. Kyse on ongelmista, joihin yhteiskunnassa suhtaudutaan kielteisesti, moralisoiden tai säälien. Tämä suhtautuminen heijastuu käyttäjiin ja siirtyy usein osaksi heidän minäkäsitystään. Se, miten ihminen kokee tulevaisuuden nähdynsä ja kuullunsa apua hakiessaan, on asiakassuhteen rakentumiselle olennaista (Pohjola 2002). Omaa identiteettiä rakennetaan suhteessa muihin. Kuva itsestä rakentuu kohtaamisissa, joissa pienet eleet, sanat ja ilmeet kommunikoi- vat keskenään ja viestivät siitä, millaisina kohtaamisen osapuolet toisensa näkevät. Sensitiivisten, arkojen ja häpeälliseksi koettujen ongelmien kuntoutuksessa kohtaa- miskysymyksiin on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota.

Ne ottaa ihmisen ihmisenä. Mikä on periaatteessa sitä, ettei niillä ole valmiiksi mielipidettä. Niinkö että kun menee tuonne, jossa on niinkö, tai meet istumaan nuitten ihmisten kanssa esimerkiksi johonkin virastoon, niin niillä on automaattisesti se ajatus, että.. että on alkoholisti ja semmonen ja semmonen. Tiiätkö, että siinä vaiheessa niinkö ei periaatteessa itse enää voi sanoa mitään, ko niillä on se tietty kuva ja jota ei voi rikkoa mitenkään. Niin, täällä on se mukava, että niinkö.. nimenomaan, että otetaan ihmisenä, eikä tapauksena ”10047: Alkoholisti”. (Anna)

Asiakkaan ja työntekijän kohtaamisissa asenteelliset tekijät rakentavat auttamistilanteelle tilan ja luovat tilanteelle myönteisen tai kielteisen ilmapiirin. Haastattelemiemme ihmisten myönteiset kohdatuksi tulemisen kokemukset edistivät kuntoutukseen motivoitumista ja sitoutumista. Ihmiset odottivat työntekijän osallistuvan aktiivisesti keskusteluun. Vuorovaikutusta edistävät toimintatavat liittyivät tilan antamiseen, kuuntelemiseen ja aitoon kiinnostukseen. Ihmiset kokivat hyötyvänsä kuntoutukselta silloin, kun työntekijä oli aktiivinen osallistuja vuorovaikutustilan-

teessa. Lynne Angus ja John McLeod (2004, 370) käyttävät käsitettä narratiivinen allianssi, jossa molemmat osapuolet rakentavat kertomusta. Haastattelemamme ihmiset toivoivat työntekijän sanovan mielipiteensä ja kysymyksillään ohjaavan tilanteen kulkua. Uudesta näkökulmasta esitetyt kysymykset avasivat uudenlaista ymmärrystä omasta tilanteesta ja kokemus kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta koettiin voimaannuttavana.

Silleen, että se niinkö, mm, se tuntuu, että sitä oikeesti kiinnostaa. Ja se, että se kyllä muistaa. Ja muistaa paljon henkilöitten nimiä, mitä mä oon joskus osaksi maininnu, mikä kertoo jo siitä, et se oikeesti kuuntelee. Se, että sen kans on mukava porissa, ku tuntuu, että se porisee takasi ihan samalla lailla ja vaihtaa mielipiteitä ja muuta. Ei se oikeen, esimerkiksi MTT:lle, niin se on lähinnä sitä, että ei siellä se toinen osapuoli oikeen edes kommentoi mitään, kun ei se... Se on vaan niinkö virkahenkilö siinä, joka ei varsinaisesti..., hyvä jos muistaa sun nimen, kun lähet sieltä. Se on niin eri asia. Täällä [kaksoisdiagnoosiasiakkaille tarkoitettu hanke, lisäys S.V] työntekijä on mukana. Se on, se on messissä. (Anna)

Tuli kuulluksi sillä lailla, että miltä tuntuu. [...] Kaikin puolin jotenki siellä tuntu minusta semmoselta, että välitetään, että saahaan asiat korjaantumaan. (Taina)

Psykososiaalisen työn tekeminen mahdollistuu, kun apua hakeva ihminen kokee olevansa arvokas. Kokemus välittämisestä heijastuu ihmisen kokemukseen itsestä. Auttamistilanteessa ongelmien takana olevan ihmisen näkeminen ihmisenä luo pohjaa identiteetin uudelleen rakentamistyölle. Se viestii välittämisestä ja ihmisen arvos- tamisesta säröilyttään kuntoutuvan ihmisen negatiivista minäkuvaa. (Ks. Laitinen & Väyrynen 2011.) Haastattelemiemme ihmisten kokemuksissa kuulluksi ja kohda- tuksi tulemisesta viestii se tapa, jolla heidät otetaan mukaan kuntoutuksensa suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun. Kuntoutujasta tulee oman tilanteensa subjekti, toimija, joka pyrkii ymmärtämään, tulkitsemaan, suunnittelemaan ja hallitsemaan elämäänsä ja sen perustaa (ks. myös Järvikoski & Härkäpää 1995, 21).

Se, että on päässy tähän projektiin, että on saanut justiinsa kaikkia... kaikkia miten sen.. no mä en nyt oikein löydä sanoja, mutta esimerkkinä voi ottaa sen, että tämä projektin alku varsinkin.. että kun tuli ensimmäistä kertaa tähän, niin siinä osattiin heti silleen suhtautua asioihin silleen, että katotaan ihan hissun kis- sun, ettei aleta mitään heti tässä ensimmäisenä päivänä, että.. kaikki aineitten veto pittää loppua ja... nyt pittää tehdä tätä ja tätä.. että.. Että siis se tehtiin niinko tavallaan mun ehdoilla silloin siellä alussa kaikki tämä kuntoutus ja tämmöset. (Lauri 20 v.)

Haastattelemamme ihmiset korostivat ”askel kerrallaan” – periaatteella tapahtuvan asioiden hoidon myönteisyyttä. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujilla voi pahimmil-

laan olla vain vähäisiä kiinnekohtia itseensä, läheisiinsä ja ympäristöönsä. Kun asioiden hoitoon annettiin aikaa, asiakkaiden lähtökohdat ja toiveet huomioitiin, syntyi turvallinen ja välittävä ilmapiiri. Tämä loi auttamiselle tilan, jota voi Riitta Granfeltin (1998, 162) sanoin kuvata kannattelevana kiinnipitävänä ympäristönä. Tällainen tila sallii heikkouden, riippuvuuden ja kykenemättömyyden kokemukset, mutta luo samalla edellytykset subjektiudelle. Ihminen saa tilaa ja mahdollisuuksia muuttaa elämäntapaansa omaa itseään kuunnellen sitä mukaa, kun voimavarat ja ymmärrys omasta tilanteesta selkeytyvät. Hän on subjekti, joka rakentaa elämäänsä ja identiteettiänsä pala palalta. Muutokset elämässä eivät määrity ulkoa käsin, vaan toipuvan ihmisen omista lähtökohdista ja omaan tahtiin.

Päihde- ja mielenterveysongelmien leimaaman elämän muuttaminen on kuitenkin haastavaa ja aikaa vievää. Kuntoutuminen etenee paloitellen, eri vaiheina. Tuen tarve voi olla mittavaa ja vaihdella kuntoutumisprosessin eri vaiheissa sitä mukaa, kun asiat aktualisoituvat. Julkisten palveluiden resurssien vähäisyys heikentää usein mahdollisuutta tehdä työtä intensiivisesti, eri vaiheet tiedostaen ja huomioiden. Kun työtä on paljon, asiakkaiden yksilöllisiin tilanteisiin on haastavaa paneutua sillä intensiivisyydellä, jota apua hakeva ihminen odottaa. Haastattelemiemme henkilöiden kertomuksista oli havaittavissa, että asiakkaille tämä saattoi näyttäytyä välinpitämättömyytenä ja aiheuttaa turhautumista. Heikossa tilanteessa ja haavoittuvimmillaan apua hakeva ihminen voi kokea, että hänen ongelmansa mitätöidään tai häntä arvioidaan ainoastaan negatiivisen ongelmakategorian läpi ja kohdellaan tämän mukaisesti (ks. Pohjola 2002; Juhila 2004).

Tää [kaksoisdiagnoosi-asiakkaiden kuntoustusyksikkö, lisäys S.V.] on kuitenkin silleen ihmisläheisempi lähestymistapa, että tässä on kummiskin niin vähän porukkaa tässä. Että noilla on aikaa noilla ihmisillä sulle. Että ei niitten tartte, niin kuin meet johonkin.. muihin hoitolaitoksiin tai johonki tommoseen instanssiin, niin, nehän kattoo, niillä on se sun kansio eessä, ne kattoo, että mikähän tämä on, selitämpä mikä sulla on. Aina alusta asti koko litania. Mutta sitte ei oo keskitytty siihen, että miten jatkuu. Eli.. miten sä aiot hoitaa tätä ja.. tällai, että MTT:ssä oli kerran kuukauessa.. Tämä on sillai hyvä, että täällä tosiaan puhutaan, muustakin kun siitä sun huonoudesta. Tai siitä sun ongelmasta. Se on hirveen rasittavaa porista koko ajan siitä ongelmasta. (Leevi)

Siinä tuli semmonen tunne, että ei halua niinku olla mikään resurssien tuhlaaja, että kyllä mie varmaan pärjään itekki. (Taina)

Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikaisuus ja siihen liittyvät oheisongelmat luovat haasteen kuntoutustyölle. Vaarana on, että ongelmien päällekkäisyys aiheuttaa asiakkaiden pompottelua instanssilta toiselle, pyrkimyksenä hoitaa primäärioire ensin ja sen jälkeen muut ongelmat. Ongelmien ensisijaisuuden toteaminen ei kuitenkaan ole yksinkertaista ja pahimmillaan pompottelu eri kuntoutustahojen välillä

aiheuttaa ongelmien pahenemista. Kuten Riitta-Liisa Kokko (2003, 26) toteaa, kuntoutusjärjestelmän hajanaisuus merkitsee usein väliinpuotoamisen ongelmaa. Ihminen, joka tarvitsee useita palveluita ja käyttää niitä, ei käytännössä ole kenenkään asiakas. Haastatteluissamme ei tullut ilmi varsinaista palveluita ilman jäämistä. Sen sijaan ihmiset kertoivat kohtaamattomuudesta, joka merkitsi kokemusta ohitetuksi tulemisesta. Siihen ankkuroituu myös aina asiakastilanteissa läsnä oleva kysymys vallasta.

Jaetussa toimijuudessa valta on läsnä paitsi ihmisen ja asiantuntijan välisessä suhteessa, myös eri toimijoiden välisissä suhteissa. Eri tahot määrittelevät ongelmiaan omista lähtökohdistaan, oman kokemuksensa ja tietämyksensä mahdollistamalla tavalla. Ihmisten päihde- ja mielenterveysongelmien päällekkäisyys on haaste kuntoutustyölle, sen organisoimiselle ja yksilöiden avun tarpeeseen vastaamiselle. Ammattilaisten keskuudessa käydään pohdintoja ongelmien ensisijaisuudesta ja oikean kuntoutustahon valinnasta. Ohjaaminen toisen asiantuntijan luo voi asiakkaasta tuntua hylkäämiseltä.

En mä mee enää (mielenterveystoimistoon, lisäys M.R.). Kato ku mä oon käyttäny alkoholia hirveen runsaasti niitten mielestä. Mä oon suurkuluttaja, huom. ollu. Se on ainoo, mihin siellä takerrutaan. Jauhaa, että pitää a-klinikan väki kutsua. Mä sanoin, että ei tarvi. (Else)

Jaetun toimijuuden toteutumisen tapoja on mahdollista hahmotella Carl J. Couchin (1986) sosiaalisen vuorovaikutuksen tasojen pohjalta, jossa yhteistoimintaa tarkastellaan sosiaalisina suhteina. Osapuolet joko toimivat yhdessä erikseen tai yhteistoiminnallisesti. Toimijat voivat toimia erillään, tietoisena toisista toimijoista, mutta omien intressiensä pohjalta. Toimijat voivat pyrkiä vaikuttamaan toisiinsa, hyödyntämään toistensa tietoa, mutta kyse on siitä huolimatta yksisuuntaisesta vuorovaikutuksesta. Toimijoiden välille ei synny dialogia, vaan tahot puhuvat omia monologejaan. Toimijat voivat myös kilpailla keskenään. Tavoite voi olla sama, mutta siihen ei pyritä yhdessä. Yhteistyö merkitsee sen sijaan työn tekemistä yhteisen tavoitteen suunnassa. Osapuolet sopivat työnjaosta ja siitä, miten kannattaa menetellä. Yhteistoiminta eroaa yhteistyöstä siinä, ettei osapuolten tarvitse kontrolloida toisiaan tavoitteisiin pääsemiseksi. Se perustuu avoimuuteen, luottamukseen ja yhteiseen sitoutumiseen. (Mönkkönen 2001.) Jaetussa toimijuudessa on kyse yhteistyöstä tai yhteistoiminnallisuudesta. Verkostoituminen ei kuitenkaan tapahdu niin, että ihminen ohjataan ”pätevämmän” tai ”oikeamman” asiantuntijan luo, vaan ymmärrämme jaetun toimijuuden rakentuvan niin, että eri tahojen asiantuntijuus kumuloituu kokonaisvaltaiseksi ymmärrykseksi ja tahot sitoutuvat toimimaan yhteisen tavoitteen suunnassa. Jaettu toimijuus edellyttää aina tilannekohtaista arviointia siitä, mikä kulloinkin on tarkoituksenmukaisin tapa edetä.

Ihminen sosiaalisissa suhteissaan

Päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset helposti syrjäytyvät tai syrjäytetään. Monet haastattelemistanne ihmisistä kertoivat eläneensä pitkään yhteiskunnan valtavirran ulkopuolella. He kertoivat sosiaalisista peloista, joiden mittasuhteita valtavirtaa edustavien henkilöiden on vaikea ymmärtää.

Ei uskaltanu alkaa edes toisen ihmisen kanssa keskustelemaan, kun ei tienny, että mitä sanoo. Tai pelkäs, että liekit tulee suusta, kun ei hallinnu itteään. Ei ollu omassa.. kroppa ei ollu niinku omassa kehossa. (Juho)

Psykososiaalisessa päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa sosiaalisten pelkojen murtaminen on keskeistä sekä arjen perustan vakauttamiseksi että identiteetin uudelleen rakentamiseksi. Sosiaaliset pelot ovat aina yhteydessä sosiaaliseen ympäristöön, jonka arvolatautunut asenneilmapiiri, oli se sitten säällivä, tuomitseva, moralisoiva tai syyllistävä, heijastuu ihmisen kokemuksiin itsestään. (Esim. Heller 1985.) Kielteiset kokemukset siirtyvät osaksi identiteettiä. Ne aiheuttavat sosiaalisia pelkoja, häpeää ja itseinhoa marginalisoiden ihmistä valtakulttuurista. (Esim. Heller 1985; Ronkainen 1999a; Hirvas 2000; Granfelt 2004; Väyrynen 2007.) Ilman sosiaalisten pelkojen murtamista kiinnikkeiden luominen valtakulttuuriin ja arjen perusasioiden kuntoon saattaminen on vaikeaa. Sosiaalisten pelkojen murtaminen edellyttää muutoksia aineellisissa, sosiaalisissa ja henkisissä resursseissa. Irtautuakseen sosiaalisista peloista ihmisen on saatava kokemuksia asioista ja tilanteista, jotka rakentavat arkea uudella tavalla.

Sosiaalisten suhteiden merkityksestä hyvinvointiin on lukuisia tutkimuksia. Pienten sosiaalisten verkostojen, harvojen läheisten ihmissuhteiden ja sosiaalisen tuen riittämättömyyden kokemusten on todettu olevan yhteydessä masennukseen (Kawachi & Berkman 2001; Lin & Ensel 1999; Romakkaniemi 2010; Seikkula 1994). Sosiaalisten suhteiden ajatellaan toimivan puskurina stressiä vastaan, ja ihminen saa verkostoistaan erilaista tukea. On tärkeää muistaa, että suhteet verkoston jäseniin rakentuvat eri tavoin. Verkoston ihmisillä on erilaisia merkityksiä ja he ovat eri tavoin tärkeitä eri aikoina. (Seikkula mt., 16–18.) Elämänvaiheet ovat kukin omalla tavallaan kriittisiä sosiaalisen tuen kannalta. Ihminen tarvitsee sosiaalisia suhteita, jaettuja merkityksiä ja instituutioita muuttaakseen omaa arkeaan. Arjen sosiaalisuus ei tarkoita yksin perhesuhteita, sillä myös yksin elävät ihmiset kohtaavat toisia. Toiset ihmiset tulevat arkeen perinteiden, pakkojen, tapojen ja sopimusten kautta. Ihminen haluaa tulla kuulluksi, nähdyksi, ymmärretyksi ja vakavasti otetuksi. (Jokinen 2003, 13–14.)

Myös perheen merkitys voi olla moninainen. Perhe oli Marjon aineistossa joskus ainoa asia, jonka vuoksi kannatti edes elää. Toisinaan taas irtautuminen perheen kahlitsevista ja ristiriitaisista vuorovaikutussuhteista saattoi olla vapauttava ja antaa vauhtia itsestä huolehtimiseen ja kuntoutumiseen. Ristiriidat puolison kanssa olivat joissakin tapauksissa pääasiallinen syy hoitoon tuloon ja monilla perhetilanne oli

merkittävä ongelma arkeen tuottava tekijä. Perheristiriidat eivät kuitenkaan välttämättä olleet pääasiallinen syy, jonka vuoksi ihmiset olivat lähteneet mielenterveys-toimistoon. Ne olivat vain yksi tekijä ihmisen ongelmien vyyhdissä. On myös tärkeä havaita, että perheen merkitys oli muuttuva. Se ei ollut pelkästään positiivinen tai negatiivinen, vaan perhe eli erilaisia vaiheita.

Päihde- ja mielenterveysongelmat saavat ihmiset usein vetäytymään tavanomaisista rooleistaan, läheisistä ihmisistä ja parisuhteesta, mikä merkitsee sitä, että muut perheenjäsenet joutuvat ottamaan niitä rooleja, joista masentunut tai päihteitä käyttävä ihminen ei jaksa huolehtia. Tunne taakkana olemisesta uhkaa suhteen vastavuoroisuutta ja näin ollen jatkuessaan muuttaa perheen jäsenten välisiä suhteita (Bury 2001, 275). Ihmiset kuitenkin tarvitsevat kuntoutuakseen sosiaalista tukea, niin emotionaalista, instrumentaalista, tiedollista kuin arvioivaa tukea. Sosiaaliseen verkostoon tarvitaan erilaisia ihmissuhteita. Sosiaalisen verkoston eri ihmiset ovat kukin omalla erityisellä tavallaan merkityksellisiä.

Jaettu toimijuus voi toteutua myös vertaisten välillä. Shery Meadin, David Hiltonin ja Laurie Curtisin (2001, 135) mukaan vertaistuessa on kyse toisen tilanteen empaattisesta ymmärtämisestä yhteisen kokemuksen kautta. Sen pääperiaatteita ovat kunnioitus, jaettu vastuullisuus ja yhteinen ymmärrys siitä, mikä auttaa. Vertaistuella tarkoitetaan monenlaista ihmisten keskinäiseen tukeen perustuvaa toimintaa. Vertaisryhmien taustaideologia ja tavoitteet vaihtelevat: ne voivat liittyä sosiaalisten oikeuksien ajamiseen ja edunvalvontaan, osallistujien persoonallisuuden kasvuun tai näihin molempiin. Vertaisryhmän tarkoituksena on muutos, mutta muutosta voidaan tavoitella monella tasolla: yksilö–ryhmä- tai yhteisötasolla, rakenteiden tasolla tai voidaan pyrkiä vaikuttamaan yleisiin asenteisiin. Vertaisryhmät voivat olla osa hoitoa ja kuntoutusta tai täysin niistä irrallaan olevaa toimintaa. (Hatzidimitriadou 2002, 272, 280.) Eleni Hatzidimitriadoun (mt., 273) mukaan vertaistuen merkityksellisyys perustuu sosiaaliseen tukeen, empatiaan, yhteenkuuluvuuden tunteisiin, valtaistumiseen, tiedon saamiseen ja uusien selviytymistaitojen oppimiseen.

Mutta sitten tavallaan parhaiten sen aina ymmärtää toinen semmonen, joka on kokenu saman, niin se suurin piirtein ymmärtää puolesta sanasta, että joo, näin se just on. (Taina)

Mua lohdutti se, että on muitaki. (Liisa)

Vertaisten kokemukset voivat olla emansipatorisia antaessaan positiivisia toimintaja ajattelumalleja (Hänninen 2003, 50). Vertaiskokemusten kuuleminen herätti toivoa omasta kuntoutumisesta ja niihin oli helppo samaistua. Vertaisten kokemukset edesauttoivat myös oman kuntoutumisen tarinan rakentumista. Ihmiset toimivat vertaisryhmissä eri rooleissa, ei pelkästään autettavana, vaan voivat itsekin olla tueksi.

Ihminen elämäntilanteessaan

Psykososiaalisen kuntoutuksen lähtökohta on ihmisen elämäntilanne. Se koostuu paitsi sosiaalisista suhteista, myös aineellisista resursseista sekä ihmisen paikasta ja toimijuudesta sosiaalisessa rakenteessa. Puutteet aineellisissa resursseissa, asumis- ja toimeentulo-ongelmat olivat monien haastattelemiemme ihmisten arkea. Pitkään jatkuneen päihteiden käytön seurauksena osalla Sannan haastattelemissa henkilöistä oli rikosrekisteri. Tuloja oli hankittu omaisuusrikoksia tekemällä tai muilla laittomilla toiminnoilla, kuten huumeita kauppaamalla. Marjon aineistossa taloudelliset ongelmat olivat seurausta elämisestä pitkään palkkatyön ulkopuolella, avioerosta tai ylivelkaantumisesta. Puutteet aineellisissa resursseissa tuottivat runsaasti riitasointuja arkeen. Päihde- ja mielenterveysongelmien keskellä elävillä ihmisillä oli usein hyvin vähän voimavaroja aineellisten resurssien järjestelemiseen.

Asuntoa vaihdoin ja tämän hankkeen kautta aikalailla enimmäkseen sain sen. Että työntekijä auttoi siinä tosi paljon ja käytti, käytiin etsimässä, hakemassa netistä sun muuta, ko mä en ite ois sitä mistään löytäny, ko se oli niin vaikeaa. Mää menin yhdelle säätiölle, hain hakemukset ja vein hakemukset takasin. Niin se nainen sanoo, että ”Ei tämä oo meidän, että ne on jossaki, ne on jonku muun rakennuttamia”, ja mää sitte juoksin ympäri kaupunkia ja mistää ei löytyny niitä kyseisiä, että mistä sitä kämppää ois voinu hakia. Hankkeen työntekijä sitte kirjotti vielä suosituksen, että ois ihan hyvä päästä pois, koska mulla ravasi oven takana semmosta porukkaa koko ajan, että ei. Lopettaminen ois ollu aika vaikeaa, jos oisin jatkanu samassa kämpässä vielä.. Se on paljon tän hankkeen työntekijän ansiota, että pääsi pois tuolta. (Lasse)

Sitte antaa mennä, että olkaa. Ei siinä vaiheessa oo mitään mahdollisuuksia lähteä hakemaan. Pankki sanoo, että mene verotoimistoon ja verotoimisto sanoo, että ei kyllä se pitää pankista tämä saaha, niin, että ne tehhään niin hankaliksi, että ei jos on huonossa kunnossa, niin ei puhuttakaan. (Taina)

Aineelliset, sosiaaliset ja henkiset resurssit kietoutuvat tiukasti toisiinsa ja niiden käsitteleminen yksittäisinä tekijöinä on hankalaa. Ylipäättäänkin ihmisten elämässä olevien kokemuksellisten asioiden irrottaminen toisistaan tuntuu väkivaltaiselta. Haastattelemiemme henkilöiden kertomuksissa ilmeni asioiden toisiinsa kiinnittyminen – yksi asia johti toiseen niin ongelmien kerääntymisessä kuin kuntoutumisessakin. Esimerkiksi päihteiden ongelmakäyttö ei merkinnyt läheskään aina sosiaalisten verkostojen puutetta, vaan pikemminkin sosiaalisten verkostojen kapeutumista. Tällöin ihminen putosi muilta elämän areenoilta, kuten koulutuksesta ja työelämästä. Kuntoutumisvaiheessa suhde koulutuskysymyksiin ja työelämään aktualisoitui ilmentäen suhdetta yhteiskuntaan ja mahdollisuuksiin toimia osana sitä. Tähän suhteeseen kulminoitui keskustelu omasta kompetenssista yhteiskunnan jäsenenä: kuntoutuja arvioi itseään valtaväestön silmin ja puntaroi omaa paikkaansa sekä

kyvykkyyttään kulttuuristen mallitarinoiden läpi. Toiminnan uudelleen suuntaamiseen tarvitaan kannattelua, konkreettisia toimia ja rohkaisua.

Sanna: Miten sie aattelet sitte, aattelek sie, että missä vaiheessa sie oot valmis töihin tai opiskelleen, tai onko sulla semmosia suunnitelmia?

Lasse: Mm-m. Tai just tuota työkokeilua perjantaina Kela:lle. Työkokeilupaiikkaa etsitään. Että aluksi jos viis viikkoa, eikö siis viis päivää, kuus tuntia päivässä ois jotaki työkokeilua.

Sannan haastattelemat ihmiset kokivat keskusteluavun tärkeäksi erilaisten koulutus- ja työpaikkavaihtoehtojen pohtimisessa. Epäilysten ja pelkojen purkaminen keskusteluissa vähensi niiden voimaa. Yhdessä työntekijän kanssa mietittiin, mihin voisi sijoittua, millä ehdoin ja millaisin askelin. Näin pyrittiin arjen reunaehto- ja toimintojen uudelleen rakentamiseen. Ihmiset korostivat omien intressiensä huomioimisen ja realististen tavoitteiden asettelun tärkeyttä. Palaaminen työmarkkinoille tai koulutukseen ei pitkittyneen päihdekäytön tai elämää lamaanuttavien mielenterveysongelmien jälkeen voinut tapahtua hetkessä, vaan tilaa toipumiselle oli annettava kaikilla elämän alueilla. Asioita kysyttiin ja ihminen saattoi kartoittaa niin ammatillisessa kuin toiminnallisessa mielessä erilaisia vaihtoehtoja.

On, onhan me haettu kaikissa yhteishauissa, tai nämä on vähän patistelleet mua hakemaan, ku en oo kauheen innolla hakenutkaan, ku ei tiiä, että mitä haluaapi tehdä, mutta.. Nyttten taas hain tässä keväällä kouluun ja sitte miettinyt, että jotain työharjotteluja tai tällöisiä.. tähän kevääseen ja kesään, että.. ois jotain tekemistä päivisin, että aivan mee olemiseen. Semmosta on suunniteltu. Ja sitte jos syksyllä pääsis aloittaa koulun, että.. pääsis jonnekki. (Alisa)

Sosiaalinen kuntoutus on tärkeä osa päihde- ja mielenterveyskuntoutusta. Jos sosiaalisissa tekijöissä ei tapahdu muutosta, on vaarana, että irrottautuminen jää pelkästään päihdeistä pidättäytymiseksi ja mielenterveysongelmat jäävät vaille asianmukaista hoitoa. Jari Lahti ja Anneli Pienimäki (2004, 138) toteavat, että sosiaalisen kuntoutuksen lähtökohdaksi on sosiaalinen toimintakyky. Sosiaalinen toimintakyky on valmiutta selvitä arkipäivässä ja toimia yhteiskunnan jäsenenä. Se rakentuu aineellisista (asunto, ruoka, vaatteet), sosiaalisista (sosiaalinen verkosto, kyky hoitaa ihmissuhteita) sekä henkisistä resursseista (kyky hahmottaa ja hallita arkea, omasta henkisestä hyvinvoinnista huolehtimista). Henkiset resurssit viittaavat nimenomaan henkisiin ja psyykkisiin valmiuksiin selvitä arjessa ja kokea se mielekkäänä. Jotta henkiset ja psyykkiset valmiudet lisääntyisivät ja niitä päästäisiin työstämään, elämän perusedellytykset on hoidettava kuntoon.

Sanna: Mitä sie koet että sie saat ittelles ja omaan arkees niinkö tästä kuntoutuksesta?

Aino: Just sitä omaa tekemistä. Tavallaan niin ku.. saatu kuntoon, paremmaksi.. ja kun koko ajan joutuu opettelemaan tavallaan olleen tekemisissä niin sanotusti normaaleitten ihmisten kans. Sillee.. koska sää.. Se piiri missä sä oot ollu niin.. Ne jutut ja ne muut, niin ne on sen juttuja, et... Ei, sitä ei osannu olla tekemisissä, siis joku kauppaan meneminenkin pelottaa ja tuntuu, et sielläkin sitä kiinnittää heti huomiota. Vieläki on semmonen olo, ku sä meet kaupankassalle, et ne kattoo heti, et ne näkee, et narkkari. Ja ne niinkun kohteleeikin sen mukaan...se pelottaa.

Toisaalta on muistettava, että mielenterveys- ja päihdeongelmista kuntoutuminen voi käynnistyä hyvinkin pieniltä tuntuvista arkisista asioista, jotka synnyttävät tunteen omasta hallinnasta ja pystyvyydestä. Usko oman toiminnan vaikuttavuuteen on toimijuuden perusta, ja pystyvyyden kokemus jollain elämäalueella voi avata uusia mahdollisuuksia myös muilla alueilla. (Bandura 2001, 10; Järvikoski 1994.) Arjesta on löydettävissä lukuisia pieniä asioita, jotka voivat synnyttää onnistumisen kokemuksia. Tällaisia olivat aineistossamme esimerkiksi harrastukset, luonto, lemmikit, uusien taitojen oppiminen, vaihtoehtoishoidot, yhteydenpito ystäviin ja läheisiin.

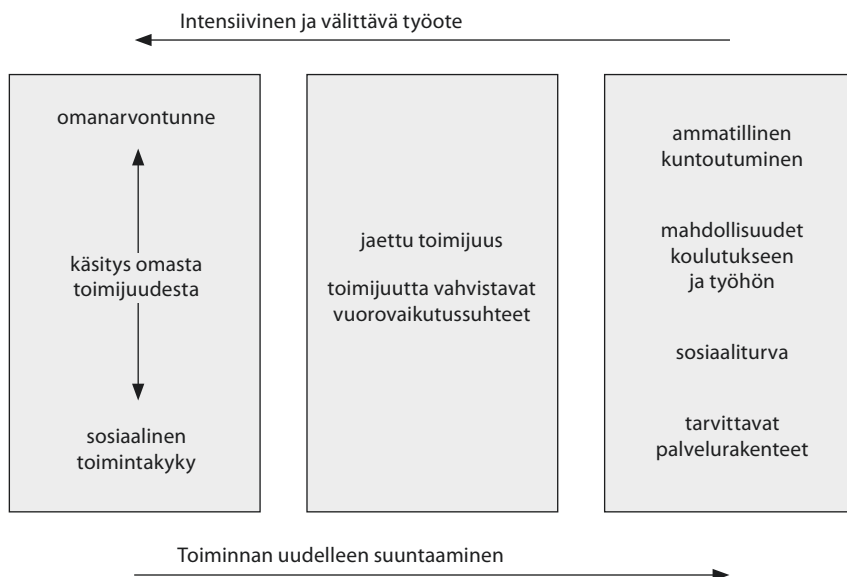
Se aukeaa semmonen tietynlainen portti ja niinko hoksaa, että tästä pääsee tästä labyrintista ulos. (Ilari)

Marjon aineistossa toiminnallisuus liittyi masennuksen vaiheisiin. Se toimi ikään kuin sairauden mittarina. Toiminnallisuuden väheneminen oli merkki sairastumisesta ja sen palautuminen kuntoutumisesta. Toiminnallisuus oli yhteydessä myös Jukka Tontin kuvaamaan ”masennuksen poispiekkemiseen”, jossa fyysinen väsymys tuntui psyykkistä väsymystä helpommalta kantaa. Toiminnallisuus sai ajatukset pois ikävistä asioista ja mahdollisti ongelmien kyllästävänsä olemiseen uudenlaisia avauksia. Toiminnallisuus kiinnittyi myös kulttuurisiin käsityksiin siitä, mikä mielenterveysongelmissa on avuksi. Niin itsehoito-oppaat kuin haastatellut ihmisetkin halusivat antaa neuvoksi masennuksesta kuntoutumiseen itsensä liikkeelle pakottamisen ja itselle miellyttäviltä tuntuvien asioiden tekemisen. Monien mielessä oli myös ammatin vaihtaminen. Oleellista oli se, että ihminen pohti, mikä itselle on tärkeää. Toiminnallisuus tarkoittaa siten uudenlaisen suhteen ottamista omaan ympäristöön.

Haastattelemamme henkilöt ovat kokeneet, että kosketuspinnat erilaisille toiminnallisille areenoille vahvistavat sekä suhdetta valtakulttuuriin että itseän. Ne auttavat ylittämään kuntoutumista hidastavia psyykkisiä ja sosiaalisia esteitä. Pelkojen käsitteleminen, niistä keskusteleminen ja konkreettinen toiminta uudenlaisten elämänsisältöjen suhteen auttavat luomaan kiinnikkeitä valtakulttuuriin. Samalla kuva itsestä suhteessa muihin muuttuu ja uudenlainen identiteetti vahvistuu ja toimijuuden kokemus monipuolistuu.

Mitä on psykososiaalinen?

Kuntoutuminen päihde- ja mielenterveysongelmista merkitsee sitä, että ihmisen suhde itseensä, läheisiin sekä ympäristöön muuttuu (Kuvio 2). Päihde- ja mielenterveysongelmat tuottavat huononmuuden ja arvottomuuden kokemuksia, jotka rakentuvat sekä ihmisen omissa psyykkisissä prosesseissa että ovat heijastusta ongelmiin arvolatautuneesti suhtautuvista yhteisöistä ja yhteiskunnasta (Väyrynen 2007; Partanen 2002; Romakkaniemi 2010; Hirvas 2000). Ihmiset hahmottavat mahdollisuuksiaan omissa ympäristössään ja näitä yhteiskunnalliset toimijat ja rakenteet ehdollistavat ja mahdollistavat.



KUVIO 2. Psykososiaalisen työn ulottuvuudet

Psykososiaalinen kuntoutus merkitsee ihmisen elämäntilanteen huomioon ottamista kokonaisvaltaisesti eli toimimista Riitta Granfeltin (1993, 199) jäsentämällä kolmella tasolla: intrapsyykkisellä, interpsyykkisellä ja rakenteellisella tasolla. Ihmisen käsityksen itsestään sekä hänen omanarvon tunteensa on mahdollista avartua intensiivisessä ja välittävässä auttamissuhteessa. Se edellyttää ihmisen kokemusta aidosta kohtaamisesta, kiinnostuksesta sekä kokemusta kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta. Kuntoutuksen tulee tarjota mahdollisuuksia korjaaviin kokemuksiin, joiden kautta ihminen voi hahmottaa uudelleen suhdettaan työhön, koulutukseen ja muihin toimintaympäristöihin. Intrapsyykkinen taso tarkoittaa myös ihmisen sosiaalisen toimintakyvyn edistämistä. Se sisältää niin aineellisten, henkisten kuin sosiaalistenkin resurssien löytämistä ja kasvattamista. Käsitys omasta toimijuudesta syntyy vuorovaikutuksessa sekä ihmisten että ympäristön kanssa. Omien voimavarojen tunnistaminen sekä ympäristön mahdollisuuksien löytäminen kasvattavat toimijuuden tun-

tua ja mahdollisuuksia. Löytääkseen paikkansa mahdollisissa yhteisöissä, ihminen tarvitsee tietoa, mitä olisi valittavana, kannustusta ja rohkaisua valitsemiseen sekä riittävän konkreettisia ja pienin askelin eteneviä tavoitteita. Näin käytettävissä olevien mahdollisuuksien kirjo kasvaa.

Toimijuutta vahvistavat vuorovaikutussuhteet liittyvät aineistoissamme ihmisen läheisiin, vertaisiin ja palveluihin. Jaettu toimijuus todentuu tai jää todentumatta näissä vuorovaikutussuhteissa. Se voi kattaa niistä osan tai parhaimmillaan olla kokonaisvaltaista kaikki suhteet sisältävää. Jaettu toimijuus on sopimuksellista ja tavoitteellista toimintaa yksilön tai laajemminkin yhteisön elämänlaadun ja hyvinvoinnin parantamiseksi. Yksilötasolla se liittyy aina ihmisen tunteeseen omasta subjektiudestaan suhteessa paikalliseen ja yhteiskunnalliseen toimintaympäristöönsä. Jaettua toimijuutta voi tässä mielessä pitää psykososiaalisen työn edellytyksenä, jolloin psykososiaalinen osaaminen määrittyy toimijuuksien vahvistamiseen eri elämänaalueilla ja suhteissa itsen, yhteisöön ja yhteiskuntaan.

Lähteet

- Abma, Tineke A. 1999: *Powerful Stories. The Role of Stories in Sustaining and Transforming Professional Practice Within a Mental Hospital*. Teoksessa Josselson, Ruthellen & Lieblich, Amia (eds.) *Making Meaning of Narratives. The Narrative Study of Lives*. Vol 6. Sage Publications. Thousand Oaks. London. New Delhi, 169–195.
- Angus, Lynne E. & McLeod, John 2004: *Toward an Integrative Framework for Understanding the Role of Narrative in the Psychotherapy Process*. Teoksessa Angus, Lynne E. & McLeod, John (eds.): *The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Practice, Theory and Research*. Sage Publications. Thousand Oaks, 367–374.
- Bandura, Albert 2001: *Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective*. *Annual Reviews Psychology* 52, 1–26.
- Bury, Mike 2001: *Illness narratives: fact or fiction?* *Sociology of Health and Illness*. 23:3, 263–285.
- Couch, Carl J. 1986: *Elementary forms of social activity*. Teoksessa Saxton, Stanley & Katowick, Michael (eds.): *Studies in the symbolic interaction research annual: The Iowa's school*. Supplement 2. Part 2 A. JAI Press. Connecticut.
- Fränti, Juha & Väyrynen, Sanna 2010: *MIEPÄ – Tutkimus kaksoisdiagnoosiasteikkojen intensiivisen avokuntoutuksen vaikuttavuudesta. Nuorten ystävät raportteja/2010*. Oulu.
- Giddens, Anthony 1984: *The Constitution of Society*. Polity Press. Cambridge.
- Giddens, Anthony 1990: *Consequences of modernity*. Stanford University Press. Stanford.
- Granfelt, Riitta 1993: *Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä*. Teoksessa Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli (toim.): *Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan Keskusliitto*. Helsinki, 175–227.
- Granfelt, Riitta 1998: *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki.
- Granfelt, Riitta 2004: *Marginaalitarinoita – asunnottomuuden, päihneiden ja rikosten kierre naisten ja miesten tulkitsemana*. Teoksessa Kuronen, Marjo & Granfelt, Riitta & Nyqvist, Leo & Petrelius, Päivi (toim.): *Sukupuoli ja sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen 3. vuosikirja*. PS-kustannus. Jyväskylä, 197–222.

- Hatzidimitriadou, Eleni 2002: Political Ideology, Helping Mechanisms and Empowerment of Mental Health Self-help/Mutual Aid Groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 12, 271–285.
- Heller, Agnes 1985: *The Power of Shame. A Rational Perspective*. Routledge & Kegan Paul. London.
- Hirvas, Sanna 2000: Depressiivisyys ja minäkäsitys. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 53. Helsinki.
- Hänninen, Vilma 2003: Sisäinen tarina, elämä ja muutos. 8. painos. Acta Universitatis Tamperensis 696. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Isometsä, Erkki 2008: Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.): *Psykiatria*. Duodecim. Helsinki, 157–195
- Jokinen, Eeva 2003: Arjen kyseenalaisuus. Naistutkimus, 4–17.
- Juhila, Kirsi 2004: Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa Jokinen, Arja & Huttunen, Laura & Kulmala, Anna (toim.): *Puhua vastaan ja vaieta*. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Gaudeamus. Helsinki, 20–32.
- Järvikoski, Aila 1994: Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. *Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia* 46. Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 1995: Mitä kuntoutus on? Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (toim.): *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. WSOY. Porvoo. 12–28.
- Kangas, Ilka 1999: Maallikoiden masennuskertomukset ja -käsitykset. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 36, 345–356.
- Kawachi, Ichiro & Berkman, Lisa F: 2001: Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 78:3. 458–467.
- Kokko, Riitta-Liisa 2003: Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. *Tutkimuksia* 72. *Kuntoutussäätiö*. Helsinki.
- Koski-Jännes, Anja & Hänninen, Vilma 1998: Dialogiset prosessit ja riippuvuudesta vapautuminen. Teoksessa Lahikainen, Anja Riitta & Pirttilä, Anna-Maija (toim.): *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Otava. Helsinki.
- Lahti, Jari & Pienimäki, Anneli 2004: Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo: *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. STAKES. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi, 137–152
- Lahti, Jari & Pienimäki, Anneli 2004: Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Stakes. Helsinki, 137–152.
- Laitinen, Merja & Kempainen, Tarja 2010: Asiakkaan arvokas kohtaaminen. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.): *Asiakkuus sosiaalityössä*. Gaudeamus. Helsinki, 138–177.
- Laitinen, Merja & Väyrynen, Sanna 2011: Eettiset haasteet lastensuojelun sosiaalityön prosesseissa. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.): *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. PS-kustannus. Juva, 163–188.
- Lin, Nan & Ensel, Walter M. 1999: Social Support and Depressed Mood: A Structural Analysis. *Journal of Health and Social Behavior* 40, 344–359.
- Mead, Shery & Hilton, David & Curtis, Laurie 2001: Peer Support: A Theoretical Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25:2, 134–141.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki.
- Mönkkönen, Kaarina 2001: Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66:5, 432–446.

- Partanen, Juha 2002: Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Helsinki, 13–37.
- Pohjola, Anneli 2002: Pahan säikeitä auttamistyössä. Teoksessa Laitinen, Merja & Hurtig, Johanna (toim.): Pahan kosketus. Ihmisyuden ja auttamistyön varjojen jäljillä. PS-kustannus. Jyväskylä, 42–62.
- Romakkaniemi, Marjo 2010: Masennus. Tutkimus masennuksesta kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Väitöskirja käsikirjoitus. Tulossa 2011.
- Ronkainen, Suvi 1999: Subjektius, häpeä ja syyllisyys parisuhdeväkivallan elementteinä. Teoksessa Näre, Sari (toim.): Tunteiden sosiologiaa I: Elämyksiä ja läheisyyttä. Tietolipas 156. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki, 131–154.
- Ronkainen, Suvi 1999b: Ajan ja paikan merkitsemät, Subjektiviteetti, tieto ja toimijuus. Gaudeamus. Helsinki.
- Seikkula, Jaakko 1994: Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Kirjayhtymä Hygieia. Helsinki.
- Seligman, Adam 2001: Luottamuksen ongelma. Teoksessa Ilmonen, Kaj (toim.): Sosiaalinen pääoma ja luottamus. SoPhi 42. Jyväskylä, 39–54.
- Tontti, Jukka 2000: Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 3. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos. Edita Oy. Helsinki.
- Tontti, Jukka 2008: Monimielinen masennus. Arjen reseptejä elämäntaudin hoitoon. Vastapaino. Tampere.
- Wahlbeck, Kristian 2007: Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes. Helsinki, 87–101.
- Weckroth, Antti 2007: Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 72:4, 426–436.
- Väyrynen, Sanna 2007: Asiakkaiden kokemuksia Miepä-hankkeesta. Busnaief, Amira; Fränti, Juha; Häkkinen, Aki & Saarela, Erja (toim.): MIEPÄ – Nuorten ystävien ja Oulun Diakonissalaitoksen yhteistyöhanke. Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen yhdistäminen. Raportteja 2007/2. Nuorten Ystävät ry. Oulu, 21–30.
- Väyrynen, Sanna 2007: Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huumeekuvioissa. Acta Universitas Lapponiensis 118. Lapin yliopisto. Rovaniemi

Kehysanalyysi katkaisuhoidon ja päihdekuntoutuksen todellisuuksien erittelyssä

Marjut Jounila ja Eija Lampela

Johdanto

Päihdeongelmaisten tilanteen on arvioitu heikentyneen entisestään viime vuosina. Heidän määränsä on kasvanut, ja he ovat entistä iäkkäämpiä ja huonokuntoisempia. Lähivuosina päihdeongelmaisten tilanne todennäköisesti muuttuu entistäkin heikommaksi, koska palvelut eivät luultavasti kehity tarpeeksi, jotta kasvaviin tarpeisiin kyettäisiin vastaamaan. (Eronen & Londén & Perälähti & Siltaniemi & Särkelä 2008, 100–101.) Lapissa päihdehaittojen kasvu on ollut erityisen nopeaa vuoden 2004 alkoholiveron alennuksen jälkeen (Lapin läänin peruspalvelujen arviointiraportti 2004, 106). Päihteiden käytöstä aiheutuvia ongelmia ja sairauksia hoidetaan eri puolilla Suomea eri tavoin. Kaupunkimaisissa kunnissa on tarjolla päihdehuollon erityispalveluja, kun taas maaseutumaisissa kunnissa terveyskeskusten ja sairaaloiden palvelut ovat usein ainoa vaihtoehto. (Ruuth 2005, 26.) Useimmissa Lapin kunnissa avo- ja laitoskatkaisuhoido sekä vieroitushoito järjestetään terveyskeskuksissa. Vain muutamissa suurimmissa kunnissa hoitoa järjestetään päihdehuoltoon erikoistuneissa yksiköissä. (Lapin läänin peruspalvelujen arviointiraportti 2004, 106.)

Katkaisuhoidon tavoitteena on lievittää vieroitusoireita, jotka liittyvät alkoholin käytön lopettamiseen, ja turvata asiakkaan somaattinen ja psyykinen hyvinvointi. Pyrkimyksenä on myös motivoida asiakas pitkäjänteiseen alkoholiongelman hoitoon. Katkaisuhoido on tarpeen silloin, kun käytön jatkaminen entisellä tavalla vaarantaa käyttäjän somaattisen, psyykkisen tai sosiaalisen terveydentilan. Katkaisuhoido koostuu lääkkeellisestä ja psykososiaalisesta hoidosta. (Laitinen & Mäkelä 2003, 203, 207, 210.) Päihdeongelmien menestyksellä hoitaminen edellyttäisi hoito- ja kuntoutusjatkumoa, mutta päihdekuntoutus on suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä melko pirstaleista. Toiminta on usein sattumanvaraista palvelujärjestelmän eri osissa eikä päihdeongelmisille tunnu olevan olemassa oikeaa paikkaa. (Holopainen 2008, 214, 224.) Päihdekuntoutusta toteutetaan sekä avo- että laitospäihdekuntoutukseksi voidaan katsoa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollollinen päihdetyö sekä peruspalveluissa että päihdeongelmisille tarkoitetuissa erityispalveluissa. (Kaukonen 2002, 125.)

Tämä artikkeli perustuu pro gradu -tutkielmaamme ”Se ei ole niin yksioikoinen juttu.. Kuntoutuksellinen näkökulma katkaisuhoidon prosessiin Lapin alueella”. Tutkimuksemme tarkastelimme katkaisuhoidon läpikäyneiden henkilöiden ja työntekijöiden kokemuksia Lapin pienissä kunnissa toteutettavista katkaisuhoidosta ja sen jälkeisistä palvelujärjestelmän tarjoamista tuen muodoista. Vertailukohtana käytimme päihdehuollon erityispalveluyksikössä toteutettavaa katkaisuhoidoa ja

kuntoutusta. Terveyskeskusten vuodeosastoilla järjestettäviä katkaisuhoidoja leimaavat kiire ja alimitoitettut henkilöstöresurssit, ja usein psykososiaaliseen hoitoon ei pystytä panostamaan tarpeeksi. Henkilökunta pystyy keskittymään ainoastaan akuuttitilanteen hoitamiseen, joten katkaisuhoidoita voi jäädä ainoastaan lääkkeillä suoritettavaksi päihdekierteen katkaisuksi ilman minkäänlaista suunnitelmaa päihdeongelmasta irrottautumiseen. Katkaisuhoidon ja kuntoutuksen tulisi muodostaa jatkumo, jossa asiakas saa riittävää ja pitkäaikaista tukea päihdeongelmasta irrottautumiseen. Pelkän katkaisuhoidon avulla asiakas usein kuntoutuu jatkamaan päihdeidenkäyttöä. Lapin alueen perusterveydenhuollossa jatkohoitoon ja kuntoutukseen ohjaamisen käytännöt eivät ole systemaattisia, vaikka selkeä toimintamalli on olemassa ja eri toimijat ovat siitä tietoisia.

Katkaisuhoidon toteuttaminen on tapahtumaketjuna moniaineksinen. Se voi olla joko välitöntä tilannetta korjaamaan pyrkivä toimenpide tai tulevaisuuteen suuntautuva, päihdeongelmasta kuntoutumiseen tähtäävä prosessi. Asiakkaiden tarpeet ja tavoitteet ja sen myötä toiminnan painotukset vaihtelevat. Tässä artikkelissa pyrimme pääsemään käsiksi katkaisuhoidon todellisuuden moniulotteiseen luonteeseen soveltamalla Erving Goffmanin (1986) kehysanalyysia.

Goffmanin (1986, 123) kiinnostuksen kohteena olivat kasvokkaiset vuorovaiikutustilanteet ja niiden rakenne, sekä yksilöiden käyttäytymisen yksityiskohdat. Hänen mukaansa kehysanalyysin keskeinen lähtökohta on, että yksilön on etsittävä jokaiseen tilanteeseen oikea määrittely siitä, mitä tilanteessa tapahtuu. Pyrittäessä ymmärtämään tapahtumia niitä tarkastellaan erilaisten kehysten kautta. Kehykset määrittelevät, minkälaisesta tapahtumasta on kyse, ja miten yksilön tulisi toimia siinä. Riippuu käytetystä kehyksestä, minkälaisen merkityksen tapahtuma saa osallistujien kokemuksissa. (Puroila 2002b, 44.) Kehyksen käsitteen avulla on mahdollista tarkastella ja ymmärtää sosiaalisen todellisuuden pysyvyyttä ja järjestäytyneisyyttä sekä moniulotteisuutta ja muuntuvuutta (Puroila 2002a, 174). Tässä artikkelissa kysymme, millaisten kehysten kautta katkaisuhoidon ja kuntoutuksen todellisuuksia voidaan jäsentää. Tuomme esiin, minkälaisina katkaisuhoidoita ja sitä seuraavaa kuntoutusta näyttävät eri kehysten kautta tarkasteltuna.

Aineisto ja menetelmä

Keräsimme tutkimuksen aineiston puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Haastattelimme kuutta katkaisuhoidon läpikäynyttä ja sen jälkeen palvelujärjestelmän tarjoaman tuen piiriin ohjattua henkilöä, kolmea päihdehuollon erityispalveluyksikön työntekijää ja yhdeksää terveystieteiden työntekijää. Goffmanin kehysanalyysi toimi tutkimuksessamme sekä viitekehyksenä että aineiston analyysin välineenä. Pyrimme kehysanalyysin avulla kuvaamaan katkaisuhoidon ja kuntoutusprosessin todellisuuden samanlaisuutta ja erilaisuutta, järjestystä ja moniulotteisuutta eri toimijoiden näkökulmista. Katkaisuhoidoita on päihdekuntoutusprosessiin sijoitettava lääketieteellinen toimenpide, joka toteutetaan samojen ohjeiden mukaisesti paikasta

riippumatta. Hoidollisesta näkökulmasta katkaisuhuito on selkeärakenteinen toimenpide, joka viedään läpi samalla tavalla jokaisen hoitoon tulevan kohdalla. Myös katkaisuhoidon jälkeiset hoito- ja kuntoutuspolut noudattelevat tiettyjä käytäntöjä. Toisaalta paikan, tapahtumaan osallistujien keskinäisen vuorovaikutuksen laadun ja muiden inhimillisen elämän olosuhteiden vaihtelu tuottaa katkaisuhuito-prosessista erilaisia yksilöllisiä kokemuksia ja merkityksiä.

Goffman ei ole teoksissaan antanut käytännön ohjeita analyysia varten, joten emme voineet noudattaa analyysissa minkäänlaista valmista rakennetta. Tutustuttuamme aineistoomme perusteellisesti kokonaiskuvan muodostamiseksi koodasimme sen käyttäen apuna Atlas.ti-ohjelmaa. Ensimmäisessä vaiheessa koodasimme aineiston käyttäen runkona haastattelukysymyksiämme. Seuraavaksi yhdistelimme muodostamiamme koodeja laajemmiksi kokonaisuuksiksi muodostaen katkaisuhuito- ja kuntoutusprosessin eri vaiheisiin perustuvat pääkategoriat. Tämän jälkeen järjestimme kuhunkin prosessin vaiheeseen kuuluvat tekijät pääkategorioiden alle alakategorioiksi. Muokkasimme, lisäsimme ja yhdistelimme koodeja tarpeen mukaan analyysin edetessä.

Tässä aineistoon syventymisen vaiheessa hahmottui käsitys niistä kehyksistä, joiden kautta haastattelemamme henkilöt katkaisuhuitoa jäsentävät. Tutkimuksemme pääkehysten muodostaa päihdehoito- ja kuntoutus. Päihdepalvelujärjestelmän piirissä järjestettävä päihdehoito- ja kuntoutus määrittää haastattelemiemme henkilöiden toimintaa ja puhetta. Tämän pääkehysten alle rakentuvat muut päihdehoitoa ja -kuntoutusta määrittelevät kehykset. Nimesimme aineistomme pohjalta viisi eri kehystä: (1) lääketieteellinen kehys, (2) psykososiaalinen kehys, (3) käytännön kehys, (4) vallan kehys ja (5) ihmisyyden kehys.

TAULUKKO I. Kehykset

PÄIHDEHOIDON JA KUNTOUTUKSEN KEHYS				
LÄÄKETIETEELLI- NEN KEHYS	PSYKOSOSIAALI- NEN KEHYS	KÄYTÄNNÖN KEHYS	VALLAN KEHYS	IHMISYYDEN KEHYS
Ruumiin tapahtumat, hoidosta päättäminen ja sen toteuttaminen	Kokonaisvaltainen lähestymistapa, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät	Päivittäiset rutiinit ja perushoivan osat alueet	Valta ja vaikuttaminen	Inhimilliset tekijät, henkilökohtainen minä

Tulokset

Olemme taulukossa 1 kuvanneet lyhyesti kunkin kehysten keskeiset elementit. Lääketieteellisessä kehyksessä keskiössä ovat ruumiin tapahtumat ja psykososiaalisessa kehyksessä psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Käytännön kehyksessä puolestaan painottuvat päivittäiset rutiinit ja vallan kehyksessä valta ja vaikuttaminen. Ihmisyyden kehyksessä korostuvat inhimilliset tekijät.

LÄÄKETIETEELLINEN KEHYS on kiinteä osa varsinkin katkaisuhoidon ja osittain myös kuntoutuksen todellisuutta. Tässä kehyksessä korostuvat päihteenkäytön terveysvaikutukset ja ihmisen ruumiin tapahtumien säätely lääketieteen keinoin. Keskeisiä toimintoja ovat hoidosta päättäminen ja sen toteuttaminen. Lääketieteellisessä kehyksessä katkaisuhoido määrittäy lääkkeitä suorittettavaksi päihdekierteen katkaisuksi. Keskeistä on asiakkaan fyysisen tilan säätely ja korjaaminen, missä lääkkeet ovat merkittävässä asemassa. Katkaisuhoidossa käytetään tiettyjä lääkkeitä ja vitamiinilisiä, joiden annostelusta päättää lääkäri. Lääketieteellinen kehys nousee esiin jo sen vuoksi, että toimintaympäristöinä ovat terveyskeskukset ja päihdehuollon erityispalvelujen hoito- ja kuntoutusyksiköt. Tässä kehyksessä korostuu lääkäreiden toiminta. Lääkärit ovat lääketieteellisiä asiantuntijoita, jotka ohjaavat asiakkaan hoitoa ja tekevät sitä koskevat päätökset. Tätä roolia vasten asiakas näyttäytyy hoitotoimenpiteiden ruumiillisena kohteena. Lääketieteellisessä kehyksessä päihteenkäytön lopettamisen tärkeyttä perustellaan terveydellisillä syillä. Lääkärit vetoavat asiakkaan sisäelinten huonoon kuntoon, ja pyrkivät vakuuttamaan asiakkaan laboratoriotuloksilla. (ks. Alhanen 2007, 140–144.) Myös haastattelemamme katkaisuhoidon läpikäyneet henkilöt tuovat vahvasti esiin omaan terveydentilaan liittyvien tekijöiden vaikutusta päätökseen pyrkiä lopettamaan päihteenkäyttöä.

”Alkoholin käytöstä ja terveydestä justiin kun terveys on kohta siinä kunnossa että ei enää kestä paikat juua. Sitä on kohta pari metriä multaa päällä, ja siinä se.”
(Asiakas)

”Ja semmoinen on kans yks jonka minä oon pannu merkille, että yllättää kylläkin, vaikka eletään tämmöisessä tietoyhteiskunnassa niin tuota tämmöiset runsaat alkoholinkäyttäjät niin nuorissa kuin vanhemmissakin jollakin tavalla havahtuvat täällä sitten kun ruvetaan puhumaan joko täällä tai sitten jos he ovat käyneet lääkärissä, ja on puhuttu niistä terveysriskeistä, mitkä sillä juomisella todella on, ja yks tuota niin niin jotka katkaisussa käy kun ne ovat sen oman tilansa huomanneet varsinkin ne jotka tulevat ensimmäistä kertaa katkaisuun niin ovat havahtuneet siinä, että kun heissä on tapahtunu jotain outoa muutosta. He ovat ruvenneet kramppaamaan, joka on todella suuri semmoinen pelottava asia tullu esiin, tai sitten muuten näkemään joitain omituisia olioita tämmöisiä joita ei aikaisemmin ole ollut, niin se on niinku havahduttanut niitä, ja ne on saanu niinku sitten miettimään niitä että on syytä niinku siinä juomisessa tehdä muutos.” (Työntekijä)

Lääketieteellisessä kehyksessä myös kuntoutusprosessissa korostuu fyysinen terveydentila, sen parantaminen sekä siitä huolehtiminen. Keskeistä on asiakkaan motivointi päihteenkäytön jättämiseen fyysisen terveydentilan rappeutumista korostaen. Kuten katkaisuhoidovaiheessa, myös kuntoutusvaiheessa lääkärit toimivat lääketieteellisinä asiantuntijoina. He tutkivat asiakkaan terveydentilaa tarpeen mukaan ja vastaavat tarvittavien lääkeresepien määräämisestä ja uusimisesta. Myös

psykologista työtä tekevät työntekijät liikkuvat kuntoutusvaiheessa lääketieteellisessä kehityksessä. He eivät ole lääketieteellisiä asiantuntijoita, mutta he käyttävät paljon lääketieteestä lähteviä perusteluja asiakkaan motivoimiseksi. Asiakkaat ovat usein kuntoutusvaiheessakin fyysisesti todella huonossa kunnossa, joten fyysisistä terveydentilaa joudutaan hoitamaan laitospalveluksella lääketieteen keinoin. Myös avoimuuden kuntoutuksessa käydään läpi fyysisen terveydentilaan liittyviä asioita ja uusitaan mahdollisia lääkeresptejä. Asiakas on edelleen lääketieteellisessä kehityksessä ruumiillinen hoitotoimenpiteiden kohde, mutta lisäksi hän on aktiivinen toimija, jonka täytyy ottaa vastuu omasta terveydentilastaan ja siitä huolehtimisesta.

PSYKOSOSIAALINEN KEHYS on läsnä katkaisuhoidon todellisuudessa ja korostuu varsinkin kuntoutumisen käynnistyttyä. Psykososiaalisessa kehityksessä korostuu kokonaisvaltainen lähestymistapa ihmisen elämään. Keskeisiksi teemoiksi nousevat ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Psykososiaalisessa kehityksessä katkaisuhuolto määrittyy monitasoiseksi hengähdystauoksi päihdekeskeisestä elämästä.

”Niinkö joka suhteessa että se ei oo pelkästään sitä että annetaan lääkkeitä vaan siinä on kaikkea muutaki. Psykologinen puoli vielä tärkeämpi sitten.” (Asiakas)

Katkaisuhoito näyttäytyy tilaisuutena käynnistää kokonaisvaltainen elämänmuutos, ja tehdä suunnitelmia muutoksen toteuttamiseksi. Mielenterveystoimistossa työskentelevät hoitajat ja erityispalveluyksikön johtaja käyttävät pääasiassa tätä kehystä kuvatessaan katkaisuhoidon todellisuutta. Asiakkaiden silmissä työntekijöiden toiminnassa korostuvat ammatillisen tietämyksen lisäksi sosiaaliset taidot ja ihmissuhdetaidot.

”Öö..siellä on niin ammattitaitoinen osaava henkilökunta ja ensinnäki se sitten ne ihmiset sitten jotka siellä on töissä. Se on mukavaa väkeä kaikki. Kaikin puolin. Ja korostan edelleenki että ovat kyllä alansa ehdottomia ammattilaisia -- eivätkä syyllistä millään tavalla. -- Nähneet voin sanoa, nähneet varmaan kaiken. Keskennäkösiä ihmisiä, ja voi olla niinkö oma itensä, ei tarvi teeskennellä niinku filmitähti. [naurua]. Asiat voi sanoa suoraan niinku ne on, ettei niitä tarvi siviiliasioita alakaa niinku säveltämään.” (Asiakas)

Tässä kehityksessä asiakas on sekä aktiivinen toimija että työntekijöiden ammatillisuuteen perustuvan ohjailun kohde. Osastolla työskentelevien hoitajien puheessa korostuu ajatus, että olisi tavoiteltavaa pyrkiä toimimaan mahdollisimman paljon tästä kehystä käsin, kunhan resurssit antaisivat myöten. Myös asiakkaiden puheessa tulee esiin vaatimuksia ja toivomuksia työntekijöiden psykososiaalisesta orientaatiosta. Asiakkaat eivät aina pysty vielä katkaisuhuoitovaiheessa käyttämään tätä kehystä, mutta varsinkin useiden katkaisuhuitojaksojen jälkeen alkaa oman elämäntavan kokonaisvaltainen jäsentely määrittää heidän toimintaansa.

”Kyllähän se nyt tietenkä että mitä enemmän siellä on, tavallaan niin eihän siinä tarvi, vähemmän jos ois käyny niin sen parempi mutta mitä enemmän siellä on käyny niin sitä enemmän se aina merkkää se, että sitä enemmän sitä sitten ajattelee. Eihän sitä ensimmäisellä kerralla ajatellu juuri mitään, sitä vaan äkkiä tämä olotila pois ja pois täältä. Kun tuolla [paikkakunnan terveyskeskuksessa] kun tuolloin viimeksi olin niin kyllä jo ajatteliki sitä asiaa vähän pitemmälle kuin tuohon nokan päähän asti.” (Asiakas)

Psykososiaalinen kehys hallitsee tilanteita, joissa suunnitellaan asiakkaan tulevaisuutta katkaisuhoidon jälkeen. Psykososiaalisessa kehyksessä kuntoutusprosessi määrittyy kokonaisvaltaisen elämänmuutoksen tavoitteluksi. Työntekijöiden toiminnassa korostuu asiakkaan kannustaminen ja motivoiminen. Asiakas on aktiivinen toimija, joka järjestelee itse elämäänsä kuntoon työntekijöiden tukemana. (ks. Särkelä 1994, 73–75.) Psykososiaalisessa kehyksessä käsitellään päihteidenkäytön seurauksia, mutta lääketieteellisestä kehyksestä poiketen päähuomio ei ole päihteidenkäytön terveysvaikutuksissa vaan laajemmin sen vaikutuksissa koko elämän kontekstissa.

”Ja sitten se, että kun tota, se kokonaistilanne päihdeongelmanen niinku elämässä, johon kuuluu tosiaankin se mielekäs toiminta, työskentely, asumisasiat, kysymys toimeentulosta. Kaikki nää asiat täytyy sitten, on tässä aika iso homma vielä.” (Työntekijä)

Muita keskeisiä psykososiaaliseen kehykseen liittyviä teemoja ovat asiakkaan voimavarojen etsiminen ja muutosta horjuttavien tekijöiden eliminoiminen tai niiden työstäminen hallittavaan muotoon. Asiakkaan on opeteltava selviytymään ilman päihteitä tilanteissa, joissa hän on tottunut selviytymään päihteiden kanssa. Psykososiaalisessa kehyksessä asiakkaan keskeinen tehtävä on löytää päihteen tilalle muita mielekkäiltä tuntuvia asioita.

”No tuota, mää oon ajatellu että jos jonkunlaisen bändin sais kasahan tältä paikkakunnalta mutta en tiiä mahtakohan onnistua. Pittää käyä nuissa karaokepaikoissa ja kysellä jos sais jonkunlaisen porukan kasaan, niin se ois jonkunlaista terapiaa. Jotaki nuoria junnuja kouluttaa vähän musiikkielämään.” (Asiakas)

KÄYTÄNNÖN KEHYS on läsnä kaikissa päivittäisten rutiinien hoitamiseen liittyvissä toiminnoissa. Käytännön kehykseen kuuluu perushoivan osa-alueista kuten ruoasta, puhtaudesta, levosta ja turvallisuudesta huolehtiminen. Resurssien saneleminen toiminnan rajat kuten työvoimapula, tilojen riittämättömyys ja erityisosaamiseen panostamisen mahdottomuus nousevat käytännön kehyksessä vahvasti esiin perusterveydenhuollon toimintaympäristössä. Käytännön kehyksessä katkaisuhoido merkitsee niitä käytännön toimia, joihin sen toteuttamiseksi on ryhdyttävä. Katkaisuhoido määrittyy asiakkaan elämässä tilaisuudeksi levätä turvallisessa ympäristössä

ja huolehtia perusasiat kuten ravinto ja puhtaus kuntoon. Käytännön kehyksessä korostuvat säännöt, ohjeistukset ja erilaiset toimintakäytännöt. Tässä kehyksessä liikkuvat ennen kaikkea osastolla työskentelevät hoitajat sekä erityispalveluyksikössä työskentelevä hoitaja. Heidän puheessaan korostuu toiminta, ja sen keskiössä on päivittäisten rutiinien suorittaminen, perushoivasta huolehtiminen sekä lääkärin ohjeistaman hoidon toteuttaminen. Asiakas on tässä kehyksessä enimmäkseen toimenpiteiden kohde, jolla ei ole vaikutusvaltaa tapahtumien kulkuun. Terveyskeskusten katkaisuhuitoasiakkaat eivät kuvaa katkaisuhoidossa oloon liittyvän minkäänlaista omaa aktiivista toimintaa: he vain ovat ja ottavat hoitoa vastaan.

”Minä otin vain niinku hoidon hoitona vastaan, ja eihän ne oo ku lääkkeitä, joita joutuu ottaan.” (Asiakas)

Erityispalveluyksikön katkaisuhuitoasiakkaat kuvaavat toimimista ja osallistumista katkaisuhoidon aikana: he harrastavat liikuntaa ja osallistuvat yhteisiin toimiin.

”No siinä on tehty sillä lailla että ku mie oon monesti menny tosi huonossa kunnossa niin mulle on annettu diapamilääkitys siihen että olo paranisi ja pääsisi nukkumaan. Seuraavana päivänä sitä oon jo paljon virkumpi ja tuota kyllähän siinä pari kolme vuorokautta mennee sillai että ei pysty oikeen tekemään mittään, ei syömään eikä mittään että se on semmoista se touhu, mutta mulla on ollu semmoinen pyrkimys aina sitten että ku vähänki jalat kantaa niin mie kyllä lähen sitten käveleskelemään pitemmälleki. Ulkoilen tosi paljon että kolmekki lenkkiä päivässä, että semmoisia pitempiä lenkkejä – –” (Asiakas)

Asiakkaan kuntoutumisprosessin jatkuvuuden varmistaminen katkaisuhoidon jälkeen näyttää tuottavan terveyskeskuksissa päänvaivaa kaikille osapuolille. Kuten terveyskeskuksissa toteutettavaa katkaisuhuitoa kuvailevassa luvussa toimme esiin, asiakkaan ohjaamiseksi jatkohoitoon on olemassa toimintakäytäntö, jota tulisi noudattaa jokaisen asiakkaan kohdalla. Voisi kuvitella, että kyseessä olisi selkeästi käytännön kehykseen kuuluva rutiinitoimenpide, mutta siinä ovat vahvasti mukana useiden kehysten virittämät todellisuudet. Asiakkaalla on valta kieltäytyä tarjotusta avusta, ja asiakkaan kieltäytyessä käytäntöä on mahdotonta noudattaa. Osaston arjessa hoitajien voimavarat eivät välttämättä riitä normaalien rutiinien ulkopuolelle jääviin asioihin, joten yhteys mielenterveystoimistoon voi jäädä ottamatta. Hoitaja voi myös antaa omille turhautumisen tunteilleen vallan ja jättää soittamatta mielenterveystoimistoon, koska se tuntuu hyödyttömältä. Myös mielenterveystoimiston hoitajat jättävät joskus oman osuutensa tekemättä, koska ovat vakuuttuneita, että se on kyseisen asiakkaan kohdalla turhaa. Tällaisissa tilanteissa toimintaa ohjaa ihmisyyden kehys, ja omat henkilökohtaiset tuntemukset merkitsevät enemmän kuin käytännöt, joiden mukaan tulisi toimia. Lääkäreiden päätöksenteko asiakkaiden lähettämisestä laituskuntoutukseen ei perustu puhtaasti säännönmukaisuuk-

siin. Lääkärit arvioivat tilannetta kannattavuuden ja hyödyn näkökulmasta, mutta päätöksiin vaikuttavat myös inhimilliset tunteet kuten toivottomuus, myötätunto ja sääli. Lääkärit perustavat päätöksiään myös työkokemuksen tuomaan tuntumaan eli jonkinlaiseen vaistoon, joka kertoo, miten kannattaa toimia. Jatkohoitoon ohjaamisen käytännöissä näyttää olevan mukana monia pieniä tekijöitä, jotka voivat ratkaista asiakkaan elämässä isoja asioita.

Käytännön kehyksessä kuntoutusprosessi merkitsee niitä käytännön toimia, joihin elämänmuutoksen toteuttamiseksi on ryhdyttävä. Laitoskuntoutuksessa käytännön kehysten keskeistä sisältöä ovat ennalta laaditun päiväohjelman määrittämisen aikataulun noudattaminen ja päiväohjelman sisältämiin toimintoihin kuten terapiaoihin ja ryhmäistuntoihin osallistuminen. Avopuolella vastaavia käytännön kehukseen kuuluvia tekijöitä ovat sovitusta tapaamisajoista kiinnipitäminen sekä työntekijän antamien kotitehtävien suorittaminen. Sekä laitos- että avokuntoutuksessa käytettävät rentoutusmenetelmät ja korva-akupunktio ovat myös osa käytännön kehystä. Kuntoutuspalveluihin liittyviä käytäntöjä olennaisempia ovat asiakkaan omaan elämään liittyvät käytännöt, joiden suhteen työntekijöiden tehtävänä on kannustaa asiakasta itsenäisyyteen ja omatoimisuuteen. Asiakas on tässä kehyksessä aktiivinen toimija, jonka keskeinen päämäärä on järjestää oman elämänsä käytännön asiat kuten asuminen ja toimeentulo kuntoon.

”On, on ollut tuota apuna, terapeutti, mikä täällä on, on joka asiassa auttanut, itse minä oon tietenkin hoitanut ne hommat, mutta on niinku apua saanut semmoista tuota niin, että kyllä täällä niinku kannustetaan eteenpäin, koin ihan mukavaksi tään ilmapiirin täällä.” (Asiakas)

VALLAN KEHYS on keskeinen asiakkaiden ja työntekijöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Vallan kehyksessä peilautuu asiantuntijan valta suhteessa asiakkaaseen sekä ihmisen valta toiseen ihmiseen. Valtaa käytetään ensisijaisesti päihdepalvelujärjestelmän asiakkaaseen, ja se kohdistuu asiakkaalle tarjottaviin palveluihin ja asiakkaan elämäntapaan. Vallan kehyksessä näkyvät eri toimijoiden positiot: millä tavalla asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa määrittyvät subjekti ja objekti. Vallan kehyksessä katkaisuhuolto näyttäytyy askeleena, jonka otettuaan päihteidenkäyttäjällä on mahdollisuus edetä kohti oman elämänsä hallintaa.

”Pääsin niinku fyysisesti ja henkisesti kuntoon, että pystyin niinku työelämässä toimimaan. Että eihän se ois muuten onnistunut ei mikään... Se oli niinku semmoinen alkupamaus, että pääsee uuteen alkuun tavallaan...” (Asiakas)

Päihteet ovat katkaisuhuoltoon tullessa hallitsevassa asemassa asiakkaiden elämässä, ja tavoitteena on, että asiakas saavuttaisi vallan omassa elämässään (ks. Levy & Martin 2006, 427, 431). Työntekijöillä on ammatillisuuden tuomaa valtaa vaikuttaa asiakkaan ajatuksiin ja toimintaan, joidenkin kohdalla enemmän ja toisten kohdalla

vähemmän (ks. Karjalainen ym. 1991, 55–56). Mitä enemmän päihteet hallitsevat asiakasta, sitä vähemmän häneen pystyy vaikuttamaan ulkopuolelta.

Tullessaan katkaisuhuoltoon asiakas luovuttaa tilapäisesti vallan työntekijöille. Erityispalveluyksikössä lämmin ilmapiiri ja luottamussuhteen rakentuminen saavat aikaan sen, että asiakas luovuttaa mielellään ja vapaaehtoisesti vallan työntekijöille. Terveyskeskuksissa vallan luovuttaminen perustuu enemmänkin alistumiseen olosuhteiden pakosta. Asiakkaalla on valta tehdä päätös, suostuuko hän hoitoon vai ei, mutta sen jälkeen työntekijöillä on ammatillisuuden tuoma valta päättää hoidon sisällöstä (ks. Karjalainen ym. 1991, 55–56). Työntekijöiden puheessa asiakkaiden päätösvalta katkaisuhuoltovaiheessa näkyy hoidon keskeyttämisenä omavaltaisesti, vaikka siihen on luvattu sitoutua. Työntekijät pyrkivät kirjallisen sopimuksen ja karenssiuhan avulla ottamaan tämän vallan asiakkailta pois, mutta käytännössä he eivät pysty vaikuttamaan asiaan. Jos ihminen tulee hoitoon kriittisessä tilassa, hänet on otettava vastaan.

Työntekijöillä on valtaa säädellä, mitä palveluita asiakkaat saavat. Jatkohoito- palveluiden saamisen edellytyksenä on motivaation osoittaminen. Asiakkaan pitää todistaa työntekijöille olevansa motivoitunut päihdekeskeisestä elämäntavasta luopumiseen, jottei tarjottu palvelu mene hukkaan. (ks. Juhila 2009, 50.) Työntekijöiden valta ei kuitenkaan ole rajatonta. Lääkäreillä on valta säädellä, ketkä pääsevät laitostuntoutusjaksolle, mutta lääkäreiden toimintaa ohjaavat osaltaan määräraha- kysymykset. Laitostuntoutusjakson eväminen henkilöityy asiakkaiden silmissä lääkäreiden mielivaltaan, mutta myös lääkäri toimii sääntöjen ja kunnan myöntämien määrärahojen puitteissa. Samankaltainen tilanne on myös osastolla työskentelevillä hoitajilla, joiden toimintaa tarkastelimme käytännön kehyksessä. Asiakkaiden silmissä hoitajat näyttäytyvät usein välinpitämättöminä ja epäystävällisinä.

”No, se vaan heijastuu siinä mielessä et se vaan, paiskataan ne lääkkeet. Ja sitten ku siellä ruokaki tuuaan niin tarjoillaan muille oikein hienosti ja meikäläiselle paiskataan siihen suurin piirtein että syö siitä sitten.” (Asiakas)

Osaltaan voi olla kysymys ihmisyyshäilykseen liittyvistä henkilökohtaisista mielen- ilmauksista, mutta osaltaan asioista, joihin hoitajilla itsellään ei ole vaikutusvaltaa. Osaston arkea leimaa kiire ja työvoimapula, joten hoitajien resurssit eivät välttämättä riitä kuin pakollisten rutiinien hoitamiseen.

Vallan kehyksessä kuntoutusprosessi näyttäytyy polkuna, jota kulkemalla yksilö saavuttaa oman elämänsä hallinnan. Kuntoutusprosessin aikana valta ja vastuu siirtyvät enenevässä määrin työntekijöiltä asiakkaalle itselleen. (ks. Happel & Taylor 1999, 25.) Myös kuntoutusprosessissa työntekijöillä on valtaa säädellä asiakkaalle tarjottavia palveluja ja niiden sisältöjä. Joissain tilanteissa asiakkaille voidaan asettaa velvoitteita ja pakotteita käyttäen avohuollon palveluja. Säännöllinen asiointi avopalveluissa voi olla ehto esimerkiksi ajokortin takaisinsaamiselle tai toimeentulotuen säilyttämiselle. On yleinen käytäntö, että laitostuntoutusjaksolle pääseminen edel-

lyttää asiakkailta avohuoltoon sitoutumista tarkoituksena muutostoteutuksen osoittaminen. (ks. Juhila 2009, 50.) On kuitenkin aina asiakkaan vallassa, miten hän hyödyntää saamaansa apua omassa elämässään.

”Ne on sellasia että ihminen joka ei oo aikaisemmin ikinä kyennyt sitoutumaan mihinkään niin se sitoutuu oikeesti käymään ihan oikeisiin aikoihin oli ne sitten aamulla tai päivällä tai illalla, et se tulee oikeesti. Et se ei oo sitä et se soittaa et en mä päässy ku auto ei lähteny käyntiin. Vaan tulee huolimatta siitä että auto ei lähteny käyntiin. Tai minkään muun takia. Et sen takia meillä onki tää systeemi et voidaan nähdä että oikeesti on sitä halua ja oikeesti ymmärtää että se on sitkeetä työtä. Koska kysehän ei ole siitä että minä nyt tässä päätän nyt että minusta tulee raitis. Että minä oon ollu viis päivää osastolla ja minusta tulee raitis. Ja sitten kun minä sieltä osastolta lähden ja pääsen neljäksi viikoksi laitoskuntoutukseen niin sitten minä olenki terve. Et se ei niinku meekään niin, vaan se onki oikeesti semmonen koko ajan kestävä prosessi ja työ, että siitä pääsee eroon ja pääsee muuttaan elämänsä. Koska näitten ihmisten kohdalla se on käytännössä, se tarvi kokonaisen elämänmuutoksen. Ku ne kaikki elämäntavat pitää muuttaa.” (Työntekijä)

Kuten katkaisuhoidon vaiheessa, myös kuntoutusvaiheessa asiakkaalla on valta torjua hänelle tarjottu apu ja keskeyttää kuntoutusprosessi. (ks. Weber 1989, 212). Kuntoutusvaiheessa asiakkaan toimijuus vahvistuu. Asiakkaiden aktiivisuuspuhe lisääntyi selkeästi, kun haastatteluissa siirryttiin katkaisuhoidon teemoista kuntoutumista käsitteleviin teemoihin. He eivät enää kuvailleet pelkästään työntekijöiden toimintaa, vaan kertoivat, mitä he tekivät itse tai työntekijöiden kanssa. (ks. Hitlin & Elder 2007, 59.)

Vallan kehityksessä kysymys asiakkaan ja päihteiden välisestä suhteesta on yhä keskeinen (ks. Levy & Martin 2006). Kuntoutusvaiheessa asiakkaan tulisi saada ote päihteidenkäytöstä ja onnistua vakiinnuttamaan tämä valtasuhteen muutos. Kuntoutusprosessin tarkoitus on valtaistaa asiakas oman elämänsä subjektiksi elämän kaikilla osa-alueilla.

”Se tuntuu mahtavalta, kun pystyi sanomaan että ei, kiitos ei. Siis todella mahtavalta, ennen se ois ollu että Kari ois kyllä ottanu viinaa vastaan. Ensimmäisen kerran kun mä sanoin ihan siinä naapurissa kun mä lähin kävelemään ja se tuli perässä ja sanoi että oota vähän aikaa pullon kanssa oli ja tarjosi, ja minä sanoin että kiitos ei nyt ei maistu viina. Että ei tällä kertaa, ja se oli kyllä niin ja se on.. Se jäi siihen vähäksi aikaa seisomaan, ja minä jatkoin matkaa, ja katoin taakse päin ja se että minä että jähämettykö tuo paikalleen. Ei oo Kari tähän mennessä kieltäytynyt hänen tarjoamasta viinasta. Niin se tuntuu, seki on jääny niin hyvin mieleen se ensimmäinen kerta ku pysty sanomaan vaan onhan tietenki joskus aikaisemminki sanonu mutta ensimmäisen kerran ku täältä tulini kuntoutuksesta, se oli todella mahtavaa.” (Asiakas)

IHMISYYDEN KEHYS sisältää inhimilliset tekijät, jotka ovat läsnä ihmisten välisissä kohtaamisissa. Asiakkaat toimivat suurimmaksi osaksi tässä kehyksessä, työntekijät puolestaan ajoittain. Ihmisyyden kehys näkyy työntekijöiden toiminnassa niissä tilanteissa, joissa henkilökohtainen minä ja oma persoona nousevat esiin. Työntekijän rooli väistyy ja yksilön toiminnassa korostuvat henkilökohtaiset ajatukset, kokemukset ja tunteet. Ihmisyyden kehyksessä katkaisuhoido näyttäytyy tapahtumana, jossa toimintaa ohjaa tarve lievittää inhimillistä kärsimystä. Katkaisuhoidolle ei aseteta tästä näkökulmasta kauaskantoisia tavoitteita, eikä siihen sisälly muutoksen vaatimusta. Tässä kehyksessä keskeisiä ovat tunteet ja kokemukset. Ihmisyyden kehyksessä henkilöt toimivat omasta henkilökohtaisesta minästä käsin. Tässä kehyksessä liikkuvat pääasiassa asiakkaat. He ovat tuntevia ja kokevia yksilöitä, jotka yrittävät päästä eroon huonosta olotilasta ja saada elämänsä hallintaan. Työntekijät astuvat ihmisyyden kehyksessä pois ammatillisesta roolistaan ja oma persoona alkaa korostua. Ammattirooli ei koskaan peitä ihmisyyden kehystä täysin vaan oma persoona vaikuttaa aina taustalla. Asettumalla tähän kehukseen työntekijä saattaa pyrkiä rikkomaan ammatillisuuden tuottamaa valta-asemaa ja pääsemään lähemmäksi asiakkaan kokemusmaailmaa yhteisymmärryksen luomiseksi. Toisaalta ihmisyyden kehyksessä toimimista käytetään selityksenä omalle haluttomuudelle kommunikoida katkaisuhoidoasiakkaiden kanssa. Työntekijät vetoavat persoonallisiin ominaisuuksiinsa oikeuttaessaan käyttäytymistään: kaikki eivät ole sen luonteisia, että osaisivat keskustella katkaisuhoidoasiakkaiden kanssa.

”Voi kauheeta, tää on nyt että piip piip. [naurua]. Öö.. Mitenköhän mie tähän nyt diplomaattisesti vastaisin? Varmaan samanlaisia kun mullakin että kyllä varmaan välillä semmoinen epätoivo, että voi ei taasko tää sama tilanne, mutta kyllä mie niinku uskon että kaiken kaikkiaan niinku hyvä kohtelu että emmie, minä usko että mitenkään huonokaan, mutta onhan se selvä että meissä hoitajissaki on niin paljon eroja, elikkä toinen voi olla tämmönen hirviän sosiaalinen elikkä voi keskustella ja puhua ja pälpättää asiakkaan kans ihan antosia keskusteluja ja toinen hoitaja ei ehkä olekaan sellainen että pääsis juttuun oikeen helposti että se vähän nyt riippuu niinku hoitajastaki. Ja niinhän se riippuu meän mielentilastaki että millä päällä ollaan töissä ja kaikkihan ne nää tekkee henkilökohtasetkin jotka ei sais vaikuttaa mutta ainahan ne vaikuttaa.” (Työntekijä)

Ihmisyiden kehyksessä kuntoutusprosessi määrittyy pyrkimykseksi saavuttaa oman henkilökohtaisen kokemuksen kautta määrittyvä hyvä elämä.

”Jos sitä millään pystyy yksinkertaistamaan, niinkö sanottu, tää ei oo mikään kauheen yksoikoinen asia, mutta jos niinku miettii sitä tavoitetta, niin minä oon miettiny sen nyt niin, että kun siihen...prosessiin lähetään, niin tota, et jollaki tapaa sen henkilön...voisko sanoa subjektiivinen kokemus siitä elämänlaadun parantumisesta, et se vois olla se semmonen suuri tavoite siinä. — — minä oon niinku

miettiny sitä, että jollakin tapaa näitten väliintulojen, erilaisten asioiden käsittelyn kautta niin hän itse kokee, että hänen elämänlaatunsa paranee ja se näyttäytyisi ehkä myös sitten joissakin näissä erilaisissa terveyttä mittaavissa muissa asioissa, esimerkiksi niin, että katkot vähenee ja fyysinen kunto kohenee, psyykinen kunto tasapainottuu. Ja tuota mahdollisesti tulee sosiaalisia suhteita. Paranee, ja mahdollisesti työllistyy, taikka pystyy taas siirtymään työelämään.— Se nimenomaan niin, että hän itte viimekädessä kokis että tää on niinku se hänen elämä.” (Työntekijä)

Ihmisyuden kehys saa kuntoutusvaiheessa samanlaisia ulottuvuuksia kuin katkaisuhoidovaiheessa. Ihmisyuden kehyksessä liikkuvat edelleen pääasiassa asiakkaat, mutta työntekijät käyttävät sitä huomattavasti enemmän kuin katkaisuhoidovaiheessa. Työskentelyn lähtökohtana on edelleen oma ammatillisuus, mutta oman persoonan käyttäminen työvälineenä korostuu. Asiakkaiden kuvatessa laitoskuntoutusjaksolla oloa erityispalveluyksikössä asiakkaiden ja työntekijöiden kanssakäyminen saa asiakas-työntekijä-suhteen lisäksi ystävyysuhteen piirteitä.

”Oon todella, todella.. Todella saa vapaasti puhua, ja vuorovaikutusta niinku terapeutin kanssa, että toinen toistansa kuuntelee, että se on kyllä ihan mahtava etu sekini — Nimenomaan se, nimenomaan se.. Juuri semmoinen lämmin luottamus, eikä tarvi ujustella eikä mitään, pystyy puhumaan asiasta ku asiasta ja kuuntelen ja kyselen, nyt maanantainakin kun tulini niin heti yks mieshoitaja tuli kyseleen televisiuhuoneeseen ja tervehtiin ja jutteleen, ja kyseleen kuulumisia.” (Asiakas)

Verrattuna katkaisuhoidon menoa edeltäneeseen kaotoiseen elämäntilanteeseen kuntoutusvaiheessa asiakkaiden elämä alkaa tasoittua ja vakiintua. Omat persoonalliset piirteet saavat tilaa ja pääsevät esiin. Tässä kehyksessä asiakkaan keskeinen haaste on löytää omalle elämälleen mielekkäältä tuntuva suunta ja tarkoitus.

Pohdinta

Kehykset määrittelevät, mitä katkaisuhoido- ja kuntoutusprosessi merkitsee eri toimijoille, sekä mitä eri toimijat ovat omissa ja toistensa silmissä. Toimijat omaksuvat erilaisia toiminta- ja ajatusmalleja eri kehyksissä, ja määrittelevät omia ja toistensa ominaisuuksia, oikeuksia ja velvollisuuksia siitä kehyksestä käsin, missä kulloinkin ovat (ks. Peräkylä 1990, 22–23). Katkaisuhoidon läpikäyneet henkilöt ja työntekijät ovat lähtökohtaisesti erilaisessa suhteessa tapahtumiin: katkaisuhoidon läpikäyneet henkilöt elävät elämäänsä ja työntekijät tekevät työtänsä. Työntekijätäkään eivät ole kokemusmaailmaltaan yhtenäinen joukko: terveyskeskuksissa ja erityispalveluyksikössä työskentelyolosuhteet poikkeavat toisistaan, ja eri ammattiryhmien työntekijöillä on keskenään erilaiset toimenkuvat ja vastualueet. Katkaisuhoido- ja kuntoutusprosessin todellisuuden moniulotteisuus ei synny eri tahojen täysin erilaisesta

tavasta kehystä tapahtumia: muodostamamme kehykset ovat kaikille haastateltavillemme yhteisiä, mutta he käyttävät niitä erilaisin painotuksin.

Goffman (1986) korostaa kehysten dynaamista luonnetta. Vuorovaikutustilanteissa henkilöt liikkuvat jatkuvasti kehyksestä toiseen, ja kehykset voivat kerrostua ja limittyä toisiinsa. Tämä näkyy selkeästi katkaisuhoidon todellisuudessa. Haastattelemamme henkilöt ilmentävät samasta ilmiöstä tai asiasta kertoessaan eri kehysten mukaisia orientaatioita. Asiakkaat joutuvat sopeuttamaan omaa toimintaansa työntekijöiden käyttämiin kehyksiin, sillä eri ammattiryhmien työntekijöiden toiminta lähtee eri kehyksistä. Lääkärin kanssa kohtaamisia leimaa lääketieteellinen kehys, akuuttikatkaisusta vastaavien hoitajien kanssa käytännön kehys ja psykologista työtä tekevien työntekijöiden kanssa psykososiaalinen kehys. Lisäksi kohtaamisissa ovat läsnä ihmisyyden ja vallan elementit. Pystyäkseen olemaan mukana ja osallistumaan vuorovaikutukseen asiakkaan täytyy päästä työntekijän käyttämään kehykseen. Eri tehtävissä toimivilla työntekijöillä on selkeä työnkuva ja keskinäinen työnjako. Päihdeongelman kaltaiset monitahoiset ongelmat vaativat työntekijöiltä laaja-alaista näkemystä ja kykyä katsoa asiakkaan kokonaisvaltaista elämäntilannetta. Katkaisuhoidoasiakkaat pakottavat toiminnallaan ja olemisen tavallaan työntekijät tulemaan ulos vallitsevista kehyksistään. Lääkärit eivät kykene hoitamaan sosiaalisesti painottuneita ongelmia ainoastaan lääketieteen keinoin, eivätkä osastolla työskentelevät hoitajat pysty vastaamaan katkaisuhoidoasiakkaiden tarpeisiin pelkästään suorittamalla osaston arkeen kuuluvia käytännön rutiineja. Katkaisuhoidoasiakkaiden kanssa työskenteleminen vaatii työntekijöiltä liikkumista kehyksestä toiseen ja monenlaisten roolien omaksumista.

Kehysten kerrostuminen ja limittyminen näkyy selkeästi myös kuntoutumisen todellisuudessa. Eri kehysten virittämät orientaatiot ovat edelleen mukana kaikessa tapahtumisessa. Katkaisuhoidovaiheeseen verrattuna kuntoutusvaiheessa korostuvat enemmän psykososiaalinen kehys ja ihmisyyden kehys, ja lääketieteellisen kehyksen osuus pienentyy. Psykososiaalisen kehyksen korostuminen ja lääketieteellisen kehyksen hälväminen ilmentävät kuntoutumisen kokonaisvaltaista luonnetta. Katkaisuhoidovaiheessa huomio keskittyy ruumiin kuntoonlaittamiseen, kuntoutusvaiheessa ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemiseen. Raittiuden tavoittelu korostuu kaikissa kehyksissä varsinkin laituskuntoutuksessa, mutta sitä ei nähdä lopullisena tavoitteena vaan välineenä muiden tavoitteiden saavuttamiseen. Ihmisyyden kehyksen painottuminen on merkki siitä, että kuntoutusvaiheessa lähtökohtana on asiakas yksilönä, eikä katkaisuhoidovaiheen tapaan kasvottomana rutiinitoimenpiteiden kohteena. Asiakkaat sopeuttavat tässäkin vaiheessa toimintaansa siihen, miten työntekijät kehystävät tilanteita. Selkeämmin kuitenkin näkyy, että työntekijät pyrkivät pääsemään mukaan asiakkaan omaan kokemusmaailmaan ja ottamaan sen työskentelyn lähtökohdaksi. Kuntoutusvaiheessa asiakkaan toimijuus ja aktiivisuus lisääntyy, ja työntekijät siirtyvät tekijöistä tukijoiksi (ks. Masterson & Owen 2006, 21).

Lähteet

- Alhanen, Kai 2007: Käytännöt ja ajattelu Michel Foucault'n filosofiassa. Gaudeamus. Tampere.
- Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta 2008: Sosiaali-
barometri 2007. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Helsinki.
- Goffman, Erving 1986: *Frame analysis: an Essay on the Organization of Experience*. Northeastern
University Press. Boston.
- Happell, Brenda & Taylor, Catherine 1999: "We may be different, but we are still nurses": An ex-
ploratory study of drug and alcohol nurses in Australia. *Issues in Mental Health Nursing* 20:1,
19–32.
- Hitlin, Steven & Elder, Glen H, Jr. 2007: Agency: An empirical model of an abstract concept.
Constructing adulthood: Agency and subjectivity in adolescence and adulthood advances in life
course research 11, 33–67.
- Holopainen, Antti 2008: Alkoholiongelmat. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani &
Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 210–225.
- Juhila, Kirsi 2009: Objektivointi ja subjektivointi sosiaalityön käytännöissä – Michel Foucault'n pe-
rintöä tulkitsemassa. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.):
Sosiaalityö ja teoria. PSkustannus. Juva, 47–66.
- Karjalainen, Jukka-Mikko & Linqvist, Martti & Saares, Kimmo & Voutilainen, Paavo 1991: Terve-
den portinvartijat. Preventio ja asiantuntijavalta terveydenhuollon eettisenä ongelmana. Sosiaali-
ja Terveyshallitus. Raportteja 39. VAPK-KUSTANNUS. Helsinki.
- Kaukonen, Olavi 2002: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107. Stakes.
Saarijärvi.
- Laitinen, Kalevi & Mäkelä, Rauno 2003: Katkaisuhoido. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa,
Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Duodecim. Jyväskylä, 203–211.
- Lapin läänin peruspalvelujen arviointiraportti 2004. 2005: Julkaisusarja 1. Lapin lääninhallitus. Ro-
vaniemi.
<http://www.laeninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/vwbytypefinlh/D2AD0F6DE60BADBEC2256FC70031C7BD?OpenDocument&lh=lappi>. Luettu 15.12.2007.
- Levy, Neil & Martin, James 2006: Autonomy and addiction. *Canadian Journal of Philosophy* 36:3,
427–448.
- Masterson, Steve & Owen, Sara 2006: Mental health service user's social and individual empower-
ment: Using theories of power to elucidate farreaching strategies. *Journal of Mental Health* 15:1,
19–24.
- Peräkylä, Anssi 1990: Kuoleman monet kasvot. Vastapaino. Jyväskylä.
- Puroila, Anna-Maija 2002a: Kohtaamisia päiväkotiarjessa – Kehysanalyttinen näkökulma varhais-
kasvatustyöhön. Oulun yliopisto. Oulu.
- Puroila, Anna-Maija 2002b: Erving Goffmanin kehysanalyysi sosiaalisen todellisuuden jäsentäjänä.
Tutkimusraportteja ja selvityksiä B 41. Yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. Lapin yliopisto. Ro-
vaniemi.
- Ruuth, Paula 2005: Alkoholisairauksia hoidetaan eri tavoin eri kunnissa. *Dialogi* 15:4, 26.
- Särkelä, Antti 1994: Sosiaalityön asiakas subjektina ja ei-subjektina. Täydennyskoulutusjulkaisuja 7.
Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Ei painopaikkaa.
- Weber, Max 1989: Maailmanuskonnot ja moderni länsimainen rationaalisuus. Vastapaino. Hämeen-
linna.

Terapeuttinen yhteistoiminta

Toini Harra

Johdanto

Kuntoutujan aseman parantamiseksi on aiheellista tutkia ja kehittää asiakaskeskeisten menetelmien rinnalla lähestymistapoja, jotka ohjaavat kokonaisvaltaisemmin kuntoutujan kohtaamista sekä terapiasuhdetta. Kun menetelmien ja kädentaitojen osaamisen rinnalla kiinnitetään huomiota myös asiakkaan ja terapeutin yhteistoimintaan, ollaan väistämättä tekemisissä vuorovaikutukseen ja etiikkaan liittyvien moniulotteisten ja toistaiseksi vielä heikosti tunnettujen ilmiöiden kanssa. Käsillä olevan artikkelin kohteena on kuntoutujan ja terapeutin välinen yhteistoiminta.

Asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminta on toimintaterapiassa sekä keskeinen että haastava ilmiö. Keskeiseksi yhteistoiminnan tekee se, että toiminta on ammatin pääasiallinen kiinnostuksen kohde ja terapian väline. Haasteena on käyttää kuntoutujan kannalta tarkoituksenmukaista ja merkityksellistä toimintaa eli mielekästä toimintaa. Mielekäs toiminta on kuntoutujan itsensä valitsemaa ja sitä käytetään terapiassa siten, että se edistää tai pitää yllä kuntoutujan toimintakykyä ja parantaa hänen toimintamahdollisuuksiaan.

Käsillä oleva artikkeli perustuu terapatilanteita koskeneelle tutkimukselle (Harra 2005), jossa kohteena oli harkittu toiminta ja teoreettisena viitekehystenä Aristoteleen Nikomakhoksen etiikka (1989). Tutkimuksen tuloksena paljastui alustava käsitys terapeuttisen yhteistoiminnan ehdoista. Keskeisiksi yhteistoiminnan tekijöiksi muodostuivat ennakointi, roolien vaihtelu, vuorovaikutus, välineet, toimijoiden välinen yhteys ja toiminnan luonne. Yhteistoiminnan eettisiksi hyveiksi paljastuivat käytännöllinen järki (fronesis), ystävyys (filiä), oikeudenmukaisuus (dikaiosynē) sekä kohtuunmukaisuus (epieikeia). Tässä artikkelissa esitän lyhyesti terapeuttisen yhteistoiminnan alustavan määritelmän sekä nykyisen käsitykseni sen toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä ja periaatteista terapiasuhteessa.

Asiantuntijuudesta kohti asiakaskeskeisyyttä

Toimintaterapeutin työtä on kuvattu suomalaisessa toimintaterapian nimikkeistössä asiantuntijatyöksi, joka koostuu kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin vaikuttavien tekijöiden ja toimintakyvyn arvioinnista, intervention suunnittelusta ja toteutuksesta, neuvonnasta ja ohjauksesta sekä konsultaatiosta. Työ sisältää tavoitteiden asettelua ja lausuntojen laatimista sekä työskentelyä erilaisten ihmisten kanssa monenlaisissa toimintaympäristöissä sekä yksin että ryhmissä. (Holma 2003.)

Toimintaterapian päämääräksi on määritelty muun muassa toiminnan mahdollistaminen (Polatajko 1992). Yksittäisestä tilanteesta kiinnostuneen ja käytännöllisi-

sesti harkitsevan toimintaterapeutin on toiminnan mahdollistamiseksi tunnettava olosuhteisiin ja toimintatilanteeseen liittyvien asioiden lisäksi myös itseensä ja kuntoutujaan liittyvät yleiset ja yksittäiset asiat sekä lisäksi tekoihin ja toimintaan liittyvät asiat. Yksittäisiä asioita, tilanteita ja tapahtumia koskeva partikulaarinen tieto koostuu terapeutin kokemus- ja havaintotiedosta sekä intuitiivisesta tiedosta. Yksittäistapaukseen liittyvä tieto koskee muun muassa asiakkaan elinolosuhteita, aikaa, paikkaa, henkilöitä ja terapiatilannetta. Yksittäistapaukseen liittyvää tietoa kerätään toimintaterapiassa esimerkiksi arvioitaessa kuntoutujan toimintakykyä ja elämäntilannetta ja sitä hyödynnetään laadittaessa kuntoutumisen tavoitteita sekä suunniteltaessa terapian toteutusta.

Asiantuntijan tiedollinen lähtökohta on pluralistinen. Yksittäistapaukseen liittyvän tiedon lisäksi asiantuntija tarvitsee yleistä tietoa, joka koostuu teoretiedosta ja sitä koskevasta viisaudesta, tieteellisestä tiedosta, yleisistä käsityksistä, luotettavien henkilöiden uskomuksista ja periaatteista sekä alan asiantuntijoiden ja tutkijoiden sekä auktoriteettien lausunnoista. (Kakkuri-Knuuttila 1996.) Toimintaterapiassa yleinen tieto koskee esimerkiksi lähestymistapoja, tehokkaita menetelmiä, kollegan tai toisten alojen asiantuntijoiden kokemuksia sekä työnantajan strategioita, arvoja ja toimintakulttuuria. Terapeutti joutuu usein tasapainoilemaan työssään ja päätöksissään erilaisten pyrkimysten ristipaineessa, jossa vastakkain voivat olla esimerkiksi kuntoutujan toiveet ja työyksikön toimintakulttuuri. Monenlaisen tiedon ja erilaisten päämäärien lisäksi terapeutin harkintaan, päätöksentekoon ja toimintaan vaikuttaa myös hänen oma halunsa.

Yksittäistapauksista koostuva tieto muodostaa käytännön toimijan ensisijaisen tietoperustan. Asiantuntija pyrkii löytämään juuri johonkin tiettyyn tilanteeseen sopivan ja oikean keinon toimia suhteessa edellä mainittuihin tekijöihin. Siksi hänen tulee olla tietoinen omasta vastuustaan ja velvollisuuksistaan, tehtävästään ja ammattinsa päämäärästä sekä siitä, mihin tai ketä toiminta koskee, mitä välineitä tarvitaan ja mihin pyritään. Asiantuntijan on siis kerättävä tekoon ja olosuhteisiin liittyvää tietoa ja odotuksia monilta eri alueilta, ja sen lisäksi hänen on tunnettava myös oma persoonallisuutensa: valmiutensa ja luonteenpiirteensä. Tieto yksittäisistä tilanteista, henkilöistä ja tapahtumista on aina jossain määrin kontekstisidonnaisia. Tieto erilaisiin konteksteihin kytkeytyvistä seikoista karttuu vähitellen kokemuksen myötä, ja siksi asiantuntijuuden kehittyminen vaatii aikaa.

Asiantuntijatieto voi olla sekä käsitteellistä että ei-käsitteellistä. Tämä johtuu siitä, että koettua ja havaittua tietoa ei välttämättä ole sanoitettu: sitä ei ole ajateltu sanoin, puhuttu tai kirjoitettu. Kun kokemusta tai havaintoa ei ole käsitteellistetty, se on ei-käsitteellistä eli intuitiivista. Ei-käsitteellisen tiedon käyttö aiheuttaa sen, että joissakin tapauksissa asiantuntijalle riittää tieto siitä, että jokin on jotakin. Asiantuntijan työssä ensisijainen tehtävä on tilanteen nopea ymmärtäminen, oikean toimintatavan ja keinon valinta, arvojen tai periaatteiden etsiminen sekä asioiden kysyminen ja kyseenalaistaminen, siis ei toiminta pelkkien annettujen sääntöjen mukaan.

Toiminnan yhteydessä yleisiä selityksiä ja sääntöjä tärkeämpää on yksittäisiin

tapauksiin ja yksittäisiin toimijoihin liittyvä partikulaarinen tieto, sillä käytännöllisen harkinnan tulee olla sopuosinnussa sen kanssa. Tämä käytännölliseen harkintaan liittyvä, perustavaa laatua oleva prioriteetti voi selittää sitä, minkä takia toimintaterapian asiantuntijat käyttävät jopa huolestuttavan vähän päätöksenteossaan tieteellisiin tutkimuksiin perustuvaa tietoa (Harra ym. 2008). Yksittäisiin tapauksiin liittyvän tiedon merkitystä kuntoutuksen asiantuntijatyössä tukee Aristoteleen käsitys: ”Yleensä kuumeiselle on hyväksi lepo ja paasto, mutta näin ei ehkä ole jokaisessa yksityistapauksessa, ja tuskin nyrkkeilijä valmentaa kaikkia oppilaitaan ottelemaan samalla tavoin. Kukin näyttää tulevan tarkimmin huomioiduksi, kun häntä kohdellaan yksilönä. Silloin kukin saa eniten siitä, mikä sopii hänelle.” (Aristoteles 1989: X, 9; 1180b:8–13.)

Edellä kuvattu käytännöllisen järjen käyttö on hyvin sovellettavissa myös toimintaterapeutin työhön, jossa kokemustiedon tärkeys korostuu monin tavoin. Asian tuntijan käytännöllinen järki (fronēsis) edellyttää pitkää harjaantumista eli toimintaa käytännössä. Käytännöllisesti järkevä toimija kykenee erottelemaan ja liittämään yhteen asioita ja hänellä on kyky tunnistaa ’hyvä’ ja ’oikea’ toisistaan ja siksi hän pystyy myös asettamaan asioita arvojärjestykseen. Käytännöllisesti harkitseva toimintaterapeutti etsii, laskee, arvioi, tutkii ja vertailee moitteettomasti eri vaihtoehtoja, esimerkiksi tietyn kuntoutujan tapauksessa oikeaa interventiota ja vaihtoehtoja arvioidaan aina suhteessa johonkin, esimerkiksi hyödyllisyyteen, päämäärään, tapaan ja aikaan.

Menetelmäkeskeisyydestä kohti vuorovaikutusta

Järvikoski ja Härkäpää (2004) ovat kuvanneet havainnollistavasti kuntoutuksen toimintamalleissa tapahtunutta kehitystä Kuhnin tieteellisen paradigman kehitystä koskevan teorian avulla. Kuntoutuksessa vielä 1980-luvulla vahvasti vaikuttaneen vajavuusparadigman rinnalla on viime aikoina alettu käyttää ja tutkia valtaistavaa tai ekologisista toimintamallia. Valtaistumisella on viitattu muun muassa kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien ja hallinnan kokemuksen vahvistumiseen kuntoutusprosessin aikana. Ekologisessa viitekehyksessä oletetaan, että ihmisen elämäntapa hänen ja hänen toimintaympäristönsä vuorovaikutuksen tulos.

Ekologisella viitekehyksellä näyttää olevan yhtymäkohtia toimintaterapian filosofiaan ja erityisesti toimintaterapian isän, Adolph Meyerin (1866–1955), ajatteluun. Wilcockin (2002) mukaan Meyer oli tutustunut laajalti moraalihoidon periaatteisiin ja oli 1900-luvun alkupuolella tiiviisti tekemisissä Chicagon pragmatistisen koulukunnan jäsenten kanssa. Meyer uskoi pragmatismia kautta löytyvän mahdollisuus ylittää luonnontieteiden ja humanististen tieteiden väliset ongelmat inhimillisen toiminnan ja käyttäytymisen ymmärtämiseksi tieteellisesti. Meyer teki innokkaasti monialaista yhteistyötä niin filosofien kuin sosiaalitieteilijöidenkin kanssa ja hänellä on ollut tärkeä merkitys toimintaterapian kehitykseen sekä USA:ssa että Iso-Britanniassa.

Siitä huolimatta, että Meyer arvosti metodeita, apuvälineitä ja organisaatiota, hänen vaatimuksensa oli: ”We want thinking physicians, not method-grinders”. (Henderson 1951, xiii.) Hän kiinnitti erityistä huomiota käsillä olevan aiheen kannalta keskeiseen ilmiöön: terapiasuhteeseen. Seuraavassa lainauksessa kuvataan ytimekkäästi keskeisiä näkökulmia, joihin terapiasuhteessa tuli kiinnittää huomiota.

”Meyer believed that without the spontaneous participation of the patient in his therapy there could be little of value accomplished. He did not like doing things to people or for people, but thought always things with people. In consequence, he distrusted all modes of therapy in which the therapist dominates a passive patient, all psychological tricks and emotional appeals that have a measure of mysticism or deception in them. He thought that most human beings have a capacity for reason, even when ill, and that they have the right and obligation as human beings to use that power. The aim of the therapist should be to give the patient help in making a start at whatever level of thinking he is able to perform, and in moving toward greater and greater capacity, until he is on his own self-healing processes have come into his control.” (Leighton 1952, s. xvii.)

Meyer piti tärkeänä tutustua potilaan elämäntilanteeseen, ajankäyttöön ja ihmissuhteisiin, sillä vain sen kautta voitiin löytää oikeat ja tehokkaat hoitometodit. Hänen lähestymistapansa ja suhteensa potilaaseen perustuivat yhteistoimintaan (collaboration), jossa potilas ja terapeutti muodostavat yhdessä tiimin. Toinen tärkeä terapeutin tekijä oli toiminnan terapeuttinen käyttö. (Henderson 1951; Leighton 1952.) Meyeriläinen ajattelu joutui kuitenkin väistymään vuosikymmeniksi syrjään valtavirrasta niin toimintaterapiassa kuin lääketieteessäkin.

Toimintaterapian paradigman muutos oli havaittavissa esimerkiksi Iso-Britanniassa. 1940-luvulla brittiläiselle toimintaterapialle alettiin lääketieteen suunnasta esittää vaatimuksia empiiristen vaikuttavuustutkimusten tekemiseksi. Vaatimukset toimintaterapian vaikutusten osoittamiseksi tieteellisesti vakuuttavilla tutkimuksilla ja kontrolliryhmäasetelmilla pakottivat muokkaamaan tutkijoiden näkökulman kohti tarkasti rajattavissa olevia tutkimuskohteita. Tieteellisen näytön vaatimus alkoi ohjata tutkimuksen ohella myös terapiatyötä ja terapiankehittäjät alkoivat tuottaa uudenlaista näkökulmaa myös toiminnan terapeuttiseen käyttöön. (Ilott 2002.)

Toimintaterapeuttien työskentelyä luonnehti 1940–60-lukujen aikana pikeminkin tekniikoiden hallintaan perustuva taito kuin harkinta ja tietoiseen teoriatiedon hyödyntämiseen perustuva asiantuntijuus (Miller & Walker 1993). Vasta viime vuosisadan lopulla saavutetut tutkimustulokset ovat herättäneet uudelleen kiinnostuksen holistisia ja vuorovaikutusta korostavia lähestymistapoja kohtaan.

Esimerkiksi psykoterapian vaikuttavuutta koskevista systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa on selvinnyt, että potilaan kuntoutuminen riippuu monista eri tekijöistä: menetelmästä (15 %), asiakkaan odotuksista (30 %), terapeutin ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta (30 %) ja terapian ulkopuolisista tekijöistä (40 %)

(Norcross 2002). Yllättävintä tässä tutkimustuloksessa on menetelmien, kuten lyhytterapia tai kognitiivinen terapia, merkityksen vähäisyys verrattuna esimerkiksi asiakkaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutukseen tai terapian ulkopuolisiin tekijöihin, kuten ympäristöön ja tukiverkostoon. Tulos muistuttaa hyvin siitä, miten kuntoutus on vain osa kuntoutujan koko elämää ja menetelmien käyttö vain yksi osa terapiaa. Tuloksen pohjalta voidaan myös päätellä, että kokonaisvaltaisen käsityksen saamiseksi kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä on syytä ryhtyä entistä laajemmin tutkimaan terapiassa toteutuvaa vuorovaikutussuhdetta, kuntoutujaan liittyviä yksilöllisiä tekijöitä sekä hänen toimintaympäristöjään. Lisäksi esimerkiksi psykoterapian vaikuttavuudessa näyttää olevan erityisen suuri osuus kuntoutujan omilla odotuksilla, jotka on syytä ottaa terapian suunnittelussa huomioon.

Toimintaterapiassa systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat osoittaneet, että aivoverenkiertohäiriöiden jälkeisessä kuntoutuksessa vaikuttavuuden vahvin näyttö (luokkaa B) on pystytty osoittamaan vain asiakkaan luonnollisissa toimintaympäristöissä toteutetusta terapiasta. (Paltamaa ym. 2010; Harra ym. 2008.) Jättääkö siis toiminnan ja tottumusten kytkeytyminen tuttuihin toimintaympäristöihin, -välineisiin ja ihmisiin erilaisia muistijälkiä toimijan kokemusmaailmaan kuin toiminta vieraisissa ympäristöissä vai onko toiminta luonnollisissa toimintatilanteissa ja toimintaympäristöissä mielekkäämpää kuin laitoksessa?

Toiminnan luonteen merkitys

Toimintaterapian yhtenä peruskriteerinä pidetään kuntoutujalle mielekkään toiminnan mahdollistamista. Esimerkiksi 1900-luvun alkupuolella vaikuttaneen toimintaterapian opettajan Susan Tracyn mukaan toimintaterapiassa oli tärkeää, että käytettävät toiminnot mahdollistavat arvokkuutta ja sopivat yhteen potilaan kiinnostuksen ja valmiuksien kanssa. Siksi toimintojen valintaan tuli hänen mielestään kiinnittää erityistä huomiota (Kielhofner 2009.) Edellä asetettiin mielekkään toiminnan ehdoksi, että toiminta on tällöin kuntoutujan kannalta sekä tarkoituksenmukaista että merkityksellistä. Tämä kriteeri asettaa terapeutille haasteen paneutua huolella sekä kuntoutujan yksilötekijöihin että käytettävän toiminnan valintaan. Koska terapiassa voidaan käyttää sekä tekemistä että toimintaa, on terapian vaikuttavuuden kannalta tärkeää harkita niiden käyttö huolella.

Toiminnan luonteella on merkitystä yhteistoiminnan määrittelyssä ja toteutuksen terapeuttisuudessa. Aristoteelisen ajattelun mukaan meillä voi olla kolmenlaista, luonteeltaan erilaista käytännöllistä aktiviteettia: toiminta (praxis), tekeminen (poiesis) ja ymmärrys (synesis) (Aristoteles 1989: VI). Yhteistoiminta on toiminnan erityismuoto. Sen määrittelyn kannalta on selkeyttävää kyetä erottelemaan eriluonteiset aktiviteetit toisistaan.

Tekeminen ja toiminta materialisoituvat havaittavissa olevina tekoina, kun taas ymmärrys koskee niiden ajattelua. Tekemisen tavoite on lopputuloksessa, esimerkiksi valmistettaessa tuotteita ja tavoiteltaessa toisenlaisia asiointilojen. Tekemisestä

on kyse silloin, kun toiminta perustuu lähinnä terapeutin aiemmalle kokemukselle ja tottukselle pikemmin kuin yhteiselle harkinnalle ja valinnalle. Tekemisestä on kyse myös silloin, kun terapiamenetelmiä käytetään ennalta sovitun ohjelman mukaisesti huomioimatta kuntoutujan tilanteen yksilöllisiä erityispiirteitä.

Terapeuttinen ja hyvä toiminta tulee mahdolliseksi vain, kun toimijat tuovat esiin toiminnan kannalta merkityksellisiä yksilötekijöitään. Aristoteleen määrittelyn mukaan toiminnan lähtökohta on tekijässä itsessään. Tällöin toiminta on toimijan harkitusti haluamaa ja hänen itsensä valitsemaa.

Terapeuttisessa yhteistoiminnassa on mukana aina vähintään kaksi toimijaa, jolloin toteutumisen kannalta sekä kuntoutujalla että terapeutilla tulee olla mahdollisuus harkita ja valita yhdessä se, mitä terapiassa tehdään. Käytännössä yhdessä harkittu valinta mahdollistuu vain keskustelun kautta. Jotta yhteisymmärrys saavutetaan, on kuntoutujan ja terapeutin neuvoteltava ja perusteltava monenlaisiin tietolähteisiin nojaten, mitä tehdään, millä keinoilla ja välineillä, koska, missä ja kenen kanssa. Päätöstä tehtäessä tulee ottaa huomioon myös toimijoiden halut ja mieltymykset. Terapeuttisessa yhteistoiminnassa on terapeutin vastuulla huolehtia siitä, että harkintaa koskeva keskustelu käydään, että kuntoutujalla on mahdollisuus osallistua keskusteluun, että hänellä on riittävästi tietoa tietojen valintojen tekemiseksi ja että kuntoutujan kanta tulee kuulluksi ja huomioonotetuksi.

Vaikka aktiviteetit ovat perusluonteeltaan tietyntyyppisiä, voi alun perin toimintana alkanut aktiviteetti myös muuttua tekemiseksi, esimerkiksi kun tanssia tai maalausta tarkastellaan ja arvioidaan vain lopputuloksen kautta. Tällöin alun perin toimintana alkanut aktiviteetti voi muuttua luonteeltaan tekemiseksi. Toisaalta perusluonteeltaan tekemiseksi luokiteltava mansikkakakun leivonta voi olla leipurista itsestään lähtevää mielekästä toimintaa. Näin ollen valmistusta tai asiointilojen muutosta tavoitteleva toteutuskin voi saada sekä tekemisen että toiminnan luonteen ja sen mukaisia kokemuksia. Kriittinen kysymys toiminnan luonteen suhteen ei siis koske sitä, mitä tehdään, vaan miten toimitaan ja millainen merkitys toiminnalla on toimijalle.

Koska terapeuttisuuden näkökulmasta tekemisellä on vähäisempi merkitys kuin toiminnalla, voidaan olettaa, että toimintaan osallistuminen on myös vaikuttavampaa kuin tekeminen. Kaikki kuntoutujat eivät välttämättä haluakaan osallistua keskusteluun tai tehdä päätöksiä, vaikka heillä olisi siihen mahdollisuus. Kuntoutuja voi esimerkiksi tarjota valinnan tekoa terapeutille vedoten terapeutin asiantuntijarooliin. Jos kuntoutujalla itsellään olisi mahdollisuus vaikuttaa asioihin, mutta hän ei tee sitä, on kyseessä vapaaehtoinen tekeminen. Mikäli toimijalla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa siihen, mitä tehdään ja milloin, on toiminta ulkopuolelta säädeltyä tekemistä. Jos esimerkiksi terapeutti päättää, mitä tehdään, on aktiviteetti kuntoutujalle pelkkää tekemistä, ulkopuolisten sääntöjen noudattamista ilman omaa harkintaa ja mahdollisuutta tehdä valintoja. Tahdonvastaiseksi aktiviteetin luonne muuttuu silloin, kun kuntoutuja haluaisi osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, mutta hänen ei anneta tehdä sitä.

Tekeminenkin voi siis olla harkitusti valittua. Tekemiseen voidaan ryhtyä, vaikka

tekeminen itsessään ei olisikaan mieluisaa, koska tiedetään, että sen avulla saavutetaan haluttu päämäärä. Kokkikerholainen voi keskittyä omalla vuorollaan perunoiden kuorintaan, koska tietää, että lopputuotoksena ryhmälle valmistuu erinomainen ateria. Tällöin tekemisen tulos on aktiviteetista erillään. Kun aktiviteetin sijaan haluttu päämäärä, esimerkiksi sairaalasta kotiutuminen, on kuntoutujalle tärkein mielessä oleva asia, voi hän osallistua epämiellyttäviinkin kuntoutusinterventioihin aktiivisesti, koska hän tietää, että se on keino kuntoutua ja saavuttaa päämääränsä. Esimerkiksi toimintaterapiassakin paljon käytetyt yläraajan harjoitukset voivat olla sellaisia: kuntoutuja voi tehdä tunnollisesti ja ahkerasti yksinkertaisia liikeharjoituksia, koska tietää säännöllisen harjoittelun vaikuttavan suotuisasti lihasvoiman ja motoriikan vahvistumiseen, mikä on välttämätön ehto entiseen työhön paluulle. Tekeminen voi olla terapeutista, mutta siihen sitoutuminen on heikompaa kuin toimintaan sitoutuminen.

Toimijoiden välinen yhteys ja molemminpuolinen vuorovaikutus

Terapiatilanne on aina vähintään kahden osallistujan välinen vuorovaikutustilanne, jonka välttämättömänä ehtona on, että osallistujat ovat toisistaan erillisiä, että he tunnistavat oman integriteettinsä eli yksilöllisyytensä rajat sekä havaitsevat ja tuntevat toisten osallistujien olemassaolon. Yhteistoiminnassa vuorovaikutuksen tulee olla molemminpuolista: yhtäältä omien viestien ilmaisua ja toisaalta toisten viestien vastaanottamista. Sanojen puuttuessa kehollisen viestinnän merkitys kasvaa ja aistien on valpastuttava seuraamaan korvaavia viestejä. Sanojen puuttuminen tuottaa riskin tulkinnoille ja kuntoutujan äänen kuulumattomuudelle. Se asettaa yhteistoiminnan eräänlaiseen ääritilanteeseen, jossa on olemassa uhka yhteistoiminnan menetykselle.

Terapiatilanteessa toimijoiden välillä vallitsee lähes poikkeuksetta katkeamaton yhteys. Se voi olla kosketus, joka korostuu etenkin toimijoiden ollessa rinnakkain, sillä tällöin katseet kohtaavat vain hetkittäin. Kosketuksen ja liikkeiden sekä lihasten jännityksen ja rentouden vaihteluiden aistimisen vahvistuessa vahvistuu myös niiden merkitys ihmisen maailmassa olemisen tunnistamisessa. Kehojen yhteys ei rajoitu vain aistimiseen, vaan sillä on merkitys myös maailmassa olemisen ja maailmassa toimimisen ja ihmisarvoisen elämän kokemuksen tuottamisessa: ”Toimin, siis elän”.

Oltaessa kasvokkain, yhteys toiseen ihmisen säilyy katseen avulla. Yhteys heikkenee ilman kosketusta tai katsetta esimerkiksi silloin, kun terapeutti poistuu toiseen huoneeseen, keskittyy muistiinpanojen tekemiseen tai johonkin muuhun asiaan. Näissäkin tilanteissa yhteyttä voidaan ylläpitää edelleen puheen avulla. Toimijoiden välinen yhteys on terapeutin yhteistoiminnan välttämätön ehto.

Kumppanuus

Yksi keskeinen yhteistoiminnan hyve aristoteelisessa etiikassa oli ystävyys, jota nykyaikana ja erityisesti kuntoutuksen maailmassa voisimme pikemminkin kutsua kump-

panuudeksi. Aristoteelisessa ajattelussa ystävyydellä tarkoitettiin erilaista ihmissuhdetta kuin mitä me sillä käsitämme (Knuuttila, 1989, 259). Aristoteelelle ystävyuden välttämättömänä ehtona oli toisen ihmisen olemassaolon havaitseminen, toisen olemassaolon tunteminen ja siihen tottuminen. Jotta kumppanuutta voisi syntyä, on ihmisten otettava huomioon toinen toisensa ja opittava tuntemaan toisensa.

Ystävyuden välttämättömänä ehtona Aristoteles (1989, VIII, 2) puhuu myös rakkaudesta, joka merkitsi antiikin ajattelussa molemminpuolista hyvän tahtomista toiselle. Meidän käsitysmaailmassamme aristoteelinen rakkaus voidaan käsittää ehkä lähinnä lähimmäisenrakkaudeksi, mutta ilmaisuna hyvän tahtominen toiselle on mielestäni huomattavasti ilmaisuvoimaisempi käsite kuin lähimmäisen rakkaus.

Erittäin mielenkiintoiseksi ystävyuden hyveen tekee sen molemminpuolisuuden ja aktiivisen toteuttamisen vaade. Rakkaus voi olla yksipuolistakin – ystävyys ei koskaan. Terapiasuhteessa kumppanuuden tarkastelu tuo ulottuvuuksia, jotka on pitkään haluttu pitää terapian ja ammatillisen kohtaamisen ulkopuolella. Toisaalta voidaan kysyä, onko juuri tämä se tekijä, jonka kautta tulevaisuudessa voitaisiin tehdä entistä vaikuttavampaa terapiaa ja kuntoutusta.

Mahdollisuus roolien vaihteluun

Roolit ovat toimijaan kohdistuvia odotuksia tietyn aseman haltijana tai tietyn tehtävän tekijänä. Terapiatilanteissa jo valmiiksi annettuina olevat terapeutin ja kuntoutujan roolit sekä niihin liittyvät ennako-oletukset voivat asettaa toimijat eriarvoisiin asemiin. Yksi terapiatilanteisiin yleisesti kytketty rooliodotus on, että terapeutti on asiantuntija, jolla on sellaisia tietoja ja taitoja, joiden avulla hän pystyy auttamaan kuntoutujaa. Tämä rooliodotus asettaa ison haasteen toimijoiden välisen suhteen tasa-arvoisuudelle ja yhteistoiminnalle.

Siitä huolimatta, että terapeutilla on terapiatilanteessa vastuita ja velvollisuuksia, joita hän ei saa unohtaa tai laiminlyödä, ei yhteistoiminnassa ole kyse pelkkien roolien mukaan käyttäytyvistä ihmisistä, vaan kahden persoonan kohtaamisesta. Jos toimijat kykenevät kohtaamaan toisensa ensisijaisesti ihmisinä, voi yhteistoiminta tulla mahdolliseksi. Terapeutin näkökulmasta tämä mahdollistuu ammatti-identiteetin ja aidon asiantuntijuuden kehittymisen myötä. Kun terapeutin ammatti-identiteetti ja asiantuntijuus ovat reflektoidun kokemuksen myötä kehittyneet riittävän vahvoiksi ja selkeiksi, hän ei enää tarvitse pinnallisen roolin antamaa suojaa omalle integriteetilleen. Proseduurien ja tekniikoiden hallinnan sijaan terapeutti voi tällöin keskittyä kohtaamaan kuntoutujan yksilöllisesti.

Ympäristön ja välineiden merkityksen huomiointi yhteistoiminnassa

Toimintaympäristön rakentaminen sopivan haasteelliseksi, kiinnostavaksi, käytännölliseksi ja esteettisesti kauniiksi vaikuttaa toimintaan osallistuvien aktiviteettiin ja sitoutumiseen joko vahvistaen tai heikentäen sitä. Ympäristön merkityksen tunnis-

taminen on ollut toimintaterapiassa mukana alusta asti. Susan Tracyn (1912) mukaan toimintaterapeuttien tuli kiinnittää erityistä huomiota terapiatilan ja tavaroiden järjestykseen: toiminta sairaalan osastolla on erilaista kuin kotona tai sairaalan puutarhassa. Lisäksi hän painotti estetiikan, käytännöllisyyden ja ekologisuuden merkitystä, mikä tuli ottaa huomioon materiaalien hankinnassa, tuotteiden valmistuksessa ja laadussa.

Kun terapia toteutuu kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä ja erityisesti, kun se toteutuu hänen kotonaan, joutuu terapeutti käytännöllisen ajattelun kannalta huomattavasti haasteellisempaan tilanteeseen kuin omissa vastaanottotiloissaan toteutuvassa kuntoutuksessa. Kuntoutujan kodissa toimittaessa terapeutti joutuu harkitsemaan huolellisesti, mihin asioihin, milloin, missä ja miten hänellä on yhtäältä oikeus ja toisaalta velvollisuus puuttua. Tilanteiden huolellinen kuvailu sekä syy-seuraussuhteiden ja merkityssuhteiden paljastaminen voi mahdollistaa kodin asukkaiden oman harkinnan ja päätöksenteon sekä sitä kautta myös vahvemman sitoutumisen päätöksiin. Siten asiantilojen havainnointi ja kuvailu voi olla pitkällä aikavälillä tehokkaampaa muutosten aikaansaannin kannalta kuin pelkkien ohjeiden ja neuvojen jakaminen. Näin siitäkin huolimatta, että välttämättä kodin asukkaiden päätökset eivät suoraan noudattele asiantuntijan käsitystä parhaasta mahdollisesta toimintatavasta.

Luonnollisessa ympäristössä toteutettavassa terapiassa muuttujien määrä on yleensä runsaampi kuin terapiatiloissa. Huonekalujen ja mattojen sijoitteluja muuttellaan, audiovisuaaliset laitteet voivat tuoda kuva- ja äänimaailmaan lisää ärsykeitä, jotka voivat olla terapeutille hallitsemattomia ja yhtäkkiä voi soida puhelin. Näkymät ikkunoista vaihtelevat niin vuodenaikojen kuin säätilojenkin mukaan kiinnittäen toimijoiden huomion. Toisten ihmisten läsnäolo vaikuttaa aina keskittymiseen. Toisinaan läheiset voivat puuhastella omia askareitaan samassakin huoneessa ja toisinaan koko talo on rauhoitettu terapian takia. Tavoitteista riippuen toisten läsnäolo voi olla ajoittain toivottavaa ja välillä taas häiritsevää tekijä. Luonnollinen toimintaympäristö tarjoaa toimijoille sekä haasteita että mahdollisuuksia.

Välineiden merkityksellä on yhteistoiminnassa monia ulottuvuuksia. Välineet korostavat asiantiloja ja tuotteiden tuottamiseen tähtäävää luonnetta. Välineiden käytön ideana on, että ne helpottavat valmistusta tai haluttujen asiaintilojen saavuttamista (käytettävyys); toisaalta niiden käyttö edellyttää kykyä käyttää välineitä asianmukaisella tavalla (kyvykkyys). Toimintaterapiassa on aina käytetty ja kehitetty myös yksilöllisiä apuvälineitä mahdollistamaan kuntoutujalle haluttujen asiaintilojen saavutettavuus ja ympäristön käytettävyys (mahdollistavuus). Mikäli kuntoutujalta puuttuu välineiden käytön edellyttämä kyvykkyys, voi myös terapeutti toimia mahdollistavana välineenä. Terapeutti voi auttaa kuntoutujaa pitämään kiinni veitsen kahvasta ja auttaa leikkaamiseen tarvittavan liikkeen toteutuksessa, jolloin terapeutti voi toimia ikään kuin kuntoutujan tahdon jatkeena, joka mahdollistaa kuntoutujalle välineiden käytön ja haluttujen asiaintilojen saavuttamisen.

Välineiden käytön oppimisessa helpottaa riittävä toistojen määrä sekä toteutuksen rytmiys. Turvallisesti toistuva rytmi voi johtaa myös toimintaan uppoutumiseen ja

tavallista suurempaan keskittymiseen. Välineiden kyvykkääseen käyttöön liittyy siis tietynlainen rytmisyys, liikkeiden sujuvuus ja joustava siirtyminen liikkeestä toiseen.

Oikeudenmukaisuus ja kohtuunmukaisuus

Oikeudenmukaisuus edellyttää luonteenpiirteinä harkintaa ja vapaata valintaa, jotka yhdessä hyveellisten tekojen kanssa paljastavat ihmisen luonteen. Siksi oikeudenmukaisia tai ystävällisiä tekoja tekevä ihminen ei vielä välttämättä ole oikeudenmukainen ihminen. Näin ollen pelkkien tekojen perusteella ei voida määrittellä toimijan luonnetta.

Terapiatilanteissa pidetään välttämättömänä, että terapeutti kykenee ennakoimaan tilannetta esimerkiksi huolellisen suunnittelun ja kokeneisuutensa turvin. Tällainen ennakointi edellyttää terapeuttia olemaan koko ajan herkkänä tilanteen erityispiirteiden huomioimiselle ja tilanteessa tapahtuville muutoksille. Ennakointi varmenee, mitä enemmän terapeutilla on reflektoitua kokemusta ja asiantuntijuutta.

Oikeudenmukaisuuden hyveen mukaisesti ennakointi on yhteistoiminnassa kaikkien toimijoiden oikeus ja velvollisuus. Kaikilla yhteistoimintaan osallistuvilla toimijoilla tulee olla yhtäläiset oikeudet ja mahdollisuudet olla keskustelemassa, asettamassa päämääriä ja tavoitteita, tekemässä valintoja sekä osallistua suunnitelman laadintaan. Yhteinen ennakointi mahdollistuu esimerkiksi sillä, että tehtävä käydään läpi etukäteen ja tehdään toimintaa koskevia yhteisiä valintoja ja sopimuksia. Yhteinen ennakointi mahdollistaa vastuunoton ja toimintaan sitoutumisen yhtäläisesti kaikille toimijoille.

Terapiatilanteissa tulee väistämättä eteen tilanteita, joissa kuntoutuja väsyä suunniteltua aiemmin, hänen täytyy välillä päästä vessaan, jompikumpi toimijoista on estynyt esimerkiksi sairauden tai jonkun muun esteen takia tai kuntoutuja ei tule syystä tai toisesta oikein ymmärretyksi. Tällaiset tilanteet eivät ole yleensä ennakoitavissa, minkä takia ne tulevat toimijoille yllätyksenä vaatiessa muutosta tehtyyn ennakkosuunnitelmaan. Kohtuunmukaisuuden tärkein merkitys on sen lakia korvaava ominaisuus ja sopuisuuden ylläpitäminen yhteisössä. Se on ymmärtävyyttä yllä olevissa tilanteissa sekä tarvittaessa anteeksiantaminen, mikä mahdollistaa sopuisuuden hengen säilymisen. Itsepintainen omista oikeuksista kiinnipitäminen voi haitata yhteistoiminnan mahdollisuutta. Kohtuunmukaisuuden toteutumisen ilmaisuina voi olla kuntoutujan antama tyytyväinen palaute terapiatilanteiden jälkeen (olen iloinen, innostunut ja onnellinen) sekä lämpimät tervehdykset terapian alussa ja lopussa.

Käytännöllinen järki ja ymmärrys

Käytännöllinen harkinta koskee inhimillistä toimintaa. Prospektiivinen käytännöllinen harkinta (käytännöllinen järki) edeltää toimintaa ja retrospektiivinen käytännöllinen harkinta (ymmärrys) seuraa toimintaa. Vaikka ymmärrys (synesis)

ja käytännöllinen järki (fronesis) koskevatkin samoja asioita, ovat niiden tehtävät erilaiset: käytännöllinen järki edeltää toiminnan toteutusta ja antaa määräyksiä sen suhteen, mitä ja miten pitää toimia. Ymmärrys keskittyy toiminnan toteutuksen jälkeiseen arviointiin ja eettisten arvostelmien tekemiseen, mutta se ei anna määräyksiä. (Knuuttila, 1989.) Siten yläkäsitteenä käytännöllinen harkinta voi tarkoittaa suunnittelevaa ja toimintaa ohjaavaa harkintaa että reflektovaa ja tietoa lisäävää harkintaa.

Aristoteleella (1989, VI, 10–11) ymmärrys tarkoittaa yhtäältä oman toiminnan ymmärtämistä ja toisaalta kykyä eläytyä toisten ihmisten tilanteisiin. Erityisesti asiantuntijuuden kehityksen kannalta pidetään tärkeänä retrospektiivista eli kokemuksen jälkeistä arviointia eli reflektointia. Aristoteleen mukaan tarvitaan ymmärrystä, jotta kyetään erottamaan oikein kohtuunmukaisuus, joka näkyy myötätuntoisuutena tiettyjen asioiden suhteen.

Asiantuntijatietoon liittyvä pluralistinen lähtökohta koskee myös ymmärrystä. Pluralistisen lähtökohdan ansiosta ymmärtävässä ajattelussa voidaan tarkastella ja koota yhteen monenlaatuista tietoa. Ymmärryksessä on kyse myös kokonaisuuksien havaitsemisesta, esimerkiksi siinä mielessä, kun havaitaan määrätyn matemaattisen kuvion olevan kolmio. (Aristoteles, 1989, VI: 8; 1142a) Aristoteleen esimerkki on havainnollistava sikäli, että se auttaa meitä käsittämään ymmärryksen kokoavan luonteen. Ymmärtäminen ei kuitenkaan koske samoja asioita kuin tieteellinen tietäminen: Ymmärrys arvioi mielipiteitä muodostavan sielunosan avulla oikein ja hyvin käytännöllisen järjen alaan kuuluvia asioita. Ymmärrys on jonkinlainen sielun silmä, jota ilman käytännöllinen järki ei saavuta toimintavalmiuttaan. (Aristoteles 1989, VI, 11; 1143b: 11–14 ja X, 9; 1181a: 19–22.)

Terapeuttisessa yhteistoiminnassa tarvitaan siis sekä käytännöllistä järkeä että ymmärrystä, sillä käytännöllinen järki tähtää toimintaa koskevien määräysten antamiseen ja ymmärrys toimintaa koskevaan tietoon ja ymmärrykseen. Tästä syystä meidän on syytä arvostaa kokeneiden, vanhempien tai järkevien ihmisten käsityksiä samalla tavoin kuin tieteelliseen tai tutkittuun tietoon, sillä kokemuksen antamalla silmällä he näkevät oikein. ”Ne arvioivat kullakin alalla asioita oikein, joilla on kokemusta, ja he ymmärtävät, mitä päämäärän saavuttamiseen tarvitaan ja miten ja mikä minkin kanssa sopii yhteen.” (Aristoteles 1989, VI, 11; 1143b: 11–14.) Ymmärrys siis pohjautuu toiminnasta saatuun kokemukseen ja sen reflektointiin.

Käytännölliseen harkintaan perustuvilla valinnoilla on määräyksiä antava luonne siitäkin huolimatta, etteivät ihmiset aina kuitenkaan toimi valintansa mukaisesti. Valinta on aina ottamista ja jättämistä, jonkin puoleen kääntymistä tai jonkin välttämistä, minkä takia valinnat eivät voi olla pelkkiä mielipiteitä. Ihminen voi valita harkitusti hyvän tai pahan ja tämän valintojensa seurauksena hänen toimintansa ja sen myötä vähitellen luonteensa osoittautuu tietynlaiseksi.

Yhteistoiminnan alustava määritelmä

Yhteistoiminta on siis toiminnan erityismuoto siinä mielessä, että sen toteutukseen osallistuu aina vähintään kaksi ihmistä. Aiemmassa tutkimuksessani (Harra 2005) tarkastelin terapeutin yhteistoiminnan ehtoja yhtäältä kokemustiedosta ja toisaalta teoretiedosta käsin. Tutkimuksen empiirisenä osuutena oli oma kokemukseni pitkäaikaisesta, kotikäynteinä toteutetusta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen toimintaterapian ja terapiatilanteiden reflektoinnista. Yhteistoiminnan teoreettinen tarkastelu keskittyi etsimään Aristoteleen hyve-etiikasta yhteistoiminnan eettisiksi periaatteiksi soveltuvia intellektuaalisia ja luonteen hyveitä. Terapian reflektoinnin pohjalta hyvän yhteistoiminnan keskeisiksi tekijöiksi muodostuivat ennakointi, roolien vaihtelu, vuorovaikutus, toimijoiden välinen yhteys, välineiden merkitys ja toiminnan luonne. Mielenkiintoisiksi hyveiksi paljastuivat yhtäältä asiiantuntijatyöhön välttämättä liittyvän käytännöllisen ajattelun myötä käytännöllinen järki sekä varsinaiset hyveet eli ystävyys, oikeudenmukaisuus ja kohtuunmukaisuus, joiden toteutumiseen tarvitaan aina vähintään kaksi ihmistä.

Edellä esitetyn perusteella voidaan hahmotella terapeutin yhteistoiminnan alustava määritelmä seuraavasti:

1. Yhteistoimintaan osallistuu vähintään kaksi toimijaa.
2. Terapeutin yhteistoiminta edellyttää toisen ihmisen olemassa olon havaitsemista, tuntemista, luottamusta sekä molemminpuolista hyvän tahtomista toiselle.
3. Yhteistoiminnassa toimijoilla on yhteinen päämäärä tai tavoite. Yhteistä päämäärää etsiessään ja tavoitellessaan toimijat keskustelevat, tekevät valintoja ja havaittavissa olevia tekoja yhdessä.
4. Terapeutin yhteistoimintaan panostaminen ja siitä saatavan hyödyn ja vastuun jako perustuu oikeudenmukaisuuden hyveeseen.
5. Kohtuunmukaisuuden ansiosta terapeutin yhteistoimintaan osallistuvat selviytyvät ennalta-arvaamattomista ristiriita- ja ongelmatilanteista sopuisti.

Lopuksi

Tässä kirjoituksessa on nostettu esiin terapeutin toiminnan kolme eri momenttia, jotka ovat tekeminen, toiminta ja yhteistoiminta. Kaikki kolme momenttia ovat terapiatyössä käyttökelpoisia ja tarpeellisia. Toimintaterapeutin asiiantuntijuutta on taito osata käyttää niitä muuttuvissa tilanteissa tarkoituksenmukaisella tavalla huomioiden kunkin kuntoutujan yksilölliset tarpeet ja odotukset.

Sekä tekemistä että toimintaa voidaan käyttää asiakaskeskeisesti ottamalla kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa huomioon kuntoutujan yksilötekijät ja elämäntilanne. Terapeutin yhteistoiminta edellyttää terapeutilta astumista askeleen pidemmälle. Se vaatii siirtymään asiiantuntijan rooliin sidotusta asiakaskeskeisyydestä askeleen lähemmäs ihmisten välistä kohtaamista kohti syvempää asiantun-

tijuutta ja kokemuksen myötä kehittynyttä ymmärrystä ihmisestä sosiaalisena ja toimivana olentona.

Tutkimukseni on keskittynyt tähän mennessä toimintaterapiassa toteutuneeseen toimintaan. Mikäli esiin nostetut terapeuttisen yhteistoiminnan ehdot ovat luonteeltaan niin universaaleja kuin oletan, en näe estettä sille, miksei terapeuttisen yhteistoiminnan ehtoja voisi hyödyntää myös muissa terapioissa sekä käyttää ylipäätään yhteistyötilanteiden hyvinä periaatteina.

Lähteet

- Aristoteles 1989: Nikomakhoksen etiikka. Suom. Knuutila, S. Gaudeamus, Helsinki.
- Harra, T. 2005: Harkittu toiminta. Terapeuttisen yhteistoiminnan ehdoista. Lisensiaattitutkimus, Informaatitieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Harra, T. & Karhula, M. & Kantanen, M. & Kanelisto, K. & Häggblom-Kronlöf, G. 2008: Toimintaterapian kehittämistarpeet aivoverenkiertohäiriöiden jälkeisessä kuntoutuksessa. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Konsensuskokous 2008. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia, Helsinki.
- Henderson, D. K. 1951: Introduction. Teoksessa Winters, E. E. (toim.): The Collected Papers of Adolf Meyer. Volume II: Psychiatry. The John Hopkins Press, Baltimore.
- Holma T. 2003: Toimintaterapianimikkeistö. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Ilott I. 2002: Laying the foundations for research in the 1940s. Teoksessa Wilcock A. A (toim.): Occupation for Health. Vol 2. A Journey from Prescription to Self Health. British Association and College of Occupational Therapists, Suffolk.
- Järvikoski A. & Härkäpää K. 2004: Kuntoutuksen perusteet. WSOY, Helsinki.
- Kakkuri-Knuutila M-L. 1996. Aristoteelista tietoa jälkipositivisteille. Sosiologia 1996, 3. 179–190.
- Kielhofner G. 2009: Conceptual Foundation of Occupational Therapy. 4. painos. F. A. Davis Company, Philadelphia.
- Knuutila S. 1989: Selitykset. Teoksessa Aristoteles: Nikomakhoksen etiikka. Gaudeamus, Helsinki.
- Leighton A. H. 1952: Introduction. Teoksessa Winters E. E. (toim.): The Collected Papers of Adolf Meyer. Volume IV Mental Hygiene. John Hopkins Press. Baltimore.
- Miller R. J. & Walker K.F. 1993: Perspectives on theory for the practice of occupational therapy. An Aspen publication, Gaithersburg.
- Norcross J. (toim.) 2002: Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford University Press, New York.
- Paltamaa J. & Karhula M. & Suomela-Markkanen T. & Autti-Rämö I. 2011: Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kela, Tutkimusosasto, Helsinki.
- Polatajko H. 1992: Naming and framing occupational therapy: a lecture dedicated to the life of Nancy B. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1992, 59:4, 189–200.
- Tracy S. E. 1912: Studies in Invalid Occupation. A Manual for Nurses and Attendants. 2. painos. Whitcomb & Barrers: Boston. Saatavilla osoitteessa: http://www.archive.org/stream/studiesininvalidiotracgoog/studiesininvalidiotracgoog_djvu.txt
- Wilcock A. A. 1998: An Occupational Perspective of Health. Slack, Thorofare.
- Wilcock A. A. 2002: Occupation for Health Vol 2. A Journey from Prescription to Self Health. British Association and College of Occupational Therapists, Suffolk.

Aivohalvauskuntoutus ja toimijuuden mahdollisuudet

Merja Reunanen

Johdanto

Aivoverenkiertohäiriöihin, kansanomaisemmin aivohalvaukseen, sairastuu vuosittain noin 14 000 suomalaista. Aivohalvaus on yksi kansansairauksistamme, joka vaatii usein pitkäkestoista kuntoutusta. Se on aivokudoksen vaurioitumisesta johtuva aivojen toimintahäiriö, jonka aiheuttaa yleisimmin aivoinfarkti tai harvemmin aivoverenvuoto tai lukinkalvonalainen vuoto. Suuri osa aivohalvaukseen sairastuneista ihmisistä tarvitsee moniammatillista kuntoutusta, koska oireet voivat olla varsin monitahoisia. (Aivoinfarkti 2006) Tavallisia oireita ovat toispuolihalvaukseen liittyvät lihasvoiman, tasapainon ja tunnon heikentyminen sekä tahdonalaisten liikkeiden säätelyn vaikeutuminen, tarkkaavaisuuteen ja muistiin liittyvät kognitiiviset häiriöt, puheen ymmärtämisen ja tuottamisen häiriöt sekä tunne-elämään liittyvät oireet (Talvitie ym. 2006, 368).

Aivohalvauskuntoutus nostettiin Suomessa perustellusti laajan keskustelun kohteeksi, kun vuonna 2008 annettiin äkillisten aivovaurioiden (traumojen ja aivoverenkiertohäiriöiden) jälkeistä kuntoutusta koskeva konsensuslausuma. Konsensuskokous ja sen pohjalta annettu lausuma kokosivat yhteen viimeisintä tietoa äkillisten aivovaurioiden hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta, eri terapiamuotojen nykykäytännöistä ja kehittämishaasteista. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2008.)

Konsensuslausumasta välittyvä kuntoutumisen ymmärtäminen asiakaslähtöisenä ja yhteisöllisenä oppimisprosessina, jonka kaikissa vaiheissa sairastunut ihminen on osallisena. Kuntoutumista tarkastellaan siinä myös sairastuneen ihmisen voimaantumisenä. Se edellyttää kuntoutuksen suuntaamista ihmisen yksilöllisiin tarpeisiin muun muassa ottamalla huomioon ihmisen kulttuurisen ympäristön. Rutiinimaiset toimenpiteet ja ihmisiä passivoivat menetelmät rohkaistaan karsimaan pois kuntoutuksen käytänteistä. (Mt.)

Fysioterapia on aivohalvauskuntoutuksen käytetyimpiä terapiamuotoja. Käsitys kuntoutumisesta oppimisprosessina on haastanut fysioterapeutit arvioimaan käyttämäänsä menetelmiä kriittisesti. Terapeuttilähtöisistä fysioterapian työkäytännöistä on pyritty siirtymään kuntoutuksen kentällä laajemminkin tavoiteltuun asiakaslähtöisyyteen, jossa sairastuneen ihmisen osallistumista, voimaantumista ja subjekti-asemaa tuetaan. Erityisesti aivohalvauskuntoutuksessa on perusteltua, että fyysiseen toimintakykyyn rajoittunut käsitys fysioterapiasta monipuolistuu. Menetettyjen taitojen tietoinen uudelleen oppiminen on pitkä prosessi, joka jatkuu kotiympäristössä. Oman toimijuuden tavoittaminen ja sosiaaliseen toimintaympäristöön palaaminen

ovat yksilöllisiä mutta myös yhteisöllisiä prosesseja. Niiden tueksi tarvitaan sairastuneen ihmisen ja kuntoutuksen työntekijöiden välisiä kohtaamisia, joissa toimijuuden mahdollisuuksia osana ihmisen tavallista arkea ja elinympäristöä etsitään ja rakennetaan yhdessä.

Fysioterapia oppimisen ohjauksena

Fysioterapia on aivohalvaukuntoutuksessa yleisimmin käytetty terapiamuoto. Neurologisen fysioterapian terapiamenetelmät ovat kehittyneet vähitellen samalla, kun tieto muun muassa aivojen muotoutuvuudesta ja kognitiivisten tekijöiden merkityksestä on lisääntynyt. Kuntoutumista on alettu tarkastella oppimisprosessina, jonka käynnistyminen edellyttää sairastuneen ihmisen aktiivista osallistumista kuntoutustavoitteiden asettamiseen, kuntoutuksen suunnitteluun ja arviointiin. Ihmisen omatoimisuutta tukevassa aktivoivassa fysioterapiassa keskitytään sairastuneelle ihmiselle arkielämässä merkityksellisen toiminnan oppimiseen, ja tuetaan intensiivistä omatoimista harjoittelua pitkäkestoisen muutoksen aikaansaamiseksi. (Talvitie ym. 2006; Pyöriä 2007; Pyöriä ym. 2009.)

Fysioterapiassa tulisi harjoitella jokapäiväiseen toimintaan liittyviä tehtäviä, joista ei selviä vain lihas- tai liikekontrollia harjoittelemalla vaan aktivoimalla myös havaintotoimintoja ja kognitiivisia prosesseja. Omatoimisuuden tukeminen edellyttää, että aivohalvaukseen sairastunut ihminen ohjataan hyödyntämään ympäristöstä saatavaa informaatiota, ratkaisemaan tehtäviin liittyviä ongelmia suunnittelemalla ja arvioimalla sekä intensiivisesti harjoittelemaan toimintaa vaatimustasoltaan erilaisissa ympäristöissä (Shumway-Cook & Woollacott 2001; Talvitie 2008). Aivot muotoutuvat aivohalvauksen jälkeen siihen suuntaan, mihin niiden toimintaa harjoittelulla ohjataan. Oleellista on, että kuntoutumisprosessin kuluessa opitut asiat ovat konkreettisesti sovellettavissa ihmisen arjessa, ja tukevat siten myös sosiaalista osallistumista. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2008.)

Ohjaukäytänteet kehittymässä

Vaikka äkillisten aivovaurioiden kuntoutuksen konsensuslausumaan sisältynyt kuntoutuksen lähestymistapa on fysioterapian näkökulmasta tuttu ja perusteltu, se on myös haasteellinen. Fysioterapiassa on edelleen käytössä myös varhaisempiin käsityksiin perustuvia neuroterapeuttisia lähestymistapoja, joissa terapeutin käsin tapahtuvalla ohjauksella on tärkeä asema. Runsas käsin tapahtuva liikkumisen ohjaus voi estää sairastuneen ihmisen oman hallinnan harjaantumisen ja asettaa hänet tilanteessa passiiviseen rooliin. (Talvitie ym. 2006; Tyson & Selley 2007.) Tutkittaessa kuvanauhoilta fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta terapiatilanteissa voitiin todeta fysioterapeuttien käyttävän paljon sekä sanallista että käsin tapahtuvaa ohjausta. Potilaiden rooli tilanteissa oli lähinnä noudattaa ohjeita, joita perusteltiin neuroterapian käsitteillä. Potilaiden yrityksiä tulla ymmärretyksi tai osallistua tilanteeseen saatettiin

kokonaan ohittaa. (Talvitie & Reunanen 2002). Fysioterapian kehittyminen edellyttää, että tarjolla oleva uusien, näyttöön perustuva tutkimustieto ja asiakaslähtöisyys otetaan tietoisesti työkäytäntöjen kehittämisen lähtökohdaksi (Peurala & Pyöriä 2010).

Itä-Savossa on tehty pitkäjänteistä kehittämistyötä aivohalvauspotilaiden fysioterapian kehittämiseksi. Toteutuneessa kehittämishankkeessa fysioterapeutit haastettiin tutkimaan omaa työtään pitkäkestoisen koulutusintervention tuella. Kehittämishankkeen lähtökohdana oli fysioterapian kehityshistoria ja työn nykytila, jota tarkasteltiin fysioterapeuttien haastattelujen ja terapiatilanteiden kuvanauhoitusten perusteella. Haastatteluissa fysioterapeutit kuvasivat työnsä kohteena aktiivisen ihmisen, jonka omat tavoitteet ohjaavat terapiaa. Kuvanauhoilla terapia näyttäytyi terapeuttilähtöisenä eikä potilaan omaa päätöksentekoa, suunnittelua, arviointia tai ongelmanratkaisua havaittu. Fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatapojen ristiriitaisuuden tunnistaminen oli ratkaisevaa työn kehittämisen käynnistämiseksi. (Reunanen 2003; Reunanen & Talvitie 2003.)

Kehittämishankkeen aikana pyrittiin aktivoimaan potilaan roolia siirtämällä suunnittelua ja päätöksentekoa fysioterapeutilta potilaalle. Se edellytti omatoimista harjoittelua tukevien arviointi- ja terapiavälineiden sekä harjoitusympäristöjen kehittämisen rinnalla potilaan ohjausmenetelmien kehittämistä. Hankkeen lopussa tunnistettiin terapisuhteen kehittymistä potilaan osallistumisesta tukevaan suuntaan fysioterapeutin omaakin roolia muuttamalla. Oman työn muutos nähtiin hitaana prosessina, sillä ajattelutavoissa tapahtuneen muutoksen vieminen käytäntöön vaatii tietoista ponnistelua. (Reunanen 2003; Reunanen & Talvitie 2003.)

Saman kehittämishankkeen aikana tutkittiin terapiatilanteita, joissa fysioterapeutti, potilas ja hänen läheisensä käsittelivät potilaan pystyasennon hallintaa ja sen harjoittelua kotiloissa. Tilanteessa hyödynnettiin kuvanauhaa tasapainon testaustilanteesta tavoitteena osallistaa potilas asian käsittelyyn. Testituloksia käsiteltiin yhdessä, kun fysioterapeutti ohjasi potilasta ja omaisia pohtimaan testin merkitystä harjoittelulle ja kotona selviytymiselle. Joissakin tilanteissa yhteinen käsittely ohitettiin, kun fysioterapeutti pitäytyi fyysisen harjoittelun ohjauksessa vaikka potilas kantoa ennemminkin huolta selviytymisestään kotiympäristössä. Potilaan osallistumisesta päätöksentekoon näyttää edistävän se, että vuorovaikutustilanteissa molemmat osapuolet tekevät kysymyksiä, kuuntelevat ja tarkistavat käsiteltävän asian ymmärtämisen. (Talvitie & Pyöriä 2006.)

Yksilölliset kuntoutustavoitteet yhteisiksi

Fysioterapeutit siis haastetaan edelleen kehittämään vuorovaikutuksen ja ohjauksen osaamistaan terapiatilanteissa asiakaslähtöisyyden turvaamiseksi. Kuntoutustavoitteiden yhteistä käsittelyä voidaan pitää asiakaslähtöisyyden yhtenä osoituksena. Kun aivohalvaukseen sairastuneiden fysioterapian nykytilaa Suomessa selvitettiin palveluntuottajille suunnatulla kyselytutkimuksella, asiakaslähtöisyyttä arvioitiin sen perusteella, miten fysioterapeutit ilmoittivat kirjanneensa potilaiden kanssa yhdessä

sovitut tavoitteet. Raportissa arvioitiin asiakaslähtöisyyden toteutuneen hyvin, kun 69 % avopalveluja tuottavista fysioterapeuteista ilmoitti päätavoitteiden tulleen kirjatuksi lähes aina tai useimmiten ja vastaavasti laitospalveluissa 86 % fysioterapeuteista ilmoitti kirjanneensa lähes aina tai useimmiten tavoitteet, jotka olivat saavutettavissa laitosjakson aikana. (Sjögren ym. 2008, 86, 89.)

Kysyttäessä vaikeavammaisten ihmisten ja heidän läheistensä kokemuksia lääkinällisestä kuntoutuksesta koettiin palvelut yleisellä tasolla varsin merkityksellisinä ja niihin oltiin laajasti tyytyväisiä. Syventävissä haastatteluissa ja kyselyjen avovastauksissa sen sijaan todettiin muun muassa, että tiukasti määritellyt standardit eivät aina vastaa kuntoutujien yksilöllisiin tavoitteisiin, joihin vaikuttavat monet elämäntilanteeseen, toimintaympäristöön ja palvelujen saatavuuteen vaikuttavat tekijät. (Järviskoski ym. 2009.)

Parry (2004) tutki fysioterapian tavoitteiden käsittelyä havainnoimalla fysioterapiatilanteita. Hänen tutkimuksensa aineistona oli 74 videonauhoitusta erilaisista fysioterapiatilanteista. Tutkija löysi yhteensä kahdeksan tilannetta, joissa käsiteltiin terapian tavoitteita, ja niistä vain yhdessä tilanteessa potilaan tavoite otettiin terapeutin ja potilaan yhteiseen käsittelyyn. Fysioterapeutin käyttämät strategiat tavoitteen käsittelyssä olivat vertaaminen normaaliin tilanteeseen tai vertaaminen siihen, mihin potilas itse olisi tyytyväinen. Tutkija pohti, että tavoiteasettelu on vaikeaa, koska potilaalla on rajallinen mahdollisuus tunnistaa ja kuvata ongelmiaan tai hänen on vaikea valita, mikä lukuisista haasteista on mahdollista ratkaista fysioterapian keinoin. Tavoitepuhetta saatetaan kokonaan vältellä tilanteissa, joissa potilaan edellytykset asettaa tavoitteita ovat riittämättömät, kuntoutumisennuste on huono, kommunikaatiovaikeudet estävät tavoitepuheen tai tavoitteiden käsittely vie liikaa paljon aikaa. (Parry 2004.)

Sairastuneen odotukset ja kokemukset keskusteluun

Kun aivohalvaukseen sisältyviä elementtejä tutkittiin sekä havainnoimalla fysioterapiatilanteita että haastatteleamalla niihin osallistuneita potilaita ja fysioterapeutteja, tunnistettiin molemmille ryhmille yhteisiä ja myös eroavia näkemyksiä. Fysioterapeutit ja potilaat kuvasivat samalla tavoin terapian tavoitteita ja niiden saavuttamista, liikkumisen arviointia ja harjoittelua, ympäristöön liittyviä teemoja sekä kuntoutuspalvelujen järjestämistä. Näkemykset potilaan osallistumisesta terapiatilanteessa olivat ristiriitaisia. Fysioterapeutit kertoivat ottavansa huomioon potilaan taustan ja yksilöiden persoonalliset tekijät. Potilaat puolestaan ilmaisivat, että yksilöllisiä ominaisuuksia ei otettu huomioon. Toisena ristiriitaisuutena todettiin se, että vaikka fysioterapeutit kokivat oman tietoperustansa puutteellisenä, potilaat luottivat heidän pätevyytensä. Tutkijat korostivat, että potilaiden kokemukset on tärkeää ottaa terapiatilanteissa yhteiseen käsittelyyn. (Wohlin Wottrich ym. 2004.)

Eräässä tutkimuksessa verrattiin käsityksiä aivohalvauksen seurauksista vuosi sairastumisen jälkeen kahdesta eri näkökulmasta. Aineistona olivat aivohalvaukseen sai-

rastuneiden ihmisten haastattelut ja heitä hoitaneen moniammatillisen kuntoutusryhmän jäsenten kuntoutukseen liittyneet asiakirjamerkinnät. Sairastuneiden omat käsitykset aivohalvauksen seurauksista liittyivät hallinnan tunteen heikkenemiseen, väsymiseen ja halvauksen uusimisriskin pelkoon. Kuntoutusryhmän dokumenteista oli luettavissa pääasiassa toimintojen heikentymisen ja niiden harjoittamisen kuvauksia. Tutkija päätteli, että sairastuneet tavoittelivat paluuta entiseen elämään ja identiteettiin kun taas kuntoutustyöntekijöiden näkökulmasta tavoitteena korostui fyysinen toimintakyky. (Bendz 2003.)

Psykososiaalisten tekijöiden tunnistamista ja niiden yhteistä käsittelyä terapiatilanteissa korostavat myös Barron ym. (2007) katsauksessaan, jossa tarkasteltiin eri lähestymistapoja potilaan odotuksiin. Potilaan sisäisen hallinnantunteen vahvistaminen terapiatilanteissa vahvistaa myös potilaan uskoa omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin, mikä tukee potilaan aktiivista roolia (Barron ym. 2007). Vuorovaikutustilanteet ovat keskeisiä toimintakäytänteitä, joissa yhteistä ymmärrystä kuntoutumisen tavoitteista, keinoista ja mahdollisuuksista rakennetaan. Puheella on keskeinen merkitys terapiatilanteiden vuorovaikutuksessa. Sen avulla voidaan käsitellä kuntoutujan odotuksia ja rakentaa yhteistä ymmärrystä harjoittelun merkityksistä. (Talvitie 2008.)

Toimintakyvystä toimijuuteen

Fysioterapiassa on totuttu tarkastelemaan fysioterapian tavoitteena potilaan toimintakykyä, joka tavallisesti jäsenellään fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. Fyysinen toimintakyky on näyttänyt fysioterapiassa korostuvan kun terapian sisältöä ja siihen osallistuneiden vuorovaikutusta on tutkittu. Jyrkämä (2007) arvioi samoin käyneen gerontologisessa tutkimuksessa, joka on kapeutunut fyysiseen toimintakykyyn ja edelleen sen osa-alueiden yksittäisiin ulottuvuuksiin. Hän ehdottaa, että tarkastelun kohteeksi otetaan toimintakyvyn sosiaalisuus ja näkökulma siirretään toimijuuteen, siihen miten toimintakyky rakentuu sosiaalisena ilmiönä. Toimijuuden arviointi tarkoittaisi, että arvioidaan käytössä olevaa, aktuaalista toimintakykyä ihmisen omassa elinympäristössä, ei niinkään mahdollista toimintakykyä kliinisissä olosuhteissa kuten nyt. Tällöin arvioinnin painopiste siirtyisi objektiivisesti mitattavista toimintakyvyn osa-alueista koettuun ja arjen tilanteissa arvioituun toimintakykyyn. Toimijuusnäkökulma siirtäisi arvioinnin kohteeksi yksilön sijasta toimintatilanteet ja sosiaaliset toimintakäytännöt. (Jyrkämä 2007.)

Toimijuus (agency) on sosiologiasta peräisin oleva käsite, joka on noussut esille erityisesti ikääntymistutkimuksessa, mutta laajentunut monitieteiseen käyttöön. Sosiologinen näkökulma tunnistaa yksilöllisissä ilmiöissä yhteiskunnallisen kehyksen. Toimijuus viittaa ihmiseen toimivana subjektina, joka ilmentää toimijuuttaan vuorovaikutuksessa tekoina ja puheena tilannesidonnaisissa toimintakäytänteissä (Giddens 1984). Toimijuus ja yhteiskunnan erilaiset rakenteet liittyvät yhteen, jolloin ihminen nähdään kokonaisuutena, toimijana ajassa ja paikassa. Rakenteet voivat rajoittaa ja määrätä, mutta myös mahdollistaa ja ohjata. Toimijuuden eri

ulottuvuuksien (osaaminen, kykeneminen, haluaminen, täytyminen, voiminen, tunteminen) ilmentymistä voidaan arvioida toimijakeskeisesti eri tilanteissa ottamalla huomioon ihmisen ikään, ikäryhmään, ajankohtaan ja paikkaan tai tilaan liittyvät reunaehdot. (Jyrkämä 2007.)

Toimijuuden näkökulmasta fysioterapian vuorovaikutustilanteita on tutkittu tois- taiseksi melko vähän. Wallin ym. (2008) tutkivat vanhusten toimijuuden ilmenty- mistä geriatrisen kuntoutuksen ryhmätilanteissa. Ryhmäliikuntatilanteisiin osallistu- neille vanhuksille tunnistettiin hiljaisten harjoittelijoiden, vastahakoisten suostujien, sitkeiden yrittäjien ja vertaisauttajien positiot. Näiden positioiden avulla he ilmen- sivät toimijuuttaan. Tutkijat arvioivat, että vanhusten aloitteellisuus ja toimijuuden ilmentyminen kuntoutuksen toimintakäytännöissä on kotona selviytymisen kannalta tavoiteltavaa, vaikka ne osoittautuivat ryhmäliikuntatilanteessa osin haasteellisiksi. Fysioterapeutti saattoi esimerkiksi turvallisuuteen vedoten rajoittaa vanhuksen aloi- tetta ja edetä tilanteessa oman toimintasuunnitelmansa mukaan. Tällaisia toiminta- käytänteitä olisikin tärkeä ottaa tarkasteluun pyrittäessä kehittämään kuntoutusta.

Pollari (2008) tutki puolestaan liikuntavammaisten lasten vanhempien toimi- juutta arjessa. Hänen mukaansa vammaisuutta on tärkeä tarkastella sosiaalisena ja kulttuurisena ilmiönä eikä yksilön ominaisuutena. Vammaisuus ja kyvykkyys raken- tuvat ja ilmentyvät yhteiskunnan sosiaalisten käytäntöjen kautta. Nämä käytännöt, esimerkiksi tavat tukea ja ohjata liikuntavammaisten lasten vanhempia, voivat sekä mahdollistaa että estää toimijuutta. (Pollari 2008.)

Kotiympäristö tukee toimijuutta

Ymmärrys sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristön merkityksestä myös aivohalvauk- seen sairastuneen kuntoutumisen kannalta on viime vuosina lisääntynyt. Nopea kotiutuminen, kotikuntoutus ja moniammatillisten ryhmien kotikäynnit ovat olleet aktiivisen tutkimuksen kohteena. Fysioterapeutteja rohkaistaan tukemaan sairastu- neen ihmisen paluuta kotiympäristöön ja oman roolin, merkityksellisten toiminto- jen sekä sosiaalisen verkoston löytämiseen sairastumisen jälkeen. (Cott ym. 2007.)

Aivohalvauspotilaan kotona toteutettu kuntoutus näyttää tuottavan fysiotera- peutin ja potilaan välille tasa-arvoisemmaksi tulkittua vuorovaikutusta kuin kuntou- tus perinteisessä kliinisessä terapiaympäristössä (Thornquist 2001). Kuntoutuksen työntekijöiden näkökulmasta kotiympäristössä työskentely mahdollistaa kytkennät sairastuneen ihmisen aikaisempiin toimintoihin, ja kannustaa häntä tekemään itse ratkaisuja (von Koch ym. 2000; Wohlin Wottrich ym. 2007). Haastattelututkimus, jossa selvitettiin aivohalvaukseen sairastuneiden kokemuksia kuntoutumisprosessista neljä kuukautta sairastumisen jälkeen, osoitti kotiin paluun tärkeän merkityksen. Vasta palaaminen kotiympäristöön konkretisoi sairastumisen seuraukset, auttoi hah- mottamaan omaa tilannetta, ja aktivoi löytämään uusia ratkaisuja arjessa kohdattui- hin haasteisiin. (Olofsson ym. 2005.)

Lopuksi

Tässä kirjoituksessa olen tarkastellut aivohalvauskuntoutusta erityisesti fysioterapian näkökulmasta. Olen nostanut esille fysioterapiaan liittyviä haasteita ja toisaalta sairastuneen ihmisen aktiiviselle toimijuudelle avautuvia mahdollisuuksia. Kuntoutumisen tarkastelu oppimisena muistuttaa, että kyseessä on usein pitkäkestoinen prosessi, joka edellyttää sairastuneen ihmisen toimijanroolin vahvistamista ja kuntoutuksen työntekijöiden vähittäistä väistymistä taustalle. Muutos fysioterapian perinteisestä terapeuttikeskeisestä käytännöstä asiakkaan toimijuuden tukemiseen etenee, kunhan omia toimintatapoja rohjetaan tarkastella kriittisesti.

Raportointivaiheessa olevan kuntoutustieteen väitöstutkimukseni tarkoituksena on kuvata ja lisätä ymmärrystä siitä, millaisena aivohalvaukseen sairastuneiden ihmisten toimijuus ilmenee kuntoutuksen käytännöissä. Terveystieteisiin lukeutuvaa fysioterapiaa tarkastelen yhtenä kuntoutuksen toimintakäytäntönä ja yhtenä kuntoutuksen tutkimuksen tieteenaloista. Ymmärrän kuntoutuksen mm. vuorovaikutuksena tai vuorovaikutussuhteen muutoksena yksilön ja ympäristön välillä kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelmaa mukaillen (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2004).

Väitöskirjassani tutkin kuntoutuksen toimintakäytäntöjä kahdesta näkökulmasta. Ensinnäkin tutkin fysioterapeutin ja aivohalvaukseen sairastuneen ihmisen välistä vuorovaikutusta tarkastelemalla terapiatilanteita kuvanauhoilta. Terapiatilanteet voivat olla kuntoutumisprosessin eri vaiheissa paikka niille kohtaamisille, joissa käsitellään sairastuneen ihmisen yksilöllisiä kokemuksia ja tavallisesta arjesta kumpuavia tavoitteita. Ne näyttävät olevan helposti ohitettavia, joten ne vaativat erityistä huomiota. Toiseksi tutkin sitä, miten sairastuneet ihmiset kertovat kotiympäristössä tehdyissä haastatteluissa kuntoutuskokemuksistaan ja kotona selviytymisestään puoli vuotta sairastumisen jälkeen. Sairastuneen ihminen kokemis- ja elämismaailman esille nostaminen (ks. Karjalainen 2004) on yksi keino kehittää kuntoutuskäytäntöjämme paremmin tukemaan ihmisen aktiivista roolia.

Kuntoutuksen toimintakäytäntöjen tutkimusta tarvitaan, jotta esteitä sairastuneiden ihmisten toimijuuden tieltä voidaan tunnistaa ja purkaa. Tutkimusta tarvitaan myös laajentamaan fysioterapian näkökulmaa. Ihmisen arkitilanteiden tunteminen on välttämätöntä, jotta fysioterapialla voidaan konkreettisesti tukea sairastuneen ihmisen voimavaroja, aktiivista toimijuutta ja paluuta sosiaaliseen toimintaympäristöönsä.

Lähteet

Aivoinfarkti (online) 2006: Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi. Päivitetty 11.1.2011.

- Barron, Caroline J, Klaber Moffett Jennifer A & Potter Margaret 2007: Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice* 23:1, 37–46.
- Benz, Mona 2003: The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring* 17, 215–222.
- Cott, Cheryl A. & Wiles, Rose & Devitt, Rachel 2007: Continuity, transition and participation: Preparing clients for life in the community post-stroke. *Disability and Rehabilitation* 29:20–21, 1566–1574.
- Giddens, Anthony 1984: *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Jyrkämä, Jyrki 2007: Toimijuus ja toimintatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa: Seppänen Marjaana, Karisto Antti, Kröger Teppo (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Järvikoski, Aila & Hokkanen & Liisa & Härkäpää, Kristiina (toim.) 2009: Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisen lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80.
- Karjalainen, Vappu 2004: Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa: Karjalainen Vappu & Vilkkumaa Ilpo (toim.) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Saarijärvi: Stakes.
- Kuntoutusasian neuvottelukunta 2004: *Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- von Koch, Lena & Widén Holmqvist, Lotta & Wohlin Wottrich, Anita & Tham, Kerstin & de Pedro-Cuesta J 2000: Rehabilitation at home after stroke: a descriptive study of an individualized intervention. *Clinical Rehabilitation* 14, 574–583.
- Melander Wikman, Anita & Fältholm, Ylva 2006: Patient empowerment in rehabilitation: “Somebody told me to get rehabilitated”. *Advances in Physiotherapy* 8, 23–32.
- Olofsson A. & Andersson, S-O & Carlberg, B 2005: “If only I manage to get home I’ll get better” – Interviews with stroke patients after emergency stay in hospital on their experiences and needs. *Clinical Rehabilitation* 19, 433–440.
- Parry, Ruth H 2004: Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clinical Rehabilitation* 18, 668–682.
- Peurala, Sinikka H & Pyöriä, Outi 2010: Neurologinen fysioterapia – muutakin kuin Bobath-terapiaa. *Fysioterapia* 57:3, 42–44.
- Pollari, Kirsi 2008: Perheet palveluvidakossa – vammaisten lasten vanhempien toimijuus arjessa. *Fysioterapia* 55:6, 39–44.
- Pyöriä, Outi 2007: *Reliable Clinical Assessment of Stroke Patients’ Postural Control and Development of Physiotherapy in Stroke Rehabilitation*. Studies in Sport, Physical Education and Health 125. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Pyöriä, Outi & Talvitie, Ulla & Reunanen, Merja & Nyrkkö, Hannu 2009: Aktivoiva fysioterapia aivohalvauksipotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa. *Fysioterapia* 56: 3, 4–7.
- Reunanen, Merja 2003: Fysioterapeutit työnsä kehittäjinä: Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian muutos käynnistyi? *Terveystieteiden lisensiaatin tutkimus*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Reunanen, Merja & Talvitie, Ulla 2003: Muuttuneet käsitykset aivohalvauksipotilaiden aktiivisuudesta käynnistivät kehittämistyön. *Fysioterapia* 50: 2, 4–6.
- Shumway-Cook, Anne & Woollacott, Marjorie H 2001: *Motor Control – Theory and practical applications*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sjögren, Tuulikki & Paltamaa, Jaana & Peurala, Sinikka & Heinonen, Ari 2008: Fysioterapian vaikuttavuus AVH-potilaiden kuntoutuksessa: järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten analyysi ja kuntoutuksen nykykäytäntöjen selvitys. Teoksessa: *Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus*

- tus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Konsensuskokous 2008. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Akatemia.
- Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Akatemia 2008: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Konsensuslausuma. 2008.
- Talvitie, Ulla 2008: Oppimalla osaavaksi kuntoutuksessa. Teoksessa: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Konsensuskokous 2008. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Akatemia.
- Talvitie, Ulla & Pyöriä, Outi 2006: Discourse Analytic Study of Counseling Sessions in Stroke Physiotherapy. *Health Communication* 20: 2, 187–196.
- Talvitie, Ulla & Reunanen, Merja 2002: Interaction between physiotherapists and patients in stroke treatment. *Physiotherapy* 88: 2, 77–88.
- Talvitie, Ulla & Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 2006: Fysioterapia. Helsinki: Edita. 2. painos.
- Talvitie, Ulla & Pyöriä, Outi & Reunanen, Merja & Nyrkkö, Hannu 2001: Aktivoiva fysioterapia aivohalvauksipotilaiden kuntoutuksessa. Fysioterapiapalvelujen alueellinen kehittämisprojekti. *Suomen Lääkärilehti* 56:18, 2031–2035.
- Thornquist, Eline 2001: Diagnostics in Physiotherapy – Processes, Patterns and Perspectives. Part II. *Advances in Physiotherapy* 3, 151–162.
- Tyson, Sarah & Selley, Andrea 2007: The effect of perceived to the Bobath concept on physiotherapists' choice of intervention used to treat postural control after stroke. *Disability and Rehabilitation* 29, 395–401.
- Wallin, Marjo & Talvitie, Ulla & Cattan, Mima & Karppi, Sirkka-Liisa 2008: Vanhuksen toimijuus ja kuntoutuksen vuorovaikutustilanteet. *Gerontologia* 3, 156–162.
- Wohlin Wottrich, Annica & Stenström, Christina H & Engardt, Margareta & Tham, Kerstin & von Koch, Lena 2004: Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. *Disability and Rehabilitation* 26:20, 1198–1205.
- Wohlin Wottrich, Annica & von Koch, Lena & Tham, Kerstin 2007: The Meaning of Rehabilitation in the Home Environment After Acute Stroke From the Perspective of a Multiprofessional Team. *Physical Therapy* 87:6, 778–788.

Vaikea kipu moniammatillisen kuntoutuksen ongelmana

Heikki Hurri

Mitä on kipu ja kivun säätely?

Kipu määritellään yleensä epämiellyttäväksi kokemukseksi, joka liittyy kudოსvaurioon tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein. Kivun määrittelyn vaikeudesta huolimatta meillä jokaisella on subjektiivinen käsitys siitä, mitä kipu on. Kipu luokitellaan krooniseksi, jos sen kesto ylittää vaurion paranemiseen tarvittavan normaalin ajan. Usein kivun luokittelussa käytetään joko kolmen tai kuuden kuukauden aikarajaa erottamaan toisistaan akuutti ja krooninen kipu.

Pitkäkestoinen, krooninen kipu on yleinen vaiva. Terveyskeskuskäynneistä Suomessa noin 40 % tehdään erilaisten kipujen vuoksi, ja noin viidesosalla kipuongelmaan apua hakevista kipu on kestänyt vähintään puoli vuotta. Sairauspäivärahauskautista noin kolmannes aiheutuu tuki- ja liikuntaelinkivun takia, ja usein niiden synnä on selkäkipu. On myös huomattava, että syöpäsairauksien esiintyvyys on lisääntynyt. Syöpää pystytään hoitamaan aiempaa paremmin, kun arvioinnin lähtökohtana käytetään elinikäennustetta. Syöpäkipujen hoito on puolestaan kasvava haaste, johon hoito- ja kuntoutusjärjestelmät eivät ole pystyneet kunnolla vastaamaan. Kivun hallinnan kehittäminen on tärkeä kysymys sekä tuki- ja liikuntaelinten kiputilojen että syöpäkipujen kohdalla. Kivun hallinta on merkittävässä osassa myös monissa muissa kiputiloissa, muun muassa palovammapotilaiden kuntoutuksessa.

Jotta voidaan ymmärtää kuntoutuksen vaikutusmekanismeja, on syytä tarkastella kipuaistimuksen syntyä ja sen säätelyä. Kivun syntymekanismien perusteella kipu luokitellaan nosiseptiiviseksi eli kudოსvauriokivuksi, neuropaattiseksi eli hermovauriokivuksi tai idiopaattiseksi, jolloin kivun mekanismi on tuntematon. Esimerkkejä nosiseptiivisestä kivusta ovat mm. nivelrikko, niveltulehdus ja kudosten hapenpuutteen eli iskemian aiheuttama kipu sepelvaltimosairauden yhteydessä. Nosiseptiivisessä kivussa itse kipurata säilyy vaurioitumattomana, kun taas neuropaattisessa kivussa kipu syntyy kipuradan vaurioitumisen seurauksena.

Selkäytimen takasarvi on kipuradan eri osista keskeisessä osassa kivun säätelyssä. Säätelyä selitetään ns. porttikontrolliteorian avulla. Porttikontrolliteorian mukaan ei-nosiseptiivinen ärsyke ”kilpailee” takasarvessa nosiseptiivisen ärsykkeiden kanssa siten, että kipuaistimusta ei synny. Porttikontrolliteorian katsotaan selittävän myös joidenkin kuntoutuksessakin käytettyjen menetelmien, esimerkiksi erilaisten fysikaalisten hoitojen, hieronnan, akupunktion ja sähköärsytyshoitojen, vaikutusmekanismeja. Keskeisessä osassa kivun säätelyssä ovat myös hypothalamus ja aivorunko, jotka vapauttavat stressitilanteessa endorfiinia, joka puolestaan vaikuttaa kipua lievittävästi opiaattien tapaan. Kuvattu ilmiö selittää sen, miksi akuutissa vammassa,

esim. onnettomuustilanteessa, potilas ei joskus tunne alkuvaiheessa kipua ollenkaan. (Haanpää & Salminen 2009.)

Miten kipukuntoutusta toteutetaan Suomessa?

Suomessa kipukuntoutuksen kehittäminen aloitettiin Kuntoutus ORTONissa yhdessä Kelan kanssa vuonna 1994. Aikaisemmin kipupotilaiden ryhmämuotoista kuntoutusta on toteutettu muun muassa Ruotsissa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa. Suomessa toiminta on laajentunut ja vakiintunut osaksi Kelan kuntoutustoimintaa. Myös kunnalliset kipupoliklinikat ovat käynnistäneet ryhmämuotoisia kuntouttavia toimintoja, jotka toteutetaan polikliinisesti ja joiden toimintatapa on moniammatillista ja prosessinomaista. Ne nojautuvat usein vertaistukeen ja ovat luonteeltaan psykoedukatiivisia.

Kipukuntoutus on tarkoitettu henkilöille, joilla on hankalia kroonisia kipuja ja kivusta aiheutuvia toimintakyvyn rajoitteita. Kipujen syynä ovat yleisimmin ääreishermo- tai hermojuurivauriot, selkä- ja kaularankaleikkausten jälkitilat tai onnettomuuksissa saatuihin vammoihin liittyvät kivut. Kipukuntoutuksen lähtökohtana on siis ensi sijassa tuki- ja liikuntaelimistön kiputila, jonka syynmukainen hoito on viety niin pitkälle kuin se on mahdollista. Syöpäkipupotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa käytetään erilaisten ryhmämuotoisten toimintojen ohella myös yksilöllisesti toteutettuja moniammatillisia menetelmiä (fysio- ja lymfaterapia, kipulääkärin arvio, ravitsemusterapeutin konsultaatio, psykologin ja sosiaalityöntekijän tuki, apuvälineasiantuntijan selvittelyt ja erilaiset apuvälinealan ratkaisut kuten puristevaatteet ja ortoosit). Myös nämä ovat selvästi kuntoutukseen sisältyviä menetelmiä. Tässä kirjoituksessa keskitytään kuitenkin ensisijaisesti tuki- ja liikuntaelinten kivusta kärsivien henkilöiden kuntoutukseen, josta on eniten tutkimustietoa ja jolla on myös perinteitä maassamme.

Kipukuntoutuksen tavoitteena on kroonisesta kivusta kärsivälle henkilölle sopivien selviytymiskeinojen löytyminen, elämänhallinnan lisääntyminen, elämäntilanteen jäsentyminen, kivusta aiheutuvan haitan lieventyminen sekä motivoituminen omaehtoiseen harjoitteluun ja yleensä aktiivisten hallintakeinojen käyttämiseen. Viime kädessä pyritään kuntoutujan toimintakyvyn ja elämänlaadun parantumiseen.

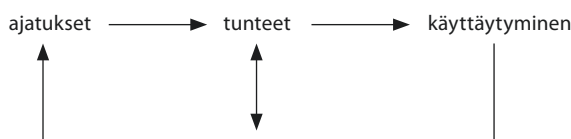
Kipukuntoutuksen kohderyhmän tarkka määrittely on jossain määrin ongelmallinen, koska kipukuntoutus ei erottaudu kovin selkeästi joistakin sitä lähellä olevista kuntoutusmuodoista (esim. Kelan järjestämät selkä- ja niskakuntoutusjaksot) sen enempää kohderyhmän kuin keinovalikoiman osalta. Kipukuntoutuksen periaatteellinen ero muihin tuki- ja liikuntaelinten sairauksia potevien kuntoutusmuotoihin on, että kipukuntoutuksessa ei varsinaisesti pyritä lievittämään kipua, vaan pyritään kohentamaan toimintakykyä ja elämänlaatua kehittämällä kivun hallintakeinoja. Subjekttiivisen kivun helpottuminen on luonnollisesti lisähyöty, johon ei kuitenkaan oleteta kaikissa tapauksissa päästävän. Kipukuntoutukseen osallistuvilla

on siis yleensä vaikeampi ja invalidisoivampi kipuoire kuin muihin kuntoutusmuotoihin osallistuvilla.

Moniammatillisen tiimin ohjaama kipukuntoutus on ryhmämuotoista toimintaa, joka sisältää fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja toiminnallisia harjoitteita, yksilöllisiä kivunhallintakokeiluja ja omaehtoiseen harjoitteluun motivoimista. Tiedon lisääminen kivusta, sen fysiologiasta ja vaikutuksista elimistöömme ja mahdollisuus käsitellä kipuun liittyviä kokemuksia vertaisryhmässä ovat myös keskeisiä kipukuntoutuksen menetelmiä. Useimmiten kipukuntoutus toteutetaan kahdessa tai kolmessa osassa joko polikliinisesti tai internaattikuntoutuksena: esimerkiksi niin, että yhden viikon jaksoa seuraa 1–2 kuukauden kuluttua kahden viikon jakso. Prosessinomaisuutta tehostaa vielä jälkimmäisen jakson jakaminen kahteen osaan siten, että viimeisin jakso toteutuu noin puoli vuotta kuntoutuksen alkamisen jälkeen.

Mitkä ovat kipukuntoutuksen keskeiset vaikutusmekanismit?

Kipukuntoutuksen keskeisen sisällön muodostavat erilaisten fyysisten harjoitteiden, toimintaterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden antaman ohjauksen ja joidenkin kipulääkehoitokokeilujen lisäksi erilaiset psykologiset interventiot. Näistä eniten on ainakin Suomessa käytetty niin sanottua kognitiivis-behavioraalista työskentelyä, jolla pyritään vaikuttamaan kipupotilaan ajatuksiin, tunnekokemuksiin ja käyttäytymiseen. Kipupotilas voi oppia käyttämään erilaisia keinoja hallita kipua, stressiä ja erilaisia affektiivisia, voimavaroja kuluttavia reaktioita. Kivun hallinnan kannalta keskeisiä hallintakeinoja ovat esimerkiksi rentoutustaidot ja sosiaaliset taidot, mutta myös oppiminen ymmärtämään ja tulkitsemaan omia reaktioitaan ja toimintatapojaan, niiden syitä ja seurauksia aikaisempaa paremmin. Kognitiivis-behavioraalisen viitekehyksen perusmalli on esitetty kuvassa 1.



KUVA 1. Kognitiivis-behavioraalisen viitekehyksen perusmalli (Orenius 2009)

Pitkään kestänyt kipu kuormittaa ihmistä psyykkisesti monella tavalla, ja toisaalta potilaan omat reagointimallit ja ennen kipuoireyhtymää vallinnut psyykkinen tila vaikuttavat kipukokemukseen. Pelkistään voidaan sanoa, että kipu aiheuttaa stressiä, mutta myös pitkään kestänyt stressi voi aiheuttaa kipua tai ainakin lisätä kipukokemusta. Mielialatekijöistä ahdistus ja masennus ovat keskeisiä tekijöitä tutkittaessa ja kuntoutettaessa kipupotilasta. Masennuksen ja kivun välistä yhteyttä on myös tutkittu runsaasti. Syy-seuraussuhteen tarkkaa selvitystä tärkeämpää on se, että masennus tulee huomatuksi ja sitä myös hoidetaan. Se on tärkeä osa kipupotilaan

kuntoutumista. Masennus ei ole vasta-aihe moniammatilliselle kipukuntoutukselle. Hoitamaton ahdistus sen sijaan saattaa lukita potilaan siten, että hänen mahdollisuutensa hyötyä kipukuntoutuksesta ovat heikentyneet (Orenius & Pohjolainen & Hurri ym. 2008).

Kipukokemukseen ja kipukäyttäytymiseen vaikuttavat mielialaan ja tunteisiin liittyvien seikkojen lisäksi kognitiiviset seikat, toisin sanoen ajatukset, uskomukset ja odotukset. Yksi avainkäsite kuntoutuksen kannalta on kivun ja kuormituksen pelko, jota on viime aikoina tutkittu paljon kipukuntoutuksen yhteydessä (esim. Crombez & Vlayen & Heuts ym. 1999, Vlaeyen & Kole-Snijders & Rooteveel ym. 2005). Kuormitukseen liittyvän pelon vähentyminen on kipukuntoutuksen yksi keskeinen tulos ja samalla muita tuloksia välittävä mekanismi.

Kipukuntoutuksessa on tärkeää kiinnittää huomiota potilaan hallintakeinoihin, jotka voivat olla luonteeltaan aktiivisia tai passiivisia. Kuntoutumisen kannalta keskeistä on oppia ymmärtämään tilannettaan muuttamalla näkökulmia asioihin sekä määrittämällä uudelleen eri tekijöiden merkityksiä (Orenius 2009). Aktiivisia hallintamenetelmiä ovat mm. liikunnan ja fyysisten harjoitusten käyttö, positiivisten rentoutusmenetelmien käyttö (erotuksena esimerkiksi päihteiden käytöstä), ergonomisten seikkojen optimointi sekä opitun tiedon aktiivinen soveltaminen omaan tilanteeseen tavoitteena parantaa esim. unen laatua. Passiivisia hallintakeinoja edustavat muun muassa kaiken kuormituksen välttäminen samoin kuin runsas ja kontrolloimaton lääkkeiden käyttö. Kipukuntoutuksen tavoitteena on lisätä kuntoutujan aktiivisten hallintakeinojen käyttöä.

Millaisia tuloksia on saavutettu ja mitkä seikat vaikuttavat tuloksellisuuteen?

Moniammatillisella kuntoutuksella voidaan vaikuttaa pitkittyvään tai krooniseen tuki- ja liikuntaelinten kiputilaan. Tutkimuksia on tehty erityisesti alaselkäkipua potevien potilaiden kuntoutuksesta, mutta vähän nimenomaan kipukuntoutuksesta. Kuten edellä todettiin, ero näiden kuntoutusmuotojen välillä on kuitenkin vaikeasti tehtävissä.

Moniammatillinen kuntoutus, johon sisältyy myös työpaikkakäynti tai muita työterveyshuollon interventioita, auttaa tutkimusten mukaan potilasta palaamaan nopeasti työhön, vähentää sairauslomaa ja lievittää subjektiivista haittaa (Karjalainen & Malmivaara & van Tulder ym. 2003). Kroonisessa alaselkäkipussa (Guzman & Esmail & Karjalainen ym. 2002) on vahvaa näyttöä siitä, että biopsykososiaalinen kuntoutus, johon liittyy toiminnallinen harjoittelu, parantaa toimintakykyä verrattuna polikliiniseen tai sairaalassa toteutettuun hoitoon, joka ei sisällä moniammatillista toimintaa. Pitkittyneessä alaselkäkipussa liike- ja liikuntahoidolla, jossa harjoittelun määrää lisätään asteittain, voidaan ilmeisesti vähentää selkäkipusta aiheutuvaa työstä poissaoloa (Hayden & van Tulder & Malmivaara & Koes 2005). Kroonisessa

alaselkäkivussa liikehoidolla on kipua lievittävää ja toimintakykyä parantavaa vaikutusta (Hayden ym. 2005).

Kognitiivis-behavioraalista interventtiosta on vahva näyttö ja progressiivisesta rentoutushoidosta kohtalainen näyttö kipupotilaiden hoidossa (Ostelo & van Tulder & Vlayen ym. 2005). Psykologisia hoitoja koskevan meta-analyysin (Hoffman & Papas & Chatkoff & Kerns 2007) mukaan kipupotilaiden moniammatillinen kuntoutus, joka sisältää kognitiivis-behavioraalisia ja itsesäätelyhoitoja, vaikuttaa positiivisemmin kipuun ja potilaiden työhön paluuseen kuin pelkkä aktiiviseen harjoitukseen perustuva hoito ja kuntoutus.

Fibromyalgiapotilaat ovat tärkeä kipupotilasryhmä, joiden kohdalla kipukuntoutusta on toteutettu. Tuoreen meta-analyysin mukaan (Glombiewski & Sawyer & Guterma ym. 2010) psykologiset interventiot ja etenkin kognitiivis-behavioristiseen viitekehykseen nojautuvat lähestymistavat olivat yhtä tehokkaita kuin esimerkiksi lääkehoidot oireyhtymän hoidossa ja kuntoutuksessa. Psykologisten interventioiden vaikutukset ilmenivät myös oireyhtymään liittyvien unihäiriöiden ja masennuksen lievittymisenä, koetun toimintakyvyn lisääntymisenä ja ns. katastrofointitaijumuksen vähenemisenä.

Kuntoutus ORTONissa toteutetun kipukuntoutuksen (Aho & Koho 2002) yhteydessä todettiin ongelmaksi se, että kuntoutukseen ohjautettiin usein kovin myöhäisessä vaiheessa, jolloin kipuoireet olivat vaikeasti kroonistuneet, toimintakyky merkittävästi heikentynyt ja kuntoutujat olivat olleet jo pitkään sairauslomalla tai siirtyneet eläkkeelle. Somaattisten oireiden lisäksi heillä esiintyi masennusta ja ahdistusta, normaalia enemmän liikkumiseen liittyviä pelkoja ja sosiaalisia ongelmia. Tällaisessa tilanteessa kahden kuukauden ajalle jaksotettu kuntoutusprosessi koettiin liian lyhyeksi, koska sosiaalisen ja psyykkisen tilanteen sekä ammatillisten suunnitelmien työstäminen usein vei paljon aikaa. Jotta liikunnalla saataisiin merkittäviä fysiologisia muutoksia ja kuntoutujat motivoituisivat pysyvämpiin liikuntatottumuksiin, tarvitaan selvästi pidemmälle aikavälille ulottuvaa kuntoutusta. Myös kipuun liittyvien asenteiden ja uskomusten korjaaminen onnistunee paremmin kuntoutusprosessin jatkuessa riittävän pitkään.

Edelliseen nojautuen toteutettiin uusi tutkimus- ja kehittämishanke (Pohjolainen & Orenius & Hurri & Haanpää 2010), jossa pyrittiin saattamaan kipupotilas kattavien lääketieteellisten selvitysten jälkeen mahdollisimman nopeasti kuntoutukseen. Hanke toteutettiin yhteistyössä Helsingin yliopistollisen sairaalan kipupoliklinikan, Kelan ja Kuntoutus ORTONin kesken. Tutkimuksen keskeisiä havaintoja olivat seuraavat:

- kipuoireilun pituus, kuntoutukseen pääsyn nopeus sekä alkutilanteen suhteellinen henkinen ja fyysinen toimintakyky ennustavat kuntoutustuloksia;
- moniammatillinen kipukuntoutus tuottaa sekä fyysisillä että psyykkisillä mittareilla mitattuna myönteisiä muutoksia; kuntoutusketju lähettävästä lääkäristä kuntoutuksen alkamiseen pitää saada mahdollisimman lyhyeksi ja saumattomammaksi;

- kipuun liittyvien käsitysten realisoituminen ja vertaistuki ovat kuntoutuksen keskeisiä vaikutusmekanismeja,
- alkuvaiheen lievä masennus ennustaa myönteistä elämänlaadun muutosta ja ahdistuneisuus huonaa kuntoutustulosta elämänlaadun muutoksen suhteen; kipupotilaiden ahdistus pitää tunnistaa, ja sitä tulee hoitaa mahdollisimman tehokkaasti.

Viimemainittu havainto oli Pohjolan ym. (2010) tutkimuksen kenties mielenkiintoisin tulos: alkutilanteen masennus ennusti selkeästi elämänlaadun myönteistä muutosta ja ahdistuksen aste puolestaan elämänlaadun heikentymistä. Havainto poikkeaa hiukan aiemmin esittämästäni kivun ja masennuksen välisestä yhteydestä. On tietenkin epävarmaa, kuinka yleistettävä havainto on, mutta sellaisenaan paitsi mielenkiintoinen myös rohkaiseva. Tutkimusryhmä arvioi, että kipua ja masennusta potevien henkilöiden elämänlaadun myönteiset muutokset johtuvat todennäköisimmin kipukuntoutukseen kuuluvasta moniammatillisesta, aktivoivasta ja kuntoutujia osallistavasta työotteesta, muiden kipua potevien tarjoamasta vertaistuesta ja aktiivisesta osallistumisesta.

Koska masentuneiden kuntoutujien elämänlaatu koheni merkittävästi, lievää tai keskivaikeaa masennusta ei ole syytä käyttää kipukuntoutuksen poissulkukriteerinä. Masennus liittyykin pitkittyneeseen kipuun varsin usein (Kuusinen 2004a ja b), ja siihen puuttuminen ja sen hoitaminen on tärkeää. Moniammatillinen kipukuntoutus voidaan siten nähdä moniulotteisena interventiotieteenä, joka vaikuttaa myös kipupotilaiden masennukseen.

Kipukuntoutujien voimakas ahdistus sen sijaan ennusti huonaa kuntoutustulosta. Ahdistuneiden kipupotilaiden seulonta ja kipuun liittyvän ahdistuksen tehostettu hoito vaikuttaa hankkeen perusteella tarpeelliselta. Todennäköisesti ahdistus ilmentää kipuoireistoon liittyvän henkisen sopeutumisprosessin alkuvaihetta, masennus jo pidemmälle edennyttä luopumiskokemusten työstämistä. Tämä voi selittää ahdistuneiden kuntoutujien jonkinasteista kuntoutusresistenssiä ja masentuneiden kuntoutujien saamaa suurempaa hyötyä kuntoutusprosessista.

Mitä seikkoja kokenut ammattilainen pitää tärkeänä kipukuntoutuksen vaikutusten kannalta?

Kuntoutus ORTONin kipuklinikalla pitkään työskennellyttä lääkäriä – joka oli koulutukseltaan psykiatri ja työnohjaaja – haastateltiin sen selvittämiseksi, millaisia tekijöitä hän pitää kipupotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa olennaisina toiminnan tuloksellisuuden ja laadun kannalta. Vaikka ”tutkimusotos” on kovin pieni, niin moniin hänen havaintoihinsa on helppo intuitiivisesti yhtyä. Seuraavassa on yhteenvetoa haastattelussa esiin nousseista asioista:

”Keskeistä on kuntoutujan tilanteen kokonaisuuden näkeminen, hoitosuhteen jatkuvuus sekä luottamus, jotka yhdessä muodostavat hoidon ja kuntoutuksen perus-

tan. Luottamuksellisen suhteen perusedellytys on puolestaan se, että hoitaja ja kuntouttaja on kiinnostunut asiakkaastaan”.

”Kuntouttajan ja terapeutin erityinen haaste on ensinnäkin kipupotilaan ennuste, toisin sanoen se, kuinka oppia toimimaan tilanteessa, jossa ennuste on epäselvä. Toinen tärkeä havainto on se, että kipu ja kärsimys on hyvä kyetä erottamaan toisistaan. On mahdollista edetä kummallakin alueella erikseen kuntoutujan eduksi. Monet pitävät näitä kahta asiaa identtisinä, mutta on lukuisia esimerkkejä, jotka osoittavat tämän jaon hyödyllisyyden.”

Myös kuntouttajan jaksamisesta huolehtimisen tärkeys nousi esiin haastattelussa. Kivunhoitoa ja kuntoutusta tekevät ihmiset, jotka voivat itsekin uupua. Tämän seikan hallitseminen on hyvin keskeistä varsinkin näin haastavan kuntoutujaryhmän olleessa kyseessä. Haastateltava kiteytti ongelman ratkaisun seuraavasti:

”Avainasemassa on työn määrä, etenkin ajatustyön määrä: terapeutti ja kuntouttaja pystyy käsittelemään vain rajallisen määrän uusia pohdittavaksi tulevia asioita. Työnohjaus on merkityksellistä uupumisen torjunnassa, mutta hyväkään työnohjaus ei voi kompensoida liian suurta työn määrää. Oleellista on myös, että työnohjauksen on oltava ammattitaitoista ja myös selkeän tavoitteellista, jos sellaiseen ryhdytään.”

Haastattelussa nousi esiin myös se, että kipukuntoutuksen ja hoitopalvelun sisällyttäessä on runsaasti laatueroja, jotka johtuvat muun muassa työtekijöiden erilaisista kompetensseista:

”Osaamisen henkilöityminen on realiteetti monella alalla eikä vähiten kivunhoidon ja kipukuntoutuksen alueella. Jotta tuntee ja tunnistaa pitkäaikaisen kivun ja kykenee auttamaan siitä kärsiviä, on välttämätöntä, että on nähnyt paljon erilaisia kipupotilaita. Lisäksi vaaditaan riittävästi alan koulutusta.” Kenties tärkein laadullinen seikka liittyi haastateltavan mukaan kuitenkin ajankäyttöön: hyvä kipukuntoutus edellyttää, että kuntouttajalla on riittävästi aikaa potilaan ja kuntoutujan kuuntelemiselle ja tulkintojen tekemiselle.

Lääkkeet ovat oleellinen osa kipupotilaan hoitoa ja kuntoutusta: joskus pienikin lääkityksen muutos vaikuttaa merkittävästi potilaan vointiin. Lääkkeen vähentäminen voi lisätä kipua, mutta toisaalta esimerkiksi yleinen väsymys usein helpottuu annosta muuttamalla tai vaihtamalla lääkitys johonkin vähemmän väsyttävään valmisteeseen.

Kuntoutuksen kannalta avainasemassa on moniammatillinen kuntoutusote. Haastateltava toteaa omana näkemyksenään asiasta seuraavasti:

”Moniammatillisessakin kuntoutuksessa yhden on oltava avainasemassa! Ryhmätyösäkin jonkun täytyy kiteyttää perusajatus. Perusteellinen ja syvälinen oivallus ja luovin ajatus tulee kerrallaan vain yhden henkilön ajatuksiin, ja parhaiten se tapahtuu potilaan kanssa tai rauhassa yksin ollen (tai potilaan kanssa ja hiljaisuudessa).”

Tämän näkemyksen mukaan ryhmätyökin tiivistyy siis siihen, että joku lopulta kiteyttää toiminnan perusajatuksen ja ”punaisen langan”, jonka avulla kokonaisuus pystytään hahmottamaan. Tämä avainhenkilö voi vaihdella eri kipukuntoutujien kohdalla sekä ammatiltaan että kompetensseiltaan. Tämä tekee kipukuntoutuksen tiimityön erityisen haastavaksi, mutta samalla mielenkiintoiseksi. Tämä selittänee myös sen, että kipukuntoutus on arvostettu ja haluttu palveluala kuntoutuksen maailmassa ja se on tulossa yhä suosittumaksi tutkimuksen kohteena.

Lähteet

- Aho, S. & Koho, P. 2001: Kipukuntoutus – moniammatillista yhteistyötä. *Fysioterapia* 48:7, 20–22.
- Crombez, G. & Vlaeyen, J.W. & Heuts, P.H. et al. 1999: Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain* 80, 329–339.
- Glombiewski J.A. & Sawyer A.T. & Gutermann J. & Koenig K. & Rief W. & Hofmann, S.G. 2010: Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain* 151:2, 280–295.
- Guzman, J. & Esmail, R. & Karjalainen, K. & Malmivaara, A. & Irvin, E. & Bombardier, C. 2002: Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD000963.
- Haanpää, M. & Salminen J.J. 2009: Kipu. Kirjassa: Arokoski J. & Alaranta H. & Pohjolainen T. & Salminen J. & Viikari-Juntura, E. (toim.): *Fysiatría*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 54–73.
- Hayden, J.A. & van Tulder, M.W. & Malmivaara, A.V. & Koes, B.W. 2005: Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med* 142, 765–75.
- Hoffman, B.M. & Papas, R.K. & Chatkoff, D.K. & Kerns, R.D. 2007: Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 26:1, 1–9.
- Karjalainen, K. & Malmivaara, A. & van Tulder, M. ym. 2003: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD002193. DOI: 10.1002/14651858.CD002193.
- Ostelo, R.W. & van Tulder, M.W. & Vlaeyen, J.W. & Linton, S.J. & Morley, S.J. & Assendelft, W.J. 2005: Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 1.
- Orenius, T. 2009: Kliininen psykologia. Kirjassa Arokoski J., Alaranta H, Pohjolainen T., Salminen J., Viikari-Juntura E. (toim.): *Fysiatría*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 428–434.
- Orenius, T. & Pohjolainen, T. & Hurri, H. & Riipinen, M. & Koho, P. & von Nandelstadh, B. & Niemistö, L. & Haanpää, M. & Rissanen, P. & Kallio, M. 2008: Kuntoutus ORTONin kipukuntoutuksen kehittämishanke – kahden kuntoutusmallin tuloksellisuuden arviointi. *Invalidisäätiö Kuntoutus ORTON*. Helsinki.
- Pohjolainen, T. & Orenius, T. & Hurri, H. & Haanpää, M. 2010: Kipukuntoutuksen varhentamisen parantaa tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 65:17, 1535–1544.
- Kuusinen, P. 2004a: Chronic pain and depression: Psychosocial determinants regulating the relationship. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Education, Psychology and Social Research*.
- Kuusinen, P. 2004b: Pitkäaikainen kipu tuki- ja liikuntaelinsairauksissa: potilaiden ryhmittely kipuongelman psykososiaalisten tekijöiden avulla. *Psykologia* 4, 291–301.
- Vlaeyen, J.W. & Kole-Snijders, A.M. & Rooteveel, A. ym. 1995: The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *J Occup Rehabil*. 5, 235–252.

Kuntoutukseen osallistuneiden lasten vanhempien kokemuksia arjen sujumisesta ja kuntoutusosallisuudesta

Jaana Paananen

Johdanto

Lapsen sairastumista tai vammaisuutta kuvataan usein kriisinä tai stressitilanteena, joka vaatii erityisiä voimavaroja koko perheeltä. Sopeutumisprosessissa vanhemmat joutuvat muuttamaan mielikuvajärjestelmäänsä, jotta uudet ja ennalta arvaamattomat tapahtumat sopivat mielikuviin. Sopeutumisprosessin ymmärtäminen perustuu oletukseen, jonka mukaan kaikki ihmiset jäsentävät maailmaa luomalla mielikuvajärjestelmiä, joiden avulla voi ennakoida tulevia tapahtumia ja niihin sopivia käyttäytymismalleja. Sairastuminen tai vammautuminen on usein kriisi, joka romuttaa yksilön mielikuvajärjestelmän tai ainakin kyseenalaistaa sen paikkansapitävyyden. Mielikuvien muuttaminen voi tapahtua vähitellen tai hyvinkin nopeasti. Vamma aiheuttavan sairauden jokainen vaihe aiheuttaa epävarmuutta ja vanhempien on muutettava mielikuvamaailmaansa joka vaiheessa. (Esim. Davis 2006, 18–24; Rentinck & Ketelaar & Jongmans & Gorter 2006.) Vanhempien sopeutuminen vaikuttaa olennaisesti koko perheen sopeutumiseen (Davis 2006, 21–39). Olennaista sopeutumisessa on perheen voimavarat ja tulkinnat kokonaistilanteesta. Sopeutuminen riippuu siitä, miten perhe onnistuu hallitsemaan stressaavaa tilannetta ja siihen liittyviä tunteita. Tarkastelussa on huomioitava yksittäinen perheenjäsen, perhejärjestelmä ja ympäröivä ympäristö. (Itälä & Leinonen & Saloviita 1994, 47.)

Useimmiten perheen sopeutumiseen liittyy myös arkirutiinien ja toimintatapojen muutoksia. Vammaisen lapsen asettamat uudet vaatimukset muokkaavat perheen arkea, ja myös perheen arvot voivat muuttua. Ekokulttuurisen teorian mukaan vanhemmat eivät vain mukaudu passiivisesti ympäristön vaatimuksiin ja paineisiin uudessa tilanteessa, vaan vanhemmilla on paljon voimavaroja uuden tilanteen hallintaan ja vaadittavien muutosten ideointiin sekä toteuttamiseen. (Gallimore & Weisner & Bernheimer & Guthrie & Nihira 1993.) Aiheeseen liittyvässä kirjallisuudessa käytetään sopeutumisen ja mukautumisen (*accommodation*) käsitteitä.

Kuntoutuksen suunnittelussa on tärkeää auttaa vanhempia tunnistamaan lapsen arkeen liittyvät ongelmat ja arjen selviytymisen kannalta tärkeimmät harjoiteltavat asiat. Lapsella on oikeus elää mahdollisimman normaalia lapsuutta, joten kuntoutus tulee integroida mahdollisimman hyvin lapsen ja perheen arkeen. (Autti-Rämö 2008, Gallimore et al. 1993, Määttä 1999.) Ekokulttuurinen teoria korostaa arkipäivän ja sen sujuvuuden merkitystä. Perheet tekevät arjessaan erilaisia ratkaisuja, jotka ovat lapsen kehityksen kannalta jopa oleellisempia kuin arjesta erillään vaikuttavat yksittäiset ohjelmat tai terapiat (Määttä 1999, 54). Teoria osoittaa yhteyden perheen

arjen vakaan sujumisen, vanhempien mielenrauhan ja lapsen myönteisen kehityksen välillä. Kun lapsen kehityksessä on jotakin poikkeavaa, perhe joutuu usein muuttamaan päivittäisiä toimintatapojaan. Tällöin kodin ja perheen elämä akkommodoituu eli mukautuu lapsen asettamien uusien vaatimusten mukaisesti. Vanhemmat voivat olla mukautumisprosessissa myös proaktiivisia, eli he voivat itse vaikuttaa siihen, mitä yhteiskunnan taloudelliset ja sosiaaliset reunaehdot merkitsevät perheelle sekä mitä päivittäisiä rutiineja he haluavat muuttaa ja mihin suuntaan. (Gallimore et al. 1993; Määttä 1999.)

Kunkin perheen oma perhekulttuuri ohjaa päivittäisten rutiinien muutoksia. Perhekulttuuri tarkoittaa perheteemojen eli käsitysten ja uskomusten kokonaisuutta, joka viime kädessä säätelee, minkälaisiin muutoksiin perhe on arkielämässään valmis ja halukas tukeakseen lapsen kehitystä. Perhekulttuurin tunteminen auttaa ammattihmisiä ymmärtämään, miksi vanhemmat ajattelevat, tuntevat ja toimivat tietyllä tavalla. Vanhempien uskomukset lapsen ja perheen parhaasta ovat yhteistyön kannalta aina merkityksellisiä ja perheelle tosia, riippumatta siitä, voivatko ammattihmiset hyväksyä niitä. Kuntoutuksen ja yhteistyön tavoitteena on päivittäisten rutiinien muodostaminen ja ylläpitäminen perhekulttuurin määrittämällä tavalla siten, että ne vastaavat kunkin perheenjäsenen tarpeita ja mahdollisuuksia. (Gallimore et al. 1993; Määttä 1999.)

Arkirutiinien sujuminen perheen haluamalla tavalla takaa lapsen hyvinvoinnin ja vanhempien jaksamisen. Vammaisen lapsen kuntoutusta pohdittaessa tulee ottaa huomioon, mitä muu perhe tarvitsee, jotta lapselle asetetut kehityksen tavoitteet voitaisiin saavuttaa. Vanhemmat ovat äiteinä ja isinä lapsensa parhaimpia asiantuntijoita. He tietävät, mitä lapsi osaa kotona ja mitä lapsen tulisi vielä oppia selviytyäkseen arjen rutiineista. Usein riittää, että vanhemmat otetaan mukaan esimerkiksi kuntoutuksen suunnitteluun ja että heidän sanaansa uskotaan. Heiltä voi myös kysyä neuvoa lasta koskevista asioista. (Määttä 1999.)

Tämä artikkeli perustuu kuntoutustieteen pro gradu -tutkielmaani (Paananen 2009), jossa tarkastelin Kelan vaikeavammaisten lääkinälliseen kuntoutukseen osallistuneiden lasten vanhempien kokemuksia lapsen vammaisuudesta ja omasta roolistaan lapsen kuntoutuksessa. Tutkielman aineisto on koottu Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön toteuttaman Vaikeavammaiset Kelan kuntoutuksessa -tutkimuksen yhteydessä (Järvikoski & Hokkanen & Härkäpää 2009.) Kyseinen tutkimus on osa Kansaeläkelaitoksen vuosina 2007–2013 toteuttamaa Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämisprojektia (VAKE). Pyrin kuvaamaan vanhempien kokemuksia perheen arjesta ja vanhempien kuntoutusosallisuudesta. Tutkimuskysymykset olivat: 1) Miten lapsen vamma tai sairaus näkyy perheen arjessa ja 2) Minkälaiseksi vanhemmat kokevat oman roolinsa lapsensa lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa?

Aineisto ja menetelmä

Tutkielmani aineisto koostui alle 13-vuotiaiden lasten vanhempien haastatteluista, jotka toteutettiin kesällä 2007 pääosin Pohjois-Suomessa. Haastatteluita oli yhteensä 14 kappaletta, ja ne toteutettiin narratiivisen haastattelun ja teemahaastattelun yhdistelminä siten, että haastattelu alkoi narratiivisena mutta eteni sen jälkeen teemoittain (Puumalainen & Hokkanen & Härkäpää & Lehikoinen & Martin & Notko & Nikkanen & Järvikoski 2007). Sain käyttööni tutkijaryhmältä litteroidun haastatteluaineiston, josta oli poistettu tunnistetiedot. Haastatellut vanhemmat saivat ennen haastattelua haastatteluvarmennuksen, jossa kerrattiin muun muassa tutkimuksen tarkoitus, haastattelussa käsiteltävät aiheet ja se, että mikäli vanhemmat antavat luvan, haastattelu nauhoitetaan. Varmennuskirjeen lopussa oli myös maininta siitä, että haastatteluja käytetään vain tutkimustarkoitukseen ja että tutkimuksen tulokset julkaistaan sellaisessa muodossa, että yksittäisen vastaajan tiedot eivät ole tunnistettavissa. Haastattelun alussa haastateltava(t) ja haastattelijat täyttivät myös haastattelusopimuksen, jossa haastateltavat antoivat kirjallisen luvan haastattelulle, haastattelun nauhoittamiselle ja sille, että haastatteluista saatua aineistoa saa käyttää tutkimustarkoituksessa siten, että haastateltavan tunnistaminen niiden perusteella ei ole mahdollista.

Aineiston käsittelyä ja analyysiä ohjasi koko prosessin ajan valmiin aineiston käytön asettamat vaatimukset. Aloitin aineiston analysoimisen tutustumalla aineistoon. Luin ensimmäiseksi läpi neljätoista vanhemmille tehtyä haastattelua, jotta sain kokonaisaineistosta jonkinlaisen käsityksen. Seuraavassa vaiheessa luin jokaisen haastattelun yksitellen syvällisemmin läpi ja merkitsin aineistoon ne kohdat, jotka olivat oleellisia omien tutkimuskysymyksieni kannalta. Teemoittelin aineiston tutkielmani tutkimuskysymysten mukaan pääteemoihin. Koska aineisto on kerätty laajempaa tutkimuskokonaisuutta varten, aineistossa oli odotusten mukaan sellaista ainesta, joka ei liittynyt omiin tutkimuskysymyksiini. Tein kustakin haastattelusta tiivistetyn version, johon valitsin tutkimuskysymysten kannalta olennaiset asiat. Kun olin saanut tiivistettyä kokonaisaineistosta oman ydinaineistoni, aloin käsitellä jokaista haastattelua narratiivisella lähestymistavalla.

Polkinghorne (1995) jakaa narratiivisuuden aineiston käsittelytapana kahteen kategoriaan: narratiivien analyysiin (*analysis of narratives*) ja narratiiviseen analyysiin (*narrative analysis*). Tämän jaottelun tarkoituksena on selventää narratiivisen tutkimuksen piirissä ilmeneviä monia erilaisia metodologisia ja metodisia ratkaisuja. Valkonen (2007, 63) käyttää kategorioista nimityksiä kertomusten analyysi ja tarinallinen analyysi. Tarinallisessa analyysissä painopiste on uuden kertomuksen tuottamisessa aineiston kertomusten pohjalta. Se ei siis kohdistu huomiotaan aineiston luokitteluun vaan se muodostaa aineiston pohjalta uuden kertomuksen, joka pyrkii tuomaan esiin aineiston kannalta keskeisiä teemoja. Tarinallisessa analyysissä sovelletaan narratiivista tietämisen tapaa, jolloin kyseessä on pikemminkin synteetin tekeminen kuin luokittelu. (Polkinghorne 1995.) Tarinallisessa analyysissä tutkija muotoilee aineiston elementeistä juonellisen tarinan, joka kokoaa yhteen aineiston osia ja antaa niille merkityksen. Analyysin tekeminen on siis juonen etsimistä tai kehittä-

tämistä, ja analyysin tavoitteena on osoittaa aineiston sisältämien elementtien yhteydet ajalliseen kehitykseen. (Polkinghorne 1995, 15.) Kirjoitin jokaisen perheen tarinat kronologiseen järjestykseen. Arkeen liittyvistä tarinoista muodostui neljä ryhmää sen mukaan, miten vanhemmat kokevat lapsen vamman tai sairauden vaikutukset perheen arkeen. Tein tarinallisen analyysin periaatteiden mukaan jokaiselle ryhmälle uuden tarinan, eli tarinat kuvaavat kaikkia kuhunkin ryhmään kuuluvia perheitä. Päädyin tähän ratkaisuun, jotta perheitä ei voida tunnistaa. Etenin samalla tavalla myös vanhempien kuntoutusosallisuuteen liittyvän tutkimuskysymyksen kanssa.

Tulokset

Lapsen vammaisuus ja perheen arki

Haastateltujen perheiden arkeen liittyvät tarinat jakautuivat neljään päätyyppiin, jotka nimesin 1) sujuvaksi arjeksi, 2) normaalin arjen tavoitteluksi, 3) haasteelliseksi arjeksi ja 4) arjeksi taisteluna. Nimitysten mukaisesti ensimmäisen tarinan vanhemmat kokevat perhe-elämän ja arjen askareet sujuviksi lapsen vammaisuudesta huolimatta, toisessa tarinassa vanhemmat tavoittelevat vammattoman lapsen perheen identiteettiä ja kolmannessa tarinassa vanhemmat kertovat arjen haasteellisuudesta ja vaikeuksista sovittaa lapsen vammaisuuden edellyttämiä toimia perheen muihin tehtäviin. Neljännessä tarinassa vanhemmat eivät kerro niinkään erilaisista arkeen heijastuvista asioista, vaan omasta toiminnastaan vammaisen lapsen etuuksien puolustamisessa ja etuuksien saamisen edellyttämästä taistelusta.

Kaikissa tarinatyypeissä vanhemmat kertovat alkuvaiheeseen liittyvästä hankaluudesta ja stressistä. Alkuvaiheessa perheiden tilanteet eri sopeutumis- ja selviytymistyypeissä eivät siis eroa juurikaan toisistaan. Yleensä lapsen vamman tai sairauden selviäminen on ollut vanhemmille toisaalta järkytys ja toisaalta helpotus. Monissa perheissä diagnoosin saaminen ja sen tuloksena järjestynyt lääkitys, apuvälineet ja kuntoutus ovat ajan myötä helpottaneet vamman tai sairauden vaikutuksia. Tässä vaiheessa, eli alkuvaiheen hankaluuksien jälkeen, perheiden sopeutumis- ja selviytymistyyppit alkavat poiketa toisistaan.

”Ja sitteko sairaalahoidot oli kestäny semmonen ensimmäinen kolme kuukautta oli semmonen, ett meni ihan sumussa, mutta sit siitä sanotaan niinku neljän kuukauden kohalla niin alko olla sitte tuli jotain merkkejä, -- ja sitten niinku itellä heräs semmonen ajatus, että joo, niin, että pitäs ehkä ajatella tulevaisuuttaki, että ei tarvikkaan mennä silleen, niin että nyt tää kuolee tähän käsiin justiinsa --.” Sakarin äiti

”Se oli se ensimmäinen puoli vuotta semmosta surun ja itkun aikaa, tai vihan (painokkaasti) ja surun aikaa. -- olisi se henkisesti niin raskasta aikaa. Mulla oli kuitenkin terapia, että puhuin, mun pitää saada puhuin, varmaan koko kylän kanssa,

kaikki täällä tietää. Ja itkin, missä satuin oleen ja missä sattu itkettään. Sekin on tuonu sitä avoimuutta lissää.” Jaskan äiti

”Mutta tarvii sanoa niin, että mun mielestä mitä vanhemmaksi on menny niin paljon helpompi on ollu nyt sen kanssa olla. Että silloin ihan ekoja kertoja, kun löyd.. etittiin näitä lääkityksiä määriä ja muita niin silloin se oli aivan kamalaa ja tuntu, että ei ei tätä jaksu enää. Mutta nytten, kun tämä tilanne on rauhottunu ja löytyny sopiva lääkitys niin on aivan eri tilanne. Mutta alku oli hankala. Että monesti miettiny, miten sitä on jaksanu kans sitä sairaalassa ramppaamista ja muuta, että onneksi se on takana.” Josefín äiti

Suuri osa vanhemmista ei osaa nimetä, mistä he saivat voimia alkuaikojen vaikeuksista selviytymiseen. Jälkikäteen ajateltuna oma jaksaminen tuntuu heistä ihmeellisesti. Tilanteiden rauhoituttua vanhemmat ovat saaneet voimavaroja parisuhteesta ja yhteen hiileen puhaltamisesta: kummankaan vanhemman ei tarvitse kantaa yksin vastuuta arjen pyörittämisestä. Vanhemmille on myös tärkeää, että heillä on joskus mahdollisuus kahdenkeskiseen aikaan ilman lapsia. Kaikissa perheissä ei kuitenkaan ole kahta aikuista, joten voimavaroja antavat myös työ, harrastukset ja sosiaaliset kontaktit muihin aikuisiin.

Kolmessa ensimmäisessä tarinassa vanhempien kertomuksiin perheen arjesta kuuluu monia samankaltaisia asioita. Perheiden arkeen kuuluu lääkityksestä huolehtimista, useita terapia- ja sairaalakäyntejä jopa yhden viikon aikana, kuljettamista terapioihin ja sairaalaan, apuvälineiden käyttöä ja varautumista niiden rikkoutumisen varalta, lapsen avustamista arjen eri askareissa, jatkuvaa valvontaa ja läsnäoloa, aikatauluja, säännöllisyyden ja rutiinien ylläpitoa, erilaisia kursseja ja palavereita, suunnittelua ja asioiden järjestelyä, jotta lapsen sopeutuminen uusiin tilanteisiin olisi helpompaa. Se, mikä erottaa tarinat toisistaan, on vanhempien suhtautuminen arkeen ja siihen, miten lapsen vamman koetaan sitä hallitsevan.

Sujuvan arjen perheessä vanhemmat kokevat lapsen vamman tai sairauden edellyttämät toimet normaaliksi osaksi perheen arkea. Uuden tilanteen ja asioiden työstämisen sekä läpikäymisen jälkeen vanhemmat eivät välitä enää pienistä vastoinkäymisistä eivätkä siitä, mitä muut mahdollisesti ajattelevat. Lapsen vamma tai sairaus ei tunnu enää masentavalta, vaan se kuuluu erilaisine vaikutuksineen perheen arkeen. Koska kuntoutuksen yhtenä tärkeänä tavoitteena on saada perheen arjesta mahdollisimman sujuvaa, voidaan todeta, että tämän tarinan perheessä kuntoutuksessa on onnistuttu hyvin.

”Nyt se on niinku tasaantunu. Mä muistan, mä sain melko alkuajoissa joltakin sähköpostin, se oli aivan ihana runo. Jotenki, että ehkä meivät on just niinku valittu tähän asemaan, olemaan niinku Jaskan vanhempia. En muista, miten se runo meni, mutta jotenki niinku siitä ammensi hirveesti voimaa, ja nyt oon sitte ajatellutkin, että ehkä niin on. Että kaikella on tarkoituksensa, niinku (isä) sano alkuaikana, että

tietenkin se on, meiän elämä on nyt näin. Tämä on aivan mahtavaa, nyt voi sanoa, että kyllä tämä tästä.” Jaskan äiti

”Mut tää – me ollaan totuttu tähän hommaan – pyörittämiseen, että se menee siin sivus.” Heidin isä

Vaikka arki on näissä perheissä sujuvaa, siihen voi kuulua myös synkistäviä hetkiä, esimerkiksi silloin kun joku ulkopuolinen henkilö kommentoi lapsen osaamista tai osaamattomuutta jossakin asiassa. Vaikka vamman vaikutukset nivELYVÄT perheen arkeen, lapsen vamma tai sairaus on vanhempien mielessä jollakin tavalla lähes koko ajan. Haastattelussa vanhemmat pohtivat myös sitä, viekö lapsen avuntarve ja kuntoutus huomiota ja aikaa sisaruksilta. He kokevat kuitenkin, että he ovat onnistuneet huomioimaan sisarukset varsin hyvin. He ovat keksineet erilaisia keinoja, miten kompensoida tilannetta sisarusten huomioimiseksi.

Sujuvan arjen tarinatyyppissä vanhemmat suhtautuvat tulevaisuuteen positiivisesti etenkin, jos lapsen tilanteeseen liittyy toive parantumisesta. Lapsen vamma tai sairaus ei vaikuta perheen tulevaisuuden suunnitelmiin. Vanhemmat tarkkailevat lapsensa osaamisalueita hänen tulevaisuuttaan ajatellen. Vanhemmilla on myös ajatuksia esimerkiksi erilaisista asumisratkaisuksista, joiden avulla heidän lapsensa voi aloittaa aikanaan itsenäisen elämän. Perheessä eletään kuitenkin päivä kerrallaan, koska välillä on helpompia ja välillä vaikeampia päiviä.

Normaalin arjen tavoittelun tarinassa vanhemmat eivät halua, että lapsen vamman tai sairauden vaikutukset määrittävät perheen arkea ja elämää. He eivät halua, että perheen elämä pyörisi vain lapsen vamman tai sairauden ympärillä, vaan haluavat tehdä perheen arjen niin ”normaaliksi” kuin se vaan voi olla. Tilannetta voidaan kuvata myös niin, että vanhemmat pyrkivät välttämään vammaisen tai sairaan lapsen perheen identiteettiä ja niitä mielikuvia, joita ajatus herättää. He tavoittelevat vammattoman lapsen perheen identiteettiä, sillä he haluavat välttää leimautumiselta tai lapsen vammaan liittyvältä stigmalta (esim. Gray 2002). Tästä syystä tämän tarinan vanhemmat eivät halua osallistua esimerkiksi sopeutumisvalmennuskursseille tai vammaisten yhdistysten toimintaan.

”Että mieluummin niinku silleen, että eletään normaalia elämää. Se on Sakarin yksi piirre on se, että se ei kävele, että se kelaa pyörätuolilla, mutta se on vaan se yks asia. Että mieluummin niinku, vaikka se nyt on sen, se nyt on totta kai se pyörätuoli niin // näkyvä asia, se on se mikä tuntemattomalla pää..määrittelee varmaan Sakarin, että se on se poika, joka istuu siinä pyörätuolissa. Mutta haluais, että //siihen tulis sitten niinku heti jotakin muutakin, että se on vaikka se poika, joka on niin pieni ja osaa jo lukea taikka se on se poika, joka tykkää ritareilla leikkiä, ritarileikeistä taikka se on se poika, joka on innostunu luonnontieteistä taikka, jotain tämmöstä, jotain niin aivan muuta kuin se liikuntavamma.” Sakarin äiti

Vanhemmat ovat tavoitelleet normaalia arkea siitä lähtien, kun he saivat käsiteltyä lapsen saamaan diagnoosiin liittyvät tunteet ja ajatukset. He tavoittelevat normaalia arkea, mutta heidän mukaansa lapsen vamma tai sairaus varjostaa kuitenkin perheen elämää tavalla tai toisella. Lapsen vamman tai sairauden vaikutukset ovat osa perheen arkea, mutta vanhemmat eivät halua niiden liaksi määrittävän arkea ja elämää.

Haasteellisen arjen tarinan vanhemmat kokevat vaikutukset ja niiden tuomat haasteet raskaammiksi verrattuna kahteen edelliseen tarinatyyppiin. Haasteellisen arjen tarinassa vanhemmat joutuvat vastakkain monien käytännön ongelmien kanssa pohtiessaan lapsen hoitoon ja vanhempien työssäkäyntiin liittyviä asioita. Esimerkiksi toinen vanhemmista ei voi aina ottaa vastaan hänelle tarjottua työtä. Tästä voi seurata taloudellisia ongelmia, koska kieltäytymällä tarjotuista töistä vanhempi voi saada karenssin työttömyyspäivärahoille. Toinen vanhemmista voi joutua myös tilanteeseen, jossa hänen on jätävä pois töistä, koska lapselle ei löydy hoitajaa, ja tästäkin voi seurata karenssiuhka. Jos molemmat vanhemmat ovat töissä, vanhemmat joutuvat järjestelemään työvuoroja siten, että toinen vanhemmista voi hoitaa lasta päivällä ja toinen illalla.

”-- niin mie yksinkertaisesti sanoin vain, että nyt mie jään pois töistä. Että mulla, mie en Jussia yksin jättää kottiin, tuota kotia, niin sanothin sitte, että tuota pakkohan se on olla tuo Jussille niin tuo.. iltapäivähoito, -- Sitte mie, sanothin, että sie saat karenssin, mie että no mie sittekö tuo poika on kysseessä niin se on aivan sama. -- mie jälälkeen päin hoksasin, että siinäki olis voinu käyä vaikka kuinka, että voisin, mutta en mie saanu karenssia yksinkertaisesti.” Jussin äiti

Vanhemmat suhtautuvat tulevaisuuteen varovaisesti, koska he ovat tottuneet elämään päivä kerrallaan. He eivät ole miettineet tulevaisuutta kovin tarkasti – mahdolliset ajatukset liittyvät lapsen pärjäämiseen ja itsenäistymiseen. Vaikeina aikoina vanhemmat ovat hoitaneet lasta, käyneet töissä, tehneet arkisia askareita – jopa ilman yöunia. Asian miettiminen ja murehtiminen eivät ole auttaneet tai helpottaneet asiaa, vaan vanhemmat ovat menneet eteenpäin ilman kummempia murehtimisia.

Arki taisteluna -perheen tarina poikkeaa muista tarinatyypeistä siinä, että siinä saavat erityishuomion vanhempien aktiivisuus, taistelu ja oikeuksien puolustaminen. Arjen sujumisen edellytyksenä on erilaisten rutiinien ja aikataulujen lisäksi vanhempien aktiivisuus perheelle kuuluvien oikeuksien ja etuuksien puolustamisessa sekä niiden puolesta taistelemisessa. Vanhemmat luottavat omaan maalaisjärkeensä ja näkemyksiinsä: he eivät usko tai tottele kaikkea, mitä heille sanotaan ja miten käsketään toimia. Vanhemmat joutuvatkin usein selittelemään myös kuntoutuksen ammatti-ihmisille, miksi heidän perheessä toimitaan tietyllä tavalla.

Vanhemmat kuvaavat heille kuuluvien etuuksien ja oikeuksien puolustamista taisteluna ja pelinä, jota täytyy osata pelata. Tämä vaatii vanhemmilta voimia ja aktiivisuutta. Vanhemmilla on kokemus siitä, että mikäli vanhemmat eivät vaadi, lapsi ei saa mitään ja että perheen asuinpaikalla on suuri merkitys kuntoutuksen

saamisen kannalta. Vanhemmat puhuvatkin paljon kuntoutuksen kirjavista käytännöistä ja kuntoutuksen epätasa-arvoisuudesta. Vanhemmat ovat sitä mieltä, että kuntoutuksen tulisi kuulua kaikille sitä tarvitseville itsestään selvänä asiana – sen ei tulisi olla riippuvaista vanhemman aktiivisuudesta, voimavaroista tai perheen asuinpaikasta. Myös Tonttila (2006) raportoi äideistä, jotka ovat joutuneet taistelemaan lapsensa oikeuksien puolesta. Tällöin äitien on täytynyt ottaa käyttöön sellaisia voimavaroja, joista ei aikaisemmin ole ollut tietoinenkaan.

”Se on aivan sama, minkä pöjän ääresä istutaan, millä onko Kela onko sitten tuota sairaala, lääkäri, terveyskeskukset mikkä tahansa, niin joka paikasa joutuu korotetaan ääntä ja olla vähän hullun maineesa siinä mielesä, että tuota pakko niile on sanoa ei ne usko.” Jaanan isä

”Se on tappelua. On tämä kunnan kans elikkä päivähoido ja nämä, että ne on pakko saaha uskomaan. Siinä ei oo mitään armoa. Ja elikkä pitää olla niin ittepäinen ja v-mäinen ihminen suoraan, että sanoa, että näin on. Että ei anna mitään periksi.” Jannen ja Siirin isä

”Mmm. Osaapi, osaapi pelata, oppinu näitä, nämä, tämän pelin, minusta, sanon peliksi tätä. Sitä se on. Täyellistä pelaamista.” Jannen ja Siirin isä

”-- että jos ajattelee, että on kuitenkin semmosia ihmisiä, jotka tuota on hiljasempia ja tuota sillä tavalla, että ei oo ehkä niitä resursseja selvittää niitä asioita, niin kyllä minä oon aika huolissaan sitten heijän esimerkiks lapsista, että jos he ei ite jaksatai sitten elämäntilanne on muuten sitte esimerkiksi yksinhuoltaja ja muuten niin tuota, että miten sinä jaksat sitten ne. Kyllä mulla ois ehkä jääny ne selvittelyt. -- mun mielestä se pitäis kyllä niinkö kuulua ihan itsestään selvänä asiana, että sitä ei niinkö tarvis vanhempien taistella eikä se riipu siitä, että kuinka paljon se vanhempi sitä vaatii tai kuinka paljon se niinkö ossaa valittaa [naurahtaa] tai ruikuttaa, että se pitäis tulla niinkö kuitenkin mun mielestä maksetaan niistä, näistä.” Jaanan äiti

Jotkut vanhemmista kertovat joutuneensa laittamaan kuntoutukseen omia rahojaan odotellessaan kuntoutuspäätöksiä, koska he eivät halunneet, että heidän lapsensa jäisi ilman terapiaa odotusaikoina. He ovat kuitenkin saaneet rahansa takaisin takautuvasti Kansaneläkelaitokselta. Lapsen vamma tai sairaus vaikuttaa perheen arkeen siis ennen kaikkea siten, että vanhemmat joutuvat taistelemaan perheelle ja lapselle kuuluvista etuuksista ja oikeuksista. Vanhemmille on tärkeää toimia aktiivisesti etujen ja oikeuksien puolustamisessa. He tuovat esille myös huolensa kuntoutusjärjestelmän toimimattomuudesta ja epäkohdista, muun muassa kuntoutuksen epätasa-arvoisesta toteutumisesta.

Vanhempien osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun

Tarkastellessani vanhempien rooleja lasten kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa ilmeni, että vanhempien mahdollisuudet ja halukkuus osallistumiseen vaihtelivat melko paljon. Kuntoutuksen suunnittelun osalta vanhemmat jakautuivat kahteen ryhmään: niihin, jotka osallistuivat aktiivisesti suunnitteluun, ja niihin, jotka kokivat, että heille ei annettu mahdollisuutta osallistua suunnitteluun. Kaikki haastatellut vanhemmat näyttivät olevan kiinnostuneita osallistumaan suunnitteluun, mutta kaikilla ei ollut siihen eri syistä mahdollisuutta. Kuntoutuksen toteutuksen osalta tilanteet olivat moniulotteisempia. Osa vanhemmista koki, että heiltä edellytettiin kuntoutuksen toteutukseen osallistumista, jotta kuntoutus etenisi. Osa heistä halusi itsekkin osallistua, mutta toiset kokivat vaatimuksen hankalana. Osa taas koki, että heidän osallistumisensa olisi ollut hyödyksi, mutta heillä ei ollut mahdollisuutta osallistua. Osalla roolit vaihtelivat toteutuksen eri osa-alueilla.

Vanhempien rooli kuntoutuksessa muotoutuu toisaalta järjestelmän antamien mahdollisuuksien tai vaatimusten, toisaalta vanhempien halukkuuden ja jaksamisen kautta. Taulukossa 1 on esitetty haastatteluissa esiin tulleet yhdistelmät järjestelmän toimintatavoista ja vanhempien haluista ja mahdollisuuksista. Osa taulukossa esitetyistä sitaateista heijastaa hyvin sujunutta yhteistyötä, osassa yhteistyöhön perheen ja kuntoutusjärjestelmän välillä sisältyy ristiriidan aiheita.

TAULUKKO 1. Vanhempien kokemukset järjestelmästä suhteessa vanhempien haluun osallistua lapsen kuntoutuksen toteutukseen.

		Vanhempien kokemus järjestelmästä		
		vaatii osallistumaan (1)	sallii osallistumisen (2)	ei anna mahdollisuutta osallistua (3)
Vanhempien halu osallistua	(1) suuri	<i>"joo pitää ite olla aktiivinen, jos meinaa niin kun, että ei ne kyllä ilimottele, että nyt on tämmönen kurssi, että ei ne ilimottele niistä"</i>	<i>"...katotaan yhdessä, ja vanhempia kuunnellaan kyllä. Ei ole pelkästään heidän näkemyksen perusteella, vaan kyllä// tiiviisti yhteistyössä"</i>	<i>"... ei ite oikein tienny sitten mistään mitään, niin ei pystyny sillai..."</i>
	(2) vähäinen	<i>"tuntuu jotenki nii hasulta, että sitä joutuu ite kertomaan, mistä tässä on kysymys ja se mennee vähän niinkö väärin päin"</i>	<i>"...et Vernerii viiiään ja se sitten jää sinne, että se toimii paljon paremmin sillain, että siellä ei oo ite. Ett sillo ekakertoja oon ollu kattomassa, ku se oli."</i>	

Pohdinta

Ihanteellisessa tilanteessa perheiden elämä ja arki mukailee sujuvan arjen tarinaa. Tällöin lapsen vammaisuuden vaikutukset kuuluvat luonnollisena osana perheen elämään. Lääkitys, kuntoutus, apuvälineet ja terapiat ovat osa perheen arkea, eivätkä

vanhemmat ajattele niitä erikoisina toimintoina. Ihanteelliseen tilanteeseen kuuluu myös, että perhe saa riittävästi sekä virallista että epävirallista sosiaalista tukea ja että vanhemmille on tarjottu mahdollisuutta osallistua lapsensa kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Kaikissa perheissä asiat eivät suju yhtä mutkattomasti, joten vanhempien kokemusten mukaan kuntoutuksen kokonaiskentässä ja järjestelmässä on kehittämisen varaa. Oikeilla ja oikea-aikaisilla tukitoimilla sekä vanhempien ottamisella mukaan toimintaan voitaisiin muuttaa perheiden arkea sujuvammiksi etenkin niissä perheissä, joissa arki tuntuu haastavalta tai jatkuvalla taistelulla.

Kuntoutuksen kehittämisen kannalta on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota haasteellista arkea ja arkea taisteluna elävien perheiden tilanteisiin. Miten perheitä voitaisiin tukea kuntoutuksen keinoin, jotta vanhempien arkielämän kokemukset eivät olisi niin negatiivisia? Kuntoutus yksinään ei pysty ihmeisiin, koska vanhempien suhtautumiseen ja kokemukseen vaikuttavat monet muutkin asiat. Kuntoutusjärjestelmä voisi kuitenkin helpottaa perheiden arkea monissa eri kohdissa, jotta perheiden ei tarvitsisi kuluttaa voimavarojaan niin sanotusti epäolennaisiin asioihin tilanteessa, jossa oman lapsen hyvinvointi on etusijalla.

Vanhempien ja perheiden kuntoutusosallisuutta pohdittaessa on tuskin tarjolla yksiselitteisiä ratkaisuja. Lapsen kuntoutuksen perhekeskeisyyttäkin ei liene syytä korostaa liikaa, vaan on kunnioitettava vanhempien päätöksiä myös silloin, kun he eivät syystä tai toisesta halua osallistua lapsensa kuntoutuksen toteutukseen. Osallistumattomuuden taustalla voi olla vanhempien haluttomuuden lisäksi monenlaisia muita tekijöitä: esimerkiksi se, että vanhemmat luottavat asiantuntijoiden arvioihin eivätkä koe sen vuoksi tarvetta aktiivisempaan osallistumiseen, mutta toisinaan myös se, että vanhemmat kokevat tulevansa ohitetuiksi niin, että heillä ei ole mahdollisuutta osallistumiseen.

Lähteet

- Autti-Rämö, Ilona 2008: Lasten ja nuorten kuntoutus. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 479–488.
- Davis, Hilton 2006: Miten tukea sairaan tai vammaisen lapsen vanhempia? Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo. Alkuperäisteos Davis, Hilton 1993: Counselling parents of children with chronic illness or disability. BPS Books. Leicester, UK.
- Gallimore, Ronald & Weisner, Thomas S. & Bernheimer, Lucinda P. & Guthrie, Donald & Nihira, Kazuo 1993: Family responses to young children with development delays: accommodation activity in ecological and cultural context. *American Journal on Mental Retardation* 98:2, 185–206.
- Gray, D.E. 2002: "Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed": felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health and Illness* 24:6, 734–749.
- Itälina, Merja & Leinonen, Elina & Saloviita, Timo 1994: Kultakutri karhujen talossa. Kehitysvammaisen lapsen perheen voimavarat ja selviytyminen. Kehitysvammaisten tukiliitto ry. Jyväskylä.

- Järvikoski, Aila & Hokkanen, Liisa & Härkäpää, Kristiina (toim.) 2009: Asiakkaan äänellä – Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiö. Helsinki.
- Määttä, Paula 1999: Perhe asiantuntijana. Atena. Jyväskylä.
- Polkinghorne, Donald E. 1995: Narrative configuration in qualitative analysis. Teoksessa Hatch, J. Amos & Wisniewski, Richard (eds.). *Life history and narrative*. London: The Farmer Press. 5–23.
- Paananen, Jaana 2009: ”Ehkä meitä on just niinku valittu tähän asemaan”. Vanhempien kokemuksia lapsen vammaisuudesta ja omasta roolistaan lapsen lääkinällisessä kuntoutuksessa. Pro gradu -tutkielma, Lapin yliopisto.
- Puumalainen, Jouni & Hokkanen, Liisa & Härkäpää, Kristiina & Lehikoinen, Tuula & Martin, Marjatta & Notko, Tiina & Nikkanen, Pirjo & Järvikoski, Aila 2007: Vaikeavammaiset Kelan kuntoutuspalveluissa: koetut tarpeet ja kuntoutuksen merkitykset. Teoksessa Hinkka, Katariina & Järvikoski, Aila (toim.): *Kuntoutus ja elämänlaatu. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 58. [WWW-dokumentti]. <[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/200807155639EK/\\$File/Selosteita58_netti.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/200807155639EK/$File/Selosteita58_netti.pdf?OpenElement)>. (Luettu 26.02.2008).
- Rentinck, I.C.M. & Ketelaar, M. & Jongmans, M.J. & Gorter, J.W. 2006: Parents of children with cerebral palsy: a review of factors related to the process of adaptation. *Child Care, Health and Development* 33:2, 161–169.
- Tonttila, Tuula 2006: Vammaisen lapsen äidin vanhemmuuden kokemus sekä lähiympäristön ja kasvatuskumppanuuden merkitys. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Valkonen, Jukka 2007: Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutussäätiö. Helsinki.

Psykkisesti oireilevien lasten ja nuorten perhekuntoutus

Ritva Linnakangas ja Pirjo Lehtoranta

Johdanto

Lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäiseminen puhuttavat suuren yleisön lisäksi erityisesti terveydenhuollon, päivähoidon ja koulutoimen ammattilaisia. Monissa valtakunnallisissa kehittämissuunnitelmissa on nostettu esille lasten ja nuorten tunne-elämän, tietojen, taitojen ja sosiaalisen kehityksen sekä perheen hyvinvoinnin tukeminen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ... 2006; Lapsi- ja nuorisopolitiikan ... 2007). Hallitusohjelmiin (2007 ja 2010) sisältyy lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma, jonka painopisteenä on ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen ongelmiin.

Kevättalvella 2010 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia järjestivät nuorten mielenterveyttä ja psykososiaalista hyvinvointia käsittelevän konsensuskokouksen, jonka pohjalta aiheesta laadittiin konsensuslausuma. Lausumassa todetaan muun muassa, että nuorten palvelujärjestelmä tulisi nähdä kokonaisuutena nykyisistä rakenteista ja hallintokunnista välittämättä ja palvelujen tulisi vastata joustavasti nuorten tarpeisiin. Myös lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa sekä lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan laatimassa raportissa (Lapset ja nuoret ... 2010) korostetaan lasten ja nuorten hyvinvointia edistäviä, lapsiperheitä tukevia sekä perheen ja lapsen osallisuuden mahdollistavia palveluja. Sekä politiikkaohjelman että konsensuslausuman mukaan tarvitaan laaja-alaista ammatillista yhteistyötä ja saatavilla tulisi olla matalan kynnyksen hoitopaikkoja. Kaivataan lisää tutkimustietoa esimerkiksi lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöistä sekä erilaisista psykososiaalisista interventioista, niiden toteuttamisesta ja vaikuttavuudesta. (Suomalainen Lääkäriseura ... 2010, 28, 32.)

Lapsille ja nuorille on järjestetty mielenterveyskuntoutusta psykoterapioiden ja erilaisten sopeutumisvalmennuskurssien ja muiden vastaavien kurssien puitteissa. Julkinen ja yksityinen sektori, eri järjestöt sekä Kela ovat tuottaneet näitä palveluja. Kela on lisäksi toteuttanut vuodesta 2000 lähtien lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämistoimintaa, jonka tavoitteena on ollut täydentää terveydenhuollon palveluja. Eduskunta myönsi valtion vuoden 2000 talousarviossa lisärahoitusta lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin terveydenhuollolle ja Kelalle. Erillismäärärahan turvin Kela käynnisti vuonna 2000 harkinnanvaraisena kuntoutuksena lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen. Kela sai toimintaansa varten erillisrahoitusta vuosina 2000–2003, minkä jälkeen lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutuksen kehittämishanketta jatkettiin harkinnanvaraisen kuntoutuksen kehittämistoimintaan myönnettyllä rahoituksella.

Kelan lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishanke oli tarkoitettu 5–25-vuotiaille ja vuodesta 2005 alkaen erityisesti 5–15-vuotiaille psyykkisesti oireileville lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen. Kehittämishankkeen tavoitteena oli lapsen ja nuoren toiminta- ja opiskelukyvyn parantaminen ja turvaaminen. Osatavoitteena oli lapsen sosiaalisen vuorovaikutuksen tukeminen ja perheen tukeminen lapsen kasvatuksessa. Pyrittiin myös kehittämään perhekuntoutusta ja tiivistämään yhteistyötä mm. kuntien perusterveydenhuollon, perheneuvoloiden sekä sairaanhoitopiirien kanssa lasten ja nuorten mielenterveyden edistämiseksi. Lasten ja nuorten (LN) psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeeseen sisältyi arviointitutkimus (2005–2009), jonka toteuttivat Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö (Linnakangas ym. 2010a; Linnakangas ym. 2010b; Linnakangas ja Lehtoranta 2009). Artikkelissa kuvaamme kehittämishankkeen toteuttamista ja arvioimme, mitkä asiat kuntoutuksessa osoittautuivat tärkeiksi ja lapsille sekä perheille hyödyllisiksi.

Lasten ja nuorten mielenterveys

OIREIDEN ESIINTYMINEN. Lasten ja nuorten psyykinen pahoinvointi ilmenee usein tunne-elämän oireina ja/tai käyttäytymisen häiriöinä. Tutkimukset osoittavat, että lähes viidesosalla kouluikäisistä lapsista esiintyy jonkinasteisia mielenterveysongelmia tai mielenterveyden häiriöitä (Almqvist ym. 1999; Kumpulainen 2004). On havaittu, että suurin osa psyykkisistä sairauksista alkaa lapsuus- tai nuoruusiässä ja ne muodostavat suuren osan aikuisten kokonaissairastavuudesta (Santalahti, Sourander 2008, 1505). Noin joka toisella elämänsä aikana mielenterveysongelmista kärsineellä henkilöllä oireet ovat alkaneet 14 ikävuoteen mennessä ja kolmella neljästä 24 ikävuoteen mennessä (Kessler ym. 2005; Martikainen ja Autti-Rämö 2010, 216).

Mielenterveysongelmat esiintyvät erilaisina lapsilla ja nuorilla sekä nuoruuden eri kehitysvaiheissa. Lapsilla esiintyy tavallisemmin tarkkaavuushäiriöitä, käytös- ja uhmakkuushäiriöitä sekä erilaisia ahdistuneisuushäiriöitä. Varhaisnuoruudessa (12–14-vuotiaat) yleisimpiä ovat käytös- ja tarkkaavuusongelmat, mutta varsinaisesta nuoruusiästä (15–17-vuotiaat) varhaiseen aikuisuuteen nuorten tavallisimpia ongelmia ovat ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt sekä päihdeongelmat. (Aalto-Setälä ja Marttunen 2007; Almqvist ym. 1999; Haarasilta ym. 2000; Ranta ym. 2001.)

Lasten ja nuorten mielenterveysongelmien esiintymisestä löytyy erilaisia tutkimustuloksia. Joissakin tutkimuksissa todetaan, että lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden määrissä ei ole tapahtunut muutoksia (Sourander ym. 2008; Kumpulainen ym. 2000; Verhulst ym. 1997). Löytyy myös tutkimuksia, joiden mukaan mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet (Collishaw ym. 2004; Pönkkö ym. 2002). Osassa tutkimuksista on havaittu, että häiriöiden määrä on jollakin aikavälillä lisääntynyt, mutta toisella aikavälillä taas vähentynyt (Achenbach ym. 2003; Collishaw ym. 2004; Luopa ym. 2008; Rutter ja Smith 1995). Kokonaisuutena voidaan todeta, että esimerkiksi Suomea koskevaa tutkimustietoa on riittämättömästi ja ongelmien

mahdollisesta vaikeutumisesta ei ole saatavissa riittävästi tietoa (Santalahti ja Sounder 2008, 1499; Tuori ym. 2006, 30–31).

MIELENTERVEYSPALVELUT JA NIIDEN TARVE. Lasten ja nuorten mielen-terveyspalveluja tuottavat useat eri tahot: kuntien sosiaali- ja terveystoimi, kolmas sektori (eri järjestöt), yksityiset palveluntuottajat ja Kela. Palvelujen järjestämisvastuu kuuluu kunnille. Kunta voi järjestää palvelut joko kansanterveystyönä tai sosiaalihuollon mukaisina sosiaalipalveluina. (Piha 2004a, 378–379; Piha ym. 2000, 7; Pylkkänen 2003, 47; Taipale 1998, 394–399.) Perusterveydenhuolto tarjoaa lasten mielen-terveyspalveluja terveyskeskuksissa ja kouluissa. Lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon kohdennettuja resursseja on yleensä vain erikoissairaanhoidossa, joiden palveluja tuottavat pääosin sairaanhoitopiirit (Pylkkänen 2003, 63, 73–74). Kunta voi järjestää myös lasten ja nuorten perhehoitoa ja laitoshuoltoa omana toimintanaan, mutta yksityisen sektorin osuus mielen-terveyspalvelujen tuottamisessa on kasvanut 1990-luvulla huomattavasti (Piha 2004b, 385).

Lapsilla ja nuorilla sekä heidän perheillään esiintyy paljon tukitarpeita. Tuen tarve näkyy lasten ja nuorten lastensuojelupalveluissa, erityisopetusta tarvitsevien lasten ja nuorten määrissä sekä psykiatristen laitos- ja avohoidon palveluiden käytössä. Erityisesti kiireellisesti sijoitettujen lasten ja lastensuojelun avohuollon asiakkaiden määrä kasvoi edelleen vuonna 2009 (Lastensuojelu 2009). Erityisopetuksen käyttö on noussut vuodesta 1995 lähtien. Peruskoululaisista 8,5 % sai erityisopetusta syksyllä 2009. (Erityisopetukseen siirretyt peruskoulun ... 2010.) Psykiatrisen laitoshoidon määrä pysyi vuonna 2008 lähes edellisen vuoden tasolla, mutta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteenlasketut avohoitokäynnit ovat lisääntyneet (Erikoissairaanhoidon ja mielen-terveystyön ... 2010). Kuntien kustantamissa kasvatus- ja perheneuvoloiden lapsiasiakasmäärissä (0–15 v.) on ollut vaihtelua 2000-luvulla, mutta esimerkiksi vuonna 2009 asiakasmäärä ei lisääntynyt edellisvuodesta (Kasvatus- ja perheneuvoloiden ... 2009).

Enintään joka toisella psyykkisesti oireilevista nuorista on arvioitu olevan hoitokontakti (Haarasilta ym. 2000, 2638). Lapsuudessa ja varhaisnuoruudessa erityisesti käytösongelmaiset pojat käyttävät enemmän palveluja kuin tytöt, mutta varsinaisessa nuoruusiässä avun hakeminen on tytöillä yleisempää kuin pojilla, ja poikien hoitoon hakeutuminen näyttää viivästyvän (Laukkanen 1993, 111–113). Eniten hoitokäyntejä on 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä masennusoireisilla sekä laihuushäiriöisillä nuorilla (Stakes 2008).

Lastenneuvoloiden terveydenhoitajat ovat arvioineet, että noin kolmasosalla perheistä oli suuri tuen tarve 2000-luvun alussa. Yli puolella perheistä oli vaikeuksia selviytyä vanhemmuudesta ja noin kolmanneksella vaikeuksia lasten kasvatuksessa. Joka viides perheistä koki ongelmia lasten kehitykseen, kasvuun ja terveyteen liittyvissä asioissa. (Häggman-Laitila ja Euramaa 2003, 331–332.) Omassa tutkimuksemme lasten ja nuorten vanhemmat toivat esiin samansuuntaisia toiveita. Vanhemmat toivoivat perhekuntoutuksesta tukea lapsen kasvuun ja kehitykseen, lapsen vahvuuksien tunnistamiseen, tunnetilojen käsittelyyn ja lapsen kaverisuhteiden

ongelmiin. Vanhemmat kaipasivat keinoja kontaktin saamiseksi lapseen, opastusta lapsen tulevaisuuden suunnitteluun ja tietoa lasten käyttäytymisestä ja kasvatuksesta. Vanhemmat toivoivat saavansa perhekuntoutuksesta tukea myös vanhemmuuteensa. Perheiden kuntoutusodotukset olivat suuria erityisesti silloin, jos perheillä oli useita syitä hakeutua kuntoutukseen ja odotukset kohdistuivat useisiin toimijoihin. (Linnakangas ym. 2010a, 33.)

Perhekuntoutus ja sen arviointi

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA MENETELMÄT. Tutkimuksen tarkoituksena oli (1) kuvata eripuolella Suomea toimineiden palveluntuottajien toteuttamaa perhekuntoutusta ja sen kohderyhmää, (2) selvittää lasten oireissa ja käyttäytymisessä tapahtuneita muutoksia ja myönteistä kehitystä ennustaneita tekijöitä, ja (3) selvittää mitkä tekijät edesauttoivat vanhempien kuntoutuksesta saamia voimavaroja ja lasten saamaa apua. Tavoitteena oli myös (4) kartoittaa, missä määrin perhekuntoutushankkeet tekivät yhteistyötä lapsen arjen toimijoiden (koti, päiväkotiki, koulu) kanssa, ja tuottaa tietoa Kelan perhekuntoutuksen kehittämiseksi ja toiminnan jatkoedellytysten kartoittamiseksi.

Perhekuntoutusta toteuttaneet 12 palveluntuottajaa, kuntoutukseen osallistuneet lapset ja heidän vanhempansa sekä lapsia kuntoutukseen lähettäneet tahot toimivat tutkimuksessa tiedon tuottajina. Tiedustelimme palveluntuottajilta vuosina 2005–2008 perhekuntoutukseen osallistuneiden lasten sukupuolta, ikää, lähettäjätahoa ja lähettäjätahon lapselle asettamia diagnooseja. Palveluntuottajat tuottivat myös kuvauksen toteuttamastaan kuntoutusmallista.

Kuntoutukseen osallistuneilta perheiltä keräsimme palautetta alkukyselyllä kuntoutuksen alkaessa ja seurantakyselyllä kuntoutuksen päättyessä. Alku- ja seurantakyselyn rajasimme 5–16-vuotiaiden lasten ja nuorten perheisiin, koska perhekuntoutus suunnattiin erityisesti ala- ja yläkouluikäisiin ja tätä nuorempiin lapsiin. Vanhemmat täyttivät oman lomakkeensa ja 11–16-vuotiaat lapset ja nuoret omansa. Kyselyjen piiriin tulivat perheet (n=440), joiden kuntoutus toteutui vuoden 2006 syksyn ja vuodenvaihteen 2008/2009 välisenä aikana. Yhteensä 308 lapsen vanhemmat vastasivat alku- ja seurantakyselyyn vastausprosentin ollessa 70. Lasten ja nuorten omia vastauksia saatiin kaikkiaan 138.

Alkukysely sisälsi kysymyksiä lapsen ja perheen taustasta, perheen tukiverkostosta, perheen kokemista huolista ja kuntoutukselle asettamista toiveista. Seurantakyselyyn sisältyi kysymyksiä vanhempien kuntoutuksesta saamista voimavaroista ja lasten kokeman avun saannista. Molempiin kyselyihin sisältyi myös lapsen tai nuoren tunne-elämää ja käyttäytymistä selvittävä SDQ:n oireosio (The Strengths and Difficulties Questionnaire; Goodman 1997 ja 2001). SDQ:ta on käytetty useissa maissa seulottaessa psyykkisen avun tarpeessa olevia lapsia ja nuoria (esim. Goodman ym. 2004; Obel ym. 2004). Myös kyselyn suomenkieliseen versioon (SDQ-Fin) perustuvia tutkimuksia on tehty (Koskelainen 2008 ja 2009; Koskelainen ym.

2001). Omassa tutkimuksessa käytimme SDQ:ta lasten ja nuorten oireilun muutosmittarina. Logistisen regressioanalyysin avulla selvitimme, mitkä tekijät olivat yhteydessä hyvään kuntoutustulokseen.

PERHEKUNTOUTUKSEEN OHJAUTUMINEN. Yhteensä 1514 lasta ja nuorta perheineen osallistui lasten ja nuorten perhekuntoutukseen vuosina 2005–2008. Lapset ja nuoret ohjattiin kuntoutukseen pääasiassa terveystieteiden keskuksen, lasten- tai nuorisopsykiatrian poliklinikan tai koululääkärin kautta. Koululääkärin lähete saattoi sisältää esimerkiksi koulupsykologin lausunnon. Muita määrällisesti pienempiä lähettäjätahoja olivat perheneuvolat, yksityiset lääkärit ja lastenneurologian poliklinikat.

Kuntoutukseen osallistuvilla lapsilla ja nuorilla tuli olla lääkärin toteama psykiatrinen sairaus ja hoitosuhde. Palveluntuottajilta saadun tiedon mukaan 26 %:lla lapsista ja nuorista oli ensimmäisenä diagnoosina neuropsykiatrinen oireyhtymä, 22 %:lla käyttäytymishäiriö, 21 %:lla ahdistuneisuushäiriö ja 14 %:lla masennus. Muutamilla prosentilla lapsista ja nuorista oli todettu muita mielenterveyden häiriöitä (esim. syömishäiriö, persoonallisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottitasoinen häiriö). 4 %:lla lapsista ja nuorista oli oppimisvaikeuksia ja 5 %:lla erilaisia sosioekonomisia tai psykososiaalisia ongelmia, kuten koulun käyntiin, perheeseen tai sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä ongelmia. Yksittäisissä tapauksissa ensimmäiseksi diagnoosiksi oli merkitty jokin elimellinen sairaus. Lapsilla (5–11-vuotiailla) esiintyi erityisesti neuropsykiatrisia ongelmia (ADHD, Aspergerin oireyhtymä, Tourette) sekä käyttäytymis- ja ahdistuneisuushäiriöitä. Nuorilla (12–25-v.) esiintyi yleisemmin ahdistuneisuushäiriöitä ja masennusta. Ahdistuneisuutta ja masennusta ilmeni suhteellisesti enemmän tytöillä kuin pojilla. Pojilla puolestaan oli suhteellisesti enemmän käyttäytymisen ongelmia kuin tytöillä. Samansuuntaisia tuloksia mielenterveyden häiriöiden esiintymisestä eri-ikäisillä tytöillä ja pojilla on saatu muissakin tutkimuksissa (ks. Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 209; Fröjd ym. 2004, 8–9; Haarasilta 2003, 54; Lehto-Salo ja Marttunen 2008, 4429, 4432; Luopa ym. 2008, 24–28; Suvisaari ja Manninen 2009, 2459).

Perhekuntoutukseen osallistui enemmän poikia (66 %) kuin tyttöjä (34 %). Pääosa lapsista oli koululaisia: alakouluikäisiä 39 % ja yläkouluikäisiä 38 %. Joka viides (18 %) lapsista ja nuorista oli yli 15-vuotiaita. Perhekuntoutukseen ohjautunut lasten ja nuorten joukko oli näin varsin heterogeeninen taustoiltaan.

PERHEKUNTOUTUKSEN TOIMINTAMUODOT. Perhekuntoutuksella ei ole yksiselitteistä sisältöä, vaan sillä voidaan tarkoittaa hyvin monenlaista perheiden kuntoutukseen liittyvää toimintaa esimerkiksi lastensuojelu- ja terapiatyössä (Heino ym. 2000). Perhekuntoutuksesta perinteisesti käytössä ollut määritelmä on perhekuntoutustyöryhmän määritelmä vuodelta 1993. Sen mukaan perhekuntoutuksella tarkoitetaan ”niitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, jotka kohdentuvat perheyhteisön tai useamman kuin yhden yhteisön jäsenen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen, edistämiseen ja/tai palauttamiseen” (Perhekuntoutustyöryhmän muistio 1993, 24).

Lasten ja nuorten psykiatrinen perhekuntoutus saattoi koostua yksilö-, ryhmä- ja perhetapaamisista, erilaisista terapioista, toiminnallisesta kuntoutuksesta sekä työskentelystä lapsen läheisverkoston (päivähoito, koulu) kanssa. Kuntoutuksen kesto vaihteli puolesta vuodesta kahteen tai kolmeen vuoteen, ja toiminta toteutui avo- tai laitosjaksojen puitteissa. Kuntoutusmallit ja toimintaa viitoittaneet teoriat vaihtelivat palveluntuottajien valmiuksien ja aikaisempien kokemusten mukaan.

Koska perhekuntoutuksen viitekehykset ja menetelmät olivat keskenään hyvinkin erilaisia, ryhmittelimme palveluntuottajien toimintaa selkeämmän kuvan saamiseksi kuntoutuksesta. Erottelimme neljä perhekuntoutuksen toimintamuotoa kuntoutuksen pääasiallisen toteuttamistavan ja sisällön mukaan: perheterapeuttinen (jonka pääasiallinen toiminta oli perheterapia), muu perhepainotteinen (koko perheelle suunnattua toimintaa, ei kuitenkaan terapiaa), ryhmäpainotteinen (vertaisryhmätoimintaa kuten vanhempien ryhmiä, lasten ryhmiä) sekä yksilöpainotteinen (korostuneesti lapsen yksilökäynteihin painottunut) kuntoutus. Kuntoutukseen sisältyi usein kaikkia näitä elementtejä, mutta jokin toimintamuoto oli yleensä selvästi hallitseva. Perhekuntoutuksen toimintamuodot ja niihin osallistuneiden perheiden määrä vaihteli seuraavasti:

- perheterapeuttisesti painottunut kuntoutus (231 perhettä)
- muu perhepainotteinen kuntoutus (408 perhettä)
- ryhmäpainotteinen kuntoutus (427 perhettä)
- yksilöpainotteinen kuntoutus (448 perhettä).

LASTEN OIREISSA TAPAHTUNEET MUUTOKSET JA MYÖNTEISIÄ MUUTOKSIA ENNUSTAVAT TEKIJÄT. Käytimme lapsen oireilua kuvaavana mittarina SDQ:n oireosiota, jonka vanhemmat ja 11–16-vuotiaat lapset täyttivät. SDQ:n kokonaispistemäärän perusteella lapsen oireilu voidaan luokitella kliinisesti merkittäväksi (17–40 pistettä), rajatapaukseksi (14–16 pistettä) tai ei-merkittäväksi (0–13 pistettä) (SDQ Record Sheet). Kuntoutuksen alussa kliinisesti merkittävää oireilua oli vanhempien arvion mukaan 55 %:lla lapsista ja kuntoutuksen lopussa 34 %:lla. Lasten oireettomuus yleistyi alkutilanteen 31 %:sta seurantatilanteen 54 %:iin.

Lapsikohtaisessa oireiden muutoksen (ennen – jälkeen) tarkastelussa määrittelimme muutoksen tapahtuneeksi silloin, kun SDQ:n kokonaispistemäärä nousi tai laski vähintään 2 pistettä alkutilanteesta seurantavaiheeseen. Tämän muutoskriteerin mukaan lasten oireet vähenivät vanhempien arvioiden perusteella 63 %:lla, pysyivät ennallaan 19 %:lla ja lisääntyivät 18 %:lla lapsista. Lasten ja nuorten itsensä suorittamien arvioiden perusteella oireiden vähenemistä tapahtui hieman harvemmin. Se, että vanhemmat arvioivat lapsissa tapahtuneen muutoksen myönteisemmin kuin lapset itse, voi kertoa siitä, että vanhemmat pystyivät lapsia realistisemmin arvioimaan lapsen oireilun alkutilanteen, jolloin muutoskin näyttäytyi selvempänä kuin lasten ja nuorten omilla arvioilla.

Vanhempien ilmaisema huoli lapsesta ja oireiden vaikeusaste olivat yhteydessä lapsen tai nuoren oireilun vähenemiseen. Voidaan olettaa, että vaikeasti oirehtivien

lasten ja nuorten vanhemmat ilmaisivat huolensa muita helpommin, mutta vanhempien huoli saattaa kertoa myös vanhempien motivaatiosta hakea lapselle apua ja olla mukana kuntoutuksessa. Myös kuntoutuksen kesto ja perheenjäsenten keskinäinen tuki ja toimeen tuleminen (perheen hyvä koherenssi) olivat tilastollisesti merkitseviä tekijöitä lapsen tai nuoren tilanteessa tapahtuneessa myönteisessä muutoksessa. (Linnakangas ym. 2010, 38.) Kuntoutuksen pidempi kesto ennusti oireiden vähenemistä selvemmin kuin lyhytaikainen kuntoutus. Lapsen tai nuoren oireilun vähenemistä edisti se, jos perheenjäsenillä oli aikaa yhdessäoloon, perheenjäsenet pystyivät keskenään jakamaan huolia ja tunteita rakentavalla tavalla ja luottamaan siihen, että he saavat toisiltaan tukea. Lasten oireiden vähenemistä edisti myös se, jos perheenjäsenet kokivat pystyvänsä ratkaisemaan asiat perheen ja lapsen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. (Ks. myös Mattus 1999.)

VANHEMPIEN KUNTOUTUKSESTA SAAMAT VOIMAVARAT JA LASTEN KOKEMA AVUNSAANTI SEKÄ NÄITÄ ENNUSTAVAT TEKIJÄT. Tiedustelimme vanhemmilta, saivatko he perhekuntoutuksessa voimavaroja, jotka auttoivat heitä tukemaan lastaan. Vanhemmista 47 % ilmoitti saaneensa perhekuntoutuksessa paljon voimavaroja lapsen tukemiseksi, 40 % koki saaneensa jonkin verran tukea, 8 % vähän tukea ja 5 % vanhemmista koki, ettei saanut tukea lainkaan. Lapsista ja nuorista (11–16-vuotiaat) puolestaan 51 % ilmoitti saaneensa kuntoutuksessa paljon apua, 34 % vähän apua ja 15 % ei kokenut saaneensa apua lainkaan.

Kuntoutuksen kesto ja toimintamuoto olivat yhteydessä vanhempien kuntoutuksesta saamiin voimavaroihin sekä lasten ja nuorten saamaan apuun. Sekä lapset että vanhemmat kokivat saavansa pidempikestoisesta kuntoutuksesta voimavaroja tai apua enemmän kuin lyhytaikaisesta kuntoutuksesta. Lapset hyötyivät erilaisista kuntoutuksen toimintamuodoista kuin vanhemmat. Lapset kokivat hyötyvänsä yksilö- ja perhepainotteisesta kuntoutuksesta ja vanhemmat puolestaan saivat voimavaroja perheterapeuttisesti ja ryhmätoimintaan painottuvasta kuntoutuksesta. Vanhempien voimavarojen saannissa tilastollisesti merkitseväksi tekijäksi osoittautui myös lähipiirin tuki. Vanhemmat, jotka saivat tukea toisilta perheenjäseniltä, isovanhemmilta, muilta sukulaisilta tai ystäviltä, kokivat hyötyvänsä perhekuntoutuksesta keskimäärin enemmän kuin ne, joilta lähipiirin tuki puuttui. Lähipiiristä saatu apu antoi vanhemmille voimavaroja tukea lasta edesauttaen heidän omaa jaksamistaan. Jos vanhemmat saivat kuntoutuksesta voimavaroja vanhemmuuteensa, yleensä myös lapsi koki saaneensa kuntoutuksesta apua. (Linnakangas 2010, 41–42.)

VERKOSTOJEN KÄYTTÖ PERHEKUNTOUTUKSESSA. Perhekuntoutusta toteuttaneet palveluntuottajat tekivät yhteistyötä mm. lähettäjätahon, lapsen päivähoiton ja koulun kanssa. Yhteistyötä tehtiin kuntoutukseen ohjaamisessa sekä osallistumalla erilaisiin verkostopalaveriin kuntoutusprosessin aikana (Linnakangas ja Lehtoranta 2009, 38). Yhteistyön tavoitteena oli hyödyntää eri tahojen ja ammattilaisten asiantuntemusta lapsen ja perheen hyvinvoinnin edistämiseksi.

Lähettäjätahon kanssa tehty yhteistyö tarkoitti tyypillisimmillään sitä, että palveluntuottaja otti huomioon lapsen tai nuoren lähetteessä ilmaistut tavoitteet laa-

tiessaan perheen kanssa kuntoutussuunnitelmaa ja oli tarvittaessa yhteydessä lähettäjäthoon kuntoutuksen aikana. Osa palveluntuottajista koki tällöin haastavaksi yhteisten kuntoutustavoitteiden luomisen. Muutamassa perhekuntoutushankkeessa jokaisen lapsen kuntoutussuunnitelma laadittiin yhteistyössä perheen ja lähettäjäthoon kanssa. Säännöllinen yhteydenpito lähettäjäthoon helpotti kuntoutuksen loppuvaiheessa nk. siirtovaihetta, jolloin lapsen hoito palautui hoitavalle taholle. Tiivis yhteydenpito lähettävän tahon ja perhekuntoutusta toteuttavan palveluntuottajan välillä oli tärkeää siksi, että hoidon järjestämisvastuu säilyi julkisella terveydenhuollolla ja usein hoitosuhde myös jatkui siellä kuntoutuksen jälkeen.

Palveluntuottajat kokivat verkostotyön päivähoidon ja koulun kanssa haasteelliseksi ja vain osa teki konkreettista yhteistyötä verkostojen kanssa. Yhteistyön sisällöissä ja intensiteetissä oli suuria eroja. Päivähoidon ja koulun kanssa tehty yhteistyö näkyi harvoissa perhekuntoutushankkeissa niin, että olisi etsitty yhteisiä käytäntöjä lapsen tai nuoren arkipäivään. (Linnakangas ym. 2010, 46.) Vanhempien ja päivähoidon tai koulun kanssa yhteistyössä toteutettu kuntoutus vaatii erityistä huomiota ja panostusta. Lapsen arjen ympäristöihin (päivähoitoon ja kouluun) verkostoituminen voi edesauttaa kuntoutuksen onnistumista ja tukea perheen arjen sujumista (ks. Kalland 2001, 223; Solantaus 2007). On tärkeää, että vanhemmilla on tarvittaessa mahdollisuus osallistua sellaiseen verkostoyhteistyöhön, joka edesauttaa lapsen tai nuorten kuntoutumista.

Yhteenveto ja johtopäätöksiä

Tutkimuksemme tulokset osoittavat, että perheet hyötyvät perhekuntoutuksesta ja kuntoutus edesauttaa lasten ja nuorten psykiatristen oireiden vähenemistä. Vanhempien arvioiden perusteella lasten oireet vähenivät lähes kahdella kolmesta. Useat tekijät myötävaikuttivat lasten ja nuorten avunsaantiin sekä vanhempien saamiin voimavaroihin kuntoutuksesta.

Kuntoutuksen kesto on keskeinen tekijä lasten ja nuorten oireilun vähenemisessä. Se ennustaa myös vanhempien voimavarojen saantia sekä lapsen kokemaa avun saantia. Kysymys siitä, kuinka pitkäkestoinen kuntoutus on riittävää, ei ole kuitenkaan yksiselitteinen. Alle vuoden kestävää kuntoutusta voidaan kuitenkin pitää lyhyenä, ellei kysymyksessä ole intensiivinen, pitkälle kehitetty ja rajatulle kohderyhmälle suunniteltu toimintamalli (Linnakangas ym. 2010, 53). Saamamme tulokset vahvistavat Westmanin ym. (2005, 47) johtopäätöstä siitä, ettei keveiden interventioiden avulla voida vaikuttaa vaativiin ja pitkän ajan kuluessa syntyneisiin ongelmiin.

Havaitsimme, että kiinteä perheyhteys ja vanhempien kuntoutuksesta saama tuki ennustavat lapsen kokemusta kuntoutuksesta saadusta hyödystä. Siksi on tärkeää tukea perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta sekä tarjota mahdollisuuksia ja kannustimia perheenjäsenten yhdessä toimimiseen. Yhdessä toimiminen auttaa perhettä kasvamaan ja kehittymään perheenä (ks. Koskisuus ja Kulola 2005, 201).

Perheen vahvuuksia tukemalla ja vanhemmuutta vahvistamalla voidaan auttaa lasta, mihin tulokseen myös Graves ja Shelton (2007) ovat päätyneet. Keskeiseksi muodostuu myös perheen luonnollisten verkostojen vahvistaminen lapsen kasvun ja kehityksen ohjaamisessa. Lähipiiristä, perheenjäseniltä, isovanhemmilta, muilta sukulaisilta ja ystäviltä saatu tuki lisää vanhempien voimavaroja. Kun vanhemmat saavat voimavaroja vanhemmuuteensa, se vaikuttaa myönteisesti myös lapsen kokemukseen avun saannista.

Monimuotoinen vaikuttaminen on välttämätöntä lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin vastaamisessa. Monimuotoinen toiminta tarkoittaa perheen kohtamista koko perheenä, vertaisryhmien käyttöä sekä työskentelyä erilaisissa kokoonpanoissa (lapsi, vanhemmat, perhe) ja yhteistyöverkostoissa. Kuntoutusprosessiin on tärkeää saada vanhempien tueksi lähiaikuisia päivähoidosta ja koulusta. Alle kouluikäisillä päivähoiton ja kodin, ja kouluikäisillä koulun ja kodin välinen toimiva yhteistyö tukee lapsen kuntoutumista. Kodin ohella päivähoito ja koulu voivat toimia lapsen ja nuoren mielenterveyttä tukevinä yhteisöinä, jos kuntoutuksella onnistutaan edesauttamaan yhteisten käytäntöjen syntymistä lapsen ja nuoren kasvun ja kehityksen edistämiseksi. Parhaimmillaan yhteisten käytäntöjen jatkuminen kuntoutuksen jälkeen tukee lapsen ja nuoren hyvinvointia.

Lapsen arjen keskeiset toimijat, päivähoito ja koulu, ovat perheen ohella keskeisessä asemassa lapsen kuntoutustarpeen havaitsemisessa. Nopea reagointi lasten ja nuorten asioihin on keskeistä. Jos kuntoutuslähete saadaan nopeasti esimerkiksi terveyskeskuksesta tai koulusta, kuntoutus voi parhaassa tapauksessa ehkäistä lapsen vakavampien mielenterveysongelmien muodostumista tai niiden kärjistymistä. Kuntoutus päästään kuitenkin valitettavan harvoin aloittamaan riittävän ajoissa. Tällöin vaarana on se, että lapsen ja perheen ongelmat ovat saattaneet kärjistyä siinä määrin, että kuntoutus ei johda toivottuihin tuloksiin. Erikoissairaanhoidosta tulevien lasten ja nuorten tilanteet ovat yleensä tarkasti tutkittuja, mutta usein pitkälle edenneitä.

Tutkimuksemme osoittaa, ettei yksi toimintamalli pysty ratkaisemaan perheiden ongelmia, vaan perhekuntoutuksessa tarvitaan erilaisia työtapoja samankin perheen kohdalla. Kuntoutuksen toimintamuodot ennustivat eri tavalla lasten ja vanhempien kuntoutuksesta saamaa tukea. Lapset hyötyivät kahdenkeskisestä ja perhepainotteisesta kuntoutuksesta ja vanhemmat puolestaan perheterapeuttisesta ja ryhmäpainotteisesta kuntoutuksesta. Erilaisten toimintatapojen hyödyntäminen korostuu erityisesti silloin, kun kohdejoukko on heterogeeninen ja perheiden tarpeet ovat moninaisia.

Lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishanke oli tavoitteiltaan haasteellinen, mutta samalla erittäin tärkeä. Kehittämishankkeen arvioinnin teki vaativaksi se, että perhekuntoutushankkeet olivat varsin heterogeenisia lapsimäärien, perheiden kuntoutustarpeiden ja kuntoutuksessa käytettyjen menetelmien ja toimintamuotojen suhteen. Myös lasten ikä vaihdellen 5 vuodesta 25 vuoteen sekä lasten ja nuorten monenlaiset oireet toivat omat haasteensa perhekuntoutushankkeiden toiminnalle ja arviointityöllemme.

Parhailtaan käydään keskustelua siitä, miten julkinen terveydenhuolto kykenee vastaamaan lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin ja miten sen toimintaa voitaisiin täydentää esimerkiksi Kelan järjestämän perhekuntoutuksen avulla. Koska Kelan rooli lasten ja nuorten kuntoutuksessa täydentää terveydenhuollon järjestelmää ja Kelan tukema kuntoutus edellyttää diagnoosin asettamista lapselle, perhekuntoutuksen haasteet eivät ratkea yksinomaan Kelan toiminnan avulla. Perhekuntoutuksen tulevaisuutta pohdittaessa eri tahojen yhteistyö nousee esille keskeisenä toimintaperiaatteena (ks. myös Koivikko ja Sipari 2006, 79).

Lopuksi

Tällä hetkellä on käynnissä Lasten perhekuntoutuksen kehittämishanke (LAKU-hanke, vuosille 2010–2015), jonka avulla Kela jatkaa monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämistä. Uudessa hankkeessa hyödynnetään lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen (LN-hankkeen) tuloksia mm. rajaamalla kohdejoukko suppeammaksi, tuomalla kuntoutusmalliin verkostotyötä tukevia elementtejä sekä yhtenäistämällä kuntoutusmallia. LAKU-hankkeen palveluntuottajat veloitetaan tiiviiseen yhteistyöhön lapsia kuntoutukseen lähettävän tahon ja sidosryhmien (päivähoidon, koulun) kanssa kuntoutuksen suunnittelussa ja sen toteuttamisessa. Kuntoutusmalli rakentuu moduuleille, joista osa on tarkoitettu kaikille perheille ja perheenjäsenille ja osa on valinnaisia. Perheenjäseniä tavataan erilaisissa kokoonpanoissa (lapsen tapaamiset, perheen tapaamiset, vertaisryhmät). Kuntoutus on suunnattu 4–6-vuotiaille lapsille, joilla on todettu samanaikaisia käytös- ja tunne-elämän häiriöitä, ja 7–12-vuotiaat lapsille, joilla on todettu neuropsykiatrisen häiriön ja tämän lisäksi voi olla psykiatrisia häiriöitä, sekä lasten perheille. LAKU-hankkeessa pyritään aikaan saamaan toimivia palveluketjuja eri tahojen kesken lasten mielenterveyden edistämiseksi. Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö ovat aloittaneet yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa LAKU-hankkeen arviointitutkimuksen.

Lähteet

- Aalto-Setälä, T. & Marttunen M. 2007: Nuoren psyykinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? *Duodecim* 123, 207–213.
- Achenbach, T.M. & Dumenci, L. & Rescorla, L.A. 2003: Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology* 31:1, 1–11.
- Almqvist, F. & Kumpulainen, K. & Ikäheimo, K. et al. 1999: Behavioural and emotional symptoms in 8–9-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8:4, 7–16.
- Collishaw, S. & Maughan, B. & Goodman, R. & Pickles, A. 2004: Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 150–162.

- Erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön avohoito 2008. [päivitetty 11.2.2010] [viitattu 1.12.2010]. Saatavissa: <<http://www.stakes.fi/Fi/tilastot/aiheittain/Mielenterveys/index>> ja <<http://www.stakes.fi/Fi/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/avohoito/erikoissairaanhoido.htm>>.
- Eriyisopetukseen siirretyt peruskoulun oppilaat 1995–2009. [päivitetty 11.6.2010] [viitattu 1.12.2010]. Saatavissa: <http://www.stat.fi/til/erop/2009/erop_2009_2010-06-11_tau_001_fi.html>.
- Fröjd, S. & Charpentier, P. & Luukkala, T. ym. 2004: 9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla. Peruseräraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisuja 7. Tampere.
- Goodman, R. 1997: The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, 581–586.
- Goodman, R. 2001: Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry* 40, 1337–1345.
- Goodman, R. & Ford, T. & Corbin, T. & Meltzer, H. 2004: Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13:2, 25–31.
- Graves, KN. & Shelton, TL. 2007: Family Empowerment as a Mediator between Family-Centered Systems of Care and Changes in Child Functioning: Identifying an Important Mechanism of Change. *Journal of Child and Family Studies* 16, 556–566.
- Haarasilta, L. 2003: Major depressive episode in adolescents and young adults – a nationwide epidemiological survey among 15–24-year olds. Publications of the National Public Health Institute A 14. Helsinki. [viitattu 3.11.2009]. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2003a14.pdf>.
- Haarasilta, L. & Aalto-Setälä, T. & Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2000: Nuorten masennus: esiintyvyys, muut mielenterveyden häiriöt ja terveyspalvelujen käyttö. *Suomen Lääkärilehti* 55 (24–26), 2635–2642.
- Hallitusohjelma 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007.
- Hallitusohjelma 2010. Pääministeri Mari Kiviniemen hallituksen ohjelma 22.6.2010.
- Heino, T. & Berg, K. & Hurtig, J. 2000: Perhetyön ilo ja hämmennys. Lastensuojelun perhetyömuotojen esittelyä ja jäsenyksiä. Stakes, Aiheita 14. Helsinki.
- Häggman-Laitila, A. & Euramaa, K-I. 2003: Finnish families' need for special support as evaluated by public health nurses working in maternity and child welfare clinics. *Public Health Nursing* 20:4, 328–338.
- Kalland, M. 2001: Kiintymyssuhdeteorian kliininen merkitys: soveltaminen erityistilanteissa. Teoksessa: Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.) *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. WSOY. Vantaa, 198–233.
- Kasvatus- ja perheneuvoloiden toiminta [päivitetty 14.4.2009] [viitattu 2.12.2010] Saatavissa: <www.stakes.fi/Fi/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/kasvatuperheneuvolat_toiminta.htm> ja <<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu>>.
- Kessler, RC. & Berglund, P. & Demler, O. & Jin, R. & Merikangas, KR. & Walters, EE. 2005: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:6, 593–602.
- Koivikko, M. & Sipari, S. 2006: Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Vajaaliikkeisten kunto ry. Valkeakoski.
- Koskelainen, M. 2008: The Strengths and Difficulties Questionnaire. Among Finnish School-Aged Children and Adolescents. *Annales Universitatis Turkuensis D* 809. Turku.
- Koskelainen, M. 2009: Child Behaviour Checklist vs. Strengths and Difficulties Questionnaire. Power Point Helsinki 21.4.2009. [viitattu 14.5.2009]. Saatavissa: <http://www.lpsy.org/bin/A456KOSKELAINEN_HO.pdf>.
- Koskelainen, M. & Sourander, A. & Vauras, M. 2001: Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10, 180–185.

- Koskisuu, J. & Kulola, T. 2005: Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Edita. Helsinki.
- Kumpulainen, K. 2004: Epidemiologia ja häiriöiden jatkuvuus. [Häiriöiden esiintyminen, luokittelu ja tutkiminen] Teoksessa: Moilanen, I. & Räsänen, E. & Tamminen, T. & Almqvist, F. & Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä, 130–141.
- Kumpulainen, K. & Räsänen, E. & Henttonen, I. & Hämäläinen, M. 2000: The persistence of psychiatric deviance from the age of 8 to the age of 15 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35, 5–11.
- Lapset ja nuoret terveiksi ja hyvinvoiviksi. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 26/2010. Helsinki.
- Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. Opetusministeriö, 2007. [viitattu 18.2.2008]. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemisohjelma/liitteet/lapsi_ja_nuorisopolitiikan_kehittamisohjelma.pdf>.
- Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma 2007–2010. [viitattu 17.12.2010]. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/lapset_nuoret_perheet/index.html>.
- Lastensuojelu 2009. [päivitetty 26.11.2010] [viitattu 1.12.2010]. Saatavissa: <www.stakes.fi/Fi/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/lastensuojelu.htm>.
- Laukkanen, E. & Pylkkänen, K. & Hartikainen, B. & Luotoniemi, M. & Julma, K. & Aalberg, V. 2003: A new priority in psychiatry: Focused services for adolescents. *Nord J Psychiatry* 57:1, 37–43.
- Lehto-Salo, P. & Marttunen, M. 2008: Tyttöjen käytöshäiriön erityispiirteitä. *Suomen Lääkärilehti* 63, 4429–4435.
- Linnakangas, R. & Lehtoranta, P. 2009: Lapset ja nuoret kuntoutuksessa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämissankkeen arvioinnin osaraportti. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 69. Sastamala.
- Linnakangas, R. & Lehtoranta, P. & Järvikoski, A. & Suikkanen, A. 2010a: Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämissankkeen arviointi. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109. Sastamala.
- Linnakangas, R. & Lehtoranta, P. & Järvikoski, A. & Suikkanen, A. 2010b: Lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutus. Muutosten ja koettujen vaikutusten arviointi. *Kuntoutus* 33:4, 3–20.
- Luopa, P. & Pietikäinen, M. & Jokela, J. 2008: Kouluterveyskysely 1998–2007. Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Stakes, Raportteja 23. Helsinki.
- Martikainen, JE. & Autti-Rämö, I. 2010: Lääkkeitä rauhattomille pojille ja masentuneille tytöille. Teoksessa: Hämäläinen, U. & Kangas, O. (toim.) Perhepiirissä. Kela, Tutkimusosasto. Sastamala, 216–235.
- Mattus, M-R. 1999: Perhelähtöinen arviointi: Haastattelumenetelmä interventiona HMI. Jyväskylän yliopisto, Erityispedagogiikan laitos, Opetusmateriaali 11. Jyväskylä.
- Obel, C. & Heiervang, E. & Rodriguez, A. et al. 2004: The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13:2, 32–39.
- Perhekuntoutustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 22/1993. Helsinki.
- Piha, J. 2004a: Lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluketju [Palvelujärjestelmä]. Teoksessa Moilanen, I. & Räsänen, E. & Tamminen, T. & Almqvist, F. & Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä, 378–381.
- Piha, J. 2004b: Sosiaalitoimen mielenterveyspalvelut [Palvelujärjestelmä]. Teoksessa Moilanen, I. & Räsänen, E. & Tamminen, T. & Almqvist, F. & Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä, 383–385.
- Piha, J. & Kaivosoja, M. & Salomaa, K. 2000: Lasten mielenterveyspalveluselitys. Stakes, Aiheita-monistesarja 4. Helsinki.

- Pylkkänen, K. 2003: Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. Nuotta-projektin loppuraportti 2003. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Selvityksiä 13. Helsinki.
- Pönkkö, M-L. & Ebeling, H. & Taanila, A. & Linna, S-L. & Moilanen, I. 2002: Psychiatric disorders of children and adolescents – a growing problem at school. *International Journal of Circumpolar Health* 61, 6–16.
- Ranta, K. & Kaltiala-Heino, R. & Rantanen, P. & Pekonen, M. & Marttunen, M. 2001: Nuorten ahdistuneisuushäiriöt. *Duodecim* 117, 1225–1232.
- Rutter, M. & Smith, DJ. 1995: Time trends in psychological disorders of youth. Teoksessa Rutter, M. & Smith, DJ. (toim.) *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes*. Wiley. Chichester, 764–781.
- Santaltahti, P. & Sourander, A. 2008: Onko lasten psykiatrinen sairastavuus lisääntynyt? *Duodecim* 124, 1499–1506.
- SDQ Record Sheet. [viitattu 17.12.2010] Saatavissa: <<http://www.sdqinfo.com/ScoreSheets/e5.pdf>>.
- Solantausta, T. 2007: Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut remonttiin. *Helsingin Sanomat*. Mieli-pide 16.11.2007.
- Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimais- ta yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Julkaisuja 14/2006. Helsinki.
- Sourander, A. & Niemelä, S. & Santaltahti, P. & Helenius, H. & Piha, J. 2008: Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children. A 16-year population based time-trend study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, March, 47, 317–327.
- Stakes 2008. Lastensuojelu 2007 – Barnskyddet 2007 – Child welfare 2007. *Tilastotiede* 23/2008. [viitattu 15.8.2008]. Saatavissa: <<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/lastensuojelu.htm>>.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Konsensuskokous 1.–3.2.2010. Konsensuslausuma. [viitattu 23.9.2010]. Saatavissa: <http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=3073>.
- Suvisaari, J. & Manninen, M. 2009: Käytöshäiriön ennusteeseen vaikutetaan parhaiten puuttamalla ongelmiin varhain. *Suomen Lääkärilehti* 64, 2459–2464.
- Taipale, V. 1998: Lasten mielenterveystyö. WSOY. Porvoo.
- Tuori, T. & Sohlman, B. & Ekqvist, M. & Solantausta, T. 2006: Alaikäisten psykiatrinen sairaalahoi- to Suomessa 1995–2004. Stakes, Raportteja 13. Helsinki.
- Verhulst, FC. & van der Ende, J. & Rietbergen, A. 1997: Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatr Scand* 96, 7–13.
- Westman, R. & Haverinen, R. & Ristikartano, V. & Koivisto, J. & Malmivaara, A. 2005: Perheint- erventioiden vaikuttavuus. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 5. Helsinki.

Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta

Marja Koukkari

Käsittelen artikkelissani otsikon aihetta väitöstutkimukseni (Koukkari 2010) näkökulmasta, jossa piirtyy kuvaus kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta vammautuneiden ihmisten itsensä ääneen lausuttujen käsitysten kautta. Filosofisesti tutkimuksessani on kysymys ihmisarvosta ja vammaisen ihmisen arvostuksesta hänen omassa arkitodellisuudessaan yhteiskunnassamme, joka korostaa oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoisuutta. Menetelmällisesti kysymys on vammautuneiden ihmisten äänen kuulemisesta ja heidän elämäntilanteensa ymmärtämisestä fenomenografisen menetelmän avulla. Fenomenografia on laadullista tutkimusta ohjaava suuntaus, jossa tutkimuskohteena ovat ihmisten monenlaisia arkipäivän ilmiöitä koskevat käsitykset ja niiden erilaiset ymmärtämisen tavat (Marton 1988).

Kaiken humanin yhteiskunnallisen toiminnan perustana on lähimmäisen rakkauden toteutuminen kuntoutujien ja kuntoutustyöntekijöiden kohtaamisissa. Suomen perustuslaki luo pohjan tälle periaalle. Se on eettisen koodin siivittäjä. Tämä periaate luo dynaamisen toimintakulttuurin, joka vastaa – tai sen pitäisi vastata – kunkin ajan haasteisiin. Dynamisuus ei tarkoita lineaarista ylöspäin etenevää tapahtumien sarjaa, vaan siihen liittyy vaihtelevasti elämän myötä- ja vastamäkeen liittyviä tilanteita. Kuntoutumisen ytimenä on kuntoutujan autonomia, hänen oman toimintakykyisyytensä tunnistaminen ja tunnustaminen, toimintakyvyn arviointi ja selkeä kuntoutussuunnitelma.

Kuntoutuksen ydintä on nähdä kuntoutuja ainutkertaisena yksilönä, jossa kuntoutumisen tavoitteet määrittyvät kuntoutujan ja kuntoutusta toteuttavien ammattiosajien dialogisena yhteistyönä. Kuntoutujan itse asettama tavoite kuntoutumiselle on arvokas ja ainutkertainen. Se voi olla unelma tai haave sellaisestakin, jonka toteutuminen ei näytä aluksi realistiselta. Tällaisissa tilanteissa kuntoutustyöntekijältä edellytetään inhimillistä ymmärrystä ja herkkyyttä. Siinä vaaditaan paljon oikeita sanoja ja oikeaa asennetta.

Suunnitelma merkitsee kuntoutuksen toteutuksessa jatkuvuutta. Tutkimukseni osoitti kuitenkin kuntoutussuunnitelman ohuuden suomalaisessa kuntoutuksessa. Kuntoutuskäytänteissä kuntoutujan osallistuminen omaa kuntoutustaan koskevaan päätöksentekoon ja suunnitteluun on sattumanvaraista. Kuntoutujat kokevat, että kuntoutus ja kuntoutuminen eivät kulje käsi kädessä vaan ovat irrallisia prosesseja. Kuntoutujat kokevat usein jääneensä jopa heitteille ja aivan ulkopuoliseksi omaa kuntoutustaan koskevissa asioissa ja kuntoutuksen toteutukseen liittyvissä järjestyksissä. Kuntoutuminen on saattanut loppua kuntoutuspalveluiden puuttumisen vuoksi. Kun näin käy, olisi yhä enemmän puhuttava ja toimittava ihmisarvon ja sen arvottamisen puolesta. Kysymys kuuluu päätöksentekijöille: Mitä pidetään tärkeänä

ja mitä varten toimitaan. Milloin kuntoutusta koordinoivien ammattihenkilöiden tehtävät nähdään välttämättömiksi?

Ihmisarvon tunnistaminen ja tunnustaminen kuntoutuksessa

Tavoitteiden konkretisoituminen tapahtuu kuntoutujan oppimis- ja muutosprosessien kautta. Tästä syntyy toivetilä, jonka saavuttamisesta muodostuu kuntoutujalle tavoitteellinen päämäärä, jonka eteen kannattaa ponnistella. Silloin ei tarvitse asettaa kyseenalaiseksi realistisuutta, koska pienikin edistysaskel kuntoutujalle on suuri edistys suhteessa henkilökohtaiseen päämäärään. Tässä on kysymys efektistä, jonka vaikutus kullekin yksilölle on erilainen. Efektin suuruuden määrittävät kuntoutujat itse tuntemuksiansa kautta. Näihin tuntemuksiin vaikuttavat kuntoutujien subjektiiviset kokemukset kuntoutuksesta. Kuntoutujien käsityksistä piirtyy kuva kuntoutumisesta, joka muodostaa komposition, sommitelman siitä, miten toimintakyvyn edistämiseen, itsenäisen selviytymisen tukemiseen, hyvinvoinnin edistämiseen, syrjäytymisen ehkäisemiseen ja elämänhallinnan vahvistamiseen liittyvät asiat tulevat tosiksi vammautuneiden ihmisten elämässä.

Kuntoutuksessa kuntoutustyöntekijät kohtaavat ihmisiä eri elämäntilanteissa, joissa korostuvat ihmisen moninaisuus, arvonäkökantojen erot ja kuntoutustarpeiden vaihtelevuus sekä monimuotoisuus. Moninaisuudella tarkoitetaan ihmisten omaleimaisuutta muun muassa sukupuolen, iän, etnisen taustan, kulttuurin, yksityiselämän, uskonnon, koulutuksen, fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn tai seksuaalisen suuntautuneisuuden perusteella. (Soni 2000; Visti & Ayim & Heiskanen & Härkönen & Ruoppila 2006, 427; Milliken & Martins 1996; Saikku & Karjalainen 2007, 15; Järvikoski & Karjalainen 2008, 90–91.)

Kuntoutustoiminnan perusajatuksena on inhimillisuus ja oikeudenmukaisuus, huolimatta nykyaikana korostuneesta hyöty- ja tehokkuusnäkökulmista. Tällaisen keskustelun suurin vaara on kuntoutujan unohtaminen yhteiskunnalliseen marginaaliin. Huolestuttavinta nykykeskustelussa on ihmisarvon tasavertaisuusperiaatteen poisjättäminen. Kunkin maan voimavarana ja suhteellisena etuna olisi aina huolehtia niistä, jotka tarvitsevat eniten apua. Vammaisista ja heikossa asemassa olevista ihmisistä huolehtiminen kuvaa kansakunnan arvopohjaa ja luo muista maista arvostavan katseen. Maita tullaan arvostamaan jatkossa juuri tämän perusperiaatteen kautta (Koivukangas 2010).

Kuntoutujat kokivat välittämisen tunnetta silloin, kun heille oli annettu tilaa itse vaikuttaa oman elämäntilanteensa edistämiseen. Kuntoutusta toteuttavan ammattihenkilön suurinta oivallusta on toiminta, jossa hän oman sisäisen herkkyyden ja intuition kautta voi osallistua kuntoutujan tavoitteiden asettamiseen ja toteutumiseen niin, että kuntoutussuunnitelmassa toteutuu kuntoutujan arvopohjan mukainen ohjelma. Näin kuntoutujan vaikutusmahdollisuudet tunnistetaan ja tunnustetaan, eivätkä ne saa koskaan olla tulkintakysymyksiä vaan itsestäänselvyksiä. Ne eivät kuitenkaan ole itsestäänselvyksiä kuntoutujien arjessa eivätkä sen kuntoutuja-

lähtöisessä järjestelmässä. Tutkimukseni osoitti, että kuntoutujat kokivat holhoavaa ja autonomiaa loukkaavaa asennoitumista muun muassa hoitohenkilökunnan taholta silloin, kun kuntoutujalle olisi ollut tärkeää opetella uuden elämäntilanteen mukanaan tuomia selviytymisstrategioita ja itsenäisen toimintakyvyn edellytyksiä elämönhallinnassa. Kuntoutuskäytännöissä kuntoutujalähtöinen toimintamalli ei ole itsestäänselvyys.

Oppimis- ja muutosprosessin lisäksi kuntoutuminen ymmärretään kuntoutujan empowerment-prosessiksi (yleisimmin suomenkielisenä sanana on käytetty voimaantumisen), jossa Onkenin, Craigin, Ridgwayn, Raplhin ja Cookin (2007) mukaan korostuu dynaaminen vuorovaikutussuhde yksilön ja ympäristön välillä. Vuorovaikutuksen dynaamisuus sisältää niin yksilöön kuin ympäristöön liittyviä piirteitä, jotka joko edistävät tai estävät kuntoutumista. Tavoitteenahan on oman elämän uudelleen rakentaminen, uusien merkitysten etsiminen ja löytäminen muuttuneessa elämäntilanteessa, jossa kokonaisuuden hallinta edellyttää voimavaroja selviytyä ja tarkastella elämää vammaisuuden aiheuttamasta muuttuneesta näkökulmasta. Ratkaisujen etsiminen ja löytäminen sekä niiden yhdistäminen olemassa olevaan arkitodellisuuteen on kuntoutujalle ja hänen sosiaaliselle ympäristölleen haastavaa. Tässä kuntoutumisprosessissa asiantuntijan ohjaus ja tuki on usein kuntoutumisen edellytys, huolimatta edellä olevassa korostuksessani kuntoutujan omasta roolista kuntoutumisprosessissa. Kuntoutujalta ei siis voi vaatia pelkästään omien voimavarojen uutta itsehallintaa eikä eheyttä. Asiantuntija tunnistaa kuntoutujan voimavarojen luonteen.

Kuntoutujat kokevat, että kuntoutumiseen sisältyy paljon sellaista, josta heidän täytyy itse selvittää: oppia toimimaan uudella tavalla, säilyttää motivaatio ja elämänsusko, kohdata arkitodellisuus sekä suunnata rohkeasti katsetta myös tulevaisuuteen. Näissä kysymyksissä etsitään vastauksia asioihin, jotka liittyvät ihmisen elämönhallintaan ja henkilökohtaisiin voimavaroihin kuntoutumista edistävissä vaiheissa. Edellä mainittuun viitaten kuntoutumisen ymmärtäminen henkilökohtaisena oppimis- ja muutosprosessina, nousee esille kuntoutujan aktiivinen rooli ja vaikutusmahdollisuudet sekä kuntoutujan ja ympäristön välinen suhde kuntoutustoiminnan lähtökohtana.

Kuntoutujan valinnan mahdollisuudet

Rissasen (2008, 671) mukaan kuntoutuminen merkitsee kuntoutujalle aina sisäistä muutosta. Sen vuoksi se on tapahtumana lähinnä psyykinen silloinkin, kun kuntoutuminen edellyttää fyysisen suorituskyvyn paranemista tai uusiin sosiaalisiin rooleihin kasvamista ja oppimista. Rissasen mukaan yksilön kasvua ja kuntoutumista määräävät enemmän erilaiset hallinnan keinot ja sisäiset ajattelutavat kuin mitkään hoitokeinot. Kuitenkin on välttämätöntä korostaa, ettei ilman kuntoutusta vammautuneen ihmisen oma hallinta voi luoda sellaista eheyttä, että hän pystyisi yksin selviytymään muuttuneesta elämäntilanteestaan. Vaikka tavoitteena on motivoida kuntoutujaa, ei se voi tapahtua ilman kuntoutustyöntekijöiden ja muiden ammattiauttajien apua. Se ei toimi ilman sosiaalisen verkoston läsnäoloa.

Kuntoutuksen perimmäisinä arvoina on onnellisuus, vapaus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. (Järvikoski & Härkäpää 2004; Dougherty 1991; Curtis 1998.) Pyrkimys onnellisuuteen liittyy kuntoutujan terveyden, hyvinvoinnin ja toimintamahdollisuuksien edistämiseen. Vapaudella tarkoitetaan kuntoutujan itsemääräämisoikeuden, autonomian, subjektiivisuuden ja valinnan mahdollisuuksien toteutumista sekä elämänhallinnan arvopäämäärän korostamista kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo kuntoutuksessa haastavat yhteiskunnan huolehtimaan kaikista kansalaisista tasapuolisesti ja samojen periaatteiden mukaisesti. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 30; Dougherty 1991, 8–9; Curtis 1998, 45–46.)

Airaksisen (2008, 116) mukaan kuntoutuksen etiikka pohjaa velvollisuusetiikkaan, jossa periaatteena on kohdella kaikkia ihmisiä samalla tavalla satunnaisiin piirteisiin puuttumatta sekä ihmisen itseisarvoa kunnioittaen. Velvollisuusetiikan yleistettävyyksivaatimus edellyttää myös kuntoutujan vastuun ottamista itsestään: vaatimus itseä koskevasta oikeasta kohtelusta edellyttää kohtelevaan myös itseä oikein. Tämän lisäksi jokaisen kuntoutujan tulee kunnioittaa omaa ihmisarvoaan eikä suosia olemaan kuntoutettava väline. Airaksinen korostaa arvojen vastavuoroisuutta ja kuntoutujan aktiivisuutta sekä sitoutuneisuutta omaan kuntoutukseensa toteamalla, että kuntoutus on kuntoutujan avustamista kuntoutumisessa. Tämä lause kokoaa yhteen myös omassa tutkimuksessani esittämäni humanit perusperiaatteet: yhdessä ja yksin, mutta ei yksinäisesti.

Kuntoutuminen sisältää ja vahvistaa ihmisen inhimillistä ja sosiaalista pääomaa. Kuntoutuksen tulisikin kaikin keinoin edistää näiden pääomien kasvua, sillä se on myös yhteiskunnan inhimillinen investointi ihmiseen. Investointeina ne luovat samalla työllisyyttä ja palautuvat yhteiskuntaan monine kerrannaisvaikutuksineen.

Lindhin ja Suikkasen (2008, 62) mukaan kuntoutustoiminnan tulee kyetä vastaamaan seuraaviin yhteiskunnan tarpeista nousseisiin haasteisiin: a) kuntoutustarpeen riittävän varhaiseen tunnistamiseen, b) mahdollisuuden siirtyä standardoiduista kuntoutuspalveluista nykyistä yksilöllisempiin ja joustavampiin ratkaisuihin, c) uudentyyppisten ammatillisten kuntoutuspalvelujen luomiseen välityömarkkinoiden kehittämiseksi, d) asiakkaan aseman vahvistamiseen sekä e) työnteon sosiaalisten esteiden ja riskien sisällyttämiseen työikäisen väestön kuntoutuksen käynnistymisen kriteereihin.

Tutkimuksessani kuntoutujat kokivat, että heidän taloudellinen toimeentulonsa oli turvattu yhteiskunnallisilla ratkaisuilla. Tämä ei merkinnyt kuitenkaan sitä, että vallitsevaan elämäntilanteeseen ilman palkkatyöhön osallistumista oltiin tyytyväisiä. Useat kuntoutujat olisivat halunneet osallistua avoimille työmarkkinoille ja kokivat siihen olevan edellytyksiäkin erityisjärjestelyjen avulla, mutta tätä mahdollisuutta ei heille tarjottu, tai siihen ei oltu halukkaita tarttumaan. Opiskeluun kannustamiseen ja vaihtoehtoisten opiskelumahdollisuuksien tukemiseen oltiin tyytyväisiä, mutta varsinaisen tavoite, saada työtä, oli harvinaista. Toisaalta myös kuntoutumisen seuranta niiden kuntoutujien kohdalla, jotka olivat olleet työelämässä, oli sattumanvaraista ja enemmän sopeuttavaa eläkkeelle siirtymiseen kuin työelämään kannustamiseen.

Kuntoutusta tulisikin arvioida systemaattisesti. Kuntoutuksen tulee sisältää vaihtoehtoisia ratkaisumalleja, ei standardoituja paketteja, vaan yksilöllisyyttä kunnioittavia, kuntoutujan aktiivisuutta edistäviä, mutta myös kuntoutujan voimavarat huomioivia ratkaisuvaihtoehtoja – aina rinnalla aktiivista ja itsenäisyyttä tukevaa toimintaa silloinkin, kun kuntoutujan voimavarat ovat vähäiset. Kuntoutujalähtöinen ja kuntoutujaa osallistava lähestyminen on tavoitteellisen kuntoutuksen osoitus hyödyllisestä investoinnista ihmiseen ja yhteiskuntaan.

Kuntoutustoiminnan on perustuttava myös käytännössä eri tahojen väliseen yhteistyöhön saumattomasti, ilman tiedonkulun katkeamista. Laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003) korostetaan kuntoutusyhteistyötä, jonka lähtökohdana on kuntoutujan asioiden hoitaminen kuntoutujalähtöisesti. Tiedonkulun esteettömyys ja sujuvuus ovat kuntoutuksessa ja palveluiden järjestämisessä erityisen tärkeitä. (Salmelainen 2008, 13–15.)

Kuntoutusprosessin vastuuhenkilön eli niin kutsutun kuntoutusohjaajan nimeäminen on yksi, erittäin tärkeä, ratkaisu epäkohtien poistamiseksi. Tällöin omaisten rooli olisi toimia kuntoutujan selviytymistä ja tavoitteita tukevan sosiaalisen verkoston jäsenenä sekä olla yhteistyökumppanina kuntoutujan kuntoutusprosessissa. Yhteyshenkilöiden puuttuminen oli aiheuttanut tilanteita, joissa jotkut kuntoutusta tarvitsevat eivät olleet saaneet kuntoutusta lainkaan. Kukaan ei kantanut vastuuta sen järjestämisestä. Tällainen toiminta tuli esille muun muassa käsityksissä, jotka kuvasivat yli 65-vuotiaan kuntoutujan syrjäyttämistä tai jopa heitteille jättämistä omaa kuntoutustaan koskevassa päätöksenteossa ja kuntoutuksen toteutumiseen liittyvissä kysymyksissä.

Kuntoutajat kokivat, että ilman omaisia heidän mahdollisuutensa selviytyä uudessa elämäntilanteessa ei olisi ollut mahdollista. Kyse oli tiedonvälittymiseen liittyvästä ilmiöstä. Asiakkaan hoitoa, kuntoutusta ja palveluita koskevat tiedonkulun puutteet näkyivät ongelmina hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuudesta tiedottamisessa. Kuntoutusjärjestelmän monimutkainen osajärjestelmätasoinen ja pirstaleinen organisaatio omine tavoitteineen, vastuineen ja johtajineen on aiheuttanut ongelmia kuntoutuksen toteutuksessa ja jatkuvuuden suunnittelussa. Järvikosken (2000) mukaan kuntoutujan kannalta on tärkeää, että eri järjestelmien ja organisaatioiden laatimat suunnitelmat muodostavat toisiinsa liittyvän kokonaisuuden, joista kuntoutuja on tietoinen, ja että kuntoutujalla on mahdollisuus olla mukana suunnitelman laatimisessa. Tällaisessa suunnitelmassa tulee olla tärkeänä tavoitteena kuntoutujan arkielämän sujuvuus.

Kuntoutajat kokivat kuntoutustyöntekijöiden merkityksen kuntoutumiselleen arvokkaana ja kuntoutumista edistävänä tekijänä. Kuntoutustyöntekijöiden osaamiseen liittyvät erityisalueet koettiin kuitenkin epäselvinä ja osittain kuntoutumista haittavanakin tekijänä. Toimintaterapeutin osaaminen yhdistettiin poikkeuksetta käden toimintoihin ja fysioterapeutin osaaminen kävelyttämiseen ja jalkojen toimintojen edistämiseen. Merkittävää käsitystä edusti näkemys fysioterapeutin osaamisen perustuvan pelkästään jalkojen toimintakyvyn edistämiseen, jossa keskeisin

elementti on kuntoutujan kävelytaidon opettaminen ja ohjaaminen. Kuntoutujat kokivat kuntoutusinterventiot kuntoutumista edistävänä silloin, kun kuntoutustyöntekijän osaamiseen yhdistettiin monipuolisesti erilaisia itsenäistä toimintakykyä ja elämänhallintaa edistäviä elementtejä. Kuntoutumista ei edistänyt toiminta, jossa kuntoutus kohdistui rajattuun kehon toimintaan liittyvään osa-alueeseen. Pirstaleinen ihmiskäsitys johtaa vääjäämättä sektoriosajiin, missä kuntoutuksen tavoite sosiaalisesta osallisuudesta ja subjektilähtöisestä toimijuudesta on vaarana jäädä ulottumattomiin. Liian usein kuntoutustyöntekijä ei kuuntele, mitä asiaa kuntoutujalla on. Usein kuntoutuksessa riittää alussa mainitsemani psyykinen ote ja kuntoutujan signaali: ”Kuuntele minua!” Kyse on ihmisen huomioimisesta ja kohtaamisesta arkielämän kysymyksissä. Kuntoutustyöntekijän tietoinen läsnäolo tilanteessa, joka on kuntoutujalle ainutkertainen, edistää kuntoutumisprosessia myönteiseen suuntaan.

Lind (2007, 32–33) toteaa kuntoutumisen jatkuvuuden olevan suuri haaste yhteiskunnalle. Hän ottaa kantaa kuntoutustyöntekijöiden erityisosaamiseen toteamalla, että eriytynyt asiantuntemus viipaloi moniammatillisesti kuntoutujan niin, että kokonaisuuden hallinta kuntoutujan tilanteesta on vaarassa hajota kaikkien ulottumattomiin. Hänen mukaansa kuntoutuksen ammattihenkilöillä on profession mukanaan tuoma ”pallo jalassa”, joka ei mahdollista liikkumatilaa toisten revii-rillä. Kuntoutus edellyttää moniammatillista yhteistyötä yli ammattirajojen. Lindin mukaan yhteistä työtä on liian vähän, mutta sen sijaan päällekkäin liimattua yhteistyötä liikaa. Tällä hän viittaa ammattien välisiin kvalifikaatioihin eli osaamisalueisiin ja niissä ilmeneviin päällekkäisyyksiin. Tämä näkemys tuli esille myös tutkimukseni kuntoutujien käsityksissä fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja puheterapeutin sekä psykologin osaamisalueisiin liittyvässä asiantuntijuudessa.

Kuntoutuksen koulutuksen kehittämishaasteena onkin kuntoutuksen yhteisen viitekehyksen löytäminen kuntoutusalan ammattitutkintoihin kuntoutustieteen teorioiden ja mallien kautta. Tämä tekee mahdolliseksi ja motivoi etsimään sekä löytämään ratkaisuja kuntoutujan kokonaisvaltaisen elämänhallinnan edistämiseen sekä moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen ja kehittämiseen.

Kuntoutujien käsityksissä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta piirtyy kuvaus ilmiöstä, jossa kuntoutus on kuntoutujan arjen toimintoja mahdollistava. Kokonaisvaltainen kuntoutuminen on näin kuntoutujan elämän arkea. Se on hänen itsensä luomien vuorovaikutussuhteiden sommittelua yhdessä toisten merkityksellisten ihmisten kanssa.

Lähteet

- Airaksinen, Timo 2008: Kuntoutuksen etiikka. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 111–119.
- Curtis, Rebecca S. 1998: Values and valuing in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*. February/March, 42–47.

- Dougherty, Charles J. 1991: Values in rehabilitation: happiness, freedom and fairness. *Journal of Rehabilitation*. January/February/March, 7–12.
- Järvikoski, Aila 2000: Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa Onnismaa, Jussi & Pasanen, Heikki & Spangar, Timo (toim.): *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2*. Ohjauksen toimintakentät. PS-kustannus. Porvoo.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2004: *Kuntoutuksen perusteet*. Wsoy. Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Karjalainen, Vappu 2008: Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosssina. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): *Kuntoutus*. Duodecim. Keuruu, 80–93.
- Koivukangas, Pirjo 2010: Henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2010.
- Koukkari, Marja 2010: Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 179. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopistokustannus.
- Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003.
- Lind, Seppo 2007: Rehasauruksen rehabilitointi. *Kuntoutus* 4, 32–33.
- Lindh, Jari & Suikkanen, Asko 2008: Ammatillinen kuntoutus pysyvässä muutoksessa. *Kuntoutus* 1, 59–63.
- Marton, Ference 1988: Phenomenography: a research approach to investigating different understandings of reality. Teoksessa Sherman R.R. & Webb R.B. (toim.): *Qualitative research in education: focus and methods*. Falmer. London, 141–161.
- Milliken, Frances J. & Martins, Luis L. 1996: Searching for common threads: understanding the multiple effects of diversity in organisational groups. *Academy of Management Review* 21, 402–433.
- Onken, Steven J. & Craig, Katherine M. & Ridgway, Priscilla & Ralph, Ruth O. & Cook, Judith A. 2007: An analysis of the definition and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31:1, 9–22.
- Rissanen, Paavo 2008: Terapiaa vai kuntoutusta? Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): *Kuntoutus*. Duodecim. Keuruu, 671–682.
- Saikka, Peppi & Karjalainen, Vappu 2007: Kohtaamisen muuttuva haaste. *Kuntoutus* 2, 15–26.
- Salmelainen, Ulla 2008: Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Soni, Vidu 2000: A twenty-first century reception for diversity on the public sector: A case study. *Public Administration Review* 60, 395–408.
- Visti, Annaliisa & Ayim, Seth Gyekye & Heiskanen, Heli & Härkönen, Leena-Kaisa & Ruoppila, Isto 2006: Moninaisuus työelämässä. *Psykologia* 6, 405–484, 427–439.

Osa III

Palvelujärjestelmä muuttuu
– mutta miten?

Kuntoutus työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskevista tavoitteista

Pirjo Juvonen-Posti, Juha Liira ja Jorma Järvisalo

Työssä jaksaminen ja jatkaminen ovat olleet Euroopan maiden työlistalla parin vuosikymmenen ajan. Tiedossa on ollut, että työvoima vanhenee, huoltosuhde muuttuu epäedulliseksi ja sosiaaliturvan rahoitus ja rakenne ovat muutosten edessä. Suomessa tulee jo nyt työmarkkinoille pienempi sukupolvi kuin siltä poistuu. Työurien jatkaminen nähdään keskeisenä suomalaisen yhteiskunnan selviämisen haasteena, ja työurien pidentämisessä työn ja työkyvyn merkitys on suuri.

Elämän laatu ja sisältö paranevat työssä, ja työttömät kokevat työkykynsä huonommaksi kuin työlliset (Pensola ym. 2006; Heponiemi ym. 2008). Eläkkeelle siirtymisikä on myöhentynyt neljällä kuukaudella vuodesta 2007 vuoteen 2009, ja vastaavana aikana työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on myöhentynyt kahdella kuukaudella. Vuonna 2009 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä 55 % siirtyi eläkkeelle 55–62-vuotiaana, ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirryttiin keskimäärin 52,2-vuotiaana (Suomen virallinen tilasto 2010). Ennenaikainen siirtyminen eläkkeelle ja erityisesti sairauspoissaoloista ja vajaakuntoisuudesta johtuva syrjäytyminen työkyvyttömyyteen ja työttömyyteen (Wynne ja McAnaney, 2004) heikentävät asianomaisten henkilöiden ja heidän läheistensä elämänlaatua. Ne aiheuttavat myös työvuosimenetyksiä työntantajalle ja yhteiskunnalle (Latta ym., 2010) ja kasvavia kustannuksia eläkejärjestelmälle (Työuraryhmä 2011).

Tilastokeskuksen Työvoimatutkimuksen 2002 mukaan 12 prosenttia 25–64-vuotiaista työkyvyttömyyseläkeläisistä kykenisi käymään työssä ilman minkäänlaisia erikoisjärjestelyjä ja 27–49 % pystyisi käymään työssä avun kanssa (Mannila ym. 2003). Vastaavasti 55–64-vuotiaista ei-työllisistä osatyökykyisistä 20 % kykenisi Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan työskentelemään ilman minkäänlaisia erityisjärjestelyitä ja 30 % avun tai tuen avulla, ts. puolet kykenisi käymään työssä, mutta he eivät syystä tai toisesta kuitenkaan kuulu enää aktiiviseen työvoimaan (Pensola ym. 2006). Kun vielä työkyvyttömyyseläkkeellä olevista henkilöistä noin 30 000 haluaisi palata työelämään joko koko- tai osa-aikaiseen työhön (Vuorela 2008), näyttää työurien pidentämiseen olevan sekä taloudellista että inhimillistä potentiaalia. Mutta kuten selvityshenkilö Markku Lehto toteaa, osatyökykyisten määrään vaikuttavat myös työelämän muutokset, sosiaaliturvan ehdot sekä ”ajan henki” – se, nähdäänkö uusien mahdollisuuksien olevan olemassa. (Lehto 2011). Suomesta puuttuvat vajaa-työkykyisten työmarkkinat.

Työterveys ja kuntoutus irtaantuivat toisistaan Suomessa ensimmäisen kerran Työterveyslaitoksen valtiollistamisen yhteydessä. Sittemmin Kuntoutussäätiönimellä toimintaa jatkanut invalidien työkykyarviointitoiminta irtaantui omaksi

toiminnakseen. Kuntoutuksen asema työterveyshuollossa ja Työterveyslaitoksella oli heikko, eikä kuntoutusorganisaatioillakaan ollut juuri yhteyksiä kumpaakaan tahoon. Työterveyshuollon ja kuntoutuksen erillisuus vahvistui 1979 voimaan tulleen työterveyshuoltolain valmistelun yhteydessä, jolloin työterveyshuollon kuntoutustehtäväksi jäi Suomessa vain vajaakuntoisen työntekijän kuntoutustarpeen tunnistaminen ja kuntoutukseen ohjaus. Tämä ratkaisu poikkesi selvästi Kansainvälisen työjärjestön (ILO) ja Maailman terveysjärjestön (WHO) työterveyden määritelmästä, jossa sekä työn adaptointi (ympäristön mukauttaminen) että kuntoutus (yksilön tukeminen) katsottiin osaksi työterveyden tehtävää (Forssman 1951).

Työterveyshuollon palvelutoiminta laajeni ja vakiintui keskisuurissa ja suurissa yrityksissä. Toiminnan sisältö painottui työn vaarojen ja riskien arviointiin ja torjuntaan. Työmarkkinaosapuolet nostivat työkykyä ylläpitävän ja kehittävän toiminnan työpaikoilla (TYKY-toiminta) työ sopimusneuvotteluasiaksi vuonna 1989, ja vuonna 1991 työkykyä ylläpitävä toiminta vietiin myös työterveyshuoltolakiin. Asiantuntijakokous määritteli vuonna 1992 TYKY-toiminnan työterveyshuoltovetoiseksi kolmen tason preventiotoiminnaksi (STM 1992). Laajasta viitekehyksestä (Järvisalo 1992; 1995; 1996; Liira ym. 2000) huolimatta toiminnan käytännön toteutus painottui terveyden edistämiseen (primaaripreventio) ja fyysisen toimintakyvyn tukemiseen (Peltonmäki ym. 2002). Toiminnalta odotetut työkykyvaikutukset jäivät vaatimattomiksi (Räsänen & Liira 2001). Työterveyshuoltolain uudistuksen yhteydessä vuonna 2001 painotettiin työterveyshuollon tehtävää työkyvyn seurannassa ja työkyvyn tukemista kaikissa vaiheissa.

Vuonna 1991 tehdyssä kuntoutuslainsäädännön uudistuksessa laajennettiin kuntoutuksen sisältöä ja tehtiin kuntoutuksesta kattava järjestelmä (Järvisalo 1995). Myöhemmin tarkennettiin järjestelmän sisäistä työnjakoa sekä tehostettiin moniammatillista ja monihallinnollista asiakasyhteistyötä uudistamalla asiakaspalveluyhteistyötä ja perustamalla pitkäaikaistyöttömiä varten työvoimanpalvelukeskukset. Uudistuksista huolimatta kuntoutusjärjestelmä on Suomessa usean toimijan ja rahoittajan muodostama kokonaisuus, joka on vailla yhtenäistä johtoa ja yhtenäisiä tavoitteita ja siten vaikeasti hallittavissa ja ohjattavissa, osin myös vailla toimintaa kuvaavia rekisteritietoja (OECD 2003; 2008; Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009).

Kuntoutuksen ja kuntoutumisprosessin ytimessä on asiakkaan ja moniammatillisen työryhmän vuoropuhelu. Edelleen myös kuntoutusasiansa kanssa tukea hakeva voi kokea dialogin haastavaksi: esimerkiksi asiakasyhteistyöneuvottelussa työryhmä voi ratkaista viranomaisten yhteistyön ja asiakkuuden ongelman, mutta asiakkaan ongelmatilanne voi jäädä edelleen ratkaisematta (Kokko 2003, 2004). Myöhemmin todettiin, että asiakas on lainmuutoksen jälkeen päässyt paremmin mukaan asioidensa käsittelyyn ryhmissä, mutta edelleen asiakkaat kritisoivat ryhmien kykyä olla aidossa vuorovaikutuksessa heidän kanssa (Saikku 2006).

Suomessa ja useissa muissa eurooppalaisissa maissa on asetettu tahtotilaksi, että sairauspoissaoloista ja vajaakuntoisuudesta johtuva työkyvyttömyyteen syrjäytyminen

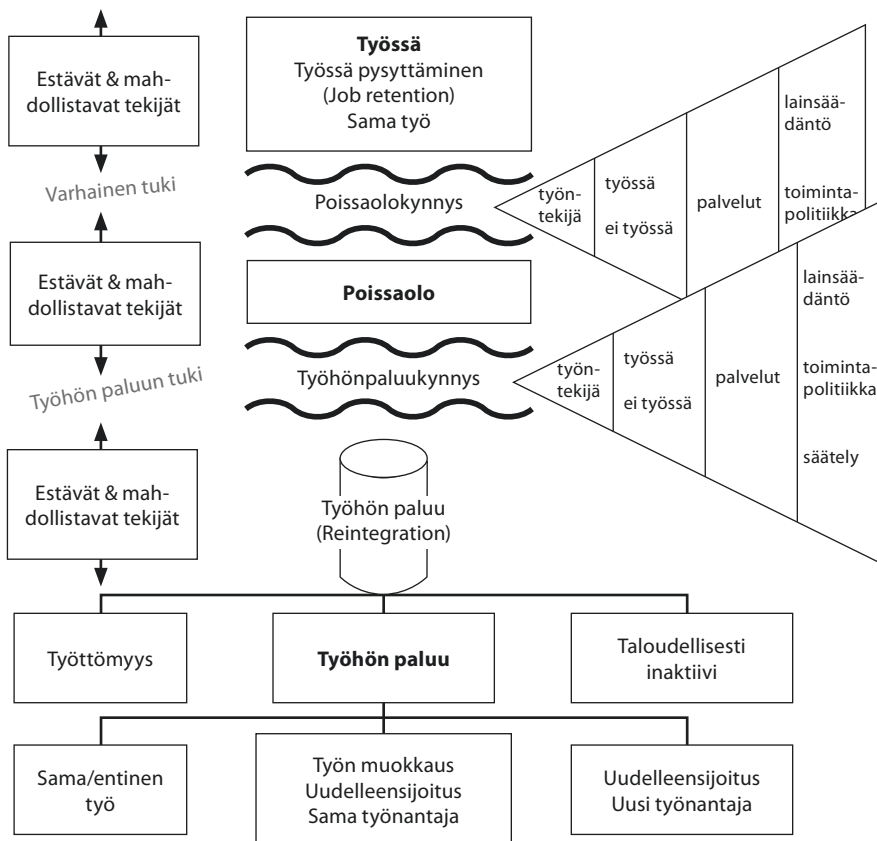
nen saataisiin estetyksi. Organisaatioiden ja etuuksien moninaisuus sekä palvelujen joustamattomuus ovat suuria haasteita kaikkialla (OECD 2003; 2008; Wynne & McAnaney 2004; Hytti 2008). Tavoitteeksi asetettu integratiivinen toimintatapa vaatii yhteisten tavoitteiden toistuvaa hahmottamista yhdessä kuntoutujan kanssa ja toteutuksen joustavuutta kaikilla tasoilla. Kuntoutumis- ja kuntoutusprosessit kestävät onnistuessaankin helposti kuukausia tai vuosia. Näissä pitkäkestoisissa prosesseissa on jatkossakin mukana monta muuttuvaa osaa. Prosessit ovat haavoittuvaisia, ja toiminnan yksilö- ja yhteiskuntavaikutukset menetetään helposti prosessien katkoksissa tai keskeytyksissä.

Työssä pysymisen ja työhön paluun vaikutuksia selvittäneet kansainväliset ja suomalaiset tutkimustulokset voi tiivistää siihen, että työvuosivaikutusten esiin saaminen edellyttää aktiivista yhteistyötä työntekijän (kuntoutujan), työnantajien sekä terveydenhuollon (ml. työterveyshuolto) ja kuntoutuksen kesken. Kuntoutuksen asema voi uudistuspyrkimyksistä huolimatta jäädä työuran pidentämistä koskevissa tavoitteissa marginaaliseksi. Kuntoutuksen asema voi vahvistua, jos työterveyshuollon toimijat hahmottavat oman roolinsa, osaavat käyttää hyväksi yhteistyömahdollisuuksia ja jos käytännön toiminnan tuloksena saadaan hyviä kokemuksia työterveyshuollon, työpaikan ja kuntoutuksen yhteistyöstä kuntoutujien työuran tukemisessa. Tätä tukisivat esimerkiksi sellaiset säädös-, rahoitus- ja toimintamallit, jotka mahdollistaisivat kuntoutuksen aktiivisen osallistumisen työkyvyn tukemiseen.

Monitekijäinen työkyky ja työkyvyttömyys – moniulotteinen tuki?

Suomalaisessa työterveyshuollon ja kuntoutuksen tutkimuksessa on käyty tiivistä keskustelua työkyvyn käsitteestä. Sosiaalivakuutuksen edellyttämät työkyvyttömyyden ja työkyvyttömyyden uhkan käsitteet perustuvat lääketieteelliseen työkykykäsitteeseen (Mäkitalo & Palonen 1994). Työterveyshuollossa työkyky on jäsennetty työkyvyn tasapainomallin mukaisesti edellytysten tai voimavarojen ja (työn)vaatimusten ja kuormittumisen välisenä dynaamisena tasapainona (esim. nk. puntarimallit ja TYKY-toiminnan tetraedrimalli). Näiden rinnalle on tuotu nk. systeeminen, kokonaisvaltainen tai integroitu käsite työkyvystä. Tässä jäsennostavassa työkykyyn vaikuttavat yksilötekijöiden lisäksi ympäristö, kuten työ- ja työorganisaatio, lähiyhteisö, perhe sekä yhteiskunnalliset tekijät. Jäsennostavan mukaan toiminta- ja työkykyisyys on tilannesidonnainen systeemin, ei ainoastaan yksilön, ominaisuus. Systeemisiä työkykymalleja ovat mm. työkykytalo (Ilmarinen ym. 2006), kansainvälisen toimintakykyluokituksen (ICF) viitekehys (Ojala 2004) sekä Kuntoutussäätiön tutkijoiden moniulotteinen työkykykäsite (Järvikoski ym. 2001). Mallit poikkeavat toisistaan siinä, mitä yksilö- ja ympäristötekijöitä tarkastellaan ja millä tavoin. Yhteistä suomalaisille malleille on se, että osaaminen tai ammattitaito lisättiin yhdeksi työkyvyn tekijäksi 1990-luvun puolella välissä (Liira ym. 2000; Ilmarinen ym. 2006) Euroopan komission aloitteesta, Suomen ensimmäistä sosiaalirahasto-ohjelmaa laadittaessa.

Kokonaisvaltaiset työkykymallit tarjoavat perustan työterveyshuollon ja työpaikan toteuttamalle työkykyä ylläpitävälle toiminnalle, varhaiskuntoutukselle ja työhönpaluuohjelmille. Ne muistuttavat työpaikan ja työterveyshuollon toimijoita siitä, millaiset tekijät työkyvyn alenemista tuottavat ja millaisiin tekijöihin on tarpeen vaikuttaa pyrittäessä kehittämään työkykyä tai ehkäisemään työkyvyn alentumista (Järvikoski 2010b). Työssä pysymisen ja työhön paluun prosesseja ovat kuvanneet mm. Wynne ja McAnaney (2004) kynnyksmallissaan (kuva 1). Sen mukaan työssä pysymisen, työstä poissaolon ja työhön paluun kaikkiin vaiheisiin liittyy monenlaisia estäviä ja mahdollistavia tekijöitä. Mallissa kuvataan myös, kuinka erilaiset työpaikkaan ja hyvinvointijärjestelmään liittyvät tekijät kumuloituvat ikäänkuin työntekijän ratkaisujen kautta joko työssä jatkamisena, poissaolemisenä tai työhön paluuna. Loisel (2009) on tunnistanut vastaavanlaisen monitekijäisyyden alaselkäsairaiden työkyvyttömyyden ja kuntoutumisen taustalta ja käyttää sitä ekologisen case management-intervention perustana.



KUVA 1. Työssä pysymisen ja työhön paluun kynnyksmalli (Wynne ja McAnaney, 2004)

Työterveyslaitoksen johtamassa Stress–Impact-hankkeessa (Joensuu ym. 2008) havaittiin, että työntekijän sairastuminen, sairauslomalle jääminen, hoito, kuntoutus ja mahdollinen työhönpaluu on asianomaisen yksilön näkökulmasta dynaaminen prosessi, mutta eri asiantuntijoille ja työpaikan toimijoille se näyttäytyy sarjana yksittäisiä, toisiinsa liittymättömiä toimia. Työkyvyttömyysprosessi voi olla myös sosiaalisten tekijöiden hallitsema (Järvikoski 1994; Eriksson ym. 2008), jolloin käynnistävänä tekijänä on työn ja ammattitaidon epäsuhta ja sairaus toimii ”viimeisenä liukastimena” työstä syrjäytymisessä. Tutkimuksissa, joissa on selvitetty työn psykososiaalisen ympäristön vaikutuksia työkykyyn ja terveyteen, on kiinnitetty huomiota muun muassa työyhteisön toimintaan ja johtamisen oikeudenmukaisuuteen (Elovainio ym. 2003, De Vogli ym. 2007).

Lyhyen ja pidemmän poissaolon syyt ovat siis sairausperusteisissakin etuuksissa monitekijäisiä. Sairauslomien taustalla olevat syyt voidaan jakaa kansallisiin, työpaikkaan ja lähiyhteisöön liittyviin sekä yksilöllisiin tekijöihin (Joensuu ym. 2008). Sairauspoissaoloihin vaikuttavia kansallisia (ja osin globaaleja) tekijöitä ovat mm. taloussuhdanteet, teollinen kehitys, työsopimusjärjestelmät, palkattoman työn status, ilmasto, työvoimarakenne, työmarkkinoiden organisaatio ja toimivuus, sosiaaliturvajärjestelmä, yleinen asenneilmasto ja sen muutokset. Työpaikkaan ja lähiyhteisöön liittyviä tekijöitä ovat mm. työympäristö, työyhteisö ja esimies, henkilöstöpolitiikka, työpaikan poissaolokulttuuri, yhteisön ja perheen poissaolokulttuuri, yhteisön rakenne, työmarkkinatilanne sekä paikalliset toimintatavat terveydenhuollossa ja sosiaalivakuutuksessa. Sairauspoissaoloihin vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä ovat iän, sukupuolen ja koulutuksen lisäksi muun muassa arvot, kokemukset, elämäntavat, asenteet ja motivaatio sekä sairauteen liittyvät roolit ja hallintakeinot.

Arkisessa asiastyössä työkyky- ja työkyvyttömyysprosessien hallintaa vaikeuttavat niiden edellä kuvattu monitekijäisyys. Miten työntekijät tai kuntoutujat tulevat kuulluksi näissä tilanteissa? Mitä ratkaisuja heille ammattilaisten toimesta tarjotaan? Ovatko esitetyt ratkaisut riittävän moniulotteisia: sisältäykö niihin sekä yksilöllisiä kehittymismahdollisuuksia että työn ja työympäristön muutoksia? Sairauksien ennaltaehkäisy, diagnoosien asettaminen, hoidon määrittely ja seuranta ovat tuttuja terveydenhuollon ammattilaisille, mutta toimintakykyajattelu on heille edelleen vieraampaa. Työkyky- ja työkyvyttömyysprosessit eivät monitekijäisyytensä vuoksi noudata esimerkiksi terveydenhuollon terveyden edistämisen tai ennaltaehkäisyn paradigman mukaista logiikkaa: yksinomaan vaikuttamalla elämäntapoihin, työympäristöön ja työyhteisöön (primaaripreventio) tai sairauteen ja sairauden oireisiin (sekundaaripreventio) ei pystytä estämään työkyvyttömyyden pitkittymistä. Sosiaalisten tekijöiden merkitys työkyky- ja työkyvyttömyysprosesseissa tunnetaan ja hyväksytään suomalaisessa keskustelussa.

Yksilöllisessä prosessissa erilaisten sosiaalisten tekijöiden tunnistaminen ja niiden merkityksen arvioiminen on kuitenkin vaikeaa. Siitäkö johtuu, että sosiaalisten tekijöiden hallitsemisessa työkyky- ja työkyvyttömyysprosesseissa – esimerkiksi ammattitaidon ja työn epäsuhtatilanteissa – interventiot käynnistyvät vasta kun sai-

raustekijä on tullut mukaan (vrt. Järvikoski 1994; Eriksson ym. 2008; Loisel 2009)? Vaikka työkyvyn määrittely on täsmentynyt, niin työkykyyn vaikuttavien tekijöiden moninaisuus ei ole johtanut työkyvyttömyyden monietiologiseen diagnostiikkaan tai interventioihin. Lääketieteellinen paradigma vallitsee työkyvyttömyyden arvioinnissa ja tukitoimien suunnittelussa. Jos huomio kohdistettaisiin työstä luopumisen sijaan siihen, mikä saa toiset jatkamaan, niin nähtäisiin paremmin vahvuuksien ja mahdollisuuksien koko kirjo (Lehto 2011). Esimerkiksi työterveyshuollossa sekundaaripreventio hyötyisi toimintakykykuntoutuksen ja ammatillisten valmiuksien lisäämisen menetelmistä.

Jos ilmiön moniulotteisuudesta ollaan yksimielisiä, niin miten moniulotteisia ovat työterveyshuollon ja kuntoutuksen tarjoamat tukipalvelut työkyvyttömyyden ehkäisyn näkökulmasta? Kuntoutuksen ja sen palveluiden vaikuttavuudesta on keskusteltu 1980-lopulta lähtien. Kuntoutuksen volyymejä, toimintaa ja vaikuttavuutta on tarkasteltu valtioneuvoston selontekojen avulla kolme kertaa, viimeksi 2002 (Kuntoutusselonteko 2002). Selonteossa todettiin, että tuloksellisen kuntoutuksen yleisiä piirteitä ovat

- moniammatillinen työote,
- asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö,
- kuntoutuksen sitominen kuntoutujan ympäristöön, lähiyhteisöön ja työpaikkaan sekä
- kuntoutuksen oikea kohdentaminen ja varhainen aloittaminen.

Kehittämislinoiksi esitettiin asiakkaan aseman parantamista, kuntoutuksen vaikuttavuuden lisäämistä, terveydenhuollon kuntoutustehtävän tehostamista, työssä olevien työkyvyn ylläpitämistä, vammaisten, vajaakuntoisten ja pitkäaikaistyöttömien työllistymisen tukemista, päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen kehittämistä. Kuntoutustoiminnan kehittymiselle asetettujen tavoitteiden suuntaa voidaan tarkastella tutkimus- ja tarkastustiedon valossa. Esimerkiksi OECD (2003; 2008) on asettanut Suomelle haasteiksi ammatillisen kuntoutuksen osalta sairaus- ja työkyvyttömyysetuuksille siirtymisen vähentämisen, kustannusten kontrolloinnin, mielenterveysongelmien aiheuttamaan työkyvyttömyyteen puuttumisen, pysyville etuuksilta työhön siirtymisen lisäämisen, toimijoiden yhteistyön vahvistamisen, vajaakuntoisten työllisyyden lisäämisen sekä vajaakuntoisten matalaan tulotasoon puuttumisen.

Politiikkasuosituksissa OECD (2008) nosti esille pirstaloituneen kuntoutusjärjestelmän modernisoinnin, osittain työkykyisten henkilöiden työvoimapaalvelujen lisäämisen, työkyvyttömyyseläkkeiden varhaiseläketyyppisen käytön vähentämisen ja työnantajien velvollisuuksien vahvistamisen. Pirstaloituneen kuntoutusjärjestelmän modernisoinnissa Suomelle esitettiin neljä päätehtävää. Ensinnäkin tulisi lisätä järjestelmän vastuullisuutta ja selkeyttä muun muassa uudistamalla rahoitusmallia, varmistamalla yhden sisääntuloväylän käyttö sekä huolehtimalla siitä, että yksi toimija olisi vastuussa koko kuntoutusprosessista. Toiseksi tulisi parantaa toimijoiden yhteistyötä sääntelemällä selkeästi tiedonvaihtoa ennen kuntoutusprosessia ja sen

aikana. Lisäksi tulisi luoda keskinäisten velvollisuuksien periaate ja yhdistää kuntoutusetuudet yhdeksi etuudeksi.

Työeläkejärjestelmän ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden määrä on kasvanut vuosittain, mutta merkittävä osa työstä sairauden vuoksi syrjäytyvistä ei pääse kuntoutuksen piiriin. Tutkimukset ovat herättäneet kysymyksen työeläkekuntoutukseen valikoitumisesta ja valikoimiskriteereistä. (Saari & Forma 2003; Gould ym. 2008b; Kivekäs & Uola 2010; Järvikoski 2010). Kuntoutustarve havaitaan osalla ammatillista kuntoutusta hakeneista liian myöhään. Tätä selittää osaltaan työnjako Kansaneläkelaitoksen ja työeläkejärjestelmän kesken: ammatilliseen kuntoutukseen hakeudutaan usein sairauspäiväraha-kausien lopulla tai sen päätyttyä. Tutkijat (Saari & Forma 2003; Gould ym. 2008a) ovat kysyneet myös, mikä on työterveyshuollon rooli kuntoutustarpeen havaitsemisessa ja toteutuuko tasa-arvo tarpeiden havaitsemisessa muun muassa eri tavoin järjestetyissä työterveyshuoltopalveluissa. Työpaikan ja esimiehen rooli on tutkimusten mukaan ollut vähäinen kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Yhteisten suunnitelmien puuttuessa esimerkiksi onnistunut koulutus ei ole johtanut kuntoutujan olettamaan tulokseen, vaan työhön palatessa on palattu entisiin tehtäviin. Myös tuki kuntoutuksen (koulutus tai työkokeilu) aikana on puuttunut osin sitä tarvitsevilta. Pääasiallinen kuntoutusmuoto oli työkokeilu, ja huomattava osa kuntoutujista on työssä sekä kuntoutuksen päättyessä että sen jälkeen.

Kelan vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus on toiminut 2000-luvun alussa ainakin osittain vahvemmin eläkeväljänä kuin työhön paluun väylänä (Lind ym. 2009; Suikkanen ym. 2010). Tutkijoiden mukaan ammatillinen kuntoutus on potentiaalinen, mutta osin riittämättömästi hyödynnetty resurssi työurien pidentämisessä.

Lääkinnällisen kuntoutuksen osalta tilanne on vastaava. Usean toimijan ja rahoittajan muodostama kuntoutusjärjestelmä on vaikeasti hallittavissa ja ohjattavissa, eikä kenelläkään ole vastuuta koko prosessista ja palveluista. Eri osapuolten välillä on sovittu tarkasta työnjaosta, mutta käytännössä törmätään usein järjestelmien ja toimintaperiaatteiden rajapintoihin, jolloin vastuukysymykset ovat monesti epäselviä. Kuntoutusjärjestelmässä onkin havaittavissa asiakkaan pallottelua ja osio-optimointia, joka tuottaa liian usein katkonaisia kuntoutusprosesseja ja resurssien epätarkoituksenmukaista käyttöä. Valtiontalouden tarkastusviraston tekemässä selvityksessä oli mukana terveydenhuollon toteuttama lääkinällinen kuntoutus, mutta sen ulkopuolelle jäi työterveyshuollon toteuttamaa vajaakuntoisten kuntoutustarpeen arviointia ja kuntoutukseen ohjausta. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009).

Kelan harkinnanvaraiseen lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvan ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus on ollut usean tutkimuksen kohteena. Vaikuttavuutta on tutkittu eri näkökulmista. Tutkimusten yhteisenä tuloksena voisi todeta, että ASLAK-kuntoutuksella pystytään vahvistamaan osallistujien elämänlaatua monipuolisesti. Työkyvyttömyyseläkkeen riski oli ASLAK-kuntoutujilla neljän kuntoutuksen jälkeisen vuoden aikana verrokkeja pienempi (Suoyrjö ym. 2009). ASLAK-kuntou-

tukseen osallistuneiden sairauspoissaolot vähenivät kuntoutusvuonna ja seuraavien 3–5 vuoden aikana (Holopainen ym. 2004; Suoyrjö ym. 2009). Myös ASLAK-kuntoutukseen osallistuneiden koettu työkykyisyys on parantunut (Tirkkonen & Kinnunen 2010; Tirkkonen ym. 2011), ja ASLAK-kuntoutus on tuottanut myönteisiä muutoksia yleiseen terveydentilaan ja toimintakykyyn (Härkäpää 2002; Kurki 1999 ja 2004; Tirkkonen & Kinnunen 2010; Tirkkonen ym. 2011). Tutkimusten mukaan naiset ja miehet käyttävät ASLAK-kuntoutusta ja hyötyvät siitä eri tavalla (Helo 2000; Härkäpää 2002; Suoyrjö 2010). Myös ASLAK-kuntoutuksen kustannuksista ja kustannushyödyistä (Helo 2000; Suoyrjö ym. 2009) on tehty arvioita.

ASLAK-kuntoutuksen vaikutukset työhön, työympäristöön tai psykososiaalisiin työoloihin ovat olleet vähäisiä ja/tai lyhytkestoisia huolimatta siitä, että kuntoutuksella on ollut myös työpaikkaan ja työyhteisöön kohdistuvia tavoitteita (Härkäpää 2002; Turja 2009; Ylisassi 2009; Tikkonen ym. 2011). ASLAK-kuntoutus on varhaisen tuen vaiheen kuntoutusinterventio, ja vahvaa näyttöä siitä, miten aikaansaatuja vaikutuksia voidaan ylläpitää tai miten lyhytkestoiset vaikutukset heijastuvat työssä jatkamiseen ja työuran pitenemiseen, on vähän (esim. Järvikoski 2010).

Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen kokeiluissa on paneuduttu työterveyshuollon ja työpaikan – erityisesti esimiesten – kanssa tehtyyn yhteistyöhön monin tavoin (Rajavaara ym. 2009; Hinkka ym. 2010). Kuntoutuksen vaikuttavuutta koskevista systemaattisista kirjallisuuskatsauksista (Kuoppala ym. 2008a; Kuoppala ym. 2008b; Kuoppala ym. 2008c) on todettu, että työhyvinvointitoiminta (work health promotion) vähentää sairauspoissaoloja, lisää työkykyä ja parantaa henkistä hyvinvointia ja että sen tulisi kohdistua sekä fyysiseen että psykososiaaliseen työympäristöön. Liikunnasta, elintavoista ja ergonomiasta huolehtiminen ovat katsauksen mukaan tehokkaita työkykyä ja työhyvinvointia ylläpitäviä toimenpiteitä, sen sijaan koulutus ja psykologiset toimet eivät yksinään käytettyinä vaikuttaneet riittävästi. Varhaiskuntoutus vähentää sekä sairauspoissaoloja että työkyvyttömyyseläkkeitä. Yksittäisellä kuntoutustoimenpiteellä voidaan saada myönteisiä vaikutuksia aikaan oireiden varhaisessa vaiheessa, mutta myöhemmässä vaiheessa yksittäiset toimenpiteet menettävät tehonsa, mikäli niitä käytetään ainoana kuntoutusmuotona. Erilaiset työhönpaluuohjelmat (return to work) lyhentävät pitkiä sairauspoissaolojaksoja, ja monimuotoinen kuntoutus vähentää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Monimuotoista lääkinnällistä ja ammatillista kuntoutusta tarvitaan silloin, kun työntekijällä on pitkäaikainen työkykyä alentava sairaus tai vamma ja tavoitteena on vähentää pitkittyviä sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Silloin myös työpaikan edustajien tulee osallistua kuntoutusprosessin suunnitteluun ja toteutukseen.

Toimenpiteet on kohdistettu yleisimmin ensisijaisesti yksittäisen työntekijän tueksi, vaikka useissa tutkimuksissa on todettu, että pitkäkestoisempia vaikutuksia saadaan yhdistämällä interventioihin myös toimintaympäristöön vaikuttaminen (esim. Härkäpää 2002, Mäkitalo, 2005). Parhaimmillaan varhaiskuntoutustoiminta on ollut yhteistoimintaa työpaikan, työterveyshuollon sekä kuntoutuksen järjestä-

jän ja kuntoutuksen palveluntuottajan välillä, mutta kuntoutuksen toimeenpanon valinnat, toteuttamisen laitosrakenteet, palvelutuottajien osaamisen ohuus ja kuntoutuksen palvelutuottajien kilpailuttaminen eivät ole edesauttaneet parhaiden käytäntöjen valtavirtaistumista (vrt. Mäkitalo, 2005; Rajavaara ym. 2009; Ylisassi 2009).

Työterveyshuoltojen arjen toimivuutta tutkineessa ja kehittäneessä sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen Sateenkaari-hankkeessa (Rautio ym. 2011) todettiin, että työterveyshuollon hyvät käytännöt eivät toteudu tavoitellulla tavalla. Työkyvyn tukemisen näkökulmasta oli tunnistettavissa useita ongelmia. Työterveyshuollon prosesseista ei ilmennyt, miten työterveyshuolto oli mukana työpaikan työhyvinvointi- ja työturvallisuustoiminnassa. Työpaikan ja työterveyshuollon vastuiden ja tehtävien jaosta oli sovittu harvoin. Työpaikalta saatua tietoa ja työterveyshuoltoon kertynyttä tietoa ei systemaattisesti arvioitu eikä hyödynnetty työpaikka-kohtaisessa suunnittelussa ja toiminnassa; myöskään tietotekniikka ei tukenut tiedon hyödyntämistä riittävästi. Työterveyshuollon omia prosesseja (esim. terveystarkastus, työpaikkaselvitys) toteutettiin erillisinä toimintoina eikä työpaikan tai työntekijän kokonaistilanne hahmottunut työterveyshuollon arjessa. Työpaikat odottivat työterveyshuollolta läsnäoloa ja osallistumista ja toimenpiteitä työkyvyn tukemiseksi.

Organisaatioiden ja etuuksien moninaisuus sekä palvelujen joustamattomuus ovat suuria haasteita kaikkialla. Systeemisessä tarkastelussa sairaus tai tapaturma seurauksineen syrjäyttää työstä eivätkä tukijärjestelmät kohtaa toisiaan. Työpaikkaperustaisten tukimuotojen ja hyvinvointijärjestelmäperustaisten tukimuotojen väliin tulee katko, joka näkyy yksilöllisissä prosesseissa työkyvyttömyyden tai työttömyyden jatkumisena (vrt. Wynne & McAnaney 2004). Suomessa sairauseruste on lähtökohtana kuntoutustarpeen arvioinnissa, kun pyritään vaikuttamaan yksilön työkykyyn. Vuoden 2001 työterveyshuoltolain muutoksessa työterveyshuolto sai tehtäväkseen työkyvyn seurannan ja tukemisen, ja sen jälkeen uusiksi käsitteiksi ovat tulleet työkyvyttömyyden uhka vuonna 2004 ja osasairauspäiväraha vuonna 2007. Kuntoutusinterventiot ovat jonkin verran varhentuneet, mutta kuntoutujan tarpeeseen perustuvaa varhaista reagoimista sekä hoidon, toimintakykykuntoutuksen ja ammatillisen kuntoutuksen limittämistä keskenään haetaan edelleen. Kuntoutuspalvelujen järjestäjillä on lakiin perustuva vastuu, työnjako ja harkinnanvaraisuus, joka näkyy yksilötason työssä rajapintaongelmina. Työpaikan, työterveyshuollon, hoitavan tahon ja kuntoutuksen yhteistyöstä on kehittämishankkeissa osin rohkaisevia kokemuksia, mutta käytännöt ovat vielä yksittäisiä eivätkä välttämättä otettavissa laajempaan käyttöön. Työterveyshuollon keskeisenä haasteena on saada aikaan sellaista yhteistyötä työpaikkojen kanssa, jonka avulla sekä yksilöllinen (työntekijäkohmainen) että yhteisöllinen kuntoutustarve olisi mahdollista havaita ja siihen reagoida: työterveyshuoltojen tulisi työkyvyn tuen näkökulmasta saada työpaikat ”haltuunsa”. Toinen keskeinen työterveyshuollon haaste liittyy siihen, miten työkyvyn seuranta ja tuki voidaan toteuttaa nykyisessä kuntoutusjärjestelmässä. Kuntoutuksen haasteet liittyvät moniammatilliseen työotteeseen monimuotoistuvissa kuntoutusprosesseissa, prosessin yksilöllisyyden lisäämiseen sekä tapauskohtaisen yhteistyön organisoimi-

seen työpaikan ja työterveyshuollon kesken. Mutta riittääkö yhteistyön tiivistäminen työterveyshuollon ja kuntoutuksen toimijoiden välillä keinoksi saavuttaa tavoiteltuja työuravaikutuksia?

Työkyvyttömyyden ehkäisystä (Work Disability Prevention) työkykykuntoutuksen fuusiomalliin?

Kansaneläkelaitos etsi omassa KYKY-hankkeessaan (Kela 2010) vertaismaista hyviä käytäntöjä, joista olisi mahdollisuus ottaa oppia. Lähemmässä tarkastelussa olivat Alankomaat, Iso-Britannia, Norja ja Ruotsi. Alankomaissa työnantaja on pitkään taloudellisesti vastuussa työkyvyttömyydestä, ja tästä syytä työnantajat ovat jälleenvakuuttaneet työntekijänsä työkyvyttömyyden varalta. Työntekijän ja työnantajan on tehtävä yhdessä sovituin aikavälein työhönpaluu-uunnitelma. Työterveyshuollolla on tarvittavien palveluiden osalta portinvartijan rooli. Iso-Britanniassa on otettu käyttöön uudenlainen lääkärintodistus, ”fit-note”, joka korvaa entisen todistuksen, ”sicknote”. Terveysthuollon ammattilaisia koulutetaan arvioimaan työkykyä työkyvyttömyyden sijasta (Work Capability Assessment, WCA). Työterveyshuollon rooli on vähäinen, koska alan ammattilaisia on Iso-Britanniassa vähän. Pyrkimys on palveluiden ja etuuksien yksilölliseen räätälöintiin ja varhaiseen työhön paluuseen. Ruotsissa terveydenhuollon ammattilaisille on laadittu ohjeistus sairauspoissaolon (sjukskrivning) pituudesta eri sairausryhmissä, ja myös sairauspäiväraha-kausi on kuntoutusketjuksi nimettynä saanut tiukat aika- ja toimenpiderajat. Ruotsissa kehitetään myös sosiaalivakuutuksen ja työvoimaviranomaisen yhteistyötä. Työttömien henkilöiden systemaattinen terveydentilan ja toimintakyvyn kartoitus on osa uudistusta, ja erityishuomio on nuorten pitkittyneissä työkyvyttömyysjaksoissa. Norjassa on määritelty selkeä työnantajan ja työntekijän vastuu. Työnantajan on laadittava yhdessä työntekijän kanssa seurantasuunnitelma, jossa kuvataan mm. työkyky, työtehtävät ja sekä työnantajan että yhdistetyn sosiaalivakuutuksen ja työvoimanpalveluiden (NAV) keinot työhönpaluun tukemiseksi. NAV-virkailijan työkykyhaastattelussa on tavoitteena yksilön tarvitsemien toimenpiteiden tarpeen arviointi ja työelämässä jatkamisen suunnitelman tekeminen sen pohjalta.

Suomessa asetettiin työterveysyhteistyön kehittämisen tavoitteeksi (Työelämäryhmän loppuraportti, 2010) se, että kaikki osapuolet tietävät oman vastuunsa sekä henkilöstön tilasta ja henkilöstörisktiin varautumisesta että osallistumisesta työterveys- ja työturvallisuusyhteistyöhön ja tilannekohtaiseen työssä jatkamisen mahdollisuuksien selvittämiseen. Työterveyshuollolla on ollut työkyvyn seurannan ja tukemisen tehtävä vuodesta 2001 ja työkykyä tukevien työterveyshuoltokustannusten korvausten osalta 10 %:n insentiivi sairausvakuutuslain muutoksella vuoden alusta 2011 alkaen. Työterveyshuollolla ei edelleenkään ole portinvartijan roolia, vaikka työuraryhmät halusivat vahvasti ohjata työterveyshuoltotoimintaa työkyvyn seurannan ja tuen suuntaan. Työterveydenhuollon rooli voi esitettyjen säädömuutosten vaikutuksista käytännössä kuitenkin vahvistua, jos työterveyshuollot parantavat työkyvyn

ja sairauspoissaolojen seurantajärjestelmiä ja seuranta työterveysyhteistyössä. Kuntoutuksen osalta käytännön muutosesitykset (STM 2011a, 2011b; TEM 2011) painottuvat työterveyshuollon ja kuntoutuksen toimijoiden yhteistyön kehittämiseen. Jotta työura jatkuisi kuntoutujan alentuneesta työkyvystä huolimatta, kuntoutuksen ja työterveyshuollon toimijoiden olisi jatkossa kyettävä entistä joustavampaan, täsmällisempään ja tapauskohtaisempaan asiakasyhteistyöhön. Kuntoutuksen osalta toivotaan monitoimijaisen verkoston yhteistyön tiivistämistä nykytyönjaolla, osaamisen kehittämistä, ohjausprosessien mallintamista sekä yksittäisten kuntoutusprosessien koordinoimista ja kontrollin tehostamista. Lisäksi uusi terveydenhuoltolaki pyrkii vahvistamaan lääkinnällisen kuntoutuksen toteuttamista terveydenhuollossa kaikissa toimintakyvyn eri vaiheissa.

Työssä jatkamista ja työhön paluuta tukevan kuntoutuksen haasteeksi nousevat työkyvyn tuen järjestämisen näkökulmasta muun muassa seuraavat kysymykset: 1) Miten asiakkaan tai kuntoutujan tarpeiden kuuleminen jatkossa onnistuisi nykyistä paremmin? 2) Miten kaikki työpaikat saadaan mukaan työkyvyn tukityöhön? 3) Miten järjestetään käytännössä kuntoutuksen ja työkyvyn tuen suunnittelu yhteistyössä kuntoutujan, työpaikan ja työterveyshuollon kanssa? 4) Miten taataan kuntoutujalle ja työpaikalle tarvittavien erilaisten palveluiden saatavuus paikallisesti ja alueellisesti? 5) Millä muutoksilla ammatillisen kuntoutuksen palvelut ja niihin liittyvä tuki saadaan työpaikka- ja työterveysyhteistyöhön työkyvyn eri vaiheissa? 6) Miten juurrutetaan toimintakykykuntoutuksen riittävän varhainen suunnittelu terveydenhuollon eri palveluihin? 7) Miten organisoidaan perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon yhteistyö työterveyshuollon kanssa, kun toimintakykykuntoutuksen rinnalle tulisi suunnitella työssä jatkamisen tai työhönpaluun tukitoimet?

Kuntoutujan tarpeet tulisivat todennäköisesti paremmin kuulluksi, jos työterveyshuollon ja kuntoutuksen ammattilaisilla olisi työkyvyn hallinnan käsitteisiin perustuva yhteinen viitekehys (taulukko 1). Terveydenhuollossa diagnoosin ja hoidon rinnalla tulisi tehdä toiminta- ja työkyvyn jatkuvaa arviointia ja tukiprosessien hallintaa sekä järjestää asiaankuuluvaa toimintakykykuntoutusta. Työterveyshuollon terveystarkastustoiminnassa, sairauksien hoidossa ja kuntoutustarpeen arvioinnissa ja ohjauksessa tulisi systemaattisesti ja tapauskohtaisesti huomioida sekä poissaolokynnykseen että työhönpaluun kynnykseen vaikuttavat tekijät (vrt. kuva 1). Tällöin työterveyshuolto voisi paremmin tukea työpaikan toimintaa ja välittää lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen palveluita ja koordinoita yhteistyötä työpaikan suuntaan. Olisi myös tarpeen lisätä sekä työterveyshuollon että kuntoutuksen ammattilaisten osaamista moniulotteiseen toiminta- ja työkykykäsitteeseen pohjautuvista arviointimenetelmistä. Jäljellä oleva työkyky tai osatyökyisyys saataisiin näin systemaattisesti kuvatuksi, ja samalla voitaisiin suunnitella tapauskohtaisesti tarvittavat yksilölliset ja ympäristöön liittyvät toimenpiteet. Kuten työuryhmä (STM 2011a) esittää, tarvitaan työterveyshuollon ja kuntoutuksen ammattilaisille yhteistä perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta sekä käytäntöjen selkeyttämistä.

TAULUKKO 1. Työterveysyhteistyön tavoitteet työkyvyn tuki -käytännölle

Taso	Työntekijätaso	Työorganisaatiotaso
Työssä jatkamisen edistäminen, työterveyshuollon primaaripreventio	Toimintakyvyn alenemisen riskin havaitseminen ja reagointi <ul style="list-style-type: none"> • Työhöntulo- ja määrääikaistarkastukset ja analyysi; suunnatut toimenpiteet ja toimintakyvyn seuranta yksilötasolla 	Työhyvinvoinnin ja työkyvyn edistämistoimenpiteiden vaikutusten arviointi kootun tiedon perusteella yhdessä työorganisaation edustajien kanssa vuosittain
Varhainen tuki, työterveyshuollon sekundaaripreventio	Työkyvyn alenemisen riskin havaitseminen ja reagointi <ul style="list-style-type: none"> • Varhaisen työkyvyn alenemisen arvioinnin käytäntö • Sairausvastaanottotyössä edellytetään aina johtopäätöstä työkyvyn näkökulmasta (ei toimenpiteitä/seuranta/edellyttää työkyvyn tukitoimenpiteitä) • Vajaakuntoisen työntekijän aktiivinen (varhais)kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutukseen ohjaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Osaamis- ja jaksamisnäkökulmien yhdistäminen ja kuntoutustarpeen tunnistus • Työhyvinvointia heikentävien asioiden tunnistaminen ja niihin puuttuminen yhteistyössä • Varhaisen tuen mallin käyttöaste ja kokemukset
Työhön paluun tuki, työterveyshuollon tertiääripreventio	Työkyvyttömyysriskin havaitseminen ja reagointi <ul style="list-style-type: none"> • Vajaakuntoisen työntekijän kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutukseen ohjaus • Aktiivinen työhön paluu tuki 	<ul style="list-style-type: none"> • Ennakointi yhteisistä tietojärjestelmistä (esim. sairauspoissaolot) • Työhön paluu -ohjelmien arviointi ja työyhteisöesteesiin vaikuttaminen • Työkyvyn tuen taloudelliset vaikutukset, poissaolo%, maksuluokkavaikutus

Myös työkyvyttömyysprosessin arvioinnin ja työkyvyn tuen suunnittelun pohjaksi tulisi ottaa kokonaisvaltainen käsitys työkyvystä. Tällöin yksittäisen työntekijän toiminta- ja työkyvyn tai työkyvyttömyyden arvioissa käytäisiin systemaattisesti läpi kaikki työssä jatkamista estävät ja sitä mahdollistavat tekijät: yksilölliset, biopsykososiaaliset tekijät, työhön ja työpaikkaan liittyvät tekijät sekä terveydenhuolto- ja sosiaalivakuutusjärjestelmän toimintaan liittyvät tekijät (taulukko 2). Työkyvyttömyysarviointiprosessien tavoitteeksi tulisi asettaa työhön ja aktiiviseen toimintaan palaaminen. Tämä tavoite on asetettu Iso-Britannian ja Norjan malleissa sekä Suomessa nk. työhyvinvointiryhmässä, joka pohti mm. varhaista puuttumista pitkittyvään työkyvyttömyyteen (STM 2011b). Kyseinen työryhmä esittää muutosta sairausvakuutuslakiin, joka edellyttäisi työterveyshuollon lausuntoa ja kuntoutussuunnitelmaa työntekijöiltä yllä kuvatuilla sisällöillä viimeistään, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 päivää. Kuntoutussuunnitelman tekeminen esimerkiksi 90

päivää kestäneen työkyvyttömyyden jälkeen edellyttää työterveyshuollon aktiivista yhteistyötä työpaikan ja Kelan kanssa. Ainakin 150 päivän työkyvyttömyyden jälkeen tulisi edellyttää ammatillisen kuntoutuksen suunnitelman tekoa yhteistyössä työeläkeyhtiön kanssa.

TAULUKKO 2. Työterveyshuollon ja kuntoutuksen yhteistyön jäsentäminen työkyvyn tuki -tavoitteiden kautta.

Työterveyshuollon ja työpaikan interventiotaso	Työntekijän toimintakykytaso	Kuntoutusmuoto
Työssä jatkamisen edistäminen, työterveyshuollon primaari-preventio	Toimintakyvyn alenemisen riskin havaitseminen ja reagointi	Elämäntapamuutosten tukeminen (liikuntatoimi, pth), kuntoremontti (Kela kura), ohjaus ja neuvonta (TANO)
Varhainen tuki, työterveyshuollon sekundaari-preventio	<ul style="list-style-type: none"> Työkyvyn alenemisriskin havaitseminen ja reagointi 	<ul style="list-style-type: none"> Terveydenhuollon järjestämä toimintakykykuntoutus Varhaiskuntoutus / Kela (Sairausryhmäkoht., ASLAK, TYK) TEM / työhön paluun tukitoimet
Työhön paluun tuki, työterveyshuollon tertiääri-preventio	<ul style="list-style-type: none"> Työkyvyttömyysriskin havaitseminen ja reagointi Työkyvyttömyydestä työhön (kuntoutustuki) Työttömyydestä työhön (outplacement) 	<ul style="list-style-type: none"> Ammatillinen kuntoutus/ työeläke ja ammatillinen ja lääkinnällinen/LITA Vaativa (toimintakykykuntoutus/terveydenhuolto ja Kela TEM / työhön paluun tukitoimet

Työterveyshuollon, työterveyshuollon ja kuntoutuksen ammatillaiset tarvitsevat myös sellaista ohjauksen ja verkostotyön osaamista, joka perustuu ajatteluun jäljellä olevan toiminta- ja työkyvyn käytöstä ja vahvistamisesta. Työterveyshuollon työkykyä tukevan case management -toiminnan tehtäviä ovat 1) yksittäisen työntekijän kuntoutumisprosessin suunnittelu, tukeminen ja seuranta, 2) sopimukseen perustuva tavoitteellinen yhteistyö työpaikan ja sen eri edustajien kanssa sekä 3) ammatillinen yhteistyö terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa (ks. taulukko 3). Työterveyshuollon case management -roolin toteuttamiseksi tarvitaan toimivat yhteydet Kansaneläkelaitoksen ja työeläkelaitosten kuntoutusprosessista vastaaviin yhteyshenkilöihin ja aktiivisiin työhönkuntoutuksen osaajiin, jotka voivat tarvittaessa jalkautua työpaikalle toimimaan yhteistyössä työpaikan ja työterveyshuollon kanssa.

TAULUKKO 3. Yksilöllinen työkyvyn seuranta ja tuki (case management) työterveyshuollossa

<p>1. Työntekijän käytännön ohjaus ja palveluiden organisointi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • työkyvyn tuen tarpeen havaitseminen: työkyvyn alenemisriskin ja työkyvyttömyysriskin havaitsemismenetelmät • ohjaus, konsultointi ja seuranta: tapauskohtainen konsultointi toimintakyky-, ammatilliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen ohjausta tai seurantaa varten • työhön paluuta tukeva ohjelma: hoidon, toimintakykykuntoutuksen, työterveyshuollon, työpaikalla toteutettavien työn muutosten ja ammatillisen kuntoutuksen yhteensovittamista • yhteistyö esimiesten kanssa
<p>2. Työpaikalla työterveysyhteistyössä ennakointi, sopiminen ja seuranta</p> <ul style="list-style-type: none"> • sovittu toimintatapa, roolit, vastuut ja yhteistyö: varhainen ja työhön paluun tuki, työterveyshuoltoon kertyneistä tiedoista johtopäätösten tekeminen ja raportointi työpaikoille sovitusti • yhteistyössä esimiesten ja työpaikkojen kanssa sairauspoissaoloja lisäävien yhteisöllisten tekijöiden tunnistaminen ja niihin vaikuttaminen. • yhteistyössä toimintamallien toimivuuden seuranta. • kuntoutuksen prosessien koordinointi työpaikalla
<p>3. Työhön kuntoutuksen toimijaverkoston kokoaminen työorganisaatiokohtaisesti</p> <ul style="list-style-type: none"> • työpaikan määrittelemät verkostot: työeläke- ja tapaturmavakuutusyhtiöt, Kela • työterveyshuollon palvelutuottajan paikallinen ja alueellinen verkosto; perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, muu lääkinnällinen kuntoutus, TE-toimisto, sosiaalitoimi, sosiaalinen kuntoutus (mm. päihde)

Työterveyshuolto tarvitsee resurssien allokoitua kuntoutusyhteistyöhön: nykytoiminnassa on vahvistettava vajaakuntoisen työntekijän kuntoutustarpeen arviointi- ja ohjaustyötä ja siirrettävä osa työstä työpaikalla ja muissa verkostoissa tapahtuvaksi työksi. Olisi tärkeää käynnistää työterveyshuollon ja kuntoutuksen ammattilaisten keskinäinen konsultointi. Olisi myös kehitettävä entistä joustavampia ja vaikuttavampia, työssä jatkamista ja työhön palaamista tukevia kuntoutuspalveluja. Työpaikkakuntoutuksen ja verkostotyön tehtäviä olisi kehitettävä osaksi kuntoutuspalvelujen tuottajien palvelutuotteita ja niiden järjestäminen kuntoutuksen rahoittajaorganisaatioiden yhteiseksi tahtotilaksi.

Työurakeskustelujen jälkeen (STM 2011a; 2011b; TEM 2011) vallitsee huomattava yksimielisyys siitä, että työnantajalla on vastuu henkilöstönsä työkyvystä. Elinkeinoelämän keskusliiton lanseeraamassa työkykyjohtamisen mallissa perustellaan tämä strateginen valinta huolellisesti (EK 2011), mutta eri asia on, menevätkö strategiat myös työpaikkojen toimintaohjeiksi ja arvioidaanko käytäntöjä ja niiden vaikutuksia. Mallin mukaan organisaation henkilöstöhallinnon ja kaikkien esimiesten on tunnettava ja hallittava tehtävänsä työkykyjohtamisessa. Käytännössä tämä on haastavaa tasapainoilua taloudellisen tuloksellisuuden ja hyvinvoinnin johtamisen välillä. Luultavimmin aikaa myöten on sovittava entistä selvemmin siitä, kuka tekee ja mitä työkykyjohtamisen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tämä edellyttää eri toimijoiden yhteistä tahtoa, voimavaroja ja yhteistyökykyä (Järvisalo 2010; Elo ym. 2010). Myös työnantajien kannustimia työkykyjohtamiseen sitoutumiseen tulee arvioida ja kehittää. Käytännössä tämä tarkoittaa muun muassa sen selvittämistä, voitaisiinko sosiaalivakuutusmaksuja kehittää niin, että ne ohjaisivat nykyistä paremmin hyvän toiminnan suuntaan. Kannustimia voidaan luoda myös sosiaalivakuutuksen pal-

velujen saatavuutta, hyödynnettävyyttä ja tulonsiirtoja kehittämällä. Osatyökyvyn ”siirtomarkkinoiden” toimintaa tulisi vahvistaa esimerkiksi luomalla työeläkkeen ja ansioiden suhteen takuu-, kompesaatio- ja sopimusmalleja, joilla osatyökykyinen voi jatkaa uudessa työssä entisen tai uuden työntekijän palveluksessa. Yritystason arvopohjainen seuranta näyttäisi tapausesimerkkien pohjalta pitävän työhön paluun tuen aktiivisena (Ahonen ym. 2011). Suuri haaste on se edellä todettu asia, että vajaatyökykyisten työmarkkinat eivät Suomessa toimi ja osatyökykyisyyttä ei osata hyödyntää (vrt. OECD 2003, 2008; Lehto 2011).

Lopuksi

Kuten yllä olemme kuvanneet, työterveyshuollon osaamista työkyvyn seuraamisessa ja tukemisessa on vahvistettava ja työterveyshuollon tulee tietää roolinsa asiantuntijana, neuvojana ja ohjaajana. Tähän kuuluu myös kuntoutuksen eri toimintamuotojen ja sosiaalivakuutuksen tukimuotojen optimaalinen käyttö. Työterveyshuoltoa ollaan velvoittamassa (STM 2011b; 2011a) olemaan vahvasti mukana, kun laaditaan työntekijälle ohjelmaa, johon sisältyy erilaisia kuntouttavia ja työkykyä tukevia toimia. Työterveyshuollon tulisi osata järjestää hyvää työpaikkakuntoutusta työpaikalla ja muiden osaajien kanssa. Tällä hetkellä vaaditaan myös sosiaalivakuutuksen, työeläke- ja tapaturmavakuutuslaitosten sekä työ- ja elinkeinohallinnon palvelujen tuntemusta ja sosiaalivakuutuksen tulonsiirtoihin liittyvää osaamista. Työterveyshuollolle on lankeamassa myös esimiesten ja työntekijöiden neuvontavastuu, jotta työkyvyn tukijärjestelyt koettaisiin reiluiksi ja kannustaviksi ja riittävä työkyvyn tuki käytännössä toteutuisi. Työssä jatkamisen, työhön palaamisen ja työelämään palaamisen tuet ja palvelut olisi järjestettävä niin, että asiakas ja onnistuminen tulevat keskiöön, toiminta on oikea-aikaista ja suunnitelmallista ja että tulosten seuranta on mahdollista ja seurantavastuut selkeät.

Lähteet

- Ahonen, Guy & Parvinen, Lasse & Vainio, Harri & Husman, Kaj & Ylikoski, Matti & Parvinen, Arvi & Liira, Juha & Puputti, Inkeri & Parry, Sirkka 2011: Arvopohjainen työkyvyn hallinta tehostaa työterveyshuoltoa. Kahden yrityksen tapauskuvaus. Suomen Lääkärilehti, 11, 921–926.
- Aromaa, Arpo & Gould, Raija & Hytti, Helka & Koskinen, Seppo 2005: Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Teoksessa Aromaa, Arpo ym. (toim.): Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos, Stakes; pp. 134–148. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=
- De Vogli, Roberto & Ferrie, Jane E & Chandola, Tarani & Kivimäki, Mika & Marmot, Michael G 2007: Unfairness and health: evidence from the Whitehall II Study. *J Epidemiol Community Health* 61, 513–518.
- Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti.1.2.2010. <http://www.tyoturva.fi/files/1661/TEResityso10210.pdf>

- Elinkeinoelämän keskusliitto, 2011: Johda työkykyä, pidennä työuria. EK:n työkykyjohtamisen malli. http://www.ek.fi/www/fi/tutkimukset_julkaisut/2011/Tyokykyjohtamisenmalli.pdf, poimittu 7.4.2011.
- Elo, Anna-Liisa & Ervasti, Jenni & Kuokkanen, Anna 2010: Hyvinvointi ja tuloksellisuus esimiestyön haasteena. Tutkimus kolmessa julkisen sektorin organisaatiossa. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 51. Työterveyslaitos, Tammerprint Oy, Helsinki.
- Elovainio, Marko & Kivimäki, Mika & Vahtera, Jussi 2002: Organizational justice: Evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health* 92:1, 105–108.
- Eriksson, U.-B. & Starrin, B. & Janson, S. 2008: Long-term sickness absence due to burnout. *Qualitative Health Research* 18, 620–632.
- Forssman, Sven, 1951: The World Health Organization and Occupational Health. *Brit. J. industr. Med.* 8, 206. Downloaded from oem.bmj.com on March 31, 2011 – Published by group.bmj.com
- Gould, Raija & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 2008a: Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina. *Kuntoutus* 31:1, 39–53.
- Gould, Raija & Kaliva, Kasimir & Lampi, Jukka 2008b: Työkyvyttömyyseläke ja ansiotyö. Ennakotietoja Eläketurvakeskuksen tutkimuksesta Työkyvyttömyyseläke ja ansiotyö. Eläketurvakeskus, Helsinki
- Helo, Timo 2000: Kelan Aslak-toiminnan kustannusten ja vaikutusten arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 55. Kansaneläkelaitos, Turku.
- Heponiemi, Tarja & Wahlström, Mikael & Elovainio Marko & Sinervo, Timo & Aalto, Anna-Mari & Keskimäki, Ilmo 2008: Katsaus työttömyyden ja terveyden väliin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 14/2008. Helsinki. http://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf
- Hinkka, Katariina & Aalto, Liisi & Grönlund, Rainer & Rajavaara, Marketta 2010: Uudenlaista työhönkuntoutusta kehittävä arvioinnin avulla. *Kuntoutus* 4, 47–54.
- Holopainen, Kaj & Nevala, Nina & Kuronen, Pentti & Arokoski, Jari P.A. 2004: Effects of vocationally oriented medical rehabilitation for aircraft maintenance personell – preliminary study of long-term effects with 5-year follow-up. *J Occup Rehabilitation* 14:4, 233–242.
- Hytti, Helka 2008: Disability policies and employment Finland compared with the other Nordic Countries. *Social Security and Health Research. Working Papers*, Kela, Research department <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3442/Selosteita62.pdf?sequence=1>, poimittu 8.4.2011. Res Department la, Research Department
- Härkäpää, Kristiina 2002: Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, Anna-Mari & Hurri, Heikki & Järvikoski Aila & Järvisalo, Jorma & Karjalainen, Vappu & Paatero, Heidi & Pohjolainen, Timo & Rissanen, Paavo (toim.) *Kannattaako kuntoutus*. Stakes. Raportteja 267, Saarijärvi, 45–56.
- Ilmarinen, Juhani & Gould, Raija & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma 2008: Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.): *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia*. Eläketurvakeskus & Kansaneläkelaitos & Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, Helsinki, s. 17–34.
- Joensuu, Matti & Kivistö, Sirkku & Malmelin, Johanna & Lindström, Kari 2008: Pitkä sairausloma ja työhönpaluu. Työ ja ihminen Tutkimusraportti 34. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Järvikoski, Aila 1994: Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. *Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia – Research Reports* 46, Helsinki
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Mannila, Simo 2001: Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. *Kuntoutus* 3, 3–11.
- Järvikoski, Aila 2010: Antaako kuntoutus työvuosia lisää? Luento seminaarissa (järj. ORTON Invalidisäätiö, Kuntoutus ORTON, Liikennevakuutuskeskus, Tapaturmavakuutusten Liitto) Työvuosia lisää – kuntoutuksestako apua? 04.10.2010, Helsinki.

- Järvikoski, Aila 2010b: Työkykykäsitteet-oppimateriaali. Työterveyshuollon virtuaaliyliopisto, Kuntoutus ja työkyvyn tuki- oppimateriaali. <http://www.tthvyo.fi/tyoterveyshuollonvirtuaaliyliopisto>, poimittu 20.12.2010
- Järvisalo, Jorma 1992: Työterveyteen, terveyteen ja työkykyyn liittyvistä käsitteistä. Seminaariraportissa: Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Turku 6.–7.2.1992. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 15. Valtion painatuskeskus: Helsinki; 84–113.
- Järvisalo, Jorma 1995: Työkyvyn ylläpitämisen ja kuntoutuksen käsitteet, tavoitteet ja toimintamallit työterveyshuollon näkökulmasta. Julkaisussa Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Mitä hyötyä työkyvyn ylläpitämisestä. Seminaariraportti Turku 21.–22.4.1994, Sosiaali- ja terveysministeriö, työterveyshuollon neuvottelukunta, Helsinki.
- Järvisalo, Jorma 1996: Työkyvyn ylläpitäminen terveyttä edistämällä. Julkaisussa Järvisalo, Jorma & Laine, Arto & Lamberg, Matti E. & Matikainen, Esko & Yrjänheikki, Erkki (toim.) Tositarinoita työkyvyn ylläpitämisestä. Seminaariraportti Turku 5.–6.6.1995. Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Järvisalo, Jorma 2010: Miten saada kaikki työpaikat työkyvyn edistäjiksi – löytyykö tahtoa, voimaa ja yhteistyökykyä? Luentotiivistelmä. 38. valtakunnalliset Kuntoutuspäivät 18.–19.3.2010. Työryhmä 3: Kuntoutus osaksi työpaikkojen arkea. Kuntoutussäätiö, moniste, 25–26.
- Kivekäs, Jukka & Uola, Terhi 2010: Työeläkekuntoutuksen kohdentuminen. Kuntoutus, 1, 45–53. http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2010/katsaus-kivekas-uola.pdf
- Kansaneläkelaitos, Muiden maiden parhaat käytännöt -ryhmä, 2010: Kyky-hanke Muiden maiden parhaat käytännöt – KYKY-hankeen alatyöryhmän loppuraportti. 30.4.2010. Moniste.
- Kokko, Riitta-Liisa 2003: Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä – institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 72/2003. Yliopistopaino. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta.
- Kokko, Riitta-Liisa 2004: Kuntoutuksen asiakasyhteistyö asiakkaan näkökulmasta. Kuntoutus 27:2, 19–28.
- Kuoppala, Jaana & Lamminpää, Anne & Husman, Päivi 2008a: Work health promotion, job well-being, and sickness absences – A systematic review and meta-analysis. *J Occup Environ Med* 50, 1216–1227.
- Kuoppala, Jaana & Lamminpää, Anne 2008b: Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehabil Med* 40, 796–804.
- Kuoppala, Jaana & Lamminpää, Anne & Liira, Juha & Vainio, Harri 2008c: Leadership, job well-being, and health effects – a systematic review and a meta-analysis. *J Occup Environ Med* 50, 904–15.
- Kurki, Merja 1999: Kuntoutuskurssit pystyvyysodotusten vahvistajina. Miina Sillanpään säätiön julkaisuja B:15, Helsinki.
- Kurki, Merja 2004: Missä kunnossa kuntoutukseen, entä kuntoutuksen jälkeen? Tules- ja Aslakurssit pystyvyysarvioiden vahvistajina. Miina Sillanpää Säätiön julkaisuja A: 6. Miina Sillanpää Säätiö, Helsinki.
- Latta, Mia & Hussi, Tomi & Ahonen, Guy 2010: Työelämän sopeuttaminen elämäntalouteen – mahdollon haaste vai ainutkertainen mahdollisuus? *Talous ja yhteiskunta*, 2010/1, s. 52–59.
- Lehto, Markku 2011: Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmänmuistio 2011:5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Liira, Juha & Peltomäki, Päivi & Leino, Timo & Räsänen, Kimmo & Bengström, M. & Huuskonen, Matti 2000: Maintaining work ability in Finland. In: *Toward better health at work: Successful European strategies*. Essen: BKK Bundesverband ; pp 97–121. <http://www.osha.europa.eu/en/legislation/future/proceedings/bilbao/liirafinlandbackground.pdf>

- Liira, Juha & Rasanen, Marja-Leena 2001: Uusia näkökulmia työkyvyn ylläpitoon: ESR-ohjelma-kaudella 1995–1999 käynnistettyjen työkykyhankkeiden hyvien käytäntöjen arviointi. Työsuojelujulkaisuja 49. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työsuojeluosasto.
- Lind, Jouko & Aaltonen, Tuula & Autti-Rämö, Ilona & Halonen, Jukka-Pekka 2009: Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2003–2006. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 105, Kelan tutkimusosasto Helsinki.
- Loisel, Patrik 2009: Developing a new paradigm: Work disability prevention. ICOH, Plenary, Special issue, 56–60.
- Mannila, Simo & Notkola, Veijo & Kaipainen, Hanna & Juntunen, Juhani & Rytönen Helena 2003: Vajaakuntoisuus, työhön osallistuminen ja kuntoutuksen tarve Suomessa vuonna 2002. *Kuntoutus* 26:1, 3–23.
- Mäkitalo, Jorma 2005: Work-related well-being in the transformation of nursing home work. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 837, Oulun yliopisto. Oulu University Press: Oulu. <http://herkules oulu.fi/issn03553221/>
- Mäkitalo, Jorma & Palonen Jussi 1994: Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi. *Työ ja Ihminen* 3, 155–162.
- OECD 2003: Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people. Available at: <http://213.253.134.43/oecd/pdfs/browseit/8103021E.PDF>, poimittu 24.3.2011.
- OECD 2008: *Sickness, disability and work* (Vol. 3): Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. http://www.oecd.org/document/62/0,3343,en_2649_34747_41662270_1_1_1_1,00.html, poimittu 24.3.2011
- Ojala, M. (toim) 2004: WHO. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF. Helsinki, Stakes.
- Peltomäki, Päivi & Viluksela, Marja & Hiltunen, M.-L. & Kauppinen, T. & Lamberg, Matti E., Mikkola, J. & Pirttilä, I. & Räsänen, Kimmo & Suurnäkki, T. & Tuomi, Kaija & Husman, Kaj 2002: Tyky-barometri. Työkykyä ylläpitävä ja kehittävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 2001. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pensola, Tiina & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma 2006: Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.): Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus & Kansaneläkelaitos & Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, Helsinki, 223–240.
- Rajavaara, Marketta & Aalto, Liisi & Hinkka, Katariina (toim.) 2009: Kehittämisideoista kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Kelan tutkimusosasto. Nettityöpapereita 7/2009. Helsinki. <http://hdl.handle.net/10138/14785>.
- Rautio Maria & Leino, Timo & Manninen, Pirjo 2011 (käsikirjoitus): Terveyttä, työ- ja toimintakykyä työterveyshuollon toimintakäytäntöjä kehittämällä. *Suom Lääk L*.
- Saari, Pirjo & Forma, Pauli, 2003: Tutkimus ammatillisesta uudelleen koulutuksesta ja sen vaikutavuudesta kunta-alalla. Kuntien eläkevakuutuksen monisteita 1/2003, 5–29. <http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/tutkimusjulkaisut.aspx>
- Saikka, Peppi 2006: Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. Stakes.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), työterveyshuollon neuvottelukunta 1992: Työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Seminaariraportissa: Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Turku 6.–7.2.1992. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 15. Valtion painatuskeskus, Helsinki, 142–152.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari & Linnakangas Ritva, 2010: Ammatillisen kuntoutuksen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle? Kelan vajaakuntoisten ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden hen-

- kilöiden asema työmarkkinoilla vuosina 1998–2006. *Kuntoutus*, 4, 21–37. http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2010/suikkanen-ym.pdf
- Suomen virallinen tilasto & Eläketurvakeskus & Kansaneläkelaitos 2010: 2009. Tilasto Suomen eläkkeensaajista. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=64965>
- Suoyrjö, Heikki & Oksanen, Tuula & Hinkka, Katariina & Kivimäki, Mika & Klaukka, Timo & Pentti, Jaana & Vahtera, Jussi 2009: The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary intervention on sickness absence and early retirement among employees at risk: an observational study. *Occup Environ Med*. 66, 235–242.
- Suoyrjö, Heikki 2010: Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Kela, Helsinki, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 113. <https://helsinki.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23745/Tutkimuksia113.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö, työterveyshuollon neuvottelukunta 1992: Työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Julkaisussa Laine, Arto & Lamberg, Matti & Parvi, P. & Rantanen, Jorma & Lehtinen, S (toim.) Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1992:15, Helsinki, 142–152.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a: Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:6, Helsinki. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1554348
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b: Työhyvinvointityöryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:4, Helsinki. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1555472
- Terveydenhuoltolaki. http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/ev_244_2010_p.shtml
- Tirkkonen, Maija & Kinnunen Ulla 2010: Työhyvinvointi vahvistuu varhaiskuntoutuksessa: ASLAK-kuntoutuksen ja Työhyvinvointi-kuntoremontin vaikuttavuus. Miina Sillanpää Säätiön julkaisusarja A: 8. Miina Sillanpää Säätiö, Helsinki.
- Tirkkonen, Maija & Rasimus, Eeva-Leena & Kero, Seija 2011: Terveyden ja hyvinvoinnin kehitys ASLAK-kursseilla. *Kuntoutus* 1,39–44.
- Turja, Johanna 2009: Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. *Acta Universitatis Tamperensis* 1375. Tampreen yliopisto, Tampere.
- Työ- ja elinkeinoministeriö, 2011: Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. TEM raportteja 10/2011. Helsinki. http://www.tem.fi/files/29341/TEM_raportti_10_2011.pdf
- Työuraryhmä 2011: Työurat pidemmiksi - työeläkejärjestelmän kehittämävaihtoehtojen tarkastelua. Työurien pidentämistä selvittävän työryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2011. Valtioneuvoston kanslia. Yliopistopaino, Helsinki. <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2011/jo4-tyourat-pidemmiksi/PDF/fi.pdf>
- Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 2002. <http://pre20090115.stm.fi/pr1064564873341/passthru.pdf>
- Valtionalouden tarkastusvirasto 2009:Lääkinnällinen kuntoutus. Valtionalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009. Edita Prima Oy, Helsinki. http://www.vtv.fi/files/1837/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf
- Virtanen, M. & Vahtera, J. & Pentti, J. & Honkonen, T. & Elovainio, M. & Kivimäki, M. 2007: Job strain and psychologic distress. Influence on sickness absence among Finnish employees. *Am J Prev Med* 3, 182–187.
- Vuorela, Mika 2008: Työtä haluaville työvoimapaalveluja. Selvitys kuntoutustuella ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden työllistymisestä ja työelämään paluun edistämisestä. Loppuraportti pdf. http://www.tem.fi/files/18750/Vuorela_loppuraportti.pdf
- Wynne, Richard & McAnaney, Donald 2004: Employment and disability: Back to work strategies. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg:

Office for Official Publications of the European Communities. <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1162&context=gladnetcollect&sei-redir=1#search=Wynne+McAnaney+Back+to+Work> g Conditions.

Ylisassi, Hilkka 2009: Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet. Tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkytkennän ja asiakkuuden rakentumisesta. Helsingin yliopisto, Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 226. Yliopistopaino, Helsinki.

Vammaiset markkinoistuvissa palveluissa Tehokkuuden ja oikeuksien arvioinnin näkökulma

Keijo Piirainen

Vammaiset, tehokkuus ja oikeudet

Vammaisuuden ja siihen liittyvien tuen muotojen määrittäminen on sidoksissa yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Tulkinnat vaihtelevat esimerkiksi siitä, millaisella voimalla olemme siirtymässä tai siirtyneet markkinoiden ja näennäismarkkinoiden roolin vahvistumiseen liittyvään kilpailutalouteen ja kilpailukyky-yhteiskuntaan (esim. Albrecht 1992; Alasuutari 2004; Pessi & Saari 2010). Yhteiskunnallisessa tilanteessa tapahtuviin siirtymiin liittyy myös kysymys eri toimijoiden vastuiden, velvollisuuksien ja oikeuksien määrittämisestä. Yleisenä huomiona on ollut, että suomalainen sosiaalipolitiikka on muuttunut aktiivista vastuunottoa korostavaksi, mikä on aiemmin liitetty sosiaalipolitiikassa lähinnä kuntoutukseen (Julkunen 2001). Muutosta on luonnehdittu maltillisesti suunnanmuutokseksi tai vahvemmin jopa täyskäännökseksi (Julkunen 2001; Kananen 2008).

Huomionarvoista vallitsevassa kansallisessa ja kansainvälisessä kehityksessä on ollut toisaalta markkinamekanismin mahdollisuuksien pohdinta ja lisääntyvä käyttöönotto, toisaalta vammaisten oikeuksien näkökulman korostuminen (esim. EU:n Amsterdamin sopimus 1999 ja vammaisten syrjinnän kieltä perustamissopimuksen 13 artiklassa, YK:n yleiskokouksen hyväksymä vammaissopimus ja sen valinnainen lisäpöytäkirja 2006). Suomi on saanut kriittistä kansainvälistä palautetta taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien (TSS-oikeudet) toteutumisesta (Aaltola 2010, 47). Kuitenkin esimerkiksi vammaisten subjektiiviset oikeudet ovat laajentuneet.

Tällä artikkelilla on kaksi tavoitetta. Ensinnäkin pyrin tuomaan esille markkinoistumisen seurauksia asiakkaiden (erityisesti vammaisiksi määriteltyjen) aseman ymmärtämiselle sosiaali- ja terveyspalveluissa (mukaan lukien kuntoutumista ja työllistymistä tukevat palvelut). Kysyn, onko viitteitä siitä, että esimerkiksi kuntoutuksen vaikutukset alettaisiin nähdä vielä nykytilannetta vahvemmin yksilön ratkaisuvallalla olevina asioina eikä esimerkiksi yhteisöllisten interventioiden näkökulmasta.

Toiseksi kiinnitän huomiota palvelujen arviointitarpeisiin tilanteessa, jossa julkisen sektorin roolit palvelujen järjestäjänä (rahoittajana, tuottajana, ohjaajana, valvojana) eriytyvät eri toimijoille. Sanomana on, että arvioinnissa olisi huomiota kiinnitettävä kahteen ulottuvuuteen:

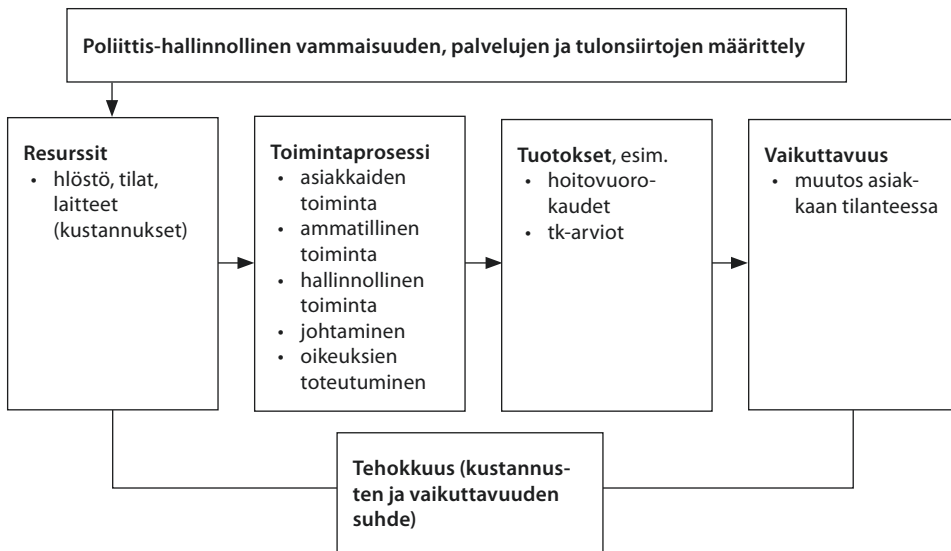
1. Tehokkuuden arviointi: Ensimmäinen arvioinnin ulottuvuus liittyy yleisesti hyväksytyyn lähtökohtaan, että käytettävissä olevilla resursseilla olisi saata-va aikaan mahdollisimman paljon suotuisia hyvinvointivaikutuksia. Tässä artikkelissa tehokkuuden arvioinnin näkökulma nostetaan esiin erityisesti työllistymistä tavoittelevan kuntoutuksen perspektiivistä. Yksi tehokkuuden

arvioinnin edellytys on vaikutusten esiin saaminen. Suomessa vaikutusten arviointi on liittynyt lähinnä kuntoutukseen ja työllistymiseen (Piirainen 2010).

2. Oikeuksien arviointi: Suomessa palveluihin liittyvien oikeuksien toteutumisen arvioinnin tarve on kasvanut samalla kun yhteiskunnallinen eriarvoisuus on lisääntynyt (mm. tuloerot), vaikka arviointia ei juuri olekaan tehty. Tällöin kysymys ei ole palvelun vaikutuksista, vaan pikemminkin niiden lähtökohdista (Sen 1999, 5). Tämä koskee muun muassa subjektiivisiksi oikeuksiksi määriteltyjä vammaisille suunnattuja palveluja (kuljetuspalvelu, tulkkipalvelu, palveluasuminen, asunnon muutostyöt, henkilökohtainen apu), ja niihin liittyviä oikeuksia (yhdenvertaisuus, itsemääräämisoikeus, osallistumisen mahdollisuuksien takaaminen).

Tehokkuudessa on kysymys resurssien (panoksien) ja vaikuttavuuden suhteesta (kuvio 1). Tehokkuuden arvioinnissa olennaista on verrata olemassa olevaa tapaa vaihtoehtoisin keinoin tukea hyvinvointia.

Varsinainen palvelujen toteutus lähtee liikkeelle käytettävissä olevista resursseista, joiden osalta keskeisessä asemassa ovat työntekijät (määrä, asiantuntemuksen perusta ja laajuus, erikoistumisen aste, kokemus). Muita tärkeitä resursseja ovat palveluista riippuen työtilat ja laitteet. Palvelujen toteutuksessa on kiinnitettävä huomiota myös itse palveluprosessiin, kuten palvelun saamiseen liittyvään jonotusaikaan, itse palvelutapahtumaan käytettyyn aikaan ja ylipäättänsäkin ihmisten kohteluun (kunnioitus, huomaavaisuus, sympatia, empatia).



KUVIO 1. Vammaisuuden määrittäminen ja palvelujen tehokkuus palvelutuotannossa

Myöskään tuotoksia ei voida sivuuttaa. Tuotoksia ovat asiakaskohtaamisten tai toimien määrät, ja ne sisältävät tehtyjä tarvearvioita ja suunnitelmia, koulutusten ja valmennusten rahoituspäätöksiä, myönnettyjä apuvälineitä jne. Palveluilla tavoitellaan tuloksia tai vaikutuksia (viime kädessä vaikuttavuutta) eli esimerkiksi palvelun saajan hyvinvoinnin paranemista tai sen ylläpitoa. Lopuksi voidaan todeta, että kokonaisuuden kannalta oikeudenmukaisuuskysymykset ovat olennaisia. (Le Grand 2007, 7–8.)

Kuviota 1 käytetään seuraavassa verraten yleisellä tasolla jäsentämään artikkelia. Arvioinnin osalta painopiste on resurssikysymyksiin liittyvässä asiakkaiden valikointumisessa palveluihin (keihin lähdetään panostamaan), organisaation tai organisaatioiden toimintaprosessissa (mikä kuntoutujia ja kuntoutustyöntekijöitä liikuttaa, mitkä ovat kannustimet sekä missä toiminnassa tuotokset ja vaikutukset aikaansaadaan) sekä vaikutuksissa.

Palvelujen sisäinen toimintaprosessi

Asiakkaan toiminta – onko liikkeelle panevana voimana
itsekkyyks vai yksilölliset preferenssit?

Pyrkimys hyödyntää markkinamekanismia (kuluttajat pyrkivät hyvinvointinsa maksimointiin ja palvelujen tuottajat voiton) sosiaali- ja terveystalouden tuotannossa ja käytössä suuntaa vammaisten ihmisten toiminnan ymmärtämistä. Mekanismin sisältö vahvoja oletuksia ihmisten rationaalisuudesta ja tosiasiallisista mahdollisuuksista vaikuttaa palvelujen saantiin ja sisältöön. Palvelujen ja tulonsiirtojen käyttäjät ymmärretään aiempaa vahvemmin kannusteisiin reagoivana *homo economicuksena*.

Vaikka kansainvälinen vammaisliike ei asemoidu markkinaehtoisuuden tai markkinaliberalististen painotusten puolesta puhujaksi, se korostaa samalla tavalla kansalaisen valintoja ja autonomiaa suhteessa julkisiin toimijoihin eli valtioon ja kuntiin (esim. Oliver & Barnes 1998). Tätä taustaa vasten voidaan hieman provokatiivisestikin kysyä, voisiko markkinamekanismin lisääntyvä käyttöönotto palvelutuotannossa vahvistaa vammaisten autonomiaa ja valintamahdollisuuksia.

Yleisemminkin sosiaalityön, sosiaalipolitiikan ja kuntoutuksen lähtökohdista voidaan pohtia vammaisten valinnanmahdollisuuksien ja hyvinvoinnin edistämistä, kun palvelujen markkinaehtoisuutta lisätään. Mitä palvelujen arvioinnin ja vammaisuuden ymmärtämisen kannalta merkitsee perinteisen talousteorian viritämä odotus siitä, että yhteiskunnan rajalliset voimavarat kohdistuvat juuri markkinamekanismin (kuluttajat pyrkivät hyvinvointinsa maksimointiin ja palvelujen tuottajat voiton) ansiosta hyvinvoinnin kannalta tehokkaimmalla tavalla (esim. Arrow 1963)? Toisin sanoen, onko kyseisen mekanismin avulla ja käytettävissä olevilla resursseilla saatavissa aikaan eniten myönteisiä hyvinvointivaikutuksia?

Tästä lähtökohdasta olisi voitava vastata siihen kysymykseen, miten tiukasti vammaiset ja vajaakuntoiset ihmiset palvelujen käyttäjinä sekä sosiaali- ja terveystalouden

lujen tuottajat loppujen lopuksi käyttäytyvät teoriaan sisältyvien ehtojen mukaisesti (ns. täydelliset markkinat).

Perinteinen talousteoriat virittää odotuksia kaikkien kuluttajien käyttäytymisestä, olivatpa he sitten vammaisia tai eivät. Ajatellaan, että he ovat

- a. kykeneviä itse määrittelemään tilanteensa ja palvelutarpeensa,
- b. itsekkäitä, ensisijaisesti omaa etuaan ja oikeuksiaan ajavia kuluttajia (rationaalinen *homo economicus*).

Lisäksi teoria virittää odotuksia palveluista niin, että

- a. kuluttajan valittavana on useita toimijoita, jotka kilpailevat keskenään, ja että
- b. palvelutapahtumaan ja sen seurauksiin ei liity kolmannen osapuolen intressejä (tapahtuma on yhteiskunnallisesti neutraali: esimerkiksi omaiset, palvelun saajan lähipiiri ja työnantajat eivät liity mitenkään tehtyjen interventioiden seurauksiin eivätkä tunne niihin mielenkiintoa).

Kuluttajat tekevät edellä mainitussa mallissa toisistaan riippumattomia valintoja, joihin vaikuttavat pääasiallisesti hyödykkeiden ja palvelujen hinnat ja päätöksentekijän tulot. Mallia on kuitenkin kehitetty eteenpäin, koska se ei huomioi sosiaalisen ympäristön vaikutusta päätöksentekoon (esim. Becker 1974).

Markkinamekanismin lisääntynyt käyttöönnotto (esim. palvelusetelit) siis suuntaa vammaisuuden ymmärtämistä ja palvelujen arviointia juuri edellä mainittuihin näkökohtiin. Itse asiassa tämä siirtymä on havaittavissa laajemminkin sosiaalipolitiikassa. Raija Julkunen (2008b, 193) on huomauttanut, että sosiaalipolitiikan uudelleenmuotoilua ohjaa *homo economicus*, ihmisten ajattelemisen rationaalisesti valitsemina ja laskevina, taloudellisiin kannustimiin reagoivina olentoina.

Edellä mainitut täydellisten markkinoiden ehdot eivät toteudu vammaisten käyttäytymisen eivätkä palvelujen osalta suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä (eivätkä puhtaasti juuri muuallakaan). Kaikki vammaiset eivät syystä tai toisesta reagoi sosiaalipolitiikan kannusteisiin eivätkä pysty toimimaan politiikan odottaman rationaliteetin mukaisesti. Heitä ei myöskään palveluissa ja tulonsiirtojärjestelmissä kohdella rationaalisina toimijoina. Vammaiset eivät useinkaan ole tietoisia kaikista palvelumahdollisuuksista eivätkä palvelun sisällöistä, eivätkä he siten pysty suunnittelemaan palvelujen käyttöä. Kaikki eivät myöskään hae itselleen kuuluvia etuja. Vammaiset eroavat myös keskenään synnynnäisten ominaisuuksiensa ja elämänolosuhteidensa osalta. Osalla ei ole edellytyksiä itsenäiseen päätöksentekoon tai heidän kykyihinsä ei muuten luoteta (esim. osa kehitysvammaisista ja demen-toituneista vanhuksista). Palveluntarjoajia ei myöskään yleensä ole useita, ja usein vammaisten palveluihin ja etuuksiin liittyy vahvasti kolmannen osapuolen intressejä.

Ei ole mikään uusi ajatus, että edellä mainittujen syiden vuoksi palvelutuotantoa ja niiden rahoitusta ei voida jättää yksin markkinoille, vaan tarvitaan julkisen toimijan osallistumista (Arrow 1963, 947). Markkinat eivät myöskään pysty ratkaisemaan oikeudenmukaisuuteen liittyviä kysymyksiä. Edellä mainittujen syiden vuoksi

julkisen toimijan (valtio, kunnat) on oltava tavalla tai toisella mukana sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Kun halutaan tavoitella joitakin markkinamekanismien kautta saavutettavia hyviä ominaisuuksia (mm. palveluiden käyttäjien valinnanmahdollisuuksien lisääminen), on tyydyttävä näennäismarkkinoihin (tilaaja-tuottajamallit, palvelusetelisovellukset).

Amartya Senin (2006, 44) mukaan oletus kapean itsekeskeisistä yksilöistä on ontto, vaikka se on vaikuttanut ”luonnolliselta” monille modernin taloustieteen edustajalle. Sitä on koristeltu ylevin sanakääntein ”ekonominen ihminen” tai ”ratio-naali toimija”. Käyttäytymisoletuksissa sivuutetaan täysin yhteiskunnassa eläviä ihmisiä motivoivien vaikuttimien kirjo lukuisine yhteyksineen ja sitoutumisineen.

Senin (1992) ajattelu asettaa julkiselle sektorille merkittävän vastuun ihmisten toimintamahdollisuuksien edistämisestä ja ylläpitämisestä. Ihmiset eroavat toisistaan monin tavoin ulkoisten piirteiden, olosuhteiden, yksilöllisten ominaisuuksien ja tärkeinä pitämiensä asioiden (preferenssit) osalta. Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden ja palvelujen käytön tasa-arvoisuuden näkökulmasta tämä asettaa haasteita. Vaikka ihmiset olisivat samassa asemassa tulojen osalta ja vaikka heitä kannustettaisiin tiettyihin ratkaisuihin esimerkiksi tulonsiirtojen avulla, heidän kykynsä ja edellytyksensä tehdä arvostamia asioita palvelujen tuella tai niitä ilman vaihtelevat.

Senin (1992) mukaan sairaus, terveys ja esimerkiksi vammaisuus on nähtävä keskeisinä tekijöinä keskusteltaessa oikeudenmukaisuudesta ja tasa-arvosta. Vammaiset ihmiset eivät aina pysty toimimaan aivan samalla tavoin kuin ne, joita ei luokitella vammaisiksi, mutta vammaistenkin kesken on eroja (jo vammaisuuden määrittely lähtee tästä). (Sen 1992, 20.)

Sen (1992) näkee oikeudenmukaisuuden vapautena ja mahdollisuutena elää ja saavuttaa yksilön tavoittelemat tilat erilaisten toimintavaihtoehtojen kautta. Toimintamahdollisuudet (capability to function) edustavat erilaisia olemisen ja tekemisen toimintayhdistelmiä (olemisen tapoja ja tekemistä), joita ihminen voi saavuttaa. Mahdollisuuksissa (capabilities) on kysymys edellytyksistä siirtyä tiettyntyyppisestä elämästä toiseen.

Aivan kuten henkilökohtaisen budjetin asettaminen kuluttamiselle edustaa henkilön vapautta ostaa tuotteita ja palveluja, toimintamahdollisuuksien asettaminen kertoo henkilön vapaudesta valita nykyisen elämän ja muiden elämien välillä. (Sen 1992, 40.) Mahdollisuudet edustavat useita vaihtoehtoisia toiminnan kokonaisuuksia, joista yksilö voi valita. Joissakin maissa tällaisille ratkaisuille on tehty voimakkaammin tilaa kuin Suomen sosiaaliturvajärjestelmässä. Esimerkiksi Hollannissa ja Saksan vammaispalveluissa on otettu käyttöön henkilökohtainen budjetti tai tili, jonka rahoitus tulee sosiaalivakuutuksesta ja joka tekee mahdolliseksi yksilölliset valinnat (Volk & Laukkanen 2010).

Ammatillinen toiminta ja vammaisten oikeudet

Sosiaali- ja terveystalouden ammattiryhmien käytännössä eettistä tietoisuutta pidetään perustavanlaatuisena. Siksi palvelujen arviointiin tulisi olennaisena osana kuulua työntekijöiden mahdollisuuksien ja sitoumusten tarkastelu suhteessa palvelujen käyttäjiin ja toimintaorganisaatioon. Esimerkiksi kansainvälisessä sosiaalityön eettisessä ohjeistossa (IFSW 2004) korostetaan, että sosiaalityöntekijän olisi pystyttävä toiminnassaan puolustamaan jokaisen ihmisen fyysistä, psyykkistä, emotionaalista ja uskonnollista (spiritual) eheyttä ja hyvinvointia. Se tarkoittaa:

1. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamista,
2. Osallistumisoikeuksien (right to participation) edistämistä,
3. Ihmisen kokonaisvaltaisen tilanteen huomioon ottamista ja
4. Vahvuuksien tunnistamista ja kehittämistä.

Näistä ensimmäinen eli itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on kuntoutus- ja vammaisuuksien saamisen näkökulmasta haastava ulottuvuus. Richard Sennettin (2004, 177) mukaan itsemääräämisoikeus ei ole yksinomaan toimintaa.

”Se vaatii myös suhteen, jossa toinen osapuoli hyväksyy, että toinen on hänelle jossakin määrin käsittämätön. Sen hyväksyminen, ettei voi ymmärtää toista läpikotaisin, antaa molemmille osapuolille tilaa ja tasavertaisuutta keskinäisessä suhteessa. Autonomia edellyttää sekä yhteyttä toiseen että vierautta, sekä läheisyyttä että persoonattomuutta.” (Sennett 2004, 177.)

Sennettin mukaan sosiaaliturvabyrokratian historiassa puuttuu edellä mainitun autonomian kunnioittamisen perinne. Toisaalta voidaan kuitenkin väittää, että esimerkiksi subjektiiviset oikeudet tiettyihin palveluihin lisäävät autonomian kunnioittamisen edellytyksiä, koska jo lähtökohdissaan on kysymys vammaisten itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta. Tällöin asiantuntijatoiminnan tehtäväksi jää pikemminkin lainsäädännössä ilmaistujen oikeuksien toteutumisen varmistaminen kuin vammaisen ratkaisujen seuranta.

Toisaalta suomalaisessakin kuntoutuksessa ja vammaispalveluissa on ollut pitkänä perinteenä, että järjestelmä lähtökohtaisesti määrittelee, mihin asiakkaille on oikeus, mitä he tarvitsevat ja mitä pystytään saavuttamaan (tarpeiden ja mahdollisuuksien määrittely). Vammaisilla on ollut vain rajalliset mahdollisuudet osallistua oman riippuvuutensa ehtojen määrittelyyn. Viime aikoina tähän asiaan on kiinnitetty huomiota yleisellä tasolla (esim. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2010, 46–47).

Myös sosiaalivakuutukseen liittyvän kuntoutuksen osalta lähtökohtiin liittyy tarjotun tuen ohella kontrolli. Tämä näkyy myös lakisääteisen sosiaalivakuutuksen ja siihen liittyvän teorian rakentumisessa, jossa taustalla vaikuttavat myös erityisesti yksityisvakuutuksiin liitetyt käsitteet, esimerkiksi ”epäsuotuisa valikoituminen” (*adverse selection*), ”moraalinen kato” (*moral hazard*) ja ”tiedon epätasainen jakau-

tuminen” (*information asymmetry*). Vakuutus joutuu ottamaan huomioon asiakasvalikoitumiseen, palvelujen käyttöön liittyvien vaikutusten epätarkoituksenmukaiseen kohdentumiseen ja esimerkiksi yksilöiden mahdollisiin vapaamatkustamisen ongelmiin liittyvät kysymykset.

Vaikka palvelut toimivat pääpiirteissään hyvin, niin valitettavan usein vammaisten henkilöiden oikeuksien toteutumisessa on havaittavissa tarpeettoman voimakasta viranomaiskontrollia. Kokemuksia on myös vammaisten nöyryyttävästä kohtelusta ja yksityisyyden suojan murenemisestä. (Kumpuvuori & Högbäck 2003, 16–17.)

Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) todetaan, että palveluja ja tukitoimia kehittäessään kunnan tulee ottaa huomioon vammaisten henkilöiden esittämät tarpeet ja näkökohdat. Lisäksi todetaan, että lain mukaisia palveluja ja tukitoimia järjestettäessä on otettava huomioon asiakkaan yksilöllinen avun tarve. Asiakkaan edun huomioon ottamista ratkaisuja tehtäessä ei kuitenkaan korosteta.

Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) asiakkaan etu mainitaan vahvemmin:

”Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu.”

Myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/992) on ihmisarvoisen kohtelun ja yksityisyyden kunnioittamisen vaatimus.

Kansallisesti hyväksytyt kansainväliset sopimukset tarjoavat yhä vahvemmin suojaa, mikäli kansallisella tasolla ilmenee pulmia muun muassa vammaisten kansalaisoikeuksien, sosiaalisten oikeuksien ja taloudellisten oikeuksien osalta. Oikeuksien näkökulma tarjoaa myös mahdollisuuden siirtymään, jonka Mike Oliver (1994, 62) on tuonut esiin. Kyse on siirtymästä yksilöllisistä vammaisuutta henkilökohtaisena tragediana kuvaavista teorioista ja selitysmalleista (”personal tragedy theory”) kohti selityksiä, joissa tunnustetaan myös vammaisten selviytymiseen liittyvät yhteisöllisen (sosiaalisen) syrjinnän mahdollisuudet ja mekanismit (”social oppression theory”).

Miten parannetaan toimintaprosessia – enemmän asiakaspalautetta, asiantuntijakontrollia vai kilpailua?

Onko palveluissa ylipäättään mekanismeja oikea-aikaiseen, suunnitelmalliseen, tarvittaessa pitkäjänteiseen ihmisten selviytymisen ja kuntoutumisen tukeen, jolla saavutetaan tavoitellut vaikutukset? Suomessa sosiaali- ja terveystaloudet kuntoutus- ja vammaispalveluineen ovat suurimmaksi osaksi julkisten toimijoiden ohjauksessa, mutta myös esimerkiksi yhdistysmuotoisella Vakuutus kuntoutus VKK:lla ja

yksityisillä vakuutusyhtiöillä on oma roolinsa. Palvelujen saajat odottavat saavansa hyvää palvelua. Julian Le Grand (2007, 7) määrittelee julkisesti järjestettyjen palvelujen (sisältää julkista rahoitusta, tuotantoa, ohjausta tai valvontaa) hyvyyden niin, että kysymys on tehokkuudesta, herkkyydestä ja tilivelvollisuudesta (vaikutusten ja tehokkuuden arviointi). Kaikki nämä ovat asioita, jotka on totuttu yhdistämään palvelujen laadun käsitteeseen ja joita palvelujen käyttäjät veronmaksajina vaativat. Vaikutuksia ei aina ole tarkasteltu laatukäsitteen alla, mikä johtuu siitä, etteivät organisaatiot ole yleensä pystyneet kuvaamaan asiakastason vaikutuksia.

Julian Le Grandin (2006; 2007, 14) mukaan julkisen toimijan keinot tavoitella asiakkaiden toivomaa hyvää palvelua voivat perustua seuraaville mekanismeille:

- hierarkia: käskytyks ja kontrolli (command and control),
- luottamus
- vaikuttaminen, äänenä ja tulkkina toimiminen (voice)
- valinta ja kilpailu.

Käytännössä julkinen valta käyttää niitä kaikkia järjestäessään palveluja ja ne sekoituvat eri tavoin. Esimerkiksi julkishallinnon johtamisopit vaikuttavat siihen, miten mekanismeja käytetään. Suora johtaminen perustuu hierarkiaan (käskytykseen ja kontrolliin). Johto asettaa tavoitteet ja seuraa niiden toteutumista, jolloin tavoitteiden saavuttamisesta palkitaan ja epäonnistumisesta rangaistaan.

Luottamukseen perustuvassa mallissa hallinto asettaa budjetin ja ammatillaiset ratkaisevat, miten budjetin käyttävät. Etuna on ensinnäkin, että malli kannustaa korkeaan työmoraaliin. Lisäksi seurantakustannuksia ei synny. Malli tekee ratkaisevia oletuksia ammatilaiden motivaatiosta. Heidän oletetaan toimivan eettisesti kestäväällä tavalla ja olevan pikemminkin altruisteja kuin itsekkäitä toimijoita. Lähestymistavan ongelmana on pidetty sitä, että altruisteilla on heikko kannustin toimia tehokkaasti (maksimoida hyöty annetuilla resursseilla). Riittävänä motivaationa pidetään pelkästään sitä, että he tekevät jotain hyvää. Myös käsitys laajemmista tarpeista on rajoittunut. Kun ammatillaiset ovat tekemisissä inhimillisen hädän kanssa, altruistien on vaikea tunnistaa muiden toimijoiden resurssien rajoja ja mahdollisuuksia. Pidetään myös pulmana, että altruistit suosivat passiivisia palvelujen vastaanottajia. Jos kuitenkin ammatillaiset toimisivat itsekkäästi, siitä seuraisi alimitoitettuja ja ihmisten tarpeisiin reagoimattomia palveluja.

Äänivaltaa (voice) ja vaikuttamista korostava malli merkitsee asiakkaiden kautta tapahtuvien palautemekanismien käyttöä: asiantuntijoiden epävirallista, kasvokkain tapahtuvaa kohtaamista, konsultatiivisia foorumeita, menettelytavoista valittamista ja edustajien valtuuttamista. Kysymys on niistä keinoista, joiden avulla palvelujen käyttäjät voivat ilmaista tyytymättömyytensä palvelujen tuottajille. Esimerkkinä voidaan mainita kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmät, joissa kuntoutujalla ja tarvittaessa hänen läheisillään on oikeus tulla kuulluksi asiassaan ja osallistua asiansa käsittelyyn (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003/497).

Ongelmana edellisessä mallissa on palvelun tuottajien kannustinten puute sekä asiantuntijoiden ja palvelujen käyttäjien epätasa-arvo. Asiantuntijat voivat helposti olla välittämättä saamastaan palautteesta ja käyttää erityisen herkästi saamaansa luottamusta systeemin manipulointiin. Myöskään asiantuntijat eivät välttämättä ole keskenään tasa-arvoisessa asemassa, jolloin keskeinen kysymys on, mikä asiantuntemuksen perusta valitaan ja legitimoidaan. Palvelun käyttäjien näkökulmasta pulmana on pidetty sitä, että heikossa asemassa olevat eivät käytä tarvitsemiaan palveluja, joten heidän äänensä palveluista ei välity. On esimerkiksi huomattu, että työttömät, heikkotuloiset ja huonosti koulutetut käyttävät terveystalv palveluja tarveperusteisesti suhteellisesti vähemmän kuin työssä olevat, hyvin toimeentulevat ja paremmin koulutetut. Toisin sanoen edellisillä on palvelujen alikäyttöä.

Valinta- ja kilpailumekanismien lisääntynyt käyttöönotto johtaa kysymään, mitä palveluja valitaan, kenen tuottamina, mihin aikaan ja millä vuorovaikutusmuodolla (kasvokkain, puhelimen välityksellä, verkon kautta jne.). Tuottajat ovat itsenäisiä, joko voittoperusteisesti toimivia tai voittoa tavoittelemattomia. Ideaalimallissa käyttäjät valitsevat tuottajat, jolloin raha seuraa valintoja joko palveluseleiden muodossa tai suoraan palvelumaksuina. Näin sairaalat ja kuntoutuslaitokset saavat sitä enemmän rahaa, mitä enemmän niillä on potilaita. Pulmana on pidetty, että kuluttajanäkökulman vahvistumisen seurauksena julkinen vastuu saadusta palvelusta voi siirtyä osittain kuluttajan ja palvelun tuottajan väliseksi kysymykseksi.

Valintamahdollisuuksien ja kilpailun etuina on pidetty sitä, että se tarjoaa asiantuntijoille vahvan kannustimen reagoida herkästi asiakkaiden palvelutarpeisiin ja toimia tehokkaasti. Sen katsotaan myös lisäävän tasa-arvoa vähentämällä äänivaltaa omaavien asiantuntijoiden merkitystä ja vetoavan niin altruisteihin kuin itsekkäisiin toimijoihin. Myös transaktiokustannukset ovat vähäisiä. Ongelmana on kuitenkin, että olisi oltava vaihtoehtoja kilpailun mahdollistamiseksi. Lisäksi palvelujen käyttäjien tai heidän edustajiensa olisi oltava täysin informoituja. Pulmiin sisältyy, että myös kynnys kermankuorintaan on alhainen. Palvelun tarjoajat pyrkivät valitsemaan helpoimmat, vähiten kustannuksia aiheuttavat asiakkaat, joiden palvelujen tarve voi olla vähäinen ja jotka selviytyisivät ehkä muutenkin.

Lisäksi jälkimmäisen mallin käytännön toteutuksen ongelmana on muun muassa se, että korostaessaan ihmisten vapaata tahtoa se helposti aliarvioi julkisten palvelujen eetosta. Toisin sanoen, valintamahdollisuuksien korostaminen uhkaa julkisen sektorin ajattelu- ja toimintatapoja.

Järjestelmätasoinen valikoituminen ja vaikuttavuuden osoittaminen – tapaus työllistymistä tavoitteleva kuntoutus

Mikäli palveluissa aidosti lisätään asiakkaiden ja kuluttajien valintamahdollisuuksia, olisi samalla huomioitava, että kaikki eivät valintoja pysty tekemään. Kaikista heikoimmassa asemassa olevat eivät pysty toimimaan sillä tavoin kuin mekanismin lisääntyvä käyttöönotto edellyttää. Keskeinen kysymys on, mikä on julkisen toimi-

jan rooli näissä prosesseissa silloin, kun kaikki eivät halua, pysty tai kykene toimimaan rationaalisesti tai yleisesti hyväksytyjen rationaalisuusoletusten mukaisesti tai heitä ei pidetä muuten kelpoisina.

Työllistymiseen tähtäävän kuntoutuksen ratkaisuna on ollut, että järjestelmä on eriytynyt. Avoimille työmarkkinoille työllistymisen kannalta parasta tulosta tekee sosiaalivakuutukseen liittyvä ammatillinen kuntoutus (Rajaniemi 1998; Gould 2010, 58). Se kohdistuu niihin, joiden ennuste on paras ja joiden odotetaan hyötyvän toimista eniten (Julkunen 2008a, 171). Työeläkelainsäädännön mukaisen ammatillisen kuntoutuksen tulokset ovat paremmat kuin Kelan järjestämän ammatillisen kuntoutuksen. Kuntouttavassa työtoiminnassa ja muilla tavoin välityömarkkinoille kiinnitetyillä ei juuri ole ollut edellytyksiä avoimille työmarkkinoille työllistymiseen (Ala-Kauhaluoma 2007; Karjalainen & Karjalainen 2010).

Asiakkaiden valikoinnin kriteerit ja valikoituminen eri kuntoutusjärjestelmien sisällä eivät lievene talouden tiukentuessa, pikemminkin päinvastoin. Tilanne näkyy niin Vakuutuskuntoutus VKK:n kuntoutuksessa kuin Kansaneläkelaitoksenkin kuntoutuspäätöksissä (Vakuutuskuntoutus VKK ry:n vuosikertomukset 2006–2009; Kelan kuntoutustilastot 2004–2009).

Työeläkekuntoutujia voidaan pitää työllistymiseen suuntautuneen kuntoutuksen eliittiryhmänä työtapaturmiin joutuneiden ja liikenteessä vammautuneiden ammatilliseen kuntoutukseen osallistujien ohessa. Kuntoutusprosessin eteneminen rakentuu pitkälti kuntoutujien asettamien tavoitteiden ja toiminnan varaan. Se on varsin toisenlaista kuin sosiaalihuoltoon liittyvään pitkäaikaiseen toimeentulotuki-riippuvuuteen tai pitkäaikaistyöttömyyteen kytkeytyvä kuntoutus. Jälkimmäiseen liittyy myös moralisoivia piirteitä, kun toimettomina pidettyjä kuntoutujia pyritään ohjaamaan tiettyihin elämänvalintoihin ja elämäntapaan (psykososiaalinen tuki). Mahdollista työttömyysturvaan liittyvää vapaamatkustamisen ongelmaa torjutaan sillä, että vaille avoimille työmarkkinoille pääsy ihmiset tekevät töitä niin sanotuilla välityömarkkinoilla ansaitakseen oikeutuksen vähimmäisturvaan. Näiden aktivointitoimenpiteiden kohteena olevien ihmisten tilannetta luonnehtii myös palveluriippuvuus. (Karjalainen & Karjalainen 2009).

Pitkäaikaistyöttömien palvelut ovat näiltä osin eriytyneet myös niin, että ne joiden mahdollisuudet ovat heikoimmat, saavat eri palvelua kuin muut työttömät, vaikka työllistymistä koskeissa tavoitteissa ei välttämättä selvää eroa halutakaan tehdä (työvoiman palvelukeskusten toiminta pitkäaikaistyöttömien kanssa).

Perusturvan ja työllistämiseen tähtäävien toimien yhteisvaikutusten osalta suomalaisen järjestelmään sisältyy vakavia ongelmia. Työllistämistä on pidetty itseisarvona sinänsä, eikä ole oivallettu, että esimerkiksi työllistymiseen tähtäävät toimet olisi nähtävä julkisena investointina, jonka tarkoituksena on saada rahat takaisin. Yksittäiset toimenpiteet voivat tulla kalliiksi, mutta julkinen talous saa omansa takaisin, jos niiden seurauksena tarve tulonsiirtoihin vähenee ja verotulot kasvavat. (Soininvaara 2010, 159.)

Pulmana on pidetty myös sitä, että palveluja on suunnattu ilman riittävää valikoivuutta, tarveharkintaa ja työkyvyn huomiointia, mutta mitä ilmeisimmin järjestelmien osalta on eroja (vrt. Soininvaara 2010, 160–161). Kuntoutujien valikoituminen ei ole ollut esimerkiksi lakisääteisen ammatillisen kuntoutuksen merkittävä ongelma. Toinen tilanne on esimerkiksi huoltopainotteisessa kuntouttavassa työtoiminnassa, jossa työllistämistavoitteiden saavuttaminen on olematonta.

Asiakkaiden näkökulmasta ongelmia on tuottanut ennen kaikkea toimeentuloturva. Kun asiakasvalikoitua kuntoutusetuuksiin tehdään, olisi järjestelmän kyettävä eliminoimaan sellaiset yksilöiden toimeentuloon liittyvät väliinputoamistilanteet, jotka johtuvat muusta kuin yksilön haluttomuudesta reagoida järjestelmän kannustaviin tai sanktioiviin tekijöihin. Esimerkiksi keskussairaaloiden kuntoutus- tutkimuspoliklinikoille valikoituneet työllistyvät huonosti ja usein työllistymisvaikeudet johtavat köyhyyteen (esim. Friberg 2007).

Palvelujen arvioinnin tulevaisuudennäkymiä

Kilpailukyky-yhteiskunnan näkökulma sosiaali- ja terveyspalvelujen haasteisiin perustuu aiempaa vahvemmin taloudellisiin lähtökohtiin. Osaltaan palvelutuotannon tehostamisodotusten vuoksi toiminnan vaikutuksiin tunnetaan aiempaa suurempaa mielenkiintoa. Palvelujen järjestäjien ja käyttäjien näkökulmasta myös palvelujen käyttäjien oikeuksien toteutumisen arvioinnille on aiempaa suurempi tarve.

Periaatteessa vammaisten subjektiivisten oikeuksien laajentuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa voisi vahvistaa yhteisöllistä orientaatiota ja yksilöiden autonomian edellytyksiä. Tämä edellyttäisi kuitenkin myös muita rakenteellisia edellytyksiä sellaisille arviointiin perustuville toimintamalleille, joissa vammaisilla ihmisillä itsellään olisi suurempi valta niiden ehtojen rakentamisessa, joiden puitteissa yksilöllisiä tilanteita ja palvelutarpeita arvioidaan. Vahvoja signaaleja tästä ei ole näköpiirissä.

Tietyt seikat viittaavat siihen, että asiakkaiden valintamahdollisuudet kuntoutuspalveluiden osalta eivät ole tulevaisuudessa lisääntymässä. Palveluja koskevaa vaikuttavuusnäyttöä hyödyntävät palvelujen tilaajat (jotka eivät yleensä ole yksityisasiakkaita), jotka käyttävät tietoa palvelujen hankintapäätöksiä tehtäessä. Esimerkiksi kuntoutuslaitosten tilaa koskeneessa selvityksessä Rauno Ihalainen ja Pekka Rissanen (2010, 75, 80, 66, 87) toteavat, että kuntoutukseen ohjauksessa (asiakasvalikoinnissa) ja laadun arvioinnissa keskeistä on kuntoutuksen vaikuttavuus ja tämän tulee myös keskeisesti ohjata kuntoutuksen hankintapäätöksiä. Asiakkaiden toiveilla saataisi tulevaisuudessa olla vielä vähemmän merkitystä esimerkiksi kuntoutuspaikan valinnassa kuin nykyään. Leinon (2006, 56) mukaan esimerkiksi terveyspalveluissa toiminta näyttää jo nyt pilkkoutuvan lyhytjänteiseen tilaajan ja tuottajan määrittelemien palvelupakettien osto- ja myyntitoimintaan.

Vaikuttavuutta ei tällöin ymmärretä esimerkiksi palvelujen ketjuttamisen, niiden yhdistelyn ja asiakkaalle tulevan lopullisen vaikutuksen näkökulmasta, vaan organisaatiosidonnaisena vaikutuksena. Muiltakin osin kuntoutukseen liittyy tiettyjä

ehtoja, jotka ovat ristiriidassa oikea-aikaisen yksilöllisen kuntoutustarpeen havaitsemisen ja tehokkaan kuntoutuksen toteutuksen kannalta (ks. Ihalainen & Rissanen 2010, 88).

Näennäismarkkinoilla tapahtuvan julkisen kilpailutuksen palvelut voivat myös standardisoitua niin, että palvelujen käyttäjät ymmärretään yhä homogeenisempina ryhminä, kuten Britanniassa on käynyt. Kehityssuunta on ongelmallinen, jos samalla korostetaan yksilöllisten palvelujen tärkeyttä. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2010, 32.)

Vaikutusnäyttöä yritetään yhä vahvemmin saada palveluista, joista sitä ei ole juuri aiemmin saatu. Esimerkkinä voidaan mainita Kansaneläkelaitoksen pyrkimys saada kuntoutuksen palveluntuottajien käyttöön yhtenäistä menetelmäpohjaa ja mittaristoa (GAS-menetelmän suomalainen sovellus). Mielenkiintoista on, että kansallisella tasolla vaikutuksiin liittyvässä tarkastelussa (GAS-mittariston soveltaminen) ollaan menossa painotuksiin, jotka liittyvät yksilön omaan päätöksenteon ja ratkaisuvallan alaisuudessa tapahtuvaan toimintaan (Kiresuk & Sherman 1968). Tämä on omiaan siirtämään tarkastelua sivuun yhteiskunta- ja yhteisötasolta. Toisaalta kuitenkin esimerkiksi kansainväliset luokitukset, esimerkiksi ICF, tarjoaisivat pohjaa osallistumisen vahvemmalle huomioimiselle esimerkiksi työyhteisötasolla. Vaikuttavuusnäytön hankkimisessa on suoraan tai välillisesti kysymys myös siitä, miten onnistunutta portinvartiointia järjestelmät onnistuvat toteuttamaan, toisin sanoen karsimaan kuntoutuksesta ne, jotka eivät palveluista hyödy.

Arviointitarvetta ei voida perustella asiakkaiden palveluja koskevien valintamahdollisuuksien parantamisella. Asiakkaille kohdistettavat perustelut lähtevät pikemminkin siitä, että näin saadaan palveluprosesseista läpinäkyvämpiä ja samalla näyttöä tavoiteperusteisesta toiminnasta. Palveluja koskeva tieto ei paranna valinnanmahdollisuuksia, jos palvelujen tuottajia ei ole useita. Asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia eri tavoin tuotettujen palvelujen osalta ei tulisi muutenkaan yliarvioida, kun vammaisille suunnattavia palveluja ja kuntoutusta kehitetään. Esimerkkinä voidaan käyttää vaikkapa lakisäateistä ammatillista kuntoutusta. Etenkin ne, joilla on mahdollisuuksia palkkatyössä ja ammatillisten kuntoutuspalvelujen käyttöön, eivät ehkä käyttäisi esimerkiksi vahvemmin käyttäjämaksuihin perustuvia yksityisiä palveluja, vaikka heillä olisi siihen mahdollisuus (esim. työeläkekuntoutuksen hankkimat palvelut palvelusetelien tukemana). Ammatillisen kuntoutuksen ja työkykyä ylläpitävät palvelut ovat kuitenkin niin hyvätasoiset, että suurin osa käyttäjistä kokisi ”ylimääräiset” kustannukset liiallisina ja käyttäisi joka tapauksessa palveluja vain nyky muodossaan.

Edellä mainituista syistä johtuen mahdollinen kehityksen suunta on kuntoutuksen eri toimijoiden välisen yhteistyön heikkeneminen ja vahvistunut yksilökeskeisyys yhteisöllisen orientaation vastakohtana. Toisin sanoen kuntoutuksessa toimitaisiin jatkossa yhä selkeämmin niin, että

1. Kuntoutuksen vaikutusnäyttö määritellään yksilön päätöksenteon ja toiminnan aikaansaamana muutoksena,

2. Palvelutuottajat keskittyvät yksilön ratkaisuvallassa olevien tavoitteiden määrittelyyn,
3. Kuntoutusinterventiot keskittyvät yksilötason kognitiivisten prosessien käynnistämiseen (muutosmotivaatio),
4. Palvelutuottajat keskittyvät asioihin, jotka kuntoutuja voi itse ratkaista,
5. Palvelun tilaajat valikoivat asiakkaat palveluihin sen vaikutusnäytön perusteella mitä yksilötason muutoksia ne voivat osoittaa,
6. Palvelun tuottajilla ei ole kannustetta palvelujen tuottajien keskinäiseen yhteistyöhön.
7. Palvelun tuottajilla ei ole kannustetta puuttua kuntoutukseen liittyviin yhteisötason kysymyksiin (esim. työnantaja- ja työterveyshuoltoyhteistyö ja niihin liittyvät kuntoutumista tukevat ratkaisut).

Jatkossa on syytä kiinnittää huomiota myös käytettävissä oleviin keinoihin eli siihen toimintaprosessiin (asiantuntija-asiakassuhde, työyhteisötason ratkaisut), jossa yksilöllinen palvelu syntyy tai jää syntymättä. Myös transaktion esteisiin liittyvät tekijät ovat kiinnostavia (esim. työnantajayhteistyö, ks. Sen 1999, 25).

Tehokkuus ja vaikuttavuusnäkökohtien vahvempi esiin nostaminen on sinänsä kannatettavaa. Samalla kuitenkin vaikutuksen syntymekanismien määrittely voi muuttaa toimintakäytäntöjä ja itse interventioiden luonnetta (esim. määritelläänkö muutos vain yksilön ratkaisuvallassa olevaksi asiaksi). Siksi keskeistä on, millaisen toimintapolitiikan ja millaisten vaikuttavuuteen liittyvien teorioiden varassa näyttöä hankitaan: mitä esimerkiksi kuntoutuksen osalta merkitsee se, että vaikutuksia aletaan hakea motivaatioteorioiden lähtökohdista?

Tässä artikkelissa on yritetty argumentoida näkökohtaa, jonka mukaan etenkin heikoimmin selviytyvien vammaisten ja heille suunnattavien palvelujen osalta on erityinen tarve kiinnittää huomiota vammaisten oikeuksien toteutumiseen ja yleiseen arjessa selviytymiseen. Mikäli kansainvälisen vammaisliikkeen ja käyttäjälähtöisen tutkimustoiminnan virittämät odotukset otettaisiin vakavasti, arviointi tulisi laajentaa myös palveluihin liittyviin oikeusturva- ja ihmisoikeuskysymyksiin (esim. mielenterveyskuntoutujien asema, kuntoutuksen väliinpuotoajat ja toimeentulo-ongelmat), joiden tulisi liittyä jo palvelun lähtökohtiin.

Yleisempi kysymys on, nähdäänkö vammaisten palkkatyöhön, koulutukseen ja muuhun yhteiskunnalliseen toimintaan osallistumisen ongelmat yksinomaan palvelun tai rahan avulla hoidettavina kannustinkysymyksinä vai syvällisemmin yksilöiden eroista, sosiaalisista suhteista ja yhteiskunnan rakenteellisista tekijöistä johtuviksi. Esimerkiksi vammaisten voimakkaampi kiinnittymien avoimille työmarkkinoille ei välttämättä ratkea yksinomaan rahalla ja palvelulla, koska myös yksilöiden, käytettävissä olevien palvelujen ja työllistävien organisaatioiden ajattelu- ja toimintatavoissa on ongelmia. Nämä ongelmat eivät useinkaan avaudu julkilausutun toimintapolitiikan tasolla vaan käytäntötasolla.

Lähteet

- Aaltola, Elsi 2010: Ihmisoikeudet. Teoksessa Niemelä, Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Wsoy. Helsinki, 38–66.
- Ala-Kauhaluoma, Mika 2007: Toimeenpanon ratkaisuja ja arvioinnin haasteita. Tutkimus uusista työllistymisen tukemisen tavoista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 76. Kuntoutussäätiö. Helsinki.
- Alasuutari, Pertti 2004: Suunnittelutaloudesta kilpailukykytalouteen – Miten muutos oli ideologisesti mahdollinen. Yhteiskuntapolitiikka 69:1, 3–16.
- Albrecht, Gary 1992: The disability business. Rehabilitation in America. Sage Library of Social Research 190. Sage. Newbury Park. London. New Delhi.
- Arrow, Kenneth J. 1963: Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53:5, 941–973.
- Becker, Gary 1974: A theory of social interactions. *Journal of Political Economy* 82:6, 1063–1093.
- Friberg, Eija 2007: Kuntoutuneita vai syrjäytyneitä? Seurantatutkimus Etelä-Karjalan keskussairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan potilaista vuosilta 1998–1999. Sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen liseniaatintyö (kuntouttava sosiaalityö). Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto. <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2004/104211Loppuraportti.pdf> Tulostettu 4.12.2010
- Gould, Raija 2010: Mitä työeläkekuntoutuksen jälkeen? Teoksessa Uusitalo, Hannu & Kautto, Mikko & Lindell, Christina (toim.): Myöhemmin eläkkeelle – selvityksiä ja laskelmia Eläketurvakeskuksen selvityksiä 1. Helsinki, 58–63. <http://elaketurvakeskus.net/Binary.aspx?Section=64145&Item=64589> Tulostettu 4.12.2010
- IFSW. International Federation of Social Workers and the International Association of Schools of Social Work 2004: Ethics in social work, statement of principles. Adelaine.
- Ihalainen, Rauno & Rissanen, Pekka 2010: Kuntoutuslaitos selvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Julkunen, Raija 2001: Suunnanmuutos – 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere. Vastapaino.
- Julkunen, Raija & Niemi, Riikka & Virkki, Tuija 2004: Vakuutus, luottamus, vääryys. Teoksessa Hellsten, Katri & Helne, Tuula (toim.): Vakuuttava sosiaalivakuutus? Helsinki. Kela, 242–268.
- Julkunen, Raija 2008a: Yhteisvastuusta julkisen vastuun prioriteetteihin. Teoksessa Niemi, Petteri & Kotiranta, Tuija (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Helsinki. Palmenia, 146–182.
- Julkunen, Raija 2008b: Sosiaalipolitiikan kansalainen: aktivoitu, valtaistettu, vastuutettu, hylätty? Teoksessa Niemi, Petteri & Kotiranta, Tuija (toim.): Sosiaalialan normatiivinen perusta. Helsinki. Palmenia, 183–220.
- Kananen, Johannes 2008: Kilpailukyky ja tuottavuus 2000-luvun sosiaalipolitiikassa. Yhteiskuntapolitiikka 3, 239–249.
- Karjalainen, Jarno & Karjalainen, Vappu 2010: Kuntouttava työtoiminta – aktiivista työllisyyspolitiikkaa vai sosiaalipolitiikkaa? Empiirinen tutkimus pääkaupunkiseudulta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 38. Helsinki. Yliopistopaino. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4aa5eb26-0e0e-4dac-928e-4597d8c7a8d9>. Tulostettu 21.1.2011.
- Kelan kuntoutustilastot vuosilta 2004–2009. Kuntoutuspalvelupäätökset vuosilta 2004–2009. Kansaneläkelaitos. Tilastoryhmä. Suomen virallinen tilasto. Finlands officiella statistik. Official Statistics of Finland. Sosiaaliturva 2005–2010. Kela.
- Kiresuk, Thomas J. & Sherman, Robert E. 1968: Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal*, 6, 443–453.

- Kumpuvuori, Jukka & Högbäck, Marika 2003: Vammaisten henkilöiden ihmisoikeudet Suomessa. Ihmisoikeusinstituutti – Institutet för mänskliga rättigheter. Åbo Akademi.
- Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003).
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000).
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987).
- Le Grand, Julian 2006: *Competition and Choice in Public Services*. Richard Titmuss Professor of Social Policy, London School of Economics. Public Lecture, 19th April. Helsinki.
- Le Grand, Julian 2007: *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton and Oxford. Princeton University Press.
- Leino, Eeva 2006: Julkisen terveydenhuollon muutos aika kuntoutuksen haasteena. Teoksessa Niemelä, Pauli & Pursiainen, Terho (toim.) *Hyvinvointi yhteiskuntapolitiikan tavoitteena*. Professori Juhani Laurinkarin juhla kirja. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 62. Kuopio. Kuopion yliopisto, 56–66.
- Oliver, Mike 1994: Re-defining disability: a challenge to research. Teoksessa Swain, John; Finkelstein, Vic & French, Sally & Oliver, Mike (Eds.) *Disabling Barriers – Enabling Environments*. The Open University. Sage Publications. London. Thousands Oaks. New Delhi, 61–67.
- Oliver, Michael & Barnes, Colin 1998: *Disabled people and social policy. From exclusion to inclusion*. Longman Social Policy in Britain Series. London and New York Longman.
- Pessi, Anne Birgitta & Saari, Juho (toim.) 2010: *Hyvien ihmisten maa. Auttaminen kilpailukyky-yhteiskunnassa*. Diakonia-Ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 31. Helsinki. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Piirainen, Keijo 2010: Syrjäytymisen vastaisen toiminnan vaikuttavuus. Teoksessa Laine, Terhi & Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki. Tammi, 303–323.
- Rajaniemi, Sirkka 1998: *Opintieltä työelämään*. Seurantaselvitys Kelan järjestämästä ammatillisesta kuntoutuksesta. Kansaneläkelaitos.
- Sen, Amartya 1992: *Inequality re-examined*. Russel Sage Foundation. New York. Oxford. Clarendon Press.
- Sen, Amartya 1999: *Development as freedom*. New York. Oxford University Press. .
- Sen, Amartya 2006: *Identiteetti ja väkivalta*. Helsinki. Basam Books..
- Sennett, Richard 2004: *Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa*. Tampere.Vastapaino.
- Soininvaara, Osmo 2010: Sata-komitea. Miksi asioista päättäminen on niin vaikeaa? Helsinki. Teos. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11731.pdf. Tulostettu 16.11.2010.
- Vakuutuskuntoutus VKK ry:n vuosikertomukset 2007–2009.
- Volk, Raija & Laukkanen, Tuula 2010: *Hoivan rahoitus. Kansainvälisiä käytäntöjä ja kotimaisia vaihtoehtoja*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-12601.pdf. Tulostettu 2.1.2011

Kuntoutus terveydenhuoltoon

Eeva Leino

Maamme julkisen vallan on perustuslaillisen periaatteen mukaan turvattava kaikille kansalaisille yhdenvertaiset, riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, joilla parannetaan ja ylläpidetään kansalaisten terveyttä. Terveyspalveluon kunnille säilytetty tehtävä on valtaisa. Niiden on hoidettava äkillisten sairauksien ja loukkaantumisten ensiapu, sairauksien pitkäaikaishoito, seuloita ja ennaltaehkäisy, äitiys- ja lastenneuvolapalvelut ja kouluterveydenhuolto sekä merkittävä osa työterveyspalveluon. Terveyspalveluon on tärkeä tehtävä myös kuntoutuksessa. Valitettavasti se ei vielä nykyäänkään näe toimintakykyä siinä merkityksessä, kuin se kuntoutuksen tavoitteiden kannalta tulisi nähdä. Terveyspalveluon kuntoutuksen merkityksen pitäisi olla ihmisten toimintakyvyn ymmärtämisessä, tukemisessa ja parantamisessa niin, että rajallinenkin toimintakyky koituisi sekä ihmisen omaksi että yhteiskunnan parhaaksi. Tämä edellyttäisi myös terveyden ymmärtämistä terveyspalveluonlossakin laajemmin kuin sairauden puuttumisena.

Terveyspalveluon virstanpylväitä

Suomalaisen terveyspalveluon rakenne ja toiminta perustuu komeaan historiaan, jossa on näkynyt pyrkimys koko väestön terveyden haltuunottoon. Sotavuosien jälkeinen jälleenrakennusaika vaikutti voimakkaasti palveluiden kehittämiseen. Lakisääteisen äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan rakentaminen sekä tuberkuloosin hoito ja ehkäisy ovat keskeisiä esimerkkejä kansanterveysystyöstä sekä määrätietoisesta lääketieteellisen hoidon kehittämisestä ja väestötasoisesta terveyspalveluonlostta, joilla suomalaisten terveys koheni sotavuosien jälkeen.

Sairaalaverkkoa alettiin tiivistää 40-luvun kuluessa, ja aikaisemmin valtion hallinnassa olleet sairaalat siirtyivät kuntien ylläpitäviksi. Koko maan kattava keskussairaalahjärjestelmä rakennettiin 1960-luvun aikana. Kansanterveyslain pyrkimys 1972 oli siirtää painopistettä ennaltaehkäisevään terveyspalveluonlostta, joka säädettiin kuntien vastuulle. Valtio maksoi kunnille valtionosuutta, ja kuntien tuli tehdä viisivuotiset toimintasuunnitelmat Lääkintöhallituksen ohjauksessa. Seuraavia yhteiskuntaterveyden tärkeitä etappeja olivat työterveyspalveluonlostta järjestäminen 1970-luvun aikana, sekä eri yhteiskunta-alojen huomioon ottaminen terveyspolitiikassa (Teperi & Vuorenkoski 2005).

Mieli- ja keuhkotautisairaalat liitettiin sairaanhoitopiireihin, ja niitä ylläpitävä jäsenyys tuli kunnille pakolliseksi. Erikoissairaanhoitolaki tuli voimaan 1991. Ennen sitä oli kumottu invalidihuoltolaki, jonka perusteella lääkinällisen kuntoutuksen asiat olivat pysyneet etäällä sairaaloiden ja terveyskeskusten tehtävistä, valtion vastuulla.

Terveyspolitiikan valtiojohtoinen ohjausote keveni 1990-luvulla, kun sekä valti-
onosuusrahoitusta että keskushallintoa järjestettiin uudella tavalla. Ohjaavan kes-
kusviraston, lääkintöhallituksen, tilalle tuli asiantuntija- ja tutkimusorganisaatio,
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, joka hiljattain organisoitiin
uudelleen ja liitettiin kansanterveyslaitokseen. Terveydenhuollon toimintatapoihin
1990-luvun aikana syvällisesti vaikuttaneet uudistukset tulivat voimaan taloudellisen
laman aikana (mts).

Terveydenhuollon kustannukset nousevat nopeasti, koska lääketieteellinen tek-
nologia ja lääkekehittely edistyvät voimakkaasti, ja samalla ikääntyneen väestönosan
kasvu lisää hoidon tarvetta. Lääketieteellinen tietämys syvenee jatkuvasti, ja sekä
kalliita diagnostisia menetelmiä että täsmällisesti osuvia lääkehoitoja etsitään ja löy-
detään lisää. Tutkimustyön tulokset, kliiniset sovellutukset herättävät vaikeita eet-
tisiä kysymyksiä, koska uudet hoidot ja lääkkeet ovat yleensä paitsi tehokkaampia
myös entistä kalliimpia.

Vähemmän teknologiaa, mutta enemmän ihmistyöaikaa edellyttäviä palveluita
arvioidaan erittäin kriittisesti: vuosittaisissa suunnitelmissaan sairaaloiden omista-
jakunnat edellyttävät henkilöstö- (harvemmin laite-) vähennyksiä. Julkisen tervey-
denhuollon palkkakustannukset näyttävät olevan aina huomattavasti vaikeammin
perusteltavissa kuin laitteiden, laboratoriotutkimusmenetelmien tai lääkkeiden. Eri-
koissairaanhoito on tullut raskaammaksi suhteessa perusterveydenhuoltoon. Tästä
aiheutuu noidankehä, jossa perustasolla joudutaan toimimaan yhä ahtaamalla ja kii-
reisemmin. Sekä pitkäaikaissairauksien että ennaltaehkäisyyn hoitaminen kärsii tästä,
ja se vaikeuttaa myös lääkinnällisen kuntoutuksen työnjakoa. Terveyspalveluissa
”säästettyjä” kustannuksia siirtyy muihin palvelutarpeisiin.

Terveydenhuollon sisäinen työilmapiiri on monella tavoin muuttunut viimeisten
parinkymmenen vuoden ajan. 90-luvun puolivälissä alkanut kuntatalouden niuk-
kuus on kiristänyt ilmapiiriä sosiaali- ja terveystoimessa kuten muillakin hallinnon
aloilla. Terveydenhuollon työntekijöille yhteiskunnan muuttuminen keskusohja-
tusta suunnittelu-yhteiskunnasta kilpailuyhteiskunnaksi on merkinnyt pitkäaikaista
muutostilassa työskentelyä. 1990-luvun alkupuolelta lähtien terveydenhuollon työn-
tekijät ovat tottuneet säästöilmapiiriin ja tulleet kustannustietoisiksi. Työntöä ja
näkemystä on silti ollut, mikä on näkynyt esimerkiksi 2000-luvun alun kehittämis-
hankeaktiivisuutena, jonka tuloksena on syntynyt toimivia malleja. Usein kehittäjät
ovat saaneet pettyä, kun kunnallinen päätöksenteko karsii näin synnytettyjä hyviä
käytäntöjä vuotuisin kirjanpitoloudellisin perustein.

Kuntoutuksen tulo terveydenhuoltoon

Terveydenhuollon kuntoutusnäkemysten ja kuntoutuksen toteutuksen nykyinen
lähtökohta on vuoden 1991 asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Se määritte-
lee kuntoutuksen terveydenhuollon toimintamuodoiksi, joilla vajaakuntoisen henki-
lön työ- ja toimintakykyä ylläpidetään tai parannetaan silloin, kun vajaakuntoisuus

on aiheutunut lääketieteellisesti määriteltävästä viasta, vammasta tai sairaudesta, joka on pitkäaikainen tai pysyvä ja josta aiheutuu olennainen haitta. Lääkinnällistä kuntoutusta ovat tarvittavat toimenpiteet ja terapiat, ohjaus ja neuvonta, kuntoutusohjaus, sopeutumisvalmennus, kuntoutustutkimukset, kuntoutustoimenpiteistä koostuvat jaksot (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1991). Lääkinnällisen kuntoutuksen sisältöä ovat toimintakyvyn fysiologisia, psykofyysisiä ja psyykkisiä edellytyksiä ja olosuhteita parantavat toimenpiteet, harjoitukset ja apuvälineet. Näiden alojen osaamista terveydenhuollossa on jo paljon, mutta palvelut ovat terveydenhuollon kentällä epätasaisesti tarjolla.

Ihmisen ja nykyaikaisen tekniikan suhde ja kehittyvät sovellusmahdollisuudet ovat aikamme haasteita lääkinnälliselle kuntoutukselle. Kuntoutuksen pitäisi edetä sairastumisesta tai vammautumisesta alkaen suunnitelmallisesti niin, että kuntoutuja saa fyysistä ja psykososiaalista toimintakykyään paremmin käyttöönsä. Kuntoutumisen keskeisin tavoite on ihmisen sosiaalinen kuntoutuminen, omassa elämässään ja elinympäristössään selviytyminen ja oman arvokkuutensa saavuttaminen. Lääkinnällinen kuntoutus toimii parhaimmillaan näiden päämäärien yhtenä mahdollistajana. Sen yhteiskunnallinen vaikuttavuus voi toteutua vain, jos se integroituu sosiaaliseen, ammatilliseen ja kasvatukselliseen kuntoutumiseen.

Invalidihuoltolain tultua kumotuksi lääkinnällinen kuntoutus säädettiin 1980-luvulla kunnallisen terveydenhuollon vastuulle laeissa kunnallisista yleissairaaloista sekä kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolaissa. Kuntoutuksen käsite ymmärrettiin silloin laajasti, mikä käy ilmi lääkinnällisen kuntoutuksen kehittämis-toimikunnan mietinnöstä (1987). Aikanaan lääkintöhallitus antoi terveydenhuollon kuntoutuksen merkityksestä, sisällöistä ja toimintamalleista yksityiskohtaista ohjausta. Lääkintöhallitus ja sosiaalihalitus yhdistettiin sosiaali- ja terveyshallitukseksi vuonna 1991, jolloin sosiaalihalituksen alaiset kuntoutuksen taloudelliset voimavarat siirrettiin kuntien käyttöön. Lääkintöhallituksen ohjekirjeen mukaisesti keskussairaaloihin perustettiin ylilääkärijohtoiset kuntoutustutkimusyksiköt kehittämään ja valvomaan niiden kuntoutustoimintaa (Musikka-Siirtola & Siirtola & Wikström 2008). Nämä yksiköt sijaitsivat alusta alkaen selkeästi ja suunnitelmallisesti erikoisalojen välimaastossa, koska niiden piti palvella ja tukea kaikkien erikoisalojen lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumista sekä yhdistää erikois- ja perusterveydenhuollossa toteutettavaa kuntoutusta.

Kuntien talouteen 1990-luvulla vaikuttanut lama heikensi selvästi terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaedellytyksiä. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon lääkinnälliseen kuntoutukseen varatut rahat karsittiin sairaanhoitopiireissä 1990-luvun kuluessa hyvin vähiin ilman, että kuntoutuspalveluiden järjestämistä olisi samalla arvioitu ja suunniteltu yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Lamavuosien paniikkijarrutuksissa ei keskussairaaloiden kuntoutusyksiköillä ollut määrittelyvaltaa piirien päätöksiin. Lamatilanne vaikutti terveydenhuollossa edellisen vuosikymmenen loppupuolella orastaneeseen kuntoutusymmärrykseen kohtalokkaasti, koska kuntoutuksen kokonaisuus oli päässyt terveydenhuollon porrastuksessa

hämärtymään. Sen myötä julkinen terveydenhuolto myös jätti ottamatta huomioon kuntoutuslainsäädännössä vastikään määritellyn vastuunjaon suhteessa Kansaneläkelaitokseen. Toisaalta kansaneläkelaitokselle lailla säädetty järjestämisvastuu vaikeavammaisten kuntoutuksessa oli jo 1990-luvun alussa alkanut vieraannuttaa terveydenhuoltoa kuntoutuksen vastuista. Tämä tapahtui vaiheessa, jossa kuntoutuksen käsite ja periaatteet eivät olleet ehtineet terveydenhuoltoon vielä juurtua.

Toisaalta terveydenhuollon kuntoutuksen erityisosaaminen on kehittynyt ja syventynyt monella alueella. Esimerkiksi neurologisten sairauksien neuropsykologisista, puhe-, fysio- ja toimintaterapeuttisista kuntoutusmenetelmistä sekä tuki- ja liikuntaelimestön ja eräiden riippuvuus- ja mielenterveyshäiriöidenkin kuntoutuksesta on paljon tietoa ja taitoa. Terveydenhuollossa kuntoutus joutuu kuitenkin sinnittelemään muiden toimintojen varjossa. Usein juuri kuntoutuksen yksiköiden ja ammattilaisten työn puolesta joudutaan taistelemaan. Sairaaloiden kuntoutuksesta vastaavat ovat saaneet tottua siihen, ettei kuntoutuspalveluiden kehittämiseen panosteta vaativan sairaanhoidonkaan kuntoutustarvetta vastaavasti. Tärkeä esimerkki on maamme aivoverenkiertohäiriökuntoutuksen pääosin heikko tila (Takala 2011). Silti juuri aivosairauksien kuntoutuksen perusteista on olemassa paljon tietoa, ja varsinkin aivoverenkertohäiriöiden kuntoutuksesta myös ns. ”kovilla” mittareilla osoitettua näyttöä (esim. Äkillisten aivovaurioiden... 2008).

Terveydenhuollon kuntoutuksen hallinnollinen asema on haurastunut viimeisen parinkymmenen vuoden aikana, ja eri sairaanhoitopiireissä kuntoutuksen ohjaus ja suunnittelu on hyvin vaihtelevaa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009). Lääkinnällisen kuntoutuksen lainsäädännön perusta on silti yhä ennallaan, ja uudessa terveydenhuoltolaissa (1.5.2011) oleva terveydenhuoltoa koskeva vastuutus on aikaisempaakin velvoittavampi.

Terveydenhuollon tehokkuuspaineet

Terveyspolitiikan merkitys on yhteiskunnallisesta uudistumisvoimasta huolehtimisessa. Siltä odotetaan ihmisen terveyden palauttamista tai ylläpitämistä ja samalla yhteiskunnan kantokykyyn koituvaa hyötyä, sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoito- ja hoivakustannusten hallintaa. Poliittinen puhe korostaa nyt kuitenkin pelkästään tuotannon kasvua, eikä merkityksellistä keskustelua ihmisten voimavaroista huolehtimisesta ole kuultavissa. Palveluiden arviointia, vaikuttavuustutkimuksia ja näihin perustuvaa toimintojen priorisointia toki vaaditaan. Poliittisesti hyväksyttävä saavutus ei kuitenkaan näytä olevan humaani tai laadullinen, vaan taloudellinen. Terveydenhuollon palvelutarpeet ovat kuitenkin aina ihmisen tarpeita, niihin liittyy tarvitsevuutta ja haavoittuvuutta. Terveydenhuollon työntekijät kokevat itsensä voimattomuutta yhä vaikeaselkoisemmaksi käyvässä ja samalla monin tavoin ulkopuolelta kyseenalaistetussa toimintaympäristössä. Miten tässä ilmapiirissä on mahdollista huolehtia kuntoutusasiakkuudesta, saati kuntoutuskumppanuudesta? Kuntoutus ei ehtinyt sisäistyä julkiseen terveydenhuoltoon ennen kuntatalouden

90-luvun lamaa, eivätkä mahdollisuudet siihen näytä hyviltä myöskään 2000-luvun lopulla alkaneessa uudessa rahoituspulassa, vaikka työ- ja elinkeinoelämä juuri nyt tarvitsee kuntoutuksen yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Lääketieteessä vallitsevana oleva elimellis-biologinen ihmiskuva ja parantamisen eetos vaikuttaa terveydenhuollon suhtautumiseen sekä kuntoutuksen käsitteelliseen ymmärtämiseen että asenteisiin vammaisia ja pitkäaikaissairaita henkilöitä kohtaan.

Julkista terveydenhuoltoa syyllistetään ”tehottomuudesta”. Nykykielessä tehokkuudella tarkoitetaan taloudellista tai taloudellisesti mitattavaa tehokkuutta. Tehokkuusvertailu perustuu suoritteiden, kuten vastaanottokäyntien tai toimenpiteiden, lukumääriin. Terveyspalvelujen osto- ja myyntitoiminnan suunnittelussa ja hallinnoinnissa päätävävallan annetaan pysyä hyvin etäällä hoidon ja kuntoutuksen sisällöstä ja hoitovastuusta. Siinä puolustaa paikkaansa parhaiten se erikoisala tai palvelu, joka onnistuu rajaamaan oman toimintansa selkeimmin erilleen muista ja määrittelemään palvelulleen tarkimmat reunaehdot. Hoitoaikojen lyhentämisen vaade on monin osin hyvin perusteltua, ja sen tavoitteena on parantaa palvelun laatua esimerkiksi ns. lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa. Lyhyt jälkihoitoaika ymmärretään tehokkuutena. Järjestelmän toiminnan kannalta se sitä onkin, mutta ei kerro siitä, onko hoidetun toimintakyky toimenpiteen jälkeen parempi. Nopea toiminta jossakin hoitoyksikössä saattaa aiheuttaa pitempikestoisen hoidon tarpeen jossakin muualla tai lisätä muiden palveluiden tarvetta, sillä ihmisten toipuminen on yksilöllistä. Terveyspalveluiden toimintayksiköiden ”säästöt” aiheuttavat kustannuksia muissa tukimuodoissa ihmisten kuntoutumispolkujen katkeillessa ja heidän kierrellessään yhä uudelleen poliklinikoilla vaihtuvien työntekijöiden vastaanotoilla. Pitkittyvän toipumisen kustannusvaikuttavuus on vaikeammin laskettavissa kuin rajatun, etukäteen suunniteltavissa olevan toimenpiteen. Suuri ongelma on, että toimintakyvyn arviointi, kunnollinen jatkohoidon turvaaminen ja kuntoutus toteutuvat heikosti toimenpidevaltaisesti johdetussa terveydenhuollossa.

Julkisen terveydenhuollon on hoidettava kaikki potilaansa. Yksityiset lääkäriasetmat ja laboratoriot valitsevat tehtävänsä ja tarjoavat kunnille edullisia palveluja. Yrityksiltä ostettujen lääkäripalveluiden on todettu nostavan kuntien kustannuksia erikoissairaanhoidon konsultaatioiden lisääntyessä. Vaihtuvat ostopalvelulääkärit tekevät paljon lähetteitä erikoissairaanhoidon eivätkä voi vastata kunnollisesti pitkäaikaipotilaiden hoidosta tai kuntoutussuunnitelmien laadinnasta ja seurannasta. Kunnat joutuvat usein tekemään paikkaustyötä ostaessaan rajattuja palveluita. Pitkiä hoitoja ja kuntoutusprosesseja ei voi viipaloida ja johtaa kuten tavaratuotantoa. Ne kantavat mukanaan vyyhteytyneitä ongelmia ja kärsimystä, joissa ihminen tarvitsee sekä pitkäjänteistä huolehtimista että selkeää otetta jäljellä olevan työkyvyn arvioimiseen ja hyödyntämiseen. Kapea-alaiset erityisosaamiset eivät myöskään välttämättä ota huomioon niitä ihmisen toimintakyvyn reunaehtoja, jotka ovat riippuvaisia elinympäristöstä. Nykyinen tuotanto- ja talouskeskeinen arvostusilmapiiri antaa varsin suorasukaisesti ymmärtää, ettei ihmisten pärjäämisestä tarvitse huolehtia, vaan kuntien päätehtävä on rahojen säästäminen. Tällä asenteella yhteiskunta menettää arvokasta toimintakykyä.

Terveydenhuolto on pakotettu pilkkomaan tehtävänsä tilaajan ja tuottajan määrittelemien ”palvelupakettien” osto- ja myyntitoimintaan. Tuotteistaminen on ollut terveydenhuollossa kattavaa. Silti sen monet vastuut ja tehtävät eivät ole tuotteistetavissa, koska sen on vastattava ihmisen elämän epävarmuuteen ja ennustamattomuuteen. Tuotteistuskulttuurissa toimitaan mekaanisesti ja luotetaan laskennalliseen kontrolliin ja matemaattisiin toteutumaennusteisiin. Kirjanpitovuosi on liian lyhyt aika arvioida väestön palvelujen kehittämistarpeita. Palvelujen järjestämisen tarkoitus ja tavoitteet näyttävät nykyään jäävän niiden hankkimisen, rahoituksen ja kilpailutuksen varjoon. Hankintalain toteuttaminen näyttää kuntien työjärjestyksessä vaativan paljon työpanosta verrattuna väestön terveys- ja kuntoutuspalvelutarpeiden sisällön arvioimiseen ja kehittämiseen. Miten tämä on perusteltavissa kuntien palveluita ohjaavalla lainsäädännöllä? Lakien tarkoituksesta johtuvan tärkeysjärjestyksen pitäisi olla ruori, jolla vastuulliset poliitikot ohjaisivat peruspalvelukäytäntöjä.

Kuntoutuksen vaikuttavuuden ymmärtämistä ja tutkimusta terveydenhuollossa ja lääketieteessä vaikeuttaa yhä edelleen se, ettei kuntoutuksen olemuksesta, tavoitteista ja tuloksista ole yhteisiä käsityksiä. Terveydenhuollon suunnittelua vaivaa vaikeus hyväksyä sitä, että kuntoutuminen etenee ihmisen elämäntilanteen, elinympäristön ja monimutkaisen palvelujärjestelmän ehdoilla. Ei ole yhtä ”kuntoutusta”, jonka vaikuttavuutta voitaisiin tutkia. Luonnontieteellisten asetelmien avulla tehdyt vaikuttavuustutkimukset voivat sopia vain hyvin tarkasti rajattuihin kuntoutuksen osasiin, jotka eivät kuvaa koko ihmisen kuntoutumista.

Terveydenhuolto jäsentyy porrastamalla erikois- ja perusterveydenhuoltoon ja jakautumalla erikoisaloihin. Eri erikoisalojen arvostus vaihtelee, ja se voi perustua sairauksien yleisyyteen, vaikutuksiin, hoitomahdollisuuksiin, hoitokäytäntöihin ja -tekniikoihin sekä näistä syntyvään arvostusjärjestykseen. Arviointia ja vertailua tapahtuu myös erikoisalojen välillä. Lääketieteen erikoisaloilla tutkimus ja hoito eroavat toisistaan monin tavoin. Toimenpidepainotteisilla aloilla työn tulos on selkeämmin mitattavissa etukäteen sovitulla kriteereillä. Neurologiassa, sisätaudeissa ja monella muulla ei-kirurgisella alalla tauti ja hoito liittyvät toisiinsa monimuotoisemmin, ja hoitokokonaisuus muotoutuu pitemmäksi ja epätarkkarajaisemmaksi toimenpidelääketieteeseen verrattuna. Vielä vaikeampaa on vertailla persoonalliseen vuorovaikutukseen perustuvaa mielenterveyshoitoa ja -kuntoutusta muihin terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon kuntoutuksessa tarvittava rajapintatyö – hallinnon rajojen yli tehtävä yhteistyö – jää näkymättömäksi, koska se ei lisää klinikka- ja yksikkörajojen puitteissa tuotettujen suoritteiden määrää. Jos pitkittynyt ongelma selviteltäisiin yhteisessä hoito- ja kuntoutusneuvottelussa, palvelusta tulisi vaikuttavampaa. Hallinnollisten rajojen yli tehty työ ei kuitenkaan näy taloudellisenä ”kannattavuutena”, koska terveydenhuollon tehokkuusnäyttö perustuu erillisten kliinisten yksiköiden suoritettuun tulokseen. Yksiköiden väliset verkostoneuvottelut ja kuntoutujälähtöinen, moniammatillinen työote voidaan päinvastoin klinikkahallinnoissa katsoa ”tehottomuudeksi”, koska

siihen tarvitaan kerralla enemmän aikaa kuin elinkohtaisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Tarvittaisiin terveydenhuollon sisäistä järjestelmätutkimusta.

Joko kuntoutusta arvostetaan terveydenhuollossa?

Terveydenhuollon kuntoutuskäsitys on korjaava, jälkihoidollinen. Sen mukaisesti huomion kohteena ovat havaittavat muutokset ja paranemista edistävät toimenpiteet. Pitkäaikaissairauksissa ja pysyvissä vammoissa lääkinnällisellä kuntoutuksella edistetään toimintakykyä, jossa koettu edistyminen voi olla merkittävä kuntoutujan kannalta, mutta vähäinen ”objektiivisena” muutoksena. Suuri osa terveydenhuollon asiantuntijoista ymmärtää edelleenkin kuntoutuskäsitteen pelkästään yksittäisinä terapioina, biologisten prosessien vahvistamisena tai harjaannuttamisena. Kuntoutuskäsitteen merkitys ja sisällöt tunnetaan terveydenhuollossa huonosti. Suuri osa terveydenhuollon työntekijöistä tuntee myös yllättävän niukasti muuta kuntoutusjärjestelmää: Kelaa, sosiaalitoimea, työvoimahallintoa, koulutoimea ja vakuutuslaitoksia ohjeineen, toimintoineen ja erillisvastuineen.

Lääkinnällisen kuntoutuksen prosessit ovat vaativia ja monisisältöisiä. Esimerkiksi vammaisena syntyneen lapsen kuntoutus varhaislapsuudesta kouluikään, aivotai selkäydinvamman jälkeinen kuntoutus ensiavusta laitospäätyvaiheeseen ja aisti- tai puhevammaisen kuntoutus apuvälinein kommunikoiviksi ja selviytyviksi vaativat monimutkaisia tekniikoita, välineitä ja terapioita sekä niiden tarkoituksenmukaista ajoitusta. Terveydenhuolto suhtautuu kuntoutujaan oman hoitamisperintensä mukaisesti edelleenkin enemmän toimenpiteiden kohteena kuin kokijana ja toteuttajana. Tämä ilmenee palveluiden käytännössä ja kielessä.

Korjaava kuntoutuskäsitys on hyvinkin perusteltu terveydenhoidon perustehtävän, sairauksien diagnostiikan ja hoidon kannalta. Se pohjautuu mekaanisbiologiseen ihmiskäsitykseen ja pääsee vaikuttamaan myös arvostuksiin. Terveydenhuollon arkiretoriikka on voimakas arvovaikuttaja kuvatessaan palveluja esimerkiksi ”kovina” tai ”pehmeinä”. Esimerkiksi sopeutumisvalmennuksen vaikuttavuutta ei voida osoittaa pelkästään ”kovilla” mittareilla ja samankaltaistavilla tutkimusasetelmilla, koska toiminta vaatii kuntoutujan aktiivista osallistumista, oppimista ja vuorovaikutusta.

Terveydenhuollon asiantuntemus on, ja suurelta osin sen tuleekin olla, pitkälle erikoistunutta, yksilö- ja elinryhmäkohtaista. Terveydenhuollon ammatillaiset ovat ehkä tottuneet enemmän vastaamaan kuin kysymään. Kuntoutustyössä on enemmän tarvetta kuulluksi tulemiselle kuin määrämuotoisille kysymyksille ja vastauksille. Vammaisen ihmisen vahvuuksien löytäminen ja niiden tukemiseksi tarvittavien palvelujen järjestäminen riippuu siitä, tuleeko ihminen ymmärretyksi. Ammattihenkilön tulisi kyetä yhdessä kuntoutuvan kanssa hahmottamaan, mihin pulmiin apua tarvitaan ja mitä mahdollisuuksia ja keinoja voidaan soveltaa. Terveydenhuollossa työskentelevän asiantuntijan osaamisen ääripäitä ovat yhtäältä biolääketieteellinen erityisosaaminen ja toisaalta vaikeasti sairaan tai vammaisen ihmisen kohtaamisen herättämän omakohtaisen avuttomuuden hyväksyminen. Avuttomuus voi olla

ammatti-ihmiselle sietämätön tunne, eikä hän välttämättä kykene kuulemaan kuntoutujaa suojautumatta omiin tulkintoihinsa. Jokainen moniammatillinen työryhmäneuvottelu ei myöskään ole avoin ja tuloksetas verkostoneuvottelu, sillä kaikki keskustelu ei ole luonteeltaan vuoropuhelua. Joskus ”moniammatillinen neuvottelu” on etukäteen käsikirjoitettu, jolloin eri osapuolten näkökulmia asiaan ei päästä avoimesti käsittelemään. Oma epävarmuus pitää tunnistaa ja kestää, jotta voi kuulla omasta elämästään kertovaa henkilöä.

Moni lääkäri vierastaa kuntoutusasioita ja kokee ne esimerkiksi ”Kelalle kuuluvinä” ja ”varsinaiselta työltä” aikaa hukkaavina. Kuntoutuksen asenteelliseen mitätöintiin voi kätkeytyä parantamisen ammattilaisten alitajuinen vaikeus kohdata parantumattomuutta ja pysyvää heikkoutta. Spesialistilta, jonka tehtävänä on sairauksien hoitaminen biologisen paranemisen tiedolla ja osaamisella, onkin usein kohtuutonta vaatia ihmisen toimintakyvyn laajempaa tutkimista. Toimintakyvyn tutkimisen tarve pitäisi silti huomata ja ohjata henkilö moniammatilliseen selvittelyyn, jossa sosiaalityö on korvaamaton reitittäjä kohti hoidon yhteiskunnallista vaikuttavuutta.

Muuhun terveydenhuollon toimintaan verrattuna juuri kuntoutuksen vaikuttavuutta kysellään eniten. Terveydenhuollossa kuntoutus on sekä siellä vallitsevassa asenneilmastossa että sen organisaatioissa edelleen marginaalissa. Ilmiö vaikuttaa sekä terveydenhuollon kliinisessä arkipäivässä että sen suunnittelussa ja kehittämisessä. Vammaisuuden kohtaamisen torjuntaa heijastaa puolestaan se, etteivät edes terveydenhuollon toimintaympäristöt ole aina esteettömiä. Terveydenhuollon arvoituksissa kuntoutus näyttää yhdistyvän sairauden tai vamman parantumattomuuteen ja sitä kautta piilomerkityksiin kuntoutuksen vähä-arvoisuudesta.

Miten terveydenhuolto löytäisi kuntoutuksen merkityksen?

Terveydenhuolto tarvitsee kuntoutusta suoriutuakseen tehtävistään tulevaisuudessakin, kun erikoissairaanhoidon kuormittaa yhä enemmän perusterveydenhuoltoa. Kuntoutuksen osaamista on terveydenhuollossa olemassa. Sitä löytyy sekä perusterveydenhuollosta että keskussairaaloiden kuntoutusosastoilta, kuntoutus- ja apuvälineyksiköistä sekä useista klinikoistakin. Kuntoutuksen laatu ja saatavuus on kuitenkin erittäin vaihtelevaa ja monin paikoin heikkoa. Kuntoutujan asema on eriarvoinen eri hoitoyksiköissä ja kunnissa. Taulukkoon 1 on koottu piirteitä, jotka vaikeuttavat perus- ja erikoissairaanhoidon kuntoutusta. Monet kuntoutustarpeen arvioinnin tarpeet nousevat tämän porrastuksen sekä eri erikoisalojen välialueille jäämisestä. Taulukon 2 esimerkit johtuvat paljolti terveydenhuollon työnjaosta.

TAULUKKO 1.

Perusterveydenhuollon kuntoutuksen ongelmia	Erikoissairaanhoidon kuntoutuksen ongelmia ja haasteita
<ul style="list-style-type: none"> • Erikoissairaanhoidon kuntoutusvastuun hämartyminen – työnjaot useilla alueilla sopimatta • Oman työn suuntautuminen kiireisimpiin tehtäviin < – > aikaa vievät monitoimijatehtävät vaikeita järjestää • Paikallisissa palveluissa laadullisia eroja. Hallintokuntien näkemykset kuntoutuksen kokonaisuudesta kunnittain erilaisia • Yksityisten palveluntuottajien ym. ”väliintulot” 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutus vaihtelevasti suunniteltua ja toteutettua • Elinjärjestelmäkohtaisuus Klinikkarajat • Erikoisaloilla hyvin erilaisia malleja oman toiminnan, pth-esh-yhteistyön ja muun kuntoutusjärjestelmäyhteistyön suhteen (asialla suuri kansanterveydellinen merkitys) • Erilaisia painotuksia. Esim. neuroaloilla merkittävät vastuut (aivo- ja selkäydinvammojen kuntoutus)

TAULUKKO 2. Esimerkkejä tilanteista, joissa erikoisalojen ja porrastuksen väliin tarvitaan yhteistyötä ja kuntoutuksen työtettä (”siltaominaisuuksia”).

<ul style="list-style-type: none"> • vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnittelu • hoitoa toteutetaan eri erikoisaloilla usean eri sairauden vuoksi • erikoisalat konsultoivat toisiaan ja potilaat kiertävät, pulmia ei käsitellä yhdessä sekä ruumiillinen sairaus että psyykinen tai kognitiivinen oire tai sairaus • krooninen kipu • lastenkliniikka tai lastenneurologian yksikkö hoitanut 16-vuotiaaksi, ja seurantataho vaihtuu iän perusteella • pulmakertymiä ja kehitysviivettä ilman kehitysvammadiagnoosia

Terveystenhuollon tulisi löytää kuntoutuksen merkitys ja hyödyntää sitä palvelujensa parantamiseen tunnistamalla kuntoutuksen työotteissa olevia ”siltaominaisuuksia” (taulukko 3). Niiden nykyistä parempi hyödyntäminen kokoaisi tavoitteellisia hoitokokonaisuuksia nykyisen elinryhmäkohtaisen hoitamisen sijaan. Ne vahvistaisivat kuntoutumisen perusteita kokoamalla ihmisen toimintakyvystä ja voimavaroista tietoa, jota erillisinä toteutuneet tutkimus- ja hoitointerventiot ovat pilkkoneet. Nämä työmuodot säästäisivät myös resursseja vähentämällä uusia kierroksia eri poliklinikoilla. Ihmisen toimintakyvyn hahmottamisen ja kuntoutuksen tulee voida toteutua kliinishallinnollisten yksikkörajojen yli. Tämän työn edelläkävijöitä ovat jo nyt terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ja kuntoutusohjaajat, joiden työlle tulee antaa nykyistä ratkaisevampi painoarvo terveydenhuollossa. Kuntoutujalähtöisyys ja moniammatillisuus kannattaisi ymmärtää terveydenhuollossa nykyistä paremmin. Olisi hyödyllistä järjestää porrastusten ja erikoisalojen välille yhteisiä työryhmiä. Erikoisala- tai kuntakohtaisten rajausten sijaan tulisi kehittää joustavia kuntoutuksen palvelureittejä. Niihin tarvitaan toimintakyky-, yhteistyöverkosto- ja palvelujärjestelmäosaamista sekä jalkautumista kuntoutujan asuin- ja toimintaympäristöön.

TAULUKKO 3. Kuntoutuksen ”siltaominaisuuksia”

<p>Tarvitaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • toimintakykyosaamista • hyvä palvelujärjestelmätuntemusta • jalkautumisvalmiutta • dialogista moniammatillisuutta • ymmärrystä siitä, että prosessit ja tulokset pääosin sairaalan ulkopuolella 	<p>Tulee</p> <ul style="list-style-type: none"> • ...määritellä kuntoutumisen tavoitteita niin että ne ovat kuntoutujan tavoitteita • ...etsiä toimijayhteisymmärrys, luotsata kuntoutujaa, konsultoida palvelujärjestelmää • ...ankkuroida kuntoutusuunnitelmat, huolehtia seurannasta, sopia missä, miten, kuka ja mistä jatkaa, millä tavoitteella
---	--

Kuntoutuksessa tarvitaan käsitys kuntoutujan elinympäristöstä, toimintatavoista ja -tavoitteista. WHO:n kehittämä Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF (Toimintakyvyn... 2004) määrittelee toimintakyvyn paitsi ihmisen fyysisten ja psyykkisten ominaisuuksien myös sosiaalisten ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksena. Luokituksen opiskelu ja implementointi voi tuoda uutta ilmaisuvoimaa ja selkeyttä kuntoutustarpeiden kuvaamiseen (Koskinen ym. 2009). Toimintakyvyn näkemistä ja siten kuntoutuksen arvostusta lisäisi ICF-luokituksen käyttäminen kansainvälisen tautiluokituksen (ICD 10) rinnalla.

Kuntoutustyön vaativista, monialaisista ja mielenkiintoisista sisällöistä kannattaisi rakentaa opintokokonaisuuksia niin, että jo opiskelu terveydenhuollon ammatteihin olisi moniammatillista. Terveydenhuollon kuntoutuksen yhteistyöosaamisen vahvistamiseen eri yksiköissä sekä nykyisillä että tulevilla terveydenhuoltoalueilla uusi terveydenhuoltolaki näyttää antavan kimmoketta. Uusi laki edellyttää korjausta nykytilaan, jossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto eivät ole löytäneet toisiansa pitkäaikaissairauksien ja vaikeiden vammojen hoidon ja kuntoutuksen työnjaoissa. Uuteen terveydenhuoltolakiin sisältyvä palvelujen yhteensovittamisen ja yhteisen suunnittelun tavoite antaa vahvan tuen kuntoutuksen alueellisen suunnittelulle ja koordinoinnille kaikilla tasoilla.

Suunnitelmallisesti ja huolellisesti toteutettu, tavoitteellinen lääkinällinen kuntoutus merkitsee yhteiskunnallista vaikuttavuutta hyvin suurelle osalle vaativaa lääketieteellistä hoitoa. Tietomäärän kasvaessa erikoistuminen syvenee. Lääketieteen edistymisen varjopuoli on sekä palveluiden että ihmisen pilkkominen yhä pienempiin osiin. Painopisteen siirtäminen kohti perusterveydenhuoltoa tehostaisi myös kuntoutusta. Ihmisen kokonaistilanteen parempi hahmottaminen ja kuntoutuksen merkityksen oivaltaminen tuottaisivat säästöjä vähentäessään porrastuksesta johtuvaa, palveluiden pilkkoutuneisuudesta aiheutuvaa tuhlausta. Myös kuntoutuksen toissijaisesti ennaltaehkäisevä vaikutus on arvokasta, ja se onkin otettu huomioon useissa kansanterveyden kannalta merkittävässä hoito-ohjelmissa, kuten Suomen diabetesliiton Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmassa (DEHKO) ja Suomen sydänliiton TULPPA-ohjelmassa. Niiden toteutuminen perustuu väestötasoiseen työhön, jossa resurssien riittävyys ja työnjaon tasapaino ovat riippuvaisia

toisistaan. Vaikeat yleistyvät sairaudet, kuten syövät ja aivojen sairaudet, puolestaan edellyttävät suurta panosta etenkin erikoissairaanhoidolta.

Yhteiskunnan huoltosuhteen nykyinen kehitys edellyttää ihmisten työkyvyn arvostamista. Tarvitaan erilaisilla kyvyillä varustettujen ihmisten ennakkoluulotonta ottamista mukaan työ- ja elinkeinoelämään. Vallitseva käsitys työkyvystä on liian mustavalkoinen, eikä yhteiskuntamme näytä kykenevän hyödyntämään positiivisesti ihmisten osatyökykyisyyttä, vaikka nykyaikaiset teknisetkin ratkaisut voisivat antaa joustavia ratkaisuja yksilöllisten työpanosten hyötykäyttöön. Eikö työ- ja elinkeinopoliittisia ja sosiaali-, terveys- ja koulutuspoliittisia ohjelmia pitäisi suunnitella toisiinsa liittyvinä? Terveyden ylläpito ja kohentaminen on yhteiskunnan avaintehävä. Siksi terveydenhuollossakin pitäisi terveys käsittää laajasti ja luovasti, ihmisten toimintakykynä. Silloin terveydenhuolto nähtäisiin tuotannon tekijänä ja kuntoutus asettuisi terveydenhuollossakin paikalleen, perustehtäväksi sairauksien ennaltaehkäisyyn, diagnostiikan ja hoidon rinnalle.

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari & Hurri Heikki & Järvikoski Aila & Järvisalo, Jouko & Karjalainen, Vappu & Paatero, Heidi & Pohjolainen, Timo & Rissanen Paavo (toim.) 2002: Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267.Stakes. Helsinki. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1991/1015.
- Holopainen, Antti 2006: Kilpailuttaminen sopii huonosti terveyspalveluihin. Helsingin Sanomat, mielipideosasto, 16.6.
- Koskinen, Sanna & Talo, Seija & Hokkinen, Eeva-Maija & Paltamaa, Jaana & Musikka-Siirtola, Marjatta 2009: Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehyksessä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46:3, 196–207.
- Laitinen, Jorma 2006: Terveydenhuolto näennäismarkkinoilla. Suomen Lääkärilehti 61:26, 2888–2890.
- Leino, Eeva 2004: Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinnällisessä kuntoutuksessa. teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes, Helsinki.
- Leino, Eeva 2006: Julkisen terveydenhuollon muutos aika kuntoutuksen haasteena. Teoksessa Niemelä, Pauli & Pursiainen, Terho (toim.): Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 62. Itä-Suomen yliopisto.
- Lääkinnällisen kuntoutuksen kehittämistoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1987: 53. Helsinki.
- Musikka-Siirtola, Marjatta & Siirtola Taisto & Wikström, Juhani 2008: Lääkinnällisen kuntoutuksen kehitys ja haasteet tulevaisuudelle. Kuntoutus 31:4, 35–46.
- Takala, Teemu 2011: AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2006–2009. AVH-kuntoutusprojektin loppuraportti. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n julkaisusarjan raportti 7. Turku.
- Teperi Juha & Vuorenkoski, Lauri 2005: Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Teoksessa Teperi, Juha & Koskinen, Seppo & Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi (toim.): Suomalaisten terveys. Duodecim, Helsinki.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2004: WHO & Stakes.

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009: Lääkinnällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009, Helsinki.

Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus: konsensuskokouskirja 2008. Suomen Akatemia ja Lääkäriseura Duodecim.

Vajaakuntoinen työnhakija ja työvoimapalvelut

Patrik Kuusinen

Vajaakuntoisuuden käsite työ- ja elinkeinohallinnossa

Vajaakuntoisuuskäsite otettiin työhallinnossa käyttöön vuonna 1988. Tällöin se korvasi aikaisemmin 1980-luvulla voimassa olleen käsitteen työrajoitteisuus, jota puolestaan oli edeltänyt käsite ”vajaatyökykyisyys”. Vuoden 1988 uudistuksessa rajattiin sosiaaliset syyt vajaakuntoisuuden määrittelyn ulkopuolelle. Muutoksen kautta haluttiin suunnata palvelut nimenomaan yksilön fyysisen tai psyykkisen vamman, sairauden tai vajavuuden perusteella. Uuden vajaakuntoisuuskäsitteen taustalla oli Suomen vuonna 1985 ratifioima Kansainvälisen työjärjestön (ILO) yleissopimus nro 159, joka koskee vajaakuntoisten henkilöiden ammatillista kuntoutusta ja työllistämistä. Käsite kirjattiin sittemmin lakiin julkisesta työvoimapalvelusta (1295/2002), ja sen mukaan vajaakuntoisella tarkoitetaan henkilöasiakasta, jonka mahdollisuudet saada sopivaa työtä, säilyttää työ tai edetä työssä ovat huomattavasti vähentyneet asianmukaisesti todetun vamman, sairauden tai vajavuuden takia.

Vajaakuntoisuuden määrittely on kaksivaiheinen tapahtuma (Kuusinen 2010c). Ensiksi lääkäri – tai joissakin tapauksissa muu asiantuntija – diagnosoi asianmukaisesti ongelman ja dokumentoi sen. Sairaus tai vamma ei kuitenkaan sellaisenaan ole riittävä ehto vajaakuntoisuudelle, vaan sen tulee aiheuttaa työnhakijalle huomattavaa työn saamisen, työssä pysymisen tai työssä etenemisen (uranvalinnan) mahdollisuuksien kaventumista. Tämän arvion tekeminen on työvoimaviranomaisen tehtävä, ja se voi perustua niin yksilöön kuin ympäristöön liittyvien tekijöiden varaan.

Vuonna 1988 voimaan tulleen uudistuksen myötä rajanveto ei-vajaakuntoisten ja vajaakuntoisten työnhakijoiden välillä tarkentui ja kuntoutuspalvelujen piiriin oikeutettujen joukko kaventui sosiaalisten syiden poistuessa. Uudistusta ei kuitenkaan voi tulkita niin, että vajaakuntoisuuden määrittelyvalta olisi tässä yhteydessä siirtynyt lääkäreille (ks. Suikkanen & Linnakangas 2000). Vaikka työvoimapalvelujen erityistoimenpiteiden jakoa kytkettiin lääketieteellisiin perusteisiin, ei palveluiden saamisen perustetta kuitenkaan palautettu sosiaalivakuutuksen ja vakuutuslääketieteen käyttämiin työkyvyn ja sen alentumisen käsitteisiin.

Työ- ja elinkeinohallinnon vajaakuntoisuuskäsite korostaa jakoa toisaalta työhön kykenemisen ja toisaalta työn saamisen (tai uranvalinnan) ongelmien välillä, vaikka tätä jakoa ei aina olekaan tunnistettu. Esimerkiksi Jouko Lind (1997) rinnastaa tutkimuksessaan ikääntyneistä pitkäaikaistyöttömistä vajaakuntoiseksi merkitsemisen vajaatyökykyisyyteen. Asko Suikkanen (1992) esitti jo 1990-luvun alussa, että toimintakykyä ja työn vaatimuksia toisiinsa suhteuttavat työkykymallit ovat puutteellisia, koska ne eivät ota huomioon työnantajien käyttämiä työvoiman valikointikäytäntöjä. Suikkasen mukaan työmahdollisuuksien realisoitumisen käsite olisi

työvoimapolitiikan kannalta työkyvyn käsitettä toimivampi (ks. myös Järvikoski & Härkäpää 2004, 118–119). Käytössä oleva julkisen työvoimapalvelulain mukainen vajaakuntoisen määrittely on yhtenevä tämän näkemyksen kanssa.

Siten vajaakuntoisille suunnattujen ammatillisen kuntoutuksen palvelujen tarjoaminen ei työ- ja elinkeinohallinnossa edellytä työkyvyn alenemaa tai työkyvyttömyyden uhkaa. Työhön kykenemisen ja työmahdollisuuksien realisoitumisen käsitteistöä ja ilmiöitä voidaan pitää jopa toisistaan erillisinä ilmiöinä (taulukko 1). Työnhakija, jolla on sairaudestaan johtuvaa työhön kykenemisen ongelmaa, voi työmarkkinoilla joko kohdata tai olla kohtaamatta vaikeuksia. Esimerkiksi työtä vailla oleva henkilö, jonka sairaus aiheuttaa hänelle vakuutuslääketieteelliseltä kannalta työkyvyttömyyden uhan (tai hän saa jo työkyvyttömyysetuutta sen vuoksi), ei välttämättä ole työ- ja elinkeinohallinnon näkökulmasta vajaakuntainen hänen ilmoittautuessaan työnhakijaksi. Tällainen tilanne voi syntyä, jos työnhakijaksi ilmoittautuvan osaamisella on sairaudesta huolimatta runsaasti kysyntää eikä hän siten ole työmarkkinoilla heikommassa asemassa verrattuna ns. terveisiin, jotka hakeutuvat samoihin työtehtäviin.

TAULUKKO 1. Työkyvyn ja työmahdollisuuksien realisoitumisen ongelmien ero

	Yksilön mahdollisuudet työmarkkinoilla ovat alentuneet	Yksilön mahdollisuudet työmarkkinoilla eivät ole alentuneet
Yksilöllä on työkyvyn alentuma/ongelmia	”tyypillinen liikunta- ja tapaturmavakuutuslaitoksen, työeläkelaitoksen tai Kelan asiakas”	”henkilö, jonka osaaminen kompensoi työkyvyn ongelmia” tai ”henkilö, jonka osaamisesta on erityisen suurta kysyntää työmarkkinoilla”
Yksilöllä ei ole työkyvyn alentuma/ongelmia	”tyypillinen työ- ja elinkeinohallinnon (kuntoutus)asiakas	”tavallinen työnhakija-asiakas”

Työ- ja elinkeinohallinto ei kuitenkaan ole käytännössään täysin työhön kykenemisen käsitteistön ulkopuolella. Pitempikestoisen palkkatuen myöntämisen edellytyksiä arvioitaessa nojaututaan työkyvyn ja tuottavuuden käsitteistöön. Vajaakuntoisuus ei siis ole automaattisesti peruste myöntää palkkatukea pitempikestoisena. Alentuneen tuottavuuden kompensationsa palkkatukea käytetään tilanteissa, joissa vajaakuntoisen työn tuottavuus ei nouse keskimääräiselle tasolle. Tässä kohtaa työ- ja elinkeinohallinto joutuu ottamaan kantaa myös työkyvyn alentumiseen tukea myöntäessään.

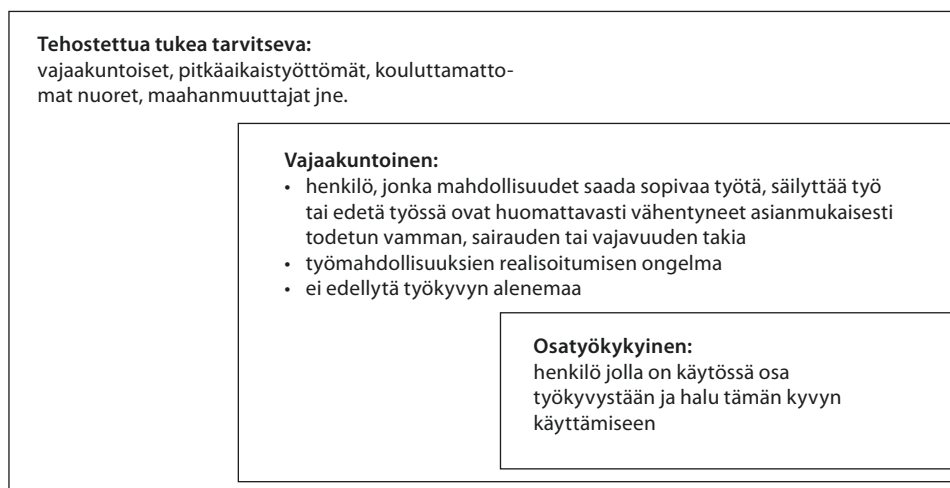
Vajaakuntainen-käsitteen kritiikki ja vaihtoehtoiset ehdotukset

Käsitteeseen ”vajaakuntainen” on kohdistunut kritiikkiä sen käyttöön otosta alkaen. Ongelmallisena on pidetty nimenomaan sanaa, vaikka itse määrittelyn sisällöstä ei

ole löydetty moitittavaa. Esimerkiksi vammaisjärjestöt ovat vaatineet termin poistamista lainsäädännöstä ja hallintokäytännöistä vedoten sen leimaavuuteen. Järjestöjen mielestä termin käyttö leimaa kyseisen ihmisen vajaakykyiseksi riippumatta siitä, mitä taitoja ja osaamista hänellä on. On myös katsottu, että vajaakuntoisuuden määrittäminen työ- ja elinkeinotoimistossa tapahtuu rutiininomaisesti ja diagnosikeskeisesti. Ongelmallisena ei ole pidetty määrittelyn sisältöä, vaan tapaa millä se käytännössä tehdään.

Suomen vammaisfoorumi, Mielenterveyden keskusliitto ja Valtakunnallinen vammaisneuvosto lähestyivät vuonna 2006 työministeriötä aloitteella, jossa ne esittivät vajaakuntoinen-termin korvaamista tehostettua tukea tarvitsevan henkilön käsitteellä. VATES-säätiö ja työkyvyttömyyseläkkeeltä työhön paluuseen halukkaiden tilannetta kartoittanut selvitysmies Mika Vuorela (2008) on ehdottanut käsitteen ”osatyökykyinen” käyttöönottamista työ- ja elinkeinohallinnossa. Esityksen tekijät ovat perustelleet ehdotustaan sillä, että termin osatyökykyinen käyttöönottoa puoltaisi kansainvälinen kehitys. Esimerkiksi OECD:n raporteissa työkyvyn rajoitteita kuvataan termeillä ”osittainen työkyky” tai ”jäljellä oleva työkyky”.

Molemmat ehdotetut käsitteet ovat siinä mielessä ongelmallisia, että ne ainakin implisiittisesti siirtävät käsitteen sisällöllistä rajaa ja kohdistuvat näin erilaiseen asiakasjoukkoon nykyiseen käsitteeseen verrattuna (kuvio 1). Osatyökykyisen käsite on julkisen työvoimapalvelun näkökulmasta ongelmallinen, koska yhdistyessään työn saamisen ja työssä pysymisen vaikeuteen se rajaa palvelujen käyttäjät selvästi nykyistä vajaakuntoisuuskäsitettä voimakkaammin. Tehostettua tukea tarvitsevan käsitteen ongelmana on puolestaan se, että se on selvästi laajempi kuin nyt käytössä oleva vajaakuntoisen käsite. Tehostetun tuen tarve voi syntyä myös muusta syystä kuin sairauden tai vamman aiheuttamasta vaikeudesta toteuttaa siirtymää työmarkkinoilla.



KUVIO 1. Vajaakuntoisen käsite ja ehdotukset korvaaviksi käsitteiksi

Vajaakuntoisen asiakkaan työvoimapalvelun periaatteet

Vajaakuntoisten työnhakijoiden osuus kaikista työnhakijoista on noussut 1990- ja 2000-luvuilla. Työnvälityksen ja ammatinvalinnanohjauksen vajaakuntoisista asiakkaista noin puolet on yhteisiä asiakkaita. Pääosa työhallinnon vajaakuntoisista asiakkaista on yli 25-vuotiaita henkilöitä, joilla on karttunut työkokemusta eri aloilta. Ikärakenteen muutossuunta on selvä: nuorten alle 25-vuotiaiden vajaakuntoisten asiakkaiden osuus on laskenut ja ikääntyvien, yli 45-vuotiaiden osuus on selvästi noussut. Ikääntyvien vajaakuntoisten sairastavuudelle tyypillinen piirre on useamman pitkäaikaissairauden samanaikainen esiintyminen. Tuki- ja liikuntaelinten vammat tai sairaudet, hengityselinten taudit, mielenterveyden häiriöt ja ihotaudit ovat yleisimmät vajaakuntoisuutta aiheuttavat tekijät työhallinnon asiakkailta. Nuorilla ovat muita yleisempiä hengityselinten taudit, hermoston ja aistimien taudit, ihotaudit ja mielenterveyden häiriöt.

Vajaakuntoisten nuorten ammatillinen koulutustaso on parantunut. 1990-luvun alkupuolella vajaakuntoisten koulutustaso oli vielä varsin heikko. Vain joka kolmannella 1960-luvulla syntyneistä vajaakuntoisista työnhakijoista oli 1990-luvun alkupuolella ammatillinen peruskoulutus. Harvemmillä kuin joka viidennellä oli vähintään ylempi keskiasteen tutkinto. Vajaakuntoisten asiakkaiden keskeinen työllistymisen haaste johtuu siis vähäisestä tai puutteellisesta koulutuksesta. Koulutus voi myös olla siten vanhentunut, ettei sillä ole enää kysyntää työmarkkinoilla. Onkin usein vaikeaa arvioida syntyvätkö työllistymisen haasteet vajaakuntoistavasta sairaudesta tai vammasta vai osaamisvajesta.

Ammatillinen kuntoutus käsittää ne toimenpiteet, joiden tarkoituksena on tukea vammaisen tai pitkäaikaissairaahan henkilön työhön pääsyä, työssä jatkamista tai työhön palaamista. Keskeistä palvelulle on kysyntää vastaavan ammatillisen osaamisen hankkiminen tai osaamisen täydentäminen (siirtäminen) siten, että työllistyminen tai työssä pysyminen helpottuvat. Yksilötasolla palvelu keskittyy näin työnhakija-asikkaan uuden ammatillisen tulevaisuuden, työminän, ammatti-identiteetin rakentamiseen (Kuusinen 2010b). Ammatillinen kuntoutus sisältää näin ollen koulutusta, valmennusta, ohjausta, työolosuhteiden muuttamista sekä elinkeinon ja ammatin harjoittamisen tukemista. Ilman asiakkaan ohjausprosessia toimenpiteet jäävät kuitenkin irrallisiksi ”tempuiksi”, jotka välttämättä eivät johda edes toivottuun tulokseen. Esimerkiksi kouluttautuminen ja ammatinvaihto vaativat kuntoutujalta uskallusta ottaa ”tiikerinloikkia”. Näitä loikkia ei pysty tekemään ilman toivon heräämistä ja elämän mahdollisuuksien kieltämisestä ulosmurtautumisista. Nämä puolestaan vaativat aikaa ja tilaa käsitellä muutokseen kuuluvaa epävarmuutta.

Työ- ja elinkeinohallinnon ammatillisessa kuntoutuksessa korostuvat erityisesti normaalisuuden, tasa-arvon, työsyrynnän kiellon, yksilöllisyyden, verkostoyhteistyön ja prosessinomaisuuden periaatteet.

Normaalisuusperiaatteella tarkoitetaan sitä, että vajaakuntoisten asiakkaiden palvelussa pyritään käyttämään hyväksi ensisijaisesti kaikille kansalaisille tarkoitettuja työvoimapalveluja: työnvälitystä, ammatinvalinta- ja urasuunnittelupalvelua, koulu-

tus- ja ammattitietopalvelua sekä työvoimakoulutusta (Kuusinen 2010c). Normaalisuusperiaatteen mukaisesti kaikki ammatinvalintapsykologit palvelevat vajaakuntoisia asiakkaita; suurissa TE-toimistoissa on tavallisesti vajaakuntoisten asiakkaiden palveluihin erikoistunut ammatinvalintapsykologi. Myös kaikki henkilökohtaista työnvälitystä hoitavat työvoimaneuvojat palvelevat vajaakuntoisia työnhakijoita. Lisäksi TE-toimistoissa on erikseen palkattu vajaakuntoisten työnhakijoiden ammatillisen kuntoutussuunnittelun palveluihin erikoistuneita työvoimaneuvojia.

Yksilöllisyyden periaatteen mukaan vajaakuntoinen asiakas nähdään muiden asiakkaiden tavoin yksilönä, jolla on kehittymisen ja kuntoutumisen mahdollisuuksia työelämässä. Vajaakuntoisen asiakkaan palvelutarve ja siihen perustuva ammatillinen kuntoutussuunnitelma ovat aina yksilöllisiä, eli kaavamaisia ratkaisuja pyritään välttämään. Kuten muillakin työttömillä työnhakijoilla, kaikilla työttömillä vajaakuntoisilla työnhakijoilla on oikeus yhteistyössä TE-toimiston kanssa laadittavaan työnhakusuunnitelmaan, joka vajaakuntoisen asiakkaan kanssa on usein tarkoituksenmukaista laatia ammatillisen kuntoutussuunnitelman muotoon. Olennaisinta on kuitenkin ymmärtää, etteivät kaikki pitkäaikaissairaat tai vammaiset työnhakijat ole ammatillisen kuntoutuksen asiakkaita. Palvelutarpeet onkin arvioitava aina yksilöllisesti: voihan olla, että työnhakija tarvitsee vain samoja työnvälityksen palveluja kuin kuka tahansa TE-toimiston asiakas.

TE-toimiston asiakaspalvelussa otetaan huomioon perustuslain 2 luvun 6 §:n *yhdenvertaisuutta* koskevat säädökset, *työsyrynnän kieltä* koskevat säädökset sekä laki yhdenvertaisuuden turvaamisesta. Asiakasta ei saa ilman hyväksyttävää syytä asettaa palvelussa, virkatoiminnassa tai muussa julkisessa tehtävässä ilmeisen eriarvoiseen tai muita olennaisesti huonompaan asemaan terveydentilansa takia. Asiakas esittää rekisteröityessään työvoimapalvelujen henkilöasiakkaaksi työvoimapalvelujen tarjoamisen kannalta tarpeelliset tiedot. Tällaisia tietoja voivat olla muun muassa sellaiset terveydentilaa koskevat tiedot, jotka vaikuttavat olennaisesti työnhakusuunnitelmiin, työn tai ammatin valintaan, koulutukseen ohjaamiseen, työhönsijoittamiseen tai työssä pysymiseen. Terveydentilaa koskevat tiedot ovat luottamuksellisia, eikä niitä luovuteta työnantajalle tai muille ulkopuolisille ilman asiakkaan erillistä nimenomaista suostumusta.

Verkostoyhteistyön periaatteisiin kuuluu, että vajaakuntoisen asiakkaan palvelu kytkeytyy asianmukaisella tavalla muiden organisaatioiden palveluihin. Kun asiakas tulee TE-toimistoon jonkun toisen tahon lähettämänä, on pyrittävä erityisen tarkkaan selvittämään asiakkaan palvelutarvetta ja omakohtaista motivaatiota. Asiakastyön luottamuksellisuuteen liittyvät pelisäännöt on syytä käydä läpi prosessin alkuvaiheessa. Yhteistyötahoille on annettava riittävästi ja realistisesti tietoa työhallinnon palveluista ja mahdollisuuksista auttaa asiakkaita. Näin voidaan päästä siihen, että yhteistyötahojen lähettäminä tulevat ne asiakkaat, joiden on tarkoituksenmukaista saada työhallinnon palveluja, jotka tietävät niistä ja ovat halukkaita käyttämään niitä.

Ammatillisen kuntoutuksen haasteita

Työ- ja elinkeinohallinnon näkökulmasta ammatillinen kuntoutus on osa toimintaa, jolla pyritään ratkaisemaan työvoiman saatavuudessa esiintyviä haasteita niin, että painopiste on kotimaisen työvoimareservin parempi haltuunotto. Ammatillisen kuntoutuksen orientaationa on silloin työmarkkinat (vrt. toimeentulon ja sosiaaliturvan varmistaminen).

Ammatillisella kuntoutuksella on monenlaisia haasteita (taulukko 2; Kuusinen 2010a). Ensimmäinen haasteen muodostaa pirstaleinen ammatillisen kuntoutuksen järjestelmä, joka edellyttää toimijoiden vastuun kirkastamista, yhteistyön tehostamista ja yhteisvastuullisuuden korostamista. Meidän tulisikin opetella pois ”pötkökuntouttamisesta”, jossa vain yksi toimija kerrallaan tarjoaa asiakkaalle palvelua. Monitoimijainen kuntoutuspalvelu voisi olla esimerkiksi, kun Kelan kuntoutuskursilla olevan asiakkaan työkokeilupaikkaa etsitään yhdessä TE-toimiston kanssa sen mukaan, millä yrityksellä on orastavaa rekrytointitarvetta. Tällöin voidaan järjestettävän työkokeilun aikana arvioida mahdollisen palkkatuen tarve. Lisäksi työ- ja elinkeinohallinnon ja Kelan kuntoutuksen rajapintaa voitaisiin tarkistaa työkyvyttömyyden uhan käsitteen osalta. Käytännössä on lähes mahdotonta arvioida tätä uhkaa nuorten työelämään vasta astuvien tai pitkään työttömänä olleiden kohdalla.

Toisena haasteena on kuntoutuksen tarkoituksenmukainen kohdentaminen. On kysyttävä, ketkä tarvitsevat ammatillista kuntoutusta ja ketkä hyötyvät sen palveluista. Kuntoutusta on kohdennettu lähinnä työelämässä oleviin, mutta tulevaisuudessa tarvitsemme enemmän myös työelämään paluuta tavoittelevien henkilöiden kuntoutuspalveluja. Kolmantena haasteena on ammatillisen kuntoutuksen työkäytäntöjen ja toimenpiteiden ajanmukaistaminen. Ammatillisen kuntoutuksen palveluja olisi pystyttävä tarjoamaan asiakaslähtöisesti, voittamalla palvelujen järjestelmäkeskeisyys.

Koska ammatillisen kuntoutuksen painopisteenä tulee jatkossakin olla työelämäsiirtymien mahdollistaminen ja helpottaminen, on kuntoutuspalvelujen oltava tätä tukevia. Me tarvitsemme erilaisia palveluja, mutta myös tietoa siitä, mitkä palvelut ovat tuloksellisia – ja keille ne ovat tuloksellisia. Kuntoutuspalvelujen tuleekin olla joustavia ja yksilöllisiä.

Tällainen kuntoutuspalvelujen tarjoaminen vaatii kuntoutussuunnittelulta paljon. Kuntoutuja tarvitsee rinnalleen ammatillisen kuntoutuksen ammattilaisen, konsultin, sillä hän voi tarvita a) tukijaa suunnitellessaan elämänsä suuntaa ja sen erilaisia vaihtoehtoja sekä jäsentäessään mahdollisuuksia, b) henkilön, joka kertoo, mitä tietyistä valinnoista voi todennäköisesti seurata, ja joka auttaa pääsemään mahdollisimman hyvään lopputulokseen, c) henkilön, joka kertoo, mitä ajattelee kuntoutujan suunnitelmista. Usein riittää, että on yksi kuntoutustyöntekijä, joka uskoo kuntoutujaan, toisaalta yksilön tavoitteiden ja sen palasten lokahtaminen paikoilleen voi tarvita ryhmän tarjoamaan vertaistukea.

Tällaisen tehokkaiden ammatillisen kuntoutuksen interventioiden kehitystyötä ei voida tehdä eristäytyneenä muusta kuntoutuskentästä. Yksittäisten projektien

<p>HAASTE 1: Pirstaleinen ammatillisen kuntoutuksen järjestelmä ja sen kehittämistarpeita</p> <p>Toimijoiden vastuun kirkastaminen ja kuntoutuksen aikaistaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yhden luukun periaate tai toimiva ohjausjärjestelmä • Toimenpiteiden prosessivastuu: alusta loppuun tai eri toimijoiden palveluiden suunniteltu lomittaminen • Regressisääntöjen toimivuus? Pitäisikö laajentaa? • (esim. Kela tai työeläkelaitos voi järjestää kuntoutusta, jos liikenne- tai tapaturmalain mukainen kuntoutus viivästyy; tällöin niillä on oikeus saada korvaus antamastaan kuntoutuksesta korvausvastuussa olevalta yhtiöltä) <p>Yhteistyön tehostaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiedon jakamisen aikaistaminen ja tehostaminen • Vältetään sitä, että työvoimapalvelut liitetään mukaan liian myöhään <p>Yhteisvastuullisuuden korostaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ei vain oikeus ammatilliseen kuntoutukseen, vaan myös osallistumisen velvollisuus • Osallistujien motivaatio
<p>HAASTE 2: Kohdistuuko ammatillinen kuntoutus tarkoituksenmukaisiin ryhmiin?</p> <p>Ketkä saavat ja keiden pitäisi saada ammatillista kuntoutusta?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Painopiste työllisissä: tavoitteena työssä pysymisen tukeminen • Miten turvataan työelämään paluu <ol style="list-style-type: none"> työkyvyttömät pitkäaikaissairaat ja vammaiset työttömät maahanmuuttajat
<p>HAASTE 3: Ovatko ammatillisen kuntoutuksen työkäytännöt ja toimenpiteet ajanmukaisia?</p> <p>Mitä tehdään ja mitä pitäisi tehdä?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Halutaanko selvittää ja tukea työkykyä vai työhönsijoittumisen edellytyksiä? • ”Kuoliaaksi standardoidut tuotteet” vai joustavat, räätälöidyt ja alueelliseen tarpeeseen kohdennetut palvelut • Onko kuntoutuslaitosten aika ammatillisessa kuntoutuksessa ohi? <p>”Projektisuma”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miten kehitystyö toteutetaan? Pitääkö pyörä keksiä aina uudestaan? • Onko toiminta kysyntälähtöistä vai onko lähtökohtana organisaatioiden omien työntekijöiden työllistyminen? • Kehitetäänkö omalle organisaatiolle palvelutuotteita, joita voi ”yksinoikeudella” kaupata vai valtakunnallisesti toimivia konsepteja?

sumasta olisi päästävä valtakunnallisesti tai alueellisesti toimivien konseptien kehittämiseen. Kuntoutuksen ja sen menetelmien tuloksellisuutta tulee myös tieteellisesti arvioida.

Mikä on laitoskuntoutuksen tulevaisuus ammatillisessa kuntoutuksessa? Nähdäkseni kuntoutuslaitosten tulevaisuus ammatillisessa kuntoutuksessa liittyy siihen, miten ne pystyvät kehittymään majoitusresurssista ammatillisen kuntoutuksen kysyntälähtöiseksi verkostotoimijaksi (kuvio 2). Ammatillinen kuntoutus ei voi toimia irrallaan työstä tai muista sosiaalisista rakenteista, jotka liittyvät kuntoutujan ammatillisen kompetenssin kehittämiseen tai haltuunottoon. Silloin palveluntuottajalle ei riitä moitteeton asiakasprosessin hallinta tai ”prosessin omistajuus”, vaan sen on nähtävä oman toimintansa mahdollisuudet osana oppilaitosten, työnantajien ja yritysten ja TE-toimistojen muodostamaa kokonaisuutta.

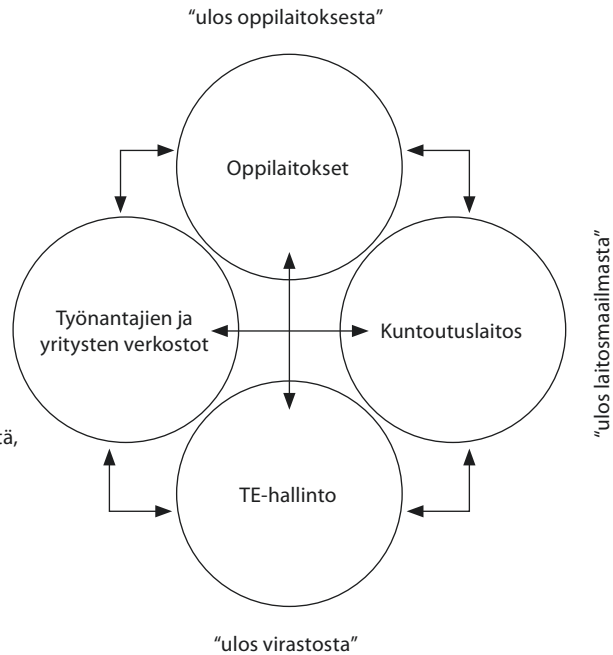
Lähtökohtana työmarkkinoiden tarpeet

Mitä työvoimatarpeita

- nyt
- lähitulevaisuudessa

Henkilöstön kehittämistarpeet
Henkilöstön tukemisen tarpeet
Tuki rekrytoinnissa

Lopputuloksena palveluverkoston yhteinen suunnitelma/strategia siitä, miten vastataan näihin tarpeisiin



KUVIO 2. Kuntoutuslaitos: majoitusresurssi vai ammatillisen kuntoutuksen kysyntälähtöinen verkostotoimija

Lähteet

- Järvikoski, Asko & Härkäpää, Kristiina 2004: Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY
- Kuusinen, Patrik 2010a: Ammatillisen kuntoutuksen haasteet 2010-luvun alkaessa. Kompassi-projektin aloitusseminaari ”Työelämän haasteet ja ammatillinen kuntoutus” 22.4.2010, Rovaniemi (www.lapinkompassi.net/koulutusmat.htm)
- Kuusinen, Patrik 2010b: Asiantuntijuus kuntoutuksessa. Ammatillisen kuntoutuksen päivät 30.11.2010 (http://www.peurunka.fi/upload/docs/patrik_kuusinen_peurunka.pdf)
- Kuusinen, Patrik 2010c: Vajaakuntoinen työvoimahallinnon käsitteenä: lyhyt historia, määritelmä ja määrittely. 8.2.2010. (http://www.tem.fi/files/26151/tarjouspyynto_Vajaakuntoinen_liite.pdf)
- Lind, Jouko 1997: Pitkäaikaistyöttömyys ja vajaatyökykyisyys: rekisterikartoitus. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantalutkimuksen osaraportti 2. Turku: Kansaneläkelaitos
- Suikkanen, Asko 1992: Sosiaalipoliittisen tutkimuksen lähtökohdat ja tapaturmavakuutuslain toimeenpano. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B14. Rovaniemi.
- Suikkanen, Asko & Linnakangas, Ritva 2000: Vajaakuntoisten mahdollisuuksien uusjako. Teoksesa: Linnakangas, Ritva & Lindh, Jari & Järvikoski, Aila (toim.): Työttömyyden ja vajaakuntoisuuden jäljillä. Kuntoutussäätien tutkimuksia 66/2000.
- Vuorela, Mika 2008; Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Selvityshenkilön loppuraportti. (http://www.tem.fi/files/18750/Vuorela_loppuraportti.pdf)

Vertaistuki ja vammaispalvelut

Liisa Hokkanen

Johdanto

Ihmisten arjelle merkitykselliset yhteiskunnalliset käänteet eivät välttämättä tapahdu suurin julistuksin ja mielenosoituksin. Suunnanmuutos kirjassa Raija Julkunen (2001) puhui Ulrich Beckiin nojautuen kissantassuin hiipivästä, pieniin palasiin sirustellusta muutoksesta. Yksittäinen askel ei ole mullistava käänne vaan muutaman piirun heilahdus uuteen suuntaan. Se saattaa saada aikaan keskustelua, mutta soraäänit tukahtuvat, kun todetaan, että nykyisessä julkistaloudellisessa tilanteessa pieni heikennys kyseiseen palveluun tai etuisuuteen on välttämätöntä ja se jopa suojaa meitä suuremmalta sosiaaliturvan ja hyvinvointivaltion romahdukselta. Suunnanmuutos ei ole suomalaiskansallinen piirre vaan on tunnistettavissa, että tassukuviot ovat samansuuntaisia laajalti teollistuneissa maissa (mm. Koskiaho 2011). Kansainvälistyneillä rahoitusmarkkinoilla yritysten kilpailukyvyyn ja elinvoimaisuuden turvaaminen nähdään ensiarvoisena asiana – myös puhuttaessa hyvinvointipalveluista, sosiaaliturvasta tai kansalaisten oikeuksista (Kantola 2006, 165–178; Tainio 2006).

Muutoksen suunta on yhteisvastuusta yksityiseen vastuuseen. Toivotaan, että perheenjäsenten ja omaisten keskinäinen huolenpito olisi entistä laajempaa, vastuullisempaa ja altruistisempaa. Äärimmillen vietyä esitetään, että työntekijät kustantavat omat hyvinvointietuutensa ja -palvelunsa. Toisaalta luotetaan, että ihmiset ryhtyvät keskinäisen tuen tuottajiksi elämänvaiheen, elämäntilanteen, terveyden ja sairauden sekä elämäntilanteiden myötä. (Julkunen 2006, 140–186.) Yhdet ihannoivat kyläyhteisöjä; toiset visioivat uusyhteisöllisiä kaupunkimuotoja ja kolmannet luottavat virtuaalitetollisuuden muuntuvaan merkittäväksi tukiareenaksi.

Yksityistä vastuuta korostetaan, vaikka tunnistetaan perhekokojen pieneneminen, jolla on heikentävä vaikutus näiden suhteiden puskurikykyyn tukea edellyttävissä elämäntilanteissa. Perheen tukeen vedotaan, vaikka työelämäkeskeistä arvojärjestystä kunnioitetaan ja läheisiteitä katkovaa muuttoliikettä ruuhka-alueille suositaan. Yksilövapaudet nähdään itsestäänselvytyksenä; yhteisölliset velvollisuudet liittyvät ensisijaisesti velvollisuuteen olla käytettävissä olevaa työvoimaa mahdollisimman pitkään ja tehokkaasti (mm. Julkunen 2006, 206–209).

Näillä politiikkapäätöksillä ohjataan yhteiskunnallista kehitystä pois kansalaisyhteiskunnallisen vastuun ihanteesta. Kansalaisyhteiskuntaa voimakkaammin julkisen palveluntuotannon korvaajaksi odotetaan yrityksiä. Niiden hyvinvointivastuun kantamiseen on vankka luottamus. Yritysmuotoisesti omistetuissa palveluorganisaatioissa uskotaan tuotettavan laadukkaampia, edullisempia ja kattavampia palveluja.

Järjestöiltä odotetaan linjapuheissa paljon (Kantola 2006), mutta niiden erityislaatuisuutta ei kunnioiteta. Niiden odotetaan toimivan palvelutuotannossa yritys-

maailman pelisäännöin (Pessi & Oravasaari 2010) ja kansalaistoiminnassa vapaaehtoistyön pelisäännöin. Järjestöjen palvelutuotantoa onkin siirtynyt yhtiöiksi, säätiöiksi ja erilaisiin yritysmuotoisiin ratkaisuihin. Järjestöjen asema kansalaislähtöisinä, omaleimaisina, merkittävinä, yhteiskunnallisesti tunnustettuina ja tuettuina palvelujen tuottajina on uhanalainen.

Edellä kuvatut kehitystrendit ovat saaneet julkisuutta ensin yritysmaailman edustajien, sitten johtavien poliitikkojen ja viranhaltijoiden kautta (Kantola 2006). Kansalaisten odotuksien ja kokemusten uutisointi on hillitympää. Kuitenkin tunnustetaan, että kansalaiset toivovat edelleen kattavaa sosiaaliturvaa ja julkista palvelujärjestelmää ilman yksityisvakuuttamisen odotusta. Skandinaavisen hyvinvointivaltion kasvatteja sopeutetaan askel askelelta kansalaisten keskinäiseen eriarvoistumiskehitykseen sekä yksilöä ja hänen lähiyhteisöään vastuuttavaan ja syylistävään ajatteluun.

Tämä vastuuajattelu asettaa vammaiset ja pitkäaikaissairaat vaikeaan tilanteeseen. Lähimmäiset ovat jo aiemmin olleet merkittävä tukijalka heidän elämäntilanteensa. Moni vammaisen ja ei-vammaisen ehti ihastua ajatukseen, että vammaisilla on yhtä suuri oikeus itsenäiseen elämään kuin kenellä tahansa kansalaisella ja että etuus- ja palvelujärjestelmä muuntuu vammaisen erityisen tilanteen mukaan. Vammaisten aseman koheneminen on sitkeän vaikuttamistyön tulos, jossa kansainvälinen sosiaaliseen vammaiskäsitykseen perustuva toiminta on raivannut tietä diskriminoivammilta ajatussuunnilta.

Nyt vammaisten tulisi luottaa kvartaalitaloudessa toimiviin yrityksiin ja lähio- maistensa kykyyn tuottaa eri tilanteissa tarvittavaa tukea ja samaan aikaan mukautua omien etujärjestöjen toimintakapasiteetin ohenemiseen.

Tässä artikkelissa tarkastelen asioita, joilla on merkitystä vertaistuen käyttökelpoisuudelle vammaisten elämäntilanteissa. Ensimmäiseksi erittelen vertaistukea käsitteenä. Asemoin sitä suhteessa lähikäsitteisiin sekä ajalliseen käyttöönnottoon. Toiseksi mietin vertaistuen suhdetta (julkisten) palvelujen käyttöön. Yhtäältä tarkastelen sitä, vaikuttaako vertaistuki muiden palvelujen käyttöön määrällisesti ja toisaalta ruodin sitä, mikä asema vertaisuudella voi olla palvelujen tuotannossa. Kolmanneksi analysoin vertaistukiryhmien erityisyyttä vertaistuen tuottajina. Vertaistukiryhmät ovat kattokäsite, jonka alle mahtuu (tai ainakin tulisi mahtua) hyvin monimuotoista toimintaa. Yritän käydä läpi asioita, jotka ovat merkityksellisiä vertaistoimintaa tuotettaessa. Lopuksi kokoan niitä piirteitä vertaistuesta, joihin mielestäni on syytä kiinnittää huomiota vertaistukea kehitettäessä.

Vertaistuen määrittelyä ja erittelyä

Vertaistuki ei ole ilmiönä uusi, vaikka sen käsitteellistäminen erityiseksi ilmiöksi tapahtui Suomessa vasta 1990-luvulla. Aiemmin vertaisuusilmiö on löydettävissä sellaisten käsitteiden kuin sosiaalinen pääoma, luottamus, solidaarisuus, sosiaalinen tuki ja koheesio osa-aineksena. Ennen vertaisuus käsitteen vakiintumista ilmiötä

kuvattiin vapaaehtoisuuden (mm. Vapaaehtoistyö...1982, 1; Määttä 1987, 29–31), maallikkoauttamisen/amatööriauttamisen (mm. Matthies 1993; Mustonen 1998), keskinäisen tuen, tukihenkilötoiminnan (mm. Lehtinen 1994) ja oma avun (mm. Nylund 1996; 1997) ohessa (myös Lehtinen 1997). Ilmiön voi siis löytää aiemmin kuin käsitteen. Ensimmäiset suomalaiset väitöskirjat (Hildingh 1996; Nylund 2000) käyttivät oma-apukäsitettä. Samoihin aikoihin oma-apukäsitettä käyttävien väitöskirjojen ilmestymisen kanssa alkoi vertaistuki käsitteen käyttö yleistyä (mm. Laiho 1997; Hokkanen 1999). Varsinainen vertaistuen tutkimusbuumi alkaa vuodesta 2000, jonka jälkeen opinnäytetöitä on tuotettu tiiviisti ja hankkeisiin liitetty tutkimus on ollut runsasta. Vertaistukeen kohdistuvaa kiinnostusta on osaltaan tuottanut kolmannen sektorin tutkimus (mm. Matthies & Kotakari & Nylund 1996; Helander 1998; Kinnunen & Laitinen 1998; Hokkanen & Kinnunen & Siisiäinen 1999), joka vilkastui Suomessa joitain vuosia aiemmin kuin vertaistuki ja vapaaehtoisuus eriytyivät kolmannelta sektorista omiksi tutkimuskohteikseen.

Vertaistuki on yksi vapaaehtoistoiminnan alalaji (mm. Pessi & Oravasaari 2010; Hokkanen 2003a). Sellaisena se on ollut järjestöissä tunnistettu ja arvostettu asia ennen käsitteellistämistäkin (ks. Nylund 1997).

Vertaistuki perustuu yhteiseen kokemukseen, tilanteeseen tai intressiin. On tutkimuksellisia viitteitä siitä, että ihmiset eriytyvät sen mukaan, kiinnostaako vertaistuessa erityisesti omakohtaisen kokemuksen jakaminen, yhteisessä tilanteessa selviäminen vai ympäröivään yhteiskuntaan vaikuttaminen (mm. Hatzidimitriadou 2002; Cheung ym. 2007; Hokkanen 1999, 153–157). Vertaistuki voi ilmetä ensisijaisesti emotionaalisenä tukena, oman tilanteen jakamisena ja siihen liittyvän kokemuksen yhteisenä pohdintana. Tämä on se vertaistukiryhmiin liittyvä vertaistuen muoto, joka on saanut eniten huomiota osakseen.

Toisaalta vapaaehtoisuutta ja järjestökenttää tutkineille on hyvin ilmeistä, että yhteinen tilanne ei kaikkien ihmisten osalta johda erityiseen haluun jakaa kokemuksiaan vaan se voi johtaa myös haluun toimia niin, että tilanne helpottuisi itsellä ja vertaisilla (mm. Hyväri 2001). Tällöin vertaistukea rakentaa yhteisesti jaettu tilanne ja siihen liittyvien arkikäytäntöjen selvittäminen ja helpottaminen. Helposti tunnistettava tuen muoto on tällöin informatiivisen ja toiminnallisen tuen yhdistelmä.

Kolmanneksi yhdessä jaettavaksi tekijäksi voi nousta myös yhteiskunnallinen toimijuus. Tällöin huomio keskittyy omaa elämää laajemmin siihen, mitä tavoitellaan paikallisessa, valtakunnallisessa tai globaalissa palvelujärjestelmässä. Kohteena on konkreettisten palvelujen ja etuuksien ohella asenteiden muuttaminen sekä oikeudenmukaisen aseman ja kohtelun tavoittaminen vertaisryhmälle.

Edelliseen tapaan eriteltynä vertaistuki määrittyy sosiaalisen tuen muodoksi (myös Auvinen 2004). Sosiaalista tukea on eritelty mm. aineelliseen, tiedolliseen, toiminnalliseen, yhdessäoloon, tunnetukeen ja henkiseen tukeen (mm. Kumpusalo1991; Somerkivi 2000; Eronen & Hokkanen & Kinnunen & Lehto-Pusa & Rönneberg & Särkelä 1995). Usein vertaistuki on paikannettu erityisesti tunnetueksi, mutta kuten edellä toin esiin, se voi kattaa useita sosiaalisen tuen muotoja. Ver-

taistuki voi sinällään olla niin aineellista (esim. kierrätetään apuvälineitä), tiedollista (esim. 'suomennetaan' viranomaiskieltä, sovitetaan tietoa tapauskohtaisiin tarpeisiin, ohjataan tiedon tai palvelun ääreen), toiminnallista (esim. hoitoapua, avustamista, yhdessä tekemistä, vastavuoroista auttamista), yhteenkuuluvuuden tunnetta tukevaa (liitytään meihin, tavallisiin ihmisiin, samassa tilanteessa oleviin) emotionaalista (välitetään, osoitetaan kiinnostusta, rakastetaan, jaetaan kokemusta) tai henkistä (koetaan merkityksellisyyttä, ihmisoikeutta ja elämäntarkoitusta). Vertaisuus on tuen saamasta muodosta riippumaton tukea leimaava pohjavire.

Vertaistukeen liittyy keskinäinen kunnioitus, tasa-arvo ja luotettavuus. Keskinäisellä kunnioituksella viitataan siihen, että vertaistilanteessa olevan ihmisen kokemusta ei kyseenalaisteta. Hänellä on oikeus kokemukseensa ja tilanteensa tulkitintaan. Kunnioitus nousee samassa veneessä olemisesta sekä tilanteiden ja kokemusten ainutkertaisuuden näkemisestä. Vertaistuki jakaa vapaaehtoisuuden kanssa saman ajatuksen siitä, että kokijat ovat keskenään tasa-arvoisia. Tasa-arvoisuus tarkoittaa, että tavanomaiset sosioekonomiset määrittäimet eivät ole olennaisia vaan ne alistuvat jaetulle yhteiselle asialle. Tämä tasa-arvoisuus ei poista sitä, että voi syntyä asetelmia, joissa vertaisille syntyy auttajan ja autettavan rooleja: kokenut auttaa vasta-alkajaa. Vertaistuessa luotettavuus kumpuaa edellisistä sekä siitä, että vertaisen tuki on kokemusperäistä. Yleensä vertaistilanteissa lähtökohtana on samantyyppinen vaihtoluovollisuus kuin viranomaistoiminnassa, joskin epävirallisesti eikä aina tiedostetusti tai ääneenlausutusti.

Vertaistuessa suuren merkityksen saa asia, jonka suhteen vertaisia ollaan. Se oikeuttaa tuen piiriin. Yhteisen kokemuksen olemassaolo ei kuitenkaan johda tasa-päistämiseen. Vertaistuessa kyse ei ole kaikenkattavasta vertaisuudesta. Vertaisten joukko on laajempi kuin se erityinen tukemisen tapa, jota kutsumme vertaistueksi. Kaikki vertaisuus ei sisällä vertaistukea. Vertaistuen käyttövoima kumpuaa vertaisuudesta, se on ilmiönä positiivisesti latautunut ja se liittyy tilanteisiin, joissa lähtökohtaisesti oletetaan olevan tuen, muutoksen tai uudelleenorientoitumisen tarvetta.

Vertaisuuden sisään rakentuu erilaisuutta ja erityisesti herkkyyttä yksilöllisen erilaisuuden tunnistamiselle. Hivenen yllättäen vertaisuudessa erilaisuuden tunnistaminen onkin vähintään yhtä tärkeää kuin yhteisen asian olemassaolo (mm. Hokkanen & Astikainen 2001; Hokkanen & Kinnunen & Kauppinen & Parhankangas 2001). Yhdistävä tekijä saa jokaisella vertaisella erityisen asun ja vertaisuudessa tasa-arvoisuus tarkoittaa sitä, että erilaisuutta kunnioitetaan. Yksilökohtaisen tilanteen ja kokemuksen erityisyys korostuu ja jakamisen kohteena ovatkin vertaisten erilaiset tilanteet ja kokemukset vertaisasiasta.

Vertaistuen lähikäsitteistä päällekkäisin sen kanssa on oma-apu (mm. Nylund & Kärkkäinen 1996; Nylund 1997; 2000). Samoin englanninkielisessä kirjallisuudessa rinnan esiintyvät termit *peer support*, *self help* ja *mutual support*. Nimityksillä voi nähdä olevan hieman erilaisia painopisteitä. Oma-avussa on erityinen painotus siinä, että pärjätään ilman julkista tai yrityssektorin tuottamaa apua. *Self help*-käsitteen käyttö on edelleen vahvaa englanninkielisessä julkaisu-toiminnassa ja se on

yhteydessä yhdysvaltalaiseen yhteiskunnalliseen ajattelutapaan. Vertaistuen painopisteenä on yhteisesti jaettu tilanne ja toimijoiden samankaltaisuus. Viimeaikaisessa suomenkielisessä kirjallisuudessa vertaistuki on käytetyin termi, mutta englanninkielisessä kirjallisuudessa *self help* esiintyy edelleen vahvana *peer support* -käsitteen rinnalla.

Vertaistuen taustalta voi paikantaa kokemustiedoksi kutsutun ilmiön (mm. Beresford & Salo 2008; Hyväri & Salo 2009). Olennainen osa vertaistuen luotettavuudesta nousee tiedon kokemuksellisuudesta (*lived knowledge, experiential knowledge*). Erityisen merkityksellistä on, että tieto ei ole kirjatietoa eikä ulkoa opittua vaan se on vertaisen kokemaa, elämässä koeltua ja koettelussa kypsytettyä tietoa. Toinen vertaistuen taustalta paikannettavissa oleva tiedon erityislaji on käytäntötieto (*practical knowledge*). Vertaistuen taustalla oleva tieto ei ole teoreettista tai hypoteettista vaan sen olennainen elementti on tiedon suora soveltuminen käytäntöön ja sen suodattuminen käytännön läpi. Kolmas, ehkä tunnetuin vertaistuen taustalla oleva voimavara, on jaettu kokemus (shared experience). Kyseessä on yhteisyyttä rakentava kokemus, joka valaa tukeen me-henkeä.

Koska kaikki vertaisten muodostamat verkostot eivät ole yksinomaan tukea tuottavia, voisi olla mielekäästä puhua vertaisverkostoista ja vertaistuesta eritellen niitä samaan tapaan kuin sosiaalisia verkostoja ja sosiaalista tukea on suhteutettu toisiinsa. Sosiaalisen tuen katsotaan olevan sosiaalisen verkoston yksi mahdollinen ominaisuus, mutta verkostojen voidaan ajatella olevan myös tukea tuottamattomia. Samoin on mielekäästä pitää erillään vertaisuus tai vertaisverkosto laajempaan ilmiöön ja vertaistuki tämän verkoston tai ilmiön yhtenä mahdollisena ominaisuutena. Näin tavoitetaan selvemmin myös tilanteet, joissa vertaisuus ei tuota tukea tai vertaisuus tuottaa esim. vertaiskontrollia tai torjuntaa. Marianne Nylund (mm. 2005, 204) käyttääkin vertaisverkoston käsitettä suunnilleen tässä merkityksessä. Hänellä vertaisverkoston merkityksessä painottuu erityisesti vertaisen mahdollisuus itse säädellä tuen käyttötapojaan. Käytettäessä vertaisverkostoa sosiaalisen verkoston käsitteen tapaan se ei erityisesti korosta yksilön mahdollisuutta toimia suhteidensa säätelijänä.

Vertaistuki ja palvelujen käyttö

On ilmeistä, että kiinnostus kolmanteen sektoriin niin kuin vertaistukeenkin on kummunnut palvelujärjestelmän muuttamisesta julkispainotteisesta kohti yksityispainotteista ja toisaalta kiinnostuksesta ohjata kansantaloutta niin, että sosiaali- ja terveyspalveluihin käytettävä kansantalouden osuus ei kasvaisi vaan mieluummin pienenis. Kolmannen sektorin erityisyys on vapaaehtoistyö, joka on edullista ja vertaistuki on yksi vapaaehtoisen toiminnan muoto. On syytä tarkastella tätä kolmannen sektorin vapaaehtoistyön ja vertaisuuden edullisuutta hieman tarkemmin.

Kolmannen sektorin palvelutuotannon erityinen kärki on ollut professionaalisen täsmätietämyksen ja kokemustiedon yhdistäminen niin, että palvelujen tuotta-

misessa keskiössä on ollut jonkin erityisryhmän elämänlaadun maksimoiminen ja tasaveroiset oikeudet. Kolmannen sektorin tarpeisiin soveltuvan professionaalisen erityistiedon kerryttäminen vaatii enemmän kuin hyvän peruskoulutuksen; se vaatii jatkuvaa ja suuntautunutta kouluttautumista. Lisäksi edellytetään paneutuvaa kykyä soveltaa täsmätietämystä erityisiin yksilöllisiin tilanteisiin. Järjestöjen ylläpitämiin palveluihin on rakentunut luotettavuutta ja laatua, joka perustuu palvelutuotantoa laajempaan toimintaan järjestön jäsenkunnan parissa. Kokemustieto kertyy järjestöihin monien paikallisyhdistysten ja aktiivisten vapaaehtoisten tuottamana. Järjestölliseen tiedontuotantoon ja tiedon jalostamiseen laadukkaiksi palveluiksi tarvitaan resursseja. (Sama ilmiö on vasta kehittymässä muuhun palvelutuotantoon ja sitä kutsutaan asiakaspalautteeksi, asiakasohjautuvuudeksi tms.) Nyt järjestöt on ajettu tilanteeseen, jossa niiden palvelutuotantoa tarkastellaan yritysmuotoisena palvelutuotantona. Periaatetta kutsutaan neutraalisuusperiaatteeksi (Saari & Pessi 2011). Siinä järjestöllisen palvelutuotannon taustalla oleva tiedontuotanto ja vaikuttamistoiminta ulkoistetaan palvelusta. Laatu on uhattuna.

Vapaaehtoistoimintaan on liitetty ilmaisuuden myytti. Vapaaehtoistoiminta on toimintaa, josta ei saada palkkaa. Sen sijaan esim. altruismikeskustelussa on keskiössä se, että vapaaehtoinen voi kerryttää toiminasta itselleen muunlaista sosiaalista ja inhimillistä pääomaa sekä kokea nämä palkkioksi. Sosiaalisen pääoman kertymisen mahdollistaminen vaatii tukirakenteita. Jotta vapaaehtoisuus toimisi kestäväällä pohjalla, vapaaehtoiset tulee perehdyttää, heitä tulee kouluttaa ja heille tulee järjestää jonkinlaista työnohjausta (mm. Hokkanen 2003a; Hakkarainen 2003; Pessi & Oravasaari 2010). Myös vapaaehtoistoinnassa keskeistä on yhteenkuuluvuus, jolloin vapaaehtoisille on mahdollistettava keskinäisiä tilanteita. Tämä tarkoittaa, että vapaaehtoistoinnallakin on oma huoltosuhte. Sosiaalialan hankkeissa ja ohjausryhmissä, joissa olen toiminut tutkijana tai jäsenenä, olen arvioinut, että huoltosuhte olisi likimain 3/1–4/1 eli kolmea tai neljää vapaaehtoistuntia kohden tarvittaisiin yksi huoltotunti. Vapaaehtoistyön ylläpitämiseen tarvitaan palkallisia kouluttajia ja koordinaattoreita sekä virkistävää ja sitouttavaa oheistoimintaa. Vapaaehtoisuuden organisoijalle tai kansantaloudellisesti katsoen vapaaehtoisuus ei siten ole ilmaista. Se on ilmaista vain siinä mielessä, että se on tekijälleen rahallisesti palkatonta.

Vapaaehtoistyön kansantaloudellista merkitystä on vaihtoehtokustannusanalyysiin tukeutuen tarkastellut Juhani Laasanen (2011). Hän tarkasteli neljän suuren, valtakunnallisesti ja osin myös kansainvälisesti organisoituneen, asemansa vakiinnuttaneen, järjestön vapaaehtoistyön hintaa verraten sitä tilanteeseen, että sama työ tuotettaisiin julkisen sektorin resurssein. Analyysin osatuloksena saatiin myös arvio, jonka mukaan yhden vapaaehtoistyötunnin hinta järjestöllisesti tuotettuna on 12,5 euroa.

Vertaistoiminnan ja palveluiden käytön välinen suhde on ollut runsaankin tutkimuksen kohteena erityisesti mielenterveyspalveluiden puolella. Tutkimuksissa käytetään monenlaisia vertaisuudelle läheisiä termejä viitattaessa käyttäjien osallisuuteen palvelujen tuotannon näkökulmasta (*consumer provided, consumer operated, consumer driven services*). Käyttäjälähtöiset palvelut voidaan jaotella esim. käyttäjä-

taustaisten eli vertaisten kokonaan hallinnoimiin palveluihin, vertaisten ja käyttäjätaustattomien kumppanuuteen perustuviin palveluihin ja vertaisia hyödyntäviin palveluihin (Solomon & Draine 2001). Vertaisten kokonaan hallinnoimissa palveluissa palvelujen hallinnointi, omistaminen ja tuottaminen ovat kokonaisuudessaan vertaisvetoisia. Toiminta perustuu palkkatyöläisyyteen, vaikkakin siihen voi sisältyä huomattavaa vapaaehtoistoimintaa. Myös ammatillaisia voidaan käyttää palkkatyöläisinä, mutta heidän roolinsa on avustava suhteessa vertaistaustaisiin työntekijöihin. Rahoitus voi tulla ulkoapäin, mutta se ei johda siihen, että ei-vertaiset hallinnoisivat tai määrittelisivät palvelua, joitain selontekovelvollisuuksia laajemmin. Tällaisia palveluja Suomessa tuottavat esimerkiksi Fountain House -taustaiset yhteisöt. Kumppanuusvetoisissa palveluissa vertaiset hallinnoivat ja organisoivat palvelun yhdessä ei-vertaisten kanssa, mutta palvelujen tuotannosta vastaavat vertaiset. Kumppanuusvetoiset palvelut ovat melko riippuvaisia ulkopuolisesta rahoittajasta tai hallinnoijasta. Vertaisia hyödyntävät organisaatiot ovat ei-vertaisten hallinnoimia, rahoittamia ja pääosin myös heitä työllistäviä organisaatioita, jotka käyttävät yksittäisissä toiminnoissaan vertaistaustaisia työntekijöitä. Tämänkaltaista rekrytointia Suomessa on ainakin päihdepalveluissa. Myös kokemuskouluttajien käyttö kokonaisuudessaan edustanee tätä vertaistaustaisuuden astetta palvelutuotannossa.

Järjestöjen moninaisuudesta johtuen järjestöjen tuottamat palvelut ja vertaispalvelut siinä ohessa voivat edustaa kaikkia edellä esiteltyjä vertais(käyttäjä)lähtöisyyden asteita. Osa järjestöistä on selkeitä vertaisjärjestöjä, osa vertaisten ja ammattilaisten yhteistoimintajärjestöjä ja osa melko puhtaita ammattilaisjärjestöjä. Näin ollen järjestöjen palvelutuotannon vertaispohjaisuuskin vaihtelee järjestökentän sisällä. (myös Keskustelu Peter Beresfordin kanssa 2008, 92–96.)

Peter Beresdorf (2008) on soveltanut vastaavanlaista jaottelua myös tutkimustoimintaan. Hän erittelee käyttäjien (eli vertaisten) hallinnoiman tutkimustoiminnan, käyttäjien ja muiden tutkijoiden yhteistoiminnallisen tutkimuksen sekä tutkimuksen, jossa käyttäjät osallistuvat muiden suorittamaan tutkimukseen.

Tutkimuksissa on pyritty vertailemaan vertaistaustaisten palveluiden ja vertaistaustattomien palveluiden tehokkuutta, mutta varsinaiset vertailuasetelmat ovat harvinaisia eikä suoranaisia tehokkuusvertailuja ole voitu tehdä, sillä yleensä vertaispalveluiden käyttäjät käyttävät rinnan myös muita ei-vertaispalveluja. (Solomon & Draine 2001.) Suomalaisessa palvelujen tuottamisen kontekstissa onkin lähtökohtaisesti ajateltu, että vertaisuus on yksi palvelujen tuottamisen tapa, joka kulkee rinnan muun palvelun kanssa eikä varsinaista tehokkuusvertailua kohtaan ole ollut mielenkiintoa.

Sen sijaan on tutkittu tilanteita, joissa palvelut ovat rinnan ja havaittu, että vertaistuen käytöllä on muiden palvelujen käyttöä vähentävä vaikutus (mm. Mikkonen 2009). Vaikuttaisi siis, että vertaistuki poistaa osan palvelujen käyttötarpeesta.

Vertaistukiryhmät ja vertaistuki

Vertaistukiryhmät ovat se vertaistuen tietoinen käyttötapa, jonka useimmat sosiaali- ja terveystieteen ammattilaiset yhdistävät vertaisuuteen. Vertaistukiryhmissä vertaistukea hyödynnetään ryhmän toiminnassa. Ryhmiä luonnehditaan yleensä turvalliseksi paikoiksi jakaa kokemuksiaan, tulla hyväksytyksi ilman leimaavaa suhtautumista vertaisasian kantamiseen ja vapauttavaksi samuuden kokemukseksi erilaisuuden sijaan. Vertaistukiryhmien tarkastelu yhtenä entiteettinä antaa kuitenkin ohuen ymmärryksen siitä, mistä ryhmissä on kyse.

Keskeisin ryhmiä erotteleva tekijä on asia, jonka suhteen ollaan vertaisia. Vertaisasia on vahvasti läsnä ryhmän toiminnassa ja sen määrittelyyn ja ruotimiseen ryhmässä palataan yhä uudelleen. Keskeistä on löytää se, mikä ryhmäläisiä yhdistää, ja se, mikä heitä erottaa, mistä jäljempänä. On ilmeistä, että esimerkiksi vanhemmuuden, seksuaalisen suuntautumisen, perhemuodon, vammaisuuden, omaishoitajuuden tai mielenterveyden järkkymisen ympärille muotoutuvat vertaistukiryhmät poikkeavat toimintansa puolesta toisistaan. Ryhmän tuntemus itse vertaisasiasta on sen käyttövoima. Vertaistukiryhmän nimeämiseen kannattaakin kiinnittää huomiota. Esimerkiksi Rovaniemellä ja Lapissa toimiva neurologisten nuorten vertaistukiryhmä on osoitus siitä, että hyvinkin erilaisten neurologisten diagnoosien kanssa elävät nuoret haluavat jakaa keskenään kokemuksia ensisijaisesti nuorena elämisestä neurologisen sairauden kera. Tällöin ikäneutraali, diagnoosipohjainen vertaistukiryhmä osuu heidän tarpeisiin nähden harhaan. Toisaalta sotiemme veteraanien omaisten vertaistukiryhmien haastatteluissa tuli esiin, että omaishoitaja mietti oikeutustaan olla ryhmässä sen jälkeen kun omainen oli kuollut. Vaikka tällaista rajoitusta ei ollut koskaan sanottu ääneen, ihmiset itse loivat rajoja kokiessaan omaishoitajuuden ulkoisesti päättyneen. (Hokkanen & Astikainen 2001.)

Vertaistukiryhmiä on monenlaisia. Niitä voidaan eritellä monin tavoin. (Nylund 1997; Hokkanen 2003b.) Luokittelua voidaan tehdä vertaisasian perusteella, vertaistukiryhmän johtajuuden mukaan, emäntäorganisaation perusteella, painottaen ryhmän homogeenisuus-heterogeenisuusulottuvuutta, tarkastellen ryhmän avoimuutta, kiinnittäen huomiota toiminnan strukturoinnin asteeseen tai siihen, mikä on vertaistukiryhmän suhde ei-vertaistuelliseen auttamisjärjestelmään.

Luokiteltaessa ryhmiä johtajuuden mukaan kiinnitetään huomiota ryhmän vetäjän asiantuntijuuden lähteeseen. Ryhmä voi olla puhdas vertaistukiryhmä, jolloin vetäjä on vertainen ilman ammattilaistaustaa ja asiantuntijuus kumpuaa kokemuksesta. Toisaalta ryhmä voi olla ei-vertaisen ammattilaisen vetämä, jolloin professionaalisuus on asiantuntemuksen taustalla. Kolmanneksi ryhmää voi vetää vertaiskokemusta omaava ammattilainen tai vertainen ja ammattilainen yhdessä. Lisäksi on mahdollista, että ammattilaisten alussa vetämät ryhmät pyritään irtaannuttamaan ammattilaisesta ja saattamaan puhtaiksi vertaisryhmiksi ajan kuluessa tai ammattilaisia käytetään vertaistukiryhmän vierailijoina. Johtajuuden merkitys ryhmän muotoutumiselle on tärkeä tiedostaa. Erilaiset johtajuusratkaisut kutsuvat osallisista esiin erilaisia rooleja ja keskinäisiä asemoiteja sekä rakentavat erilaista ryhmäidentiteettiä.

Toinen tapa eritellä ryhmiä on kiinnittää huomiota emäntäorganisaatioon. Kuka on alkuunpanija, koollekutsuja ja ryhmän toiminnan resursoija. Tällä on merkitystä siihen, ketkä vertaisista kokevat ryhmän olevan juuri heille tarkoitettu. Ryhmä asetuu erilaiseen viitekehukseen sen mukaan, onko emäntänä yksityinen vertainen henkilö, alan järjestö, julkinen palveluntuottaja vai yritys.

Kolmanneksi vertaistukiryhmät voivat olla eriasteisesti homogeenisiä. Usein tietynasteista homogeenisuutta pidetään hyvänä, jotta ryhmän toimintaedellytykset ovat hyvät. Kuitenkin on myös viitteitä siitä, että ryhmän toiminnassa on hyvä olla suvaitsevaisuutta vertaisuuden moninaisille ilmenemismuodoille (mm. Hokkanen ym. 2001; Hokkanen & Astikainen 2001). Kyse ei ole yksinomaan siitä, että vertaisasia sinällään on hyvin monisyinen vertaisten silmin katsottuna vaan myös siitä, että muu elämäntilanne ja -historia antaa monenlaista kehystä vertaisialle. Vertaisuus on vahva voima ja homogeenisuuspaine ryhmässä voi syrjäyttää niitä, joiden elämäntilanne ei sovi yhteiseen muottiin.

Heterogeenisuuden sopivaa astetta etsittäessä on mietittävä ryhmää laajemmin; mikä on ryhmän tarkoitus osallisten elämän kokonaiskulussa. Tällöin ryhmän mutkattoman tai tiiviin työskentelyn ohella merkitykselliseksi kohoa ryhmän kyky oppia erilaisuutta, suvaitsevaisuutta ja avoimuuden rajoja. Yllättäen erilaisuus ryhmässä kääntyykin oman tilanteen paikantamista helpottavaksi asiaksi (Hokkanen & Astikainen 2001). Vertaisasian ymmärrystä kaventavan ja ryhmäläisiä poissulkevan yhdenmukaisuusvaateen rajoittamiseksi siihen on osattava kiinnittää huomiota. Hyviä keinoja ovat mm. vetäjän laaja ilmiötuntemus ja suvaitsevaisuus, ulkopuolisten asiantuntijoiden käyttö ja poikkeuksellisen selviytymistarinan omaavien kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen. Esimerkiksi tutkiessamme perhekahvila-toimintaa (Hokkanen ym. 2001) havaitsimme, että vanhemmuuden sijaan perhekahviloissa helposti muotoutui toimintakulttuuri, jossa vertaisuuden ydin oli kotiäitiys työkeskeisessä yhteiskunnassa ja ydinperheessä. Tämä työnsi ulkopuolelleen isiä, uusperheitä, vaikeissa elämäntilanteissa eläviä (mm. köyhiä) ja henkilökohtaisten ongelmien kanssa painiskelevia vanhempia (mm. mielenterveys, päihteet). Heterogeenisuutta vertaisasian ymmärrykseen saatettiin luoda kutsumalla ammattilaisia puhumaan masennuksesta, päihteiden käytöstä, seksuaalisuudesta jne. Invalidiliiton jäsenlehti IT:n lukijalle avautuu samankaltainen vertaistuen eriytymisen kirjo. Lehti itsessään ilmentää käsitystä vammaisten yleisestä vertaisuudesta. Toisaalta sen artikkelit kertovat diagnoosipohjaisista vertaisuuden areenoista. Lisäksi lähes jokaisessa numerossa kirjoitetaan erityisistä elämäntilanteista tai -ongelmista, joiden ympärille on muotoutunut erityinen vertaisuuden areena (esimerkiksi urheiluharrastus, vaikeus hallita päihteiden käyttöä tai sukupuoli), jossa vertaisuus rakentuu kahden vertaisasian yhdistelmästä (myös Wilska-Seemer 2005).

Neljänneksi voidaan tarkastella vertaistukiryhmän kokoamisvaiheen jälkeistä avoimuutta. Suljetulla muodolla ohjataan ryhmää tiiviiseen yhteistyöhön ja tuetaan henkilökohtaisten tai intiimeiden kokemusten jakamista ja työstämistä. Avoimella muodolla ohjataan ryhmää arjen ratkaisujen etsimiseen ja oman aseman ja tilanteen

paikantamiseen. Avoimet ryhmät voivat muotoutua hyvin moninaisiksi sen mukaan, onko ryhmällä jatkuvuutta luovaa ydintä vai muotoutuuko tapaamisista yhä uudelleen ensitapaamisia. Arvioidessani Anne Astikaisen kanssa sotiemme veteraanien omaishoitajien jaksamisen tukemiseksi perustettuja vertaistukiryhmiä, havaitsimme, että samalla perusorganisoinnilla päädyttiin eri paikkakunnilla hyvinkin erilaisiin vertaistukiryhmiin. Yhtäällä ryhmä muotoutui sulkeutuneeksi ja jäseniään vahvasti tukevaksi. Toisaalla ryhmä oli rajoiltaan joustava ja muotoutui erilaisuutta suvaitsevaiseksi ja vastaanottavaksi. Kolmanneksi ryhmän kokoonpano saattoi olla alituisessa käynnistysvaiheessa. Kaikki ryhmät tuottivat jäsenilleen ja kävijöille tukea ja virkistystä. Tuen ja virkistykseen laatu oli kuitenkin hyvin erilainen. (Hokkanen & Astikainen 2001; myös Wilska-Seemer 2005.)

Järjestöllinen vertaistukitoiminta on perinteisesti ollut vahvasti osallistujavetoista ja suuntautunut kunkin ryhmän lähtökohdista ja tarpeista käsin. Nytemmin, kun vertaistukiryhmiä on valjastettu palvelujärjestelmän yhdeksi toimintamuodoksi, niiden toiminnasta on voinut tulla tarkoin strukturoitua. Etukäteisen strukturoinnin aste on viides tapa eritellä ryhmiä. Strukturoidun ryhmän tapaamiskertojen määrä ja ohjelma voi olla tarkoin etukäteen määritelty eikä ohjelmista pääsääntöisesti poiketa. Tarkkarajaiset ryhmät soveltuvat joihinkin erityiskysymyksiin ja murrostilanteisiin. Sen sijaan pitkäkestoisiin tai pysyväisluontoisiin elämäntilanteisiin ne ovat riittämättömät. Näin esimerkiksi vammaisten vertaistukiryhmissä strukturoidut ryhmät sopivat erityisiin elämän murrostilanteisiin kuten vammaan tai sen muutokseen sopeutumisvaiheeseen tai jonkin erityistilanteen tai -asian kuten päihteiden käytön tai eläköitymisen käsittelyyn. Sen sijaan avoimet ryhmät sopivat mielekkään vertaisuuden ja toiminnan rakentamiseen elämänsä tuelleksi.

Kuudenneksi ryhmiä voidaan jaotella sen mukaan, kuinka tiiviisti ne myötäilevät vallitsevaa auttamisjärjestelmää. Tämä ulottuvuus on osin päällekkäinen edellisen kanssa. Mielenterveyden saralla toimivia vertaistukiryhmiä on jaoteltu perinteisiin, radikaaleihin (tai yhteiskunnallisiin) ja näiden yhdistelmiin. Perinteiset vertaistukiryhmät keskittyvät yksilölliseen tukeen ja kannattavat virallista psykiatriaa. Yhteiskunnalliset ryhmät näkevät sosiaalisen muutoksen ja kuntoutujan toimijuuden vahvistamisen keskeisenä ja ovat ei-psykiatrisia. Yhdistelmäryhmissä toiminta suuntautuu sekä ympäristöön että yksilöön. Vaikuttaisi siltä, että erilainen ryhmän toiminnan painopiste kutsuu ryhmään ihmisiä erilaisista lähtökohdista. Elen Hatzidimitriadoun (2002) tutkimuksessa konservatiivisiin ryhmiin hakeutui enemmän naisia, työssäkäyviä ja korkeammin koulutettuja kun taas radikaalien ryhmien sukupuolijakauma oli tasainen ja niihin kuului enemmän heikosta sosiaaliekonomisesta asemasta tulevia ihmisiä. Yhdistelmäryhmien osallistujat olivat enemmän perinteisten ryhmien kaltaisia.

Samansuuntaisia viitteitä keskusteluun pohjautuvien ryhmien jäsenten hyväosaisuudesta on saatu suomalaisissa tutkimuksissa. Terttu Munnukka, Irma Kiiikkala ja Katri Valkama (2005) tutkivat internetin keskustelupalstojen nettiäitejä. Aineistot ovat noin kymmenen vuoden takaa. Keskustelut saattoivat olla hyvinkin intiimejä.

Nettiäidit kritisoivat keskustelupalstoilla neuvolatoimintaa ja hakivat toisiltaan vaihtoehtoista tietoutta äitiytensä pohjaksi. Palvelujärjestelmän kritiikki ei muuntunut toiminnaksi, jossa vallitsevaa käytäntöä olisi pyritty muuttamaan. Keskustelujen jaettavat ja ratkaistavat asiat pysyivät yksilöllisellä tasolla. Näiden keskustelupalstojen äidit olivat korkeasti koulutettuja ja perheiden isät olivat yleensä töissä. Äidit eivät asettuneet poikkiteloin palvelujärjestelmän kanssa, vaikka sitä kritisoivatkin. Palvelujärjestelmää saatettiin pyrkiä muuttamaan oman asiakuuden puitteissa niin, että oma erityinen elämäntilanne tulisi paremmin nähdyksi. Myös Kati Wilska-Seemer (2005) toteaa tutkimiansa vammaisten naisten vertaisryhmien jäsenten olleen jo ennen ryhmiin liittymistä aktiivisia järjestötoimijoita, opiskelijoita tai muutoin sosiaalisten suhteiden osalta hyväosaisia. Ryhmien toiminnassa hän havaitsi psykologista voimaantumista, mutta ei poliittista aktivoitumista.

On siis viitteitä siitä, että yksilölliseen tukeen keskittyvät ryhmät vetävät puoleensa hyväosaisempia ihmisiä ja sosiaaliseen muutokseen pyrkivät ryhmät vetävät puoleensa heikompiosaisia kansalaisia. Tämä voisi tarkoittaa empowerment teoriaa hyödyntäen sitä, että hyväosaisten kaipaavat vertaistukiryhmiltä voimaannuttavia piirteitä ja heikompiosaisten odotukset kohdentuvat valtaistumiseen. Empowermentin voimaannuttavilla piirteillä viitataan yksilössä syntyvään yksilön sisäiseen prosessiin, jossa päämääränä on sopeutuminen elämäntilanteeseen ja oman elämäntyytyväisyyden kohentaminen. Empowermentin valtaistavilla piirteillä viitataan sosiaaliseen muutokseen, jossa elämäntilanteeseen vaikuttavia tekijöitä pyritään muuttamaan ja luomaan yksilöä laaja-alaisempaa ja yksittäistä tilannetta kauaskantoisempaa muutosta (Hokkanen 2008). Toisaalta löytyy tutkimushavaintoja siitä, että jos ihminen ohjautuu ja kiinnittyy voimaannuttavaan ryhmään, sen vaikutukset ovat suuremmat ihmisille, joiden elämään liittyy huono-osaisuustekijöitä (Cheung & Mok & Cheung 2007).

Voi siis olla, että vertaistukiryhmiä on hyödyttömiä yrittää ahtaa yhteen muottiin. Voi olla, että vertaistukiryhmien merkitystä ryhmäläisille määrittelee pitkälti ryhmien emäntäorganisaatio, ryhmän johtajuus, avoimuus, heterogeenisuus, toimintaperiaatteet ja suhde muihin tukipalveluihin niin paljon, että ääripäitään edustavat ryhmät palvelevatkin vertaisten elämässä eri tehtäviä. Ja lopultakin itse vertaisasia ja sen yhteiskunnallinen, sosiaalinen ja inhimillinen asema antavat vertaistukiryhmille keskenään erilaiset lähtökohdat ja päämäärät. Toivottavasti vertaisasia määrää vertaistukiryhmän toiminnan muotoutumista, sillä silloin vertaisuus käyttövoimana tulee hyödynnettyä.

Lopuksi

Vertaistuki on tullut laajemmin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tietouteen vertaistukiryhmien ja kahdenkeskisten vertaistukihenkilöiden kautta, joita viime vuosina on alettu kutsua myös kokemusasiantuntijoiksi. Tällöin vertaistuki saattaa kilpistyä ammattilaisten ymmärryksessä emotionaaliseksi tueksi. Tämä vertaistuki-

ymmärrys on turhan kapea. Vertaistuki on merkittävä käyttövoima kaikessa järjestöllisessä toiminnassa. Eri ihmiset kaipaavat erilaista vertaistukea. Siinä missä yhdelle keskustelun kautta tapahtuva kokemusten jakaminen on keskeistä, toinen tahtoo tietoa ja tukea elämäntilanteen mukaiseen toimintaan ja kolmas haluaa vaikuttaa asenteisiin ja järjestelmään. Vertaistuen erilaiset toimintamuodot voivat myös limityä tai seurata toisiaan ajallisesti. Jos ammattilaiset tunnistavat erilaiset vertaistuen muodot, he osaavat tarjota vammaisille kanssakulkijoille yksilöllisempää opastusta vertaistuen maailmaan. Tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että erilaisissa tilanteissa elävät ihmiset kaipaavat erilaista vertaistoimintaa. Mikäli vertaistuki ymmärretään yksinomaan emotionaaliseksi keskusteluun perustuvaksi tueksi, se suuntautuu ennestään sosiaalista pääomaa omaaville ja voi osaltaan edelleen kasvattaa tuen saannin eriarvoisuutta.

Vertaistuen tehon nähneet tai kokeneet puhuvat siitä usein ylistävin sanakäantein (mm. Mikkonen 2009, 148–162). Toisaalta koeasetelmilla ei ole saavutettu varsinaista näyttöä siitä, että vertaisuus olisi erityisen tehokas sosiaalisen tuen muoto. Näyttöä sen puolesta, että kaiken tuen tulisi olla vertaisuuteen perustuvaa, ei vakuuttavasti löydy. Vertaistuki onkin parhaimmillaan muun tuen ohella ja vapaaehtoiseen hakeutumiseen perustuvana. Vertaistuki vähentää muiden palvelujen käyttöä, joskin on havaittavissa myös toinen piirre, jossa vertaisuus saattaa ihmiset paremmin tietoiseksi oikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan. Tässä mielessä vertaisuus rakentaa yhteiskunnallista osallisuutta ja toimii kansalaisyksityyksiä (mm. Hyväri 2005, 220–224). Vertaisuudessa kuten muussakin tuessa oikea-aikaisuus on merkittävää. Koeasetelmilla tätä oikea-aikaisuutta ei välttämättä tavoiteta. Vertaisuuden vapaaehtoisuus takaa sen, että vertaistukiryhmän into kantaa eteenpäin ja luo tukevan ilmapiirin.

Järjestöiksi, vertaistukiryhmiksi ja -henkilöiksi organisoituneen vertaistuen ohella on merkittävää havaita, että vertaistuki on ilmiö, joka voi olla läsnä milloin vain, kun kaksi saman kokenutta, samassa elämäntilanteessa elävää tai saman intressin omaavaa kohtaa (mm. Nylund 2005, 203). Tämä tarkoittaa, että vertaistuki on tunnistettuna tai tunnistamattomana tekijänä läsnä ryhmämuotoisessa palvelutoiminnassa ja sielläkin, missä palvelujärjestelmä näkee vain yksilöitä (esim. sairaala, poliklinikka, vastaanottotila) (myös Kiviniemi 2011, 105). Tällainen organisoitumaton vertaisuus voi johtaa elämänaikaisiin tukisuhteisiin. Tutkimuksissa on viitteitä tällaisista vertaisuuteen perustuvista merkityksellisistä ihmissuhteista ja arkielämässä niihin törmää tämännästä, mutta varsinaista tutkimusta näistä 'satunnaisista vertaisuus-suhteista' en ole huomannut.

Vertaistuen piiriin pääseminen vaikuttaa olevan helpompaa niille, jotka omaavat valmiiksi sosiaalista pääomaa. Toisaalta sosiaalinen pääoma kasvaa vertaistoinnassa. Rakennettaessa vertaisuuteen perustuvia tukimuotoja on syytä pohtia, miten tuki tavoittaisi heidätkin, jotka ennestään saavat niukasti tukea (myös Hyväri 2005, 229). Erityisesti moninaisen tuentarpeen omaavat elämäntilanteet jäävät usein yhdenasian vertaisuusajattelussa huomiotta. Elämänvaikeudet kutsuvat helposti toisiaan. Yksittäiseen vertaisuuteen perustuvat ryhmät ja toiminnot saattavat homogee-

nisuuspaineen tähden syrjiä moninaista vertaisuutta tarvitsevia. Lopultakin yhden asian suhteen vertaiset ovat muiden asioiden suhteen hyvin erilaisia ja tälle erilaisuudelle on yhdenasian vertaistoiminnoissa luotava tilaa.

Vertaisuuden tarjoamia mahdollisuuksia ei hyödynnetä palveluntuotannossa. Vertaisuuden hyödyntäminen tarkoittaisi palvelurakenteita, joissa käyttäjien kokemuksista ollaan aidosti kiinnostuneita ja heidän mielipiteelleen annetaan palvelujen organisoinnissa ja toteutuksessa tilaa. Jotta käyttäjäkokemus on kattavaa, ei riitä, että kuunnellaan niitä, jotka ovat valmiit kertomaan. On haettava tietoa hiljaisiltakin ja niiltä, jotka jäävät palvelun ulkopuolelle. Vertaisuuden hyödyntäminen tarkoittaa palvelurakenteita, joissa asiakkaille luodaan mahdollisuuksia kohdata toisiaan ja resursoidaan yhteisöllisiä toimintoja. Se tarkoittaa järjestöjen ja toimintaryhmien kanssa kumppanuudessa rakennettuja toimintatapoja. Erityisen tärkeää on tunnistaa ja arvostaa järjestöllistä autonomiaa. Tämä ei voi tapahtua jättämällä järjestöt eristyksen julkisesta resursoinnista, sillä markkinatalouden logiikkaan ei mahdu järjestöjen kansalaisyhteiskunnallinen luonne. Järjestöjen asiantuntemuksen arvostamisen tulisi näkyä luottamuksena niiden toimintaan myös silloin, kun rahaa jaetaan.

Lähteet

- Auvinen, Anja 2004: Vertaistuki vailla vertaa. A-kiltojen liitto ry. Tampere.
- Beresdorf, Peter 2008: Esipuhe suomenkieliseen laitokseen. Teoksessa Beresford Peter ja Salo Markku: Kokemuksen muodonmuutos. Mielenterveyden keskusliitto, 9–14.
- Beresford, Peter & Salo, Markku 2008: Kokemuksen muodonmuutos. Mielenterveyden keskusliitto.
- Cheung, Yuet W. & Mok, Bong-Ho & Cheung, Tak-Sing 2007: Personal empowerment and life satisfaction among self-help group members in Hong Kong. *Small group research* 36, 354–377.
- Eronen, Anne & Hokkanen, Liisa & Kinnunen, Petri & Lehto-Pusa, Päivi & Rönnberg, Leif & Särkelä Riitta, 1995: Hyvinvoinnin verkostoja näkyvissä. Kuntien ja järjestöjen näkemyksiä sosiaalisen tuen tuottamisesta. Sosiaaliturvan keskusliitto. Gummerus. Jyväskylä.
- Hakkarainen, Pirkko (toim.) 2003: Tukea ja mahdollisuuksia vapaaehtoistoiminnalle. Kansalaisareena.
- Hatzidimitriadou, Elen 2002: Political ideology, helping mechanisms and empowerment of mental health self-help/mutual aid groups. *Journal of community & applied social psychology* 12, 271–285.
- Helander, Voitto 1998: Kolmas sektori: käsitteistä, ulottuvuuksista ja tulkinnoista. Gaudeamus.
- Hildingh, Cathrine 1996: Self-help groups related to coronary heart disease. *Lay and Nursing Support*. Kuopion yliopiston julkaisuja E 36.
- Hokkanen Liisa 1999: Palkattu vertaistuki. Teoksessa Hokkanen Liisa, Kinnunen Petri ja Siisiäinen Martti (toim.): Haastava kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 136–163.
- Hokkanen, Liisa 2003b: Vapaaehtoinen ja vertainen auttaminen. Teoksessa Laitinen Merja ja Pohjola Anneli (toim.): Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. PS-kustannus, 254–278.
- Hokkanen, Liisa 2003a: Vapaaehtoisuus – pala elämään. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskusten julkaisusarja 6. Rovaniemi.

- Hokkanen, Liisa & Astikainen, Anne 2001: Voimia omaishoitajan työhön. Sotiemme veteraanien omaishoitajille suunnatun projektin arviointia ja johtopäätöksiä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.
- Hokkanen, Liisa & Kinnunen, Petri & Kauppinen, Risto & Parhankangas, Outi 2001: Tartu toimeen! Käyttäjien kokemuksia yhdistelmästä. Arviointitutkimus, Osa 3. Sosiaali- ja terveysturvaviesti 3/2001. Liite.
- Hokkanen, Liisa & Kinnunen, Petri & Siisiäinen, Martti (toim.) 1999: Haastava kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Helsinki.
- Hyväri, Susanna 2001: Vallattomuudesta vastuuseen. Kokemuksen politiikan sankaritarinoita. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisuja 3. Vammala-Tietosanomat Oy.
- Hyväri, Susanna 2005: Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa Nylund Marianne ja Yeung Anne Birgitta (toim.): Vapaaehtoistoiminta. anti, arvot ja osallisuus, 214–235.
- Hyväri, Susanna & Salo, Markku (toim.) 2009: Elämäntarinoista kokemustutkimukseen. Mielenterveyden keskusliitto.
- Julkunen, Raija 2006: Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes. Gummerus.
- Julkunen, Raija 2001: Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino. Tampere.
- Kantola, Anu 2006: Suomea trimmaamassa: suomalaisen kilpailuvaltion sanastot. Teoksessa Heiskala Risto ja Luhtakallio Eeva (toim.): Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Gaudeamus. Tampere, 156–178.
- Keskustelu Peter Beresfordin kanssa 2008: Teoksessa Beresford Peter ja Salo Markku: Kokemuksen muodonmuutos. Mielenterveyden keskusliitto, 87–111.
- Kinnunen, Petri & Laitinen, Raimo (toim.) 1998: Näkymätön kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.
- Kiviniemi, Liisa 2011: Vertaisuuden monet mahdollisuudet masentuneen nuoren kohtaamisessa. Teoksessa Lämsä Anna-Liisa (toim.): Mieli maasta. Masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen. PS-kustannus. Jyväskylä, 100–108.
- Koskiahho, Briitta 2011: Markkinoilta kumppanuuteen. Sosiaali- ja terveysturvaviesti 2/2011, 16–17.
- Kumpusalo, Esko 1991: Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 8/1991.
- Laasanen, Juhani 2011: Vapaaehtoistyön kansantaloudelliset vaikutukset. Raportteja 70. Ruralia-instituutti. Helsingin yliopisto.
- Laiho, Ella 1997: Vertaistukea vammaisten lasten vanhemmille. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu.
- Lehtinen, Sini 1994: Tukihenkilö apuna arjessa. Järjestöjen tukihenkilöprojekti. Sosiaaliturvan keskusliitto. Helsinki.
- Lehtinen, Sini-Tuulia 1997: Vapaaehtoistoiminta – kasvava voimavara? Näkökulmia auttamistyöhön. Kansalaisareena ry.
- Matthies, Aila-Leena 1993: Epävirallinen ja virallinen sosiaalityön modernisaatiossa. Teoksessa Granfelt Riitta, Jokiranta Harri ja Pohjola Anneli (toim.): Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan keskusliitto, Jyväskylä, 93–130.
- Matthies, Aila-Leena & Kotakari, Ulla & Nylund, Marianne 1996: Välittävät verkostot. Tampere. Vastapaino.
- Mead, Shery & Hilton David & Curtis, Laurie 2001: Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatry rehabilitation Journal* 25:2, 134–141.
- Mikkonen, Irja 2009: Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopiston julkaisuja E 173. Kuopio. Kopyjyvä.

- Munnukka, Terttu & Kiikkala, Irma & Valkama, Katri 2005: Vertaiset verkossa. Nettiäidit virtuaalilihekkalaatilla. Teoksessa Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta (toim.): Vapaaehtoistoiminta. anti, arvot ja osallisuus, 236–254.
- Mustonen, Sari 1998: Maallikkoauttamisen ja ammattiauttamisen suhde kriisityössä. Teoksessa Dunder, Marja-Liisa & Metteri, Anna (toim.): Kuunnella ja puhua – näkökulmia kriisiauttamiseen. Tampereen mielenterveysseura ry, 135–152.
- Määttä, Paula 1987: Vapaaehtoisen toiminnan mahdollisuudet lastensuojelussa. Mannerheimin lastensuojeluliiton Keski-Suomen piiri ry. Gummerus.
- Nylund, Marianne 2005: Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta (toim.): Vapaaehtoistoiminta. anti, arvot ja osallisuus, 195–213.
- Nylund, Marianne 1999: Oma-apuryhmät välittäjinä arjessa. Teoksessa Hokkanen, Liisa & Kinnunen, Petri & Siisiäinen, Martti: Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 116–134.
- Nylund, Marianne 1997: Oma-apuryhmät vapaaehtoisuuden ja julkisen välimaastossa: oma-apuryhmien valtakunnallinen kehittämisselvitys 1994–96. Kansalaisareena. Helsinki.
- Nylund, Marianne 2000: Varieties of mutual support and voluntary action : a study of Finnish self-help groups and volunteers. Finnish Federation for Social Welfare and Health. Helsingin yliopisto.
- Nylund, Marianne & Kärkkäinen Tuija 1996: Oma-apuryhmät: vertaisten tukea ja toimintaa. Kansalaisareena. Helsinki.
- Pessi, Anne Birgitta & Oravasaari, Tomi 2010: Kansalaisjärjestötoiminnan ytimessä. Tutkimus RAY:n avustamien sosiaali- ja terveysjärjestöjen vapaaehtoistoiminnasta. Avustustoiminnan raportteja 23. Raha-automaattiyhdistys. Helsinki.
- Saari, Juho & Pessi, Anna Birgitta 2011: Auttaminen kilpailukyky-yhteiskunnassa. Teoksessa Pessi Anna Birgitta ja Saari Juho: Hyvien ihmisten maa. Auttaminen kilpailukyky-yhteiskunnassa, 15–41.
- Somerkiivi, Pirjo 2000: Olen verkon silmässä kala: vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen tuen verkostoissa. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Tainio, Risto 2006: Suomalaisen liiketoimintajärjestelmän rakenteellinen ja kulttuurinen muutos. Teoksessa Heiskala Risto & Luhtakallio Eeva (toim.): Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Gaudeamus. Tampere, 65–81.
- Vapaaehtoistyö sosiaalitoimen tukena 1982: Sosiaalihuollituksen yleiskirje A5.
- Wilska-Seemer, Kati 2005: Voimaantumisen vammaisten naisten vertaisryhmissä. Teoksessa Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta (toim.): Vapaaehtoistoiminta. anti, arvot ja osallisuus, 255–273.

Kirjoittajat ja toimituskunnan jäsenet

Liisi Aalto, TtM, työfysioterapeutti, tutkija, Kelan tutkimusosasto. Hän toimii projektitutkijana Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa.

Anne-Mari Arola, YTM, toimii projektikoordinaattorina Kompassi – Ammatillisesta kuntoutuksesta kohti avoimia työmarkkinoita -projektissa, joka on Lapin yliopiston hallinnoima ja Lapin Ely-keskusten rahoittama ESR-hanke.

Johanna Estama, YTK (2011), kuntoutustiede, Lapin yliopisto.

Raija Gould, VTL, toimii erikoistutkijana Eläketurvakeskuksen tutkimusosastolla. Hänen aihealueitaan ovat työkyky, ammatillinen kuntoutus ja työkyvyttömyyseläkkeet.

Rainer Grönlund, VTT, toimii vastaavana tutkijana Kelan tutkimusosastolla. Hänen tutkimusalueitaan ovat kuntoutuksen järjestelmät, ryhmämuotoinen kuntoutus, kuntoutuksen sosiaalityö, ammatillinen kuntoutus ja gerontologinen kuntoutus.

Toini Harra, FL, erikoistoimintaterapeutti, työnohjaaja, toimii yliopettajana Metropolian Ammattikorkeakoulussa. Hän tekee väitöskirjatutkimusta Lapin yliopistoon aiheenaan vuorovaikutus terapia-suhteessa ja erityisesti terapeuttinen yhteistoiminta.

Katariina Hinkka, LT, työterveyshuollon erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys, kuntoutustieteen dosentti (kuntoutus ja työterveyshuolto) Lapin yliopistossa. Hän toimii johtavana tutkijalääkärinä Kelan tutkimusosastolla.

Liisa Hokkanen, YTL, toimii sosiaalityön lehtorina Lapin yliopistossa.

Heikki Hurri, LKT, dos., toimii toimitusjohtajana Kuntoutus ORTON Oy:ssä. Hänen tutkimusalueitaan ovat kuntoutus, selkätutkimus, kivun hoito ja kuntoutus.

Kristiina Härkäpää, FT, dos. toimii kuntoutustieteen professorina Lapin yliopistossa.

Marjut Jounila, YTM, kuntoutustiede, Lapin yliopisto.

Tarja Juopperi, YTK, toimii kuntoutussuunnittelijana Kompassi-projektissa.

Pirjo Juvonen-Posti, LL, kun-PD, kuntoutuksen erityispätevyys, toimii vanhempana asiantuntijana Työterveyshuollon tutkimus ja kehittäminen -tiimissä Työterveyslaitoksella. Hänen tutkimusalueitaan ovat työikäisten kuntoutus, sairauspoissaolokäytännöt työpaikalla, työterveyshuollon ja kuntoutuksen yhteistyö.

Aila Järvikoski, YTT, kuntoutustieteen emeritaprofessori, Lapin yliopisto.

Jorma Järvisalo, LKT, toimii Kelan ylilääkärinä ja tutkimusprofessorina. Hän on toiminut aiemmin eri tehtävissä Kelan tutkimusosastolla, ja hänen tutkimusalueitaan ovat olleet mm. työkyky, työterveyshuolto ja muut terveyspalvelut sekä kansanterveys.

Helena Kangasniemi, YTL, toimii kuntoutuspäällikkönä Invalidiliiton Lapin kuntoutuskeskuksessa. Tutkinut lisensiaatintyössään sukupuoleen perustuvan miehen- ja naisenmallin vaikutuksia työkykyyn ja työkyvyn heikkenemisen tunnistamiseen.

Vappu Karjalainen, YTT, kuntoutuksen sosiaalipolitiikan dosentti Lapin yliopistossa, toimii erikoistutkijana THL:ssä. Hänen tutkimusalueitaan ovat olleet aktiivinen sosiaalipolitiikka, verkostotutkimus, kuntoutus ja huono-osaisuus.

Marja-Liisa Kauhanen, LT, toimii toimitusjohtajana ODL Kuntoutus Oy:ssä. Hänen tutkimusalueensa on aivohalvauspotilaan depressio ja elämänlaatu.

Marja Koukari, YTT, KM, toimii yliopettajana Ammatillisessa opettajakorkeakoulussa, Oulun seudun ammattikorkeakoulussa. Hänen tutkimusalueena on kuntoutuminen oppimis- ja muutosprosessina.

Patrik Kuusinen, FT, toimii ylitarkastajana työ- ja elinkeinoministeriössä. Hänen vastuualueenaan ovat työ- ja elinkeinohallinnon ammatillisen kuntoutuksen strateginen valmistelu ja toimeenpanon johtaminen sekä laajemmin vammaispoliittiset kysymykset työvoima- ja sosiaalipolitiikan yhteensovittamisessa. Hänen tutkimusalueitaan ovat olleet ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutus sekä pitkäaikaisen kivun ja masennuksen välistä yhteyttä säätelevät psykososiaaliset tekijät.

Eija Lampela, YTM (2011), kuntoutustiede, Lapin yliopisto. Hän työskentelee tutkijana Lapin yliopistossa Jaettu toimijuus ja valtaistuminen kuntoutuksessa -projektissa ja on aloittamassa jatko-opinnot kuntoutustieteessä.

Pirjo Lehtoranta, PsL, toimii tutkijana Kuntoutussäätiössä. Hän on perehtynyt erityisesti nuorten kuntoutuksen ja mielenterveyden kysymyksiin.

Eeva Leino, LKT, dos., neurologian erikoislääkäri, toimii kuntoutusylilääkärinä Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Hän on julkaissut kirjoituksia mm. epilepsiasta, tuki- ja liikuntaelinsairauksista ja kuntoutuksesta.

Juha Liira, LKT, dos., toimii ylilääkärinä Työterveyslaitoksella. Hänen tutkimusalueitaan ovat työterveyshuoltoon ja työkykyyn liittyvät kysymykset.

Jari Lindh, YTL, toimii tutkimuspäällikkönä Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa. Hän on tutkinut työelämän, kuntoutuksen ja yksilön selviytymisen välisiä suhteita ja valmistelee väitöskirjaa ammatillisesta kuntoutuksesta.

Ritva Linnakangas, YTT, toimii tutkijana Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa. 2000-luvulla hän on erityisesti tutkinut ja arvioinut kuntoutuksen erilaista kehittämistoimintaa.

Pirjo Matinmikko, KTM, toimii kuntoutussuunnittelijana Kompassi-projektissa.

Marjo-Riitta Mattus, YTT, kuntoutustieteen lehtori, 1.5.2011 alkaen eläkkeellä.

Jaana Paananen, YTM, aloittaa syksyllä 2011 projektitutkijana Jaettu toimijuus ja valtaistuminen kuntoutuksessa -hankkeessa Lapin yliopistossa, jossa tutkii lasten vanhempien käsityksiä kuntoutusyh-teistyöstä Kelan toteuttaman vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen yhteydessä.

Keijo Piirainen, YTT, dos., toimii tutkijayliopettajana Diakonia-ammattikorkeakoulussa. Hänen tutkimusalueitaan ovat arviointitutkimus, ammatillinen kuntoutus, päihdekuntoutus, näyttöön perustuva sosiaalityö ja sosiaalipalvelujen talouteen liittyvät kysymykset

Marketta Rajavaara, VTT, toimii professorina (hyvinvointipalvelut) Helsingin yliopistossa ja johtavana tutkijana Kelan tutkimusosastolla.

Merja Reunanen, TtL, toimii yliopettajana (fysioterapia) Mikkelin ammattikorkeakoulussa (Savonlinnan terveysala). Hänen tutkimusalueensa on aivohalvauspotilaiden fysioterapia ja kehittävä työntutkimus, ja hän valmistee kuntoutustieteen väitöskirjaa Lapin yliopistoon.

Marjo Romakkaniemi, YTL, toimii yliopisto-opettajana Lapin yliopistossa. Hän väittelee syksyllä 2011 aiheesta Masennus – tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta.

Johanna Sirviö, YTM (2011), kuntoutustiede, Lapin yliopisto. Hän on pro gradu -tutkielmassaan tutkinut esimiestyötä ja työhyvinvointia kuntoutuksessa.

Asko Suikkanen, YTT, dos., on sosiologian professori Lapin yliopistossa. Hänen tutkimusalueitaan ovat muun muassa työelämän riskit, työmarkkinoiden muutos, kuntoutus ja yksilöiden työhön osallistuminen.

Marja-Liisa Vaara, KTT, toimii tutkimuspäällikkönä Kompassi-projektissa Lapin yliopistossa.

Sanna Väyrynen, YTT, toimii kuntouttavan sosiaalityön professorina (ma) Lapin yliopistossa. Hänen tutkimusintressinsä kohdistuvat sensitiivisesti haastaviin yhteiskunnallisiin ilmiöihin, kuten päihde- ja mielenterveyskysymyksiin ja väkivaltaan.