

# OMAN HYVINVOINNIN LÄHTEILLÄ

## Varhaiskuntoutusta työssä uupuneille

### Johdanto

Työnteon luonne on muuttunut länsimaissa viimeisen parinkymmenen vuoden aikana ja psykososiaaliset tekijät tunnustetaan nykyään uudelleenlaisiksi työkyvyn vaaratekijöiksi (Leka & Kortum 2008). Kiire ja turvattomuuden tunne ovat lisääntyneet kaikenkokoisilla työpaikoilla (Lehto & Sutela 2008). Työntekijällä täytyy olla riittävät voimavarat, jotta hän selviäisi työelämän vaatimuksista. Parantamalla työntekijöiden hyvinvointia yrityksen voidaan katsoa investoivan tulevaisuuteensa eikä pelkästään työvoimaansa. Terveyden-edistämishjelmat työpaikoilla ovat kohentaneet työhyvinvointia (Loepke ym. 2008, Tveito & Eriksen 2009) ja vähentäneet sairauspoissaoloja monissa tutkimuksissa (Aldana 2001, Loepke ym. 2008, Renaud ym. 2008) mutta eivät kaikissa (Tveito & Eriksen 2009). Työnantajat ovat yleensä kiinnostuneita toteamaan työntekijöiden kuntoutustarpeet ja reagoimaan varhain, mutta vastassa ovat aina yrityksen toiminnalliset ja taloudelliset rajat (Larsson & Gard 2003).

Työterveyshuolto on yleensä järjestetty hyvin suurissa yrityksissä mutta pienissä yrityksissä täytetään usein vain työterveyshuoltoa koskevan lain minimivaatimukset, jos käytännössä niitäkään. Kuitenkin runsas puolet työvoimasta työskentelee yrityksissä, joissa on vähemmän kuin 50 työntekijää (Tilastokeskus 2010). Toisaalta työelämän muuttuvista olosuhteista johtuva paine aistitaan voimak-

kaammin pienissä kuin suurissa yrityksissä ja työntekijän on vaikeampi irtautua työtehtävistään pienissä työyhteisöissä osallistuakseen terveyden edistämiseen tai varhaiskuntoutukseen liittyvään toimintaan.

Pientyöpaikoilla uudistuminen (Punk)-hankkeen tarkoituksena oli kehittää pientyöpaikkojen ja työterveyshuollon yhteistyötä työkyvyn seurannan, hallinnan ja varhaisen tuen suhteen (Punk 2012). Hanke toteutettiin vuosina 2009–2011 Euroopan sosiaalirahaston ja sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamana. Oman hyvinvoinnin lähteillä (OHL)-varhaiskuntoutusmallin ensimmäisiä pilotointeja tehtiin jo Työssä jatkamisen tukeminen ja sairauslomakäytännöt (Jats) -hankkeessa (Juvonen-Posti & Jalava 2008) ja kehittämistyötä jatkettiin osana Punk-hanketta. Intervention kohteena olivat työntekijät, jotka kokivat oireita uupuneisuudesta tai olivat kiinnostuneet huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan. Osallistujat ilmoittautuivat oma-aloitteisesti kurssille. Osallistujat saivat tiedon hankkeeseen osallistuneelta työnantajaltaan tai hankkeen kehittämistyöhön osallistuneilta työterveyshuolloilta. Työterveyshuollot suosittelivat kurssia niille hankkeeseen osallistuvien yritysten työntekijöille, joiden ne ajattelivat hyötyvän kurssista.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli arvioida, onko OHL-mallin mukaisella varhaiskuntoutuksella vaikutusta työhyvinvointiin sekä yleiseen psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin.

## Aineisto ja menetelmä

### Osallistujat

OHL-kurssille osallistui yhteensä 54 työntekijää 19 yrityksestä ja heistä 52 antoi suostumuksensa tähän tutkimukseen. Osallistujista 24 (46 %) oli saanut tietää kurssista esimieheltään, 15 (29 %) työterveyshuollosta ja 13 (25 %) muuta kautta, kuten esimerkiksi toiselta työntekijältä.

### Varhaiskuntoutus

OHL-varhaiskuntoutusmalli kehitettiin pienten yritysten tarpeita silmällä pitäen: kurssin keston piti olla lyhyt ja osallistumiskynnyksen matala. Kurssipäivien aiheina olivat

- 1) uni, rentoutuminen ja vireystila
- 2) ravinto hyvinvoinnin lähteenä
- 3) mieli ja voimavarat
- 4) liikunta ja itsestä huolehtiminen
- 5) ”sanoista teoksi – miten tästä eteenpäin” sekä
- 6) ”oma tarina”.

Kurssi muodostuu viidestä kuntoutuspäivästä kahden viikon välein. Näiden jälkeen seuraa puolen vuoden mittainen tauko, jonka jälkeen on yksi seurantapäivä. Kurssipäivien väliajalle ohjelmaan kuuluu kunkin päivän teemaan liittyviä harjoituksia. Puolen vuoden välillä osallistujat toteuttavat itse-projektiaan, josta he raportoivat seurantapäivänä.

OHL-kurssit toteutettiin 7–9 hengen pienryhmissä kahdessa kuntoutuslaitoksessa vuosien 2010–2011 aikana. Kutakin kurssia ohjasi kaksi OHL-ohjaajakoulutuksen käyntyä kuntoutuksen ammattilaista. Eri alojen asiantuntijoita käytettiin tarvittaessa kurssipäivien teemojen alustamiseen. Ohjaajien käytävissä olivat opaskirja (Järvilehto & Kiiski 2009) sekä internetiin koottu aineisto (Punk 2012).

### Vastemuuttajat

Vastemuuttajina olivat työhyvinvointi sekä yleinen psyykinen ja fyysinen hyvinvointi. Työhyvinvointia arvioitiin neljällä menetelmällä: Oman työhyvinvoinnin kuntokartoituksella (OTK) (Manka ym. 2007), niin sanottua affektiivista työhyvinvointia arvioivalla Job-Related Affective Well-Being (JRAW) -menetelmällä (Warr 1990), työnimua arvioivalta Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) -mittarilla (Hakanen 2009, Schaufeli & Bakker 2003) sekä työuupuneisuutta kartoittavalla Bergen Burnout Indicator (BBI-15) -menetelmällä (Näätänen ym. 2003). Psyykkistä hyvinvointia arvioitiin Revised Beck's Depression Inventory (RBDI) -menetelmän masennusasteikolla (Raitasalo 2007) sekä yleistä uupuneisuutta koskettelevalla Vital Exhaustion (VE) -menetelmällä (Appels ym. 1987). Fyysistä hyvinvointia kartoitettiin kysymyksillä psykosomaattisista oireista.

OTK koostuu 34 väittämästä yhteispistemäärän vaihdella välillä 0–102. Tässä aineistossa väittämien välinen korrelaatiokerroin vaihteli 0:sta 0,70:een ja Cronbachin alfa oli 0,87. JRAW koostuu neljästä ala-asteikosta: ahdistus, masennus, mukavuus ja innostus, joista jokainen perustuu kolmeen adjektiivin ja asteikkokohtainen kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 3–18. Adjektiivien väliset korrelaatiokertoimet vaihtelivat tässä aineistossa vastaavasti 0,33:sta 0,54:ään, 0,62:sta 0,75:een, 0,57:stä 0,81:een ja 0,39:stä 0,60:een, ja Cronbachin alfa oli 0,71, 0,86, 0,84 ja 0,72. UWES koostuu 9 väittämästä, jotka jakaantuvat kolmeksi ala-asteikoksi: tarmokkuudeksi, omistautumiseksi ja uppoutumiseksi. Kokonaispistemäärä vaihtelee koko menetelmällä välillä 9–63 ja ala-asteikolla välillä 3–21. Väittämien väliset korrelaatiokertoimet vaihtelivat 0,41:stä 0,87:ään ja Cronbachin alfa oli koko mittarille 0,94 ja osioittain vastaavasti 0,88, 0,85 ja 0,88. BBI-15 koostuu 15 väittämästä ja kolmesta ala-asteikosta: uupuneisuus, kyynisyys ja ammatillinen itsetunto. Kokonaispistemäärä vaihtelee koko menetelmällä välillä 15–90 ja ala-asteikolla välillä 5–30. Väittämien väliset korrelaatiokertoimet vaihtelivat 0,03:sta 0,67:ään ja Cronbachin alfa oli koko menetelmälle 0,90 ja ala-asteikoille vastaavasti 0,75, 0,80 ja 0,81.

RBDI:n masennusasteikko koostuu 13 kysymyksestä ja kokonaispistemäärän vaihteluväli on 0–39. Kysymysten välinen korrelaatiokertoimet vaihtelivat 0,03:sta 0,67:ään ja Cronbachin alfa oli koko menetelmälle 0,90 ja ala-asteikoille vastaavasti 0,75, 0,80 ja 0,81.

RBDI:n masennusasteikko koostuu 13 kysymyksestä ja kokonaispistemäärän vaihteluväli on 0–39. Kysymysten välinen korrelaatiokertoimet vaihtelivat 0,03:sta 0,67:ään ja Cronbachin alfa oli koko menetelmälle 0,90 ja ala-asteikoille vastaavasti 0,75, 0,80 ja 0,81.

tiokerroin vaihteli -0,03:sta 0,68:aan ja Cronbachin alfa oli 0,72. VE puolestaan koostuu 21 kysymyksestä ja kokonaispistemäärä voi vaihdella 0:sta 36:een. Kysymysten korrelaatiokertoimet vaihtelivat välillä 0,01–0,69 ja Cronbachin alfa oli 0,90.

Kuluneen kuukauden aikana esiintyneitä psykosomaattisia oireita arvioitiin 13 kysymyksellä, joiden kokonaispistemäärä voi vaihdella 0:sta 13:een. Kysymysten korrelaatiokertoimet vaihtelivat välillä 0,01–0,74 ja Cronbachin alfa oli 0,71.

### Tilastoanalyysit

Analyysejä varten osallistujat jaettiin kahteen ryhmään: vain vähän uupuneisuutta kokeviin ja oireileviin. Oireilevaksi ja niin muodoiin varhaiskuntoutuksen tarpeessa olevaksi katsottiin ne, joilla pisteitä oli RBDI:n mäännusasteikolla  $\geq 5$  tai BBI-15 -asteikolla  $\geq 40$ . Muutos kunkin vastemuuttujan pisteissä

jaettiin kolmiluokkaiseksi koko tutkimusjoukon alkupisteiden keskihajonnan (SD) perusteella: hyötyä (yli 1 SD:n muutos parempaan suuntaan), ei muutosta (muutos alle 1 SD:n) ja haittaa (yli 1 SD:n muutos huonompaan suuntaan).

Vain vähän uupuneisuutta kokevien ja oireilevien välistä eroa vastemuuttujien ja niiden muutosten keskiarvoissa testattiin riippumattomien otosten t-testillä. Sitä, oliko varhaiskuntoutuksesta enemmän hyötyä oireilevilla kuin vähäoireisilla, arvioitiin logistisella regressiolla saatavien vedonlyöntisuhteiden ja niiden 95 %:n luottamusvälien avulla. Regressiomallit vakioitiin sukupuolen, iän, koulutuksen ja kuntoutuspaikan suhteen.

### Tulokset

Taustamuuttujien jakaumat on esitetty taulukossa 1. Osallistujista 4 (8 %) oli miestä ja 48 (92 %) naista ja heidän keskimääräinen ikän-

Taulukko 1. Oman hyvinvoinnin lähteillä -varhaiskuntoutuksen osallistujien taustamuuttujien jakaumat (N=52)

<b>Tekijä</b>	<b>N</b>	<b>Keskiarvo (SD)</b>	<b>[Vaihteluväli]</b>
Ikä (vuosia)	52	49,3 (7,3)	[34-66]
	<b>N</b>	<b>(%)</b>	
Sukupuoli			
Mies	4	8	
Nainen	48	92	
Koulutus			
Peruskoulu	19	36	
Toinen aste	26	50	
Korkeakoulu	7	14	
Asuinpaikka			
Helsinki	16	31	
Hämeenlinna	17	33	
Muu	19	36	
Ammattiala			
Sosiaali- ja terveydenhuolto	26	50	
Muu palvelu	14	27	
Tuotanto	12	23	
Työsektori			
Julkinen	16	31	
Yksityinen	36	69	

SD: Keskihajonta.

Taulukko 2. Osallistujien hyvinvointi ennen Oman hyvinvoinnin lähteillä -varhaiskuntoutusta (N=52)

Vastemuuttaja	Mittarin vaihteluväli	Vähäoireiset (n=25) Keskiarvo (SD) [Vaihteluväli]	Oireilevat* (n=27) Keskiarvo (SD) [Vaihteluväli]	p
<b>Työhyvinvointi</b>				
OTK	0-102	78,5 (7,6) [60-93]	66,9 (8,4) [49-82]	<0,001
AJRWB				
Ahdistus	3-18	8,2 (1,9) [5-13]	11,1 (2,3) [6-16]	<0,001
Masennus	3-18	5,9 (1,8) [3-10]	8,7 (2,4) [3-14]	<0,001
Mukavuus	3-18	12,6 (1,9) [8-15]	9,3 (2,1) [4-12]	<0,001
Innostus	3-18	13,4 (1,8) [10-17]	11,7 (1,9) [7-15]	0,002
UWES	9-63	56,4 (4,5) [49-63]	44,3 (9,3) [25-59]	<0,001
Tarmokkuus	3-21	19,0 (1,9) [14-21]	14,5 (3,2) [7-20]	<0,001
Omistautuminen	3-21	19,0 (1,5) [16-21]	14,9 (3,3) [7-21]	<0,001
Uppoutuminen	3-21	18,4 (2,2) [12-21]	14,9 (4,0) [6-21]	<0,001
BBI-15	15-90	29,6 (5,2) [18-39]	50,7 (9,6) [31-70]	<0,001
Uupuneisuus	5-30	12,1 (3,2) [8-19]	17,6 (4,7) [10-27]	<0,001
Kyynisyys	5-30	8,7 (2,0) [5-13]	15,8 (3,4) [9-22]	<0,001
Ammatillinen itsearvostus	5-30	9,3 (2,2) [5-13]	17,4 (4,4) [9-29]	<0,001
<b>Psyykinen hyvinvointi</b>				
RBDI Masennus	0-39	1,4 (1,5) [0-4]	5,1 (3,6) [0-12]	<0,001
VE	0-36	6,7 (6,2) [0-25]	16,9 (8,0) [0-32]	<0,001
<b>Fyysinen hyvinvointi</b>				
Psykosomaattiset oireet	0-13	0,6 (1,1) [0-4]	2,6 (2,2) [0-7]	<0,001

N = Osallistujien määrä; n = Ryhmän koko; SD = Keskihajonta; OTK = Oman työhyvinvoinnin kuntokartoitus; AJRWB = Affective Job-Related Well-Being; UWES = Utrecht Work Engagement Scale; BBI-15 = Bergen Burnout Indicator -15; RBDI = Revised Beck's Depression Inventory; VE = Vital Exhaustion.  
p-arvot t-testistä riippumattomille otoksille.

\* RBDI ≥ 5 tai BBI-15 ≥ 40.

sä oli 49,3 (keskihajonta, SD, 7,3) vaihdellen 34:stä 66:een vuotta. Heistä 33 (64 %) oli käynyt vähintään toisen asteen tasoisen koulutuksen ja 26 (50 %) työskenteli sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Enemmistö, 36 (69 %), työskenteli yksityisellä sektorilla.

### Työhyvinvointi

Intervention alussa vain vähän uupumisoireita raportoineet voivat työssä keskimäärin paremmin kuin oireilevat kaikkien työhyvin-

vointia edustavien vastemuuttujien mukaan sekä alussa että lopussa (taulukot 2–3).

Sen sijaan oireilevien affektiivinen työhyvinvointi (JRAW) kohentui kuntoutuksen myötä lähelle vähäoireisten ryhmän vastaavaa alussa mutta muiden mittareiden suhteen ero säilyi, joskin kaventuneena. Työhyvinvointi koheni keskimäärin enemmän oireilevilla kuin vähäoireisilla (taulukko 4).

Arviointimenetelmästä riippuen kuntoutus hyödytti 4 %:sta 40 %:ia vähäoireisista ja 15 %:sta 44 %:iin oireilevista (taulukko 5). Mo-

Taulukko 3. Osallistujien hyvinvointi Oman hyvinvoinnin lähteillä -varhaiskuntoutuksen jälkeen (N=52)

Vastemuuttaja	Vähäoireiset. (n=25) Keskiarvo (SD) [Vaihteluväli]	Oireilevat* (n=27) Keskiarvo (SD) [Vaihteluväli]	p1	p2
<b>Työhyvinvointi</b>				
OTK	83,8 (9,8) [65-97]	75,2 (10,0) [56-98]	0,003	0,18
AJRWB				
Ahdistus	7,1 (1,9) [4-12]	8,9 (2,4) [6-15]	0,005	0,27
Masennus	5,6 (2,0) [3-12]	6,7 (2,0) [3-11]	0,07	0,22
Mukavuus	13,6 (2,1) [10-18]	11,7 (2,4) [6-15]	0,003	0,08
Innostus	14,0 (2,0) [9-17]	12,9 (1,7) [9-15]	0,03	0,25
UWES	56,8 (5,5) [46-63]	48,5 (9,3) [25-61]	<0,001	<0,001
Tarmokkuus	19,2 (2,2) [12-21]	16,4 (2,8) [10-21]	<0,001	<0,001
Omistautuminen	19,0 (2,0) [14-21]	16,1 (3,5) [7-20]	0,001	<0,001
Uppoutuminen	18,6 (2,1) [13-21]	16,0 (3,6) [8-21]	0,002	0,01
BBI-15	26,7 (7,5) [15-43]	40,0 (9,8) [16-57]	<0,001	<0,001
Uupuneisuus	10,1 (3,4) [5-17]	14,4 (4,8) [5-27]	<0,001	0,09
Kyyneys	7,9 (2,6) [5-13]	12,8 (3,6) [5-21]	<0,001	<0,001
Ammatillinen itsearvostus	8,7 (2,7) [5-14]	12,9 (3,8) [6-20]	<0,001	<0,001
<b>Psyykkinen hyvinvointi</b>				
RBDI Masennus	0,6 (1,3) [0-5]	1,4 (1,6) [0-6]	0,03	0,87
VE	3,6 (4,3) [0-16]	8,7 (6,0) [0-25]	0,001	0,33
<b>Fyysinen hyvinvointi</b>				
Psykosomaattiset oireet	0,1 (0,3) [0-1]	0,5 (1,1) [0-5]	0,07	0,79

N = Osallistujien määrä; n = Ryhmän koko; SD = Keskihajonta; OTK = Oman työhyvinvoinnin kuntokartoitus; AJRWB = Affective Job-Related Well-Being; UWES = Utrecht Work Engagement Scale; BBI-15 = Bergen Burnout Indicator -15; RBDI = Revised Beck's Depression Inventory; VE = Vital Exhaustion.

p-arvot t-testistä riippumattomille otoksille.

\* RBDI  $\geq$  5 tai BBI-15  $\geq$  40.

p1 = p-arvo terveiden ja oireilevien loppupistemäärien keskiarvojen erolle.

p2 = p-arvo terveiden alkupistemäärien ja oireilevien loppupistemäärien keskiarvojen erolle.

nimuuttaja-analyysin mukaan oireilevat hyötyivät kurssista moninkertaisesti vähäoireisiin verrattuna (taulukko 6).

### Psyykkinen hyvinvointi

Myös psyykkistä hyvinvointia kuvaavien arviointimenetelmien mukaan varhaiskuntoutuksen alussa vähäisessä määrin uupumusoireita kokeneet voivat keskimäärin paremmin kuin oireilevat sekä alussa että lopussa mutta oireilevat saavuttivat kuntoutuksen myö-

tä saman tason kuin vähäoireisilla oli alussa (taulukot 2–3). Psyykkinenkin hyvinvointi koheni enemmän oireilevilla kuin vähäoireisilla (taulukko 4). Kuntoutus hyödytti 0 %:sta 16 %:ia vähäoireisista ja 44 % oireilevista, ja siitä näytti olevan oireileville pelkästään hyötyä ilman haittaa (taulukko 5). Monimuuttaja-analyysiä ei voitu tehdä RBDI:n Masennusasteikon suhteen mutta VE:n perusteella psyykkisesti oireilevat hyötyivät kurssista nelinkertaisesti vähäoireisiin verrattuna (taulukko 6).

Taulukko 4. Osallistujien hyvinvoinnin muutos Oman hyvinvoinnin lähteillä -varhaiskuntoutuksessa (N=52)

Vastemuuttuja	Vähäoireiset. (n=25) Keskiarvo (SD)	Oireilevat* (n=27) Keskiarvo (SD)	p
<b>Työhyvinvointi</b>			
OTK	5,2 (7,9)	8,3 (9,6)	0,22
AJRWB			
Ahdistus	-1,1 (2,4)	-2,2 (2,6)	0,12
Masennus	-0,3 (1,8)	-2,0 (2,2)	0,003
Mukavuus	1,0 (1,9)	2,3 (2,5)	0,03
Innostus	0,7 (1,5)	1,1 (2,2)	0,38
UWES	0,4 (5,0)	4,2 (8,0)	0,05
Tarmokkuus	0,2 (2,6)	1,9 (3,4)	0,06
Omistautuminen	0,0 (1,8)	1,2 (2,2)	0,04
Uppoutuminen	0,2 (2,2)	1,1 (4,0)	0,31
BBI-15	-3,0 (6,2)	-10,7 (11,5)	0,004
Uupuneisuus	-2,0 (3,2)	-3,2 (4,5)	0,28
Kynisyys	-0,8 (2,8)	-3,0 (4,4)	0,04
Ammatillinen itsearvostus	-0,6 (1,8)	-4,5 (4,7)	<0,001
<b>Psyykinen hyvinvointi</b>			
RBDI Masennus	-0,9 (1,2)	-3,7 (3,3)	<0,001
VE	-3,1 (5,7)	-8,2 (8,5)	0,01
<b>Fyysinen hyvinvointi</b>			
Psykosomaattiset oireet	-0,5 (1,1)	-2,1 (2,2)	0,001

N = Osallistujien määrä; n = Ryhmän koko; SD = Keskihajonta; OTK = Oman työhyvinvoinnin kuntokartoitus; AJRWB = Affective Job-Related Well-Being; UWES = Utrecht Work Engagement Scale; BBI-15 = Bergen Burnout Indicator -15; RBDI = Revised Beck's Depression Inventory; VE = Vital Exhaustion. p-arvot t-testistä riippumattomille otoksille.

\* RBDI  $\geq$  5 tai BBI-15  $\geq$  40.

## Fyysinen hyvinvointi

Varhaiskuntoutuksen alussa vain vähän uupumusoireita raportoineilla oli vähemmän psykosomaattista oireilua sekä alussa että lopussa mutta oireilevat saavuttivat kuntoutuksen myötä saman fyysisen hyvinvoinnin kuin vähäoireisilla oli alussa (taulukot 2-3). Vastavasti fyysinen hyvinvointi koheni enemmän oireilevilla (taulukko 4). Kuntoutus hyödytti 4 % vähäoireisista ja 33 % oireilevista; haittaa ei näyttänyt olevan kummallekaan ryhmälle (taulukko 5). Monimuuttuja-analyysin mukaan oireilevat hyötyivät kurssista yli kymmenkertaisesti vähäoireisiin verrattuna (taulukko 6).

## Pohdinta

Tietoisuuteen ja omiin henkisiin resursseihin painottuva OHL-varhaiskuntoutus vaikuttaa hyödylliseltä masennus- ja uupumusoireita kokeneille henkilöille. Tällaisen intervention vaikuttavuutta terveyden edistämässä, jossa tavoitteena ei ole niinkään parantaa hyvinvointia kuin ylläpitää sitä, on kuitenkin hankala arvioida edes alustavasti ilman ryhmää joka ei ole osallistunut interventioon.

Luokittelimme osallistujat masennus- ja uupumisoireiden suhteen vähäoireisiin ja oireileviin heidän alkuvaiheen RBDI Masennus- ja BBI-15-pisteiden perusteella. Koska kaikki käyttämämme menetelmät kohdistuivat jol-

Taulukko 5. Hyödyllisen ja haitallisen muutoksen suhde osallistujien hyvinvoinnissa Oman hyvinvoinnin lähteillä -varhaiskuntoutuksessa (N=52)

Vastemuuttuja	Raja-arvo (1 SD)	Vähäoireiset (n=25) Hyötyä (%) : haittaa (%)	Oireilevat* (n=27) Hyötyä (%) : haittaa (%)
<b>Työhyvinvointi</b>			
OTK	9	40 : 4	44 : 4
AJRWB			
Ahdistus	2	28 : 8	33 : 0
Masennus	2	8 : 4	30 : 4
Mukavuus	2	28 : 4	41 : 0
Innostus	2	4 : 4	22 : 7
UWES	9	4 : 4	19 : 0
Tarmokkuus	3	4 : 8	19 : 4
Omistautuminen	3	4 : 0	15 : 0
Uppoutuminen	3	8 : 0	26 : 7
BBI-15	13	8 : 0	44 : 0
Uupuneisuus	4	20 : 0	37 : 7
Kynisyys	4	12 : 0	37 : 4
Ammatillinen itsearvostus	5	0 : 0	41 : 4
<b>Psyykkinen hyvinvointi</b>			
RBDI Masennus	3	0 : 0	44 : 0
VE	8	16 : 4	44 : 0
<b>Fyysinen hyvinvointi</b>			
Psykosomaattiset oireet	2	4 : 0	33 : 0

N = Osallistujien määrä; n = Ryhmän koko; SD = Keskihajonta; OTK = Oman työhyvinvoinnin kuntokartoitus; AJRWB = Affective Job-Related Well-Being; UWES = Utrecht Work Engagement Scale; BBI-15 = Bergen Burnout Indicator -15; RBDI = Revised Beck's Depression Inventory; VE = Vital Exhaustion.  
\* RBDI ≥ 5 tai BBI-15 ≥ 40.

lakin tapaa hyvinvointiin, niin ero ryhmien välillä näkyi merkittävänä myös muiden pisteiden välillä. Kuntoutuksen myötä oireilevat saavuttivat saman psyykkisen ja fyysisen hyvinvointitason kuin vähäoireisilla oli alussa mutta ei samaa työhyvinvointitasoa UWES:lla ja BBI-15:llä arvioituna. Näiden menetelmien väittämät muistuttavat läheisesti toisiaan ja käsittelevät työhön liittyviä tuntemuksia, joiden koheneminen edellyttäne toisaalta sekä muutoksia työpaikalla että pidempää toipumisaikaa.

Hyvinvoinnin muutos oli keskimäärin suurempi oireilevilla kuin vähäoireisilla, mikä löydös on samantapainen kuin brittiläisessä tutkimuksessa työpaikan stressinhallintaoh-

jelman vaikuttavuudesta (Flaxman & Bond 2010). Muutos oli huomattavampi henkisesä ja fyysisessä hyvinvoinnissa kuin työhyvinvoinnissa, mikä oli odotettavaa, sillä tässä varhaiskuntoutusmallissahan ei puututa olosuhteisiin ja tekijöihin työpaikalla. Vaikka yritykset olivat mukana Punk-hankkeessa, ne eivät osallistuneet suoranaisesti OHL-ohjelmaan.

### Rajoitukset

OHL-malli on tarkoitettu uupuneisuudesta kärsivien työntekijöiden varhaiskuntoutukseen, ei niinkään oireettomien työntekijöiden terveyden edistämiseen. Puolet tutkimusjou-

Taulukko 6. Muutos parempaan osallistujien hyvinvoinnissa Oman hyvinvoinnin lähteillä -varhaiskuntoutuksessa oireilevilla\* verrattuna terveisiin (N=52)

Vastemuuttaja	Muutos parempaan		
	a	OR**	(95% CI)
<b>Työhyvinvointi</b>			
OTK	22	1,26	(0,39-4,01)
AJRWB			
Ahdistus	16	1,42	(0,36-5,67)
Masennus	10	4,94	(0,87-27,9)
Mukavuus	18	1,80	(0,52-6,25)
Innostus	7	7,34	(0,80-67,3)
UWES	6	5,82	(0,53-63,9)
Tarmokkuus	6	6,93	(0,66-72,8)
Omistautuminen	5	6,41	(0,52-79,0)
Uppoutuminen	9	5,16	(0,80-33,4)
BBI-15	14	9,22	(1,61-52,9)
Uupuneisuus	15	1,96	(0,51-7,60)
Kyynisyys	13	4,42	(0,90-21,7)
Ammatillinen itsearvostus	11	N/E	
<b>Psyykinen hyvinvointi</b>			
RBDI Masennus	12	N/E	
VE	16	4,31	(1,04-17,9)
<b>Fyysinen hyvinvointi</b>			
Psykosomaattiset oireet	10	13,05	(1,30-131,1)

N = Osallistujien määrä; a = Niiden osallistujien määrä, joilla hyvinvointi parani; OR = Vedonlyöntisuhde; CI = Luottamusväli; OTK = Oman työhyvinvoinnin kuntokartoitus; AJRWB = Affective Job-Related Well-Being; UWES = Utrecht Work Engagement Scale; BBI-15 = Bergen Burnout Indicator -15; RBDI = Revised Beck's Depression Inventory; VE = Vital Exhaustion; N/E = Ei analysoitavissa tyhjiä analyysimatriisisolujen vuoksi.

\* RBDI  $\geq$  5 tai BBI-15  $\geq$  40.

\*\* OR:t vakioitu sukupuolen, iän, koulutuksen ja kuntoutuspaikan suhteen.

kostamme oli luokiteltavissa vähän uupumus- ja masennusoireita kokeviin, joten tässäkin tutkimuksessa toistuu interventiotutkimuksen toteuttamisessa havaittu tyypillinen ongelma: rekrytointi on tuottanut varsin hyväkuntoisia osallistujia, jolloin vaikutusten havaitseminen on vaikeampaa. Osallistujien pieni määrä sekä vertailuryhmän puuttuminen rajoittaa tulosten yleistämistä ja niitä voidaankin pitää luonteeltaan alustavina.

Kuntoutuksen tavoitteena on saada aikaan pitkäkestoisia, mielellään pysyviä muutoksia. Seuranta kesti tässä tutkimuksessa vain puoli vuotta, joten tulosten pysyvyydestä ei ole tietoa. Kuntatyöntekijöillä tehdyssä tutkimuksessa neljän viikon moniammatillinen var-

haiskuntoutus ei vähentänyt muutaman vuoden seurannassa psykologista oireilua (Saltychev ym. 2012b) eikä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä (Saltychev ym. 2012b).

Vaikka OHL-malli kehitettiin pienyritysten uupuneisuudesta oireilevien työntekijöiden tarpeita ajatellen, se keskittyi yksilöön ja hänen voimavaroihinsa. Siten ei ole myöskään odotettavissa suurta muutosta työhyvinvointia koskevissa pisteissä, mikä toisaalta korostaa sitä, että työhyvinvoinnin parantamiseksi on tärkeää, että työpaikka on prosessissa aktiivisesti mukana ja että työtehtäviin ja työoloihin tehdään vastaavia muutoksia. Yrittäjille suunnatun OHL-kurssin vaikutuksia selvitettyä todettiin, että osallistujan oma hy-



vinvointi koheni, mutta hän koki myös oman työnsä, vaikuttamisen mahdollisuutensa ja työyhteisönsä paremmaksi intervention jälkeen, vaikkei niihin tällä varhaiskuntoutuksella pyritty vaikuttamaan (Mäkelä-Pusa ym. 2011).

Yhdessä ruotsalaisessa tutkimuksessa jatkuva ristiriita töissä oli yhteydessä heikoksi koettuun terveyteen ja niinkin moni kuin 34 % oli ollut osallisena jonkinlaisessa ristiriitatilanteessa töissä aikaisemman kahden vuoden kuluessa (Oxenstierna ym. 2011). On todennäköistä, että pelkästään yksilöön suunnatun varhaiskuntoutuksen vaikutus jää pieneksi, vaikka se yksilön kannalta tuntuisikin hyvin tärkeältä. Jonkin verran on jo näyttöä siitä, että muutos organisaatiotason tekijöissä kuten ajankäytön hallinnassa edesauttaa työhyvinvointia (Moen ym. 2011) ja että esimiesten kouluttaminen työperäisen stressin suhteen vähentää alaisten oireilua ja parantaa heidän tehokkuuttaan työssä (Takao ym. 2006).

Käytettyjen psykometrinen menetelmien sisäinen konsistenssi oli hyvä ja pistemäärät verrattavissa aikaisemmissa julkaisuissa annettuihin tietoihin (Manka ym. 2007, Warr 1990, Hakanen 2009, Schaufeli & Bakker 2003, Raitasalo 2007, Näätänen ym. 2003, Appels ym. 1987). Kuitenkin tutkimustulokset ja siten johtopäätökset ovat herkkiä käytetyille raja-arvoilla. Tässä tutkimuksessa päädyimme käyttämään hyödyllisen ja haitallisen tuloksen raja-arvona yhden keskihajonnan suuruista muutosta. Koska keskihajontaan vaikuttaa tekijän jakauman ominaisuudet ja se vaihtelee joukosta toiseen, sitä ei voi pitää hyvänä yleisenä raja-arvona. Yhteinen näkemys käyttökelpoisista kriteereistä ja raja-arvoista helpottaisi tulosten vertailua eri tutkimusten välillä ja johtopäätösten tekemistä.

### **Tulevaisuuden näkymiä**

Lyhytkestoisia, tehokkaita ja vaikuttavia varhaiskuntoutusmenetelmiä tarvitaan. Lyhytinterventiot kuten OHL-kurssi voivat olla kannattavia, mielekkäitä ja vaikuttavia. Tarvitsemme kuitenkin lisää laajempia, mieluummin satunnaistettuja kontrolloituja kokeita vaikut-

tavuuden luotettavaksi arvioimiseksi. Tutkimusten seuranta-ajan täytyy myös olla riittävän pitkä, useita vuosia. Hyvinvoinnin lisäksi tulee seurata työpaikan vaihtuvuutta, sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä. OHL:n kaltaiset menetelmät todennäköisesti toimivat myös terveyden edistämisessä mutta tutkimus ja seuranta on suunniteltava kyseisten tavoitteiden mukaisesti. Onkin pidettävä mielessä, että terveyden edistämisen tavoite on pitää yllä hyvää tilannetta ja ehkäistä voinnin heikkeneminen, kun taas varhaiskuntoutuksessa pyritään kohentamaan vointia. Vaatimukset tutkimusasetelman suhteen riippuvat analyttisestä näkökulmasta.

### **Johtopäätökset**

Tehokkaita varhaiskuntoutusmenetelmiä tarvitaan kipeästi nykyisen nopeasti muuttuvan työelämän tueksi, etenkin kun nykyisessä sosiaalipoliittisessa ilmapiirissä on vahvaa painetta pyrkiä etsimään keinoja pidentää työuria ”alusta, keskeltä ja lopusta”. OHL-varhaiskuntoutusmallia koskevat tuloksemme vaikuttavat lupaavilta mutta lisää vahvempaa näyttöä vaaditaan sen hyödyllisyydestä ja kustannusvaikuttavuudesta.

### **Tiivistelmä**

Psykososiaaliset tekijät työssä on tunnistettu uudentyypisiksi työkykyä uhkaaviksi tekijöiksi, joita vastaan yritetään taistella terveyden edistämisen ja varhaiskuntoutuksen keinoin. Työterveyshuolto toimii yleensä hyvin suurissa yrityksissä mutta ei niinkään pienissä ja keskisuurissa. Oman hyvinvoinnin lähteillä on varhaiskuntoutusmalli, joka on kohdistettu uupuneisuutta kokeville ja suunniteltu vastaamaan pienten työpaikkojen tarpeisiin. Arvioimme tämän uuden moniammatillisen varhaiskuntoutusmallin vaikuttavuutta työntekijöiden hyvinvointiin. Tutkimukseen osallistui 52 iältään 34–66-vuotiasta työntekijää 19 eri työpaikasta. Kuntoutus toteutettiin pien-

ryhmissä yhteensä viitenä päivänä joka toinen viikko ja lopuksi seurantapäivänä puolen vuoden kuluttua. Kutakin kurssia veti kaksi terveydenhuollon ammattilaista, jotka oli koulutettu kurssin ohjaajiksi. Kurssin aiheina olivat uni, rentoutuminen, ravinto, mieli, tietoisuus, voimavarat, liikunta ja oman hyvinvoinnin projekti. Hyvinvoinnin arviointiin käytettiin tunnettuja psykometrisiä menetelmiä. Varhaiskuntoutukseen osallistuminen lisäsi hyvinvointia erityisesti niillä, joilla oli uupuneisuuteen liittyviä oireita kurssin alussa, joskin myös oireettomilla hyvinvointi koheni jonkin verran. Vaikuttaville varhaiskuntoutusmenetelmille on selvästi tarvetta. Tutkimuksen kohteena ollut varhaiskuntoutusmalli vaikuttaa lupaavalta mutta vaikuttavuuden varmistamiseksi tarvitaan lisää tutkimusta.

## Abstract

The At the Sources of One's Well-Being early rehabilitation program has been developed with special attention to the needs of small workplaces. Job and general mental and physical well-being improved among distressed employees during this program. These preliminary findings are promising but more research on the benefits and cost-effectiveness of early rehabilitation is needed. The aim of this study was to examine the effects of the At the Sources of One's Well-Being early rehabilitation program targeted on distressed employees in small-to-medium sized workplaces on job, mental and physical well-being.

The effect of a new multifaceted early rehabilitation program on employee well-being was preliminarily assessed in 52 employees (4 men and 48 women) from 19 small workplaces. The course consisted of 5 one-day long biweekly sessions with one follow-up day at 6 months run by specially trained rehabilitation professionals covering topics from health, nutriti-

on, sleep, physical activity to stress management. Job, mental and physical well-being was measured by seven different psychometric scales.

The age of the participants varied from 34 to 66 years. Early rehabilitation consistently increased both job, mental and physical well-being among the distressed employees whose level of well-being for the most part reached that of the healthier ones at baseline. The change in well-being was smaller among the healthy participants.

Effective early rehabilitation interventions are in high demand in the current work life. The studied early rehabilitation program has potential and our preliminary findings are promising. More rigorous research is needed to find out whether the effect on employee well-being is as beneficial and cost-effective as aimed for. These preliminary findings are promising but more research on the benefits and cost-effectiveness of early rehabilitation is needed.

Keywords: job-related well-being, experimental study, small workplaces, psychometric scales

**LT, PhD Jaana Kuoppala, ylilääkäri, Kuntoutussäätiö (31.1.2013 saakka)**

**FT Jouni Kekoni, psykologi, Avire Oy**

**FL Pirkko Mäkelä-Pusa, johtava projekti-päällikkö, Kuntoutussäätiö, Jamit-hanke**

## Lähteet

- Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion* 2001;15(5):296-320.
- Appeals A, Höppener P, Mulder P. A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *International Journal of Cardiology* 1987;17:15-24.
- Flaxman PE, Bond FW. Worksite stress management training: Moderated effects and clinical significance. *Journal of Occupational Health* 2010;15(4):347-358.

- Hakanen J. Työn imun arviointimenetelmä. Helsinki: Työterveyslaitos, 2009.
- Juvonen-Posti P, Jalava J. Onnistunut työkykyasioiden puheeksiotto: Helsinki; STM selvityksiä 2008: 34.
- Järvilehto S, Kiiski R. Oman hyvinvoinnin lähteillä: Ohjaajan käsikirja. Helsinki: Kuntoutussäätiö ja Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009.
- Larsson A, Gard G. How can the rehabilitation planning process at the workplace be improved? A qualitative study from employers' perspective. *Journal of Occupational Medicine* 2003;13(3):169-181.
- Lehto AM, Sutela H. Työolojen kolme vuosikymmentä: Työolotutkimuksen tuloksia 1997-2008. Helsinki: Tilastokeskus, 2008.
- Leka S, Kortum E. A European framework to address psychosocial hazards. *Journal of Occupational Health* 2008;50(3):294-296.
- Loeppke R, Nicholson S, Taitel M, Sweeney M, Haufle V, Kessler RC. The impact of an integrated population health enhancement and disease management program on employee health risk, health conditions, and productivity. *Population Health Management* 2008;11(6):287-296.
- Manka ML, Kaikkonen ML, Nuutinen S. Hyvinvointia työyhteisöön: Eväitä kehittämistyön avuksi. Tampere: Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen yliopisto ja Euroopan Sosiaalirahasto, 2007.
- Moen P, Kelly EL, Tranby E, Huan Q. Changing work, changing health: Can real work-time flexibility promote health behaviors and well-being? *Journal of Health and Social Behavior* 2011;52(4):404-429.
- Mäkelä-Pusa P, Terävä K, Manka M-L. Yrittäjien työhyvinvointi, työkyky, ja kuntoutus, Kuntoutussäätiön työselosteita 41/2011
- Näätänen P, Aro A, Matthiesen SB, Salmela-Aro K. Bergen Burnout Indicator 15: BBI-15: Käsikirja. Helsinki: Edita Publishing, 2003.
- Punk. Pientyöpaikoilla uudistuminen. Verkossa: www.kuntoutussaatio.fi/punk. (27.7.2012)
- Oxenstierna G, Magnusson Hanson LL, Widmark M, Finnholm K, Stenfors C, Elofsson S, Theorell T. Conflicts at work: The relationship with workplace factors, work characteristics and self-rated health. *Industrial Health* 2011;49(4):501-510.
- Raitasalo R. Mielialakysely: Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Sarjassa: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. No 86. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 2007.
- Renaud L, Kishchuk N, Juneau M, Nigam A, Téreault K, Lebland MC. Implementation and outcomes of a comprehensive worksite health promotion program. *Canadian Journal of Public Health*. 2008;99(1):73-77.
- Saltychev M, Laimi K, Oksanen T, Pentti J, Virtanen M, Vahtera J. Effect of a multidisciplinary rehabilitation programme on perceived health among employees at increased risk of incapacity for work: A controlled study. *Clinical Rehabilitation* 2012a;26(6):513-522.
- Saltychev M, Laimi K, El-Metwally A, Oksanen T, Pentti J, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J. Effectiveness of multidisciplinary primary prevention in decreasing the risk of work disability on a low-risk population. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 2012b;38(1):27-37.
- Schaufeli WB, Bakker AB. UWES: Utrecht Work Engagement Scale: Test manual [Julkaisematon käsikirjoitus]. Utrecht: Department of Psychology, Utrecht University, 2003.
- Tilastokeskus. Yritysrekisterin vuositilasto 2009. Helsinki: Tilastokeskus, 2010.
- Takao S, Tsutsumi A, Nishiuchi K, Mineyama S, Kawakami N. Effects of the job stress education for supervisors on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: A supervisor-based randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health* 2006;48(6):494-503.
- Tveito TH, Eriksen HR. Integrated health programme: A workplace randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(1):110-119.
- Warr P. The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology* 1990;63:193-210.