

Ammatillisen kuntoutuksen epäonnistuminen – Epäonnistumiselle annetut syyselitykset

HELENA PUHAKKA



Kun viranomainen torjuu pitkäaikaistyöttömän pyrkimyksen päästä ennenaikaiselle eläkkeelle, käynnistyy ammatillisen kuntoutuksen prosessi uudelleen. Tavoitteena on arvioida jäljellä oleva työkykyä ja löytää sitä vastaava työpaikka. Se saattaa kuitenkin olla turhauttava kokemus niin kuntoutujalle kuin auttajallekin. Artikkelissa kuvataan viiden kuntoutettavan antamia selityksiä prosessin epäonnistumiselle. Auttajat selittivät samat epäonnistumiset toisin. Kaikilla tutkimuksessa mukana olleilla oli vähäinen koulutus tai ammattikoulutus puuttui kokonaan.

Ihmiset selittävät epäonnistumisiaan ja onnistumisiaan eri tavoin. Weinerin (1992, 246–263) mukaan tapahtumaa arvioidaan ensin asteikolla myönteinen–kielteinen ja sen jälkeen pohditaan syytä, miksi näin tapahtui. Syyt voidaan nähdä joko ulkoisina tai sisäisinä, pysyvinä tai muuttuvina ja kontrolloitavina tai kontrolloimattomina. Selitysmallit ovat yksilöllisiä tapoja selittää onnistumisen tai epäonnistumisen.

*Avuttomuusorientoituneessa suhtautumis-
vassa* jokin tietty tehtävä tuntuu jo etukäteen vaikealta. Yksilö olettaa epäonnistuvansa siinä. Ainoastaan sattuma voi pelastaa hänet epäonnistumiselta. *Hallintaorientoituneessa suhtautumistavassa* yksilö olettaa kykenevänsä selviytymään tehtävästä. Hän kokee pystyvänsä vaikuttamaan sen onnistumiseen esimerkiksi yrittämällä tarpeeksi monta kertaa. Onnistuessaan yksilö tuntee mielihyvää ja ylpeyttä. Epäonnistuminen taas tuo mukanaan pettymystä ja häpeää, etenkin jos syy siihen nähdään johtuvaksi sisäisistä tekijöistä, joihin yksilö voisi itse vaikuttaa. Toiminnalle ja valinnoille annetaan selityksiä myös kuntoutumisen aikana. Se, miten yksilö selittää tapahtunutta, esimerkiksi työkokeilun onnistumista tai epäonnistumista, vaikuttaa hänen suhtautumiseensa uusiin työkokeiluihin.

Higgins (2005) on tutkinut sitä, miten yksilön omalle toiminnalle antamat syyt vaikuttavat toiminnan tuloksiin. Keskeistä on se, miten yksilö tulkitsee itseensä liittyviä negatiivisia tapahtumia niin, että positiivinen käsitys itsestä säilyy. Yksilö valitsee tapahtuneen syyn niin, että hän voi elää sen kanssa, eikä syy uhkaa häntä itseään koskevia ydinkäsityksiä. Tapahtuneen arvoa itselle voidaan myös muuttaa niin, että siinä nähdään hyvääkin. Sairaus tuo usein tullessaan mielihapaa ja kipuja, jotka puolestaan lisäävät negatiivisuutta. Lisäksi se usein rajoittaa toimintaa, joten on vaikea saada ympärilleen asioita, jotka lisääisivät tyytyväisyyttä ja positiivisuutta (Ryan & Deci 2001). Vaikeimpia ja stressaavimpia yksilön kannalta on tilanteet, joissa hän joutuu määrittelemään olemisensa uudelleen. Näin tapahtuu esimerkiksi ahkeran työntekijän joutuessa tilanteeseen, jossa työnteko ei ole totutussa määrin mahdollista. Usein sosiaalisen tuen ulkopuolelle jäävät henkilöt, jotka ovat huonoja selviytymään vaikeaksi kokemastaan elämäntilanteesta tai jotka eivät katso tarvitsevansa tukea.

Syyselitykset auttajien kannalta

Masentuneiden, levottomien ja ahdistuneiden ih-

misten auttaminen voi tuntua auttajista (terveyskeskusten, sairaaloiden, kuntoutuslaitosten, työhallinnon, sosiaalitoimen jne henkilöstöstä) stressaavalta kokemukselta ja johtaa loppuun palamiin. Auttaja ei välttämättä tunne empatiaa tai kunnioitusta asiakastaan kohtaan, ja hänellä voi olla taipumus syyttää asiakasta ongelmista. Brickman, Rabinowitz, Karuza, Coates, Cohn ja Kidder (1982) ovat jäsentäneet ongelmaan ja siitä selviämiseen liittyvää vastuuta neljän eri mallin avulla, joissa vastuuta ongelmasta ja ratkaisun löytymisestä asetetaan yksilölle ja apua tarjoavalle organisaatiolle.

Moraalia korostavan mallin mukaan yksilö itse luo ja ratkaisee ongelmansa. Siten kukaan ulkopuolinen ei voi saada aikaan muutosta yksilössä. Ihmiset eivät käyttäydy vastuuttomasti siksi, että ovat sairaita; he ovat sairaita, koska toimivat vastuuttomasti. Moraalia korostavassa mallissa järjestetty hoito hyödyttää eniten niitä, joilla on selviytymisresursseja muutenkin. Hoitoon liittyy usein rangaistuksia ja palkkioita, joita toipuva saa riippuen siitä, miten hän etenee.

Kompensaatiota korostavassa mallissa yksilö ei ole vastuussa ongelmastaan, mutta hän on vastuussa ongelmansa ratkaisusta. Mallin mukaan auttamisjärjestelmä ei etsi syytä yksilöstä ja hänen olosuhteistaan, vaan tarjoaa hänelle tarvittavat välineet ja mahdollisuudet käsitellä ongelmiaan. Mallin haitta on se, että auttava taho voi väsyä, koska palveluiden tarvitsijoita on paljon ja kaikille ei pystytä järjestämään heidän tarvitsemaansa apua.

Lääketieteellisessä mallissa asiakas on passiivinen, avuton ja vapaa vastuusta sekä ongelmastaan että sen ratkaisusta. Mallin mukaan on täysin hyväksyttävää ottaa vastaan apua, jos sitä tarvitsee. Mallin heikkoutena pidetään sitä, että yksilö on riippuvainen hoitavasta tahosta. (Ste-phenson 1996).

Tiedostamista korostavassa mallissa ongelman syy on yksilössä, mutta ratkaisu on organisaation vastuulla. Yksilö uskoo, että ongelmat voidaan ratkaista, jos jokin taho vain tiedostaa ongelman syyn ("valaistuu"). Hoitava taho voi ottaa hänet asiakkaakseen, mikäli yksilö suostuu muuttamaan elämäänsä tarvittavalla tavalla. (Wall & Hayes 2000.)

Brickman ja kumppaneiden (1982) mukaan auttamissuhteessa ongelmat voivat johtua siitä, että avun hakijalla ja tarjoajalla on erilainen käsitys siitä, mistä ongelma johtuu ja kenen vastuulla

on ongelman ratkeaminen. Myös auttavan organisaation sisällä voi olla erilainen käsitys ongelman syistä ja sen ratkaisusta. Jos yksilöllä nähdään olevan osuus toipumisprosessissa ja edistymisen sanotaan johtuneen ainakin osaksi hänen ponnisteluistaan, yksilö kokee olevansa pätevä ja kykenevä selviämään ongelmastaan. Näin saavutetaan usein pysyvämpiä ratkaisuja kuin silloin, jos yksilön osuus ratkaisussa nähdään hyvin pienenä. Hoitavan tahon työntekijöillä on usein taipumus uskoa, että heidän tekemänsä työ auttaa asiakasta, ja siksi he korostavat omaa osuuttaan ratkaisussa.

Sairastaminen ja riippuvuus toisten avusta tuovat esille monenlaisia tunteita. Varsinkin häpeän ja huononmuuden tunteet ovat yleisiä silloin, kun yksilö kokee olevansa kykenemätön samaan kuin muut tai hänellä on jokin päällepäin näkyvä vamma. Riippuvuus toisten avusta ja erilaisten etuuksien pyytäminen voi tuntua nöyryyttävältä. (Niemi 2001, Gilbert 2006.)

Ammatillisessa kuntoutuksessa on kysymys yksilön oman toimintakyvyn vahvistamisesta. Yhteiskunnassa on kuitenkin katsottu, että sairastamiseen, koulutukseen ja hyvinvointiin liittyvät asiat ovat sellaisia, joihin voidaan yksilön kohdalla puuttua, jos kyseessä on jonkin etuuden saanti. Esimerkiksi sairaan näkökulmasta tämä tarkoittaa kontrollia ja toisen vallan alle asettumista. Saadakseen jonkin etuuden (esim. kuntoutustukea, työmarkkinatukea) yksilöltä odotetaan tietynlaista käyttäytymistä tai toimintaa. Joissakin tapauksissa tämä kaventaa yksilön omia toimintamahdollisuuksia, koska hän ei voi toimia aina niin kuin hän itse haluaisi. (Cruikshank 1999, 40–41.)

Tutkimuksen tavoitteet

Ammatillisista kuntoutuksista kaksi kolmasosaa onnistuu siten, että kuntoutuja jatkaa joko työntekijänä, opiskelijana tai työkykyisenä työttömänä (TELA 2006). Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella niitä syyselityksiä, joita ammatillisessa kuntoutusprosessissa olleet antoivat oman kuntoutusprosessinsa epäonnistumiselle. Yleensä ihmiset etsivät etenkin kielteisinä kokemilleen asioille selityksiä ja pyrkivät tällä tavoin ymmärtämään tapahtunutta. Weinerin (1992) ja Brickmanin (1982) kehittämiä attribuutioteorioita on käytetty silloin, kun on haluttu selvittää syitä ja vastuuta ratkaisuista. Tapahtuneelle löydettyillä selityksillä on suuri merkitys sille, miten asiaa lähdetään rat-

komaan ja viemään eteenpäin. Eduksi on, jos kuntoutuja kokee, että hän omalla toiminnallaan voi vaikuttaa siihen, että lopputulos on hyvä. Tarkastelen seuraavassa niitä epäonnistumisen syyselektioita, joita kuntoutuksessa olleet henkilöt ja kuntoutuksesta vastanneet auttajat antoivat kuntoutusprosessien epäonnistumiselle.

Tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät

Keskeisen osan tutkimusaineistosta hankin työvoimatoimistoista, koska kuntoutusprosessissa epäonnistuneet henkilöt ovat mitä todennäköisimmin työnhakijoina työvoimatoimistoissa. Sairaslomilla tai työssä olevilla kuntoutusprosessi on osittain kesken, joten sen onnistumista on vielä vaikea arvioida. Tutkimukseen ilmoittautui kaikkiaan viisi ammatillisen kuntoutusprosessinsa epäonnistuneeksi kokenutta henkilöä.

Toteutin tutkimuksen laadullisena tutkimuksena. Haastattelut etenivät teemoittain siten, että kävin jokaisen kanssa läpi koulutus-, työ- ja perhehistorian sekä sairastamiseen ja kuntoutukseen liittyvän historian. Tutkimuksen kohteeksi tuli rajattu alue haastateltavan elämästä. Pelkästään haastattelun avulla kerättyyn aineistoon tulee aina suhtautua tietyin varauksin. Haastateltava voi muistaa asioita eri tavalla, kuin mitä ne tapahtuivat, tai hän voi jättää kertomatta joitakin asioita kokonaan. Hän voi myös liioitella tai keksiä asioita. Yleensä ihminen rakentaa menneisyydestään mieleensä sellaisen kertomuksen, jonka kanssa hän pystyy elämään. Näin käy varsinkin traumaattisten tapahtumien jälkeen (Clark & Ehlers 2004, 148).

Haastateltuja hoitaneiden, kuntouttaneiden tai muuten heidän asioitaan hoitaneiden tahojen näkökulma kuntoutusprosessiin tuli esiin käytävissä olleista dokumenteista.

Erilaiset kuntoutujaa koskevat dokumentit voivat täydentää hankittua tutkimusaineistoa. Tällaiset dokumentit on tuotettu muuta tarkoitusta varten, jolloin pohdittavaksi tulee dokumenttien tekijöiden tarkoitukselliset ja dokumenttien tarkkuus (Robson 2002, 348–350). Tutkimuksessani käytössä olevat dokumentit olivat eri lääkäreiden ja kuntoutuslaitosten antamia lausuntoja, työhallinnon viranomaisten laatimia kertomuksia, vakuutuslaitosten päätöksiä ja eri terveydenhuollon ammattilaisten tekemiä sairaskertomusmerkintöitä. Kyse oli siis virallisista asiakirjoista. Kukin lääkäri on vakuuttanut antamansa lausunnon

oikeaksi kunnian ja omantunnon kautta. Dokumenttiaineistoa voidaan pitää varsin luotettavana. Usein ne perustuvat potilasta koskeviin tutkimuksiin, kuten röntgen-, magneetti-, laboratoriotutkimuksiin, psykologien ja lääkäreiden kanssa käytyihin keskusteluihin ja heidän tekemiinsä tutkimuksiin sekä sosiaalityöntekijöiden kanssa käytyihin keskusteluihin. Joihinkin tutkimuksiin voi tutkittava itse vaikuttaa, toisiin taas ei. Esimerkiksi tutkittava voi kuvata kipunsa lievemmäksi tai voimakkaammaksi riippuen siitä, mikä hänen oma tavoitteensa on. Usein haastatellut kertoivatkin, että heihin uskota tai heitä ei ymmärretä oikein. Käytävissä olleista dokumenteista piirtyi kuva kunkin haastatellun ammatillisesta kuntoutusprosessista eri ammattiryhmien kertomana.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan laadullisissa tutkimuksissa uskottavuuden, tulosten siirrettävyyden, tutkimuksen varmuuden ja saatujen tulosten vahvistettavuuden näkökulmista (Eskola & Suoranta 1998, 212–213). Tutkimuksen uskottavuutta lisättiin lähettämällä litteroidut haastattelut luettaviksi haastatelluille. Tuolloin heillä oli mahdollisuus tarkentaa, täydentää ja korjata niitä kohtia haastattelussa, joihin tunsivat tarvetta. Dokumenttiaineiston käyttö lisäsi osaltaan ymmärrystä haastateltujen ammatillisista kuntoutusprosesseista tuomalla esiin eri työntekijöiden näkemyksiä kustakin tilanteesta. Dokumentteihin oli kirjattu varsin tarkasti erilaiset toimenpiteet, mitä eri viranomaiset olivat tehneet ja miten hoitaneet haastateltuja. Monet lausunnot sisälsivät lisäksi kuvauksia haastatellun koulutus- ja työhistoriasta, perhetilanteesta sekä sairastamiseen ja toimimiseen liittyvistä asioista. Näitä teemoja käsiteltiin tutkimushaastattelussakin. Tutkimuksessa haastattelut ja dokumentit täydensivät toisiaan. Kaikissa tapauksissa kummallakin tavalla syntyneet kuvaukset kouluttautumisesta, työssäolosta, sairastamisesta ja kuntoutuksista vastasivat hyvin toisiaan, mutta lähes kaikissa tapauksissa tuli esiin myös jotakin uutta. Esimerkiksi runsas alkoholin käyttö jossakin vaiheessa elämää saattoi jäädä haastatelussa kertomatta, mutta tuli esiin dokumenteista.

Menetelmätriangulaatio (Robson 2002, 371) antoi näin mahdollisuuden tarkastella kunkin haastatellun tilannetta useammasta näkökulmasta. Yksilön haastattelusta ja dokumenttiaineistosta muodostui yhdessä käsitys siitä, miten aina yhdessä tapauksessa prosessi oli toimijoiden nä-

kökulmasta edennyt. Kustakin tapauksesta olisi saanut objektiivisemmän näkemyksen, jos olisi haastateltu vielä muitakin yksilön kuntoutusprosessiin osallistuneita. Muiden tahojen näkökulmat tietenkin välittyvät dokumenttien kautta.

Tutkimustulosten siirrettävyyttä heikentää se, että tutkimukseen osallistui vain viisi henkilöä. Siirrettävyyteen vaikuttaa myös heidän valikoitumisensa tapa. Henkilöt olivat halukkaita kertomaan tarinansa, mutta tarkemmin ei ole tiedossa, miten heidän tapauksensa poikkesi kaikista muista epäonnistuneista ammatillisista kuntoutusprosesseista. Näin ollen saadut tulokset eivät ole yleistettävissä laajemmin.

Tutkimukseen osallistuneiden ammatillisen kuntoutuksen prosessit olivat pitkiä. Pisin prosessi alkoi jo vuonna 1994 (H4), kaksi prosessia (H3 ja H5) alkoi vuonna 1999 sekä kaksi (H1 ja H2) vuonna 2002. Käynnistäjätahona oli neljässä tapauksessa työvoimatoimisto. Yhdessä tapauksessa (H5) työpaikalla yritettiin haastatellulle löytää työkokeilu sopivaa työpaikkaa ja lopulta hänet lähetettiin kuntoutustutkimukseen. Toisin sanoen kaikkien haastateltujen ammatillisen kuntoutustarpeen totesi jokin muu kuin yksilö itse. Tyypillistä prosessien alulle oli se, että kului 2–6 vuotta haastatellun työkyvyn alenemisen alusta, ennen kuin ammatillisen kuntoutusprosessi varsinaisesti käynnistyi. Itse ammatillinen kuntoutusprosessi koostui kaikilla kuntoutustutkimuksesta, johon sisältyi kaikilla työkokeiluja ja eläkehakemuksia. Eläkkeiden hylkäämispäätösten jälkeen seurasi uusia kuntoutustutkimuksia, työkokeiluja, osalla koulutusta ja kaikilla lopulta työttömyyttä.

Litteroiduista haastatteluista poimin kohtia, joissa haastateltava selitti, minkä takia jokin hä-

nen ammatilliseen kuntoutukseensa kuulunut osa onnistui tai epäonnistui. Tämän jälkeen luokittelin selitykset Weinerin (1992) teorian mukaisesti dimensioilla myönteinen–kielteinen, sisäinen–ulkoinen, pysyvä–muuttuva ja kontrolloitava–ei kontrolloitava. Samoin tein dokumenttiaineistosta löytyneille selityksille.

Kuntoutujien syyselitykset

Haastatellut arvioivat ammatillisen kuntoutusprosessin kokonaisuudessaan kielteiseksi ja epäonnistuneeksi. Sinänsä myönteisenä koettiin se, että heidän työkuuntoaan ylipäätään selvitetään ja tutkitaan, mutta yhtä (H3) lukuun ottamatta kaikki olivat tyytymättömiä myös heille tehtyyn kuntoutustutkimukseen.

Haastatteluaineistosta löytyi kaikkiaan 77 selitystä sille, miksi ammatillinen kuntoutusprosessi epäonnistui. Näistä 26 oli sellaista, joissa haastatellut kertoivat epäonnistumisen johtuneen heistä itsestään ja 51 heidän ulkopuolisesta syystä. Syiden luokittelu sisäiseksi ja ulkoiseksi ei ollut aivan yksiselitteistä, koska saman asian voi tulkita monella tavalla. Esimerkiksi lausuma ”nuoret tehokkaita” voidaan nähdä sekä omana kokemuksena että todellisuutena. Tulkitsin lausuman sisäiseksi syyksi, koska pidin lausumaa haastatellun oma päätelmänä, jonka hän on tehnyt vertaillen itseään joihinkin nuorempiin työntekijöihin. Seuraavaan olen koonnut katkelmia haastateltujen selityksistä ammatillinen kuntoutuksensa epäonnistumiselle:

”... ois pitäny olla koko ihmisen kartoitus, jossa ois otettu huomioon henkinen ja fyysinen puoli... eri tahot (työkkäri, sosiaalitoimi, mielen terveystoimisto ja sairaala) ei oo ollu mis-

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden (n=5, iältään 42–57-vuotiaita) esittely

	syntynyt	koulutus	ammatti
H1, nainen	1940-luku	kolme ammatillista koulutusta ja erilaisia erilaisia kursseja aikuisiällä	tehnyt kahdeksaa erilaista työtä
H2, nainen	1950-luku	erilaisia työvoimapoliittisia koulutuksia aikuisiällä	lasten kasvettua erilaisia töitä pätkissä
H3, mies	1950-luku	amatillinen koulutus nuoruudessa, uudelleen koulutus aikuisiällä työvoimapoliittisessa koulutuksessa	tehnyt viittä erilaista työtä ja ollut yrittäjänä
H4, nainen	1950-luku	työvoimapoliittisia kursseja aikuisiällä	lasten kasvettua erilaisia tukitöitä
H5, nainen	1960-luku	amatillinen koulutus puuttuu	tehnyt kolmea erilaista työtä

sään yhteyksissä toistensa kanssa ... minä oon välikäessä ... työssä on tietynlaista karsintaa, kun on näitä sairauksia ... ne sysää tämmöset syrjään... en osaa pitää puoliani ... se on raskasta... ”

”...pitää tietää ite hirveästi ja pitää olla rahaa ... oon työkyvytön työnhakija, voiko naurtavampaa olla ...sairaalassa ei perehdytä potilaaseen ja asiat etenee hitaasti ja laahaavasti ... pitää osata vaatia, niin silloin saa ... pompotetaan ja sanotaan, että on kiire ... on tyhmää, että varataan niin vähän aikaa ja sitten ajat ovat myöhässä ... minulla ei ole kyllä mitään ihmisarvoa...olen niin pettynyt, niin pettynyt... ”

”...jumppaohjeita neuvottiin ja kaikkea tämmöstä ... sanottiin, että mee kotiisi, tavataan kuukauden päästä ... ei oo mitään hyötyä ... kukaan ei ota tosissaan... alkaa tulla semmoinen olo, että sama se on luovuttaa, että mitäs tässä, jos kerran saa leivän pöytään, niin mitäs tässä... ”

Kuntoutujasta itseensä liittyvä syy (sisäinen syy) voitiin nähdä johtuvan oman kapasiteetin puutteesta (13 mainintaa). Tällaisia ovat koulutuksen, rahan, tietojen, vakituisten työn, ihmisarvon tai jaksamisen puute. Moni toi myös esiin asioita, jotka liittyvät omaan toimijuuteen, aktiivisuuteen ja edun puolustamiseen, kuten äkkikipaisuus, puolensa pitäminen, kykenemättömyys pitää puoliaan ja työtahdista johtuvat pelot (yhdeksän mainintaa). Muiksi syiksi luokiteltiin halu päästä eläkkeelle ja se, että haastateltu koki itse olevansa ”välikädessä” (neljä mainintaa). Useimmat sisäisiksi mainitut syyt haastatellut kokivat luonteeltaan pysyviksi. Suuri osa niistä oli myös sellaisia, jotka eivät olleet heidän kontrolloitavissaan eikä heillä ollut niihin juuri mitään vaikutusmahdollisuuksia. Osa epäonnistumisen syistä on sellaisia, joilla haastateltu viittaa koko kuntoutusprosessiin. Esimerkiksi ”*haluan eläkkeelle*” viittaa siihen, että koko prosessi ei oikeastaan kiinnosta. Osa mainituista syistä viittaa johonkin kuntoutusprosessin vaiheeseen. Esimerkiksi ”*vakituista työtä ei saa*” viittaa työllistymisen vaikeuteen, joka tekee koko prosessistakin turhauttuisen.

Kaikkein useimmin haastatellut kokivat ammatillisen kuntoutumisprosessinsa epäonnistuneen jostakin ulkopuolisesta syystä (51 mainintaa). Epäonnistumisen koettiin johtuvan jostakin auttavaan organisaatioon, siellä tehtävään työhön

ja sen toimintatapaan liittyvästä syystä (yhteensä 41 mainintaa) sekä työhön ja työmarkkinoihin liittyvistä syistä (10 mainintaa).

Auttavaan organisaatioon ja sen toimintatapaan liittyvät syyt (41 mainintaa) oli jaoteltavissa edelleen seuraavasti: itse sairauden hoitoon ja tutkimiseen liittyvät syyt (15 mainintaa), organisaation toimintatapoihin liittyvät syyt (14 mainintaa), organisaatioon itseensä ja sen henkilöstöön liittyvät syyt (12 mainintaa).

Sairauden tutkimusta ja hoitoa koskevat syyt liittyivät tutkimuksessa koettuihin puutteisiin ja tutkimusten hyödyttömyyteen, vuorovaikutuksen ongelmiin, tutkimustulosten ristiriitaisuuksiin, yhteistyöongelmiin ja palveluiden saannin hitauteen. Monet näistä syistä haastatellut olivat kokeneet vaikuttaneen siihen, että itse kuntoutustarve ja kuntoutuksen toteutus eivät onnistuneet toivotusti. Niissä organisaatioissa, joissa haastatellut olivat joko kuntoutuksessa tai kuntoutustutkimuksessa, nähtiin monia puutteita (14 mainintaa). Itse kuntoutuspaikka saatettiin kokea vääränä, henkilökunta tyhmänä, varustetaso puutteellisena. Viipyminen siellä saatettiin kokea ajan tappamisena ja turhana leikkimisenä, kuntoutus, ohjaus ja seuranta puutteellisina.

Työhön liittyvät syyt liittyivät haastateltujen kokemuksiin siitä, että heille sopivaa työtä ei kuitenkaan löydy (10 mainintaa). Työpaikkoihin on niin paljon hakijoita, että valintaprosessissa muut vaatimukset paremmin täyttävät, saavat avoinna olevat työpaikat. Heille vaatimustasoa pitäisi madaltaa ja työympäristöä räätälöidä heille paremmin sopivaksi.

Haastatellut kokivat, eivät he voi itse vaikuttaa mitenkään heitä koskevaan prosessiin, vaan syyt olivat etupäässä heidän omien vaikutusmahdollisuuksiensa ja kontrollinsa ulkopuolella (avuttomuusorientoitunut tapa). Higginsin (2005) mukaan yksilö pyrkii selittämään tapahtuneita niin, että hänellä on mahdollisuus säilyttää myönteinen käsitys itsestään. Myös haastatellut tekivät niin. He toivat esiin hyvin paljon muista toimijoista johtuvia syitä, mutta näkivät oman panoksensa ammatillisen kuntoutusprosessin epäonnistumisessa vähäisenä. Monet toivat esille sen, ettei yhteiskunnassa ole töitä sairaille ja ikääntyville. Varsinkin, jos koulutus on puutteellinen eikä jaksa tehdä työtä nuorten ja terveiden tahdissa, jää helposti työelämän ulkopuolelle. Siksi heistä tuntui koko ammatillisen kuntoutuksen prosessi turhalta. Työtä ei kuitenkaan löydy. Miksi siis ponnistella?

Kuntouttajien syyselitykset

Haastateltujen ammatillista kuntoutusta järjestäneet ja toteuttaneet tahot tuottivat asiakkaansa hoidosta ja kuntoutumisesta kertovia dokumentteja. Niissä ei varsinaisesti tuotu esiin sitä, että ammatillinen kuntoutusprosessi olisi epäonnistunut. Niissä kuitenkin kerrottiin, miksi jokin hoito ei onnistunut tai edennyt toivotusti. Saaduista dokumenteista löytyi kaikkiaan 21 tällaista mainintaa. Toteamissa syyt lähes aina nähtiin asiakkaassa, hänen ominaisuuksissaan tai toiminnassa. Vain yhdessä tapauksessa todettiin, että oli tapahtunut hoitovirhe: käsi oli asetettu leikkauksessa väärään asentoon, mikä aikaansai rasituskipuja.

Useimmiten syy nähtiin johtuvan haastatellun toimintatavoista (8 mainintaa). Dokumenteissa kuvattiin, kuinka haastateltu ei suostu tarjottuun hoitoon tai ei kohota fyysisistä kuntoa sovitusti. Haastatellun nähtiin vaatineen yksilöllistä ohjausta ja seurantaa, jotta sopiva kuntoutusohjelma olisi löytynyt. Myös liiallinen huumaavien kipulääkkeiden syönte sekä riitaantuminen kuntoutusta järjestävän tahon kanssa nähtiin kuntoutumisen esteenä.

Toiseksi yleisimmät syyt liittyivät asiakkaaseen itseensä joko hänen persoonallisuuteensa, rajoitteisiin ja vaadittavien valmiuksien puutteeseen (5 mainintaa). Muina syinä dokumenteista nousi esiin erilaiset ristiriidat, joita oli tutkimustulosten, oireiden ja diagnoosien välillä, hoitosuhteiden katkeaminen, asiakkaan elämäntilanteen rasittavuus sekä hoidon saamisen vaikeus (8 mainintaa).

Pohdintaa

Epäonnistumisten syiden etsiminen on inhimillistä. Vaikka kuntoutettavien syyselitykset kertovatkin enemmän haastatelluista itsestään, antavat ne pohtimisen aihetta itse prosessin tarkasteluun.

Tutkimukseen osallistuneiden ammatilliset kuntoutusprosessit olivat pitkiä. Prosessi alkoi varsinaisesti vasta sitten, kun eläkeanomus oli hylätty, joten haastatellut olivat jo ennättäneet orientoitua eläkkeelle jääntiin. Eläkeanomuksen hylkäys koettiin suurena pettymyksenä ja vääränä ratkaisuna. Tämän jälkeen työkykyä alettiin selvittää uudelleen tavoitteena uusi eläkehakemus, järjestettiin työkokeilu tai ohjattiin koulutukseen. Ammatillinen kuntoutus epäonnistui haastatel-

tujen mielestä useimmiten heistä itsestään riippumattomista syistä, joita löytyi eniten heitä tai heidän asioitaan hoitaneista organisaatioista. Syitä löytyi myös työelämästä. Epäonnistumisen ulkoiset syyt olivat heidän oman kontrollinsa ja vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella. Heistä itsestään johtuvia syitä haastatellut löysivät myös, mutta ne koettiin sellaisiksi, joihin ei voinut vaikuttaa (kuten ikä).

Haastateltujen palveluketjut olivat katkeilleet sairauksia hoitaneisiin tahoihin, mutta työvoimatoimistoon ja mielenterveyskeskukseen suhteet olivat kunnossa. Prosessin kuluessa yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat hakeutuneet/ ohjautuneet mielenterveyskeskuksen asiakkaisiksi, vaikka heidän alkuperäinen sairautensa olikin somaattinen. Prosessin aikana haastatellut saivat lukea itsensä lausuntoja, joissa heille oli annettu diagnooseja tai ”leimoja”. Useinkaan he eivät näitä itse tunnustaneet. Tällaisia olivat esimerkiksi merkinnot: masentuneisuus, vaativa persoonallisuus, narsistinen persoonallisuus, huono yleiskunto ja sen ”hoitoon” sitoutuminen oli heikkoa. Samoin sairauksien hoidon yhteydessä saatettiin todeta elämäntapamuutoksen tarpeellisuus (esimerkiksi liikunnan aloittaminen ja painon pudotus), mutta muutoksen tekoon ei tarjottu apua. Näin ollen muutos jäi puheen tasolle.

Sekä haastatelluista esiin noussut kuva ammatillisen kuntoutusprosessin epäonnistumisen syistä että eri dokumenteista välittynyt kuva toipumisen ja hoitojen epäonnistumisten syistä nähtiin useimmin toisesta osapuolesta kuin omasta toiminnasta johtuvaksi. Haastatellut kokivat, että heillä ei ole vaikutusmahdollisuuksia eikä mahdollisuutta kontrolloida epäonnistumiseen johtaneita syitä. Higginsin (2005) mukaan näkemällä syyt muissa kuin itsessä yksilö pyrkii säilyttämään myönteisen käsityksen itsestään. Brickmanin (1982) mukaan myös auttavalla organisaatiolla on taipumus nähdä hoidon onnistumiset omana ansiona ja epäonnistumiset asiakkaan syynä. Tällaiseen tilanteeseen sopii parhaiten auttamista ja selviytymistä kuvaavista malleista moraalialia korostava malli. Sen mukaan yksilö itse luo ongelmansa ja vastaa myös ratkaisun löytymisestä (Brickman et al 1982).

Tutkimukseen osallistuneet olisivat kuitenkin selvästi kaivanneet sitä, että hoitava taho olisi ottanut enemmän vastuuta heidän ongelmistaan ja siitä, että prosessi olisi edennyt nopeammin ja sujuvammin. Brickmanin kuvaamista malleista

tällaisia ovat tiedostamista korostava ja lääketieteellinen malli, joissa ongelman ratkaisu on organisaation vastuulla. Hyvinvointiyhteiskunnassa auttamisen ja selviytymisen lähtökohdina on ollut se, että ihmisten vaivat ja sairaudet pyritään hoitamaan ja heille tarjotaan kaikki mahdollinen apu. Resurssien rajallisuuden takia on kuitenkin jouduttu tilanteeseen, jossa yksilön vastuuta korostetaan, etenkin sairauksien ennaltaehkäisyssä. Vastuuta ongelmasta ja sen ratkaisusta on yhä enemmän siirretty yksilölle itselleen. Myös erilaisten etuuksien saanti on kytketty siihen, että yksilö toimii odotetulla tavalla. Esimerkiksi työmarkkinatuen saanti edellyttää, että yksilö on työmarkkinoiden käytettävissä ja tekee toimenpiteitä, jotka edistävät hänen työllistymistään. Jos yksilö ei toimi sovitusti, tuki evätään.

Haastateltuja analysoitaessa nousi esiin kysymys toimijuudesta ja toiminnan polarisaatiosta. Haastatellut kokivat usein olevansa objekteja suhteessa kuntoutumiseensa. Heidän oma toimijuutensa vahvistui vain yhdellä haastatellulla. Muut kokivat, että heitä poljetaan ja latistetaan. He kokivat myös, ettei heitä kuulla eikä heidän asioihinsa paneuduta kunnolla. Tämä aiheutti heissä häpeää, joka näkyi itsen aliarvointina ja masennuksena. He kokivat myös tulleen nöyryytyyksi, syyttelivät ja aliarvioivat muita (Gilbert 2006). Yksityiselämässään he kokivat useimmiten selviävänsä omalla tavallaan ainakin kohtalaisesti tai hyvin. Silloin he saivatkin itse olla toiminnan subjekteja. Ammatillisen kuntoutumisen prosesseja suunniteltaessa tulisikin pohtia, miten niitä voitaisiin kehittää siten, että osallistujien toimijuus vahvistuisi ja halu palata työelämään ei häviäisi prosessissa. Toimintatapoja kehittämällä tulisi pyrkiä siihen, että kuntoutuja voisi olla prosessissaan subjekti ja hänen oma toimijuutensa suhteessa työelämään vahvistuisi (Cruikshank 1999, 40–41).

Kaikki haastatellut toivat esiin työmarkkinoiden vaativuuden. He kokivat, etteivät pärjäisi ns. oikeissa töissä, koska työpaikoilla työtahti on kova ja osaamiseen liittyvät vaatimukset suuret. Tämän takia työhönmeno tuntui pelottavalta ja torjuttavalta asialta, ja houkutus jäädä eläkkeelle on suuri. Eläkkeelle jäänti tuntui myös turvalliselta vaihtoehdolta. Ammatillisiin kuntoutusprosesseihin osallistuvien eri ammattilaisten kannalta tilanne oli ristiriitainen. He olivat prosessin aluksi todenneet, että heidän asiakkaansa/potilaansa on

työkyvytön ja lähteneet viemään prosessia tästä lähtökohdasta eteenpäin. Kun eläkehakemukseen tuli hylkäävä päätös, täytyi heidänkin orientoitua asiaan uudelleen ja käynnistää ammatillisen kuntoutuksen prosessi tilanteessa, jossa asiakas ei enää ollut kovin innokas palaamaan työhön ja myös he olivat kokeneet ”tappion”. Työeläkejärjestelmän kannalta katsottuna haastateltujen ammatillinen kuntoutus oli onnistunut, koska haastatellut olivat edelleen työmarkkinoiden käytettävissä, vaikkakin työttöminä (TELA 2006).

Tutkimus vahvisti havainnon, että ammatillisen kuntoutusprosessin toteutuksessa on puutteita (Kelan kuntoutusbarometri hankkeen raportti 2002, 29–32; Nikkarinen, Huovinen & Brommels 2001, 59). Ammatilliseen kuntoutukseen liittyvää ohjausta tulisi kehittää niin, että kuntoutujalla olisi mahdollisuus ajan kanssa käydä läpi häntä itseään koskevia asioita, jotta hänen ymmärryksensä niistä lisääntyisi ja hän ymmärtäisi, mikä merkitys hänen saamillaan ohjeilla ja neuvoilla oikeasti on ja miten hän voi niitä toteuttaa omassa elämässään. Ymmärryksen kasvaessa sitoutuminen prosessiin yleensä lisääntyy ja todennäköisyys siitä, että yhdessä suunnitellut toimenpiteet vievät prosessia eteenpäin, kasvaa. Jos kenelläkään ei ole ammatillisesta kuntoutuksesta kokonaisvastuuta, seuranta on puutteellista ja vastuu jää siitä kuntoutujalle itselleen. Kiireessä syntyy helposti väärinkäsityksiä ja vääriä tulkintoja, jotka osaltaan voivat hankaloittaa ja hidastaa ammatillisen kuntoutusprosessin etenemistä.

Jos kuntoutujan oma motivaatio on heikko, kuntoutus alkaa kuntoutujasta näyttää ulkopuoliselta toiminnalta, jossa vaan pitää olla mukana saadakseen työmarkkina- tai kuntoutustukea. Olisikin tärkeää, että ammatillisessa kuntoutuksessa olevalla olisi nimettynä jokin taho, joka seuraisi ja koordinoisi prosessia ja joka olisi tukena ja apuna vaikeissa tilanteissa. Työssä oleville tällainen tuki löytyy usein työterveyshuollosta, mutta työttömillä ei työterveyshuoltoa ole käytössään. Heillä tehtävää on hoitanut työvoimatoimisto ja työvoiman palvelukeskus. Haastateltujen osalta prosessi oli kuitenkin heidän itsensä vastuulla.

Ammatilliseen kuntoutukseen liittyvä työ on mitä suurimmassa määrin eri ammattilaisten yhteistyötä. Haastateluista ja käytettävissä olleista dokumenteista välittyi sellainen kuva, että työtä tehdään kyllä rinnakkain, mutta ei varsinaisesti yhdessä. Yhteistä tekemistä yhdistää asiakas/potilas, joka kiertää eri ammattilaisten luona. Asiak-

kaasta tällainen työtapo tuntuu pompottelulta, jossa hän itse vie asiaansa eteenpäin. Työntekijöille ei muodostu yhteistä ymmärrystä asiakkaan tilanteesta ja prosessin edistämisestä. Työntekijät voivat myös kokea osaamisensa riittämättömäksi vaikeissa ja monimutkaisissa tilanteissa.

Ammatilliseen kuntoutukseen sisältyy usein koulutusta. Kahden tutkimukseen osallistuneen ammatillinen koulutus oli hankittu erilaisilla työvoimapolitiittisilla kursseilla aikuisiässä ja yhdeltä se puuttui kokonaan. Kaksi muuta oli hankkinut ammatillisen koulutuksen nuoruudessaan ja kouluttautunut lisää ammatillisen kuntoutuksen osana. Uusi koulutus ei kuitenkaan johtanut työsaantiin ja oli haastatelluista siksi turha. Suomessa on selvitetty aikuisten saamia ohjauspalveluita eri koulutusmuodoissa (Pajarinen & al 2004) ja todettu ne riittämättömiksi. Ohjauspalveluita kehitettäessä tulisi huomioida monenlaisista elämäntodellisuuksista tulevien ihmisten ohjaustarpeet, niin että heille olisi riittävästi resursseja ja prosessit etenisivät.

Lähteet

- Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E. & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37 (4), 368–384.
- Clark, D. & Ehlers, A. (2004). Posttraumatic Stress Disorder. Teoksessa R. Leahy (toim.) *Contemporary cognitive therapy. Theory, research, and practice*. New York: The Guildford Press, 141–160.
- Cruikshank, B. (1999). *The will to empower*. Lontoo: Cornell University Press.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Gilbert, P. (2006). A biopsychosocial and evolutionary approach to formulation with a special focus on shame. Teoksessa N. Tarrrier (toim.) *Case formulation in cognitive behaviour therapy. The treatment of challenging and complex cases*. London: Routledge, 8–112.
- Higgins, R. (2005). Reality negotiation. Teoksessa Snyder, C.R. & Lopez, S. *Handbook of positive psychology*. Oxford: University Press, 251–365.
- Järvikoski, A. (2002). Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa *Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*. Stakes, Raportteja 267.
- Lahtela, K., Grönlund, R., Röberg, M. & Virta, L. (2002). *Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä*. Kuntoutusbarometrihankkeen ensimmäisen vaiheen havaintoja. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Niemi, P. (2001). Psykosomatiikka. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim, 189–208.
- Nikkarinen, T., Huovinen, S. & Brommels, M. (2001). *Kuntoutustutkimus osana elämäntarinaa*. Helsinki: Vakuutus kuntoutus VKK ry.
- Pajarinen, M., Puhakka, H. & Vanhalakka-Ruoho, M. (2004). *Aikuisopiskelijan ohjaus opintopolun tukena sekä oppilaitoksen toimintakulttuurin osana*. Arviointi 3/2004. Helsinki: Opetushallitus.
- Robson, C. (2002). *Real world research*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001) On Happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews of Psychology* 52, 141–166.
- Stephenson, G. (1996). Recovering from illness: an attributional analysis. Teoksessa M. Hewstone, W. Stroebe & G. Stephenson (toim.) *Instruction to social psychology. A European Perspective*. Oxford: Blackwell, 578–583.
- Työeläkekuntoutus vuonna 2005. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 7/2006. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Työeläkejärjestelmän ammatillisen kuntoutuksen visio 2005. Työeläkevakuuttajat 2002.
- Wall, T. & Hayes, J. (2000). Depressed clients' attributions of responsibility for the causes of and solutions to their problems. *Journal of Counselling & Development*. Vol. 78, 81–86.
- Weiner, B. (1992). *Human motivation. Metaphors, theories and research*. Newbury Park: Sage Publications.